



ประชากร และสังคม 2560

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม (วปส.)
มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ

ประชากร
และสังคม
2560

"ความเป็นธรรม" และ "ความเป็นไท" จำพวก
และการเจริญพันธุ์: ความท้าทายที่ไม่สิ้นสุด

"ความเป็นธรรม" และ "ความเป็นไท" ด้านเพศและการเจริญพันธุ์: ความท้าทายที่ไม่สิ้นสุด

Sexual & Reproductive Autonomy and Justice:
The Unfinished Challenges

สุชาดา ทวีสิทธิ์ และกุลภา วัฒนสาร:
บรรณาธิการ



รู้จักสถาบันวิจัยประชากรและสังคม (วปส.) มหาวิทยาลัยมหิดล

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล มีฐานะเทียบเท่าคณะหนึ่งในมหาวิทยาลัยมหิดล
ตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 14 พฤศจิกายน พ.ศ. 2514 โดยมีพันธกิจหลัก 3 ประการคือ

หนึ่ง งานวิจัย เพื่อพัฒนาองค์ความรู้สู่สังคมไทยทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับชาติ โดยดำเนินการวิจัยทั้งการวิจัยพื้นฐานและการวิจัยประยุกต์ที่ครอบคลุมประเด็นทางประชากรและสังคม 6 ด้าน คือ

- การเปลี่ยนแปลงประชากร ครอบครัว และสังคม
- ผู้สูงอายุ
- เพศวิถี เพศภาวะ อนามัยเจริญพันธุ์ และเอชไอวี/เอดส์
- แรงงาน การย้ายถิ่น และความเป็นเมือง
- ประชากร สิ่งแวดล้อม และสุขภาพ
- ประเด็นเร่งด่วน

ใน พ.ศ. 2549 สถาบันฯ ได้รับการจัดอันดับให้เป็นสถาบันอันดับหนึ่งของประเทศไทยในด้านการวิจัยทางสังคมศาสตร์ ของสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ

สอง งานสอนและงานฝึกอบรม เพื่อสร้างคนให้มีความรู้ความเข้าใจในการวิเคราะห์และการประเมินผล พร้อมทั้งการนำผลงานวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานและสาธารณะ ปัจจุบันสถาบันฯ เปิดหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา 4 หลักสูตร คือ

- ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิจัยประชากรและสังคม
- ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยประชากรและอนามัยเจริญพันธุ์ (หลักสูตรนานาชาติ)
- ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพฤกษศาสตร์เชิงประชากรและสังคม (หลักสูตรนานาชาติ)
- ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศาสตร์ (หลักสูตรนานาชาติ)

สำหรับงานฝึกอบรม ที่ดำเนินการประจำทุกปี คือ

- หลักสูตรการวิจัยเชิงคุณภาพ และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ
- หลักสูตรการวิจัยเชิงปริมาณ
- หลักสูตร 'Monitoring and Evaluation of Population and HIV/AIDS Programs'
- หลักสูตร 'Monitoring and Evaluation of Population, Nutrition and Health Programs'

สาม งานบริการวิชาการ เพื่อนำความรู้และนำความคิดเชิงบูรณาการขยายผลออกไป มุ่งสู่การสร้างสังคมที่มีคุณภาพ ผ่านรูปแบบต่างๆ ได้แก่ การเผยแพร่รายงานและตำราวิชาการสู่ห้องสมุดทั่วประเทศ หน่วยงานต่างๆ และประชาชนผู้สนใจทั่วไป รวมถึงการจัดงานประชุมวิชาการระดับชาติประจำปี 'ประชากรและสังคม' การจัดสัมมนาเผยแพร่ผลงานวิจัย การให้คำปรึกษาต่อองค์กรภาครัฐ องค์กรเอกชน และองค์กรชุมชน ตลอดจนจรรยาบรรณสถาบันฯ ได้รับเชิญ และ/หรือสรรหาเข้าเป็นกรรมการระดับชาติที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมเสนอแนะนโยบายหรือยุทธศาสตร์ที่สำคัญ

การจัดประชุมวิชาการระดับชาติ “ประชากรและสังคม”

เป็นหนึ่งในกิจกรรมสำคัญที่สถาบันฯ ให้ความสำคัญเพื่อเป็นช่องทางในการเผยแพร่ผลงานต่อสาธารณะ โดยริเริ่มให้มีการจัดประชุมวิชาการระดับชาติประจำปีครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. 2548 และยึดถือเป็นกิจกรรมสำคัญประจำปีเรื่อยมา โดยถือเอาวันที่ 1 กรกฎาคม ซึ่งเป็นวันกลางปีประชากรเป็นวันจัดประชุมทุกปี ประเด็นที่นำเสนอในแต่ละปี เป็นการประมวลจากปรากฏการณ์ทางสังคมที่เป็นทั้งสาเหตุและผลของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและสังคม

ประเด็นการนำเสนอที่ผ่านมามีดังนี้

- ปี 2548 เรื่อง ประชากรของประเทศไทย ณ พ.ศ. 2548
- ปี 2549 เรื่อง ภาวะการตาย: ภาวะสะท้อนความมั่นคงทางประชากร
- ปี 2550 เรื่อง นคราภิวัตน์และวิถีชีวิตเมือง
- ปี 2551 เรื่อง 'มิติเพศ' ในประชากรและสังคม
- ปี 2552 เรื่อง ครอบครัวไทยในสถานการณ์เปลี่ยนผ่านทางสังคมและประชากร
- ปี 2553 เรื่อง คุณค่าผู้สูงอายุในสายตาสังคมไทย
- ปี 2554 เรื่อง จุดเปลี่ยนประชากร จุดเปลี่ยนสังคมไทย
- ปี 2555 เรื่อง ประชากรชายขอบและความเป็นธรรมในสังคมไทย
- ปี 2556 เรื่อง ประชากรและสังคมในอาเซียน: ความท้าทายและโอกาส
- ปี 2557 เรื่อง การเกิดกับความมั่นคงในประชากรและสังคม
- ปี 2558 เรื่อง ความหลากหลายทางประชากรและสังคมในประเทศไทย ณ ปี 2558
- ปี 2559 เรื่อง ประเทศไทยกับศตวรรษแห่งการย้ายถิ่นข้ามชาติ

และในปีปัจจุบันคือ

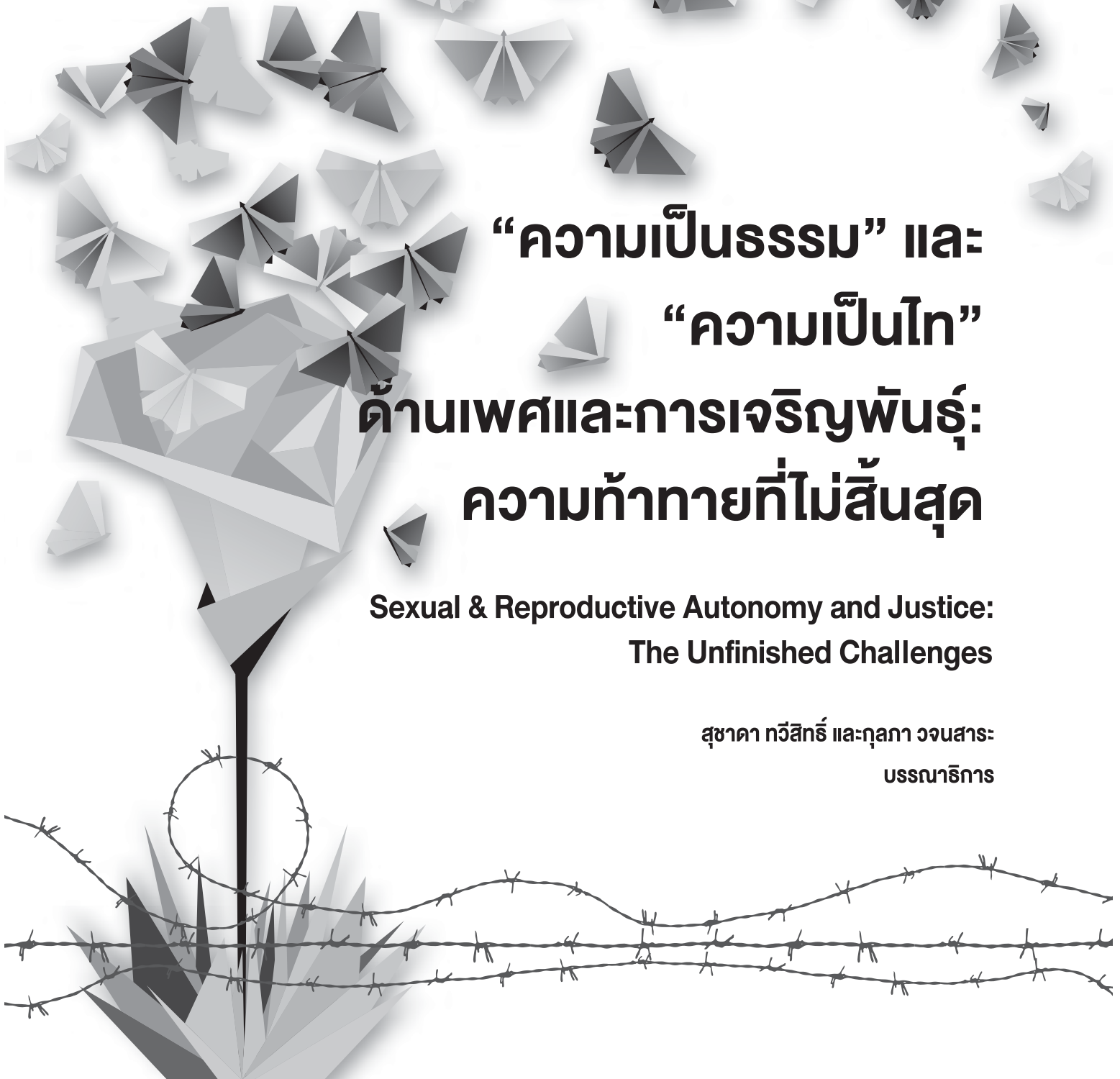
- ปี 2560 เรื่อง “ความเป็นธรรม” และ “ความเป็นไท” ด้านเพศและการเจริญพันธุ์: ความท้าทายที่ไม่สิ้นสุด

ประชากร
และสังคม
2560

“ความเป็นธรรม” และ
“ความเป็นไท”
ด้านเพศและการเจริญพันธุ์:
ความท้าทายที่ไม่สิ้นสุด

Sexual & Reproductive Autonomy and Justice:
The Unfinished Challenges

สุชาดา ทวีสิทธิ์ และกุลภา วจนสาร:
บรรณาธิการ



“ความเป็นธรรม” และ “ความเป็นไท” ด้านเพศและการเจริญพันธุ์: ความท้าทายที่ไม่สิ้นสุด

สุชาดา ทวีสิทธิ์ และกุลภา วจนสาระ
บรรณาธิการ

ข้อมูลทางบรรณานุกรม

ประชากรและสังคม 2560: “ความเป็นธรรม” และ “ความเป็นไท” ด้านเพศและการเจริญพันธุ์: ความท้าทายที่ไม่สิ้นสุด=Sexual & Reproductive Autonomy and Justice: The Unfinished Challenges / สุชาดา ทวีสิทธิ์, กุลภา วจนสาระ, บรรณาธิการ. -- พิมพ์ครั้งที่ 1. -- นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2560. (เอกสารทางวิชาการ/สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; หมายเลข 467)

266 หน้า

1. ประชากร. 2. ประชากร--ไทย. 3.การเจริญพันธุ์. 4. ภาวะเจริญพันธุ์. 5. เพศ. 6. เพศภาวะและเพศวิถี. 7. เพศสัมพันธ์. 8. การวางแผนครอบครัว. 9. อนามัยเจริญพันธุ์. 10. พฤติกรรมทางเพศ. 11. สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์. 12. สุขภาวะทางเพศ. 13. เพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น. 14. ความเสมอภาค. 15. ความเป็นธรรมทางการเจริญพันธุ์
I. สุชาดา ทวีสิทธิ์, บรรณาธิการ. II. กุลภา วจนสาระ, บรรณาธิการ. III. มหาวิทยาลัยมหิดล. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. IV. ชื่อเรื่อง: Sexual & Reproductive Autonomy and Justice: The Unfinished Challenges. V. ชื่อชุด.

HQ21 ป231 2560

ISBN 978-616-443-013-6

พิมพ์ครั้งที่ 1: มิถุนายน 2560

จำนวน: 1,000 เล่ม สงวนลิขสิทธิ์ตามกฎหมาย

ปกและรูปเล่ม: สุกัญญา พรหมทรัพย์

จัดพิมพ์: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
999 ถนนพุทธมณฑลสาย 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม
โทรศัพท์ 0-2441-0201-4 โทรสาร 0-2441-9333
website: <http://www.ipsr.mahidol.ac.th>

พิมพ์ที่: โรงพิมพ์เดือนตุลา
39/205-206 ซอยวิภาวดีรังสิต 84 แขวงสนามบิน เขตดอนเมือง กรุงเทพฯ 10210
โทรศัพท์: 02-996-7392-4 โทรสาร: 02-996-7395
e-mail: octoberprint50@hotmail.com

ผู้ทรงคุณวุฒิ
อ่านและให้คำแนะนำเพื่อปรับปรุงคุณภาพของบทความ

ศาสตราจารย์ ดร.พิมพ์วิทย์ บุญมงคล

คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ดร.กฤตยา อาชวนิจกุล

ผู้ทรงคุณวุฒิ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม

รองศาสตราจารย์ ดร.นภาพร ณะพานนท์

นักวิชาการอิสระ

รองศาสตราจารย์ ดร.วรชัย ทองไทย

ผู้ทรงคุณวุฒิ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม

รองศาสตราจารย์ ดร.วาสนา อิ่มเอม

กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญจันทร์ เซอร์เรอร์

คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร.นฤพนธ์ ดั่งวิเศษ

ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน)

ดร.วรภรณ์ แซ่มสนิท

แผนงานสุขภาวะผู้หญิงและความเป็นธรรมทางเพศ

คุณณัฐยา บุญภักดี

กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ

ดร.รณภูมิ สามัคคีคารมย์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์





สดุดีคุณูปการ ศาสตราจารย์ ดร.บุญเลิศ เลี้ยวประไพ

ศาสตราจารย์ ดร.บุญเลิศ เลี้ยวประไพ เป็นผู้มืบทบาทสำคัญในขั้นตอนของการก่อตั้งสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันประชากรแห่งนี้กำเนิดขึ้นจากการยกฐานะ “ศูนย์วิจัยประชากรและสังคม” ในคณะสาธารณสุขศาสตร์ ขึ้นเป็น “สถาบัน” แห่งแรกของมหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งมีฐานะเทียบเท่า “คณะ” หนึ่งของมหาวิทยาลัย โดยใช้ชื่อว่า “สถาบันวิจัยประชากรและสังคม” ศาสตราจารย์ ดร.บุญเลิศ เลี้ยวประไพ เป็นนักเศรษฐศาสตร์และนักประชากรศาสตร์ที่ได้รับการวางตัวไว้แต่แรกให้มาเป็นผู้อำนวยการของสถาบันประชากรแห่งนี้ ซึ่งนับเป็นผู้บริหารระดับคณะคนแรกของมหาวิทยาลัยมหิดลที่มีใช้แพทย์หรือนักวิทยาศาสตร์



ศาสตราจารย์ ดร.บุญเลิศ เลี้ยวประไพ ได้โอนย้ายจากตำแหน่งหัวหน้ากองสำรวจเศรษฐกิจ สำนักงานสถิติแห่งชาติ มาดำรงตำแหน่ง “ผู้อำนวยการ” คนแรกของสถาบันฯ ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2518-2523 ในช่วงเวลาเริ่มต้นของสถาบันฯ นั้น ศาสตราจารย์ ดร.บุญเลิศ เลี้ยวประไพ ได้วางรากฐานและจัดโครงสร้างการบริหารงานภายในสถาบันฯ แห่งนี้ไว้อย่างมั่นคง สถาบันฯ จึงยั่งยืนมาจนทุกวันนี้

ศาสตราจารย์ ดร.บุญเลิศ เลี้ยวประไพ ได้ริเริ่มให้สถาบันฯ มีหลักสูตรการอบรมระยะสั้นเรื่องการวิจัยทางประชากรและสังคม และหลักสูตรบัณฑิตศึกษา สาขาประชากรศาสตร์ ทั้งระดับปริญญาโทและเอก เป็นกิจกรรมนอกเหนือจากภารกิจหลักของสถาบันฯ คือ การศึกษาวิจัย เพื่อเปิดโอกาสให้นักวิจัยของสถาบันฯ ได้นำความรู้และประสบการณ์ที่ได้จากการวิจัยมาถ่ายทอดให้ผู้เข้ารับการอบรมและนักศึกษา

เมื่อเริ่มก่อตั้งสถาบันฯ ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2514 เป็นต้นมา เป็นช่วงเวลาที่รัฐบาลไทยได้ประกาศนโยบายประชากร เมื่อปีพ.ศ. 2513 โดยมีเป้าหมายที่จะลดอัตราเพิ่มประชากรซึ่งสูงมากในขณะนั้น รัฐบาลได้จัดตั้งโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติให้เป็นกลไกสำคัญที่จะชะลออัตราเพิ่มประชากรให้ช้าลง ศาสตราจารย์ ดร.บุญเลิศ เลี้ยวประไพ ได้มีบทบาทในฐานะนักวิชาการด้านประชากรศาสตร์ที่ช่วยสนับสนุนการดำเนินงานตามนโยบายประชากรของประเทศ ด้วยการเป็นคณะอนุกรรมการนโยบายและแผนประชากร ในคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เป็นกรรมการในคณะกรรมการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ



และเป็นกรรมการในองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวอีกหลายแห่ง เช่น สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย (ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี) สมาคมทำหมันแห่งประเทศไทย (ปัจจุบันคือสมาคมพัฒนาอนามัย)

ศาสตราจารย์ ดร.บุญเลิศ เลียวประไพ นับเป็นนักประชากรศาสตร์ไทยคนแรกที่ก้าวออกไปทำงานให้กับองค์การระหว่างประเทศ ระหว่างปี พ.ศ. 2523-2527 ศาสตราจารย์ ดร.บุญเลิศ เลียวประไพ ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นหัวหน้ากองประชากร (Chief of Population Division) ของคณะกรรมการธิการเศรษฐกิจและสังคมแห่งสหประชาชาติสำหรับเอเชียและแปซิฟิก (United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific [UNESCAP])

การจากไปของ ศาสตราจารย์ ดร.บุญเลิศ เลียวประไพ เมื่อวันศุกร์ที่ 5 พฤษภาคม พ.ศ. 2560 นับเป็นความสูญเสียนักประชากรศาสตร์คนสำคัญอีกคนหนึ่งของประเทศไทย

ด้วยจิตคารวะ

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

คำนำ

กว่าสี่ทศวรรษที่สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ก่อตั้งขึ้นด้วยเจตนาที่จะเป็นสถาบันทางวิชาการที่ร่วมผลิตองค์ความรู้จากฐานงานวิจัยในลักษณะสหวิทยาการด้านประชากรศาสตร์และสังคมศาสตร์ ด้วยความมุ่งมั่นตั้งใจ 2 ประการ นั่นคือ การสร้างผลงานและบทบาททางวิชาการให้สอดคล้องและเท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจ การเมือง และวัฒนธรรมที่เกิดขึ้นในสังคมไทย ขณะเดียวกันก็มุ่งหวังว่าจะสร้างเวทีวิชาการสาธารณะสำหรับการนำเสนอและถกเถียงองค์ความรู้ด้านประชากรและสังคมเพื่อเป็นประโยชน์ต่อสาธารณะในวงกว้าง ดังพันธกิจประจำปีของสถาบันฯ ที่เริ่มขึ้นตั้งแต่ พ.ศ. 2548 เป็นต้นมา นั่นคือ การจัดประชุมวิชาการระดับชาติ “ประชากรและสังคม” โดยปีนี้เป็นปีที่ 13 ด้วยเรื่อง ““ความเป็นธรรม” และ “ความเป็นไท” ด้านเพศและการเจริญพันธุ์: ความท้าทายที่ไม่สิ้นสุด”

จากแรกก่อตั้งสถาบันฯ เมื่อ 45 ปีที่แล้วจนถึงปัจจุบัน สถานการณ์ด้านประชากรของโลกและสังคมไทย ได้เปลี่ยนแปลงไปหลายด้าน จากที่เริ่มต้นด้วยประเด็นวิจัยเรื่องการวางแผนครอบครัวและการควบคุมจำนวนประชากร สู่ประเด็นวิจัยด้านสิทธิและความเป็นธรรมด้านการเจริญพันธุ์และเพศของกลุ่มประชากรชายขอบในปัจจุบัน จึงนับเป็นโอกาสอันดีที่สถาบันฯ และสังคมไทยจะได้ร่วมทบทวนทวนคิดและสนทนาถึงสถานะขององค์ความรู้และบทบาททางวิชาการด้านเพศและการเจริญพันธุ์ เพื่อให้ทั้งสองสอดคล้องและเท่าทันปรากฏการณ์ปัญหาและบริบทการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านเพศและความเป็นธรรมด้านการเจริญพันธุ์ของสังคมไทย

ภายใต้สิ่งที่ ศาสตราจารย์ ดร.บุญเลิศ เลี้ยวประไพ ผู้อำนวยการคนแรกของสถาบันฯ เรียกว่า “วัฒนธรรมการยอมรับซึ่งกันและกัน” ความสำเร็จของหนังสือเล่มนี้และการจัดประชุมวิชาการประจำปี “ประชากรและสังคม 2560” จึงเกิดขึ้นได้ด้วยความร่วมแรงร่วมใจของบุคลากรสถาบันฯ ทุกฝ่าย ทั้งคณาจารย์ นักวิจัย นักศึกษา และเจ้าหน้าที่สนับสนุนทุกคน ในโอกาสนี้ สถาบันฯ ต้องขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.กฤตยา อาชวนิจกุล เป็นพิเศษ ในฐานะที่มีบทบาทอย่างสำคัญต่อการบุกเบิกและขยายองค์ความรู้ด้านเพศและการเจริญพันธุ์ของสถาบันฯ เชื่อมโยงความรู้ทางวิชาการเข้ากับการขับเคลื่อนทางสังคมมาโดยตลอด นอกจากนี้ยังได้ทุ่มเททั้งเวลาและความตั้งใจเป็นประธานจัดการประชุม สถาบันฯ ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านเป็นอย่างสูงที่ได้สละเวลาให้ความคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ต่อทั้ง 11 บทความในหนังสือเล่มนี้ และที่สำคัญ ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมการประชุมทุกท่านที่ได้ติดตามผลงานของสถาบันฯ มาอย่างต่อเนื่อง และร่วมทำให้เวทีวิชาการสาธารณะครั้งนี้เป็นอีกหนึ่งความเคลื่อนไหวของเครือข่ายวิชาการทางสังคมที่พัฒนาองค์ความรู้และเติบโตทางความคิดเพื่อสังคมที่เป็นธรรมในที่สุด

รองศาสตราจารย์ ดร.รศรินทร์ เกรย์

ผู้อำนวยการ

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล



สารบัญ

ปาฐกถา: ความเป็น 'ไท' ทางเพศและการเจริญพันธุ์ <i>ชลิดาภรณ์ ส่งสัมพันธ์</i>	ก
บทบรรณาธิการ <i>สุชาดา ทวีสิทธิ์</i>	(1)
ส่วนที่หนึ่ง: แนวคิด นโยบาย และบริการด้านสุขภาพทางเพศและการเจริญพันธุ์	1
สถาบันวิจัยประชากรและสังคมกับการขยายพรมแดนความรู้ด้านการเจริญพันธุ์และเพศ <i>กฤตยา อาชวนิจกุล</i>	3
การศึกษาการตั้งเป้าหมายภาวะเจริญพันธุ์ของประเทศไทย <i>ปราโมทย์ ประสาทกุล และศุทธิดา ชนวนวัน</i>	43
การวางแผนครอบครัวและอนามัยการเจริญพันธุ์ของแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย <i>อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์ และกัญญา อภิพรชัยสกุล</i>	57
คือนักบุญหรือคนบาป: การตีตราผู้ให้บริการด้วยผลพลอยมาจากการทำแท้ง <i>กุลภา วจนสาระ</i>	77
ส่วนที่สอง: การตัดสินใจด้านการเจริญพันธุ์	99
คุณภาพการตั้งครรภ์ของหญิงไทยวัยเจริญพันธุ์ ช่วง พ.ศ. 2541-2558 <i>พิมลพรรณ อิศรภักดี และฐิตินันท์ ผิวนิล</i>	101
แบบแผนและแนวโน้มของจำนวนบุตรเกิดรอดจากสตรีที่ไม่ได้แต่งงานในช่วง พ.ศ. 2543-2558 <i>ปัทมา ว่าพัฒนวงศ์</i>	123
การตัดสินใจด้านการเจริญพันธุ์ของคนเจนวาย <i>มนสิการ กาญจนะจิตรา, รินา ต๊ะดี และกัญญาพัชร สุทธิเกษม</i>	141
ชีวิตวัยรุ่นหญิงเมื่อต้องเป็นแม่ <i>รินา ต๊ะดี</i>	159

ส่วนที่สาม: 'เพศ' เป็นเรื่องของคนทุกวัย

173

ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันพฤติกรรมก่อนการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นตอนต้น
อรทัย ทวีเจริญพรพานิช และคณะ

175

สุขภาวะทางเพศของผู้สูงอายุในสังคมไทย
เขมิกา ยามะรัต, อุมาภรณ์ ภัทรวาณิชย์ และมนทกานต์ เชื้อมชิต

191

เมื่อพ่อแม่ไทยต้องคุยกับลูกเรื่องเพศ
เฉลิมพล แจ่มจันทร์ และกัญญา อภิพรชัยสกุล

213



ปาฐกถา: ความเป็น ‘ไท’ ทางเพศและการเจริญพันธุ์ Sexual and Reproductive Autonomy

ชลิดาภรณ์ ส่งสัมพันธ์*

เดิมนปาฐกถานี้ชื่อว่า “ความเป็น ‘ไท’ ทางการเจริญพันธุ์” (Reproductive autonomy) โดยมุ่งหมายว่าจะนำเสนอแง่มุมเกี่ยวกับเสรีภาพในการเลือกทางเลือกและการจัดการการเจริญพันธุ์ของมนุษย์เพื่อการวิเคราะห์และตั้งคำถามในทางวิชาการและในการดำเนินการทางการเมืองเพื่อผลักดันนโยบายสาธารณะของรัฐและการเสนอกรอบคิดวิธีมองโลกแก่คนในสังคม ผู้ทาบตามที่ทำให้เกิดปาฐกถานี้เสนอว่าอยากจะทำให้พูดถึงเรื่องเพศด้วย ข้อเสนอดังกล่าวนับเป็นจุดตั้งต้นที่ดีในการชวนคิดซึ่งมุมมองที่เชื่อมโยงเรื่องเพศและการเจริญพันธุ์ของมนุษย์และสัตว์ต่างๆ เป็นเนื้อเดียวกัน วิธีคิดนี้บอกว่าเรื่องเพศในฐานะการกระทำมีการเจริญพันธุ์เป็นเป้าหมาย คนร่วมเพศเพื่อจะสืบพันธุ์และความต้องการจะสืบพันธุ์ไว้ให้คนยุ่งเกี่ยวกับเรื่องเพศ แม้ว่าเรื่องเพศกับการเจริญพันธุ์ในมนุษย์ได้แยกขาดกันมายาวนานมากในหลายวัฒนธรรมและระบบความเชื่อ

การเชื่อมโยงเรื่องเพศกับการเจริญพันธุ์ทำให้การ “ร่วมเพศ” ถูกนิยามเป็นความพบปะของ “อวัยวะเพศชาย” และ “อวัยวะเพศหญิง” ที่ประเภทแรกสอดใส่เข้าไปในประเภทหลัง และมีจุดสำเร็จคือการหลั่งน้ำสุจิของเพศชายภายในช่องคลอดของเพศหญิง นิยามเช่นนี้ถูกสะท้อนและผลิตซ้ำในอาณาบริเวณต่างๆ ของชีวิตทางสังคม ตั้งแต่ความสัมพันธ์ส่วนตัวไปจนถึงกฎหมายและนโยบายสาธารณะของรัฐ การกระทำทางเพศตามนิยามนี้เป็นรูปแบบที่นำไปสู่การสืบพันธุ์ได้ในมนุษย์ และน่าจะถูกระบุอย่างตรงไปตรงมาว่าเป็นการ “สืบพันธุ์” เพราะรูปแบบดังกล่าวไม่ได้นำไปสู่ความพึงพอใจทางเพศสำหรับทุกคน (แปลว่าไม่น่าจะเป็นช่องทางในการสนองความต้องการทางเพศที่ดีที่สุดสำหรับทุกคน) แต่เอื้อต่อการเจริญพันธุ์มากกว่า

แต่ดูเหมือนว่ามนุษย์ไม่ได้ต้องการจะเจริญพันธุ์ทุกครั้ง “ร่วมเพศ” ด้วยวิธีการ “มาตรฐาน” นี้ (MacKinnon, 1995: 135) เพราะถ้าเป็นเช่นนั้น มนุษย์หลายกลุ่มในแต่ละช่วงเวลาคงไม่คิดค้นหาวิธีเพื่อจะ “คุมกำเนิด” ป้องกันหรือยุติการตั้งครรภ์ วิวัฒนาการของการคุมกำเนิดทำให้เกิดรูปแบบ/วิธีการที่สะดวก ราคาไม่แพง และประสิทธิภาพสูงอย่างที่ปรากฏในตำราเรียนไปจนถึงโฆษณาในสื่อประเภทต่างๆ นอกจากนี้มนุษย์ยังประดิษฐ์คิดค้นรูปแบบเรื่องเพศอย่างหลากหลาย ที่ดูจะสนองความต้องการทางเพศได้อย่างหฤหรรษ์เต็มทีกว่าเรื่องเพศแบบ “มาตรฐาน” ที่ยึดถือกันนัก เรื่องเพศและการเจริญพันธุ์ในมนุษย์ไม่ได้เป็นเรื่องเดียวกันมายาวนานมาก และระยะห่างระหว่างสองแง่มุมของชีวิตเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามการพัฒนา

* รองศาสตราจารย์ คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ของวิธีการคุมกำเนิด ดูเหมือนมนุษย์จะควบคุมการเจริญพันธุ์ของตนเองได้มากขึ้นเรื่อยๆ ผ่านการเลือกในแต่ละสถานการณ์ของชีวิต แต่พฤติกรรมของคนหลายกลุ่มในหลายสังคมดูจะไม่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงนี้ หลายกรณีของการตั้งครรรค์โดยไม่เจตนาหรือไม่พร้อมสะท้อนการไร้ความสามารถในการเลือกจัดการชีวิตและการเจริญพันธุ์ของตนเองของคนจำนวนมากไม่น้อย

กรอบคิดว่าด้วยความถูกต้องในเรื่องเพศในวัฒนธรรมต่างๆ สะท้อนว่า มนุษย์ไม่ได้ปล่อยให้เรื่องเพศและการเจริญพันธุ์เป็นไปโดย “ธรรมชาติ” แต่พยายามกำกับห้ามล้อมเรื่องเพศอย่างเข้มงวดมากบ้างน้อยบ้างในแต่ละช่วงเวลา มาตรฐานความถูกต้องดั้งเดิม/ศีลธรรม/สุขภาพบอกว่าอะไรควร/ไม่ควรในเรื่องเพศ จำกัดทางเลือกและการเลือกของมนุษย์ในเรื่องเพศและการเจริญพันธุ์ แง่มุมต่างๆ ของเรื่องเพศสภาพและเพศวิถีถูกเข้าใจว่าเป็นเรื่องส่วนตัวที่มนุษย์ในฐานะ ‘ปัจเจก’ มีเสรีภาพในการเลือกและตัดสินใจอย่างเต็มที่ แต่งานวิชาการในประเด็นเพศสภาพและเพศวิถีพบว่าเรื่องเพศของมนุษย์ถูกควบคุมกำกับอย่างเข้มงวดโดยสังคมและรัฐ ตัวอย่างเช่น ฐานคติแบบรักต่างเพศนิยม (Heterosexism) เป็นกำแพงห้ามล้อมความปรารถนาและอารมณ์ทางเพศหลากหลายรูปแบบที่ไม่สอดคล้องกับกรอบคิดนี้ กลายเป็นว่าความหลากหลายของเรื่องเพศถูกบีบอัดตีกรอบโดยค่านิยมที่มนุษย์เองเป็นผู้ให้คุณค่า การทำตามความปรารถนาและอารมณ์ทางเพศ “นอกกรอบ” กลายเป็นเรื่องบาปผิดวิตถารที่ถูกตีตราประณาม นักทฤษฎีสตรีนิยมบางสายตระกูลเสนอว่าการควบคุมกำกับเรื่องเพศและการเจริญพันธุ์เป็นสาเหตุพื้นฐานหรือรากเหง้าของความเหลื่อมล้ำและความอยุติธรรมในระบบสองเพศสภาพ การปลดปล่อยผู้หญิงเพื่อให้เธอสามารถจัดการเพศวิถีและการเจริญพันธุ์ของเธอได้เอง ถูกมองเป็นทางออกสำคัญจากการกดขี่เอารัดเอาเปรียบของระบบนิยมชายที่หล่อเลี้ยงความรุนแรงและอคติทางเพศนานาประการ

การศึกษาอาณาบริเวณต่างๆ ของเพศวิถี ซึ่งถูกนิยามกว้างขวางครอบคลุมแง่มุมต่างๆ ของชีวิตทางสังคมมากขึ้น ตั้งแต่เพศสภาพ ความสัมพันธ์ รูปแบบการอยู่ร่วมกันและเชื่อมโยงกันของมนุษย์ ไปจนถึงเรื่องเพศและการเจริญพันธุ์ นำไปสู่คำถามว่า มนุษย์มีความเป็น “ไท” ทางเพศและการเจริญพันธุ์หรือไม่ หรือแท้ที่จริงมนุษย์ในชุมชนทางการเมืองไม่ได้เลือกเองว่าจะมีชีวิตทางเพศและการเจริญพันธุ์อย่างไร แต่ถูกห้ามล้อมโดยกรอบคิดของสังคมและรัฐอย่างแน่นหนาจนไม่สามารถจะทำตามความปรารถนาของตนเองได้ ความเป็นอิสระที่จะเลือกทางเลือกต่างๆ และจัดการชีวิตของตนเองในทางเพศสภาพ เพศวิถี และการเจริญพันธุ์ ได้กลายเป็นกรอบคิดสำคัญในการดำเนินการทางการเมืองเพื่อผลักดันนโยบายสาธารณะและความเข้าใจเรื่องเพศวิถีของคนในสังคม การจัดการรอบประเด็นต่างๆ ของการโต้เถียงสาธารณะให้เป็นเรื่อง “สิทธิทางอนามัยเจริญพันธุ์” ที่มองมนุษย์ในฐานะผู้ถือครองสิทธิที่มีความสามารถในการคิดใคร่ครวญเลือกทางเลือกต่างๆ ได้เอง ทำให้การใคร่ครวญเกี่ยวกับความเป็น “ไท” ทางเพศเป็นเรื่องสำคัญยิ่ง

เช็กส์ การเจริญพันธุ์ และการเลือกของมนุษย์

การเจริญพันธุ์ในมนุษย์มีช่วงเวลาของการตัดสินใจเลือกอยู่หลายขณะ การเลือกทางใดทางหนึ่งในเวลาต่างๆ นั้นนำไปสู่การเจริญพันธุ์หรือไม่ก็ได้ ตั้งแต่การเลือกว่าจะร่วมเพศหรือไม่ อย่างไร ไปจนถึงการตั้งครรรค์ การคลอดทารก และการเลี้ยงดู การเลือกในแต่ละเวลามีผลต่อการเจริญพันธุ์ทั้งสิ้น และดูเหมือนว่าการเลือกหลายประการจะเป็นเรื่องของมนุษย์เพศหญิง

- **ร่วมเพศหรือไม่/ร่วมเพศอย่างไร**

เนื่องจากการสืบพันธุ์ในมนุษย์เป็นการอาศัย “เพศ” (sexual reproduction) การเลือกว่าจะร่วมเพศหรือไม่ส่งผลต่อโอกาสในการเจริญพันธุ์ แม้เมื่อคนเลือกจะร่วมเพศก็ยังมีเรื่องที่เกี่ยวข้องอีกหลายประการ ตั้งแต่รูปแบบการร่วมเพศที่จะนำไปสู่การสืบพันธุ์หรือไม่ การกระทำทางเพศที่นอกเหนือไปจากรูปแบบระหว่างหญิงชายที่เฉพาะมาก¹ อาจสนองความต้องการทางเพศแต่ไม่นำไปสู่การเจริญพันธุ์ เพื่อจะสืบพันธุ์มนุษย์ต้องร่วมเพศตามแบบชายหญิงที่มีแบบแผนเฉพาะ และต้องเลือกจะไม่คุมกำเนิด การกำหนดกรอบคิดและปลูกฝังให้คนมองเห็นเรื่องเพศที่ถูกต้องว่าต้องเป็นไปตามแบบแผนที่จำกัดระหว่างหญิงชาย รูปแบบอื่นที่แตกต่างไปเป็นเรื่องไม่ปกติหรือไม่ถูกต้อง เป็นการกำกับกับการเลือกในเรื่องเพศของคนให้อยู่ในแนวทางของการร่วมเพศเพื่อการเจริญพันธุ์

ความเป็น ‘ไท’ ทางเพศและการเจริญพันธุ์เป็นอำนาจที่ทำให้เกิดความได้เปรียบ-เสียเปรียบระหว่างมนุษย์ หนังสือเรื่อง Sex, Time and Power ของ Leonard Shlain (2003) กล่าวถึงพลังอำนาจของผู้หญิงที่มาจาก การตัดสินใจเลือกเจริญพันธุ์ของเธอ โดยความเชื่อพื้นฐานของ Shlain คือมนุษย์ต้องการจะส่งต่อพันธุกรรมของตนเองไปยังคนรุ่นหลัง เส้นทางการวิวัฒนาการของมนุษย์ทำให้เพศเมียได้เปรียบ การเปลี่ยนแปลงทางสรีระของมนุษย์สายพันธุ์ที่เปลี่ยนมาขึ้นหลังตรง ทำให้เพศหญิงมีความยากลำบาก เจ็บปวด และสุมเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในเวลาคลอดลูก การเปลี่ยนแปลงทางสรีระนี้มาพร้อมกับความสามารถในการลำดับเวลา และเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผล มนุษย์เพศเมียจึงมีแนวโน้มจะปฏิเสธการเจริญพันธุ์ถ้าเธอเลือกได้ การเลือกของพวกเธอส่งผลต่อโอกาสในการสืบพันธุ์กรรมของมนุษย์เพศชายไปสู่คนรุ่นหลัง ประกอบกับความไม่ชัดเจนในการบ่งชี้ว่าทารกที่เกิดมาจากเพศหญิงเป็น ‘ลูก’ ของชายคนใด ถ้าไม่อาศัยเทคโนโลยีที่ซับซ้อนก็มักจะบอกได้เพียงว่าทารกนั้นเป็นลูกของเพศหญิงคนไหน โดยดูจากการคลอดออกมาทางช่องคลอดหรือหน้าท้องของหญิงคนใด วิวัฒนาการในทิศทางนี้ทำให้เพศหญิงมีอำนาจที่มาพร้อมกับความสามารถในการปฏิเสธเรื่องเพศของเธอ การควบคุมเพศวิถีของเพศหญิงจึงเป็นเรื่องจำเป็นยิ่งสำหรับเพศชายเพื่อเพิ่มโอกาสในการเจริญพันธุ์และความชัดเจนเชิงพันธุกรรม (Shlain, 2003: 4-21)

นักทฤษฎีสตรีนิยมบางสายตระกูลเชื่อมโยงการควบคุมเพศวิถีของผู้หญิงเข้ากับโครงสร้างความล้มพันธ์เชิงอำนาจแบบ “นิยมชาย” (Patriarchy) ในระบบที่แบ่งมนุษย์ออกเป็นสองเพศสภาพอย่างเคร่งครัด ระบบนิยมชายให้คุณค่ากับสิ่งที่เชื่อมโยงกับความเป็นชาย และนิยามความเป็นหญิงในฐานะ “เพศแม่” ที่ดำรงอยู่เพื่อสนองความต้องการทางเพศของผู้ชายและเพื่อทำหน้าที่แม่ ความล้มพันธ์ทางเพศในระบบนิยมชายจึงจำกัดอยู่กับรูปแบบระหว่างหญิงชายเท่านั้น มนุษย์ไม่มีโอกาสเลือกรูปแบบเรื่องเพศและวิถีชีวิตทางเพศตามที่ปรารถนา แต่ถูกกำกับให้อยู่กับเรื่องเพศภาคบังคับระหว่างหญิงชาย ผ่านการกล่อมเกลา/ศึกษา/ศาสนา การประณามทางสังคม และกฎหมายของรัฐ เรื่องเพศและการเจริญพันธุ์ในระบบนิยมชายจึงเป็นเรื่องของการกำกับบังคับที่คนไม่มีความเป็น ‘ไท’ นักสตรีนิยมอย่าง Catharine Mackinnon บอกว่าเรื่องเพศภาคบังคับนี้ทำให้แยกการข่มขืนออกจากรูปแบบเรื่องเพศอื่นๆ ไม่ได้ เพราะผู้ที่เกี่ยวข้องต่างก็ถูกบังคับโดยไม่มีโอกาสเลือกด้วยกันทั้งสิ้น (MacKinnon, 1989: 140)

¹ Vaginal intercourse – รูปแบบเรื่องเพศที่อวัยวะเพศชายสอดใส่เข้าไปในอวัยวะเพศหญิง และมีการหลั่งน้ำอสุจิภายในช่องคลอดของเพศหญิง

ในระบบนิยามชาย เพศวิถีของคนเพศสภาพหญิงถูกกำกับควบคุมอย่างเข้มงวด จนพลังอำนาจและความได้เปรียบอันเนื่องมาจากการเลือกปฏิบัติเรื่องเพศของเธอ ถูกบดบังโดยกรอบความเชื่อเรื่องเพศที่ให้ความเชื่อมโยงเพศกับการเจริญพันธุ์ การนิยามผู้หญิงในฐานะแม่ และระบบฟัวเดียวอย่างเคร่งครัดเพื่อทำให้เกิดความชัดเจนว่าด้วยความเป็นพ่อของผู้ชาย

- **คุมกำเนิด/ตั้งครรภ์/คลอด/เลี้ยงทารก**

การร่วมเพศตามรูปแบบมาตรฐานภาคบังคับระหว่างหญิงชายจะนำไปสู่การเจริญพันธุ์ได้เมื่อผู้เกี่ยวข้องไม่ใช้วิธีการต่างๆ เพื่อ “คุมกำเนิด” ความรู้และการเข้าถึงการคุมกำเนิดเป็นเรื่องสำคัญยิ่งในการตัดสินใจเลือกและจัดการการเจริญพันธุ์ของคน วิวัฒนาการของการคุมกำเนิดทำให้คนเลือกได้ว่าจะสืบพันธุ์หรือไม่ทุกครั้งที่เกี่ยวข้องกับการร่วมเพศ และภาวะในการจัดการด้านการคุมกำเนิดถูกยกให้เป็นเรื่องของผู้หญิง คำถามคือความสามารถในการเลือกและทางเลือกเหล่านี้ถูกจำกัดโดยปัจจัยหลายประการ ตั้งแต่ชุดความเชื่อที่ห้ามการคุมกำเนิด การไร้ความสามารถในการต่อรองด้านการคุมกำเนิด (โดยเฉพาะการต่อรองระหว่างชายหญิง) ไปจนถึงการเข้าไม่ถึงวิธีการคุมกำเนิดของผู้หญิงมากมายหลายกลุ่ม

ในสถานการณ์ที่เกิดการตั้งครรภ์ พวกเขาสามารถเลือกได้ว่าจะตั้งครรภ์ต่อจนครบกำหนดคลอดหรือไม่ จะประพฤติปฏิบัติอย่างไรระหว่างการตั้งครรภ์ แต่การตัดสินใจเลือกว่าจะเจริญพันธุ์หรือไม่ถูกกำกับบังคับอยู่โดยนิยามความเป็นแม่ที่ถูกสถาปนาในฐานะสาระสำคัญของความเป็นหญิง ความเป็นหญิงถูกมองและให้ค่าในฐานะเพศแม่ที่เป็นไปโดยธรรมชาติ ระบบความหมายเช่นนี้ยกบทบาทมอบหน้าที่ความรับผิดชอบในเรื่องการเลี้ยงดูลูกอ่อนเมลา “ลูก” ในฐานะภารกิจหลักของชีวิต² ความเชื่อว่าความรักความผูกพันระหว่างแม่ลูกเกิดเองโดยอัตโนมัติบดบังการเลือกของผู้หญิงในหลายขณะของกระบวนการเจริญพันธุ์ ความเป็นแม่เน้นการเสียสละตนเองและให้ความสำคัญกับบทบาทแม่มากกว่าแง่มุมอื่นของชีวิต การปฏิเสธความเป็นแม่และให้ความสำคัญกับตนเองก่อนนับว่าเป็นเรื่องเลวร้ายที่ถูกประณามอย่างรุนแรง (Abrams, 2015: 179-180) ความเป็นแม่ในฐานะสถาบันทำให้การเลือกทางเลือกที่ไม่สอดคล้องกับความเชื่อเช่นนี้เป็นไปได้ยาก เพราะต้องเผชิญกับแรงกดดันภายในใจและจากสังคมรอบข้างอย่างใหญ่หลวง มนุษย์เพศหญิงเลือกได้ว่าจะตั้งครรภ์ต่อไปหรือไม่และจะอย่างไรกับทารกที่เกิดมา แต่ดูเหมือนมนุษย์ผู้หญิงสูญเสียสภาพที่จะตัดสินใจว่าจะทำหน้าที่แม่หรือไม่ และอย่างไร การชัดเจนไม่ยอมเล่นบทแม่มี “ราคา” ทางอารมณ์และสังคมต่อตัวผู้หญิงสูงมาก

การเลือกจะไม่ท้องต่อเพราะความไม่พร้อมโดยปัจจัยต่างๆ ของชีวิตถูกมองเป็นเรื่องบาปผิดหรือเป็นการตัดสินใจที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ทั้งที่กรอบกติกาเรื่องเพศในสังคมต่างๆ นั้นเองสร้างความ “ไม่พร้อม” โดยจัดประเภทให้การตั้งครรภ์ในหลายสถานการณ์ของผู้หญิงมากมายกลายเป็นเรื่องไม่ถูกต้อง โดยการจำกัดเรื่องเพศเพื่อการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมไว้ในสถาบันการแต่งงานแบบฟัวเดียวอย่างเคร่งครัดเท่านั้น การตั้งครรภ์ “ผิดเวลา” โดยไม่สอดคล้องกับกติกากลายเป็นเรื่องบาปผิดน่าอับอาย ไม่ว่าจะเป็นการท้องนอกสมรสของผู้หญิงหลากหลายวัย ท้องในสถานการณ์ที่ไม่สามารถจะสร้างหรือรักษาครอบครัวแบบ

² ตัวอย่างงานทฤษฎีสตรีนิยมที่มองสถาบันความเป็นแม่ในฐานะสถาบันที่ถูกประกอบสร้างและผลิตซ้ำโดยความสัมพันธ์เชิงอำนาจในระบบนิยามชาย ได้แก่ Rich, Adrienne. (1976). *Of Woman Born: Motherhood as Experience and Institution*. New York: W. W. Norton & Company.

พ่อ-แม่-ลูกได้ตามกฎหมายหรือประเพณี และการขาดความสามารถทางเศรษฐกิจและสังคมที่จะเลี้ยงดูทารกที่เกิดมาในครอบครัวที่ผลักดันการเลี้ยงดูเด็กให้เป็นภาระหน้าที่ส่วนตัวของ “พ่อแม่” ผู้หญิงที่เผชิญสถานการณ์เหล่านี้ไม่สามารถเลือกจะไม่เจริญพันธุ์ได้ หรือเผชิญกับความยากลำบากและเสี่ยงภัยอันตรายต่อร่างกายและสุขภาพของตนเองอย่างใหญ่หลวง เนื่องจากทางเลือกบางทางเลือกได้ถูกจำกัดหรือกำจัดไปแล้วโดยกฎหมายของรัฐและ/หรือการตีความเชิงศีลธรรมที่เน้นการเกิดและความเป็นแม่

การเลือกจะไม่เจริญพันธุ์ถูกจำกัดโดยกฎหมายที่จัดให้การทำแท้งเป็นอาชญากรรม โดยลงโทษผู้หญิงที่เลือกยุติการตั้งครรภ์และผู้ที่เข้าไปเกี่ยวข้องในการยุติการตั้งครรภ์ของผู้หญิง กฎหมายของหลายรัฐบอกว่าการทำแท้งเป็นความผิดอาญา แต่ก็มีข้อยกเว้นให้ทำแท้งได้ในบางกรณีพร้อมไปกับการประเมินเชิงศีลธรรมที่รุนแรง ทำให้เกิดความคลุมเครือว่าอย่างไรถูก/อย่างไรผิด และต้องอาศัยการคิดใคร่ครวญและตัดสินใจเชิงศีลธรรมที่ซับซ้อน ซึ่งคนมากมายที่เกี่ยวข้องกับการทำแท้ง โดยเฉพาะบุคลากรด้านการแพทย์และการให้บริการด้านสุขภาพมักจะตัดสินใจแบบไม่ซับซ้อน กลายเป็นว่าผู้หญิงมากมายถูกปฏิเสธบริการแม่สถานการณณ์ของเธอจะเข้าข่ายที่กฎหมายยกเว้นไม่เอาผิด หรือการจัดการกับสถานการณณ์ตนเองแบบปิดบัง ไม่มีที่พึ่งที่จะสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ ฯลฯ การเลือกจะยุติการตั้งครรภ์ไม่ใช่เรื่องง่ายสำหรับผู้หญิงมากมาย เพราะต้องสู้กับกำแพงเชิงศีลธรรมและครอบครัวทางสังคมที่บีบรัดกดดันทางอารมณ์และจิตวิญญาณ กฎหมายของรัฐที่ทั้งลงโทษและประณาม รวมทั้งการเข้าไม่ถึงบริการที่ปลอดภัยเพราะข้อจำกัดของสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของพวกเธอเอง

การตัดสินใจเลือกเกี่ยวกับการเจริญพันธุ์ของผู้หญิงที่สำคัญยิ่งอีกขณะเวลาหนึ่งเกิดขึ้นได้เมื่อผู้หญิงตั้งครรภ์จนถึงเวลาคลอด พวกเธอเลือกได้ว่าจะทำอย่างไรกับทารกที่เกิดมา จะให้ทารกนั้นอยู่ต่อไปและจะเลี้ยงดูทารกนั้นหรือไม่ การตัดสินใจนี้มักถูกมองข้ามไปในระบบคิดที่มองความผูกพันระหว่างผู้หญิงกับทารกที่เธอให้กำเนิดในฐานะแม่-ลูกที่เป็นไปโดยธรรมชาติและเกิดขึ้นได้ฉับพลันทันทีโดยอัตโนมัติ ไม่ว่าเราจะเชื่อหรือชอบอย่างไร ในสภาพที่ทารกไม่สามารถอยู่รอดได้เอง แต่ต้องอาศัยการเลี้ยงดูโดยคนอื่นอยู่ชั่วเวลาหนึ่งเพื่อจะพัฒนาทางร่างกายและสมองจนสามารถอยู่รอดได้เอง และหลายสังคมยกภาระหน้าที่ในการเลี้ยงดูทารกให้แม่ผู้ให้กำเนิด ความอยู่รอดและอยู่ดีของทารกนั้นขึ้นอยู่กับตัดสินใจเลือกของแม่เมื่อคลอดลูก ผู้หญิงเป็นผู้เลือกว่าจะให้ทารกนั้นมีชีวิตอยู่หรือไม่ เธอสามารถจะเลือกฆ่าทารกนั้นด้วยวิธีการต่างๆ ทันที หรือทิ้งไปไม่ดูแล ให้ทารกนั้นรับความเสี่ยงว่าจะมีผู้เก็บไปเลี้ยงดูต่อหรือจะตายไปเพราะช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พลังอำนาจในการเลือกที่จะไว้ชีวิตทารกหรือไม่ทำให้ผู้หญิงเป็นทั้ง “แม่” และ “เจ้าชีวิต” ของทารกที่เธอให้กำเนิด (Pateman, 1977: 61) แต่ดูเหมือนข้อห้ามและกติกากฎของสังคมจะทำให้คนมากมายหลงลืมพลังอำนาจในการเลือกไว้ชีวิตทารกของผู้ให้กำเนิด จึงพากันตระหนกตกใจเมื่อได้รับรู้ข่าวสารว่าด้วย “แม่ฆ่าลูก” หรือ “แม่ทิ้งลูก” เลยสถาปนาให้หญิงผู้ให้กำเนิดเหล่านั้นกลายเป็นยักษ์มารและรุมประณามหยามเหยียดจนสิ้นความเป็นมนุษย์ ทั้งที่หญิงเหล่านั้นใช้เสรีภาพในการเลือกที่เป็นของเธอมารโดยตลอดไม่ว่ารัฐและสังคมจะห้ามและลงโทษรุนแรงอย่างไร ก็จะมีกรณีหญิงฆ่าลูก/ทิ้งลูกเกิดขึ้นเสมอ

จะเห็นได้ว่ากติกากฎเรื่องเพศ นิยามความเป็นแม่ และจินตนาการว่าด้วยครอบครัวแบบพ่อ-แม่-ลูกที่กุมความเชื่อของคนมากมายหลายกลุ่มในเวลานี้ ทำให้เราหลงลืม/มองข้ามแง่มุมต่างๆ ของการเจริญพันธุ์ที่มนุษย์ (โดยเฉพาะมนุษย์ผู้หญิง) สามารถจะตัดสินใจได้ เลือกได้ว่าจะทำอย่างไรกับการเจริญพันธุ์ของตนเอง จะเจริญพันธุ์หรือหลีกเลี่ยงจากการเจริญพันธุ์ กรอบกติกาและแบบแผนความล้มพันธ์ในระบบที่แบ่งมนุษย์

ออกเป็นสองเพศสภาพโดยให้คุณค่าไม่เท่ากันนี้ปฏิบัติเลือกและความสามารถในการเลือกของมนุษย์ ทั้งในเรื่องแบบแผนชีวิต ตัวตนทางเพศ วิธีชีวิตทางเพศ และการเจริญพันธุ์ การคิดใคร่ครวญเกี่ยวกับความเป็นไททางเพศและการเจริญพันธุ์ในแบบแผนทางสังคมเช่นนี้ ต้องมองไปที่ความเชื่อมโยงระหว่างกรอบคิดกับการเห็นโลกและการเลือกของคน และข้อจำกัดของเสรีภาพที่ซับซ้อน

เสรีภาพ ความเป็นไท และการเจริญพันธุ์

การจำกัดการเลือกในเรื่องเพศและการเจริญพันธุ์สร้างความทุกข์ยากให้กับผู้คนมากมาย ทั้งในทางอารมณ์ ร่างกาย และสุขภาพะ ข้อเสนอประการสำคัญใช้ภาษา “สิทธิ” และ “เสรีภาพ” เพื่อให้คนได้เลือกและจัดการกับร่างกาย เพศสภาพ เพศวิถี และการเจริญพันธุ์ของตนเอง การโต้เถียงต่อรองเพื่อผลักดันกฎหมายและนโยบายของรัฐ หรือโน้มน้าวผู้คนในสังคมในประเด็นเพศสภาพและเพศวิถี อ้างอิงฐานคิดด้วยสิทธิ เสรีภาพ และความสามารถในการจัดการกิจกรรม/กิจการทั้งหลายทั้งปวงของมนุษย์ในฐานะปัจเจก “สิทธิในเรื่องการเจริญพันธุ์/อนามัยเจริญพันธุ์” ที่หมายรวมถึงการมีชีวิตทางเพศที่ปลอดภัยและเป็นสุข และสิทธิในการเลือกที่จะเจริญพันธุ์ จำนวนและระยะห่างของการมีบุตร (Greer, 2009) ข้อเสนอบนฐานเสรีภาพที่ระดับบุคคลโดยเน้นการรับรองสิทธิและการเสริมสร้างพลังอำนาจในการเลือกของคน เผชิญกับอุปสรรคขวากหนามและถูกตั้งคำถามมากมาย จึงน่าจะตรวจสอบฐานคิดและข้อจำกัดของการให้ความสำคัญกับเสรีภาพและความเป็นไทในเรื่องเพศและการเจริญพันธุ์นี้

แนวคิดในการมองเสรีภาพในฐานะการไม่ถูกจำกัดทางเลือกเชื่อมโยงกับความเป็น “ไท” ที่คน “ปกครองตนเอง” เลือกทางเลือกและจัดการสถานการณ์ชีวิตเองโดยไม่ถูกจำกัดหรือบังคับโดยคนอื่น ความเป็นไทดังกล่าวอาจถูกลดทอนโดยปัจจัยทางสังคมนานาประการที่จำกัดทางเลือก และปัจจัย “ภายใน” ใจ/ความคิดของผู้เลือกเอง เช่น การถูกปลูกฝังให้ยอมรับและปฏิบัติตามกติกาสังคมโดยไม่ตั้งคำถาม (Gray, 1995: 58) หรือเป็นการผสมผสานของทั้งสององค์ประกอบ ตัวอย่างเช่น ความหวาดกลัวการถูกตีตราประณามและการลงโทษทางสังคม ทำให้ผู้หญิงที่เผชิญสถานการณ์ท้องไม่พร้อมปิดบังสถานการณ์ของตนเองหรือเลือกทางเลือกที่ไม่ปลอดภัยต่อตนเองได้ (Abrams, 2015: 184) ดังที่กล่าวแล้วข้างต้นว่า ระบบความหมายและการให้คุณค่าในระบบสองเพศสภาพที่ไม่เท่าเทียมและกรอบคิดทางเพศ จำกัดการเห็นโลกและการให้คุณค่าที่ทำให้ทางเลือกในสถานการณ์ทางเพศไม่ได้เป็นเรื่องการเลือกของปัจเจก แต่บังคับตามมนุษย์จากการมองเห็นบางทางเลือก

เสรีภาพในการเลือกทางเลือกในชีวิตของคนถูกมองว่าเป็นผลดีต่อตัวผู้เลือกที่จะได้สนองความต้องการของตน และส่งผลดีต่อสังคมโดยรวมด้วย เช่น กลุ่มเคลื่อนไหวทางการเมืองเพื่อผลักดันเสรีภาพในการเลือกที่จะเจริญพันธุ์หรือไม่ของผู้หญิง ได้หยิบยกเหตุผลว่าการเป็นแม่โดยสมัครใจหรือเมื่อพร้อมจะทำให้ทารกที่เกิดมามีคุณภาพดีกว่าการถูกบังคับให้ต้องเจริญพันธุ์ เด็กที่ไม่เป็นที่ต้องการจะมีปัญหาหรืออ่อนแอทางกายและทางศีลธรรม (Sanger, 2007: 211) นอกจากนี้งานวิจัยยังพบว่าการเจริญพันธุ์โดยไม่เจตนาเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงในการใช้ความรุนแรงกับเด็ก ไม่ว่าจะเป็นการทำร้ายทางอารมณ์หรือการทำร้ายร่างกาย (Guterman, 2015) การตัดสินใจเลือกเกี่ยวกับการเจริญพันธุ์ที่แต่ละคนประเมินสถานการณ์ชีวิตและข้อจำกัดของตนเอง จึงเป็นผลดีต่อผู้เลือกและส่งผลดีต่อคุณภาพของประชากรรุ่นหลังได้

การปล่อยให้มนุษย์มีเสรีภาพในการเลือกจะทำอย่างไรในเรื่องเพศและการเจริญพันธุ์นับเป็นการสูญเสียอยู่ไม่ใช่น้อย เพราะการเลือกของแต่ละคนส่งผลต่ออัตราการเกิดรวมของสังคมและคุณภาพประชากรได้ ดังที่หลายสังคมเคลื่อนเข้าสู่ความเป็นสังคมผู้สูงอายุที่มีอัตราการเกิดต่ำ การตัดสินใจในระดับส่วนตัวของคนมีผลต่อสังคม ดังที่อดีตนายกรัฐมนตรียของออสเตรเลีย ได้นำเสนอเมื่อครั้งดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขว่า ปัญหาพื้นฐานของรัฐตะวันตกคือการมอบหมายการตัดสินใจและการจัดการเกี่ยวกับอนาคตของคนรุ่นหลังเป็นเรื่องส่วนตัวที่พลเมืองเลือกตามความปรารถนาและความเหมาะสมตามปัจจัยเฉพาะของแต่ละคน มากกว่าที่จะเห็นว่าการเจริญพันธุ์เป็นเรื่องของประโยชน์สุขของสังคมโดยรวม (O'Rourke, 2016: 38) เมื่อปล่อยให้คนคิดใคร่ครวญโดยคำนึงถึงประโยชน์สุขของตนเอง เช่น การเรียนหนังสือ การเสริมสร้างฐานะทางเศรษฐกิจ และความเจริญก้าวหน้าของตำแหน่งงาน หลายคนเลือกจะผัดผ่อนประวิงเวลาในเรื่องการเจริญพันธุ์ หรือเลือกจะไม่เจริญพันธุ์ จนกระทบขนาดของประชากรโดยรวมที่มีผลต่อสังคมและรัฐ รัฐที่เผชิญกับอัตราการเกิดต่ำและอายุที่ยืนยาวขึ้นของพลเมืองในสังคมผู้สูงอายุ (รวมทั้งรัฐไทย) พยายามหามาตรการเพื่อเพิ่มอัตราการเกิด โดยมองไปที่การสร้างแรงจูงใจให้คนเจริญพันธุ์ มองข้ามหลายแง่มุมที่กำกับการเลือกและตัดสินใจของคนในเรื่องเพศและการเจริญพันธุ์ รวมทั้งความเหลื่อมล้ำที่ส่งผลต่อความสามารถในการเลือกและทางเลือกที่เป็นไปได้ของพลเมือง

ความเป็นไทภายใต้ข้อจำกัด

การจัดกรอบประเด็นเกี่ยวกับการเจริญพันธุ์เป็นเรื่องเสรีภาพในการเลือกและความเป็นไทของมนุษย์ ให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างพลังอำนาจระดับบุคคล มักถูกหักล้างวิพากษ์ว่ามองข้ามปัจจัยเชิงโครงสร้างที่กำกับและจำกัดความเป็นไทของคน เช่น ระบบความหมายและกรอบกติกาเรื่องเพศในระบบสองเพศสภาพที่ทำให้คนไม่ได้มีเสรีภาพ แต่ถูกควบคุมกำกับการเห็นโลก การตีความและการเลือกอย่างเข้มงวด นอกจากนี้ ตำแหน่งแห่งที่ทางเศรษฐกิจสังคมของแต่ละคนส่งผลต่อทางเลือกที่เป็นไปได้ และความสามารถในการเลือกในเรื่องเพศ/เพศสภาพ/การเจริญพันธุ์ การเลือกของแต่ละคนจึงเป็นการเลือกภายใต้ข้อจำกัดและโยงใยความล้มพันธ์เฉพาะ การทำความเข้าใจเรื่องความเป็นไททางเพศและการเจริญพันธุ์จึงต้องพิจารณาทั้งแง่มุมทางสังคมเศรษฐกิจที่จำกัดหรือส่งผลต่อการเลือกของคนในสถานการณ์เฉพาะ ในที่นี้จะกล่าวถึงกรอบความหมายว่าด้วยความเป็นหญิง/ความเป็นแม่ และความเหลื่อมล้ำทางสังคมเศรษฐกิจ

ความเป็นหญิง/ความเป็นแม่

การนิยามเพศสภาพหญิงในฐานะแม่ โดยความสามารถในการทำหน้าที่แม่แบบสละตัวตนทุกแง่มุมเพื่อเลี้ยงดูลูก และความผูกพันระหว่างแม่กับลูกเป็นเรื่องธรรมชาติที่เกิดขึ้นได้เองเมื่อมีการเจริญพันธุ์ ส่งผลต่อการมองตนเองและทางเลือกในชีวิตของผู้หญิง การตีความประเด็น และการตัดสินใจเลือกและการกระทำของผู้อื่นที่ส่งผลต่อนโยบายสาธารณะ การให้บริการ และการประณามทางสังคมที่เข้ามาห้อมล้อมจำกัดการเลือกของมนุษย์ การปฏิเสธความเป็นแม่เป็นเรื่องไม่ถูกต้องหรือถูกมองเป็นการตัดสินใจผิดพลาด ผู้หญิงมากมายตั้งคำถามกับตนเองและถูกตั้งคำถามเมื่อไม่ยอมเป็นแม่หรือเลือกจะไม่เจริญพันธุ์ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การยุติการตั้งครรภ์ในสถานการณ์ท้องไม่พร้อม หรือเลือกจะทำหมันเมื่ออายุน้อย เป็นต้น

ในขณะที่ผู้หญิงที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีเพื่อการเจริญพันธุ์ ในฐานะผู้ให้บริการหรือเป็นผู้ขายบริการ (ชายโง่ และ/หรือรับจ้างอุ้มท้อง เป็นต้น) ถูกปฏิเสธโดยรัฐและบุคลากรทางการแพทย์ เพราะเลือกการเจริญพันธุ์นอกกรอบความเข้าใจเรื่องความเป็นแม่

ความกลัวการถูกตีตราประณามที่ทำงานในใจและในความคิดของผู้หญิงจำนวนมาก ทำให้การเลือกยุติการตั้งครรภ์ไม่ใช่เรื่องง่าย และเมื่อเลือกจะยุติการตั้งครรภ์ก็ต้องเผชิญกับการถูกปฏิเสธการให้บริการหรือการกระทำหมิ่นประณามของผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากการจะทำให้ทางเลือกที่เลือกปรากฏเป็นจริงต้องพึ่งพิงการตัดสินใจของผู้อื่นด้วย การเลือกของผู้หญิงจึงถูกจำกัดอยู่โดยปัจจัยที่ซับซ้อน งานวิจัยในบางรัฐที่ลดเงื่อนไขการทำแท้งพบว่า บุคลากรด้านการแพทย์ที่ปฏิเสธการให้บริการบนฐานความรู้สึกผิดชอบชั่วดี (conscientious objection) มีแนวโน้มจะดูหมิ่นและกีดกันบุคลากรที่ให้บริการยุติการตั้งครรภ์ ทำให้การเลือกให้บริการเป็นเรื่องยากเย็น เพราะนอกจากจะต้องต่อสู้กับความย้อนแย้งเชิงศีลธรรมในใจตนเองแล้วยังต้องเผชิญกับแรงกดดันจากเพื่อนร่วมอาชีพที่ตำหนิติเตียนประณามการทำแท้งด้วย (Contreras, van Dijk, Sanchez, & Smith, 2011: 187) นอกจากนี้ บุคลากรด้านการแพทย์ที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับบริการโดยตรงอาจสร้างอุปสรรคที่ไม่จำเป็นต่อการทำแท้ง เช่น พยาบาลไม่ยอมช่วยห่อในการยุติการตั้งครรภ์ หรือไม่ยอมให้บริการหญิงที่ทำแท้ง หรือในกรณีอัฟริกาใต้ เภสัชกรบางคนปฏิเสธจะจ่าย Misoprostol ให้คนไข้ เพราะรู้ว่ายานี้จะถูกใช้เพื่อยุติการตั้งครรภ์ เป็นต้น การศึกษายังพบว่าบุคลากรที่ปฏิเสธให้บริการ เปลี่ยนใจมาให้บริการเมื่อมีการเสนอให้ค่าตอบแทนเพิ่ม (Harries, Cooper, Strebel, & Colvin, 2014)

การตัดสินใจของบุคลากรด้านการแพทย์กลายเป็นการจำกัดเสรีภาพในการเจริญพันธุ์ของผู้หญิง โดยเฉพาะในกรณีที่การเลือกของพวกเขาไม่สอดคล้องกับความเชื่อแบบเจริญพันธุ์นิยมและให้ค่ากับการเกิดค่านิยมเช่นนี้มองการเจริญพันธุ์ในฐานะความปรารถนาของมนุษย์ การเลือกจะไม่เจริญพันธุ์ถูกตั้งคำถามว่าเป็นการตัดสินใจที่ไม่ถูกต้อง กลายเป็นว่าคนที่เลือกทางเลือกจะไม่เจริญพันธุ์ต้องอธิบายให้เหตุผลโน้มน้าวชักจูงบุคลากรด้านการแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐเพื่อจะให้ได้รับการที่ต้องการ งานวิจัยหนึ่งกล่าวถึงกรณีผู้หญิงอายุน้อยต้องการทำหมันถูกแพทย์ปฏิเสธการให้บริการ โดยบอกว่าให้ทำเมื่อแต่งงานและมีลูกแล้ว การตัดสินใจของแพทย์ในกรณีนี้ถูกเชื่อมโยงกับการฝึกฝนบุคลากรด้านการแพทย์ให้ระมัดระวังการตัดสินใจทำหมันของผู้หญิง ว่าเป็นการตัดสินใจโดยอารมณ์ที่ไม่มั่นคงหรือสถานการณ์เฉพาะหน้า เป็นหน้าที่ของแพทย์ที่จะช่วยให้คนไข้เลือกทางเลือกอย่างมีเหตุผล (Denbow, 2014: 108) การเลือกไม่เจริญพันธุ์กลายเป็นการเลือกที่ไม่มีเหตุผล หรือเพราะการเลือกนี้ไม่สอดคล้องกับกรอบความเชื่อแบบเจริญพันธุ์นิยมจึงถูกตั้งคำถาม

วิสัยปฏิบัติหลายประการของรัฐและบุคลากรด้านการแพทย์ไม่ได้ “อนุญาต” ให้คนหลายกลุ่มเลือกจัดการการเจริญพันธุ์ของตนเอง การรณรงค์ป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแต่ในขณะเดียวกันก็สนับสนุนให้ผู้หญิงบางกลุ่มที่ไม่ได้ใส่ใจกับการเจริญพันธุ์แต่มีองค์ประกอบชีวิตครบที่จะมีลูก (แต่งงานแล้วและมีรายได้มั่นคง) หันมาทำหน้าทีแม่ เช่น โครงการมีลูกเมื่อพร้อมของกระทรวงสาธารณสุข ที่พยายามจะให้คุณค่ากับการเจริญพันธุ์ของสามีภรรยาและการสร้างมาตรการจูงใจให้คนกลุ่มนี้เจริญพันธุ์ อย่างการกลางานเลี้ยงลูกหรือการให้ความช่วยเหลือเพื่อลดค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูลูก (วารุณี, 18 กุมภาพันธ์ 2560) เป็นต้น ผู้หญิงบางกลุ่มเลือกทำหมันแต่ไม่ได้รับบริการ คนอีกหลายกลุ่มถูกทำหมันโดยเธอไม่ได้เลือก แต่สภาพร่างกายหรือการคิดของเธอถูกจัดว่าไม่เหมาะสมจะเจริญพันธุ์ หรือขาดความสามารถในการเลือกอย่างถูกต้องได้เอง ดูเหมือนว่ารัฐและผู้รู้/ผู้เชี่ยวชาญบางกลุ่มจะเป็นผู้เลือกว่าใครเหมาะหรือไม่เหมาะจะเจริญพันธุ์ โดยพยายาม

จะ “เปลี่ยนใจ” คนที่เลือกทางเลือกที่ไม่สอดคล้องกับวิถีคิดแบบเจริญพันธุ์นิยม ให้ปฏิบัติหน้าที่ด้านการเจริญพันธุ์ในรูปแบบที่เชื่อกันว่าถูกต้องเหมาะสม

มาตรการและนโยบายสาธารณะของหลายรัฐที่มุ่งการสนับสนุนการเจริญพันธุ์ในหมู่พลเมือง เพื่อเพิ่มอัตราการเกิด ไม่ได้พิจารณาข้อจำกัดหรือความไม่เป็นธรรมหลายประการในระบบสองเพศสภาพที่กำกับและจำกัดการเลือกและทางเลือกของคนเพศสภาพหญิง แนวโน้มในการเลือกไม่เจริญพันธุ์หรือชะลอการเจริญพันธุ์ของคนหลายกลุ่มมักถูกอธิบายโดยการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเศรษฐกิจ ที่เพิ่มพูนโอกาสในการศึกษาและการเข้าสู่ตลาดแรงงานของผู้หญิง พัฒนาการด้านการแพทย์และการคุมกำเนิดที่ทำให้ผู้หญิงหลายกลุ่มที่สังกัดรัฐต่างๆ ชะลอการเจริญพันธุ์เพื่อสร้างฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม และเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ที่ยืดเวลาและความสามารถในการเจริญพันธุ์ของผู้หญิงให้ยาวนานขึ้น (Lemoine & Ravitsky, 2015: 38) ปัจจัยเหล่านี้จะเพิ่มความสามารถของผู้หญิงในการเลือกที่จะเจริญพันธุ์หรือไม่เจริญพันธุ์ตามความต้องการและความเหมาะสมของสถานการณ์ในชีวิต แต่งานวิจัยบางเรื่องตั้งข้อสังเกตว่าการชะลอการเจริญพันธุ์ของผู้หญิงเป็นผลมาจากข้อจำกัดเชิงสถาบันและกติกาของระบบเศรษฐกิจที่ไม่เอื้อต่อการทำหน้าที่ “แม่” ไปพร้อมกับการทำงานในตลาดแรงงาน เช่น การขาดแคลนบริการดูแลเด็กหรือการประเมินความสามารถในการทำงานโดยมาตรฐานเดียว ที่ไม่ได้รวมเอาบทบาทความรับผิดชอบในครัวเรือนที่ไม่เท่ากันของชายหญิงไว้ด้วย ทำให้แรงงานหญิงกลายเป็นแรงงานด้อยคุณภาพกว่าแรงงานชายเป็นต้น นโยบายหรือมาตรการที่ทำให้พลเมืองเชื่อมโยงการทำงานที่บ้านไปพร้อมกับการทำงาน น่าจะช่วยเพิ่มพูนทางเลือกในเรื่องการเจริญพันธุ์ได้มากขึ้น (Greer, 2009: 149)

แม้ว่าภาระทางเศรษฐกิจจะเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเลือกชะลอหรือไม่เจริญพันธุ์ ความคาดหวังเกี่ยวกับบทบาทความเป็นแม่ที่มีราคาในทางจิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณสูงส่งมาก ทำให้ผู้หญิง (และผู้ชาย) หลายกลุ่มหลายคนเลือกจะไม่เจริญพันธุ์ คนเพศสภาพหญิงไม่ได้ถูกมอบหมายเพียงการดูแลเลี้ยงดูเด็กทางร่างกาย แต่ถูกเรียกร้องคาดหวังโดยนิยามความเป็นแม่ให้หล่อเลี้ยงและผูกพันทางอารมณ์กับ “ลูก” ในลักษณะที่ตัวตนของผู้หญิงเองไม่หลงเหลืออยู่ ความเป็นแม่ที่เรียกร้องความอ่อนโยนและเสียสละโดยไม่ให้ที่ทางกับอารมณ์และความต้องการเฉพาะของผู้หญิง ไม่สามารถชดเชยหรือจูงใจได้ด้วยมาตรการทางเศรษฐกิจหรือการให้ความช่วยเหลือของรัฐ การใคร่ครวญพิเคราะห์เกี่ยวกับปัจจัยที่กำกับกับการเลือกในเรื่องการเจริญพันธุ์ของคน ทำให้เห็นพลังอำนาจของบทบาทและความคาดหวังทางเพศสภาพที่กลายเป็นลวดทอนความสามารถในการเลือกทางเลือกของผู้หญิงกลุ่มต่างๆ

ความเหลื่อมล้ำทางสังคมเศรษฐกิจกับความไม่เป็น “ไท”

ความเหลื่อมล้ำทางสังคมเศรษฐกิจทำให้มนุษย์มีความสามารถในการจัดการชีวิตทางเพศและการเจริญพันธุ์ได้ไม่เท่ากัน คนร่ำรวยมีกำลังทรัพย์ที่เพิ่มพูนทางเลือก ทั้งในสถานการณ์ที่ต้องการและไม่ต้องการเจริญพันธุ์ ข้อมูลจากงานวิจัยในบางประเทศพบว่าผู้หญิงร่ำรวยมีอัตราการตั้งครรภ์โดยไม่ได้เจตนาหรือไม่พร้อมน้อยกว่าหญิงยากจน เพราะเข้าถึงข้อมูลและบริการที่ช่วยในการวางแผนด้านการเจริญพันธุ์ได้ เมื่อหญิงร่ำรวยเผชิญสถานการณ์ท้องไม่พร้อมภายใต้ข้อจำกัดเชิงกฎหมายของรัฐว่าด้วยการทำแท้ง พวกเธอก็มีทางเลือกในการเข้าถึงบริการที่ปลอดภัย ทั้งภายในและภายนอกรัฐได้มากกว่า ผู้หญิงยากจนและ/หรือไม่มีโอกาสในการศึกษาเล่าเรียนมักจะมีข้อมูลในเรื่องเพศน้อยกว่า เข้าถึงการคุมกำเนิดและบริการสุขภาพ

ได้น้อยกว่า ทำให้พวกเธอมีแนวโน้มจะอึดอัดที่ไมพร้อมจนครบเวลาหรือใช้วิธีการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย (Carbone & Cahn, 2015: 279) ความเป็นไททางเพศและการเจริญพันธุ์ขึ้นอยู่กับตำแหน่งแห่งที่ทางสังคม เศรษฐกิจ ชนชั้นทางเศรษฐกิจ ส่งผลกระทบต่อทางเลือกและความสามารถในการเลือก รวมทั้งการจัดการสถานการณ์ชีวิตของผู้คน

“ปัญหา” ด้านการเจริญพันธุ์ของคนต่างชนชั้นก็มีความแตกต่างกัน และวิธีการจัดการสถานการณ์ชีวิตก็ต่างกันไปด้วย ในขณะที่ผู้หญิงที่มีโอกาสเรียนหนังสือและมีความได้เปรียบทางสังคมเศรษฐกิจมีแนวโน้มจะชะลอการเจริญพันธุ์เพื่อการสร้างฐานะด้านการงาน เมื่อต้องการจะเจริญพันธุ์ในเวลาที่อายุมากขึ้นก็พึ่งพาบริการเทคโนโลยีด้านการเจริญพันธุ์และเผชิญกับความเสี่ยงที่วิธีการเหล่านี้จะไม่ได้ผล (Lemoine & Ravitsky, 2015: 40) ผู้หญิงที่ฐานะทางเศรษฐกิจไม่สูงนักจำนวนไม่น้อยทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการ “อึดอัด” เพื่อช่วยการเจริญพันธุ์ให้ผู้หญิงที่ร่ำรวยกว่าพวกเธอ หรือเลือกจะทำหมันเพราะข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ การเลือกและทางเลือกของผู้คนถูกจำกัดโดยที่ทางในความสัมพันธ์ที่ไม่เท่าเทียม คนมากมายเลือกทางเลือกที่พอจะเป็นไปได้ภายใต้เงื่อนไขชีวิต การเลือกของคนไม่ได้เป็นไปโดยอิสระจากข้อจำกัดทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง (Smyth, 2002: 336) การทำความเข้าใจเสรีภาพที่ถูกตีกรอบห้อมล้อมด้วยความเหลื่อมล้ำหลากหลายมิติ และกรอบความเชื่อที่จับวางคนลงในตำแหน่งแห่งที่เฉพาะเพื่อการทำหน้าที่ด้านการเจริญพันธุ์ ทำให้เราได้มองเห็นความซับซ้อนของสถานการณ์และการเลือกทางเลือกที่ไม่ได้ถูกแยกขาดจากโยงใยความสัมพันธ์เฉพาะของมนุษย์แต่ละคน

การเลือกภายใต้ข้อจำกัดก็ยังคงเป็นการเลือก แม้ว่าจะดูไม่เป็นอิสระเต็มที่หรือดูเหมือนจะเป็นการบังคับให้เลือกทางเลือกโดยแบบแผนความสัมพันธ์และความเชื่อความหมาย ก็เป็นการเลือกที่มนุษย์แต่ละคนได้เลือกผู้เลือกทางเลือกจำนวนไม่น้อยคิดใคร่ครวญและนับรวมเอาความสัมพันธ์และความต้องการของคนที่ตนเองเกี่ยวข้องด้วย มาเป็นปัจจัยสำคัญในการประเมินทางเลือกต่างๆ ที่เป็นไปได้ ผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อมเผชิญสถานการณ์ที่ไม่เหมือนกัน การเชื่อมโยงตัวตนกับตัวอ่อนในครรภ์และผู้คนรอบข้างก็ต่างกันไปตามสถานการณ์ที่หลากหลาย การจัดลำดับความสำคัญของเรื่องต่างๆ ในชีวิต และความสัมพันธ์กับคนรอบข้าง (Ludlow, 2008: 26) ทำให้การเลือกภายใต้ข้อจำกัดออกมาแตกต่างกันไปได้ ไม่ได้ถูกกำกับโดยกรอบกติกาจนออกมาเหมือนๆ กันไปทุกกรณี

เมื่อพิจารณาการเลือกในหลายประเด็นเกี่ยวกับเรื่องเพศและการเจริญพันธุ์ จะเห็นได้ว่าการเลือกของผู้คนถูกกำกับและจำกัดอยู่โดยวิธีเห็นโลกแบบหญิงชายที่ให้คุณค่ากับบทบาทที่ทางตามเพศสภาพอย่างเฉพาะเจาะจง ความเหลื่อมล้ำระหว่างเพศสภาพ เศรษฐกิจและสังคม ไปจนถึงสถานการณ์เฉพาะและโยงใยความสัมพันธ์เฉพาะของแต่ละคน

ความเป็นไททางเพศกับเสรีภาพภายใต้ข้อจำกัด

เสรีภาพในการเลือกทางเลือกเรื่องเพศและการเจริญพันธุ์เป็นหลักการที่ถูกเสนอเพื่อให้คนได้จัดการชีวิตทางเพศของตนเอง แต่การเลือกดังกล่าวถูกจำกัดลดทอนโดยระบบความหมายเรื่องเพศและเพศสภาพและแบบแผนความสัมพันธ์ทางสังคมเศรษฐกิจ การให้คุณค่ากับเสรีภาพและความเป็นไทมีแนวโน้มจะมองที่มนุษย์ในฐานะปัจเจก โดยมองไม่เห็นข้อจำกัดเชิงโครงสร้างที่ได้กล่าวมาแล้วนี้ ส่วนการทำความเข้าใจ

ปรากฏการณ์โดยเฟื่องมองไปที่แบบแผนความลัทธิและระบบความหมายก็มักจะมองข้ามการเลือกของมนุษย์ การทำความเข้าใจเรื่องเพศและการเจริญพันธุ์น่าจะโอบรับทั้งสองมุมมองไว้ด้วยกัน โดยมุ่งพิจารณาการเลือกภายใต้ข้อจำกัดและความเฉพาะเจาะจง อันเนื่องมาจากตำแหน่งแห่งที่และสถานการณ์เฉพาะของแต่ละคน การมองเช่นนี้น่าจะทำให้เราให้ที่ทางกับการเลือกและการเสริมสร้างพลังอำนาจในการเลือกของมนุษย์ ไปพร้อมกับการตระหนักในข้อจำกัดของการเลือก อันเนื่องมาจากโครงสร้างและระบบความเชื่อที่ไม่เป็นธรรม และความพยายามจะจัดการกับความไม่เป็นธรรมนั้น นอกจากนี้ การทำความเข้าใจการเลือกในเรื่องเพศ และการเจริญพันธุ์ทางเพศภายใต้ข้อจำกัด จะทำให้เราได้เห็นปฏิสัมพันธ์เฉพาะของแต่ละคนกับโลกรอบตัว องค์ประกอบของชีวิตและตำแหน่งแห่งที่ที่แตกต่างกันนำไปสู่การเลือกทางเลือกที่ไม่เหมือนกันในแต่ละกรณี การมองเห็นความพยายามจะเลือกภายใต้ข้อจำกัดนี้น่าจะทำให้เราเห็นความแตกต่าง รับผิดชอบต่อความหลากหลายโดยไม่ด่วนตัดสิน ลด/ละ/เลิกการใช้มาตรฐานและเงื่อนไขชีวิตของตนเองไปตัดสินการเลือกทางเลือกในชีวิตของผู้อื่น มองโลกและจัดการปัญหาโดยยึดหยุ่นเพื่อรับกับสถานการณ์ชีวิตที่แตกต่างกัน ของผู้คน

การยอมรับและเข้าใจในการเลือกภายใต้ข้อจำกัดน่าจะเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีในการเข้าใจโลกทางสังคม เข้าใจเพศ/เพศสภาพและการเจริญพันธุ์ ทั้งในฐานะผู้หาความรู้และสมาชิกของสังคมการเมือง

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

วารุณี ลิทธิรังสรรค์. (18 กุมภาพันธ์ 2560). บีมลูกเพื่อชาติ คนไทยได้อะไร? นอกจากวิตามิน. *มติชนรายวัน*. หน้า 7. ค้นเมื่อ 2 มิถุนายน 2560, จาก <https://www.matichon.co.th/news/467856>

ภาษาอังกฤษ

Abrams, Paula. (2015). The bad mother: Stigma, abortion and surrogacy. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 43(2): 179-191.

Carbone, June, & Cahn, Naomi. (2015). The triple systems for regulating women's reproduction. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 43(2): 275-288.

Contreras, Xipatl, van Dijk, Marieke G., Sanchez, Tahilin, & Smith, Patricio Sanhueza. (2011). Experiences and opinions of health-care professionals regarding legal abortion in Mexico City: A qualitative study. *Studies in Family Planning*, 42(3, September): 183-190.

Denbow, Jennifer. (2014). Sterilization as cyborg performance: Reproductive freedom and the regulation of sterilization. *Frontiers*, 35(1): 107-131.

Gray, John. (1995). *Liberalism*. Buckingham: Open University Press.

Greer, Gill. (2009). To have or not to have: The critical importance of reproductive rights to the paradox of population policies in the 21st century. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 106(2): 148-150.

Guterman, Kai. (2015). Unintended pregnancy as a predictor of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 48: 160-169

Harries, Jane, Cooper, Diane, Strelbel, Anna, & Colvin, Christopher J. (2014). Conscientious objection and its impact on abortion service provision in South Africa: A qualitative study. *Reproductive Health*, 11(16). DOI: 10.1186/1742-4755-11-16.

Lemoine, Marie-Eve, & Ravitsky, Vardit. (2015). Sleepwalking into Infertility: The need for a public health approach toward advanced maternal age. *The American Journal of Bioethics*, 15(11): 37-48.

Ludlow, Jeannie. (2008). Sometimes, it's a child and a choice: Toward an embodied abortion praxis. *National Women Studies Association Journal*, 20(1): 26-50.

MacKinnon, Catharine A. (1989). *Toward a Feminist Theory of the State*. Cambridge: Harvard University Press.

_____. (1995). Sexuality, pornography, and method: Pleasure under patriarchy. in Tuana, Nancy & Tong, Rosemarie (Eds.). *Feminism and Philosophy: Essential Readings in Theory, Reinterpretation, and Application* (pp. 134-161). Boulder: Westview.

O'Rourke, Anne. (2016). The discourse of abortion law debate in Australia: Caring mother or mother of convenience. *Women's Studies International Forum*, 56(May-June): 37-44.

Pateman, Carole. (1977). "God Hath Ordained to Man a Helper": Hobbes, patriarchy and conjugal right. in Lyndon, Shanley Mary, & Pateman, Carole (Eds.). *Feminist Interpretations and Political Theory* (pp. 53-73). Cambridge: Polity Press.

Rich, Adrienne. (1976). *Of Woman Born: Motherhood as Experience and Institution*. New York: W. W. Norton & Company.

- Sanger, Alexander. (2007). Eugenics, race, and Margaret Sanger revisited: Reproductive freedom for all?" *Hypatia: A Journal of Feminist Philosophy*, 22(2): 210-217
- Shlain, Leonard. (2003). *Sex, Time and Power*. New York: Penguin Books.
- Smyth, Lisa. (2002). Feminism and abortion politics: Choice, rights, and reproductive freedom. *Women's Studies International Forum*, 25(3): 335-345.



บทบรรณาธิการ

สุชาดา ทวีสิทธิ์*

หลังจากเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (the Millennium Development Goals หรือ MDGs) ลึนสุดลง องค์การสหประชาชาติโดยความเห็นชอบของประเทศสมาชิก ได้ประกาศใช้เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน หรือ the Sustainable Development Goals เมื่อปลายปี 2558 เป้าหมายการพัฒนานี้มีระยะเวลาดำเนินงาน 15 ปี เช่นเดียวกับ MDGs โดยจะไปสิ้นสุดในปี 2573 นั้นย่อมหมาความว่าทิศทางและนโยบายการพัฒนาของประเทศส่วนใหญ่ในโลกนี้จะต้องสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน กรอบคิดที่โดดเด่นในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน คือ เรื่องความเป็นธรรมทางสังคม (social justice) และความเสมอภาคทางเพศภาวะ (gender equality) สองเรื่องนี้ถูกนำมากล่าวถึงในฐานะที่เป็นทั้งเครื่องมือและเป้าหมายของการพัฒนาเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน และเพื่อไม่ให้ใครถูกทอดทิ้งไว้ข้างหลัง (United Nations, 2015) การประชุมวิชาการประชากรและสังคม ประจำปี 2560 เรื่อง **ความเป็นธรรมและความเป็นไทด้านเพศและการเจริญพันธุ์** (sexual and reproductive justice and autonomy) จึงสนับสนุนทิศทางของ SDGs เนื่องจากให้ความสำคัญกับแนวคิดเรื่อง “ความเป็นธรรม” และ “ความเป็นไท”

ความเป็นธรรมทางสังคม (social justice) หมายถึง การกระจายโอกาส ผลประโยชน์ ทรัพยากร และความรับผิดชอบ ให้กับคนทุกกลุ่มในสังคมอย่างยุติธรรม ซึ่งการจะบอกว่ายุติธรรมหรือไม่ยุติธรรม ต้องตัดสินกันด้วยหลักการเรื่องเหตุผลความจำเป็น หรือหลักเสรีภาพ หรือหลักความเสมอภาค (Rawls, 1999) ความยุติธรรมเป็นคุณธรรมที่สำคัญยิ่งของสถาบันสังคมทุกสถาบัน อันประกอบด้วย สถาบันทางเศรษฐกิจ ครอบครัว การศึกษา ศาสนา สาธารณสุข สื่อ รัฐบาล สถาบันทหาร สถาบันยุติธรรม สะท้อนให้เห็นว่าสถาบันในฐานะโครงสร้างสังคม ทำหน้าที่สร้างความเป็นธรรม ในขณะเดียวกัน หากถูกออกแบบมาให้ใช้อำนาจเหนือล้นเกิน ให้ประโยชน์คนเพียงบางกลุ่ม สถาบันก็ไม่ใช่ธรรมเสียเอง (Rawls, 1999)

ความเป็นธรรมทางสังคมยังมีความหมายครอบคลุมถึงการไม่กดขี่ ไม่เอารัดเอาเปรียบ ไม่ทำให้เป็นชายขอบ ไม่ทำให้ไร้อำนาจ ไม่ครอบงำทางวัฒนธรรม และไม่ทำความรุนแรงทุกรูปแบบ (Young, 2008) ในความหมายนี้ ความเป็นธรรมทางสังคมจึงเกี่ยวข้องกับการนำหลักการไม่ละเมิดสิทธิ การให้เสรีภาพ และการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มาใช้ในระบบความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ รวมทั้งการไม่ใช้อคติบนฐานของความแตกต่าง ด้านเพศ วัย เชื้อชาติ ชาติพันธุ์ ลัทธิชาติ ภาษา ศาสนา ความยากจน การศึกษา อาชีพ ความพิการ หรือความเจ็บป่วย เป็นต้น

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ส่วนศัพท์คำว่า “ความเป็นไท” มีความหมายเดียวกับคำว่า อิสรภาพ (autonomy) หรือเสรีภาพ (freedom) คือ สภาวะการณ์ที่ปัจเจกบุคคลมีอำนาจในการที่จะกระทำหรือไม่กระทำการได้อย่างอิสระ ด้วยการตัดสินใจหรือการเลือกของตัวเอง ปลอดภัยจากการแทรกแซง ขัดขวาง หรือบังคับ เราจะพบว่าในระบบความสัมพันธ์ทางสังคม มนุษย์ย่อมหนีไม่พ้นการถูกกลืนหรือเสรีภาพ/อิสรภาพในสองรูปแบบ อันแรกเป็นรูปแบบเชิงลบหรือการใช้ไม้แข็ง มักกระทำผ่านร่างกายโดยตรง ตัวอย่างเช่น การควบคุมตัว การกักบริเวณ การคุมขัง การทรมาน เป็นวิธีการที่บุคคล หรือคน ที่มีพลังกำลัง อาวุธ หรือสถานภาพทางสังคมที่เหนือกว่า กระทำกับผู้มีอำนาจน้อยกว่า หรือกระทำต่อผู้มีสถานภาพทางสังคมต่ำกว่า หรือรัฐกระทำกับประชาชน

รูปแบบที่สองเป็นรูปแบบเชิงบวก ใช้วิธีการกล่อมเกลาลูกโลกทัศน์และชีวิตทัศน์ของบุคคลให้เป็นไปตามที่สังคมต้องการ ด้วยการให้สถาบันต่างๆ สร้างวินัย ฝึกวินัย ถ่ายทอดอุดมการณ์ ค่านิยม บรรทัดฐาน กฎจารีตประเพณี ให้แก่สมาชิกจนเกิดความคุ้นชิน Michel Foucault นักปรัชญาสังคมสำนักหลังโครงสร้างนิยมเรียกกระบวนการนี้ว่า governmentality (การปกครองชีวญาณ) ซึ่งมีผลทำให้คนเราต้องคิด พูด ทำพฤติกรรม เช่น เซอร์ตัวเอง (self-censoring) เพื่อให้อยู่ในกรอบ อีกทั้งยังคอยสอดส่องตรวจสอบพฤติกรรมของผู้อื่นไม่ให้ออกนอกกรอบนอกทาง สังคมจะใช้มาตรการตอบโต้คนที่ออกนอกกรอบด้วยการใช้อคติ เลือกปฏิบัติ กีดกัน และประณาม ทำให้คนไม่กล้าคิดต่างหรือทำอะไรที่แตกต่างไปจากที่สังคมคาดหวัง วิธีการควบคุมหรือการแทรกแซงทั้งสองรูปแบบ ย่อมมีผลทำให้บุคคลขาดอิสรภาพหรือเสรีภาพที่จะตัดสินใจหรือกระทำการอย่างอิสระได้ และถ้าหากบุคคลนั้นไม่มีอำนาจภายใน (power within) ที่เข้มแข็งก็จะไม่กล้าต่อต้านหรือขัดขืน

ทั้งความเป็นธรรม และความเป็นไท มีความสำคัญต่อชีวิตทางสังคมของมนุษย์ เราจึงไม่ควรถกเถียงกันว่าอะไรสำคัญกว่ากัน เพราะว่าทั้งสองมโนทัศน์นี้มีความเป็นเหตุเป็นผลซึ่งกันและกัน ความเป็นธรรมจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อสมาชิกในสังคมและรัฐให้คุณค่ากับเรื่องอิสรภาพและเสรีภาพของปัจเจกชน ผ่านการสร้างบรรยากาศสังคมแบบประชาธิปไตยในทุกๆระดับ ตั้งแต่ระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน ไปจนถึงระดับชาติ สังคมจะมีความเป็นธรรมได้หากสมาชิกและรัฐเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ รวมทั้งมีความอดทน อดกลั้น และอยู่ร่วมกับความแตกต่างอย่างสันติ ไม่เลือกปฏิบัติ ไม่กีดกัน อีกทั้งต้องมีความรับผิดชอบร่วมกันที่จะทำให้อิสรภาพทางสังคม อันประกอบด้วยสถาบันด้านเศรษฐกิจ วัฒนธรรม และการเมือง มีความโปร่งใส และให้เสรีภาพที่เพียงพอแก่ปัจเจกชน

ในระยะ 15-16 ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยยอมรับเอาเป้าหมาย MDGs มากำหนดแนวทางการพัฒนาประเทศ แม้ที่เราได้รับการจัดอันดับจากธนาคารโลกให้อยู่ในกลุ่มประเทศรายได้ปานกลาง แต่เรายังมีปัญหาความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและสังคมสูงมาก เพราะว่าการกระจายทรัพยากรยังกระจุกตัวอยู่ในมือคนไม่กี่เปอร์เซ็นต์ของประเทศ ทำให้การเติบโตทางเศรษฐกิจมีข้อจำกัด จนไม่สามารถทะลุกับดักรายได้ปานกลางไปขึ้นแท่นเป็นประเทศที่ร่ำรวยได้ รัฐบาลชุดปัจจุบันจึงผุดแนวคิดใหม่ขึ้นมาผลักดันการเติบโตทางเศรษฐกิจโดยใช้โมเดลการพัฒนาเศรษฐกิจระยะที่ 4 หรือที่เรียกว่า ไทยแลนด์ 4.0 มุ่งนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาขับเคลื่อนเศรษฐกิจ ผลผลิตสินค้านวัตกรรม สินค้าบริการ และสร้างธุรกิจรูปแบบใหม่ๆ ที่ให้มูลค่าสูง

สังคมไทยยังเผชิญกับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ที่เริ่มไม่สมดุลด้านกลุ่มวัย/อายุของประชากร ซึ่งเป็นผลมาจากมีจำนวนเด็กเกิดใหม่น้อยและต่ำกว่าระดับทดแทน ในขณะที่ประชากรสูงอายุมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้กระทรวงสาธารณสุขคิดโครงการส่งเสริมการเกิด ภายใต้แคมเปญ “สาวไทยแก้มแดง มีลูกเพื่อชาติ” อีกทั้งรัฐบาลเห็นว่าโมเดลการพัฒนาเศรษฐกิจไทยแลนด์ 4.0 น่าจะเป็น

ทางออกของการที่จะขาดแคลนแรงงานในอนาคตด้วย มีบทความ 5 เรื่อง ในหนังสือเล่มนี้ที่อาจจะบอกผู้อ่านได้บ้างว่า โครงการผลิตลูกเพื่อชาติตามนโยบายส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ และโมเดลไทยแลนด์ 4.0 ของรัฐบาล จะบรรลุผลหรือไม่

บทความเรื่อง **“การศึกษาการตั้งเป้าหมายภาวะเจริญพันธุ์ของประเทศไทย”** ที่เขียนโดย ปราโมทย์ ประสาทกุล และศุทธิดา ชนวนัน ให้ภาพการเปลี่ยนแปลงภาวะเจริญพันธุ์ของประชากรไทยในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต โดยเสนอการตั้งเป้าหมายภาวะเจริญพันธุ์ของประเทศไทยเป็นเรื่องที่จะต้องทำต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อให้สังคมไทยมีขนาดและโครงสร้างประชากรที่เหมาะสมกับบริบทสังคมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไป ส่วนบทความเรื่องที่สอง **“การตัดสินใจด้านการเจริญพันธุ์ของคนเจนวาย”** เขียนโดย มนสิการ กาญจนจัตรา และคณะ ซึ่งให้เห็นถึงปัจจัยและเงื่อนไขที่กำหนดความต้องการหรือไม่ต้องการมีบุตรของคนรุ่นใหม่ซึ่งเรียกว่า “คนเจนวาย” พบว่าทัศนคติเชิงบวกและทัศนคติเชิงลบต่อการมีบุตร และจำนวนบุตรที่ต้องการ เชื่อมโยงอย่างเป็นเหตุเป็นผลกับฐานะทางเศรษฐกิจ และมุมมองเรื่องคุณค่าในเชิงเศรษฐกิจและสังคมของการมีบุตร มีความเป็นไปได้ว่า ถ้าหากการพัฒนาเศรษฐกิจภายใต้โมเดลไทยแลนด์ 4.0 ไม่ยึดโยงอยู่กับหลักการเรื่องการกระจายรายได้และทรัพยากรอย่างความเป็นธรรม ตลอดจนหากไม่ใส่ใจต่อไลฟ์สไตล์ที่ยืดหยุ่นมากขึ้นของคนรุ่นใหม่ ย่อมมีผลทางลบต่อการตัดสินใจด้านการเจริญพันธุ์ของพวกเขา

ไม่ใช่เฉพาะเรื่องจำนวนของการเกิดเท่านั้นที่เกี่ยวข้องกับความเป็นธรรมและเสรีภาพ แม้กระทั่งเรื่องของคุณภาพการเกิดและการเลี้ยงดูเด็กที่เกิดมาให้เติบโตอย่างมีสุขภาพและมีคุณภาพ ก็เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความเป็นธรรมและเสรีภาพเสียส่วนมาก ในบทความเรื่อง **“แบบแผนและแนวโน้มของจำนวนบุตรเกิดรอดจากสตรีที่ไม่ได้แต่งงานในช่วง พ.ศ. 2543-2558”** ปัทมา ว่าพัฒนางค์ นำข้อมูลสถิติ ได้แก่ ข้อมูลการสำรวจที่เกี่ยวข้องกับอนามัยเจริญพันธุ์ ข้อมูลจากรายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร และข้อมูลสำมะโนประชากร มาวิเคราะห์เชิงปริมาณ เพื่อให้เห็นแบบแผนและจำนวนการเกิดของผู้หญิงที่ไม่แต่งงานอย่างคร่าวๆ เนื่องจากยังขาดข้อมูลเชิงคุณภาพมาอธิบาย การวิเคราะห์ทำให้พบว่า จำนวนการเกิดในลักษณะนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจหมายความว่าสังคมไทยน่าจะมีเด็กที่เกิดมาอย่างไม่มีความพร้อมและอาจจะเติบโตขึ้นอย่างด้อยคุณภาพเพิ่มขึ้น แต่ผู้เขียนก็ไม่ได้ฟันธงว่าเด็กที่เกิดจากแม่ที่ไม่แต่งงานจะด้อยคุณภาพไปเสียทุกราย

บทความเรื่อง **“เมื่อวัยรุ่นหญิงกลายเป็นแม่”** ของ รินา ต๊ะดี สกัดมาจากข้อมูลในงานวิจัยเชิงคุณภาพถึงแม้ว่าผู้เขียนไม่ได้กล่าวถึงคุณภาพการเกิดโดยตรง แต่ได้กล่าวถึงผลกระทบจากการตั้งครรภไม่พร้อมและการเป็นแม่วัยรุ่นของผู้หญิง มีข้อค้นพบที่น่าสนใจว่าการตั้งครรภในช่วงวัยรุ่นของผู้หญิงไม่ได้ส่งผลกระทบต่อเชิงลบเพียงอย่างเดียว แต่ยังส่งผลในเชิงบวกต่อพัฒนาการและทักษะชีวิตของวัยรุ่นหญิงด้วย โดยส่วนหนึ่งของวัยรุ่นหญิงในกลุ่มนี้สามารถรับมือกับการเปลี่ยนผ่านและผลกระทบที่เกิดขึ้นได้ การสนับสนุนจากครอบครัวและครอบครัวช่วยให้อายุวัยรุ่นหญิงสามารถใช้ชีวิตในบริบทใหม่ในฐานะผู้ใหญ่ และสามารถทำบทบาทแม่ได้อย่างเหมาะสม

อีกบทความหนึ่งที่กล่าวถึงเรื่องคุณภาพการเกิด คือ บทความเรื่อง **“คุณภาพการตั้งครรภของหญิงไทยวัยเจริญพันธุ์ ช่วง พ.ศ. 2541-2558”** ของ พิมลพรรณ อิศรภักดี และจิตตินันท์ ผิวนิล ผู้เขียนนำฐานข้อมูลที่ยืนยันในสถิติบัตร ระหว่าง พ.ศ. 2541-2558 ที่สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขรวบรวมไว้มาวิเคราะห์เพื่อศึกษาคุณภาพของการเกิด โดยพิจารณาจากน้ำหนักแรกเกิดของทารกที่สัมพันธ์กับ

อายุของมารดา พบว่า อายุมารดามีผลต่อน้ำหนักตัวลูกทุกช่วงอายุ กลุ่มแม่วัยแรกรุ่นอายุ 10-14 ปี มีโอกาสเสี่ยงมากที่สุด 2.77 เท่า ที่จะให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ รองลงมาคือ กลุ่มมารดาอายุมากคือ 45-49 ปี มีโอกาสเสี่ยงที่จะมีลูกน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์มากกว่า 2.57 เท่า บทความนี้จึงยืนยันว่าช่วงอายุที่เหมาะสมของมารดาที่ควรตั้งครรภ์ คือ อายุระหว่าง 25-34 ปี

บทความเรื่อง **“สถาบันวิจัยประชากรและสังคมกับการขยายพรมแดนความรู้ด้านการเจริญพันธุ์และเพศ”** ผู้เขียน คือ กตยา อาชวณิชกุล ได้ทบทวนการเปลี่ยนแปลงความเข้าใจเรื่องการเจริญพันธุ์ในสังคมโลกและสังคมไทย โดยวิเคราะห์จากเนื้อหาในงานวิจัย ตลอดจนบทบาททางวิชาการของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ในช่วง 45 ปีที่ผ่านมา พบว่าสถาบันวิชาการแห่งนี้ได้ปรับตัวและปรับเปลี่ยนความสนใจในประเด็นวิจัยด้านการเจริญพันธุ์และเพศ จากเดิมที่ใช่มุมมองเรื่องการควบคุมการเกิด สุ่มิติของสิทธิการเจริญพันธุ์และเพศ ซึ่งสอดคล้องกับการก่อเกิดขบวนการเคลื่อนไหวเพื่อต่อต้าน “ภาวะการกดขี่ด้านการเจริญพันธุ์” ในระดับโลก ที่ต้องการทำให้อำนาจการตัดสินใจเรื่องการเจริญพันธุ์และเพศ หลุดออกมาจากอำนาจของครอบครัว (สามีหรือพ่อ) ศาสนา รัฐ และผู้เชี่ยวชาญ โดยคืนอำนาจในการเลือกและการตัดสินใจให้กับผู้หญิง ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากการประชุมด้านประชากรและการพัฒนาที่กรุงโคโร เมื่อปี 1994 และการประชุมสตรีโลกที่กรุงปักกิ่งเมื่อปี 1996

การประชุมทั้งสองครั้งดังกล่าว เปิดโอกาสให้นักสตรีนิยมเข้าไปมีบทบาทผลักดันแนวคิดเรื่องความเป็นธรรมและเสรีภาพให้เป็นฐานคิดหลักในนโยบายด้านประชากร หรือนโยบายเรื่องเพศและการเจริญพันธุ์ของโลก ส่งผลให้รัฐบาลประเทศภาคีขององค์การสหประชาชาติ ให้การรับรองสิทธิด้านการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศแก่พลเมือง และยอมรับว่าสิทธิดังกล่าวเป็นสิทธิมนุษยชน จึงส่งผลให้ผู้หญิงทั่วโลกมีอิสระในการตัดสินใจเรื่องเพศวิถี การตั้งครรภ์ การวางแผนครอบครัว การคลอด และการเลี้ยงดูลูกมากขึ้น ที่สำคัญยิ่งกว่านั้นคือทำให้สังคมโลกตระหนักว่าความไม่เท่าเทียมทางเพศ (gender inequality) ในพื้นที่บ้าน (domestic sphere) มีอยู่จริง อีกทั้งเห็นว่าเรื่องส่วนตัวกับเรื่องการเมืองคือเรื่องเดียวกัน (personal is political) จึงจำเป็นที่จะต้องตอรองให้รัฐใช้มาตรการแทรกแซงเชิงบวกในเรื่องเพศและการเจริญพันธุ์ เช่น การจัดสวัสดิการเลี้ยงดูบุตร การดูแลสุขภาพมารดา การจัดบริการวางแผนครอบครัว การตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย การขจัดผลด้านลบจากการตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการ การมีชีวิตในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย การไม่ใช้ความรุนแรงในครอบครัว และการมีเสรีภาพในเรื่องเพศวิถี เป็นต้น

อันที่จริงแล้ว แนวคิดเรื่องความเป็นธรรมและเสรีภาพด้านเพศและการเจริญพันธุ์ มีนัยการต่อสู้ที่กว้างกว่าการต่อสู้เรื่องสิทธิและทางเลือกด้านการเจริญพันธุ์ เพราะว่าไม่ได้มุ่งเพียงคุ้มครองให้ผู้หญิงเข้าถึงบริการคุมกำเนิด หรือบริการยุติการตั้งครรภ์เท่านั้น แต่ชวนให้สมาชิกในสังคมต้องรื้อสร้างกระบวนทัศน์เรื่องเพศและเรื่องการเจริญพันธุ์ พร้อมๆ ไปกับทำขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อยุติหรือขจัดปัญหาอุปสรรคเชิงโครงสร้างที่ทำให้คนเข้าไม่ถึงบริการเกี่ยวกับเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ ไม่ว่าจะเป็นบริการคุมกำเนิด การฝากครรภ์ การคลอด การยุติการตั้งครรภ์ เป็นต้น ซึ่งสาเหตุที่ทำให้การเข้าไม่ถึงบริการ ได้แก่ การติดยึดในวัฒนธรรมเรื่องเพศเชิงลบ การให้ความสำคัญต่อความเชื่อเรื่องบุญ-บาป และความเหมาะสม มากกว่าเรื่องสิทธิ เสรีภาพ และความเป็นธรรม นอกจากนี้ยังมีปัญหาการให้บริการลักษณะไม่เป็นมิตร บริการไม่มีคุณภาพ และไม่ปลอดภัย ในขณะที่เดียวกันโครงสร้างเศรษฐกิจที่ไม่เป็นธรรม ทำให้คนยากจนเข้าไม่ถึงบริการที่มีคุณภาพแต่ราคาแพง

บทความเรื่อง **“คือนักบุญหรือคนบาป: การติตราผู้ให้บริการด้วยผลพลอยบาปจากการทำแท้ง”** ของ กุลภา วจนสาระ เป็นรูปธรรมหนึ่งของความไม่เป็นธรรม และการจำกัดอิสรภาพในมิติเพศและการเจริญพันธุ์ ที่มาจากสาเหตุในระดับโครงสร้าง การตัดสินใจของปัจเจกชนทั้งในฐานะผู้รับบริการและผู้ให้บริการด้านการแพทย์ กรณีการยุติการตั้งครรภ์หรือการทำแท้งต้องถูกควบคุมโดยโครงสร้าง/สถาบัน ผ่านวาทกรรม “บาป” และ “ผลพลอยบาป” ที่ตัดสินและหวดตีคนที่อยู่ในวงจรนี้ด้วยแง่ของความรู้สึกผิดบาป เราจะเห็นวิธีการแทรกซึมและแทรกแซงในระดับจิตวิญญาณ เพื่อไม่ให้มีการจัดบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยให้แก่ผู้หญิงที่มีความต้องการบริการยุติการตั้งครรภ์ในบทความนี้อย่างชัดเจน

นอกจากบทความเกี่ยวกับการเจริญพันธุ์/การเกิดแล้ว หนังสือเล่มนี้ยังนำเสนอบทความอีกชุดหนึ่งที่สกัดมาจากโครงการวิจัยเรื่องเพศและอนามัยเจริญพันธุ์หลายโครงการของสถาบันฯ ส่วนหนึ่งเป็นบทความที่ใช้สถิติเชิงพรรณนา อีกส่วนหนึ่งเป็นบทความที่ใช้สถิติวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง แต่ทุกบทความสนใจศึกษาเรื่องเพศในประชากรที่มีลักษณะเฉพาะและกลุ่มชายขอบ ได้แก่ วัยรุ่น พ่อแม่วัยรุ่น แรงงานข้ามชาติ และผู้สูงอายุ บทความเรื่อง **“สุขภาวะทางเพศของผู้สูงอายุไทย”** ของ เขมิกา ยามะรัตน์ และคณะ อภิปรายถึงมุมมองเชิงลบของสังคมที่มีต่อเรื่องเพศของผู้สูงวัย ซึ่งมักมีอคติว่าเช็กล์ในผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม ไม่มีอยู่ และผู้สูงอายุไม่ควรจะต้องมีเพศสัมพันธ์ ผลการวิจัยยืนยันว่า ผู้สูงอายุทั้งหญิงและชายยังมีความต้องการและความรู้สึกทางเพศ แม้ว่าลดลงแต่ไม่ได้หมดไป เจตคติด้านลบที่สังคมมีเกี่ยวกับเรื่องเช็กล์ของผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งหญิงและชาย แต่ผู้สูงอายุหญิงอาจได้รับผลลบมากกว่า เช่น พบว่าผู้สูงอายุหญิงมีสถิติการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่สัมพันธ์กับความรู้สึกรู้สึกและความต้องการทางเพศของตนเอง เนื่องจากผู้หญิงต้องร่วมเพศเพื่อหลีกเลี่ยงการถูกทำร้าย บังคับ หรือข่มขู่จากคู่ความสัมพันธ์

บทความเรื่อง **“ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันพฤติกรรมก่อนการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นตอนต้น”** โดย อรทัย ทรูเจริญพรพานิช และคณะ ค้นพบว่าพ่อแม่คนไทยไม่ค่อยพูดคุยเรื่องเพศกับลูก แต่การที่ลูกรับรู้ว่าพ่อแม่ไม่ต้องการให้มีเพศสัมพันธ์ ช่วยป้องกันพฤติกรรมก่อนมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นตอนต้นได้ ส่วนปัจจัยที่สนับสนุนพฤติกรรมก่อนมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นตอนต้น ได้แก่ การมีแฟน การดื่มเหล้า และการเข้าร่วมชม/แข่งรถมอเตอร์ไซด์ ส่วนบทความวิจัยเรื่อง **“เมื่อพ่อแม่ไทยต้องคุยกับลูกเรื่องเพศ”** เขียนโดย เฉลิมพล แจ่มจันทร์ และกัญญา อภิพรชัยสกุล พบว่า ระดับความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติตนของพ่อแม่/ผู้ปกครองคนไทยในเรื่องการพูดคุยเรื่องเพศกับลูกอยู่ในระดับปานกลาง แตกต่างกันตามภูมิภาค เพศ กลุ่มอายุ ระดับการศึกษา จำนวนและเพศของลูกหรือเด็กในปกครอง นอกจากนี้พบว่าการประเมินการเข้าถึงกิจกรรมรณรงค์ส่งเสริมการคุยกับลูกเรื่องเพศ และปัจจัยการเลี้ยงดูในด้านต่างๆ ของพ่อแม่/ผู้ปกครองสัมพันธ์กับการพูดคุยเรื่องเพศกับลูกเช่นกัน

สำหรับบทความเรื่องสุดท้าย คือ **“การวางแผนครอบครัวและอนามัยการเจริญพันธุ์ของแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย”** เขียนโดย อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์ และกัญญา อภิพรชัยสกุล ได้นำเสนอข้อมูลที่แสดงให้เห็นว่าแรงงานข้ามชาติในประเทศไทยสามารถเข้าถึงบริการและทรัพยากรด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในระดับค่อนข้างสูง จึงมีการใช้วิธีการคุมกำเนิดสมัยใหม่ในสัดส่วนที่สูงด้วย อาจเป็นไปได้ว่าเงื่อนไขของการย้ายถิ่นและการมาทำงานในประเทศไทยที่มีบริการด้านนี้ค่อนข้างครอบคลุม และไม่มีนโยบายการกีดกันบนฐานของเชื้อชาติ เอื้อให้ผู้หญิงเข้าถึงบริการด้านนี้ได้ดีกว่าการจัดบริการในประเทศของตน

บทความทั้งหมดอาจชี้ให้เห็นได้ว่า กรอบการมองเรื่องเพศและการเจริญพันธุ์ รวมทั้งการจัดบริการด้านนี้ในสังคมไทยยังมีข้อจำกัด ส่วนใหญ่ยังมุ่งไปที่การแก้ไขพฤติกรรมในระดับบุคคล การมองไปถึงสาเหตุรากเหง้าของปัญหาที่เชื่อมโยงอยู่กับความไม่เท่าเทียมทางสังคม และความไม่เป็นธรรมในเชิงโครงสร้างต่างๆ ยังมีน้อย อุดมการณ์เรื่องเพศและการเจริญพันธุ์ในด้านลบยังคงถูกผลิตซ้ำและค้ำยันด้วยสถาบันต่างๆ ถ้าหากประเทศไทยต้องการจะบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน หรือ SDGs โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป้าหมายที่ 3: เรื่องการส่งเสริมสุขภาพและสุขภาวะของประชากรทุกกลุ่มและทุกวัย เป้าหมายที่ 5: เรื่องการส่งเสริมความเสมอภาคทางเพศ ตลอดจนการสร้างเสริมศักยภาพของผู้หญิงและเด็กหญิง จำเป็นต้องนำแนวคิดเรื่องความเป็นธรรมและความเป็นไทมาชื่อนำนโยบายด้านเพศและการเจริญพันธุ์มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Rawls, John. (1999). *A Theory of Justice*. Cambridge: Harvard University Press.
- United Nations. (2015). *Sustainable Development Knowledge Platform: Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. ค้นเมื่อ 8 มิถุนายน 2560, จาก <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>
- Young, Iris Marion. (2008). Five faces of oppression. In Henderson, George L., & Waterstone, Marvin (eds). *Geographic Thought: A praxis perspective* (pp.55-71). New York: Routledge.



ส่วนที่หนึ่ง:
แนวคิด นโยบาย และบริการ
ด้านสุขภาพทางเพศ
และการเจริญพันธุ์



สถาบันวิจัยประชากรและสังคม กับการขยายพรมแดนความรู้ด้านการเจริญพันธุ์และเพศ IPSR and the Enhancing of Sexual and Reproductive Studies

กฤตยา อาชวนิจกุล*

บทคัดย่อ

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

คำสำคัญ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม สิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ สุขภาวะทางเพศ การวางแผนครอบครัว

* รองศาสตราจารย์, นายกสมาคมนักวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

Abstract

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

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

นำเรื่อง

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

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

ที่จริงความวิตกกังวลเรื่องประชากรจะล้นโลกเกิดมานานแล้ว จากแนวคิดแบบมัลทิวเซียน (Malthusian) ที่ Thomas Robert Malthus เสนอไว้ตั้งแต่ ค.ศ. 1798 (พ.ศ. 2421) ในหนังสือ 'Essay on the Principle of Population' ว่าการเพิ่มจำนวนประชากรมีลักษณะทวีคูณคือ จาก 2 เป็น 4 เป็น 16... ขณะที่การเพิ่มปริมาณอาหารในโลกนี้เพิ่มแบบคณิตศาสตร์คือ จาก 1 ไป 2 ไป 3 ไป 4... แม้แนวคิดนี้ก็ล้าว่าคนจะเพิ่มมากขึ้นจนสังคมไม่สามารถผลิตอาหารให้เพียงพอได้ แต่มัลทิวเซียนก็คัดค้านการใช้วิธีคุมกำเนิด โดยเสนอให้ใช้แนวทางจริยธรรมเพื่อชะลอการเกิดประชากรแทน ได้แก่ การแต่งงานช้าลง และมีลูกเมื่อฐานะทางเศรษฐกิจพร้อม เป็นต้น (Solem, Klein, Muñiz-Solari, & Ray, 2010) ต่อมาแนวคิดแบบมัลทิวเซียนถูกนำมาวิจารณ์ระงับสนับสนุนการควบคุมอัตราเพิ่มประชากรโดยใช้วิธีคุมกำเนิดสมัยใหม่ จึงเรียกกันว่าเป็นแนวคิดแบบนีโอมัลทิวเซียน (Neo-Malthusian) (Marsh & Alagona, 2008) หรือคือขบวนการประชากรที่จะกล่าวต่อไป

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

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

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

การประชุมครั้งที่ 5 จัดในชื่อว่า ‘การประชุมนานาชาติเรื่องประชากรและการพัฒนา’ ใน ค.ศ. 1994 (พ.ศ. 2537) ณ กรุงโคโร ประเทศอียิปต์ ซึ่งอาจนับได้ว่าเป็นครั้งสุดท้าย¹ และเป็นการประชุมครั้งแรกที่ได้มีการหยิบยกประเด็นเรื่อง ‘ผู้หญิงและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์’ มาพิจารณาอย่างจริงจัง ดัง ‘แผนปฏิบัติการ’² ที่รับรองในที่ประชุมระบุวัตถุประสงค์หลักของโครงการประชากรว่า คือการส่งเสริมสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิง ดังนิยามในย่อหน้า 7.2 ที่ว่า ‘ผู้หญิงสามารถและมีเสรีภาพในการตัดสินใจได้ด้วยตนเองว่าต้องการลูกหรือไม่ จะมีเมื่อใด และจะมีสักกี่คน’ ดังนั้น โครงการวางแผนครอบครัวที่ที่จะต้อง ‘ไม่มีรูปแบบของบริการแบบกึ่งบังคับหรือการชักจูงใจด้วยวิธีต่างๆ ว่าให้ใช้หรือไม่ให้ใช้วิธีคุมกำเนิด’ รวมทั้งหน่วยบริการ ‘ไม่ควรกำหนดกลุ่มเป้าหมาย หรือโควตาในการให้บริการ’ โดยนัยแล้ว สารของโครงการลักษณะนี้จึงครอบคลุมมิติแนวคิดทั้งด้านสตรีนิยมและสิทธิมนุษยชน นั่นคือ **ยุติความพยายามใดๆ ที่จะควบคุมการเจริญพันธุ์ของผู้หญิง** (Hodgson & Watkins, 1997: 470)

สรุปได้ว่า การขับเคลื่อนนโยบายควบคุมประชากรแบบนีโอมัลทิวเซียน (Neo-Malthusian) คือที่มาของการก่อเกิดของสถาบันประชากรเกือบทั้งหมดในโลกกำลังพัฒนา รวมถึงสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย³ ด้วย สถาบันเหล่านี้ในระยะแรกจึงมุ่งส่งเสริมการวิจัยที่เกี่ยวกับการควบคุมอัตราเกิด สนับสนุนการวางแผนครอบครัวหรือการคุมกำเนิดแบบสมัยใหม่ ทั้งหมดนี้คือการควบคุมจำนวนประชากรไม่ให้เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วตามนโยบายรัฐบาลของประเทศนั้นๆ ในฐานะที่เป็นสมาชิกองค์การสหประชาชาติที่ได้สมาทานศีลการเร่งลดอัตราเกิดตามมติในที่ประชุม

¹ เพราะจนถึงขณะนี้องค์การสหประชาชาติก็ยังไม่มีการจัดประชุมประชากรโลกครั้งที่ 5 แต่อย่างใด

² แผนปฏิบัติการนี้มี 139 ประเทศได้ให้สัตยาบันรับรอง รวมประเทศไทย

³ ปัจจุบันคือ วิทยาลัยประชากรศาสตร์

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

บทความนี้ตั้งใจจะนำงานวิจัยด้านการเจริญพันธุ์และด้านเพศของสถาบันวิจัยประชากรและสังคมในช่วงเวลา 45 ปี มาวิเคราะห์ว่า สถาบันฯ ได้ขยายความรู้ด้านนี้ไปอย่างไรบ้าง เชื่อมโยงกับแนวคิดและการขับเคลื่อนเรื่องสิทธิทางเพศและการเจริญพันธุ์อย่างไร หรือไม่ โดยจะเริ่มจากการอธิบายแนวคิดและการขับเคลื่อนเรื่องสิทธิทางเพศและการเจริญพันธุ์ทั้งในระดับสากลและในประเทศไทย จากนั้นจะวิเคราะห์ประวัติศาสตร์การก่อตั้งของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม และงานวิจัยที่เริ่มจากการสนับสนุนฐานคิดการควบคุมประชากร แล้วขยับมาเน้นฐานคิดเรื่องสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก จนมาสู่ฐานคิดสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์และความเป็นธรรมทางอนามัยเจริญพันธุ์ในที่สุด

มีศัพท์ที่สมควรกล่าวถึงไว้ที่นี่ 2 คำคือ ‘การเจริญพันธุ์’ และ ‘เพศ’ คำว่า ‘การเจริญพันธุ์’ ที่ใช้ในบทความนี้มาจากภาษาอังกฤษว่า Fertility หรือ Reproduction เริ่มจาก Fertility ที่ความหมายทางประชากรศาสตร์คือการวัดจำนวนบุตรเกิดรอดที่ผู้หญิงมีในช่วงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15-49 ปี⁴ ส่วนคำว่า Reproduction โดยรากศัพท์หมายถึงการผลิตซ้ำ ในทางชีววิทยาจึงหมายถึงการผลิตสิ่งมีชีวิตเพื่อสืบทอดพันธุ์ ขณะที่ในทางประชากรศาสตร์มักใช้แทนกันกับคำว่า Fertility กล่าวโดยรวมแล้ว ‘การเจริญพันธุ์’ หมายถึงความสามารถในการสืบทอดพันธุ์ ซึ่งเกี่ยวข้องแนบแน่นกับการมีเพศสัมพันธ์และการเกิด เพราะมนุษย์มากกว่าร้อยละ 99 บนโลกใบนี้ปฏิสนธิจากการมีเพศสัมพันธ์ของชายหญิง

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

⁴ แต่ผู้หญิงที่มีอายุนอกวัยเจริญพันธุ์ก็สามารถมีลูกได้เช่นกัน แต่ในทางสถิติแล้วจะมีโอกาสตั้งครรภ์น้อยกว่าผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์

การเมือง เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมที่กำหนดและสร้างความหมายให้แก่เรื่องเพศในหลากหลายแง่มุม (กฤตยา, 2554)

การเมืองเรื่องสิทธิทางเพศและการเจริญพันธุ์กับร่างกายเนื้อตัวผู้หญิง

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

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

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

รูป 1 เส้นทางชีวิตที่เป็นอิสระต่อกันในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ การแต่งงาน และการเป็นแม่



ที่มา: กฤตยา และกุลภา, 2557 (รูปที่ 1)

สิทธินี้จึงเป็นการเมืองบนเรือนร่างของผู้หญิงโดยแท้ เนื่องจากร่างกายผู้หญิงนั้นเป็นพื้นที่ต่อสู้อรับอุดมการณ์สังคมหลายอย่าง ที่สำคัญ คือ 4 อุดมการณ์ต่อไปนี้ (กฤตยา และกุลภา, 2557)

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

- **ขบวนการลัทธิสตรีและขบวนการประชากรกับการเมืองเรื่องเพศและร่างกายผู้หญิง**

ในช่วงศตวรรษที่ 19 ประเด็นปัญหาว่าด้วยเสรีภาพส่วนตัวของผู้หญิง โดยเฉพาะเรื่องเพศ ยังไม่มีใครให้ความสนใจนำมาเป็นประเด็นการเคลื่อนไหวทางการเมือง จนเริ่มต้นคริสต์ศตวรรษที่ 20 เมื่อนักประชากร⁵ เริ่มเสนอว่า ‘วิธีการคุมกำเนิด’ (birth control) เป็นหนทางที่ทำให้ผู้หญิงสามารถควบคุมการเจริญพันธุ์ของตนได้ มีนักสตรีนิยมในยุคนี้หลายคนหันมาให้ความสนใจและยอมรับว่า การคุมกำเนิดเป็นวิธียากที่ทำให้ผู้หญิงมีทางเลือกมากขึ้น ว่าตนเองพร้อมจะเป็นแม่ หรือไม่ อย่างไร ถ้ามองจากประสบการณ์ของประเทศสหรัฐอเมริกา แม้ว่าขบวนการประชากรและขบวนการสตรีนิยมจะมีเป้าหมายในการเคลื่อนไหวทางสังคม เพื่อให้ผู้หญิงมีทางเลือกมากขึ้นในเรื่องจำนวนลูกที่ต้องการคล้ายคลึงกัน แต่อุดมการณ์และวิธีการที่นำไปสู่จุดหมายที่ต้องการนั้นแตกต่างกัน ขบวนการทั้งสองได้ปะทะกันในเชิงแนวคิดอุดมการณ์และจับมือทำงานร่วมกันอย่างพันธมิตร ตลอดระยะเวลา 100 ปีที่ผ่านมา ความสัมพันธ์ของสองขบวนการนี้สามารถแบ่งออกได้เป็น 5 ช่วง (Hodgson & Watkins, 1997: 469-523) ดังต่อไปนี้

(1) **ช่วงคริสต์ทศวรรษ 1920: ผูกสัมพันธ์อันมิตร** ช่วงคริสต์ทศวรรษนี้ นักสตรีนิยมฝ่ายซ้ายนาม Margaret Sanger หนุนแรงค์ให้ขยายโอกาสการเข้าถึงการใช้วิธีคุมกำเนิดสำหรับกลุ่มคนชนชั้นล่าง และต่อสู้ให้การเข้าถึงบริการวางแผนครอบครัวเป็นเรื่องที่รัฐต้องบริการให้ตามกฎหมาย การเคลื่อนไหวของขบวนการคุมกำเนิดนี้สอดคล้องกับขบวนการคัดสรรพันธุ์มนุษย์ (Eugenics Movement) ในยุคนั้น การร่วมกันเคลื่อนไหวดังกล่าวมายุติลงปลายคริสต์ทศวรรษ 1930 เนื่องจากขบวนการคัดสรรพันธุ์มนุษย์เริ่มถูกต่อต้าน เพราะคนไม่ไว้วางใจ เกรงว่าจะเป็นเหมือนพรคนาซีในเยอรมันที่ยกย่องเฉพาะเผ่าพันธุ์ตนเองและฆ่าทำลายล้างเผ่าพันธุ์ยิว ใน ค.ศ. 1942 Birth Control Movement ปรับขบวนการโดยการเปลี่ยนชื่อเป็น Planned Parenthood Movement เน้นการทำงานไปที่ครอบครัวและเด็ก ไม่ใช่ผู้หญิงและเรื่องเพศ

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

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

⁵ ในที่นี้แปลมาจากศัพท์ Neo-Malthusian

สายเสรี (liberal) และสายรากเหง้า (radical)⁶ การควบคุมภาวะเจริญพันธุ์เป็นประเด็นที่สอดคล้องกับแนวทางของสายเสรี ในขณะที่สายรากเหง้าหรือฝ่ายซ้ายในยุคนั้นตั้งคำถามต่อขบวนการเคลื่อนไหวเพื่อควบคุมประชากร โดยเฉพาะการพยายามให้คนจนและคนผิวสีมีลูกน้อยลง องค์กรคนผิวดำมองเรื่องนี้อย่างไม่ไว้วางใจ บางคนถึงขนาดคิดว่านี่คือแผนล้างเผ่าพันธุ์ชนกลุ่มน้อยของคนผิวขาว

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

(5) ช่วง ค.ศ. 1985-1995: รักริเทิร์น เมื่อหมดยุคสงครามเย็น นักประชากรถูกตั้งคำถามอย่างจริงจังอีกครั้งหนึ่งว่ามีหลักฐานยืนยันแน่ชัดอย่างไร ที่ว่าการเพิ่มจำนวนประชากรนั้นเป็นผลลบต่อการพัฒนา เพราะสิ่งที่เคยเสนอนั้นยังคงคลุมเครือ ไม่สามารถพิสูจน์ความจริงจากปรากฏการณ์ที่ผ่านมาตั้งแต่ต้นทศวรรษได้ ในช่วงนี้องค์กรทางประชากรเริ่มรับผู้ทำงานใหม่ที่พูดจากับนักสิทธิสตรีได้ ทดแทนคนเก่าที่ยังคงความเชื่อเดิมๆ ไว้ ในระยะนี้เองเงินทุนได้หลังไหลไปให้กับปัญหาทางสังคมมากขึ้น โดยเฉพาะเรื่องสิ่งแวดล้อมและสิทธิมนุษยชน ขบวนการทางประชากรจึงต้องมองหาแง่มุมใหม่เพื่อให้องค์กรทุนยังคงสนใจให้ทุนต่อไป เช่น ข้อเสนอที่ว่า การลดอัตราเกิดเป็นเรื่องที่สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาที่ยั่งยืน เป็นต้น

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

⁶ ผู้เขียนตั้งใจแปลคำว่า ‘radical’ ให้ตรงกับรากศัพท์และชุดความคิดที่ใช้อธิบายการเคลื่อนไหวต่อสู้ของนักสิทธิสตรีสายนี้ คำนี้มีผู้แปลไว้อย่างต่างกันว่า ‘สุดขั้ว’ (ชลิตาภรณ์, 2539); ‘หัวรุนแรง’ (สุชีลา, 2542); และ ‘ถอนรากถอนโคน’ (วารุณี, 2545)

แผนปฏิบัติการที่ได้จากการประชุมคือเรื่องประชากรและการพัฒนานี้ ในสายตานักประชากรมองว่าเป็น ‘การพัฒนาคุณภาพของประชากรโดยเน้นการพัฒนาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในทุกช่วงวัย’ แต่เมื่อพิจารณาแผนปฏิบัติการในหัวข้อที่ 4 แล้วกลับแสดงถึงชัยชนะของขบวนการผู้หญิงในการทำงานกับขบวนการประชากรในยุคปัจจุบันดังนี้

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

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

- จากสุขภาพและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์สู่ความเป็นธรรมทางการเจริญพันธุ์ (กฤตยา และกุลภา, 2558: 45-54)

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

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

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

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

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

ในทัศนะผู้เขียนมองว่า จุดเด่นสุดของแนวคิดความเป็นธรรมทางอนามัยเจริญพันธุ์คือ **การผสานแนวคิดเรื่อง intersectionality**⁸ เข้ามาสู่งานสุขภาพผู้หญิง เพื่อชี้ถึง**ความไม่เป็นธรรมทางสังคมที่กดขี่ทับซ้อนอยู่บนชีวิตผู้หญิงคนหนึ่งๆ** และตีแผ่ความเหลื่อมล้ำทางสังคมกับความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ผู้หญิงกลุ่มชายขอบแต่ละคนต้องเผชิญ นั่นคือให้ความสำคัญกับบริบทล้อมรอบชีวิตของปัจเจกผู้หญิงและความมีตัวตนของผู้หญิงเอง (agency)

- **การขับเคลื่อนเรื่องสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และเพศในประเทศไทย**

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

⁸ ‘Intersectionality’ (ยังไม่มีบัญญัติศัพท์นี้เป็นภาษาไทย) เป็นแนวคิดใหม่ เริ่มใช้โดย Kimberlé Williams Crenshaw นักสิทธิสตรีอเมริกัน ในคริสต์ทศวรรษ 1980 เพื่อชี้ให้เห็นถึงการทับซ้อนระหว่างอัตลักษณ์ทางสังคมกับระบบการกดขี่ การเลือกปฏิบัติ และการใช้อำนาจนำ

งานบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ 10 เรื่อง

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

น่าสนใจว่า เดิมนโยบายวางแผนครอบครัวแห่งชาติที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในปฏิบัติการเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ โดยมีฝ่ายนำนโยบายลงสู่พื้นที่คือ ‘กองวางแผนครอบครัวและประชากร’ กรมอนามัย แต่ต่อมาแผนนโยบายวางแผนครอบครัวเพื่อควบคุมอัตราเกิดมีความสำคัญน้อยลง เนื่องจากประเทศไทยสามารถบรรลุการลดอัตราเกิดได้อย่างรวดเร็วภายใน 10 ปีแรก หลังจากการประกาศใช้นโยบายประชากร จนได้ชื่อว่าเป็นประเทศที่มีการปฏิวัติทางการเจริญพันธุ์ (Knodel, Chamrathirong, & Debavalaya, 1987: 193-205) ดังหลักฐานที่ชี้ว่า ภาวะเจริญพันธุ์ของคนไทยได้ลดต่ำลงอย่างมากในช่วง พ.ศ. 2507-2549 เมื่อพิจารณาจาก ‘อัตราเจริญพันธุ์รวม’ ซึ่งหมายถึง จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยที่ผู้หญิงคนหนึ่งสามารถมีบุตรได้คือ หญิงไทยเมื่อ พ.ศ. 2507 มีอัตราเจริญพันธุ์รวมหรือมีบุตรเฉลี่ยประมาณ 6 คน การสำรวจใน พ.ศ. 2539 พบว่าจำนวนบุตรเฉลี่ยลดลงเหลือเพียง 2 คน และยิ่งลดต่ำลงไปอีกเหลือเพียง 1.6 คนใน พ.ศ. 2549 (ปีทมา, 2549)

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

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

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

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

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

ภาคประชาสังคม: บทบาทภาคประชาสังคมในการขับเคลื่อนสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ ถ้ากล่าวเฉพาะ 10 ประเด็นที่เป็นภาระงานที่กรมอนามัยกำหนดขึ้นนั้น กล่าวได้ว่าในประเด็นเรื่องการวางแผนครอบครัว หรือ

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

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

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

ในการทำงานด้านสิทธิทางเพศก็เกิดการขับเคลื่อนเรื่องเพศวิถีที่เริ่มจากงานเอดส์ และเกิดการปรากฏตัวของเกย์และกะเทยที่ทำงานด้านเอดส์ และเรียกร้องสิทธิของผู้ติดเชื้อ ขณะทำงานเกี่ยวกับสิทธิผู้หญิงและสิทธิเด็กก็เติบโตชัดเจนอย่างรวดเร็ว ได้แก่ การเคลื่อนไหวเพื่อยุติความรุนแรงต่อผู้หญิงและเด็ก ซึ่งอพช. ด้านผู้หญิงและด้านเด็กได้ร่วมกันทำงานเป็นเครือข่ายตั้งแต่ช่วงนี้จนถึงปัจจุบัน และคณะทำงานเพื่อยุติการเอาเปรียบเด็กทางเพศ (พพพ.) ที่มุ่งทำงานเรื่องยุติปัญหาโสเภณีเด็กในช่วงปี พ.ศ. 2533-2536 รวมถึงการเกิดขององค์กรที่ทำงานเพื่อปกป้องสิทธิของคนรักเพศเดียวกันองค์กรแรกในประเทศไทย คือ อัญจारी (กฤตยา และกนกวรรณ, 2545)

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

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

ต่อมา สคส. ได้เป็นหัวหอกในการทำงานเรื่องสุขภาพผู้หญิงและสุขภาวะทางเพศ ที่เป็นเหรียญอีกด้านหนึ่งของเรื่องสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และยังไม่เคยมีองค์กรผู้หญิงอื่นใดทำมาก่อน โดยร่วมกับภาคีเครือข่ายพัฒนาแผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ เสนอต่อสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างสุขภาพ (สสส.) ใน พ.ศ. 2549 ด้วยเจตนาที่จะ ‘สร้างเงื่อนไขทางสังคมและวัฒนธรรมที่ลดความเสี่ยงของเรื่องเพศที่ไม่ปลอดภัยและสนับสนุนเงื่อนไขทางสังคมและวัฒนธรรมที่เพิ่มความปลอดภัยในการใช้ชีวิตด้านเพศของประชาชน’ (แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ, 2549: 3; สคส., 2551: 21) โดยนำเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ในประเด็นเพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัยขึ้นมาเป็นตัวตั้ง และมองว่าการรับมือกับสถานการณ์เพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ทั้งเรื่องเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรกไม่พร้อม ความรุนแรงและการละเมิดทางเพศ และสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์นั้น ต้องทำสองสิ่งไปพร้อมๆ กัน คือ เพิ่มความรู้ความเข้าใจที่ตัวปัจเจกบุคคล ซึ่งมีความเปราะบางหรือความเสี่ยงแตกต่างกัน และปรับแก้บริบทสิ่งแวดล้อมของปัจเจกให้เอื้อต่อการใช้ชีวิตทางเพศที่ปลอดภัยด้วย นั่นคือต้องมีสุขภาวะทางเพศทั้งในระดับปัจเจกบุคคลและระดับสังคม (กุลภา, 2558)

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

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

⁹ โครงการนี้ได้เชิญ แพทย์หญิงสุวรรณา วรคามิน ผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ในขณะนั้น นายแพทย์สุพร เกิดสว่าง และผู้เขียนเป็นที่ปรึกษาโครงการ (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารโครงการ ผศ.ดร.กนกวรรณ ธีราวรรณ เมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2560)

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

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

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

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

แล้วสถาบันทางวิชาการแบบสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มีตำแหน่งแห่งที่ในการเข้าร่วมกับขบวนการทางสังคมแนวใหม่ ที่มุ่งขยายสิทธิการเจริญพันธุ์และเพศอย่างไรบ้าง? เราจะอภิปรายในตอนต่อไป

¹⁰ สังคมไทยมีการผลักดันและเสนอกฎหมายโดยภาคประชาชนหลายฉบับ แต่ยังไม่มียกเว้นใดเลยที่สามารถก้าวผ่านสภาออกมาประกาศใช้เป็นกฎหมายได้ตามเจตจำนงที่ภาคประชาชนตั้งใจไว้ การผ่านพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติใน พ.ศ. 2550 จึงเป็นอีกหน้าหนึ่งของประวัติศาสตร์การเสนอกฎหมายและการเมืองไทย เป็นกฎหมายฉบับแรกที่ภาคประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการผลักดันมากที่สุด ผ่านการรับฟังความคิดเห็นประชาพิจารณ์มากที่สุด และผ่านกระบวนการพิจารณาถึงสามรัฐบาล แต่น่าเสียดายที่กฎหมายนี้ก็กลับผ่านออกมาเป็นกฎหมายในยุครัฐบาลรัฐประหาร 19 กันยายน 2549

¹¹ ให้ความเห็นในที่ประชุมเรื่อง ‘การทบทวนสร้างเสริมสุภาพะทางเพศ เติลยหน้าแลหลัง ผ่านการขับเคลื่อนมูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพของผู้หญิงและภาคีเครือข่าย’ จัดโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ห้อง 501 สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) วันที่ 27 เมษายน 2558.

การก่อเกิดสถาบันวิจัยประชากรและสังคม

ใน 'ปัจฉิมลิขิต' ของหนังสือชื่อ 'ประชากรไทย อดีต-ปัจจุบัน-อนาคต' เอกสารวิชาการฉบับสุดท้ายที่เขียนโดย ศาสตราจารย์ ดร.บุญเลิศ เลี้ยวประไพ ผู้อำนวยการคนแรกของสถาบัน¹² ได้ให้ภาพการก่อตั้งและเปลี่ยนผ่านจาก 'ศูนย์วิจัยประชากรและสังคม' มาเป็น 'สถาบันวิจัยประชากรและสังคม' ว่า สถาบันทางประชากรเกิดจากความพยายามของประเทศมหาอำนาจอันดับหนึ่งของโลก หรือสหรัฐอเมริกา ที่เกรงว่าหากจำนวนประชากรในประเทศโลกที่สามเติบโตขึ้นด้วยอัตราเพิ่มที่สูง จะสิ้นเปลืองทรัพยากรในการช่วยเหลือประเทศเหล่านี้มากกว่าการกระตุ้นให้เกิดโครงการวางแผนครอบครัวในประเทศด้อยพัฒนาเพื่อลดอัตราเพิ่มประชากรให้ต่ำลง รัฐบาลสหรัฐอเมริกาในสมัยนั้นจึงผลักดันผ่านองค์การระหว่างประเทศ ได้แก่ องค์การสหประชาชาติ องค์การอนามัยโลก ธนาคารโลก ตลอดจนองค์การเอกชนระหว่างประเทศ ที่สำคัญคือสภาประชากร (Population Council) ที่จัดตั้งขึ้นโดยมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ ให้สนับสนุนการจัดตั้งสถาบันวิชาการทางประชากรขึ้นมา เพื่อเป็นฐานในการดำเนินงานวิจัยและผลิตบุคลากรทางประชากร (บุญเลิศ, 2557: 47-57)

ข้อเท็จจริงจากประวัติศาสตร์เกี่ยวกับเรื่องนี้ คงต้องเริ่มจากการที่ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศกำลังพัฒนาที่ต้องการจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ รัฐบาลจึงได้เชิญคณะสำรวจทางเศรษฐกิจของธนาคารโลกให้เข้ามาทำวิจัย (กรกฎาคม 2500-มิถุนายน 2501) คณะผู้เชี่ยวชาญได้ส่งผลการศึกษารวบรวมเรื่อง 'โครงการพัฒนาของรัฐบาลสำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2501' ต่อรัฐบาล หนึ่งในข้อเสนอของรายงานฉบับนี้คือ เสนอให้การวางแผนครอบครัวเป็นองค์ประกอบหนึ่งของกลยุทธ์การพัฒนาเศรษฐกิจ เนื่องจากจำนวนประชากรที่เพิ่มในอัตราสูงทำให้เกิดปัญหามานานประการ หนึ่งในปัญหานั้นคือจะส่งผลต่อการชะลอการพัฒนาเศรษฐกิจในอนาคตอันใกล้ (นิพนธ์, 2557: 6) ขณะเดียวกันรัฐบาลก็สั่งการให้สภาวิจัยแห่งชาติจัดประชุมระดับชาติเรื่องประชากรประเทศไทยรวม 3 ครั้ง ใน พ.ศ. 2505, 2508, และ 2511 โดยมีแพทย์และนักวิชาการที่สนใจปัญหาการเพิ่มประชากรได้ร่วมกันผลักดันแนวคิดที่จะให้มีโครงการวางแผนครอบครัวขึ้น (ชัยยนต์, 2533: 253-293)

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

¹² ศาสตราจารย์ ดร.บุญเลิศ เลี้ยวประไพ ถึงแก่กรรมเมื่อวันที่ 5 พฤษภาคม 2560

(ชายล้วน) ไปศึกษาต่อระดับปริญญาเอกที่สหรัฐอเมริกาในสาขาสังคมวิทยาเน้นประชากรศาสตร์และสาธารณสุขศาสตร์ด้วย¹³

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

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

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

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

ของการก่อตั้งสถาบันฯ มาตั้งแต่ต้น เราก็ต้องวิจัยทางสังคมบนรากฐานของปัญหาประชากรด้วย¹⁴ ขณะที่ศาสตราจารย์ ดร.เบญจมา ยอดดำเนิน อดีตคณบดี ผู้อำนวยการคนที่ 4 ให้ความเห็นว่า ‘วิจัยเป็นร่วมของสถาบันฯ มีประชากรเป็นแกน แต่ไม่ได้หมายความว่าสังคมจะเป็นรอง สังคมเป็นตัวขยายปรากฏการณ์ทางด้านประชากร แต่มันต้องเชื่อมกันได้ ไม่ใช่ประชากรโดดๆ โดยที่ไม่มีสถานการณ์ทางสังคมมาอธิบาย ไม่เช่นนั้นคนก็จะเอาไปใช้ไม่ได้ หรือใช้ได้ในกรอบที่เล็กกว่าแคบกว่า’ (สัมภาษณ์เมื่อ 1 มีนาคม 2559, เน้นโดยผู้เขียน)

แล้วการดำเนินงานวิจัยด้านการเจริญพันธุ์และเพศของสถาบันฯ จะมีตำแหน่งแห่งที่ใดในทิศทางข้างต้น โปรดติดตามในตอนต่อไป

การดำเนินงานวิจัยของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม

ปัจจุบัน (พฤษภาคม 2560) สถาบันฯ มีบุคลากรรวม 124 คน เป็นอาจารย์ 28 คน ใน 28 คนนี้เป็นอาจารย์ต่างชาติ 2 คน มีที่ปรึกษาที่ยังคงทำงานประจำอยู่ 2 คน อาจารย์ที่เกษียณแล้วและยังทำงานเต็มเวลาอยู่ 4 คน มีนักวิจัย 7 คน และนักวิจัยโครงการ (ที่จ้างจากเงินโครงการวิจัย) 48 คน และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน 48 คน¹⁵ พันธกิจหลักของสถาบันฯ คือการทำงานวิจัย และใช้การกำหนดกลุ่มวิจัย (research clusters) เพื่อชี้ว่าสถาบันฯ ทำงานวิจัยด้านใดบ้าง โดยโครงสร้างการดำเนินงานของสถาบันฯ ไม่เคยกำหนดให้มีฝ่ายวิจัยขึ้นมาแต่อย่างใด

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

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

¹⁴ ถอดเทปจากปาฐกถาพิเศษ โดยศาสตราจารย์ ดร.อภิชาติ จำรัสฤทธิ์รักษ์ เรื่อง ‘ทิศทางงานวิจัย.. ทางประชากรและสังคม’ ห้องประชุมสระบัว ชั้น 1 อาคารประชาสังคมอดัมพัฒนา เมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2559.

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

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

ความสำคัญของการวิจัยกลุ่มเพศวิถี เพศภาวะ อนามัยเจริญพันธุ์ และเอชไอวี/เอดส์

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

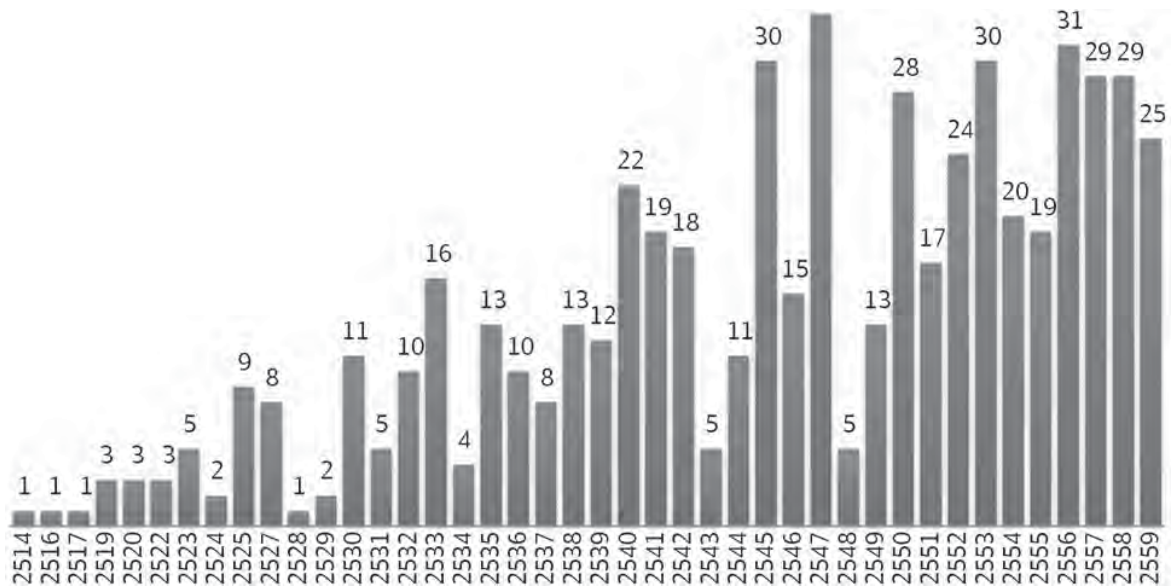
ผลการวิจัยเรื่องนี้จากหลายหลายสังคมทั่วโลกยืนยันว่า *เพศภาวะและเพศวิถี เป็นเงื่อนไขรากเหง้าของปัญหาเอชไอวี/เอดส์ และปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์* สังคมใดที่มีวัฒนธรรมเพศภาวะและวัฒนธรรมเพศวิถีแบบปิตาธิปไตยขาดความเป็นธรรมระหว่างเพศ ไม่มีความยืดหยุ่น และไม่ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง เป็นสังคมที่กำลังเผชิญกับปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์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

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

• จำนวนสัญญาโครงการวิจัยและแหล่งทุนวิจัย

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

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



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

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

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของสัญญาโครงการวิจัย จำแนกตามแหล่งทุนและช่วงเวลา

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

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

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

• ภาพรวมงานวิจัยของสถาบันฯ

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

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

- การแต่งงาน การหย่าร้าง ครัวเรือน/การสร้างครอบครัว การย้ายถิ่น การเจ็บป่วย และการตาย
องค์ประกอบมิติต่างๆ ของประชากร เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ ชาติพันธุ์ อาชีพการงาน การศึกษา
ศาสนา สถานภาพสมรส ความเป็นอยู่ ฯลฯ (ง) การย้ายถิ่นและการกระจายตัวของประชากร
เช่น ความเป็นเมือง ชนบท ภูมิภาคต่างๆ เป็นต้น และ (จ) การศึกษาประชากรเฉพาะกลุ่ม อาทิ
แรงงานข้ามชาติ ผู้สูงอายุ เยาวชน วัยรุ่น เด็ก คนพิการ คนโสด และผู้ต้องขัง เป็นต้น
- 2) **การเจริญพันธุ์** หมายถึง การศึกษาเกี่ยวกับชีวิตและอนามัยการเจริญพันธุ์ของประชากรในภาพรวม
และศึกษาปัจจัยด้านต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของการเจริญพันธุ์ ได้แก่ ความสามารถในการมีลูก
การวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิด การตั้งครรรภ์ การท้องแล้วแท้ง ไม่ว่าจะเป็นการทำแท้งหรือ
การแท้งเอง การเลี้ยงดู/อนามัยแม่และเด็ก เอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น
 - 3) **ประชากรกับสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิต** หมายถึง การศึกษาที่เกี่ยวข้องและส่งผล
กระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพลักษณะต่างๆ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของประชากร
กลุ่มต่างๆ ความอยู่ดีกินดี ความทุกข์ความสุข คุณภาพชีวิต การส่งเสริมสุขภาพ ภาวะโภชนาการ
ภาวะความเจ็บป่วยหรือความเสี่ยงทางสุขภาพ บริการสาธารณสุขและการพัฒนา เป็นต้น
 - 4) **สุขภาพครอบครัว** หมายถึง ภาวะการสร้างครอบครัว การแต่งงาน การหย่าร้าง ความสัมพันธ์
ในครอบครัว สถานะของครอบครัว ปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตครอบครัว ทั้งในระดับ
ปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน
 - 5) **เพศภาวะ/เพศวิถี** หมายถึง การศึกษาความสามารถและประสบการณ์ด้านเพศของประชากร
ทั้งในด้านเพศภาวะ บทบาททางเพศ สถานภาพผู้หญิง บรรทัดฐานทางเพศ และเพศวิถี ได้แก่
ความสนใจทางเพศ การแสดงออกทางเพศ แบบแผนของความสัมพันธ์ระหว่างเพศ และสุขภาพ
ทางเพศ
 - 6) **ประเด็นการวิจัยอื่นๆ** หมายถึง ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม ความทันสมัย เรื่องของต้นทุน
มนุษย์ ตลาดแรงงาน อาชีพการงาน ประเด็นร่วมสมัยหรือปรากฏการณ์ในสังคม เช่น ความขัดแย้ง
ทางการเมือง ปัญหาพลังงาน เป็นต้น

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

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของสัญญาโครงการวิจัย จำแนกตามประเด็นงานวิจัยและช่วงเวลา

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

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

การขยายพรมแดนความรู้จากงานวิจัยด้านการเจริญพันธุ์และเพศ

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

(1) การขยายพรมแดนความรู้ด้านการวางแผนครอบครัว/การคุมกำเนิด/ภาวะเจริญพันธุ์

ในช่วงระยะเวลา 20 ปีแรก การดำเนินงานวิจัยส่วนใหญ่ของสถาบันฯ ยังคงอยู่ภายใต้อิทธิพลแนวคิดการควบคุมประชากรที่มุ่งลดอัตราเกิดแบบนีโอมาลฑูเซียน และอิทธิพลจากกระบวนทัศน์ด้านพฤติกรรมศาสตร์ที่เน้นศึกษาปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม ประชากร ที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ การยอมรับการคุมกำเนิด และพฤติกรรมดูแลสุขภาพของแม่และเด็ก นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยที่มุ่งศึกษาเรื่องอัตราเจริญพันธุ์

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

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

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

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

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

(2) การขยายพรมแดนความรู้จากงานวิจัยอนามัยแม่และเด็ก

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

(3) การขยายพรมแดนความรู้จากงานวิจัยเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

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

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

สถาบันฯ ได้ใช้ความเชี่ยวชาญการคาดประมาณประชากร (population projection) มาดำเนินงานโครงการเอดส์กับเด็ก เพื่อประมาณขนาดผลกระทบที่จะเกิดจากการระบาดของเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกใน ค.ศ. 2000 นั่นคือ ฉายภาพผลกระทบที่จะมีต่อการตายของเด็กและทารก และจำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปีที่จะกลายเป็นเด็กกำพร้าเนื่องมาจากแม่เสียชีวิตจากเอดส์ (2535) และความเชี่ยวชาญด้านการประเมินนโยบายประชากรในสองทศวรรษแรก ทำให้สถาบันฯ ได้รับเลือกให้เป็นหน่วยงานที่ประเมินผลการดำเนินงานด้านเอดส์ในประเทศไทยหลายโครงการ จากหน่วยงานให้ทุนหลากหลาย เช่น สำนักงานกองทุนมนตรี, มูลนิธิรักษ์ไทย, สำนักงานกองทุนโลกฯ ผ่านกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น

งานเด่นของสถาบันฯ ที่เกี่ยวกับเอดส์ที่สมควรกล่าวถึงคือ งานวิจัยเรื่องเสียงและทางเลือกของผู้หญิงติดเชื้อในประเทศไทย (2547) เป็นงานวิจัยที่องค์กรพัฒนาเอกชนของกลุ่มผู้หญิงติดเชื้อเข้ามาร่วมทำงานกับ

โครงการตั้งแต่เริ่มพัฒนาโครงการ ร่วมเป็นคณะนักวิจัย เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และเขียนรายงาน สนับสนุนโดยสภาประชากร; งานสำรวจระดับชาติเรื่อง National Survey on Sexual Risk Behaviors and HIV/AIDS and (ART) Knowledge in Thailand (2548) และงานวิจัยที่เป็นลักษณะความร่วมมือ ใน 4 ประเทศ คือ ไทย ลาว พม่า จีน (คุนหมิง) ร่วมกับ MEASURE Evaluation ในประเทศไทย¹⁶ เพื่อวิเคราะห์ความครอบคลุมของบริการด้านการป้องกันเอชไอวีในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง (Most-At Risk-Population) คือ ชายรักชาย หญิงบริการ และผู้ใช้เข็มฉีดยาเสพติด (2550)

(4) การขยายพรมแดนความรู้จากงานวิจัยการเจริญพันธุ์ในภาพรวมและมิติอื่นๆ

ภาพรวมในที่นี้หมายถึงงานวิจัยที่ศึกษาแนวคิด การบริการ และมิตินามัยการเจริญพันธุ์หลายมิติพร้อมกัน ส่วนมิติอื่นๆ ได้แก่ ความรุนแรงต่อผู้หญิง มะเร็งในระบบสืบพันธุ์ การท้องและการทำแท้ง แม้จำนวนชิ้นงานเหล่านี้มีไม่มากนัก แต่ข้อค้นพบและข้อเสนอแนะของงานสามารถสร้างองค์ความรู้ใหม่ๆ ต่อสังคมไทยได้อย่างน่าสนใจ งานวิจัยในกลุ่มนี้เริ่มในช่วงทศวรรษที่สาม (พ.ศ. 2535-2544) องค์กรทุนที่สนับสนุนหลักคือ องค์กรทุนต่างประเทศที่อยู่ในแวดวงประชากร ได้แก่ สภาประชากร มูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ มูลนิธิฟอร์ด และ UNFPA

หลังการประชุมประชากรและการพัฒนา เมื่อ พ.ศ. 2537 แหล่งเงินทุนหลักทางประชากรหันมาสนใจให้ทุนงานวิจัยและงานพัฒนาด้านการเจริญพันธุ์มากขึ้นมาก สถาบันฯ เริ่มงานด้านนี้โดยได้รับทุนจาก UNFPA เพื่อสังเคราะห์รายงานระดับภาค 4 ชั้น ที่ครอบคลุมมิติต่างๆ ของอนามัยการเจริญพันธุ์ 10 มิติ ในรายงานชื่อ *‘การสังเคราะห์องค์ความรู้เรื่องเพศภาวะ เพศวิถี และอนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย’* เป็นการปักธงงานวิจัยการเจริญพันธุ์และเพศให้แก่สังคมไทย โดยชี้ให้เห็นว่าข้ออ่อนด้อยของการศึกษาเรื่องนี้ในประเทศไทย คือ (1) ขาดแคลนงานวิจัยที่ใช้กระบวนการทัศนเรื่องความละเอียดอ่อนในมิติหญิงชาย (gender-sensitivity) ในการออกแบบงานวิจัย ตั้งแต่ขั้นตอนของการทบทวนแนวคิด ระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ การวิเคราะห์ข้อมูล และจนถึงลงมือเขียนรายงาน (2) ไม่มีความใส่ใจเรื่องจริยธรรมการวิจัยในคนเท่าที่ควร โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวกับผู้ถูกศึกษา หรือผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการศึกษา คือ การยินยอมพร้อมใจ (informed consent) การรักษาความลับ และการเคารพความเป็นส่วนตัว และ (3) ในแง่ของกระบวนการวิจัยยังขาดการวิจัยอย่างมีส่วนร่วมของเจ้าของปัญหา และของชุมชน (Gray & Punpuing, 1999)

จากผลงานข้างต้น สถาบันฯ จึงได้รับทำงานวิจัยเชิงปฏิบัติการระยะยาวเรื่องการพัฒนาการวิจัยด้านเพศภาวะ มิติทางเพศ และอนามัยเจริญพันธุ์ (2543-2545) โดยจัดอบรมและให้ทุนวิจัยทำวิจัยในประเด็นเพศภาวะ เพศวิถี และอนามัยเจริญพันธุ์ พร้อมทั้งมีทีมวิชาการติดตาม จนได้ผลงานวิจัยออกมารวม 4 เล่ม เป็นคู่มือการอบรม 1 เล่ม และรายงานวิจัย 3 เล่ม

สำหรับงานอื่นๆ ที่น่าสนใจ ได้แก่ การทำวิจัยเรื่องการเจริญพันธุ์และเพศกับแรงงานข้ามชาติ ที่ผู้เก็บข้อมูลภาคสนามเป็นแรงงานข้ามชาติเอง คือ เรื่องเพศ อนามัยเจริญพันธุ์ และความรุนแรง: ประสบการณ์

¹⁶ เป็นโครงการของ Carolina Population Center, North Carolina University at Chapel Hill มีเป้าหมายเพื่อช่วยเสริมสร้างศักยภาพของประเทศไทยที่สามในการพัฒนาระบบข้อมูลทางสุขภาพ อันจะนำไปสู่เป้าหมายระดับโลกที่จะยุติการระบาดของเอชไอวีและการตายที่สามารถป้องกันได้ของแม่และเด็ก (<https://www.measureevaluation.org/about>)

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

การเข้าไม่ถึงบริการทำแท้งที่ปลอดภัยและถูกกฎหมายของผู้หญิงท้องไม่พร้อม เป็นปัญหาสำคัญลำดับต้นที่องค์การอนามัยโลกเสนอแนะให้ประเทศไทยต้องรีบแก้ไขดังกล่าวมาแล้ว สถาบันฯ ได้เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องด้วยงาน 2 ชั้น ชั้นแรกคือ งานวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องการทำแท้งที่ล้มเหลวทั้งผู้หญิงท้องไม่พร้อมและมีประสบการณ์ทำแท้งและผู้ให้บริการ (เรื่องการศึกษาอุปสรรคการเข้าถึงบริการทำแท้งที่ปลอดภัยเพื่อพัฒนาและสร้างเสริมการเข้าถึงบริการทำแท้งที่ปลอดภัยของผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อม-2556)¹⁷ ก่อนหน้านี้อินstitut ได้ผลิตรายงานเกี่ยวกับเรื่องการทำแท้ง จากนักวิชาการต่างประเทศที่มาประจำสถาบันฯ ในยุคเริ่มแรก 2 เรื่องคือ Some Observations on Abortion in Thailand (1974) และ Attitudes of Rural Thai Women toward Induced Abortion (1976) ซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นงานบุกเบิกที่จับประเด็นเรื่องการทำแท้ง หลังจากนั้นสถาบันฯ ไม่เคยมีงานเกี่ยวกับเรื่องการทำแท้งอีกเลย จนมาถึงงานหลังสุดที่นำมามองของผู้ให้บริการมาศึกษาด้วยเป็นครั้งแรกในประเทศไทย

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

(5) การขยายพรมแดนความรู้จากงานวิจัยด้านเพศภาวะและเพศวิถี

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

¹⁷ ส่วนหนึ่งของผลวิจัยเรื่องนี้ ถูกนำเสนอในงานประชุมครั้งนี้ด้วยในชื่อ ‘คืนนักบุญหรือคนบาป: การตีตราผู้ให้บริการด้วยผลลอบบาปจากการทำแท้ง’ โดย กุลภา วจนสาระ (ดูรายละเอียดในหนังสือเล่มนี้ หน้า 77-98)

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

5.1 สถานภาพผู้หญิงและบทบาททางเพศ

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

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

5.2 เรื่องเพศในวัยรุ่น

เรื่องเพศในวัยรุ่นเป็น 1 ใน 10 ประเด็นของงานอนามัยการเจริญพันธุ์ของกระทรวงสาธารณสุขสันนิษฐานได้ว่าเกิดจากความวิตกกังวลเรื่องพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นว่าจะมี ‘เพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร’ ‘เพศสัมพันธ์ในวัยเรียน’ และ ‘เพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงาน’ ภายใต้ฐานคิดที่ว่าผู้หญิงต้องรักษานวลสงวนตัว ซึ่งก็คือวาทกรรมที่ใช้ควบคุมเรื่องเพศของวัยรุ่นหญิงมากกว่าวัยรุ่นชาย งานวิจัยของสถาบันฯ ไม่มากนักน้อยตกอยู่ในความเชื่อที่ว่า การปลูกฝังอุดมการณ์รักษานวลสงวนตัวเป็นแนวทางหนึ่งในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์และกามโรค ตลอดจนการท้องไม่พร้อมก่อนการแต่งงาน

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

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

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

5.3 สุขภาวะทางเพศ

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

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

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

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

ต่อมาเมื่อแผนงานสุขภาพทางเพศเริ่มทำงานในระลอกที่สอง สถาบันฯ ได้ร่วมรับผิดชอบส่วนงานวิจัยที่เป็นชุดโครงการมาศึกษาเพื่อวางรากฐานองค์ความรู้สู่การขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพทางเพศ มีโครงการย่อย 7 โครงการ (2552) และล่าสุดคืองานวิจัยเพื่อการทบทวนงานสร้างเสริมสุขภาพทางเพศ: เหลียวหน้าแลหลังผ่านการขับเคลื่อนของ สคส. (2557)

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

สรุปและข้อสังเกต

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

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

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

(1) กล่าวเฉพาะบทบาททางวิชาการของสถาบันฯ ในประเด็นเพศภาวะ เพศวิถี และอนามัยการเจริญพันธุ์ (ที่นอกเหนือไปจากเรื่องการวางแผนครอบครัว) แล้ว งานวิจัยกว่า 100 โครงการที่ผ่านมาของสถาบันฯ ได้สะท้อนให้เห็นถึงการเติบโตทางความคิดและปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในการทำงานด้านการเจริญพันธุ์และเพศอย่างมีนัยสำคัญ นั่นคือ จากแรกก่อตั้งที่ให้ความสำคัญกับประเด็นการวางแผนครอบครัวภายใต้แนวคิดแบบนีโอมาลฑูเชียน แล้วขยับมาสู่เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ (reproductive health) ดังที่ปรากฏในงานวิจัยอนามัยแม่และเด็ก และงานเรื่องเพศในระยะแรกๆ ค่อยๆ ขยับการทำงานวิจัยและขยายพรมแดนทางวิชาการไปสู่การใช้แนวคิดเรื่องสิทธิทางอนามัยการเจริญพันธุ์ (reproductive rights) มากขึ้น เพิ่มมิติและมุมมองทางสังคมศาสตร์ควบคู่ไปกับการศึกษากลุ่มประชากรต่างๆ ในรายละเอียดของชีวิต โดยเฉพาะในประเด็นการเจริญพันธุ์และเพศ ดังเช่นงานวิจัยด้านนี้ที่ศึกษาในกลุ่มผู้หญิงที่อยู่กับเครือข่ายแรงงานข้ามชาติ ผู้หญิงท้องไม่พร้อม และกลุ่มคนรักเพศเดียวกัน เป็นต้น

ข้อค้นพบและองค์ความรู้ที่ได้จากงานวิจัยเหล่านี้ของสถาบันฯ ได้ร่วมเป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนเรื่องสิทธิทางการเจริญพันธุ์ไม่มากก็น้อย ทั้งในการเคลื่อนไหวของภาคประชาสังคมและการขับเคลื่อนเชิงนโยบายของภาครัฐ และจนกระทั่งปัจจุบัน ที่สถานการณ์ด้านการเจริญพันธุ์และเพศของสังคมโลกและสังคมไทยเองกำลังปรับเปลี่ยน ขยายพรมแดนความรู้ไปสู่มิติความเป็นธรรมทางการเจริญพันธุ์ (reproductive justice) เพื่อให้สามารถมองเห็นองค์ประกอบและรายละเอียดของชีวิตมนุษย์ได้ชัดเจนขึ้นกว่าที่เคย สถาบันฯ จะเปิดรับข้อท้าทายนี้และผนวกเข้าสู่ภารกิจทางการศึกษาวิจัยและวิชาการของสถาบันฯ หรือไม่เพียงใดนั้น พึ่งต้องติดตามกันต่อไป

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

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

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

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

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

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

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์ และสุวัฒน์ ศรีสรณ์. (2557). การประเมินผลนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ.2553-2557). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2553). นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข. [เอกสารอัดสำเนา].
- กฤตยา อาชวนิจกุล และกนกวรรณ ธีราวรรณ. (2545). ขบวนการทางสังคมบนมิติการเมืองเรื่องเพศและร่างกายผู้หญิง. ใน ผาสุข พงษ์ไพจิตร และคณะ (บรรณาธิการ). วิถีชีวิต วิถีสู้: ขบวนการประชาชนร่วมสมัย (หน้า 34-129). เชียงใหม่: ซิลค์เวอร์มบุ๊ก.
- _____. (2548). วิเคราะห์วิถีคิดวิทยาในงานวิจัยเรื่องเพศภาวะและเพศวิถีกับเอดส์ศึกษา. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- กฤตยา อาชวนิจกุล และกุลภา วจนสาระ (2557). ท้องไม่พร้อมกับการเกิดและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์. ใน ปราโมทย์ ประสาทกุล และคณะ (บรรณาธิการ). ประชากรและสังคม 2557: การเกิดกับความมั่นคงทางประชากรและสังคม (หน้า 143-162). นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.
- _____. (2558). มองผ่านเลนส์เพศภาวะและความหลากหลาย: ข้อเสนอการพัฒนายุทธศาสตร์เพื่อสุขภาวะผู้หญิง. นครปฐม: สมาคมเพศวิถีศึกษา.
- กฤตยา อาชวนิจกุล. (2547). บทนำ. ใน กฤตยา อาชวนิจกุล (บรรณาธิการ). ‘ผู้หญิง’ ในวาทกรรมการเมืองเรื่องเพศและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ (หน้า 3-36). เชียงใหม่: ศูนย์สตรีศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- _____. (2554). เพศวิถีที่กำลังเปลี่ยนแปลงไปในสังคมไทย. ใน สุรีย์พร พันพืง และมาลี ลันสุวรรณ (บรรณาธิการ). ประชากรและสังคม 2554: จุดเปลี่ยนประชากร จุดเปลี่ยนสังคมไทย (หน้า 43-66). นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.
- กุลภา วจนสาระ. (2558). เหลียวหลังแลหน้า: การทำงานขับเคลื่อนเรื่องสุขภาพผู้หญิงและสุขภาวะทางเพศ. รายงานวิจัยเสนอต่อมูลนิธิสร้างความสำเร็จเรื่องสุขภาพผู้หญิง. [เอกสารอัดสำเนา].
- ชลิตาภรณ์ ส่งสัมพันธ์. (2539). ไทยศึกษากับอดีตศาสตร์พินิจ. ใน ชัยวัฒน์ สถาอานันท์ (บรรณาธิการ). จินตนาการสู่ปี 2000: นวัตกรรมเชิงกระบวนการด้านไทยศึกษา (หน้า 495-523). กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- ชัยยนต์ ประดิษฐ์ศิลป์. (2533). เศรษฐศาสตร์การเมืองว่าด้วยการวางแผนครอบครัวของไทยศึกษาจากกระบวนการนโยบาย. วิทยานิพนธ์รัฐศาสตรมหาบัณฑิต คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ไชยรัตน์ เจริญสินโอฬาร. (2542). ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมรูปแบบใหม่และนัยทางทฤษฎีต่อการพัฒนาประชาธิปไตย. ใน อนุชาติ พวงสำลี และกฤตยา อาชวนิจกุล (บรรณาธิการ). ขบวนการประชาสังคมไทย: ความเคลื่อนไหวภาคพลเมือง (หน้า 63-93). กรุงเทพฯ: โครงการวิจัยและพัฒนาประชาสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิพนธ์ เทพวัลย์. (2557). นโยบายประชากรประเทศไทย: จากอดีตสู่อนาคต. ปาฐกถาศาสตราจารย์ ดร. วิศิษฐ์ ประจวบเหมาะ ในการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ จัดโดยสมาคมนักประชากร ฌ โรงแรมเดอะทวิน ทาวเวอร์ กรุงเทพมหานคร. วันศุกร์ที่ 21 พฤศจิกายน 2557.
- บุญเลิศ เลี้ยวประไพ. (2557). ประชากรไทย อดีต-ปัจจุบัน-อนาคต. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปรากรม วุฒิพงศ์. (2541). นโยบายอนามัยการเจริญพันธุ์. วารสารวางแผนครอบครัวและประชากร, 1(1): 1-2.
- ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์. (2549). อัตราเจริญพันธุ์รวมของประเทศไทยในอนาคตจะต่ำกว่า 1.6. ประชากรและการพัฒนา, 26(3): 7.
- แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ. (2549). แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ ตุลาคม 2549-กันยายน 2551. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสร้างความสำเร็จเรื่องสุขภาพผู้หญิง. [เอกสารอัดสำเนา].

- มูลนิธิสร้างความสำเร็จเรื่องสุขภาพผู้หญิง [สคส.]. (2551). *แผนงานสร้างเสริมสุขภาพทางเพศ*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสร้างความสำเร็จเรื่องสุขภาพผู้หญิง.
- _____. (2560). *เกี่ยวกับ สคส.* ค้นเมื่อ 2 พฤษภาคม 2560, จาก <http://www.whaf.or.th/content/about>
- วารุณี ภูริสินสิทธิ์. (2545). *สตรีนิยม: ขบวนการและแนวคิดทางสังคมแห่งศตวรรษที่ 20*. กรุงเทพฯ: คบไฟ.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2535). *งานวิจัยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- _____. (2551). *รายงานประจำปี 2550*. [เอกสารอัดสำเนา].
- _____. (2554). *รายงานประจำปี 2553*. [เอกสารอัดสำเนา].
- _____. (2556). *เกี่ยวกับสถาบันฯ*. ค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม 2560, จาก <http://www.pr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/th/About.aspx?>
- สมศักดิ์ สุทัศน์วรรุณี, ภาวดี ชาญสมร, ยูพา พูนขำ, ปิยะรัตน์ เอี่ยมคง, สุวชัย อินทรประเสริฐ และกิตติพงศ์ แซ่เจ็ง (บรรณาธิการ). (2555). *การให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์: คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข*. นนทบุรี: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2556). *การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- ลูซีลา ตันชัยนันท์. (2542). บทบาทชายหญิงกับการพัฒนา: บนเส้นทางขบวนการประชาสังคม. ใน *อนาคต พวงลำลี และกฤตยา อาชวนิจกุล (บรรณาธิการ). ขบวนการประชาสังคมไทย: ความเคลื่อนไหวภาคพลเมือง* (หน้า 143-161). นครปฐม: โครงการวิจัยและพัฒนาประชาสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- แสงจันทร์ เมธาตระกูล. (2557). *ก้าวที่เปลี่ยนแปลงของสถานศึกษาต้นแบบ-บทเรียนการสอนเพศศึกษาจากโครงการก้าวอย่างอย่างเข้าใจ*. เอกสารประกอบกิจกรรมเสริมทักษะหัวข้อ 'โรงเรียนไหนอยากทำศูนย์การเรียนรู้เพศวิถีศึกษา 14 แห่ง' ในการประชุมระดับชาติเรื่องสุขภาพทางเพศครั้งที่ 1: การตั้งครรภในวัยรุ่น. เมื่อวันที่ 8-10 กันยายน 2557 ณ อิมแพคฟอรัม เมืองทองธานี นนทบุรี.
- อรพรรณ หันจางสิทธิ์, อุไรวรรณ คณิตสุขเกษม, และกุลล สุนทรธาดา. (2523). *ภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีแหล่งเสื่อมโทรมกรุงเทพมหานคร: ศึกษาเฉพาะแหล่งเสื่อมโทรม หมู่บ้านเสนาณรงค์ 2 บางเขน และคลองเตย*. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

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

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

ภาคผนวก ก

กรอบคิดสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ (The Reproductive Health Framework)

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

การวิเคราะห์ปัญหา	แนวคิดนี้มองว่าการขาดแคลนบริการอนามัยเจริญพันธุ์สำหรับผู้หญิงเป็นเพราะการขาดข่าวสารขาดข้อมูลสุขภาพที่เที่ยงตรง เชื่อถือได้ และมีบริการไม่เพียงพอ
ยุทธศาสตร์	เน้นไปที่การปรับปรุงและขยายบริการเพื่อการสร้างความเปลี่ยนแปลง เพื่อให้คนสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น โดยเฉพาะในชุมชนชายขอบ รวมทั้งการให้ความสำคัญกับงานวิจัย ทั้งนี้ภาระงานบริการอนามัยเจริญพันธุ์มักประกอบด้วยบริการและการให้การศึกษเกี่ยวกับสุขภาพ โดยเฉพาะในมิติดังต่อไปนี้ คือการป้องกันการติดเชื้อจากเพศสัมพันธ์ (sexually transmitted diseases-STDs) การติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ (reproductive tract infections-RTIs) เพศวิถีศึกษาครบด้าน (comprehensive sex education) การเข้าถึงวิธีคุมกำเนิดสมัยใหม่ การบริการยุติการตั้งครรภ์ และการให้คำปรึกษาทางเลือกการป้องกันและรักษาการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ รวมถึงการป้องกันและรักษามะเร็งในระบบสืบพันธุ์ เป็นต้น
กลุ่มเป้าหมาย	ได้แก่ บุคคลที่ต้องการบริการและการเรียนรู้ทางอนามัยเจริญพันธุ์
ตัวแสดงหลัก	คือผู้ให้บริการ หมายถึงถึงคนทำงานหรือพันธมิตรของบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ให้บริการทางสุขภาพ และนักวิจัยสาธารณสุข
ข้อท้าทายและข้อจำกัด	เนื่องจากการให้บริการและการให้การศึกษเน้นไปที่ระดับปัจเจกบุคคล จึงไม่ได้ให้ความสำคัญ หรือคำนึงถึงรากเหง้าของความแตกต่างเหลื่อมล้ำในเชิงโครงสร้างมากนัก นอกจากนี้การเน้นไปที่ตัวผู้หญิงในเชิงปัจเจก จึงเป็นการใช้ทรัพยากรหลักอย่างไร้ทิศทางในการเปลี่ยนแปลงระยะยาว อาจสรุปได้ว่า กรอบคิดนี้มีข้อจำกัดในลักษณะที่มุ่งเน้นเฉพาะเรื่องการจัดและเข้าถึงบริการ แต่ผู้หญิงที่มีชีวิตและความต้องการแตกต่างกันย่อมมีความแตกต่างกันในการเข้าถึงการศึกษาและบริการด้วยเช่นกัน

กรอบคิดสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ (Reproductive Rights Framework)

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

การวิเคราะห์ปัญหา แนวคิดนี้มองว่า ปัญหาสำคัญคือการขาดกลไกทางกฎหมายที่คุ้มครองสิทธิของผู้หญิงทุกคนที่ต้องการเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ หรือแม้ว่าจะมีกลไกกฎหมาย แต่การบังคับใช้อ่อนแอ การต่อสู้ด้วยแนวคิดนี้ มุ่งเน้นไปที่สิทธิของผู้หญิงในระดับปัจเจกไม่ว่าจะเป็นเรื่องสิทธิความเป็นส่วนตัว การปลอดจากการเลือกปฏิบัติ การเข้าถึงบริการ โอกาสและความสามารถที่จะเข้าถึงทรัพยากรต่างๆ ได้จริง

ยุทธศาสตร์ พื้นฐานของยุทธศาสตร์คือ ทำงานกับองค์กรและกลไกเกี่ยวกับกฎหมายและการขับเคลื่อนของรัฐ นั่นคือ ด้านกฎหมายเน้นการทำงานกับศาลเพื่อคุ้มครองและป้องกันไม่ให้สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ถูกลิดรอน ด้านการขับเคลื่อนเน้นปกป้องนโยบายและมาตรการคุ้มครองสิทธิที่มีอยู่แล้ว ขณะเดียวกันก็พยายามเพิ่มกฎหมายที่คุ้มครองและขยายสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์มากขึ้น โดยมีรูปแบบของภาคีและพันธมิตรที่มุ่งไปที่กลุ่มผู้หญิง องค์กรประชาสังคม และองค์กรที่ทำงานด้านสุขภาพ

กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ การจัดตั้งกลุ่มผู้หญิงและกระตุ้นการมีส่วนร่วมทางการเมืองในฐานะผู้ออกเสียงเลือกตั้ง และการเสนอความต้องการผ่านผู้แทนทางสภาผู้แทนราษฎร รวมถึงผ่านการโน้มน้าวใจผู้มีส่วนเปลี่ยนแปลงกฎระเบียบมาตรการและการออกกฎหมายทุกระดับให้เห็นด้วยกับข้อเสนอของกลุ่ม

ตัวแสดงหลัก คือนักขับเคลื่อนรณรงค์ รวมผู้ทำงานหรือเป็นพันธมิตรกับผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมาย ผู้กำกับนโยบาย และผู้ทำงานกับการเลือกตั้งตัวแทนระดับต่างๆ

ข้อท้าทาย และข้อจำกัด

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

กรอบคิดความเป็นธรรมทางการเจริญพันธุ์ (Reproductive Justice Framework)

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

การวิเคราะห์ปัญหา แนวคิดนี้มองว่า การที่ผู้หญิงจะมีศักยภาพในการตัดสินใจจัดการชีวิตตนเองทุกด้านได้หรือไม่นั้น ต้องแก้รากปัญหาที่ฝังลึกอยู่ในสถาบันทางสังคม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม แนวคิดนี้จึงเสนอว่า ต้องวิเคราะห์ปัญหายุทธศาสตร์และทางออกอย่างรอบด้าน และต้องเน้นให้เห็นความสัมพันธ์ที่โยงใยทับซ้อนของประเด็นความเป็นธรรมทางสังคมและสิทธิมนุษยชนที่ส่งผลกระทบต่อร่างกายผู้หญิงเพศวิถีและการเจริญพันธุ์

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

การศึกษาการตั้งเป้าหมายภาวะเจริญพันธุ์ ของประเทศไทย

Study of Target Setting Concerning Fertility in Thailand

ปราโมทย์ ประสาทกุล* และศุทธิดา ชวนวัน**

บทคัดย่อ

บทความวิจัยนี้ศึกษาแนวโน้มและแบบแผนการเปลี่ยนแปลงภาวะเจริญพันธุ์ของประชากรไทย การตั้งเป้าหมายทางประชากรในแต่ละช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ประกอบกับวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวชี้วัดภาวะเจริญพันธุ์ต่างๆ ผู้เขียนมีข้อเสนอแนะอัตราเพิ่มประชากรกลับมาใช้ในการตั้งเป้าหมายทางประชากร โดยให้พยายามรักษาอัตราเพิ่มประชากรไว้ไม่ให้ต่ำกว่า 0 หรือติดลบ นั่นคือ การตั้งเป้าหมายให้อัตราเกิดสูงกว่าอัตราตายในระยะยาว ผลที่ได้จากการศึกษานี้จะช่วยมองภาพการเปลี่ยนแปลงภาวะเจริญพันธุ์ของประชากรไทยในอนาคต ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการปรับนโยบายประชากร นับว่าเป็นสิ่งทำทนายที่จะพยายามให้จำนวนเกิดในประเทศไทยไม่ต่ำกว่า 650,000 รายต่อปี

คำสำคัญ: ภาวะเจริญพันธุ์ อัตราเพิ่มประชากร อัตราเจริญพันธุ์รวม นโยบายประชากร

Abstract

This article aims to study the trends and patterns of fertility change among the Thai population. Population growth targets in the five-year national social and economic development plans are analyzed. The relationships among various indicators of fertility are investigated. This article proposes setting positive population growth as a long-term demographic goal by maintaining a higher crude birth rate than the death rate over time. It is expected that the accurately projecting fertility patterns in the future will be useful for revising future population policy. This paper also discusses the challenges of maintaining the number of Thai births at no less than 650,000 per year.

Key word: fertility, growth rate, total fertility rate, population policy

* ศาสตราจารย์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

บทนำ

ภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 (2453-2485) ลึกลับลง ประชากรไทยได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว อันเนื่องมาจากอัตราตายที่ได้ลดลงก่อนหน้านั้น ในขณะที่อัตราเกิดยังคงสูงอยู่ เป็นผลให้อัตราเพิ่มประชากรของประเทศไทยสูงกว่าร้อยละ 3 ต่อปี การเกิดที่มากไปของประชากรไทยจึงกลายเป็นปัญหาประชากรเมื่อ 50 ปีที่แล้ว และกลายเป็นประเด็นที่ถูกมองว่าเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศ จนรัฐบาลสมัยจอมพล ถนอม กิตติขจร ได้ประกาศนโยบายประชากรผ่านมติคณะรัฐมนตรีเมื่อ 17 มีนาคม 2513 มีใจความว่า “รัฐบาลมีนโยบายสนับสนุนการวางแผนครอบครัวโดยสมัครใจ เพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ อันเนื่องมาจากการเพิ่มประชากรที่สูงมาก ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ” ประเทศไทยได้ใช้การวางแผนครอบครัวเป็นมาตรการสำคัญในการชะลออัตราเพิ่มประชากร และเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของนโยบายประชากรของประเทศ จึงได้มีการจัดตั้งโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติของประเทศไทยขึ้น โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนหลัก โครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติประสบความสำเร็จอย่างดียิ่ง ทำให้อัตราส่วนร้อยละคู่สมรสที่กำลังใช้วิธีคุมกำเนิดชนิดใดชนิดหนึ่งอยู่ จากที่เคยมีไม่ถึงร้อยละ 15 ก่อนมีโครงการวางแผนครอบครัว ได้เพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 60 ในอีก 10 ปีต่อมา (Prasartkul, 2013) ในขณะเดียวกัน ผลจากโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติดังกล่าวได้ทำให้ภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยลดลงมากและอย่างรวดเร็ว

ภาวะเจริญพันธุ์ของคนไทยมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ จนนำไปสู่การมีนโยบายการมีลูกเพื่อชาติ ในปัจจุบันมีการกล่าวถึงการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ ดังปรากฏในนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2569) (กรมอนามัย, ม.ป.ป.) บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวโน้มและแบบแผนการเปลี่ยนแปลงภาวะเจริญพันธุ์ของประชากรไทยที่ผ่านมา ซึ่งจะวัดการเปลี่ยนแปลงโดยดูจากจำนวนเกิด อัตราเกิด อัตราเจริญพันธุ์รายอายุ และอัตราเจริญพันธุ์รวม ข้อมูลที่จะนำมาศึกษา ได้แก่ การจดทะเบียนการเกิดและตายของกระทรวงมหาดไทย สถิติชีพของกระทรวงสาธารณสุข สำมะโนประชากรและเคหะ และการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากรของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ทั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูลที่จะนำไปใช้ในการตั้งเป้าหมายทางประชากรที่จะนำไปเป็นนโยบายของประเทศต่อไป

แนวโน้มและแบบแผนการเปลี่ยนแปลงภาวะเจริญพันธุ์ของประชากรไทย

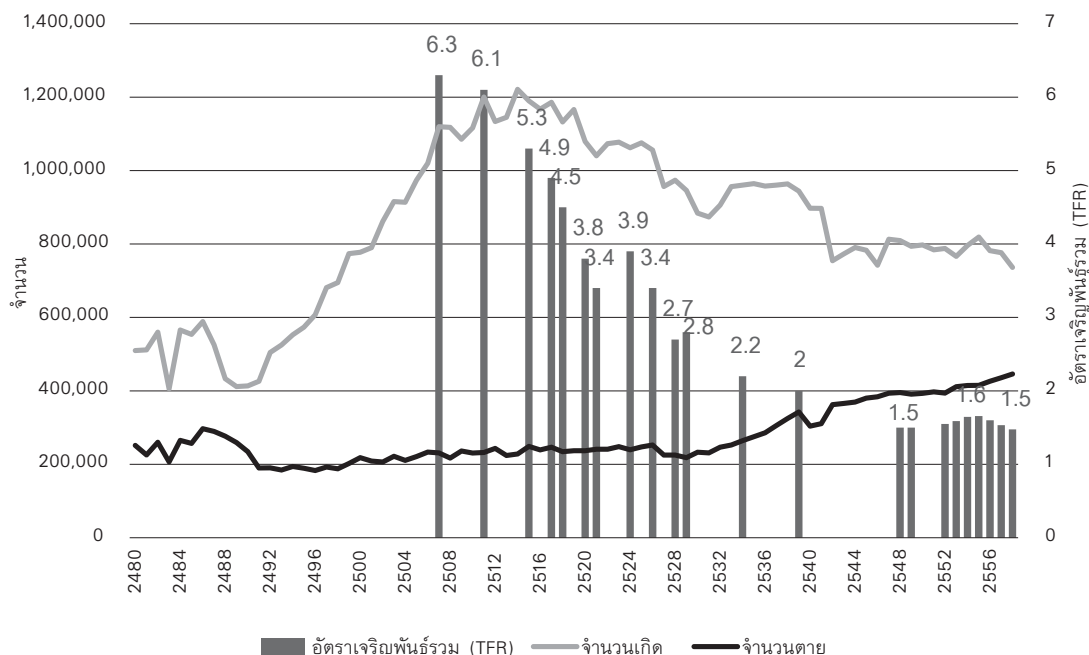
ประเทศไทยเคยมีนโยบายส่งเสริมการเพิ่มประชากรในสมัยของจอมพล ป. พิบูลสงคราม คือระหว่างปี 2481-2487 เมื่อการเกิดและการตายยังมีสูง แต่อัตราเพิ่มประชากรไม่ได้สูงตามไปด้วย ประชากรไทยในสมัยนั้นมีอยู่ประมาณ 18 ล้านคนเท่านั้น การเกิดอยู่ที่ประมาณสองแสนถึงสามแสนคนต่อปี (กองสถิติพยากรณ์ชีพ, ม.ป.ป.) รัฐบาลจอมพล ป. พิบูลสงคราม ได้มีนโยบายหลายอย่างที่จะส่งเสริมให้ประชากรของประเทศไทยเพิ่มขึ้น เช่น มีการส่งเสริมการแต่งงาน ส่งเสริมให้แม่มีลูกมาก เพื่อช่วยประเทศชาติเพิ่มจำนวนประชากร มีองค์การส่งเสริมการสมรสขึ้นในกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเร่งเพิ่มจำนวนประชากรสร้างความมั่นคงของชาติ ในปี 2485 มีการจัดงานวันแม่ และประกวดแม่ลูกดกเป็นครั้งแรกในปี 2486 รวมทั้งประกาศใช้พระราชบัญญัติสงเคราะห์ผู้มีบุตรมาก พ.ศ. 2499 (ปราโมทย์, 2557)

แต่หลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ประชากรไทยได้เพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก จากจำนวนประชากรประมาณ 21 ล้านคน เพิ่มขึ้นเป็น 26 ล้านคน ในช่วงระหว่าง พ.ศ. 2490-2503 การตายได้ลดลงอย่างเห็นได้ชัด เมื่ออัตราการตายของประชากรไทยลดลงในขณะที่อัตราเกิดยังคงสูงอยู่ ประเทศไทยจึงมีอัตราเพิ่มประชากรสูงมากถึงร้อยละ 3.2 ต่อปี และมีอัตราเจริญพันธุ์รวม หรือจำนวนบุตรที่ผู้หญิงคนหนึ่งจะมีตลอดด้วยเจริญพันธุ์ของตน สูงถึง 6.3 ในสมัยรัฐบาลจอมพลสฤษดิ์ ธนะรัชต์ มีความหวังวิตกว่า การเกิดที่มากไปจะทำให้เกิดปัญหาประชากรและเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศ (บุญเลิศ, 2557) อย่างไรก็ตาม นโยบายส่งเสริมการคุมกำเนิด และควบคุมอัตราการเพิ่มของประชากรมีขึ้นจริงจังในปี 2513 หลังจากปี 2513 การเกิดมีแนวโน้มลดลง จากที่จำนวนเกิดมีมากกว่าปีละ 1 ล้านคน ได้ลดลงเหลือต่ำกว่าปีละ 1 ล้านคน ในปี 2527 (กองสถิติสาธารณสุข, 2527) และในช่วงปี 2533-2542 เกิดการเปลี่ยนแปลงสำคัญด้านภาวะเจริญพันธุ์ของประเทศไทย ที่เรียกว่า “การปฏิวัติภาวะเจริญพันธุ์” (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ, 2554) เนื่องจากเป็นช่วงที่ภาวะเจริญพันธุ์ลดลงอย่างรวดเร็ว อัตราเจริญพันธุ์รวมได้ลดลงจาก 3.9 ในปี 2534 เหลือเพียง 2.0 ในปี 2539 ซึ่งต่ำกว่าภาวะเจริญพันธุ์ระดับทดแทนแล้ว (ปราโมทย์ และปัทมา, 2548)

ถึงแม้ว่าการเกิดของประเทศไทยจะมีแนวโน้มลดลงแล้ว แต่ก็ไม่ได้ลดลงอย่างรวดเร็วนัก อันเป็นผลมาจากปรากฏการณ์ที่เรียกว่า “แรงเหวี่ยงทางประชากร” (Population Momentum) กล่าวคือ แม้วาระดับภาวะเจริญพันธุ์จะลดลงอย่างรวดเร็ว แต่เนื่องจากประเทศไทยยังมีประชากรในวัยเจริญพันธุ์อยู่ในสัดส่วนที่สูงมากจึงทำให้จำนวนเกิดไม่ลดลงมากนัก แต่หลังจากปี 2526 เป็นต้นมา จำนวนเกิดในประเทศไทยก็ลดลงเหลือเพียง 1 ล้านคนต่อปี และลดต่ำลงเรื่อยๆ จนกระทั่งปัจจุบันในปี 2559 การเกิดของประเทศไทยอยู่ที่ประมาณ 704,000 คนต่อปี และอัตราเพิ่มประชากรลดต่ำลงเหลือเพียงร้อยละ 0.3 เท่านั้น (กรมการปกครอง, ม.ป.ป.)

ในขณะที่การเกิดมีแนวโน้มลดต่ำลงและเป็นไปได้ยากที่จะเพิ่มจำนวนเกิด รัฐบาลได้มาเน้นเรื่องคุณภาพของการเกิดมากกว่าดูเรื่องปริมาณ ในปี 2553 รัฐบาลด้วยการริเริ่มของกระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศ “นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนางานอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2553-2557)” (กรมอนามัย, 2557) โดยมีนโยบายส่งเสริมคุณภาพการเกิดทุกรายในประเทศไทย ด้วยการทำให้ประชากรทุกเพศ ทุกวัย มีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี

รูป 1 แนวโน้มจำนวนเกิด จำนวนตาย และอัตราเจริญพันธุ์รวม (TFR)



ที่มา: คำนวณจากสถิติสาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข

การตั้งเป้าหมายอัตราเพิ่มประชากรในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และความสัมพันธ์ระหว่างตัวชี้วัดภาวะเจริญพันธุ์ต่างๆ

นโยบายที่จะ “ลดอัตราเพิ่มประชากร” ได้กำหนดไว้ชัดเจนในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2515-2519) ในแผนพัฒนาฯ ฉบับดังกล่าว ประเทศไทยมีจำนวนเกิดในแต่ละปีที่ยังคงสูง คือ เฉลี่ยมากกว่า 1 ล้านคน ในขณะที่การตายมีจำนวนลดน้อยลงอย่างมาก คือ มีจำนวนอยู่ระหว่าง 230,000-240,000 คน (กองสถิติพยากรณ์ชีพ, ม.ป.ป.) ทั้งนี้เป็นเพราะประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นผลจากความก้าวหน้าด้านการแพทย์และการสาธารณสุข รวมไปถึงการเข้าถึงสาธารณสุขภาคของประชาชนดีขึ้น อันเป็นผลจากการพัฒนาทางประชากรและสังคม ทำให้ระหว่างปี 2490-2503 ประเทศไทยมีอัตราการเติบโตเฉลี่ยของประชากรที่สูงถึงประมาณร้อยละ 3.2 ต่อปี ซึ่งนำไปสู่การกำหนดนโยบายประชากรเพื่อลดอัตราเพิ่มประชากรในปี 2513 และในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2515-2519) ได้ตั้งเป้าหมายที่จะลดอัตราเพิ่มประชากรจากประมาณร้อยละ 3.2 ให้ลงมาเหลือร้อยละ 2.5 ภายในปี 2519 ซึ่งอยู่ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 3 ในขณะที่อัตราเจริญพันธุ์รวมของประเทศไทยในปี 2519 อยู่ที่ประมาณร้อยละ 3.8 ผลจากการดำเนินงานในช่วงแผนฯ นี้พบว่า อัตราเพิ่มประชากรยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ โดยประเทศไทยสามารถลดอัตราเพิ่มลงมาเหลือร้อยละ 2.7 เท่านั้น (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ, 2554)

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับต่อๆ มา คือ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) จนถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) ยังคงใช้อัตราเพิ่มประชากรเป็นเป้าหมายหลักในการวางแผนประชากร (ตาราง 1) ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) ได้ตั้งเป้าหมายให้อัตราเพิ่มประชากรลดลงเหลือร้อยละ 2.1 และให้เหลือร้อยละ 1.5 ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) มีข้อสังเกตว่า ในช่วงแผนพัฒนาฉบับที่ 5 นี้ อัตราเจริญพันธุ์รวมของประเทศไทยได้ลดลงจนต่ำกว่าร้อยละ 3 แล้ว เช่นเดียวกับจำนวนเกิดในแต่ละปีลดลงต่ำกว่า 1 ล้านคน โดยมีอัตราเกิดอยู่ที่ประมาณ 18 ต่อประชากร 1,000 คน เช่นเดียวกับอัตราตายที่ลดลงเช่นกัน เหลือเพียงประมาณ 4 ต่อประชากร 1,000 คนเท่านั้น

ในช่วงแผนพัฒนา ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) นับได้ว่าเป็นช่วงที่อัตราเจริญพันธุ์ลดลงอย่างรวดเร็วมาก อัตราเจริญพันธุ์รวมของประเทศไทยลดต่ำลงเหลือเพียง 2.2 เมื่อช่วงปลายของแผนพัฒนาในปี 2534 ซึ่งถือได้ว่าลดต่ำลงจนเกือบเท่ากับภาวะเจริญพันธุ์ระดับทดแทนที่ 2.1 แล้ว ในแผนพัฒนาฉบับนี้ได้มีการตั้งเป้าหมายทางประชากรว่า ให้ลดอัตราเพิ่มประชากรลงให้เหลือร้อยละ 1.3 อย่างไรก็ตามเมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนา ฉบับนี้ อัตราเพิ่มประชากรก็ยังลดลงไม่ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ อัตราเกิดยังคงไม่แตกต่างจากช่วงแผนพัฒนา ฉบับที่ 5 เท่าใดนัก คือเท่ากับ 17 ในขณะที่อัตราตายเท่ากับ 5 ต่อประชากร 1,000 คน อัตราเพิ่มประชากรจึงเหลือที่ประมาณร้อยละ 1.4 (กรมการปกครอง, ม.ป.ป.)

การตั้งเป้าหมายที่จะให้อัตราเพิ่มประชากรลดลงนั้น แท้จริงแล้วเป็นการตั้งเป้าหมายมุ่งไปที่การลดอัตราเกิด ในขณะที่อัตราตายจะอยู่ในระดับต่ำมาก และค่อนข้างคงตัวอยู่ที่ราว 4-5 ต่อประชากร 1,000 คน การจะให้อัตราเพิ่มประชากรลดลงก็ต้องลดที่อัตราเกิด โดยใช้โครงการวางแผนครอบครัวเป็นเครื่องมือตั้งแต่แผนพัฒนา ฉบับที่ 3 เป็นต้นมา โครงการวางแผนครอบครัวได้ทำให้อัตราเกิดของประชากรไทยลดลงจากประมาณ 27 ต่อประชากร 1,000 คน ในช่วงแผนพัฒนา ฉบับที่ 3 เหลือเพียง 17 ต่อประชากร 1,000 คน เมื่อปลายแผนพัฒนา ฉบับที่ 6 ในขณะเดียวกันจำนวนเกิดต่อปีได้ลดลงอย่างเห็นได้ชัด จากที่เคยเกิดมากกว่า 1 ล้านคนต่อปีเมื่อต้นแผนพัฒนา ฉบับที่ 3 เหลือเพียง 9 แสนกว่าคนเมื่อปลายแผนพัฒนา ฉบับที่ 6 (กรมการปกครอง, ม.ป.ป.)

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) ยังตั้งเป้าหมายที่จะให้อัตราเพิ่มประชากรลดลงเหลือร้อยละ 1.2 เมื่อสิ้นแผนพัฒนา ฉบับนี้ ปรากฏว่าอัตราเพิ่มของประชากรได้ลดลงจนเหลือร้อยละ 1.2 ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมาย เมื่อสิ้นแผนพัฒนา ฉบับที่ 7 ในปี 2539 อัตราเกิดของประเทศไทยอยู่ที่ 15.8 ต่อประชากร 1,000 คน หรือคิดเป็นจำนวนเกิดประมาณ 940,000 ราย อัตราตายอยู่ที่ 5.7 ต่อประชากร 1,000 คน หรือคิดเป็นจำนวนตายประมาณ 340,000 ราย (กรมการปกครอง, ม.ป.ป.) เมื่อสิ้นแผนพัฒนา ฉบับที่ 7 อัตราเกิดและจำนวนเกิดเมื่อคำนวณเป็นอัตราเจริญพันธุ์รวมต่ำกว่าภาวะเจริญพันธุ์ระดับทดแทนแล้ว นั่นคือ ผู้หญิงไทยคนหนึ่งมีลูกตลอดวัยเจริญพันธุ์ของตนเท่ากับ 2.02 คน

เมื่อนโยบายประชากรของประเทศไทยประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ระบุไว้ตั้งแต่แผนพัฒนา ฉบับที่ 3 จนถึงแผนพัฒนา ฉบับที่ 7 ประกอบกับอัตราเพิ่มประชากรมีแนวโน้มที่จะลดต่ำลงไปอีก สภาพพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเกิดความกังวลว่าอัตราเพิ่มประชากรของประเทศไทยอาจลดต่ำมากเกินไป จึงเปลี่ยนดัชนีชี้วัดภาวะเจริญพันธุ์ที่จะใช้ในการตั้งเป้าหมายทางประชากร ดังนั้น ตั้งแต่แผนพัฒนา ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) เป็นต้นมา ประเทศไทยจึงได้ปรับเปลี่ยนการตั้งเป้าหมาย

ของแผนประชากรและยุทธศาสตร์การให้บริการวางแผนครอบครัว แผนพัฒนา ฉบับที่ 7 ได้เปลี่ยนนโยบายมาเป็นการหยุดชะลออัตราเพิ่มของประชากร แผนพัฒนา ฉบับนี้ได้นำเอาอัตราเจริญพันธุ์รวมมาใช้ตั้งเป้าหมายทางประชากรแทน

ตาราง 1 การตั้งเป้าหมายในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	เป้าหมาย	
	อัตราเพิ่มประชากร (%)	อัตราเจริญพันธุ์รวม (Total Fertility Rate-TFR)
ฉบับที่ 3 (2515-2519)	2.5	-
ฉบับที่ 4 (2520-2524)	2.1	-
ฉบับที่ 5 (2525-2529)	1.5	-
ฉบับที่ 6 (2530-2534)	1.3	-
ฉบับที่ 7 (2535-2539)	1.2	-
ฉบับที่ 8 (2540-2544)	-	คนไทยมีขนาดครอบครัวที่เหมาะสม
ฉบับที่ 9 (2545-2549)	-	รักษาระดับอัตราเจริญพันธุ์ให้คงที่ในระดับทดแทน (TFR = 2.1)
ฉบับที่ 10 (2550-2554)	-	รักษาระดับอัตราเจริญพันธุ์ให้คงที่ในระดับทดแทน (TFR = 2.1)
ฉบับที่ 11 (2555-2559)	-	รักษาระดับอัตราเจริญพันธุ์ไม่ให้ต่ำกว่าระดับที่เป็นอยู่ปัจจุบัน (TFR = 1.6)

ดังนั้น แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) เป็นแผนพัฒนาฉบับแรกที่ไม่ใช้อัตราเพิ่มประชากรเป็นเป้าหมายทางประชากร และเปลี่ยนแนวนโยบายจากที่เคยมุ่งไปที่การชะลออัตราเพิ่มกลับเป็นการไม่พุดถึงอัตราเพิ่มประชากร ซึ่งดูเหมือนไม่ประสงค์ที่จะชะลออัตราเพิ่มประชากรอีกต่อไป แผนพัฒนา นี้ได้ปรับเปลี่ยนเป้าหมายทางประชากรโดยมุ่งไปที่ให้คนไทยมี “ขนาดครอบครัวที่เหมาะสม” อย่างไรก็ตาม เป้าหมายที่ใช้ขนาดครอบครัวนี้ค่อนข้างคลุมเครือและไม่ชัดเจนไม่รู้ว่าเป้าหมายขนาดครอบครัวที่เหมาะสมนั้นมีขนาดเท่าไร แต่ดูเหมือนจะชี้ว่าขนาดครอบครัวที่เหมาะสมคือ การที่ครอบครัวมีบุตร 2 คน

แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 นี้ได้เสนอแนวทางหลักในด้านโครงสร้างและการกระจายตัวของประชากรว่าการสนับสนุนให้คนไทยมีขนาดครอบครัวที่เหมาะสม โดย (1) ชะลอการวางแผนครอบครัวในพื้นที่ที่มีอัตราเจริญพันธุ์ของสตรีในระดับทดแทนหรือต่ำกว่า (2) เร่งรัดส่งเสริมการวางแผนครอบครัวในพื้นที่ที่มีอัตราการเกิดสูง (3) ปรับปรุงคุณภาพและการแบ่งเบาภาระที่เท่าเทียมระหว่างหญิงชายในการวางแผนครอบครัววิธีต่างๆ (4) รณรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องให้ประชาชนตระหนักถึงประโยชน์ของการมีครอบครัวที่เหมาะสม และ (5) สนับสนุนการดำเนินงานโครงการธุรกิจเพื่อสังคม และจัดตั้งกองทุนหมุนเวียนเพื่อการวางแผนครอบครัวและการพัฒนาชีวิตในชุมชนที่มีระดับการพัฒนาดำ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2540)

เป็นที่น่าสังเกตว่า ในช่วงเวลาของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 นี้ อัตราเจริญพันธุ์รวมของประเทศไทย ได้ลดลงต่ำกว่าระดับทดแทนแล้ว อัตราเจริญพันธุ์รวมในปี 2543 เท่ากับ 1.82 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ม.ป.ป., รายงานสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2543) การตั้งเป้าหมายทางประชากรในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 นี้ จึงเหมือนกับตั้งเป้าหมายโดยไม่ได้ดูข้อมูลสถานการณ์ทางประชากรที่เป็นอยู่จริงๆ ซึ่งตั้งเป้าหมายอัตราเจริญพันธุ์รวมเท่ากับ 2 เมื่ออัตรานี้ได้ลดต่ำลงกว่านั้นมากแล้ว และเป็นที่ยืนยันว่าเป็นไปได้ยากมากที่จะทำให้อัตราเจริญพันธุ์รวมที่ลดต่ำลงกลับเพิ่มสูงขึ้นไปเท่ากับภาวะเจริญพันธุ์ระดับทดแทน ในปี 2543 ประเทศไทยมีจำนวนเกิดที่ยังลดต่ำลงไปอีก เหลือเกิดเพียงปีละ 770,000 คน ในขณะที่มีจำนวนตาย ประมาณ 360,000 คน อัตราเพิ่มในขณะนั้นเหลือเพียงร้อยละ 0.8 ต่อปี

การใช้อัตราเจริญพันธุ์รวม เป็นเป้าหมายในแผนประชากร

ตั้งแต่แผนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) รวมไปถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) ก็ยังคงใช้อัตราเจริญพันธุ์รวมเป็นเป้าหมายของแผนประชากรในรายละเอียดของแผนการพัฒนา ตั้งแต่ฉบับที่ 9 และ 10 ได้ตั้งเป้าหมายว่า “ให้รักษาระดับอัตราเจริญพันธุ์ให้คงที่ในระดับทดแทน” ซึ่งอัตราเจริญพันธุ์ระดับทดแทน หมายถึง อัตราเจริญพันธุ์รวมเท่ากับ 2.1 การกำหนดเป้าหมายทางประชากรด้วยอัตราเจริญพันธุ์รวมนั้นก็ยังคงมีความคลุมเครือไม่ชัดเจนและเข้าใจยาก อัตราเจริญพันธุ์รวมเป็นการวัดจำนวนบุตรของสตรีทั่วไปซึ่งรวมสตรีที่ยังไม่ได้แต่งงานเข้าไปด้วย นอกจากนี้แล้ว หากดูตามเป้าหมายทางประชากรในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 และ 10 ที่กำหนดเป้าหมายให้อัตราเจริญพันธุ์รวมคงที่ในระดับทดแทนนั้นคงเป็นไปได้ยากมาก เพราะในช่วงปลายของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 และ แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10 อัตราเจริญพันธุ์รวมของประเทศไทยได้ลดลงต่ำกว่าระดับทดแทนแล้ว โดยในปี 2549 และปี 2553 อัตราเจริญพันธุ์รวมเท่ากับ 1.6¹

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) ก็ยังคงตั้งเป้าหมายทางประชากรโดยใช้อัตราเจริญพันธุ์รวมเป็นเป้าหมายเช่นกัน โดยกำหนดให้รักษาระดับอัตราเจริญพันธุ์ไม่ให้ต่ำกว่าระดับที่เป็นอยู่ปัจจุบัน ซึ่งหมายถึงให้รักษาระดับอัตราเจริญพันธุ์รวมไม่ให้ต่ำกว่าระดับ 1.6 ในปี 2559 ซึ่งเป็นปีสุดท้ายของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 11 อัตราเจริญพันธุ์รวมได้ลดต่ำลงเหลือ 1.55 แล้ว โดยในช่วงปี 2559 ประเทศไทยมีจำนวนเกิดอยู่ที่ประมาณ 704,000 คน (กรมการปกครอง, ม.ป.ป.) อัตราเกิดเท่ากับ 11 ต่อประชากร 1,000 คน และอัตราตายเท่ากับ 8 ต่อประชากร 1,000 คน ทำให้อัตราเพิ่มประชากรในช่วงนี้เหลือเพียงร้อยละ 0.3 ต่อปี (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2560)

¹ คำนวณจาก สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ม.ป.ป., รายงานสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2543 และ 2553.

ตาราง 2 อัตราเกิด อัตราตาย อัตราเพิ่มประชากร อัตราเจริญพันธุ์รวม และจำนวนเกิด

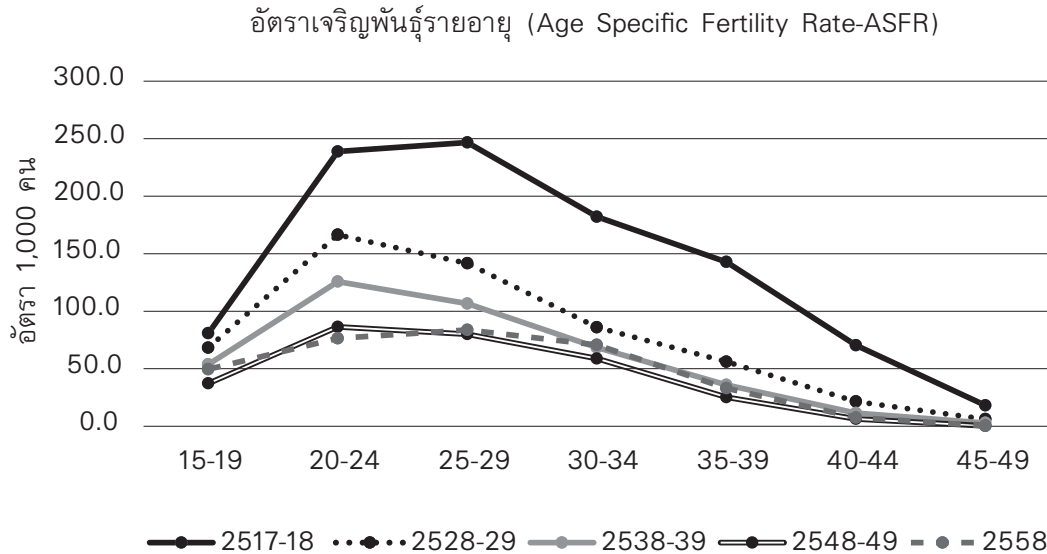
ปี	อัตราเกิด	อัตราตาย	อัตราเพิ่ม (ต่อปี)	อัตราเจริญพันธุ์รวม	จำนวนเกิด
2519	27.2	5.5	2.7	3.8	1,166,292
2524	22.4	5.0	2.2	3.9	1,062,238
2529	18.0	4.1	1.7	2.8	945,827
2534	17.0	4.7	1.4	2.2	960,556
2539	15.8	5.7	1.2	2.0	944,118
2549	12.7	6.2	0.5	1.5	793,623
2559	10.8	8.2	0.3	1.5	704,058

ที่มา: กองสถิติพยากรณ์ชีพ กระทรวงสาธารณสุข, สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2519, 2524, 2529, 2534, 2539, 2549; สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2559.

เพื่อจะพิสูจน์ให้เห็นว่าการใช้อัตราเจริญพันธุ์รวมเป็นเป้าหมายทางประชากรนั้นอาจเป็นเป้าหมายที่เข้าใจได้ยาก และยากที่จะดำเนินการเพิ่มอัตราเจริญพันธุ์ให้บรรลุตามเป้าหมาย ผู้เขียนได้ลองทำการคำนวณโดยมีคำถามว่า “หากประเทศไทยจะพยายามรักษาอัตราเจริญพันธุ์รวมให้คงที่เท่ากับ 2.1 แล้ว การเกิดของประชากรไทยจะต้องเป็นเช่นไร” โดยมีข้อสมมติว่า สัดส่วนของการเจริญพันธุ์ของสตรีในแต่ละกลุ่มอายุจะเท่ากับในปี 2559 ผลการวิเคราะห์พบว่า หากต้องการทำให้อัตราเจริญพันธุ์รวมเพิ่มขึ้น 0.1 หน่วย ประเทศไทยจะต้องมีจำนวนเด็กเกิดใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 55,000 คน ซึ่งหมายความว่าหากในปี 2559 มีจำนวนเกิดอยู่ที่ประมาณ 704,000 ราย และมีอัตราเจริญพันธุ์รวมเท่ากับ 1.6 ฉะนั้น หากจะทำให้อัตราเจริญพันธุ์รวมเท่ากับภาวะเจริญพันธุ์ระดับทดแทนที่ระดับ 2.1 แล้ว ประเทศไทยจะต้องเพิ่มจำนวนเกิดจากเดิมอีกประมาณ 275,000 ราย นั่นหมายถึงจะต้องมีจำนวนการเกิดทั้งหมดอยู่ที่ปีละประมาณ 979,000 คน

ภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยมีแนวโน้มลดลงอย่างมากในทุกกลุ่มอายุ ข้อมูลจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากรในปี 2517-2518 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ม.ป.ป., การสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2517-2518) (รูป 2) แสดงภาวะเจริญพันธุ์รายอายุของสตรีไทยว่ามีอัตราที่สูงมากในกลุ่มอายุ 20-29 ปี ซึ่งสูงเกือบ 250 ต่อสตรี 1,000 คน ในปี 2528-2529 แบบแผนภาวะเจริญพันธุ์ได้เปลี่ยนไป และมีอัตราที่สูงที่สุดในกลุ่มอายุ 20-24 ปี อยู่ที่ประมาณ 200 ต่อสตรี 1,000 คน ในปี พ.ศ. 2558 อัตราเจริญพันธุ์เหลือเพียงไม่ถึง 100 ต่อสตรี 1,000 คน ในทุกกลุ่มอายุ อัตราเจริญพันธุ์รายอายุสูงสุดอยู่ที่กลุ่มอายุ 25-29 ปี ซึ่งมีอัตราเพียงประมาณ 77 ต่อประชากร 1,000 คน

รูป 2 อัตราเจริญพันธุ์รายอายุ พ.ศ. 2517-18, 2528-29, 2538-39, 2548-49 และ 2558



ที่มา: จำนวนจาก สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ม.ป.ป., การสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร พ.ศ. 2517-2558; สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2556.

หากกำหนดเป้าหมายให้คงอัตราเจริญพันธุ์รวมไว้ที่ 1.6 ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 และตามนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2569) ที่มีนโยบายว่า “รัฐบาลสนับสนุนและส่งเสริมการเกิดเพิ่มขึ้นด้วยความสมัครใจ เพื่อเพียงพอสำหรับทดแทนประชากร และการเกิดทุกรายมีการวางแผน มีความตั้งใจ และมีความพร้อมในทุกด้าน นำไปสู่การคลอดที่ปลอดภัย ทารกแรกเกิดมีสุขภาพแข็งแรง พร้อมทั้งจะเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ” และได้ใช้ “อัตราเจริญพันธุ์รวม” และ “จำนวนเกิด” เป็นตัวชี้วัด โดยกำหนดไว้ว่า “อัตราเจริญพันธุ์รวม ไม่ต่ำกว่า 1.6 และจำนวนเกิดไม่น้อยกว่าปีละ 700,000 ราย” (กรมอนามัย, ม.ป.ป.)

การจะทำให้อัตราเจริญพันธุ์รวมคงอยู่ไม่ต่ำกว่า 1.6 เมื่อคำนวณเป็นจำนวนเกิดแล้ว ประเทศไทยจะต้องมีเด็กเกิดไม่ต่ำกว่าประมาณ 705,000 ราย และเป้าหมายที่จะให้มีเด็กเกิดในประเทศไม่น้อยกว่าปีละ 700,000 คนเป็นเรื่องที่ทำทนาย ทั้งนี้เพราะผู้หญิงไทยรุ่นเกิดล้านที่เกิดในปี พ.ศ. 2506-2526 และปัจจุบันในปี 2560 มีอายุ 34-54 ปี ได้เคลื่อนตัวออกจากช่วงวัยเจริญพันธุ์สูงสุด หรือเป็นช่วงที่สตรีให้กำเนิดบุตรมากที่สุดที่อยู่ในช่วงอายุ 25-29 ปีไปแล้ว (รูป 2)

อย่างไรก็ตาม หากลองคาดประมาณดูว่า ในอนาคตอีก 10 ปีข้างหน้า ในปี 2570 อัตราเจริญพันธุ์รวมของประชากรไทยจะเป็นเช่นไร เมื่อสมมติให้จำนวนเกิดในปี 2570 เท่ากับ 704,058 ราย และมีแบบแผนการเกิดรายอายุของสตรีเช่นเดียวกับในปี 2559 พบว่า อัตราเจริญพันธุ์รวมเท่ากับ 1.69 และเมื่อสมมติให้การเกิดลดจำนวนลงเหลือ 650,000 ราย โดยแบบแผนการเกิดรายอายุของสตรีเท่ากับปี 2559 พบว่า อัตราเจริญพันธุ์รวมเท่ากับ 1.56

ตาราง 3 การคาดประมาณอัตราเจริญพันธุ์รวมในปี 2570

การเกิด	การเกิดในปี 2559 = 704,058			การเกิดในปี 2570 = 704,058			การเกิดในปี 2570 = 650,000		
	อายุ	จำนวน เกิด	จำนวน สตรี	ASFR	จำนวน เกิด	จำนวน สตรี	ASFR	จำนวน เกิด	จำนวน สตรี
15-19	105,509	2,201,961	0.0479	105,509	1,830,726	0.0576	97,408	1,830,726	0.0532
20-24	165,915	2,276,041	0.0729	165,915	1,983,643	0.0836	153,176	1,983,643	0.0772
25-29	173,791	2,177,474	0.0798	173,791	2,157,585	0.0805	160,447	2,157,585	0.0744
30-34	155,958	2,256,534	0.0691	155,958	2,250,661	0.0693	143,984	2,250,661	0.0640
35-39	82,371	2,555,251	0.0322	82,371	2,170,146	0.0380	76,047	2,170,146	0.0350
40-44	19,398	2,679,161	0.0072	19,398	2,183,771	0.0089	17,908	2,183,771	0.0082
45-49	1,115	2,821,265	0.0004	1,115	2,446,128	0.0005	1,030	2,446,128	0.0004
Sum ASFR			0.3096			0.3384			0.3124
TFR (5 x sum ASFR)			1.55			1.69			1.56

การที่อัตราเจริญพันธุ์รวมในปี 2570 มีค่าสูงขึ้นเมื่อจำนวนเกิดยังคงเท่าเดิม จาก 1.55 เป็น 1.69 และอัตราเจริญพันธุ์รวมสูงขึ้นเล็กน้อย จาก 1.55 เป็น 1.56 เมื่อจำนวนเกิดลดลงเหลือ 650,000 ราย เป็นเพราะว่าสตรีในรุ่นเกิดล้านที่เกิดในช่วงปี 2506-2526 ได้ทยอยออกจากช่วงวัยเจริญพันธุ์ไปแล้ว ซึ่งทำให้ตัวหารในการคำนวณอัตราเจริญพันธุ์รายอายุลดลง อัตราเจริญพันธุ์รายอายุจึงเพิ่มขึ้น และส่งผลให้อัตราเจริญพันธุ์รวมซึ่งเป็นผลรวมของอัตราเจริญพันธุ์รายอายุเพิ่มสูงขึ้น

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ปัจจุบันภาวะเจริญพันธุ์ของประเทศไทยได้ลดลงอย่างมาก และประเทศไทยยังเผชิญกับปัญหา “เด็กเกิดน้อย ด้อยคุณภาพ” จนมีคำถามว่า “คนไทยมีลูกน้อยเกินไปหรือเปล่า ถ้าคนไทยมีลูกน้อยเกินไป ประเทศไทยควรมีนโยบายส่งเสริมการเกิดหรือไม่ อย่างไร” ประเด็นเรื่องการสนับสนุนการเกิดอย่างมีคุณภาพ ได้มีการพูดถึงในแวดวงวิชาการเป็นอย่างมากในปัจจุบัน จนนำไปสู่การมีนโยบายการมีลูกเพื่อชาติ ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ การกำหนดเป้าหมายเดียวกับการเปลี่ยนแปลงประชากรของประเทศไทย ที่จากเดิมในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 3 ถึงฉบับที่ 7 ให้ชะลออัตราเพิ่มประชากรโดยการลดอัตราเกิดให้ต่ำลง จนกว่าคิดว่าอัตราเพิ่มประชากรจะลดต่ำลงมาก จนเกินไป มาเป็นการตั้งเป้าหมายที่จะรักษาภาวะเจริญพันธุ์ให้คงไว้ไม่ให้ต่ำลงกว่าระดับทดแทนในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 ถึงฉบับที่ 10 แต่ในที่สุดภาวะเจริญพันธุ์ของประชากรไทยก็ได้ลดต่ำลงสุดที่จะรักษาให้คงไว้ที่ระดับทดแทน จนถึงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) แผนประชากรของประเทศไทยก็ต้องเปลี่ยนเป้าหมายไปตามสถานการณ์การลดลงของการเกิด

บทความนี้จึงเสนอว่า อาจจะดีกว่าหากกลับมาใช้อัตราเพิ่มประชากรเป็นเป้าหมายทางประชากรในระยะยาว เนื่องจากเป็นที่เข้าใจได้ง่ายกว่าการใช้อัตราเจริญพันธุ์รวม ซึ่งไม่รู้ว่าควรจะกำหนดอัตราเจริญพันธุ์รวมที่เท่าไรจึงจะเหมาะสม จากที่ได้กล่าวมาข้างต้นทำให้คิดต่อไปว่า แล้วต่อไปในอนาคตจะตั้งเป้าหมายทางประชากรอย่างไรดี เราจะต้องคงจำนวนเกิดไว้ที่เท่าไรในเมื่อจำนวนเกิดของประชากรไทยมีแนวโน้มลดลงไปอีก อาจเป็นเพราะประชากรรุ่นเกิดล้าน (เกิดในปี 2506-2526) ที่กำลังทยอยออกจากช่วงวัยเจริญพันธุ์สูงสุดไปแล้ว ดังนั้น บทความนี้จึงเสนอว่า ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ให้มีการนำอัตราเพิ่มประชากรกลับมาใช้ในการตั้งเป้าหมายทางประชากร โดยพยายามให้รักษาอัตราเพิ่มประชากรไม่ให้ต่ำกว่า 0 หรือติดลบ นั่นคือ การตั้งเป้าหมายให้อัตราเกิดสูงกว่าอัตราตายในระยะยาว แม้ว่าในอนาคตอัตราตายอาจจะมีแนวโน้มสูงขึ้นอันเนื่องมาจากการตายของประชากรสูงอายุก็ตาม เราอาจกำหนดไว้ว่า ในอีก 20 ปีข้างหน้า (ปี 2580) อัตราเกิดน่าจะอยู่ที่ไม่ต่ำกว่า 10 ต่อประชากร 1,000 คน หรือคิดเป็นจำนวนการเกิดประมาณ 650,000 คน ในขณะที่นั้นอัตราตายก็น่าจะอยู่ที่ประมาณ 9-10 ต่อประชากร 1,000 คน และอัตราเพิ่มประชากรของประเทศไทยก็จะยังไม่ติดลบ

อย่างไรก็ตาม จำนวนการเกิดดังกล่าวยังไม่ได้รวมการเกิดของเด็กที่เกิดจากแรงงานข้ามชาติที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ซึ่งพบว่ามีความสูงมากหากรวมจำนวนเด็กทั้งที่เข้าเมืองมาอย่างถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย กฎหมายไทยได้กำหนดไว้อย่างชัดเจนว่า เด็กทุกคนไม่ว่าจะเป็นเด็กไทยหรือไม่ก็ตามต่างมีสิทธิที่จะได้รับการจดทะเบียนเกิดและได้สูติบัตร และสิทธิต่างๆ เหมือนกับเด็กที่เกิดจากพ่อแม่ที่เป็นคนไทย แม้ว่าจำนวนเด็กที่เกิดจากแรงงานข้ามชาติในประเทศไทยจะยังไม่ชัดเจนมากนัก จากข้อมูลในเรื่องของเด็กต่างด้าวในการได้รับสูติบัตร พบว่า มีเด็กต่างด้าวที่เกิดจากพ่อแม่ลักลอบเข้าเมืองผิดกฎหมายและไม่มีสถานะทางทะเบียนได้รับสูติบัตรแล้วกว่า 44,000 ราย ขณะที่อีกกว่าร้อยละ 80 ยังไร้ตัวตน (สำนักข่าวไทย, 2558) หากนำจำนวนเด็กต่างด้าวที่เกิดในประเทศไทยมารวมกับเด็กที่มีพ่อแม่เป็นคนไทยแล้วก็ยิ่งทำให้จำนวนเกิดทั้งหมดในประเทศไทยมีมากขึ้น ซึ่งประเทศไทยก็อาจจะต้องต้อนรับเด็กข้ามชาติกลุ่มนี้ให้อยู่ในประเทศไทยต่อไป

ผลของการศึกษานี้คาดหวังว่าจะช่วยให้เรามองภาพการเปลี่ยนแปลงภาวะเจริญพันธุ์ของประชากรไทยในอนาคตได้ตามความเป็นจริง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการปรับนโยบายประชากรในด้านภาวะเจริญพันธุ์ต่อไป นับว่าเป็นสิ่งท้าทายที่จะพยายามให้จำนวนเกิดในประเทศไทยไม่ต่ำกว่า 650,000 รายต่อปี และเป็นสิ่งท้าทายที่จะทำให้การเกิดที่มีจำนวนลดน้อยลงนั้นมีคุณภาพทุกราย อย่างไรก็ตาม เราจะฝืนกระแสการลดลงของจำนวนเกิดไม่ได้ แต่สิ่งสำคัญที่จะต้องตระหนักคือ ปริมาณไม่สำคัญเท่าคุณภาพ ถึงแม้ว่าจำนวนเกิดในประเทศไทยจะน้อยลง แต่ถ้าการเกิดเหล่านั้นเป็นการเกิดอย่างมีคุณภาพและได้รับการพัฒนาให้เป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพต่อไป ปริมาณการเกิดที่ลดน้อยลงในอนาคตก็ไม่ใช่ปัญหาสำคัญของประเทศ

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (ม.ป.ป.). *ระบบสถิติทางการทะเบียน*. ค้นเมื่อ 22 มกราคม 2560, จาก <http://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statTDD/>
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *การประเมินผลนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2553-2557*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). *นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2569)*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ. (2554). *ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ.
- กองสถิติพยากรณ์ชีพ กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). *สถิติสาธารณสุข 2508*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. (ม.ป.ป.). *สถิติสาธารณสุข 2519*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กองสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2527). *สถิติสาธารณสุข 2527*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- บุญเลิศ เลี้ยวประไพ. (2557). *ประชากรไทย อดีต-ปัจจุบัน-อนาคต*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. [เอกสารทางวิชาการ หมายเลข 433].
- ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัทมา ว่าพัฒนางศ์. (2548). *สถานการณ์ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2548*. ใน กฤตยา อาชวนิจกุล และปราโมทย์ ประสาทกุล (บรรณาธิการ). *ประชากรและสังคม 2548: ประชากรของประเทศไทย ณ พ.ศ. 2548* (หน้า 14-31). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2557). *เกิดอย่างไรประเทศไทยจึงจะมั่นคง*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. [เอกสารทางวิชาการ หมายเลข 435].
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2559). *สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- _____. (2560). *สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักข่าวไทย. (2558). *เด็กต่างด้าวทุกคนมีสิทธิได้รับสูติบัตร ตอน 2*. ค้นเมื่อ 24 เมษายน 2560, จาก <http://ostatic.tnamcot.com/content/314257>
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ [สศช.]. (2513). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สาม พ.ศ. 2515-2519*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี.
- _____. (2520). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สี่ พ.ศ. 2520-2524*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี.
- _____. (2525). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ห้า พ.ศ. 2525-2529*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี.
- _____. (2530). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่หก พ.ศ. 2530-2534*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี.
- _____. (2535). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่เจ็ด พ.ศ. 2535-2539*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี.
- _____. (2540). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่แปด พ.ศ. 2540-2544*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี.

- _____ . (2545). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่เก้า พ.ศ. 2545-2549*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.
- _____ . (2550). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สิบ พ.ศ. 2550-2554*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.
- _____ . (2555). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สิบเอ็ด พ.ศ. 2555-2559*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.
- _____ . (2556). *การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (ม.ป.ป.). *รายงานสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2543*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- _____ . (ม.ป.ป.). *รายงานสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2553*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- _____ . (ม.ป.ป.). *สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2553*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- _____ . (ม.ป.ป.). *การสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2517-2518*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- _____ . (2533). *การสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2528-2529*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- _____ . (ม.ป.ป.). *การสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2538-2539*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- _____ . (2550). *การสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2548-2549*. กรุงเทพฯ: สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2529, 2534, 2539 และ 2549*. ค้นเมื่อ 6 มกราคม 2560, จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/สถิติสาธารณสุข

ภาษาอังกฤษ

Prasartkul, Pramote. (2013, April). *Population aging and health: a case study of Thailand*. Keynote lecture presented at the RGJ-PhD Congress XIV, Chonburi, Thailand. [IPSR Publication No. 416, 2013].



การวางแผนครอบครัวและอนามัยการเจริญพันธุ์ ของแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย

The State of Family Planning and Reproductive Health among Migrant Workers in Thailand

อภิชาติ จำรัสฤทธิ์รงค์* และกัญญา อภิพรชัยสกุล**

บทคัดย่อ

ในภาพรวมแล้ว ภาวะเจริญพันธุ์ของแรงงานข้ามชาติสูงกว่าของคนไทย ซึ่งมักเชื่อกันว่าสาเหตุหนึ่งอาจมาจากการไม่มีความรู้เกี่ยวกับวิธีคุมกำเนิด หรือไม่สามารเข้าถึงบริการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพิสูจน์ความเชื่อนี้ โดยวิเคราะห์สถานการณ์การวางแผนครอบครัว การรับบริการคุมกำเนิด อนามัยเจริญพันธุ์ การคลอดบุตร และสถานบริการสุขภาพ ของกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ทำงานในประเทศไทย การศึกษาใช้ข้อมูลจากการสำรวจแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย พ.ศ. 2557 ผลการศึกษาพบว่า อัตราการใช้วิธีคุมกำเนิดของแรงงานข้ามชาติทั้งที่สมรสหรือมีคู่ที่อยู่กินกันในปัจจุบันอยู่ในระดับสูงพอสมควร คือ ร้อยละ 63.1 แต่ลดต่ำลงเมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจใน พ.ศ. 2553 ที่มีอัตราการใช้การคุมกำเนิดอยู่ที่ 68.0 แรงงานข้ามชาติรู้จักวิธีคุมกำเนิดทั้งที่เป็นวิธีชั่วคราว กึ่งชั่วคราว และวิธีถาวร ส่วนใหญ่รู้จักยาเม็ดคุมกำเนิดมากที่สุด รองลงมาคือยาฉีดคุมกำเนิด ถุงยางอนามัย และการทำหมันหญิง แรงงานเคยใช้วิธีคุมกำเนิดสมัยใหม่วิธีใดวิธีหนึ่งในสัดส่วนที่สูงมาก ผู้ที่ไม่ใช้การคุมกำเนิดในปัจจุบันกว่าหนึ่งในสามให้เหตุผลว่าต้องการที่จะมีบุตรอีก จึงเป็นเหตุผลด้านอุปสงค์ ส่วนเหตุผลด้านอุปทานเกี่ยวกับอุปสรรคของการเข้าถึงการคุมกำเนิดมีน้อยมาก นอกจากนี้แรงงานข้ามชาติที่มีบุตรในประเทศไทยได้รับบริการการฝากครรภ์ การคลอด และการดูแลหลังคลอดในสัดส่วนที่สูง โดยรับบริการจากสถานบริการและบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งของรัฐและของเอกชนซึ่งมีมาตรฐานบริการสูงเป็นส่วนใหญ่ และเกือบทั้งหมดสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขให้กับบุตรได้ในกรณีเจ็บป่วย บุตรของแรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่จึงมีคุณภาพในระดับหนึ่ง นโยบายการใช้แรงงานข้ามชาติและการต้อนรับบุตรของแรงงานข้ามชาติในสถานการณ์การขาดแรงงานและการมีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำรุนแรงในประเทศไทยได้มีการอภิปรายไว้ในส่วนท้ายของการศึกษาครั้งนี้

คำสำคัญ: แรงงานข้ามชาติ การเจริญพันธุ์ การวางแผนครอบครัว วิธีคุมกำเนิด การฝากครรภ์ นโยบายประชากร

* ศาสตราจารย์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

** นักวิจัย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

Abstract

Fertility of foreign migrant workers in Thailand is generally higher than that of Thais. It is believed that this is due to the lack of knowledge of family planning or lack of access to effective contraceptive services. This study aimed to verify this belief by investigating the state of family planning, contraceptive prevalence, and use of reproductive health/delivery health services by migrant workers in Thailand. The data for this study come from the 2014 Survey of Migrant Workers in Thailand. This study found that the contraceptive prevalence rate among ever-married, non-Thai migrant workers who currently live with their spouse was 63.1 percent. This rate is lower than that in 2010 (68.0 percent), but is still rather high. The migrant workers knew about the range of modern contraceptives including temporary, semi-permanent and permanent methods. The most commonly known method is oral contraceptives, followed by the injectable, condoms, and female sterilization. Ever-use of contraception was also quite high. More than one-third of current non-users of contraception said they wanted to have a child. There was little evidence of obstacles to accessing family planning. A high proportion of migrant workers who had children born in Thailand had received pre-natal, delivery and post-natal care by trained medical and public health personnel. They received these services at either public or private outlets which have a high standard of care. Also, almost all migrant workers could access medical and public health services for their child(ren) when they were sick. The policy on the acceptance of foreign migrant workers, including their accompanying spouse and child(ren) in the context of labor shortages, and the severely low fertility conditions in Thailand are discussed.

Key Words: migrant workers, fertility, family planning, birth control, population policy

เหตุผลสำคัญของการศึกษา

ประเทศไทยยังคงเป็นประเทศปลายทางสำคัญในกลุ่มประเทศสมาชิกอาเซียนที่ดึงดูดแรงงานข้ามชาติ 3 สัญชาติ คือ เมียนมา กัมพูชา และลาว เข้ามาทำงาน จากการคาดประมาณขนาดประชากรแรงงานข้ามชาติประเทศไทย โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าปี 2558 จะมีแรงงานข้ามชาติ 3 สัญชาติ (เมียนมา กัมพูชา และลาว) จำนวนทั้งสิ้น 3,518,851 คน และหากรวมผู้ติดตามหรือผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปแต่ยังไม่ได้ทำงาน จะมีแรงงานข้ามชาติทั้ง 3 สัญชาติสูงถึง 4,551,049 คน (อภิชาติ และคณะ, 2558) จากการเดินทางเข้ามาทำงานในประเทศไทยของแรงงานข้ามชาติ นอกจากเป็นวัยแรงงานแล้วยังเป็นประชากรที่อยู่ในช่วงวัยเจริญพันธุ์อีกด้วย เราจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับสถานการณ์ด้านการวางแผนครอบครัวและการอนามัยการเจริญพันธุ์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเหล่านั้น

ประเทศไทยมีการดำเนินงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติมาตั้งแต่ปี 2547 แต่ยังคงพบว่าแรงงานข้ามชาติยังคงมีปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์อยู่ (กฤตยา, 2550) เช่น การไม่ฝากครรภ์ที่สถานพยาบาลเพราะมีค่าใช้จ่าย หรือต้องการคลอดบุตรเองที่บ้านเพราะสามารถสื่อสารกับหมอต้าแยกซึ่งเป็นคนชาติเดียวกันได้ เป็นต้น แรงงานข้ามชาตินับเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางในด้านการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขด้วยเหตุผลหลายประการ เช่น เหตุผลทางการเงิน การไม่มีบัตรประจำตัวบุคคล การไม่มีใบอนุญาตการทำงาน พูดภาษาไทยไม่ได้ เหตุผลเหล่านี้ล้วนเป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ (อภิชาติ และคณะ, 2557ก; อภิชาติ และคณะ, 2557ข) และทำให้เข้าไม่ถึงบริการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพอีกด้วย

โครงการฟามิตร หรือโครงการส่งเสริมการป้องกันเอดส์ในแรงงานข้ามชาติ (Prevention of HIV/AIDS Among Migrant Workers in Thailand: PHAMIT) เป็นโครงการดำเนินงานด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในแรงงานข้ามชาติ 3 สัญชาติ (เมียนมา กัมพูชา และลาว) ที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกด้านเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย (The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: GFATM) ให้ดำเนินงานด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ด้านการวางแผนครอบครัวและอนามัยการเจริญพันธุ์ในแรงงานข้ามชาติ ซึ่งดำเนินงานต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2547 มีพื้นที่ดำเนินงาน 34 จังหวัด กระจายตามพื้นที่ที่มีแรงงานข้ามชาติอยู่เป็นจำนวนมาก มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานของโครงการฟามิตรที่มีการเก็บรวบรวมข้อมูลค่อนข้างครอบคลุมหลายมิติ ทำให้มีข้อมูลมากเพียงพอที่จะนำมาวิเคราะห์สถานการณ์การวางแผนครอบครัวและอนามัยการเจริญพันธุ์ของแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย นอกจากนี้ ยังสามารถจำแนกศึกษาตามสัญชาติของแรงงานข้ามชาติเหล่านั้น ที่อาจมีความแตกต่างกันในการเข้าถึงบริการได้

วัตถุประสงค์ในการศึกษา

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การวางแผนครอบครัว การรับบริการการคุมกำเนิด และสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ อนามัยแม่และเด็ก ได้แก่ การดูแลครรภ์ การคลอดบุตร การดูแลหลังคลอด และการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพของเด็กที่เป็นบุตรของกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ทำงานในประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

1. ด้านการวางแผนครอบครัว มุ่งวิเคราะห์ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดสมัยใหม่ของแรงงานข้ามชาติที่มีอายุระหว่าง 15-49 ปี โดยวัดจากการใช้และเคยใช้วิธีการคุมกำเนิดหรือวิธีการวางแผนครอบครัวสมัยใหม่ และวิถีธรรมชาติของแรงงานข้ามชาติทั้งชายและหญิงที่เคยสมรสหรือมีคู่ และนำเสนอตัวเลขนอัตรการใช้วิธีการคุมกำเนิดหรือวิธีการวางแผนครอบครัวของแรงงานข้ามชาติ ทั้งชายและหญิงที่สมรสหรือมีคู่ ที่ฝ่ายหญิงมีอายุระหว่าง 15-49 ปี

2. ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ จะวิเคราะห์สถานการณ์อนามัยเจริญพันธุ์ของแรงงานข้ามชาติหญิงและอนามัยแม่และเด็ก โดยจะศึกษาข้อมูลของบุตรคนสุดท้ายที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปีของแรงงานข้ามชาติหญิงที่คลอดในประเทศไทย ทั้งนี้เพื่อพิจารณาในด้านการดูแลก่อนคลอด การคลอด และหลังคลอด และการเข้าถึงบริการสุขภาพของเด็ก

ระเบียบวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณที่ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากโครงการวิจัยประเมินผลโครงการส่งเสริมการป้องกันเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติประเทศไทย (โครงการฟ้ามิตร 2) พ.ศ. 2557 ซึ่งดำเนินการสำรวจใน 13 จังหวัด และโครงการวิจัยประเมินผลโครงการด้านเอดส์รอบ SSF กลุ่มแรงงานข้ามชาติและกลุ่มชาติพันธุ์ในประเทศไทย (โครงการเอดส์รอบ SSF) พ.ศ. 2557 ซึ่งดำเนินการสำรวจเพิ่มอีก 1 จังหวัด รวมทั้งสิ้น 14 จังหวัด

แบบสอบถามที่ใช้ในโครงการวิจัยดังกล่าวเป็นแบบมีโครงสร้าง ที่พัฒนาขึ้นและให้องค์กรภาคีเครือข่ายในโครงการฟ้ามิตร 2 ให้ความเห็น หลังจากนั้นนำไปทดสอบในพื้นที่จริง ก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูล มีการแปลแบบสอบถามเป็นภาษา 4 ภาษา คือ ไทย อังกฤษ พม่า และกัมพูชา ข้อคำถามประกอบด้วย คุณลักษณะทางประชากร ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ การวางแผนครอบครัว การฝากครรภ์ การคลอดบุตร การตรวจหลังคลอด และข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในการประเมินผลโครงการดังกล่าว ซึ่งแบบสอบถามได้ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เลขที่ COA. No.2014/1-1-15

สำหรับจำนวนและเกณฑ์ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่นำมาใช้วิเคราะห์ในบทความนี้ เลือกมาเฉพาะกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15-49 ปี และมีสถานภาพสมรสแต่งงานแล้ว หรือเคยแต่งงาน จำนวนทั้งสิ้น 2,346 ราย เป็นชายจำนวน 972 ราย หญิง 1,662 ราย เป็นแรงงานสัญชาติเมียนมา จำนวน 1,692 ราย สัญชาติกัมพูชา 696 ราย และสัญชาติลาว 246 ราย

ผลการศึกษา

ความรู้เกี่ยวกับวิธีคุมกำเนิด

ผลการวิเคราะห์ด้านความรู้วิธีคุมกำเนิดชนิดต่างๆ ของแรงงานข้ามชาติจากประเทศเมียนมา กัมพูชา และลาว ที่มีสถานภาพสมรสแล้ว พบว่า แรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่รู้จักยาเม็ดคุมกำเนิดเป็นอย่างดี โดยเฉพาะแรงงานหญิงจะรู้จักมากกว่าแรงงานชาย วิธีคุมกำเนิดที่รู้จักรองลงมาจากยาเม็ดคุมกำเนิด ได้แก่ ยาฉีดคุมกำเนิด ซึ่งฝ่ายหญิงรู้จักมากถึงร้อยละ 93.6 และถุงยางอนามัยซึ่งฝ่ายชายจะรู้จักมากที่สุดคือ ร้อยละ 94.3

การทำหมันหญิงก็เป็นที่รู้จักดีทั้งฝ่ายหญิงและฝ่ายชาย คือประมาณ 3 ใน 4 ของผู้สมรสทั้งหมด วิธีคุมกำเนิดที่รู้จักลดหลั่นลงมา ได้แก่ ห่วงอนามัย การทำหมันชาย และยาฝังคุมกำเนิด ซึ่งประมาณครึ่งหนึ่งหรือกว่าครึ่งหนึ่งเล็กน้อยที่ผู้สมรสทั้งชายและหญิงรู้จักวิธีคุมกำเนิดเหล่านี้ โดยฝ่ายหญิงจะรู้จักมากกว่าฝ่ายชายอีกเช่นกัน สำหรับวิธีคุมกำเนิดแบบธรรมชาติ คือ การนับระยะปลอดภัยและการหลั่งข้างนอกจะเป็นที่รู้จักในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในสัดส่วนค่อนข้างน้อย คือประมาณร้อยละ 30 ถึง 40 เท่านั้น โดยฝ่ายชายจะเป็นผู้มีความรู้เรื่องนี้มากกว่าฝ่ายหญิง (ดูตาราง 1)

ตาราง 1 ร้อยละของผู้มีความรู้เกี่ยวกับวิธีคุมกำเนิดชนิดต่างๆ ของแรงงานข้ามชาติจากประเทศเมียนมา กัมพูชา และ สปป. ลาว ที่มีสถานภาพสมรสและเคยสมรสทั้งหมด จำแนกตามเพศ (ชายคือผู้เป็นสามีที่มีภรรยาอายุ 15-49 ปี และหญิงคือผู้เป็นภรรยาอายุ 15-49 ปี) ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย พ.ศ. 2558

วิธีคุมกำเนิดที่รู้จัก	เมียนมา		กัมพูชา		สปป.ลาว		รวม	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
ยาเม็ดคุมกำเนิด (N)	96.9 (676)	99.1 (1,016)	92.9 (241)	97.8 (445)	94.5 (55)	100.0 (191)	95.8 (972)	98.9 (1,662)
ห่วงอนามัย (N)	45.6 (676)	48.5 (1,016)	67.6 (241)	71.2 (445)	38.2 (55)	58.1 (191)	50.6 (972)	55.8 (1,662)
ยาฉีดคุมกำเนิด (N)	90.8 (676)	97.8 (1,016)	78.8 (241)	82.9 (445)	65.5 (55)	96.9 (191)	86.4 (972)	93.6 (1,662)
หมันหญิง (N)	84.2 (676)	89.7 (1,016)	44.0 (241)	39.1 (445)	52.7 (55)	87.4 (191)	72.4 (972)	75.6 (1,662)
หมันชาย (N)	60.7 (676)	63.7 (1,016)	36.9 (241)	32.5 (445)	47.3 (55)	82.7 (191)	54.0 (972)	57.3 (1,662)
ยาฝังคุมกำเนิด (N)	51.6 (676)	60.3 (1,016)	43.2 (241)	53.8 (445)	23.6 (55)	51.3 (191)	47.9 (972)	57.5 (1,662)
ถุงยางอนามัย (N)	94.4 (676)	90.8 (1,016)	95.0 (241)	88.8 (445)	90.9 (55)	96.3 (191)	94.3 (972)	90.9 (1,662)
การนับระยะปลอดภัย (N)	42.8 (676)	36.0 (1,016)	23.2 (241)	29.5 (445)	18.2 (55)	35.1 (191)	36.5 (972)	34.1 (1,662)
การหลั่งข้างนอก (N)	45.9 (676)	28.1 (1,016)	34.4 (241)	25.9 (445)	25.5 (55)	28.8 (191)	41.9 (972)	27.6 (1,662)

สำหรับความแตกต่างด้านความรู้วิธีคุมกำเนิดในแรงงานข้ามชาติจากประเทศทั้งสามประเทศ พบว่าวิธีคุมกำเนิดที่รู้จักกันแพร่หลายมากที่สุด คือ ยาเม็ดคุมกำเนิด และถุงยางอนามัยนั้น โดยทั่วไปแล้วไม่มีความแตกต่างกันในกลุ่มแรงงานข้ามชาติจากทั้งสามประเทศ แต่สำหรับการทำหมันหญิง การทำหมันชาย และยาฉีดคุมกำเนิด แรงงานข้ามชาติจากประเทศกัมพูชาและแรงงานข้ามชาติชายจากประเทศลาวจะมีความรู้เรื่องทั้งสามนี้น้อยกว่าแรงงานจากประเทศอื่น สำหรับห่วงอนามัยแรงงานจากกัมพูชาก็มีความรู้เรื่องนี้มากกว่าประเทศอื่นๆ และในทำนองเดียวกัน สำหรับยาฝังคุมกำเนิด แรงงานจากเมียนมาจะมีความรู้วิธีนี้มากที่สุด

นอกจากวิธีคุมกำเนิดสมัยใหม่แล้ว ความรู้เกี่ยวกับวิธีคุมกำเนิดแบบธรรมชาติก็มีความแตกต่างกันเล็กน้อยกว่ากันบ้างในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่มาจากทั้งสามประเทศ แรงงานชายจากประเทศเมียนมารู้จักวิธีหลังข้างนอก และวิธีนี้บระยะปลอดภัย ซึ่งเป็นการคุมกำเนิดแบบธรรมชาติมากที่สุด คือ มากกว่าร้อยละ 40 แรงงานชายจากประเทศ สปป. ลาว มีความรู้เรื่องเหล่านี้น้อยที่สุด คือ เพียงร้อยละ 25.5 หรือ 18.2 ตามลำดับเท่านั้น แรงงานหญิงจะรู้จักวิธีนี้บระยะปลอดภัยมากกว่าวิธีหลังข้างนอก ในทางตรงข้าม แรงงานชายจะรู้จักการหลังข้างนอกมากกว่าการนี้บระยะปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับธรรมชาติของเพศชายและเพศหญิงที่เป็นผู้ปฏิบัติวิธีนี้ๆ ด้วยตนเอง

การใช้การคุมกำเนิด

ตาราง 2 แสดงให้เห็นอัตราการคุมกำเนิดทั้งในปัจจุบัน (กำลังใช้ในปัจจุบัน) และในอดีต (การเคยใช้) พบว่า อัตราการคุมกำเนิด (Contraceptive Prevalence Rate) ในปัจจุบันของแรงงานข้ามชาติอยู่ในระดับสูงพอสมควร คือ 63.1 แม้ว่าจะเทียบกับปี 2553 ซึ่งได้แก่ร้อยละ 68 (Chamratrithirong, 2012) ก็ยังพิจารณาได้ว่าสูงพอสมควร ถ้าเทียบกับอัตราของคนไทยที่อยู่ประมาณร้อยละ 79.2 (Romanow, 2012) แม้ว่าจะต่ำกว่าอัตราของคนไทยอย่างเห็นได้ชัด แต่ก็ถือว่ามีการเข้าถึงแหล่งบริการคุมกำเนิดได้ตามต้องการพอสมควร การเร่งบริการการวางแผนครอบครัวในสังคมที่มีการเกิดต่ำยังเป็นที่ยกเถียงกันว่าควรทำหรือไม่ (Jones & Leete, 2002) ระดับอัตราคุมกำเนิดที่ 63.1 จึงไม่จำเป็นต้องรณรงค์เพิ่มเติมจนรวดเร็วเกินไป ควรศึกษาสาเหตุของการไม่ใช้การคุมกำเนิดก่อนว่าเป็นผลมาจากด้านอุปสงค์หรืออุปทานของการวางแผนครอบครัว

ตาราง 2 ร้อยละของผู้ที่กำลังใช้และเคยใช้วิธีคุมกำเนิดชนิดต่างๆ ของแรงงานข้ามชาติจากประเทศเมียนมา กัมพูชา และ สปป. ลาว ที่มีสถานภาพสมรสในปัจจุบัน (กรณีการใช้) และที่มีสถานภาพสมรสและเคยสมรสทั้งหมด (กรณีการเคยใช้) โดยรวมทั้งผู้ที่เป็นภรรยาอายุ 15-49 ปี และผู้ที่เป็นสามีที่มีภรรยาอายุ 15-49 ปี ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย พ.ศ. 2558

วิธีคุมกำเนิดที่ใช้	เมียนมา		กัมพูชา		สปป.ลาว		รวม	
	กำลัง ใช้อยู่ใน ปัจจุบัน	เคยใช้	กำลัง ใช้อยู่ใน ปัจจุบัน	เคยใช้	กำลัง ใช้อยู่ใน ปัจจุบัน	เคยใช้	กำลัง ใช้อยู่ใน ปัจจุบัน	เคยใช้
ทั้งวิธีสมัยใหม่ ¹ และวิธี ธรรมชาติ ² วิธีใดวิธีหนึ่ง (N)	66.5 (1,692)	88.7 (1,692)	59.5 (696)	75.1 (696)	73.2 (246)	94.7 (246)	65.3 (2,634)	85.6 (2,634)
วิธีสมัยใหม่ ¹ วิธีใดวิธีหนึ่ง (N)	64.5 (1,692)	87.6 (1,692)	57.5 (696)	69.9 (696)	93.5 (246)	94.7 (246)	63.1 (2,634)	84.3 (2,634)
วิธีสมัยใหม่ ยาเม็ดคุมกำเนิด (N)	42.2 (1632)	68.8 (1662)	40.3 (613)	54.0 (669)	46.1 (243)	85.6 (243)	42.1 (2488)	66.5 (2574)

วิธีคุมกำเนิดที่ใช้	เมียนมา		กัมพูชา		สปป.ลาว		รวม	
	กำลัง ใช้อยู่ใน ปัจจุบัน	เคยใช้	กำลัง ใช้อยู่ใน ปัจจุบัน	เคยใช้	กำลัง ใช้อยู่ใน ปัจจุบัน	เคยใช้	กำลัง ใช้อยู่ใน ปัจจุบัน	เคยใช้
ห่วงอนามัย (N)	0.8 (730)	2.4 (801)	6.6 (396)	7.4 (487)	0.0 (132)	7.4 (132)	2.5 (1258)	7.4 (1420)
ยาฉีดคุมกำเนิด (N)	20.9 (1533)	43.3 (1608)	14.7 (476)	26.5 (567)	14.5 (221)	51.6 (221)	18.9 (2230)	40.1 (2396)
หมันหญิง (N)	4.3 (1387)	5.3 (1480)	7.4 (203)	5.3 (284)	10.2 (196)	11.2 (196)	5.3 (1786)	5.9 (1960)
หมันชาย (N)	0.1 (973)	0.1 (1058)	0.6 (160)	0.4 (237)	0.0 (184)	1.1 (184)	0.2 (1317)	0.3 (1479)
ยาฝังคุมกำเนิด (N)	2.2 (878)	3.4 (962)	5.1 (275)	5.2 (349)	0.9 (111)	7.2 (111)	2.7 (1422)	4.1 (1422)
ถุงยางอนามัย (N)	6.1 (1470)	16.1 (1561)	6.9 (547)	23.2 (633)	8.5 (234)	32.1 (234)	6.5 (2251)	19.5 (2428)
วิถีธรรมชาติ								
การนับระยะปลอดภัย (N)	2.5 (593)	6.1 (655)	5.8 (137)	9.5 (190)	3.9 (77)	10.4 (77)	3.2 (807)	7.2 (922)
การหลั่งข้างนอก (N)	7.8 (536)	13.1 (596)	8.9 (135)	15.4 (201)	13.0 (69)	29.0 (69)	8.5 (740)	14.9 (866)

1 วิธีสมัยใหม่ ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด ห่วงอนามัย ยาฉีดคุมกำเนิด หมันหญิง หมันชาย ยาฝังคุมกำเนิด และถุงยางอนามัย

2 วิถีธรรมชาติ ได้แก่ การนับระยะปลอดภัย และการหลั่งข้างนอก

การลดลงของอัตราคุมกำเนิดปัจจุบันของแรงงานข้ามชาติในช่วง 2553-2557 นี้ อาจเป็นเพราะมีแรงงานเพิ่มขึ้น และการเข้าถึงการคุมกำเนิดในกลุ่มผู้ย้ายเข้ามาใหม่อาจยังไม่ดีเท่าเดิม เหตุผลสำคัญอีกประการหนึ่งคือ อาจเป็นเพราะแรงงานมีความเป็นอยู่ดีขึ้น และต้องการมีบุตรมากกว่าเมื่อเข้ามาใหม่ๆ ก็เป็นได้ สำหรับอัตราการเคยใช้ก็อยู่ในระดับสูงเช่นกัน คือ 84.3 ซึ่งหมายรวมเฉพาะการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ 7 วิธี อันได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด ห่วงอนามัย ยาฉีดคุมกำเนิด หมันหญิง หมันชาย ยาฝังคุมกำเนิด และถุงยางอนามัย และถ้าวรวมเอาวิถีธรรมชาติด้วยก็พบว่าอัตราการคุมกำเนิด (CPR) ของแรงงานข้ามชาติจะสูงเท่ากับ 65.3 และอัตราการเคยใช้คือ 85.6 เมื่อพิจารณาเป็นรายประเทศจะเห็นได้ว่า อัตราคุมกำเนิดสูงสุด คือ ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ สปป. ลาว ซึ่งได้แก่ 69.9 (อัตราคุมกำเนิดปัจจุบัน) และ 93.5 (อัตราการเคยใช้การคุมกำเนิด) ถ้านับวิถีธรรมชาติด้วย อัตราสูงถึง 73.2 และ 94.7 ตามลำดับ อัตราสูงเช่นนี้สูงใกล้เคียงกับอัตราของคนไทยเลยทีเดียว

ตาราง 2 ยังได้แสดงถึงร้อยละของการใช้ในปัจจุบันและการเคยใช้ในอดีตของวิธีคุมกำเนิดชนิดต่างๆ ด้วยการศึกษาค้นคว้าพบว่า แรงงานข้ามชาติใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดมากที่สุด ที่กำลังใช้ในปัจจุบันมีมากถึงร้อยละ 42.1 และที่เคยใช้มาก่อนก็สูงถึงร้อยละ 66.5 วิธีคุมกำเนิดที่เป็นที่นิยมเป็นอันดับสอง ได้แก่ ยาฉีดคุมกำเนิด แรงงานข้ามชาติเคยใช้วิธีนี้มากถึงร้อยละ 40.1 และปัจจุบันกำลังใช้วิธีนี้อยู่ร้อยละ 18.9 เกือบร้อยละ 20 ของแรงงานข้ามชาติเคยใช้ถุงยางอนามัย และปัจจุบันร้อยละ 6.5 ก็ใช้ถุงยางอนามัยอยู่ สำหรับวิธีคุมกำเนิดสมัยใหม่วิธีอื่นๆ ไม่ได้เป็นที่นิยมนัก แรงงานข้ามชาติใช้และเคยใช้ห่วงอนามัย ทำหมันหญิง ทำหมันชาย และใช้ยาฝังคุมกำเนิด เป็นสัดส่วนน้อยมาก คือ ระหว่างร้อยละ 2.5 ถึง 7.4 เท่านั้น สำหรับวิธีคุมกำเนิดแบบธรรมชาติ แรงงานข้ามชาติกำลังใช้และเคยใช้วิธีเหล่านี้้อย่างน้อยเพียงร้อยละ 3.32 และ 7.2 ตามลำดับที่ใช้วิธีนี้ในระยะปลอดภัย ส่วนวิธีหลังข้างนอกก็ใช้กันน้อย ที่กำลังใช้มีอยู่ร้อยละ 8.5 และที่เคยใช้วิธีนี้มีมากกว่าเล็กน้อย คือ เกือบร้อยละ 15

แหล่งบริการคุมกำเนิด

ข้อมูลในตาราง 3 ซึ่งแสดงร้อยละของผู้รับบริการจากแหล่งบริการคุมกำเนิดต่างๆ ที่กลุ่มแรงงานข้ามชาติจากประเทศเมียนมา กัมพูชา และ สปป. ลาวเข้ารับบริการ ซึ่งให้เห็นว่า แรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่ซื้ออุปกรณ์คุมกำเนิดจากร้านขายยา คือ ร้อยละ 42.7 เกือบครึ่งหนึ่งของแรงงานข้ามชาติจากเมียนมาและ สปป. ลาว ซื้ออุปกรณ์คุมกำเนิดจากร้านขายยาเป็นส่วนใหญ่ เข้ารับบริการจากแหล่งบริการของรัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลของรัฐ เป็นจำนวนน้อยคือไม่ถึงหนึ่งในสี่เท่านั้น ในทางกลับกัน แรงงานจากกัมพูชาจะใช้บริการจากโรงพยาบาลของรัฐและสถานอนามัยเป็นจำนวนมาก คือ ร้อยละ 43.7 และ 44.9 ตามลำดับ แต่จะซื้อจากร้านขายยาเพียงประมาณหนึ่งในสี่เท่านั้น นอกจากโรงพยาบาลของรัฐ สถานอนามัย และร้านขายยาแล้ว แหล่งบริการที่ได้รับความนิยมรองๆ ลงมาได้แก่ ร้านสะดวกซื้อ (ประมาณร้อยละ 14) ซึ่งได้รับความนิยมในลักษณะเดียวกันกับร้านขายยา คือ เป็นที่นิยมในกลุ่มแรงงานเมียนมาและแรงงานลาว

ส่วนแรงงานกัมพูชาซื้อจากร้านสะดวกซื้อน้อยมาก สำหรับคลินิกเอกชนพบว่า แรงงานทั้งสามชาติใช้บริการพอๆ กัน คือประมาณร้อยละ 12-13 แหล่งบริการของ NGO และศูนย์ drop-in คลอบคลุมแรงงานกว่าร้อยละ 5 ศูนย์ drop-in ให้บริการกับแรงงานเมียนมาและกัมพูชา ส่วนแหล่งบริการ NGO อื่นๆ ให้บริการทั้ง 3 สัญชาติ โดยสรุป แรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่สามารถช่วยตัวเองได้จากการรับบริการจากแหล่งเอกชน แรงงานข้ามชาติจากกัมพูชายังต้องอาศัยแหล่งบริการของรัฐมากกว่าชาติอื่น ส่วน NGO และศูนย์ drop-in มีเป้าหมายแรงงานที่มีความเปราะบางกว่า และให้บริการกับแรงงานข้ามชาติที่เข้าถึงยาก ซึ่งอาจจะไม่ใช่แรงงานข้ามชาติที่เป็นส่วนใหญ่ แต่มีความต้องการบริการเหล่านั้นมากกว่า

ตาราง 3 ร้อยละของผู้รับบริการจากแหล่งบริการคุมกำเนิดต่างๆ ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติจากประเทศเมียนมา กัมพูชา และ สปป. ลาว ที่มีสถานภาพสมรสในปัจจุบันและกำลังใช้วิธีคุมกำเนิดสมัยใหม่อยู่ในปัจจุบัน โดยรวมทั้งผู้ที่เป็นภรรยาอายุ 15-49 ปี และผู้ที่เป็นสามีที่มีภรรยาอายุ 15-49 ปี ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ใน พ.ศ. 2558

สถานบริการคุมกำเนิด	เมียนมา	กัมพูชา	สปป.ลาว	รวม
รพ./สถานบริการของรัฐ (N)	17.5 (1,124)	43.7 (414)	23.3 (180)	24.4 (1,718)
รพ./สถานบริการของเอกชน (N)	3.6 (1,124)	11.8 (414)	1.1 (180)	5.3 (1,718)
คลินิกส่วนตัว (N)	12.7 (1,124)	11.6 (414)	13.3 (180)	12.5 (1,718)
สถานีอนามัย (N)	16.2 (1,124)	44.9 (414)	20.0 (180)	23.5 (1,718)
ร้านขายยา (N)	48.6 (1,124)	24.6 (414)	47.2 (180)	42.7 (1,718)
ร้านขายของ/ร้านสะดวกซื้อ (N)	17.6 (1,124)	3.9 (414)	15.6 (180)	14.1 (1,718)
หมอพื้นบ้าน (N)	0.7 (1,124)	0.5 (414)	0.6 (180)	0.6 (1,718)
ศูนย์ Drop-in (N)	2.2 (1,124)	2.2 (414)	0.0 (180)	2.0 (1,718)
สถานบริการ (N)	2.0 (1,124)	0.5 (414)	0.0 (180)	1.4 (1,718)
NGO (N)	3.7 (1,124)	3.4 (414)	3.3 (180)	3.6 (1,718)

ตาราง 4 แสดงให้เห็นว่า แหล่งบริการที่แรงงานข้ามชาติใช้นั้นสามารถสะท้อนให้เห็นถึงวิธีคุมกำเนิดชนิดต่างๆ กันนั่นเอง ถ้าเป็นยาคุมกำเนิดส่วนใหญ่ซื้อจากร้านขายยา (ร้อยละ 60.4) หรือจากร้านสะดวกซื้อ ส่วนโรงพยาบาลและสถานบริการของรัฐให้บริการด้านการทำหมัน (ร้อยละ 85.3-100.0) การใส่ห่วงอนามัย (ร้อยละ 65.6) และยาฝังคุมกำเนิด (ร้อยละ 64.7) สถานีอนามัยจะให้บริการส่วนใหญ่ คือ ยาฉีดคุมกำเนิดและการใส่ห่วงอนามัย สำหรับถุงยางอนามัยแม้ว่าส่วนใหญ่เกือบครึ่งหนึ่งจะซื้อจากร้านขายยา สถานบริการของรัฐ เช่น โรงพยาบาล และสถานีอนามัยก็ให้บริการด้านถุงยางอนามัยด้วย คือร้อยละ 18.4 และ 23.8 ตามลำดับ บทบาทของ NGO และศูนย์ drop-in ครอบคลุมการให้บริการถุงยางอนามัยมากถึงร้อยละ 20.4 และ 11.6 ตามลำดับ เห็นได้ว่าบทบาทของ NGO ด้านถุงยางอนามัย มีมากเท่ากับหน่วยงานของรัฐ (โรงพยาบาลและสถานบริการของรัฐ) และสถานีอนามัยซึ่งให้บริการกับแรงงานร้อยละ 18.4 และ 28.8 ตามลำดับเลยทีเดียว

ตาราง 4 ร้อยละของผู้รับบริการจากสถานบริการคุมกำเนิดต่างๆ ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติจากประเทศเมียนมา กัมพูชา และ สปป. ลาว ที่มีสถานภาพสมรสในปัจจุบัน และกำลังใช้วิธีคุมกำเนิดสมัยใหม่อยู่ในปัจจุบัน โดยรวมทั้งผู้ที่เป็นภรรยา อายุ 15-49 ปี และผู้ที่เป็นสามีที่มีภรรยาอายุ 15-49 ปี ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ใน พ.ศ. 2558 จำแนกตามวิธีคุมกำเนิดสมัยใหม่ทั้ง 7 วิธีที่กำลังใช้อยู่

สถานบริการ คุมกำเนิด	วิธีคุมกำเนิดสมัยใหม่ที่กำลังใช้อยู่						
	ยาเม็ด คุมกำเนิด	ห่วงอนามัย	ยาฉีด คุมกำเนิด	หมั้นหญิง	หมั้นชาย	ยาฝัง คุมกำเนิด	ถุงยาง อนามัย
รพ./สถานบริการของรัฐ (N)	16.7 (1,047)	65.6 (32)	26.5 (422)	85.3 (95)	100.0 (2)	64.7 (34)	18.4 (147)
รพ./สถานบริการของเอกชน (N)	4.0 (1,047)	3.1 (32)	9.0 (422)	3.2 (95)	0.0 (2)	0.0 (34)	6.1 (147)
คลินิกส่วนตัว (N)	8.6 (1,047)	6.3 (32)	9.0 (422)	3.2 (95)	0.0 (2)	14.7 (34)	10.9 (147)
สถานีอนามัย (N)	20.2 (1,047)	34.4 (32)	35.2 (422)	9.5 (95)	0.0 (2)	23.5 (34)	23.8 (147)
ร้านขายยา (N)	60.4 (1,047)	3.1 (32)	17.8 (422)	0.0 (95)	0.0 (2)	0.0 (34)	49.7 (147)
ร้านขายของ/ร้านสะดวกซื้อ (N)	22.0 (1,047)	3.1 (32)	0.0 (422)	0.0 (95)	0.0 (2)	0.0 (34)	13.6 (147)
หมอพื้นบ้าน (N)	0.7 (1,047)	0.0 (32)	0.0 (422)	0.0 (95)	0.0 (2)	0.0 (34)	2.0 (147)
ศูนย์ Drop-in (N)	1.1 (1,047)	3.1 (32)	1.0 (422)	0.0 (95)	0.0 (2)	0.0 (34)	11.6 (147)
สถานบริการ (N)	0.8 (1,047)	0.0 (32)	0.0 (422)	0.0 (95)	0.0 (2)	0.0 (34)	6.2 (147)
NGO (N)	2.9 (1,047)	3.1 (32)	2.1 (422)	0.0 (95)	0.0 (2)	0.0 (34)	20.4 (147)

สาเหตุของการไม่คุมกำเนิด

จากการศึกษาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ส่วนใหญ่แรงงานข้ามชาติใช้การคุมกำเนิดแบบสมัยใหม่พอสมควร ลดลงจากปี 2553 (จากร้อยละ 68 ลงมาเป็นร้อยละ 63) ซึ่งก็ยังไม่ต่ำแต่อย่างใด และการศึกษาข้างต้นพบว่า แรงงานเข้าถึงการคุมกำเนิดได้หลายวิธี ทั้งวิธีถาวร กึ่งถาวร และวิธีชั่วคราว และจากแหล่งต่างๆ ได้อย่างเกื้อกูลกัน ไม่ว่าจะเป็นแหล่งของภาครัฐ เอกชน หรือ NGO จึงเป็นที่น่าสนใจว่าในกลุ่มผู้ไม่ใช้การคุมกำเนิดนั้น ถ้าไม่ใช่เป็นเพราะสาเหตุของการเข้าไม่ถึงแหล่งบริการแล้ว น่าจะเป็นเหตุผลอะไรบ้าง

ตาราง 5 ได้แสดงร้อยละของการให้เหตุผลที่ไม่คุมกำเนิดประการต่างๆ ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติจากประเทศเมียนมา กัมพูชา และ สปป. ลาว ผลปรากฏว่า สาเหตุของการไม่คุมกำเนิดส่วนใหญ่กว่าหนึ่ง

ในสามหรือร้อยละ 36.6 คือ ต้องการมีบุตร ซึ่งเป็นสาเหตุด้านอุปสงค์ของการวางแผนครอบครัว ไม่ใช่สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการยังใช้ (unmet need) เหตุผลอื่นๆ ได้แก่ ร้อยละ 12.5 คือการไม่มีเพศสัมพันธ์กับสามี เพราะไม่อยู่หรือถือศีล (ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแรงงานเมียนมา) เลิกกับแฟนหรือแฟนไม่อยู่มีอยู่ร้อยละ 6 เหตุผลสำคัญอีกคือกำลังตั้งครุฑ หรือเพิ่งคลอด หรือเพิ่งแท้ง ซึ่งมีอยู่ร้อยละ 11.0 และส่วนใหญ่คือร้อยละ 22.4 ของแรงงานจาก สปป. ลาว เหตุผลที่เกี่ยวกับการเข้าไม่ถึงบริการคุมกำเนิดหรือที่เรียกว่าด้านอุปทานของการวางแผนครอบครัวนั้นมีน้อยมาก เช่น การกลัวอาการข้างเคียง มีเพียงร้อยละ 4.0

ส่วนเหตุผลที่ไม่สะดวกมีเพียงร้อยละ 2.3 หรือการไม่ชอบเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการก็แทบจะไม่มีเลย คือมีเพียงร้อยละ 0.4 ในกลุ่มแรงงานของเมียนมาเท่านั้น หรือการไม่มีเงินพอที่จะจ่ายก็มีเพียงร้อยละ 0.2 เท่านั้น ในกลุ่มแรงงานเมียนมา สำหรับแรงงานกัมพูชาและลาวไม่มีการเข้าไม่ถึงบริการด้วยสาเหตุเช่นนี้เลย กล่าวได้ว่าการใช้การวางแผนครอบครัว (unmet need) คือสภาวะที่มีความจำเป็นหรือควรจะได้ใช้การคุมกำเนิดแล้วแต่กลับไม่ได้ใช้เพราะเข้าไม่ถึงนั้นมีน้อยมาก เหตุผลหลักของการไม่ใช้การคุมกำเนิดดังกล่าวข้างต้นคือการต้องการมีบุตรนั่นเอง

ตาราง 5 ร้อยละของการให้เหตุผลที่ไม่คุมกำเนิดประการต่างๆ ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติจากประเทศเมียนมา กัมพูชา และสปป. ลาว ที่มีสถานภาพสมรสในปัจจุบัน และใช้วิธีคุมกำเนิดสมัยใหม่อยู่ในปัจจุบัน โดยรวมทั้งผู้ที่เป็นการรยาอายุ 15-49 ปี และผู้ที่เป็นสามีที่มีภรรยาอายุ 15-49 ปี ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ใน พ.ศ. 2558

เหตุผลที่ไม่คุมกำเนิด	เมียนมา	กัมพูชา	สปป. ลาว	รวม
กำลังท้องเพิ่งคลอดเพิ่งแท้ง	9.8	10.7	22.4	11.0
ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์	1.6	2.2	2.0	1.8
สามีหรือภรรยาเป็นหมัน หรือไม่มีลูกโดยธรรมชาติ	0.2	1.9	2.0	0.9
ผ่าตัดมดลูกทิ้ง	3.6	0.0	4.1	2.3
ประจำเดือนหมดแล้ว หรือคิดว่าอายุมากแล้ว	5.8	7.8	14.3	7.0
กลัวอันตรายต่อสุขภาพ/กลัวแพ้/อาการข้างเคียง	4.9	2.2	6.1	4.0
สามีไม่ให้ใช้	7.4	1.9	0.0	5.0
เพื่อนหรือญาติแนะนำไม่ให้ใช้	1.1	0.0	0.0	0.7
ไม่มีเพศสัมพันธ์ (เช่น สามีไม่อยู่ ถือศีล)	18.3	3.7	8.2	12.5
ต้องการมีบุตร	29.9	50.0	24.5	36.6
ไม่สะดวกจะจัดหา	2.9	1.9	0.0	2.3
ไม่ชอบเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ	0.4	0.0	0.0	0.3
ไม่มีเงินพอที่จะจ่าย	0.2	0.0	0.0	0.1
ขัดกับหลักศาสนา (หรือความเชื่อถือ)	2.5	0.0	0.0	1.4
เลิกกับแฟน	7.1	3.7	8.2	6.0
แฟนไม่อยู่ทำงานที่อื่น	4.2	8.5	6.1	5.9
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	448	270	49	767

อนามัยแม่และเด็ก: การฝากครรภ์ การคลอด และการดูแลหลังคลอด

เมื่อแรงงานข้ามชาติส่วนหนึ่งต้องการมีบุตร จึงเป็นที่น่าสนใจว่าอนามัยเจริญพันธุ์และอนามัยแม่และเด็กของแรงงานข้ามชาติมีปัญหาอย่างไรหรือไม่ ตาราง 6 แสดงให้เห็นถึงร้อยละของการฝากครรภ์ของมารดา กลุ่มแรงงานข้ามชาติจากประเทศเมียนมา กัมพูชา และ สปป. ลาว ที่มีบุตรคนสุดท้ายอายุ 0-4 ปี ที่คลอดในประเทศไทย ผลปรากฏว่าแรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 93.7 ได้ฝากครรภ์กับสถานที่ฝากครรภ์ ซึ่งเกือบทั้งหมดมีมาตรฐานทางการแพทย์และสาธารณสุขสูง กลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิงที่มีอัตราการฝากครรภ์สูงที่สุด คือ ในกลุ่มแรงงานชาวเมียนมา (ร้อยละ 95.4) สำหรับแรงงานกัมพูชา และ สปป. ลาวที่ไม่ได้ฝากครรภ์มีมากพอสมควร คือ เกือบร้อยละ 10

ตาราง 6 ร้อยละของการฝากครรภ์ สถานที่ฝากครรภ์ และเหตุผลที่ไม่ฝากครรภ์ ของมารดากลุ่มแรงงานข้ามชาติจากประเทศเมียนมา กัมพูชา และ สปป. ลาว ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย พ.ศ. 2558 และที่มีบุตรคนสุดท้ายอายุ 0-4 ปี เฉพาะที่คลอดในประเทศไทย

การฝากครรภ์ สถานที่ฝากครรภ์ และเหตุผลที่ไม่ฝากครรภ์	เมียนมา	กัมพูชา	สปป. ลาว	รวม
การฝากครรภ์				
ฝาก	95.4	90.4	90.7	93.7
ไม่ฝาก	4.3	9.6	9.3	6.1
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(324)	(114)	(54)	(492)
สถานที่ฝากครรภ์				
โรงพยาบาลรัฐ	68.4	70.9	71.4	69.3
(N)	(309)	(103)	(49)	(461)
โรงพยาบาลเอกชน	4.2	1.9	0.0	3.2
(N)	(309)	(103)	(49)	(461)
คลินิกรัฐ	3.2	0.0	0.0	2.2
(N)	(309)	(103)	(49)	(461)
สถานอนามัย	9.7	30.1	30.6	16.5
(N)	(309)	(103)	(49)	(461)
คลินิกเอกชน	9.4	0.0	0.0	6.3
(N)	(309)	(103)	(49)	(461)
คลินิก NGO	5.8	0.0	0.0	3.9
(N)	(309)	(103)	(49)	(461)
หมอพื้นบ้าน	0.6	0.0	0.0	0.4
(N)	(309)	(103)	(49)	(461)

การฝากครรภ์ สถานที่ฝากครรภ์ และเหตุผลที่ไม่ฝากครรภ์	เมียนมา	กัมพูชา	สปป. ลาว	รวม
เหตุผลที่ไม่ฝากครรภ์				
สถานบริการอยู่ไกล (N)	7.7 (13)	18.2 (11)	0.0 (5)	10.3 (29)
ไม่มีบัตร/ไม่ได้จดทะเบียน (N)	30.8 (13)	9.1 (11)	20.0 (5)	20.7 (29)
ไม่มีค่าเดินทาง/ไม่มีเงิน (N)	15.4 (13)	45.5 (11)	40.0 (5)	31.0 (29)
ไม่รู้จักสถานบริการฝากครรภ์ (N)	7.7 (13)	0.0 (11)	0.0 (5)	3.4 (29)
คิดว่าไม่จำเป็น (N)	46.2 (13)	9.1 (11)	40.0 (5)	31.0 (29)

พบว่าแรงงานที่ตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ฝากที่โรงพยาบาลของรัฐ (ร้อยละ 69.3) รองลงมาคือสถานีนอนามัย (ร้อยละ 16.5) และคลินิกรัฐ (ร้อยละ 2.2) ภาคเอกชนรองรับการฝากครรภ์ในอัตราที่ลดหลั่นลงมา คือ คลินิกเอกชน (ร้อยละ 6.3) คลินิก NGO (ร้อยละ 3.9) พบว่ายังมีการฝากครรภ์ที่ไม่ได้มาตรฐานคือ การฝากครรภ์กับหมอพื้นบ้านมีเพียงร้อยละ 0.6 เท่านั้น โดยพบในกลุ่มแรงงานเมียนมา

อย่างไรก็ดี ในกลุ่มแรงงานที่ไม่ได้ฝากครรภ์นั้น เหตุผลที่เป็นอุปสรรคสำคัญ ได้แก่ การไม่มีค่าเดินทาง หรือไม่มีเงิน (ร้อยละ 31.0) โดยเฉพาะแรงงานกัมพูชาและ สปป. ลาว การไม่มีบัตรหรือไม่ได้จดทะเบียน (ร้อยละ 20.7) โดยเฉพาะแรงงานเมียนมา การที่สถานบริการอยู่ไกล (ร้อยละ 10.3) หรือไม่รู้จักสถานบริการฝากครรภ์ ซึ่งมีสัดส่วนไม่สูง (ร้อยละ 3.4) อุปสรรคสำคัญอีกอย่างคือทัศนคติของแรงงานที่คิดว่าการฝากครรภ์ไม่จำเป็น ซึ่งมีอยู่มากถึงร้อยละ 31.0 ของผู้ที่ไม่ไปฝากครรภ์ โดยเฉพาะแรงงานเมียนมา และแรงงาน สปป. ลาว โดยสรุปแล้วแรงงานเข้าถึงบริการแม่และเด็ก ได้แก่ การฝากครรภ์ในสัดส่วนที่สูง มีอยู่บ้างที่มีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ

การคลอดบุตรที่ปลอดภัย

มารดาในกลุ่มแรงงานข้ามชาติจากประเทศเมียนมา กัมพูชา และ สปป. ลาว ได้คลอดบุตรคนสุดท้ายที่มีอายุระหว่าง 0-4 ปีที่คลอดในประเทศไทย โดยมีสถานที่คลอดบุตรที่ปลอดภัยและได้มาตรฐานทางการแพทย์และสาธารณสุข ตาราง 7 แสดงให้เห็นว่าส่วนใหญ่คลอดในโรงพยาบาลของรัฐ (ร้อยละ 83.1) หรือสถานีนอนามัย (ร้อยละ 4.1) นอกจากนั้น ส่วนหนึ่งใช้บริการของเอกชน ได้แก่ คลินิกเอกชน (ร้อยละ 4.1) หรือโรงพยาบาลเอกชน (ร้อยละ 4.1) และมีเป็นส่วนน้อยคลอดที่คลินิกวางแผนครอบครัว ได้แก่ แรงงานเมียนมา (ร้อยละ 0.3) การคลอดบุตรที่เป็นปัญหาด้านมาตรฐานการแพทย์และการสาธารณสุขมีอยู่บ้าง (ร้อยละ 3.9) คือการคลอดที่บ้าน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นแรงงานกัมพูชาและ สปป. ลาว (ประมาณร้อยละ 6.0)

ตาราง 7 ร้อยละของการคลอดบุตรที่ปลอดภัยของมารดาในกลุ่มแรงงานข้ามชาติจากประเทศเมียนมา กัมพูชา และ สปป. ลาว ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย พ.ศ. 2558 และที่มีบุตรคนสุดท้ายอายุ 0-4 ปี เฉพาะที่คลอดในประเทศไทย

การคลอดบุตรที่ปลอดภัย	เมียนมา	กัมพูชา	สปป.ลาว	รวม
สถานที่คลอดบุตร				
โรงพยาบาลรัฐ	79.6	88.6	92.6	83.1
โรงพยาบาลเอกชน	5.6	0.9	1.9	4.1
คลินิกเอกชน	7.1	0.0	0.0	4.7
สถานีนามัย	4.6	4.4	0.0	4.1
คลินิกวางแผนครอบครัว	0.3	0.0	0.0	0.2
ที่บ้าน	2.8	6.1	5.6	3.9
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(324)	(114)	(54)	(492)
บุคลากรที่ทำคลอด				
แพทย์	71.6	74.6	75.5	72.7
(N)	(324)	(114)	(54)	(492)
พยาบาล	24.4	16.7	17.0	21.8
(N)	(324)	(114)	(54)	(492)
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	0.6	0.0	0.0	0.4
(N)	(324)	(114)	(54)	(492)
พนักงานสาธารณสุขต่างชาติ (พสต.)	0.6	0.0	0.0	0.4
(N)	(324)	(114)	(54)	(492)
อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ (อสต.)	0.3	0.0	0.0	0.2
(N)	(324)	(114)	(54)	(492)
หมอพื้นบ้าน	1.9	6.1	0.0	2.6
(N)	(324)	(114)	(54)	(492)

การคลอดบุตรส่วนใหญ่เกิดขึ้นในสถานที่ที่ปลอดภัยดังกล่าวแล้ว โดยมีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน คือ ส่วนใหญ่ได้คลอดกับแพทย์ (ร้อยละ 72.7) หรือพยาบาล (ร้อยละ 21.8) ซึ่งแรงงานจากเมียนมาจะคลอดกับพยาบาลมากกว่าแรงงานจากกัมพูชา และแรงงานจาก สปป. ลาว ที่จะคลอดกับแพทย์มากกว่า การคลอดกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ มีเป็นส่วนน้อย พนักงานสาธารณสุขต่างชาติ (พสต.) และอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ (อสต.) มีส่วนร่วมในการทำการคลอดให้กับแรงงานชาวเมียนมาด้วยแต่อยู่ในสัดส่วนน้อย คือ ประมาณรวมกันเพียงร้อยละ 1.0 เท่านั้น ที่แย่ที่สุด เป็นที่น่าสังเกตว่าการคลอดกับหมอพื้นบ้านก็อาจมีอยู่บ้าง โดยเฉพาะในแรงงานชาวกัมพูชา คือ ประมาณร้อยละ 6 ในภาพรวมการคลอดบุตรในกลุ่มแรงงานข้ามชาติถือว่าได้ทำอย่างปลอดภัยในสถานที่ที่ได้มาตรฐาน และโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่

การรับบริการตรวจหลังคลอด

สำหรับการตรวจหลังคลอดนั้น มีความแตกต่างจากการคลอด กล่าวคือ แรงงานข้ามชาติเมื่อคลอดบุตรแล้วได้มารับบริการตรวจหลังคลอดเพียงส่วนหนึ่งเท่านั้น จากตาราง 8 จะเห็นได้ว่าประมาณกว่าหนึ่งในสาม หรือร้อยละ 35.6 ไม่ได้เข้ารับการตรวจหลังคลอด โดยเฉพาะแรงงานเมียนมาไม่ได้รับการตรวจดังกล่าวมากถึงร้อยละ 45.1 และลาวร้อยละ 35.2 ก็ไม่ได้รับการตรวจหลังคลอดเช่นกัน ส่วนแรงงานกัมพูชาได้รับการตรวจหลังคลอดมากที่สุด คือ ร้อยละ 91.2 โดยแรงงานกัมพูชาเกือบทั้งหมดไปตรวจที่โรงพยาบาลของรัฐหรือสถานอนามัย แรงงานลาวก็เช่นเดียวกัน คือ ไปตรวจที่โรงพยาบาลของรัฐและสถานอนามัย มีแรงงานเมียนมาเท่านั้นที่มีบางส่วนไปตรวจที่โรงพยาบาลเอกชนด้วย

ตาราง 8 ร้อยละของการรับบริการตรวจหลังคลอด สถานบริการที่ไปตรวจ และเหตุผลที่ไม่ได้รับการตรวจหลังคลอด ของมารดาในกลุ่มแรงงานข้ามชาติจากประเทศเมียนมา กัมพูชา และ สปป. ลาว ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย พ.ศ. 2558 และที่มีบุตรคนสุดท้ายอายุ 0-4 ปี เฉพาะที่คลอดในประเทศไทย

การตรวจหลังคลอด สถานบริการที่ไปตรวจ และเหตุผลที่ไม่ได้รับการตรวจ	เมียนมา	กัมพูชา	สปป. ลาว	รวม
การตรวจหลังคลอด				
ได้รับการตรวจหลังคลอด	54.9	91.2	64.8	64.4
ไม่ได้รับการตรวจหลังคลอด	45.1	8.8	35.2	35.6
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	324	114	54	492
สถานบริการที่ไปตรวจหลังคลอด				
โรงพยาบาลรัฐ	69.7	93.3	85.7	79.2
(N)	(178)	(104)	(35)	(317)
โรงพยาบาลเอกชน	9.6	0.0	0.0	5.4
(N)	(178)	(104)	(35)	(317)
คลินิกรัฐ	5.6	1.0	0.0	3.5
(N)	(178)	(104)	(35)	(317)
สถานอนามัย	10.7	3.8	17.1	9.1
(N)	(178)	(104)	(35)	(317)
เหตุผลที่ไม่ได้รับการตรวจ/พบแพทย์				
สถานบริการอยู่ไกล	12.2	25.0	10.0	13.0
ไม่ได้ลงทะเบียน	25.6	50.0	20.0	26.9
ไม่มีพาหนะเดินทางไปรับบริการ	22.2	0.0	10.0	19.4
สถานบริการเปิดไม่ตรงกับเวลาที่ว่าง	31.1	0.0	50.0	30.6
ไม่มีบุคลากรให้บริการ	3.3	0.0	10.0	3.7
อื่นๆ	5.6	25.0	0.0	6.5
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(90)	(8)	(10)	(108)

สาเหตุสำคัญที่ทำให้แรงงานจาก สปป. ลาว และเมียนมา ไม่ได้ไปตรวจหลังคลอด คือ ร้อยละ 30.6 บอกว่าสถานบริการเปิดไม่ตรงกับเวลาที่ว่าง ส่วนสาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่งโดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานกัมพูชา คือ การที่แรงงานแจ้งว่าตนไม่ได้ลงทะเบียน สาเหตุอื่นๆ ได้แก่ ระยะทางไกล หรือการขาดพาหนะในการเดินทาง

การเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐของบุตร

ตาราง 9 นำเสนอร้อยละของการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐในเด็กอายุ 0-4 ปีที่เกิดในประเทศไทย จากมารดาแรงงานข้ามชาติประเทศเมียนมา กัมพูชา และ สปป. ลาว จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า บุตรสามารถเข้าถึงบริการจากสถานบริการของรัฐในกรณีเกิดการเจ็บป่วยได้เป็นสัดส่วนที่สูงมาก คือ ร้อยละ 93.7 โดยที่แรงงานจาก สปป. ลาว เข้าถึงได้น้อยกว่าโดยเปรียบเทียบ กล่าวคือ สามารถใช้บริการได้ ร้อยละ 83.3 เท่านั้น ส่วนเหตุผลที่ทำให้บุตรของตนไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ ที่พบในกลุ่มแรงงานเมียนมา คือ สถานบริการอยู่ไกล หรือไม่ได้ลงทะเบียน และเหตุผลรองลงมา ได้แก่ คิดว่าบริการไม่มีคุณภาพ สำหรับแรงงานกัมพูชาให้เหตุผลของการไม่สามารถเข้าถึงบริการของรัฐได้ว่า ขาดคนช่วยเหลือ ซึ่งทั้งหมดนี้ถือว่าการเข้าถึงบริการของรัฐมีความครอบคลุมในระดับน่าพอใจ ผู้เข้าไม่ถึงบริการมีเหตุผลแต่ทั้งหมดก็เป็นเพียงส่วนน้อยเท่านั้น

ตาราง 9 ร้อยละของการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐ ของบุตรของมารดากลุ่มแรงงานข้ามชาติจากประเทศเมียนมา กัมพูชา และ สปป. ลาว ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย พ.ศ. 2558 และที่เป็นบุตรคนสุดท้ายอายุ 0-4 ปี เฉพาะที่คลอดในประเทศไทย

การเข้าถึงสถานบริการของรัฐ และเหตุผลที่เข้าไม่ถึง	เมียนมา	กัมพูชา	สปป. ลาว	รวม
การเข้าถึงสถานบริการของรัฐ ในกรณีที่บุตรเจ็บป่วย				
ได้	94.8	95.6	83.3	93.7
ไม่ได้	2.2	3.5	13.0	3.7
ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	3.1	0.9	3.7	2.6
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(324)	(114)	(54)	(492)
เหตุผลที่เข้าถึงไม่ได้				
สถานบริการอยู่ไกล	12.5	0.0	0.0	6.7
ไม่ได้ลงทะเบียน	12.5	0.0	0.0	6.7
บริการไม่มีคุณภาพ	6.3	0.0	0.0	3.3
ไม่มีใครช่วย	6.3	20.0	0.0	6.7
อื่นๆ	0.0	60.0	77.8	33.3
(N)	(16)	(5)	(9)	(30)

สรุปและอภิปรายผล

จากข้อมูลการสำรวจแรงงานข้ามชาติที่มาจากประเทศเมียนมา กัมพูชา และ สปป.ลาว ในปี พ.ศ. 2557 ใน 14 จังหวัดสำคัญที่มีแรงงานข้ามชาติดังกล่าวอยู่เป็นจำนวนมาก ภายใต้โครงการพหุมิตร 2 แรงงานที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์และสมรสแล้ว จำนวน 2,634 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านการคุมกำเนิด อนามัยเจริญพันธุ์ และอนามัยแม่และเด็ก พบว่า แรงงานข้ามชาติมีความรู้เรื่องวิธีคุมกำเนิดในระดับสูง รู้จักและเคยใช้วิธีคุมกำเนิดสมัยใหม่หลายวิธี ทั้งที่เป็นวิธีถาวร วิธีกึ่งชั่วคราว และวิธีชั่วคราว อัตราการใช้การคุมกำเนิดอยู่ที่ร้อยละ 63.1 ลดลงจากปี 2553 ซึ่งอยู่ที่ร้อยละ 68.0 การลดลงดังกล่าวอาจมีหลายสาเหตุ แต่สาเหตุหนึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่พบว่าเคยใช้การคุมกำเนิดอยู่ในระดับสูงมาก่อน และข้อมูลที่พบว่า กลุ่มที่ไม่คุมกำเนิดซึ่งมีอยู่มากพอสมควรแต่ไม่มากเกินไป ได้ให้เหตุผลของการต้องการมีบุตรมีจำนวนมากถึงกว่าหนึ่งในสาม จึงเป็นไปได้ว่าสถานการณ์ของแรงงานข้ามชาติในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา มีความเป็นอยู่ดีขึ้น มั่นคงขึ้น จึงคิดถึงการมีครอบครัวและต้องการมีบุตรเป็นสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น

ข้อสันนิษฐานนี้สอดคล้องกับข้อมูลอนามัยเจริญพันธุ์และอนามัยแม่และเด็กของแรงงานข้ามชาติที่มีข้อเท็จจริงปรากฏว่า แรงงานมีสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กดีพอสมควร คือ ส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 90 มีการฝากครรภ์ มีการคลอดในโรงพยาบาลและสถานที่คลอดที่มีบุคลากรทางแพทย์หรือสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และหลังจากคลอดก็ได้รับการตรวจหลังคลอดที่สูงพอประมาณ แม้ว่าจะไม่ทั้งหมดที่มาคลอดจะรับบริการหลังคลอดแต่ก็เป็นส่วนใหญ่ คือ ประมาณ 2 ใน 3 ของแรงงานข้ามชาติที่มาคลอด นอกจากนี้ การเข้าถึงบริการสาธารณสุขให้กับบุตรเมื่อยามเจ็บป่วยก็อยู่ในระดับสูง คือ ประมาณร้อยละ 95 ในแรงงานจากประเทศเมียนมาและกัมพูชา ส่วนแรงงานจาก สปป. ลาว ก็สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ให้กับบุตรสูงถึงร้อยละ 83.3 การไม่มีบุตรหรือไม่มีการลงทะเบียนไม่เป็นปัญหาการเข้าถึงบริการกับแรงงานส่วนใหญ่ทั้งสามเชื้อชาติแต่อย่างใด

ข้อค้นพบจากงานวิเคราะห์ในบทความนี้แสดงให้เห็นว่าในประเทศไทยขณะนี้ได้มีการแก้ไขปัญหาสุขภาพแรงงานข้ามชาติในระดับหนึ่งแล้ว ทำให้ปัญหาความเป็นชาติพันธุ์กับการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ของแรงงานข้ามชาติมีน้อยกว่าที่คาดกันในประเทศต่างๆ โดยทั่วไป (Bollini, Pampallona, Wanner, & Kupelnick, 2009; Lorena, 2016; Jasmine, 2015)

ในประเด็นการตอบรับของสังคมไทยและนโยบายของประเทศไทยในเรื่องนี้ ผู้เขียนมีข้อเสนอว่าจากการที่แรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่มีสุขภาพทางอนามัยเจริญพันธุ์ และอนามัยแม่และเด็ก อยู่ในระดับที่น่าพอใจ และการที่แรงงานข้ามชาติส่วนหนึ่งกำลังต้องการมีบุตร และกำลังสร้างครอบครัวในประเทศไทยเช่นนี้ ผู้วางนโยบายประเทศควรให้ความสำคัญ ควรทำนโยบายสาธารณะ และวางแนวทางนโยบายประชากรและสังคมที่เหมาะสมเป็นการเร่งด่วน ไม่ว่าจะเป็นเกี่ยวข้องกับนโยบายแรงงานของชาติ ความมั่นคงของชาติ นโยบายการสร้างสังคมพหุวัฒนธรรม ฯลฯ ซึ่งจะทำให้ประเทศไทยได้รับประโยชน์สูงสุดจากความหลากหลายทางประชากร และสามารถแก้ไขปัญหาการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรของประเทศได้ในระยะยาว

การขาดแคลนแรงงานในประเทศไทยอันเกิดจากการที่ภาวะเจริญพันธุ์ลดต่ำลงอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาประมาณ 20 กว่าปีมานี้ ทำให้การทดแทนด้วยการใช้แรงงานข้ามชาติเป็นไปอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ นโยบายที่เรียกว่าการทดแทนประชากรด้วยการย้ายถิ่นที่เสนอโดยสหประชาชาติ (Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations Secretariat, 2000) ที่ถูกนำไปพิจารณาวิเคราะห์ประเมินและใช้ในประเทศที่มีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำ ทั้งในประเทศพัฒนาแล้ว และในประเทศกำลังพัฒนาในเอเชียอย่างกว้างขวาง (Alho, 2008; Charmie, 2013; Billari & Dalla-Zuanna, 2011) ปัจจุบันได้รับความเข้าใจและตอบสนองในประเทศไทยเป็นอย่างดี

อย่างไรก็ตาม การย้ายถิ่นเพื่อทดแทนประชากร (Replacement Migration) นี้ เป็นประเด็นทางนโยบายประชากรและนโยบายสังคมและการเมือง เพราะการย้ายถิ่นเพื่อการทดแทนดังกล่าวต้องทำด้วยจำนวนและความต่อเนื่องของการย้ายถิ่นที่อยู่ในระดับสูง (Keely, 2001) ในสหรัฐอเมริกาปัจจุบันเป็นดินแดนแห่งผู้ย้ายถิ่น กว่าร้อยละ 70 ของการเพิ่มประชากรของอเมริกา เกิดจากผู้ย้ายถิ่นเข้าสู่ประเทศและบุตรที่เกิดซึ่งอาจเรียกว่าบุตรบุญธรรมข้ามชาตินั้นเอง (Jenista, 2001)

การทดแทนประชากรด้วยการย้ายถิ่นเสนอโดยสหประชาชาตินี้ แม้จะได้รับการตอบรับในทางบวก แต่ก็ได้รับการโต้แย้งทางลบในโลกตะวันตกด้วยเช่นกัน ด้วยการฉายภาพประชากรทำให้เห็นว่าโลกตะวันตกต้องรับทราบว่าการทดแทนด้วยการย้ายถิ่นนั้น จะต้องเกิดต่อเนื่องและกว้างขวางและมีจำนวนมาก จนการทดแทนประชากรเก่าด้วยประชากรใหม่จะเกิดขึ้นในที่สุด (Hamilton, 2016) การแก้ไขมีทางเดียวในอนาคต คือบูรณาการประชากรทั้งเก่าและใหม่ให้เป็นเนื้อเดียวกันให้มากที่สุด ทั้งทางสังคม วัฒนธรรม ศาสนา เพื่อให้เกิดความแตกต่างของประชากรทั้งสองกลุ่มให้น้อยที่สุด

จากประสบการณ์ของประเทศตะวันตกที่มีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำ ทำให้เราต้องพิจารณาให้ละเอียดทัศนะหนึ่งที่ควรคำนึงถึงในบริบทของนโยบายประชากรของประเทศในปัจจุบัน คือนโยบายการมีลูกเพื่อชาติ และนโยบายสาวไทยแก้มแดง ถึงเวลาต้องพิจารณาด้วยว่า แรงงานข้ามชาติในประเทศไทยในอนาคตจะเป็นอย่างไร แรงงานเหล่านี้เข้ามาช่วยประเทศไทยด้านแรงงาน ประเทศไทยพยายามดูแลแรงงานเหล่านี้ให้เท่าเทียมกับคนไทย ปัจจุบันนี้ถึงเวลา “แรงงานข้ามชาติแก้มแดง” แรงงานข้ามชาติ “มีลูกเพื่อชาติ (ไทย)” ได้หรือยัง การให้เลข 13 หลักของผู้เกิดในประเทศ การให้การศึกษา การให้บริการสาธารณสุข ซึ่งประเทศไทยได้ดำเนินการในทางบวกมาโดยตลอด การตอบรับในทางบวกเช่นนี้แก่บุตรของแรงงานข้ามชาติที่เกิดในประเทศไทยซึ่งสัดส่วนหนึ่งจะอยู่ต่อในประเทศต่อไปจะเป็นอย่างไร การทำประชาพิจารณ์นโยบายสาธารณะเกี่ยวกับบุตรของแรงงานข้ามชาติที่เกิดในประเทศไทยที่เป็นคนไทยคนหนึ่ง ขาดแต่เชื้อชาติเท่านั้น จะมีผลออกมาอย่างไร ถ้าบุตรแรงงานข้ามชาติอยู่ประเทศไทยปีละ 30,000 คน เราจะสามารถพุง TFR ที่ 1.6 ไว้ได้ ถึงเวลาหรือยังที่ประเด็นการต้อนรับเขาเหล่านั้นเพื่อชาติ และการบูรณาการให้เกิดสังคมไทยใหม่จะได้อภิปรายกันในระดับนโยบายการพัฒนาประเทศและความมั่นคงในความหมายกว้างที่คลุมทุกข์ ด้าน อยู่บนพื้นฐานนโยบายการพัฒนาประชากรและสังคมอย่างจริงจังต่อไป

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

- กฤตยา อาชวนิจกุล (บรรณารักษ์). (2550). *รัฐไทยกับการปรับเปลี่ยนนโยบายเอตส์และอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์ และคณะ. (2557ก). *โครงการฟ้ามิตร 2: รายงานการสำรวจข้อมูลผลกระทบโครงการส่งเสริมการป้องกันเอตส์ในแรงงานข้ามชาติประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และมูลนิธิรักษ์ไทย.
- _____. (2557ข). *รายงานการประเมินผลภายนอกฉบับสมบูรณ์ “กลุ่มแรงงานข้ามชาติและกลุ่มชาติพันธุ์”: โครงการประเมินผลภายนอกโครงการเอตส์รอบ SSF ปีงบประมาณ 2557*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- _____. (2558). *รายงานผลการศึกษา โครงการวิเคราะห์และคาดประมาณขนาดประชากรแรงงานข้ามชาติ ในประเทศไทย 2558*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์, วาทีณี บุญชะลิกษ์, จรัมพร ไหล่ย้ายอง, เฉลิมพล แจ่มจันทร์ และกัญญา อภิพรชัยสกุล. (2553). *การสำรวจข้อมูลพื้นฐานโครงการส่งเสริมการป้องกันเอตส์ในแรงงานข้ามชาติ ประเทศไทย (โครงการฟ้ามิตร-2) ปี พ.ศ. 2553*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- Alho, J. M. (2008). Migration, fertility, and aging in stable populations. *Demography*, 45(3): 641-650.
- Billari, F. C., & Dalla-Zuanna, G. (2011). Is replacement migration actually taking place in low fertility countries? *Genus*, LXVII(3): 105-123.
- Bollini, P., Pampallona, S., Wanner, P., & Kupelnick, B. (2009). Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: a systematic review of the international literature. *Social Science & Medicine*, 68(3): 452-61. DOI: 10.1016/j.socscimed.2008.10.018
- Chamrathirong, A. (2012). The success of family planning program in Thailand being extended to its migrant workers-but they have miracles: Survey results of contraceptive practices among Myanmar, Cambodian and Laotian migrant workers in Thailand. In *Mahidol Migration Center Newsletter*, 3 (July): 1.
- Charmie, J. (2013, 4 March). The choice: More immigrants or fewer citizens? *Yale Center for the Study of Globalization*. Retrieved from <http://yaleglobal.yale.edu/content/choice-more-immigrants-or-fewer-citizens>
- Hamilton, A. (2016, 26 August). Replacement migration. *National Vanguard*. Retrieved from <http://nationalvanguard.org/2016/08/replacement-migration/>
- Jasmine, G. (2015). *Migration and Health: Examining the linkages through a gender lens*. United Nations Research Institute for Social Development [UNRISD] Working Paper, No. 2015-6.
- Jenista, J. A. (2001). The immigrant, refugee, or internationally adopted child. *Pediatrics in Review*, 22(12): 419-429.
- Jones, G., & Leete, R. (2002, March). Asia's family planning programs as low fertility is attained. *Studies in Family Planning*, 33(1): 114-126.
- Keely, C. B. (2001). Replacement migration: The wave of the future? *International Migration*, 39(6): 103-110. Doi: 10.1111/1468-2435.00181

Lorena, N. C. (2006). Chapter 13: Migration, gender and health. In Jasmine Gideon (Ed.). *Handbook on Gender and Health International Handbooks on Gender Series* (pp.223-234). DOI: <http://dx.doi.org/10.4337/9781784710866.00025>

Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations Secretariat. (2000). *Replacement Migration: Is it a solution to declining and ageing populations?*. United Nations Publication. ESA/P/WD.160.

Romanow, Liza. (2012, June). The women of Thailand. *Global Majority E-Journal*, 3(1): 44-60.

คือนักบุญหรือคนบาป: การตีตราผู้ให้บริการ ด้วยผลพลอยบาปจากการทำแท้ง

Saint or Sinner: Associated Sin from Abortion Stigma among Health Providers

กุลภา วจนสาระ*

บทคัดย่อ

ในสถานการณ์ท้องไม่พร้อมและยุติการตั้งครรภ์ ตราบาปจากการทำแท้งไม่เพียงส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้หญิงเท่านั้น หากแต่ยังส่งผลกระทบต่อผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง ทั้งแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก ในรูปแบบที่เรียกว่า ‘ผลพลอยบาป’ อันเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้ให้บริการสุขภาพไม่ยินดีที่จะให้บริการทำแท้ง แม้จะเข้าข่ายข้อบ่งชี้ทางการแพทย์และกฎหมายอนุญาตให้ทำได้ก็ตาม ผู้ให้บริการสุขภาพเหล่านี้เผชิญกับผลพลอยบาปจากการทำแท้งหลายลักษณะด้วยกัน ได้แก่ รู้สึกผิดบาปหรือพลอยมีมลทินไปด้วย ถูกขัดขวางและเลือกปฏิบัติจากเพื่อนร่วมงาน และถูกผลักให้ไปอยู่ชายขอบของงานสุตินรีเวช ผลพลอยบาปนำไปสู่ข้อจำกัดในการให้บริการยุติการตั้งครรภ์หลายระดับ ได้แก่ ไม่ให้บริการเลย หรือให้บริการเฉพาะรายที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ หรือให้บริการเฉพาะที่กฎหมายอนุญาตไว้เท่านั้น ขณะเดียวกัน มีผู้ให้บริการเพียงส่วนน้อยมองว่าการทำแท้งเป็นสิทธิและทางเลือกอันชอบธรรมของผู้หญิง ที่ผู้ให้บริการไม่ควรใช้ความเชื่อส่วนตัวไปเป็นอุปสรรคขัดขวางการเลือกและการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตและการเจริญพันธุ์ของตัวเอง

คำสำคัญ: การตีตรา ผลพลอยบาป การทำแท้ง การยุติการตั้งครรภ์

* นักวิจัย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

Abstract

Not only the women who have an abortion, but professional advocates and health providers are also considered to be stained by abortion stigma. ‘Associated sin’ is the main reason why safe abortion care could not be delivered, even in the case where the mother has a compelling reason for terminating the pregnancy or fits the criteria for legal abortion. The spectre of associated sin and abortion tolerance among health providers are different. Some feel sinful because abortion is against their religious beliefs and/or moral position. Some providers who do perform abortions face discrimination in various forms, e.g., obstacles to professional opportunity or career advancement, and being marginalised in the mainstream medicine community. As a result of different attitudes and ability to manage associated sin among providers, the extent of safe abortion services in each hospital varies. Some facilities provide no abortion service at all, while others tolerate abortions in only those cases permitted by law. Only a small proportion of health care providers believe that abortion should be a viable option for women to determine their own reproduction. Some expressed the view that one could not allow personal convictions to stand in the way of a woman’s ability to act on her own.

Keywords: abortion stigma, associated sin, abortion, pregnancy termination

นำเรื่อง

ท่ามกลางการต่อสู้ปะทะกันของชุดความคิดใหญ่ 2 ชุด ในประเด็นถกเถียงเรื่องการยุติการตั้งครรภ์ นั่นคือ ชุดความคิดที่ให้ความสำคัญกับชีวิต หรือ Pro-Life กับชุดความคิดที่สนับสนุนทางเลือกของผู้หญิง หรือ Pro-Choice นั้น หนึ่งในข้อโต้แย้งสำคัญที่มักเป็นประเด็นให้คู่ตรงข้ามทั้งสองทุ่มเทถกเถียงตอบโต้ อธิบาย และทำความเข้าใจกันอย่างมากก็คือ ประเด็นที่ว่าด้วยการทำแท้งเป็นบาป โดยเฉพาะตรรกะที่เชื่อมโยงเหตุผลว่าการทำแท้งเท่ากับการทำลายชีวิต ดังนั้น การทำแท้งจึงเป็นบาปเพราะเทียบเท่ากับการฆ่า หรือทำลายชีวิต ซึ่งในหลายความเชื่อหรือศาสนาสถิลาว่าเป็นการฝ่าฝืนหลักสำคัญพื้นฐานของศาสนาที่เคารพ ทุกชีวิต ทว่า บาปจากการทำแท้งนี้มีใช่เพียงตีตราเฉพาะผู้หญิงที่เลือกจะทำแท้งเท่านั้น หากแต่ยังถูกใช้เป็นวาทกรรมเพื่อตีตราผู้ครอบงำที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการทำแท้งอีกด้วย โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ สุขภาพ ทั้งที่เป็นแพทย์ พยาบาล ผู้ให้คำปรึกษาทางเลือก นักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่ฝ่ายต่างๆ ใน โรงพยาบาล ฯลฯ ที่มักถูกเรียกออย่างเหมารวมเสมอมาว่าเป็น “นักบุญคนบาป”

บทความชิ้นนี้อธิบายถึงการใช้ตราบาปจากการทำแท้ง ที่ไม่เพียงเป็นเครื่องมือในการตีตราผู้หญิง ที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์เท่านั้น หากแต่การตีตราการทำแท้งว่าเป็นบาปยังส่งผลกระทบต่อเนื่องไปถึงครอบครัวของผู้หญิงที่ต้องการทำแท้ง ไม่ว่าจะเป็นพ่อแม่ ญาติพี่น้อง คนรัก เพื่อนฝูงที่รับรู้หรือเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ ทำแท้ง หรือสนับสนุนการทำแท้งไมทางใดก็ทางหนึ่ง รวมทั้งเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการยุติการตั้งครรภ์ในแง่มุมต่างๆ ด้วย โดยครอบครัวและคนที่เกี่ยวข้องเหล่านั้นถูกเชื่อมโยงหรืออาจเชื่อมโยงตัวเองกับการทำแท้งในฐานะผู้ที่รับ/มี ‘ผลพลอยบาป’

ความคิด/วาทกรรม “ผลพลอยบาป” กลายเป็นอุปสรรคสำคัญที่กั้นขวางไม่ให้ผู้หญิงที่ต้องการทำแท้ง สามารถเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยได้ ‘ผลพลอยบาป’ ที่ว่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้ให้บริการและทำให้มีข้อจำกัดในการให้บริการหลายระดับด้วยกัน ตั้งแต่รู้สึกขัดแย้งกับความเชื่อในใจตัวเอง รู้สึกผิดบาปหรือพลอยติดบาปจากการทำแท้งไปด้วย จนไม่สามารถคลี่คลายความรู้สึกให้บริการหรือเกี่ยวข้องกับการทำแท้งได้เลยไม่ว่ากรณีใดๆ ผู้ให้บริการสุขภาพจำนวนหนึ่งถูกขัดขวางและเลือกปฏิบัติในการทำงาน และถูกผลักให้ไปอยู่ชายขอบของงานบริการสุขภาพ บางส่วนพยายามปรับสมดุลระหว่างความขัดแย้งในใจ ความเชื่อส่วนตัว และภาระหน้าที่รับผิดชอบ ให้บริการยุติการตั้งครรภ์เฉพาะในบางกรณี เช่น ตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ และตามที่กฎหมายอนุญาตให้ทำได้เท่านั้น ขณะที่ผู้ให้บริการเพียงส่วนน้อยให้บริการทำแท้งอย่างปลอดภัย ภายใต้ข้อจำกัดที่น้อยที่สุด ด้วยเหตุผลว่าเป็นทางเลือกและสิทธิอันชอบธรรมที่จะกำหนดการเจริญพันธุ์ ของตัวผู้หญิงเอง

ระเบียบวิธีวิจัย

บทความชิ้นนี้เป็นส่วนหนึ่งของผลการศึกษาจากโครงการวิจัยเรื่องอุปสรรคการเข้าถึงบริการทำแท้ง ที่ปลอดภัย เพื่อพัฒนาและสร้างเสริมการเข้าถึงระบบบริการทำแท้งที่ปลอดภัยของผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อม เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยใช้มุมมองที่มีความละเอียดอ่อนต่อเพศภาวะและความหลากหลายของชีวิต ทางสังคม (diversity & gender-sensitive approach) และใช้แนวคิดในการเก็บข้อมูลตรงด้วยวิธีการเล่าเรื่อง

โดยเจ้าของเรื่อง ที่อยู่ในฐานะเจ้าของประสบการณ์และเป็นผู้กระทำการ (agency) โครงการฯ ได้ทำการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ระดับลึกและการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญในช่วงปี พ.ศ. 2556-2557 เก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (key informants) 2 กลุ่ม คือผู้หญิงท้องไม่พร้อมและตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ 35 คน และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการยุติการตั้งครรภ์ ทั้งที่เป็นสูตินรีแพทย์ แพทย์สาขาอื่นๆ อาจารย์ในมหาวิทยาลัยแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา และเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาทางเลือกรวม 34 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้หญิง 24 คนและผู้ชาย 10 คน การรวบรวมข้อมูลทั้งการสัมภาษณ์ระดับลึกและการสนทนา ผู้วิจัยใช้ทักษะการฟังอย่างตั้งใจ การเคารพทางเลือกของผู้สนทนาที่มีประสบการณ์ท้องไม่พร้อม และไม่มีการตัดสินถูกผิด ผู้วิจัยเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งหมดโดยการติดต่อประสานผ่านสมาชิกเครือข่ายสนับสนุนทางเลือกของผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อม (Choices network) โครงการฯ ได้ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (Certification of Ethical Approval Number: 2013/1-1-46) ในบทความชิ้นนี้ ผู้วิจัยใช้นามแฝงของผู้ให้ข้อมูลทุกคนเมื่อจำเป็นต้องอ้างอิงไปถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

ตราบาปจากการทำแท้ง (Abortion Stigma)

การตีตรา (stigma) เป็นสิ่งที่สังคมสร้างขึ้นโดยอาศัยอำนาจทางสังคม/วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และการเมือง ที่จะกำหนดที่ทางและสถานะให้คนบางกลุ่ม ซึ่งสะท้อนให้เห็นรากเหง้าของความไม่เท่าเทียมทางสังคม เป็นกลไกควบคุมทางสังคมอย่างหนึ่งที่ใช้กำกับให้มนุษย์มีแบบแผนพฤติกรรมตามมาตรฐานที่สังคมคาดหวังและกำหนดในแต่ละบริบทของชีวิตและความสัมพันธ์ทางสังคมของปัจเจกแต่ละคน การตีตราเป็นเครื่องมือทางสังคมอย่างหนึ่งที่คอยแบ่งแยกและลงโทษคนที่ไม่ดำเนินรอยตามบรรทัดฐานหรือมีพฤติกรรมไม่สอดคล้องกับแบบแผนที่สังคมคาดหวัง ด้วยการแขวนป้าย หรือประทับตรา หรือทำเครื่องหมายให้กับพฤติกรรมที่ไม่สามารถยอมรับได้ในทางสังคมและวัฒนธรรม การตีตราดังกล่าวมีผลในการเปลี่ยนสถานะทางสังคมของคนที่ถูกตีตรา (stigmatized) จากที่เหมือนคนอื่นทั่วไป ให้ตกไปอยู่ในสถานะรอง ถูกลดคุณค่าหรือหมดความน่าเชื่อถือในสังคมนั้นๆ (Goffman, 1963; Link & Phelan, 2001)

การตีตราเกิดขึ้นผ่านการคัดแยกและจัดประเภทคนเป็นลำดับชั้นทางสังคมต่างๆ กัน โดยในการกำกับและคาดหวังให้คนทำตามมาตรฐานทางพฤติกรรมที่สังคมกำหนดไว้นั้น หากผู้ใดมีพฤติกรรมนอกแบบแผนหรือต่างออกไปจากจารีตปฏิบัติจะถูกลงโทษทางสังคมด้วยการสร้างภาพเหมารวมเชิงลบ เป็นการจัดวางที่ทางและสร้างระยะห่างที่ชัดเจนในความสัมพันธ์ทางสังคม คัดแยกและจัดประเภทให้เป็น “เขา” และลดสถานะทางสังคมให้ต่ำกว่า “เรา” ทำให้ “เขา” กลายเป็นคนอีกประเภทหนึ่งที่ต้องเผชิญกับการเลือกปฏิบัติและยอมรับผลทางลบรูปแบบต่างๆ ในชีวิตมากมาย เช่น ถูกดูหมิ่นดูแคลน ประณามเหยียด ตีฉินนินทา ถูกตราหน้าว่าเป็นคนที่มีมลทิน ไร้ศักดิ์ศรี ไร้ยางอาย ถูกตัดขาดจากความสัมพันธ์ทางสังคม สูญเสียหรือถูกลดสถานะทางสังคมที่เคยมีในโครงสร้างสังคมไปอยู่ในลำดับชั้นที่ต่ำต้อยกว่า นำไปสู่การปฏิเสธไม่ยอมรับ จำกัดโอกาสทางสังคมในชีวิต และได้รับการปฏิบัติแตกต่างจากคนอื่นในสังคม ที่สำคัญคือผลของการตีดรานั้นไม่สามารถลบเลือนได้โดยง่าย แต่จะฝังอยู่ในทัศนคติและติดอยู่ในความเชื่อของสมาชิกในสังคมไปยาวนาน (Link & Phelan, 2001)

ในสถานการณ์ท้องไม่พร้อมนั้น ผู้หญิงที่ตัดสินใจเลือกยุติการตั้งครรภ์ต้องเผชิญประสบการณ์ถูกตีตรา และเลือกปฏิบัติมากกว่าผู้หญิงที่ตัดสินใจท้องต่อจนครบกำหนด ทั้งนี้เป็นเพราะสังคมไทยและอีกหลายสังคม กำหนดว่า บทบาทสำคัญที่สุดในชีวิตของผู้หญิงนอกเหนือจากการเป็นลูกสาวที่ดีและเป็นเมียที่ดีของครอบครัว แล้วก็คือความเป็นแม่ ความเป็นแม่ถูกให้ความหมายว่าเป็นแก่นแท้ของความเป็นหญิงและเป็นที่มาสำคัญของสถานะทางสังคม เมื่อผู้หญิงตั้งครรภ์แล้วต้องพร้อมที่จะเสียสละทุกสิ่งทุกอย่างเพื่อรับบทบาทแม่ ขณะเดียวกัน สังคมยังกำหนดแบบแผนทางเพศให้กับผู้หญิงว่าสามารถมีเพศสัมพันธ์กับใคร เมื่อไร อย่างไร และเพื่ออะไร ผู้หญิงไม่ได้รับอนุญาตให้มีเพศสัมพันธ์เพื่อความพึงพอใจหรือความสุขทางเพศ แต่ควรจะมีเพศสัมพันธ์เพื่อการมีลูกสืบทอดวงศ์ตระกูลและธำรงสถาบันครอบครัว

การทำแท้งจึงเป็นพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นว่าผู้หญิงคนนั้นไม่ได้มีเพศสัมพันธ์เพื่อจะให้กำเนิดลูก ทั้งยังพยายามจะควบคุมความสามารถในการมีลูกและเพศวิถีของตนเอง ซึ่งถูกตีความว่าเป็นความเห็นแก่ตัวของผู้หญิงที่เลือกทำลายตัวอ่อน ทำลายประสบการณ์ของการให้กำเนิดและความเป็นแม่ของผู้หญิงคนหนึ่ง ทั้งหมดนี้สะท้อนคุณสมบัติที่ตรงข้ามความเป็นผู้หญิงดี และเป็นประเด็นปัญหาใหญ่มาก เนื่องจากมีนัยว่าเป็นการทำทลายระบบศีลธรรมและคูกคามบรรทัดฐานทางเพศของสังคม จึงต้องใช้ตราบาปจากการทำแท้ง เพื่อเป็นเครื่องหมายของผู้หญิงที่ไม่เชื่อฟังบรรทัดฐานเรื่องเพศ และฝ่าฝืนอุดมคติของความเป็นหญิงที่สังคมกำหนดให้ (Kumar, Hessini, & Mitchell, 2009; Wainer, 2008: 34) รากเหง้าของตราบาปจากการทำแท้งที่แท้คือ การกำกับบทบาททางเพศตามจารีต ที่สัมพันธ์กับอำนาจและการต่อสู้เชิงอุดมการณ์ในการกำหนดความหมายให้กับครอบครัว ความเป็นแม่ และเพศวิถี (Petchesky, 1990 อ้างถึงใน Kumar, Hessini, & Mitchell, 2009)

ตราบาปจากการทำแท้งจัดให้ผู้หญิงที่ทำแท้งกลายเป็นผู้หญิงอีกประเภทหนึ่งที่ฝ่าฝืนบรรทัดฐานทางเพศของสังคม แตกต่างและเป็นคนละประเภทกับผู้หญิง “ดี” อื่นๆ ตราบาปนี้กดดันให้ผู้หญิงที่ตัดสินใจทำแท้งเกิดความรู้สึกอับอายในพฤติกรรมทางเพศของตัวเอง รู้สึกไร้ค่าไร้อำนาจ รู้สึกล้มเหลวที่คุมกำเนิดผิดพลาด ทั้งยังรับและเชื่อตามภาพเหมารวมที่สังคมสร้างให้กับผู้หญิงที่ท้องและไปทำแท้งว่าเป็นผู้หญิงที่ไม่รักนวลสงวนตัว ใจง่าย อยากรมีเพศสัมพันธ์แต่ไม่รู้จักรองกัน เห็นแก่ตัว ไม่รับผิดชอบ ไร้หัวใจ เป็นฆาตกร ไม่มีคุณละอายต่อบาป ฯลฯ พวกเขาจึงต้องเกิดการตัดสินใจและประสบการณ์ไว้เป็นความลับ บอกใครไม่ได้ โดดเดี่ยว รู้สึกกังวลใจและกลัวสารพัด รู้สึกแยที่ เป็นลูกสาวที่ทำให้ครอบครัวผิดหวัง ต้องอับอายขายหน้า มีมลทินไปด้วย กลัวสังคมและครอบครัวจะรังเกียจและตัดขาด กลัวถูกประณามให้อับอาย รู้สึกไร้ค่า ไร้อำนาจในตัวเอง ห่อเหี่ยวหดหู่ ฯลฯ และต้องยอมรับการถูกเลือกปฏิบัติทุกรูปแบบที่เกิดขึ้น เช่น ถูกปฏิเสธที่จะให้ข้อมูลหรือบริการทางการแพทย์ คิดค่าใช้จ่ายในการยุติการตั้งครรภ์สูงเกินควร ถูกพูดจาวาว่าร้าย เหน็บแนม ประชดประชัน ถูกให้ออกจากโรงเรียน หรือเลิกจ้างงาน ถูกประจานให้อับอายจนอยู่ในชุมชนไม่ได้ หวาดกลัวที่จะแสวงหาบริการยุติการตั้งครรภ์ ต้องหันไปพึ่งพาการทำแท้งเถื่อนที่ไม่ปลอดภัย ปัญหาทั้งหมดนี้มักถูกสังคมเข้าใจว่าเป็นเพราะความผิดของผู้หญิงเอง จึงเป็นราคาที่ผู้หญิงต้องจ่ายให้กับความผิดนั้น ตราบาปจากการทำแท้งไม่เพียงส่งผลโดยตรงต่อผู้หญิงที่ตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์เท่านั้น หากแต่ยังส่งผลกระทบต่อเนื่องไปสู่ทุกคนที่รับรู้หรือเกี่ยวข้องกับ การตัดสินใจไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง ไม่ว่าจะเป็นพ่อแม่ ญาติ พี่น้อง เพื่อนฝูง คนรัก รวมถึงเจ้าหน้าที่และบุคลากรด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ ด้วยสิ่งที่เรียกว่า “ผลพลอยบาป”

ผลพลอยบาป (Associated Sin)

‘ผลพลอยบาป’ เป็นภาษาที่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพซึ่งทำงานเกี่ยวข้องกับการทำแท้งใช้อธิบายถึงประสบการณ์ร่วม ที่ทำให้เจ้าหน้าที่และบุคลากรสาธารณสุขจำนวนหนึ่งไม่ยินดีที่จะให้บริการยุติการตั้งครรภ์ และไม่ประสงค์จะเกี่ยวข้องใดๆ ทั้งสิ้นกับการให้บริการทำแท้ง ผลพลอยบาปในที่นี้หมายถึงการมีมลทินหรือติดบาปจากการทำแท้ง เนื่องจากการเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องอย่างหนึ่งอย่างใดให้ผู้หญิงยุติการตั้งครรภ์ ไม่ว่าจะในลักษณะของการให้ข้อมูล ให้คำปรึกษาทางเลือก ทำงานในคลินิกหรือโรงพยาบาลที่ให้บริการยุติการตั้งครรภ์ เป็นพยาบาลที่ต้องจัดยา ต้องเห็นและสัมผัสเพื่อจัดการกับซากตัวอ่อน เป็นแพทย์ที่ต้องตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ ไม่ว่าจะด้วยการทำหัตถการใช้เครื่องมือดูด หรือด้วยการใช้ยากก็ตาม

คำว่า ‘ผลพลอยบาป’ อาจเทียบเคียงได้กับสิ่งที่ Goffman (1963) เรียกว่า *courtesy stigma* ซึ่งหมายถึงตราบาปหรือมลทินทางสังคมที่เกี่ยวข้องหรือส่งต่อไปยังเพื่อนและญาติใกล้ชิด หรือสิ่งที่ Mehta & Farina (1988) เรียกว่า *associative stigma* หรือ *secondary stigma* (Ogunmefun, Gilbert, & Schatz, 2011) อันหมายถึงการตีตราหรือตราบาปที่ส่งผ่านจากผู้ที่ถูกตีตราไปสู่สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว และคนที่อยู่ร่วมเครือข่ายความสัมพันธ์ทางสังคมกัน ทำให้เพื่อน ญาติ และครอบครัวของผู้ที่ถูกตีตราทางสังคมนั้นได้รับมลทินหรือตราบาปร่วม จึงถูกเลือกปฏิบัติในรูปแบบต่างๆ เช่น ตีฉันทินทา ถูกประณามให้อับอาย สูญเสียสถานะที่เคยได้รับการเคารพ ไม่คบค้าสมาคมด้วย ไม่ให้เข้าร่วมหรือถูกจำกัดกิจกรรมทางสังคมในชุมชน และสังคมปฏิเสธไม่ยอมรับไปด้วย ดังที่มักจะเกิดขึ้นเสมอกับกรณีของผู้ป่วยทางจิต ผู้ติดยาเสพติด ผู้ต้องขัง ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เป็นต้น ที่คนใกล้ชิดรอบข้างมักถูกตีตราเช่นกัน

ในกรณีของการยุติการตั้งครรภ์นี้ ผลพลอยบาปส่งผลกระทบต่อเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการโดยตรง เนื่องจากเป็นประสบการณ์ที่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพ ทั้งพยาบาล หมอ และผู้ให้คำปรึกษาทางเลือกจำนวนมากต้องเผชิญ แม้ในทางหนึ่งจะภาคภูมิใจที่เป็นส่วนหนึ่งของการช่วยให้ผู้หญิงท้องไม่พร้อมเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย อันเป็นการช่วยผู้หญิงให้ผ่านพ้นปัญหาท้องไม่พร้อม แต่ในอีกทางหนึ่งก็เกิดความรู้สึกถูกดูแคลน เหยียดกับความเครียด กัดดันอยู่ในใจลึกๆ หลายคนรู้สึกฝืนใจกับความเชื่อทางศาสนาที่ตนยึดถือ ไม่ได้รับความร่วมมือหรือถูกต่อต้านจากเพื่อนร่วมงาน หลายคนไม่เปิดเผยหรือเลือกบอกเล่าเพียงบางส่วนเพื่อปกป้องตัวเองจากการถูกตีตราหรือประณามให้เสียชื่อเสียง หลายคนถูกเลือกปฏิบัติอย่างมีอคติ รู้สึกว่าสังคมไม่ได้ชื่นชมยินดีกับการให้บริการทำแท้ง ถูกตัดสินจากเพื่อนร่วมงานและสังคมว่าไม่มีศีลธรรม ทำงานสกปรก ถูกเหมารวมและตราหน้าว่าเป็นหมอม้าทำแท้ง หรือ ‘นักบุญใจบาป’ ถูกผลักให้เป็นอีกชนชั้นหนึ่งของบุคลากรทางสาธารณสุข หมดพลังใจในการทำงานในที่สุด และจำนวนหนึ่งไม่อาจใช้ประสบการณ์ทำงานด้านยุติการตั้งครรภ์ มาเป็นส่วนหนึ่งของผลงานที่ทำให้เกิดความก้าวหน้าในตำแหน่งได้ (Norris et al., 2011: S51; Cockrill & Hessini, 2014; Harris, Martin, Debbink, & Hassinger, 2013: 12) การตีตราในรูปของผลพลอยบาปจึงผลักให้การทำแท้งกลายเป็นบริการชายขอบในงานให้บริการดูแลสุขภาพผู้หญิง ซึ่งตอกย้ำว่าสังคมปฏิเสธการจัดบริการทำแท้ง และไม่ควรจะหยิบยกขึ้นมากล่าวถึงในสาธารณะ (Cockrill & Nack, 2013)

สำหรับประเทศไทยนั้น แม้จะมีประมวลกฎหมายอาญาของไทยและข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การปฏิบัติเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ฯ พ.ศ. 2548 ซึ่งกำหนดให้แพทย์สามารถให้บริการยุติการตั้งครรภ์ได้ใน 2 กรณี นั่นคือ เมื่อท้องนั้นเกิดจากความผิดพลาดทางอาญา และหากท้องนั้น

มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ ทั้งในด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้หญิงก็ตาม แต่ในทางปฏิบัติพบว่า ผลพลอยบาปนี้ไม่เพียงเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้หญิงท้องไม่พร้อมเผชิญความยากลำบากในการเข้าถึงบริการ ยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย เพราะถูกปฏิเสธไม่ให้บริการจากเจ้าหน้าที่หรือสถานบริการสุขภาพ แต่ยังเป็น ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ทั้งแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ต้องประสบความยากลำบากในการ ให้บริการ ตั้งแต่เกิดความรู้สึกขัดแย้งในใจตัวเอง ขัดแย้งกับครอบครัว ขัดแย้งกับเพื่อนร่วมงาน อีกทั้งนโยบาย ของผู้บริหารสถานพยาบาลไม่เอื้ออำนวยให้ทำงานได้สะดวก ไปจนถึงการถูกต่อต้านจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ด้วยเหตุเพราะกลัวที่จะได้รับผลกระทบจากผลพลอยบาปเนื่องมาจากการทำแท้ง

การเผชิญผลพลอยบาปของผู้ให้บริการ

ในการเก็บข้อมูลสัมภาษณ์ผู้ให้บริการสุขภาพ 34 คน¹ ประกอบด้วยสูติแพทย์ แพทย์สาขาอื่นๆ อาจารย์ แพทย์และพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ผู้บริหารโรงพยาบาลของรัฐ/สถานบริการเอกชน พยาบาล วิชาชีพจากแผนกต่างๆ ในโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาทางเลือก นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา ที่ทำงานในศูนย์พึ่งได้ (OSCC) ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยในโรงพยาบาล ของรัฐหลายระดับ เจ้าหน้าที่ผู้ทำงานเกี่ยวข้องกับการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ทั้งหมดต่างมีประสบการณ์ ร่วมที่เป็นผลของการสร้างตราบาปให้กับการทำแท้งที่คล้ายคลึงกัน โดยรูปแบบของผลพลอยบาปที่ผู้ให้บริการ สุขภาพเหล่านี้เผชิญอยู่ในชีวิตประจำวันนั้น สามารถแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

(1) พลอยบาปหรือบาปร่วม

ในระดับปัจเจกบุคคล แพทย์ และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ จะเกิดความรู้สึกผิดบาปร่วมกับผู้หญิงที่ต้องการ ยุติการตั้งครรภ์ เนื่องจากทั้งขัดแย้งกับความเชื่อทางศาสนาและระบบศีลธรรมที่ได้รับการหล่อหลอมมา โดยเฉพาะหลักทางศาสนาที่ตีความว่าการฆ่าเป็นบาป และขัดแย้งกับจริยธรรมทางการแพทย์ ที่บุคลากรทางด้านสุขภาพมักยึดถือไว้เป็นหลักการสำคัญในการทำงาน นั่นคือ การรักษาสุขภาพ การช่วยรักษาชีวิต ไม่ทำร้าย ไม่ทำให้เกิดอันตรายใดๆ ต่อชีวิตผู้ป่วย และต้องเห็นแก่ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง ถือเป็น ประโยชน์ส่วนตัวเป็นที่สอง² ในขณะที่เดียวกัน แพทย์และเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลสุขภาพก็มีความสำนึกว่าควรเห็นแก่ ประโยชน์ของคนไข้เป็นสำคัญ เห็นอกเห็นใจ ไม่ปฏิเสธการรักษา ไม่ก่อให้เกิดอันตรายหรือผลร้ายกับคนไข้ทั้ง ทางกายและทางใจ เคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย รักษาความลับ รักษาศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของคนไข้ ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยสุภาพ ฯลฯ (นิธิพัฒน์, 2553; ข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ เวชกรรม, 2549) ด้วยแนวคิดเช่นนี้ จึงยิ่งทำให้ผู้ให้บริการสุขภาพเหล่านี้เกิดความรู้สึกขัดแย้งในใจ เนื่องจาก เชื่อตามวาทกรรมที่ว่า การทำแท้งเป็นการทำลายชีวิต ขณะที่แพทย์ต้องเป็นผู้รักษาหรือช่วยชีวิต และไม่ได้เป็น หน้าที่ที่จะต้องเข้าไปในชีวิตของผู้หญิงที่เข้ามาร้องขอบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย

¹ ประกอบด้วยผู้ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐ/สถานบริการเอกชน เป็นผู้ชาย 10 คน ผู้หญิง 24 คน และในจำนวนนี้เป็นแพทย์ 14 คน เป็นพยาบาลและเจ้าหน้าที่สนับสนุนการให้บริการ เช่น นักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาทางเลือก นักจิตวิทยา ฯลฯ รวม 20 คน

² พระราชดำรัสสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ประทานให้กับนายสวัสดิ์ แดงสว่าง วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2471 ซึ่งต่อมาเป็นความตั้งใจที่แพทย์และนักศึกษาแพทย์ทั่วประเทศยึดถือปฏิบัติ

นายแพทย์ปัญญา ผู้เป็นทั้งผู้ดูแลแพทย์และอาจารย์ในภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง เล่าย้อนให้ฟังถึงการหล่อหลอมความคิดเรื่องบาปกับการทำแท้ง ที่ได้รับการปลูกฝัง มาตลอดชีวิตจนกระทั่งเรียนจบว่า

“เรียนจบสูติแพทย์มา อาจารย์ก็สอนมาตลอดว่าการทำแท้งเป็นสิ่งที่ไม่ดี การทำแท้งเป็นเรื่องที่น่ารังเกียจ ไม่ใช่เรื่องของเรา มันเป็นไปตามกรรมของเขา **เรามีหน้าที่รักษาโรคแทรกซ้อน คือเนื้องอกก็ตัด แต่ถ้าจะทำแท้งเป็นเรื่องของคนไข้ เรื่องแท้งมันน่ากลัวเพราะมันเป็นการทำบาป [เน้นโดยผู้เขียน]** ที่จริงมันเป็นการฆ่าสัตว์ตัดชีวิต เป็นการฆ่าสัตว์ใหญ่ด้วยนะ เราโดนสอนมา แม่/ยายก็สอนมา เพราะแม่รู้ว่าเป็นหมอสูติฯ มันต้องเจอเรื่องการทำแท้ง เขาบอกว่าอย่าทำนะ เราเป็นลูกที่ดี พ่อแม่สั่งมาสอนมา ไม่ทำสักอย่าง พระก็สอนว่าบาปที่นี้มันยังติดในหัวใจเรา”

(อาจารย์แพทย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแพทย์แห่งหนึ่ง, 14 สิงหาคม 2556, ลับภาพณ์)

ขณะที่ นุชนาถ พยาบาลวิชาชีพ ทำงานอยู่หน่วยบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลจังหวัดภาคกลาง แห่งหนึ่งมากกว่า 15 ปี เล่าให้ฟังถึงความขัดแย้งทางความคิดกับภาระงานที่รับผิดชอบ ระหว่างงานบริการฝากครรภ์หรือห้องคลอด กับงานของศูนย์พึ่งได้ ซึ่งให้ความช่วยเหลือคนไข้ที่เผชิญสถานการณ์ความรุนแรง และท้องไม่พร้อม ว่าการทำงานทั้งสองลักษณะทำให้เกิดความรู้สึกขัดแย้งในใจอย่างมาก

“ทางห้องคลอดจะแอนตี้เรื่องแท้งมาก เพื่อนบอกว่าอย่าเซียวนะ แค่ออกก็ผิดแล้ว บาปกรรมแล้ว ความรู้สึกเราก่อนข้างแรงต่อเด็กกว่าทำไมไม่ไปเรียน คือ 15-16 มาอีกแล้ว แล้วมันเยอะขึ้นเรื่อยๆ ก็จะแรงกลับไป จะดู เคยมีคนโทรมาบอกว่า ‘พี่คะหนูต้องการทำแท้ง’ เลยตอบเขาไปว่า ‘นี่มันโรงพยาบาล ถ้าหนูจะปรึกษาเรื่องทำแท้งคงไม่ใช่ห้องคลอดนะ คือถ้าจะปรึกษาพี่เรื่องฝากครรภ์หรือมาทำคลอด พี่ให้ได้ แต่ไม่ใช่เรื่องแท้ง’ **แค่เดินเข้ามาว่าท้องไม่พร้อมเราก็อันตี้แล้ว เรื่องท้องไม่พร้อมช่วยแล้วห่อเหี่ยว พอช่วยแล้วส่งนี้เราไม่เคยลั่นลาออกมาเลย ไม่มีความรู้สึกพองโตว่าฉันได้ช่วยคน ไม่มี [เน้นโดยผู้เขียน]**”

(นุชนาถ, 29 ตุลาคม 2556, ลับภาพณ์)

เอมิกา เป็นนักสังคมสงเคราะห์ที่ดูแลศูนย์คุ้มครองเด็กและสตรี หรือศูนย์พึ่งได้ในโรงพยาบาลศูนย์ในจังหวัดแห่งหนึ่ง อธิบายกระบวนการคิดเรื่องบาปบุญคุณโทษที่ยังคงเป็นประเด็นถกเถียงสำคัญในการทำงาน และสร้างความรู้สึกขัดแย้งในใจของเจ้าหน้าที่หลายฝ่ายรวมทั้งแพทย์ว่า

“ถ้ามี case หมอเขาจะประชุมกัน แต่มีหมอทำแค่คนเดียว **คนอื่นไม่ทำเพราะบาปบุญคุณโทษ เหตุผลเดียว** เรามีคลินิกให้คำปรึกษาทางเลือกเมื่อตั้งครรภ์ แต่ก็**จะถือเรื่องบาปบุญคุณโทษเป็นสำคัญเหมือนกัน...แรกๆ ก็คิดและกังวลเรื่องผลพลอยบาปอยู่นะ มีแต่คนบอกว่าคิดเสียว่ามันเป็นหน้าที่เรา ช่วยเหลือเพื่อให้เขาไม่มีกรรมต่อไป เราทำดีแล้วประมาทนี้ แต่ก็ยังไม่แล้วใจ [เน้นโดยผู้เขียน]** อย่างถ้าเจอเคสถูกข่มขืน หรือเด็กอายุ 12-13 หรือเคส

วัยรุ่นที่ประมาท เรายังตำหนิแล้วสอนว่า ‘รู้นี้ แล้วทำไมไม่คุม’ แต่ถ้าเป็นเด็กที่ไม่รู้เรื่อง
คุยกันแล้ว EQ, IQ ไม่ดีเท่าไร ตรงนี้จะเห็นใจอยู่”

(เอมิกา, 5 พฤศจิกายน 2556, สัมภาษณ์)

ความรู้สึกว่าพลอยติดบาปจากการทำแท้งไปด้วยนี้ ทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพจำนวนหนึ่ง
เกิดความขัดแย้งในใจตัวเอง เมื่อจะต้องให้ความช่วยเหลือผู้หญิงท้องไม่พร้อมที่ต้องการทำแท้ง สิ่งที่เกิดขึ้น
ระหว่างกระบวนการให้ความช่วยเหลือผู้หญิงเหล่านี้คือ การไตร่ตรองและต่อรองภายในใจตัวเองเพื่อจะหา
จุดลงตัวระหว่างความเชื่อทางศาสนาที่ยึดถือส่วนตัว หรือที่ได้รับการหล่อหลอมมาตลอดชีวิต ศีลธรรม
ที่ว่าด้วยบาปบุญคุณโทษ บทบาทหน้าที่และจริยธรรมทางวิชาชีพสาธารณสุข ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่าง
ผู้รับและผู้ให้บริการ ความคิดเรื่องสิทธิมนุษยชน สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ บทบาทและหน้าที่ทางการเจริญพันธุ์
ที่สังคมกำหนดให้ผู้หญิงต้องเป็นแม่ ฯลฯ รวมถึงการฟุ้งซันของเหตุผลที่ผู้หญิงต้องการยุติการตั้งครรภ์
และสถานการณ์อันจำเป็นในชีวิตของผู้หญิง กระบวนการปรับสมดุลในใจ และใคร่ครวญถึงผลพลอยมา
จากการทำแท้งของผู้ให้บริการ สะท้อนให้เห็นในหลากหลายลักษณะ ดังนี้

“บางเคสก็จะรู้สึกมากหน่อย อย่างเคสหนึ่งไปทำแท้งมาแล้ว 2 รอบ มีลูกอยู่ที่บ้านอีก 2
ตอนนี้ท้องที่ 5 บอกว่า ‘หนูไม่พร้อมหรือที่ เพราะแฟนขับมอเตอร์ไซค์รับจ้าง ตัวหนูเอง
ก็รับจ้าง ทำหมันก็กลัว คุณธรรมชาตินันท์ก็ล้มเหลว กินยากก็กลัวอ้วน’ คือท้อง 5 มาหาเรา
ความรู้สึกก็ลบแล้ว จะท้องอะไรก็หนา ทำมาแล้ว 2 ยังพลาดอีก ในความรู้สึกหนูมองว่า
คุณอ้างแกว่าไม่พร้อม แล้วคุณกำลังฆ่าคนอื่นคนหนึ่ง **ความขัดแย้งในใจจะยิ่งเข้มข้นขึ้น
หนูก็จะรู้สึกไม่ดีแล้ว เวลาที่ทำเสร็จ (ให้คำปรึกษา) ก็ไม่อยากคุยกับใคร [เน้นโดยผู้เขียน]**”

(พยาบาล หน่วยบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลจังหวัดแห่งหนึ่ง,
29 ตุลาคม 2556, สัมภาษณ์)

อามินะห์ เป็นนักสังคมสงเคราะห์ ทำงานอยู่ในศูนย์พึ่งได้ของโรงพยาบาลศูนย์ในจังหวัดแห่งหนึ่ง
ทางภาคใต้ แม้จะผ่านการอบรมเพื่อทำงานในประเด็นเรื่องเด็ก ความรุนแรงในครอบครัว และการให้คำปรึกษา
ทางเลือกเรื่องท้องไม่พร้อม แต่การเผชิญกับคนไข้ที่เข้ามาขอรับบริการยุติการตั้งครรภ์ครั้งแล้วครั้งเล่า ก็ยัง
สร้างความขัดแย้งในใจเมื่อต้องให้ความช่วยเหลือ อามินะห์เล่าให้ฟังถึงความรู้สึกขัดแย้งในใจครั้งหนึ่งที่ต้อง
ให้ความช่วยเหลือเด็กสาวคนหนึ่ง ที่พยายามจะฆ่าตัวตายด้วยการเดินข้ามถนนให้รถชน เนื่องจากถูกละเมิด
ทางเพศและตั้งครรภ์ ต่อมาเด็กสาวคนนี้ได้ถูกส่งตัวมารับบริการยุติการตั้งครรภ์จากโรงพยาบาลในพื้นที่จังหวัด
ชายแดนภาคใต้ อามินะห์จึงได้เอากรณีเหล่านี้ไปปรึกษาทั้งโตะอิหม่ามและจุฬาราชมนตรี เพื่อหาจุดลงตัวของ
การจัดการความรู้สึกขัดแย้งระหว่างความเชื่อทางศาสนาและหน้าที่ที่รับผิดชอบในฐานะผู้ให้บริการสุขภาพ
และยังคงเผชิญความรู้สึกขัดแย้งในใจบ่อยครั้งที่ต้องช่วยเหลือผู้หญิงให้ได้ยุติการตั้งครรภ์

“ตามหลักศาสนาของอิสลาม มันเป็นเรื่องประสงค์ของอัลเลาะห์ที่จะให้เด็กเกิดมา มันเป็น
ผลบุญที่พระเจ้าประทานให้ หนูเคยเล่าเรื่องแบบนี้ให้ท่านจุฬาราชมนตรีฟังว่า **ทุกครั้งที่หนู
ทำงาน มีความรู้สึกผิดในใจทุกครั้งที่ต้องช่วยเหลือผู้หญิงพวกนี้ หนูทำผิดหลักศาสนาอยู่**

หรือเปล่า เพราะหนูก็เป็นอิสลาม ท่านก็ให้กำลังใจว่า ‘มันคือการเยียวยารักษาในสิ่งที่เขา
วิฤติมา เพราะเขาป่วย’ แต่หนูก็ยังมีความรู้สึกผิดในใจนิดๆ ทุกครั้งที่ส่งต่อ เพราะเราจะเอา
อะไรมาวัดว่าเด็กคนหนึ่งไม่สมควรที่จะเกิดมา...หนูมีความสุขกับงานที่ทำทุกวันนี้ ยกเว้นเรื่อง
การทำแท้งเรื่องเดียว มีหลายคนโทรเข้ามาถามว่าที่นี้รับทำแท้งหรือเปล่า หนูก็ไปถาม
ผู้บริหารว่าอยากให้ OSCC ที่นี้เป็นศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีหรือศูนย์รับทำแท้ง ถ้าจะทำแท้ง
หนูคงต้องย้ายตัวเองออกไป เพราะหนูไม่ชอบ หนูทำไม่ได้ หนูไม่มีความสุข [เน้นโดย
ผู้เขียน]

(อามินะห์, 20 เมษายน 2557, ลัมภาษณ์)

หนึ่งในผลพลอยบาปที่มักเชื่อตามกันเมื่อเกี่ยวข้องกับกาการยุติการตั้งครรภ์คือ การที่ชีวิตของผู้ที่เกี่ยวข้อง
กับการทำแท้งต้องเผชิญอุปสรรคต่างๆ นานา ทั้งในชีวิตส่วนตัวและการทำงาน ดังที่มักได้ยินว่าการที่ชีวิต
มีอุปสรรค ประสบอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยแบบไม่ได้คาดคิด ชีวิตติดขัดไม่สะดวก ไม่เจริญก้าวหน้า เป็นเพราะ
บาปที่ไปมีส่วนในการทำลายชีวิตหนึ่ง บาปนั้นจึงย้อนกลับเข้ามาหาตัว ผ่านรูปธรรมข้างต้นรวมทั้งเรื่องเล่า
ที่เชื่อตามกันว่าเห็นเด็กเดินตามหรือเด็กเกาะหลัง

“มีเคสเด็กอายุ 9 ปี แม่ไปกรีดยางแล้วมีคนเข้ามาข่มขืน เด็กไม่ได้บอกใคร ไม่รู้เรื่องว่าเกิดอะไร
ขึ้นกับตัวเอง ไม่รู้เลยว่าท้อง เพราะยังเด็กมาก ตอนนั้นหัวหน้าหมอสูติเป็นคนทำให้ ผ่านไป
1 อาทิตย์ แกล้งรถแล้วล้มแขนหัก รักษาอยู่นาน แก้ก็บอกว่าช่วงนี้อยาเพิ่งส่งให้ เพราะยังมี
ความรู้สึกผิดในใจอยู่ [เน้นโดยผู้เขียน] มันไม่ใช่แค่หนูที่รู้สึกแบบนี้ หนูเจอคนที่เวลาผ่านไป
5 ปี 10 ปีแล้วรู้สึกผิด เคยมีคนใช้จิตเวชมายืนด่าที่บ้านว่าไปแยกลูกเขา คุณยอมรับ
สภาพพวกนี้ได้ไหมละ”

(นักสังคมสงเคราะห์ ศูนย์พึ่งได้ (OSCC) โรงพยาบาลจังหวัดแห่งหนึ่ง,
20 เมษายน 2557, ลัมภาษณ์)

“ผลพลอยบาปก็มีคิดบ้าง มีนึกเล่นๆ บ้าง เวลาเดินชนโน่นชนนี่ก็คิดว่าหรือเด็กมาเกาะหลัง
มัย อะไรอย่างนี้ เคยพาเพื่อนไปทำ 6 เดือนต่อมาเจออุบัติเหตุแขนหัก พี่คนหนึ่งบอกว่าทำไม
เจ้ากรรมนายเวรมาเร็วจัง คือใจตัวเองตอนนั้นก็คิดว่าเพราะเราพาเขาไป ทุกวันนี้มันก็ยังม
แวบๆ [เน้นโดยผู้เขียน]

(นักจิตวิทยา ศูนย์พึ่งได้ (OSCC) โรงพยาบาลจังหวัดแห่งหนึ่ง,
30 ตุลาคม 2556, ลัมภาษณ์)

(2) ถูกเลือกปฏิบัติ

ในระดับความสัมพันธ์ทางวิชาชีพหรือกับเพื่อนร่วมงานในสถานพยาบาล แพทย์และบุคลากรทาง
การแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ จะถูกเลือกปฏิบัติในรูปแบบแตกต่าง
หลายหลาย ตั้งแต่การคุกคามด้วยสายตา ซุบซิบ นินทาว่าร้าย เหน็บแนม ถูกเปรียบเทียบกับสิ่งไม่ดีต่างๆ ถูก
วางเฉยหรือไม่ได้รับความร่วมมือจากเพื่อนร่วมงานในแผนกต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กีดกันผู้หญิงที่เข้ามาขอ

รับบริการ ผู้บริหารไม่ให้การสนับสนุนทั้งงบประมาณและบุคลากร จำกัดโอกาสและความก้าวหน้าในการทำงาน ต้องรับภาระการให้บริการยุติการตั้งครรภ์จากหน่วยบริการอื่นๆ ที่ส่งต่อผู้ป่วยมารับบริการ เป็นต้น

พีเอ่ *ลักษณะ* เป็นพยาบาลวิชาชีพ ทำงานในคลินิกวัยรุ่นและคลินิกทางเลือก ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยแห่งหนึ่ง ซึ่งแม้จะไม่ได้เน้นเรื่องยุติการตั้งครรภ์เป็นหลัก และทำงานเรื่องการให้ข้อมูลความรู้เรื่องเพศศึกษาอย่างต่อเนื่อง แต่ก็มักประสบกับการต่อต้านจากเพื่อนร่วมงานในรูปแบบต่างๆ เสมอ ตั้งแต่ินทา ขนานนามว่าเป็นคลินิกบาป พูดตอกย้ำว่าการทำงานจะส่งผลไม่ดีต่อชีวิตครอบครัว ไปจนถึงไม่ให้ความร่วมมือและขัดขวางการทำงาน

“เมื่อก่อนหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลเขามองว่าเรื่องนี้มันมีแต่ติดลบและเสมอตัว ไม่เหมือน ANC หรือฉีดวัคซีน เพราะมันส่งเสริมให้คนเกิด เขาชอบพูดว่างานที่หนูทำมันบาป และสิ่งที่ไม่ดีพวกนั้นมันจะส่งผลถึงตัวหนู **สามี ลูก**...ตอนผู้บริหารคนใหม่มา พี่ที่อยู่ห้องบัตร OPD มาบอกว่า ‘พอ. คนนี้เป็นคนธรรมะธรรมโม ไม่ชอบเรื่องพวกนี้ ให้เราเตรียมตัวปิดศูนย์นี้ หางานใหม่ได้เลย’ ก็เลยเข้าไปคุยกับพอ. บอกว่าหนูไม่สบายใจ เนื่องจากได้ยินมาว่าเป็นคนธรรมะธรรมโม ไม่เห็นด้วยกับคลินิกวัยรุ่นซึ่งมีเรื่องยุติการตั้งครรภ์ แก่ก็หัวเราะและบอกว่ามันเป็นนโยบาย ถ้าเราไม่ทำแล้วใครจะทำ เขาก็จะไปทำแท้งเถื่อนเพราะเราไม่ทำ แต่เราไม่ได้ทำหมดทุกเคส [เน้นโดยผู้เขียน]”

(ลักษณะ, 2 เมษายน 2557, สัมภาษณ์)

“อาจารย์ในภาควิชาเคยคุยกันเรื่องนี้ มีทั้งที่เห็นด้วยแต่ไม่ลงมือทำ และที่ไม่เห็นด้วยแต่ก็ไม่ขัดขวาง เพราะเราทำเพื่อช่วยผู้หญิง ไม่ได้เพื่อไปขอผลงานวิชาการ **มีผู้ใหญ่ข้างบน เขาปรามผมมาเหมือนกันว่าอย่าส่งเรื่องทำแท้งขึ้นไป เพราะมันจะไม่ผ่าน** ผมก็บอกเขาไปว่าผมเองก็ไม่เคยอยากขอ”

(อาจารย์แพทย์ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง, 4 มิถุนายน 2557, สัมภาษณ์)

การพูดจาว່าร้ายหรือเหน็บแนมให้ได้ยินนั้น มักเกิดขึ้นในกลุ่มเพื่อนร่วมงานใกล้ชิดที่มีปฏิสัมพันธ์กัน ลมำเสมอ หรือเป็นญาติสนิท คู่ครอง การพูดจาว່าร้ายที่วานี้มักอธิบายว่าเป็นความปรารถนาดีที่ไม่ควรเข้าไปข้องเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ เนื่องจากจะได้ผลกระทบหรือผลพลอยบาปจากการทำแท้งมาด้วย ที่สำคัญคือเชื่อว่าบาปกรรมจากที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับการทำแท้งนั้นจะทำให้ชีวิตไม่เจริญก้าวหน้า และอาจส่งผลถึงทั้งตัวเองและครอบครัว

“มีคนรายรอบที่อยู่ในโรงพยาบาลชอบมาพูดว่า**ผมทำบาป ถ้าผมไม่ทำ ผมจะดีกว่านี้**เยอะ เขามาพูดว่าอาจารย์น่าจะเปลี่ยนใจ พี่สาวเป็นอาจารย์พยาบาลว่า **ฉันไม่เข้าไปหาเธอที่คลินิกหรือรถสกปรก**’ ความเห็นของคนมันรุนแรงแล้วกระทบจิตใจมาก ๆ ภรรยาก็ไม่เคยสนับสนุนและชอบพูดกระแนะกระแหนเสมอ มาขู่ผมว่า**ถ้าเธอทำแท้งฉันจะเลิกกับเธอ** [เน้นโดยผู้เขียน] แต่เขาคงเห็นความมุ่งมั่นของผม ก็ไม่เคยเลิกนะ ผมบอกเขาว่าให้**เห็นใจผู้หญิงคนหนึ่ง**”

(สุตินรีแพทย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยแห่งหนึ่ง, 2 เมษายน 2557, สัมภาษณ์)

หมอโก้ หรือ นพ.สิทธิพงษ์ เป็นแพทย์เพิ่มพูนทักษะหรือหมออินเทิร์นปีที่ 2 ดูแลรับผิดชอบเรื่องแม่และเด็กอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนในอำเภอแห่งหนึ่งทางภาคใต้ ระหว่างเรียนแพทย์ หมอโก้เคยเจอคนไข้ท้องไม่พร้อมที่ใช้ไม้เสียบลูกชิ้นสอดเข้าไปในช่องคลอดเพื่อทำแท้งจนติดเชื้อและต้องตัดขาที่เนาออก เมื่อเรียนจบเป็นแพทย์เต็มตัวจึงพยายามทำทุกอย่างให้ผู้หญิงท้องไม่พร้อมได้รับบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย แม้จะมีแรงเสียดทานจากเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลและครอบครัวที่ไม่เห็นด้วยกับการทำแท้งก็ตาม

“ปีที่แล้วผมใช้ทุน ยังเป็นเด็กตัวเล็ก ไม่มีบทบาทอะไรมาก พอมาอยู่ที่นี่ก็บทบาทมากขึ้นทำอะไรได้บ้าง แต่พอผมจะทำ ก็มีคนอื่นไม่เห็นด้วย เพราะเขากลัวคนทั่วไปจะมองว่าโรงพยาบาลนี้เป็นโรงพยาบาลทำแท้ง ผมเคยมีปัญหาเกี่ยวกับพี่พยาบาลที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่เข้าไปเหน็บยา เตรียมปากมดลูกก่อนจะดูด เขาบอกว่าเคลแบบนี้เขาอึดอัด ไม่อยากทำ ผมก็ไม่โหดถ้าผมไม่อยู่ก็ไม่มีคนทำ ที่บ้านบอกว่ามันบาป [เน้นโดยผู้เขียน] ผมก็หยุดคุย ไม่เล่าเลยว่าผมทำอะไร กลัวเขาไม่สบายใจ”

(นพ.สิทธิพงษ์, 23 เมษายน 2557, สัมภาษณ์)

นอกเหนือจากนี้ ทั้งแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพยังเผชิญประสบการณ์ถูกเลือกปฏิบัติในลักษณะต่างๆ โดยเฉพาะการไม่ให้ความร่วมมือ ปฏิเสธไม่ให้บริการ โสไปหาบริการยุติการตั้งครรภ์ที่อื่น ไม่รับผู้ป่วยเข้าไว้ในวอร์ด ส่งต่อผู้ป่วยไปมาระหว่างแผนก ไม่จ่ายยาเพื่อยุติการตั้งครรภ์ให้ ชัดขวางการให้บริการ เป็นต้น ทั้งหมดนี้แสดงความพยายามที่จะรักษาระยะห่างกับการยุติการตั้งครรภ์ในทุกรูปแบบให้มากที่สุด เพื่อหลีกเลี่ยงผลกระทบที่เชื่อว่าจะเกิดขึ้นจากผลพลอยมาของการมีส่วนร่วมให้ผู้หญิงทำแท้ง บ่อยครั้งสถานการณ์เหล่านี้นำไปสู่ความตึงเครียดในหน่วยบริการ ส่งผลให้ผู้หญิงได้รับบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ล่าช้า ไม่ได้รับบริการสุขภาพตามมาตรฐานที่สมควร หรือไม่ให้บริการเลย

“มีคนไข้ที่ใช้ยายุติการตั้งครรภ์ เจ้าหน้าที่ถามว่าเวรนี้มี 3 คน ไม่มีคนให้ยาเลย จะทำยังไง เขาไม่ได้ต่อต้านนะ แต่เขาทุกขใจที่จะทำ เขาบอกว่าการที่อยู่นี้แล้วทำให้เขาเสื่อมเสียชื่อเสียงไปด้วย เพราะเขาไปเดินตลาดแล้วชาวตลาดบอกว่าที่นี่ทำแท้ง [เน้นโดยผู้เขียน] เขาก็ไม่รู้จะตอบอย่างไร ผมบอกว่าคุณเป็นพยาบาลที่นี่ คุณต้องตอบได้ ต้องมีเหตุผลมองสถานการณ์ในภาพรวม ไม่ใช่ดูแต่ตัวเอง”

(สูติแพทย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยแห่งหนึ่ง, 2 เมษายน 2557, สัมภาษณ์)

นายแพทย์सानต์ เป็นอาจารย์แพทย์ที่ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแพทย์แห่งหนึ่ง นอกจากสอนหนังสือให้กับนักศึกษาแพทย์แล้ว หมอसानต์ยังทำงานในคลินิกทางเลือกในการเจริญพันธุ์ ซึ่งให้บริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ รวมทั้งยุติการตั้งครรภ์ให้กับผู้หญิงที่เข้าเงื่อนไขให้บริการของทางคลินิก ซึ่งเผชิญอุปสรรคในการดำเนินงานมาโดยตลอด อาทิ ผู้บริหารไม่สนับสนุนและขอให้งดบริการ เนื่องจากไม่อยากให้ถูกมองว่าเป็นโรงพยาบาลทำแท้ง เสี่ยงชื่อเสียง และอาจส่งผลกระทบต่อตำแหน่งผู้บริหารได้ เจ้าหน้าที่หลายฝ่ายไม่ให้ความร่วมมือ ปฏิเสธการรักษาทุกกรณี เนื่องจากไม่อยากข้องเกี่ยวกับการทำแท้ง ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใดก็ตาม

“คนไข้มาเจอพยาบาลที่ไม่เห็นด้วยเรื่องนี้ เขาก็จะไล่ไปเลย มันเป็นกำแพงอันหนึ่งที่เราแก้ปัญหาไม่ได้ มันอยู่ที่ตัวบุคคล ถ้าเขาเจอเขาจะปฏิเสธหมด เราเคยมีปัญหากับภาควิชาชีพสัตวแพทย์ (ดมยาสลบ) เขาไม่เห็นด้วยกับการทำแท้ง วันนั้นคนไข้เข้าห้องผ่าตัดแล้ว แต่หมอสัตวแพทย์ไม่ยอมเข้าห้อง พยาบาลเดินมาบอกผมว่า **ถ้าเป็นเคสทำแท้งแบบนี้ เขาจะไม่เข้ามาดมยาสลบให้ เขาว่าห้องนี้มันบาป** [เน้นโดยผู้เขียน] ผมเลยโทรไปว่าทำได้อย่างไร คุณเอาเรื่องส่วนตัวมาใช้แบบนี้มันถูกหรือ เขาว่า ‘เพื่อลัทธิพันธภาพอันดี อาจารย์อย่าเซ็ดเคสแบบนี้มาเลย เพราะว่าเขารับไม่ได้ เขาไม่ยอม’ เราเลยต้องเปลี่ยนวิธี”

(อาจารย์แพทย์ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง, 4 มิถุนายน 2557, สัมภาษณ์)

“อุปสรรคก็คือพยาบาลหน้าห้อง อย่าง OPD ผ่าครรภ์ เขาบอกว่าเฉพาะการตั้งครรภ์อย่างเดียว มันจะมีบางชั้นที่ไม่กล้าเอาไซโตเทคให้คนไข้ **เพราะว่ามันคือยาทำแท้ง** เขาคิดแต่ว่าเขาไม่อยากจะทำ คือบริบทของสังคมไทยที่เราใช้อารมณ์ในการใช้ชีวิตประจำวันมากกว่าเหตุผล [เน้นโดยผู้เขียน] คนไข้ผมโดนตัดสินไปหมดแล้ว น่าสงสารมากเลย”

(อาจารย์แพทย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง, 14 สิงหาคม 2556, สัมภาษณ์)

การหลีกเลี่ยงผลพลอยบาปส่งผลให้เกิดสถานการณ์ตึงเครียดในการส่งต่อผู้หญิงท้องไม่พร้อมที่ต้องการทำแท้งไปมาระหว่างหน่วยบริการ แม้จะมีความพร้อมสามารถให้บริการได้ก็ตาม โดยลืมนึกไปว่าการทำให้ **ผู้หญิงที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ได้รับบริการล่าช้า**นั้นก็ **เป็นอีกรูปแบบหนึ่งของการปฏิเสธการรักษา** หน่วยบริการที่ไม่ปฏิเสธการให้บริการยุติการตั้งครรภ์แก่ผู้หญิงท้องไม่พร้อมจึงมักต้องรับภาระที่หน่วยอื่นส่งต่อมาให้โดยไม่จำเป็นและเกินสมควร

พี่เอ๋ **ลักษณะมา** เป็นหนึ่งในหน่วยส่งต่อบริการยุติการตั้งครรภ์ที่เผชิญกับการรับคนไข้ที่ถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลในพื้นที่ที่ปฏิเสธการให้บริการยุติการตั้งครรภ์เป็นประจำ และการที่โรงพยาบาลซึ่งพี่เอ๋ทำงานอยู่มีเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาทางเลือก มีอุปกรณ์เครื่องมือและแพทย์ที่สามารถให้บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยได้ ทำให้พี่เอ๋ต้องรับคนไข้ท้องไม่พร้อมที่ถูกปฏิเสธจากโรงพยาบาลอื่นๆ เสมอ แม้จะเป็นกรณีที่กฎหมายและข้อบังคับของแพทยสภากำหนดให้หน่วยบริการสามารถทำได้อย่างชัดเจนก็ตาม

“เคสหนึ่งปัญหาอ่อนและโดนข่มขืนมา เข้าตามข้อบ่งชี้แต่เขาไม่รับ พี่โทรประสาน OSCC เขาบอกว่า **หมอไม่รับ อย่าส่งมา ผอ. สปสช. เขตบอกว่า ‘อะไร ทำไมปฏิเสธการรักษา** เห็นเราเป็นองคฺุศลิมล ตัวเองเป็นเจ้าของแม่กวนอิมตลอดเลยหรือยัง?...เวลาออกทีวีเขาก็พูดว่าช่วยตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ แต่ไปถาม OSCC ที่นั่น มีข้อบ่งชี้ก็ไม่ทำ เขาบอกว่า **ลูกพี่ไม่ทำแล้วลูกน้องจะทำทำไม** หมอคนหนึ่งที่นี่เป็นเบาหวาน ผมหงอกมาเรื่อยๆ เขาก็หาว่าเป็นโรครุมเร้าเพราะการทำแท้งนี้แหละ [เน้นโดยผู้เขียน]”

(ลักษณะมา, 2 เมษายน 2557, สัมภาษณ์)

(3) ผลักไปอยู่ชายขอบ

ผลจากการที่ทั้งแพทย์และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพถูกมองว่าได้รับผลประโยชน์หรือติดบ่วงจากการทำแท้งมาด้วยนั้น หากพิจารณาในระดับความสัมพันธ์ทางสังคมแล้ว หมอและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการยุติการตั้งครรภ์เหล่านี้จะถูกผลักให้ไปอยู่ชายขอบ ถูกมองไม่ตี ถูกตัดสินและเหมารวมว่าเป็นหมอทำแท้ง แผนกหรือหน่วยงานถูกเอาไปเปรียบเทียบและขนานนามว่าเป็นคลินิกบาป

ผลประโยชน์ยังส่งผลทำให้การให้บริการยุติการตั้งครรภ์ เป็นทั้งชายขอบของงานในสาขาสูตินรีเวชศาสตร์ และเป็นชายขอบของการให้บริการสุขภาพทั่วไปในโรงพยาบาล (mainstream medicine) หลายแห่งเผชิญปัญหาเรื่องขาดการสนับสนุนงบประมาณ บุคลากร สถานที่ และความก้าวหน้าทางสายงาน ไม่มีใครเห็นความสำคัญ ถูกปฏิเสธความร่วมมือบ่อยครั้ง ไม่มีใครอยากทำ ไม่มีใครอยากเกี่ยวข้องกับ ผลประโยชน์ส่งผลให้แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาทางเลือก และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการทำแท้งถูกตีตราอย่างเหมารวม และกลายเป็นบุคลากรชายขอบในงานด้านสาธารณสุข ทำงานชายขอบที่ถูกลดทอนความสำคัญ โดดเดี่ยว และเสี่ยงต่อการถูกประณามให้เสียชื่อเสียง

พีเอ่ ลักษณะ เล่าให้ฟังว่าพื้นที่ของคลินิกวัยรุ่นและคลินิกทางเลือกที่ทำงานอยู่นั้น ตั้งอยู่ตรงข้ามกับคลินิกแม่และเด็ก ซึ่งดูแลผู้หญิงหลังคลอด บ่อยครั้งที่การทำงานของสองคลินิกที่ตั้งอยู่ตรงข้ามกันนี้ถูกมองว่าขัดแย้งและอยู่สุดขั้วตรงข้ามกันอย่างสิ้นเชิง คนไข้ที่เข้ามาในคลินิกที่พีเอ่ทำงานมักจะอยู่ในสถานการณ์ปัญหาและต้องการความช่วยเหลือ บ้างท้องไม่พร้อม บ้างเผชิญความรุนแรง เต็มไปด้วยความทุกข์ และส่วนหนึ่งต้องการยุติการตั้งครรภ์ ขณะที่คลินิกแม่และเด็กที่อยู่ฝั่งตรงข้ามเต็มไปด้วยความสุข เพราะทำงานกับการให้กำเนิดชีวิตใหม่ พื้นที่ตรงข้ามของคลินิกที่ทำงานตรงข้ามกันจึงกลายเป็นรูปธรรมของโลกทัศน์ที่ตรงข้ามกันในการให้บริการสุขภาพ พีเอ่จึงมักเผชิญกับการถูกเลือกปฏิบัติในรูปแบบต่างๆ เสมอ

“เรามองว่าคลินิก (วัยรุ่น) นี้เป็นคลินิกบาป คลินิกของคูลีมาล ส่วนคลินิกนมแม่เป็นคลินิกเจ้าแม่กวนอิม เพื่อนบ้าน (แผนกอื่นๆ ในโรงพยาบาล) ต่อด้าน เขาวามันมีปัญหาอะไร นักหนา พ่อแม่ไม่สอนกันหรืออย่างไร เขาไม่เข้าใจ คนรู้จักกันบอกว่า ‘หวังดีนะ ถ้าเปลี่ยนงานได้ ให้เปลี่ยนเถอะ ไปทำงานที่เป็นเชิงบวก ทำงานที่ไม่ส่งผลต่อสภาพจิตใจและศีลธรรม’ เขาชอบพูดว่างานที่พีเอ่มันบาป และสิ่งที่ไม่ดีพวกนั้นมันจะส่งผลถึงตัวพีเอ่ สามี่ ลูกหมอส่วนใหญ่เขาไม่อยากจะเชื่อว่าทำแท้ง เพราะว่กลัวตัวเองเสียชื่อ เสียภาพลักษณ์ [เน้นโดยผู้เขียน]”

(ลักษณะ, 2 เมษายน 2557, สัมภาษณ์)

การผลักให้บริการยุติการตั้งครรภ์เป็นชายขอบของงานทางสูตินรีเวชกรรมนั้น ทำให้ทั้งแพทย์และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการทำแท้ง ถูกเปรียบเทียบว่าเป็นพื้นที่สีเทา (grey area) อยู่ในงานสูตินรีเวชกรรม ไม่มีใครอยากทำ และไม่สามารถพูดถึงการทำแท้งด้วยความภาคภูมิใจได้

“การทำแท้งมันเป็นที่ตั้งสีดำ อย่างเช่น วันนี้ต้องไปงานแต่งงาน มีก็คนที่บอกว่ันนั้นอาจารย์หมอที่ทำคลอดลูกหนูเอง แล้วจะมีสักคนใหม่ที่ทำแท้งให้หนูเอง ไม่มีหรอก หน้างานสูติมันมีทำคลอด รักษา มีบุตรยาก รักษาโรคสตรี นรีเวช ผ่าตัด รักษาช่องคลอด

ฮอโรมัน ฯลฯ งานมันเยอะไปหมด แล้วใครจะมายกย่องเชิดชูตั้งสืดำบ้าง หมอสูติเขาจะเลือก
สือื่นที่สวยๆ ไปก่อน ตั้งสืดำเขาไม่ยากทำทารก มันสกปรกกว่าอันอื่น อยากทำก็ทำไป
แต่อย่าได้ไปบอกใคร [เน้นโดยผู้เขียน]

(อาจารย์แพทย์ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง, 4 มิถุนายน 2557, สัมภาษณ์)

ผลลอบบาปกับข้อจำกัดในการให้บริการ

ท่ามกลางการทำความเข้าใจกับทุกความคิดที่ประดังเข้ามาปะทะ และการต่อรองกันทางความคิดในการ
ทำงานเรื่องยุติการตั้งครรภ์ของแพทย์และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ทั้งประเด็นเรื่องระบบศีลธรรมและ
ความเชื่อทางศาสนา อุดมคติเรื่องความเป็นแม่ของผู้หญิง ความเข้าใจเรื่องเพศภาวะและความสัมพันธ์เชิง
อำนาจระหว่างเพศ บทบาทและการกำหนดที่ทางของความเป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ฯลฯ การจัดการกับ
มโนธรรมสำนึก ผลลอบบาป และการปรับสมดุลในใจของผู้ให้บริการด้านสุขภาพเหล่านี้ส่งผลออกมา
ในรูปแบบการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ที่แตกต่างกันหลายระดับ ด้วยเหตุผลตามที่คนๆ นั้นในใจที่แตกต่างกัน
โดยสามารถจัดกลุ่มที่คนๆ เหล่านี้ได้ออกได้เป็น 4 ลักษณะ ดังนี้

(1) **ทัศนคติที่มองว่าการทำแท้งเป็นการฆ่า เป็นการทำลายชีวิต** ซึ่งเป็นไปตามความเชื่อในทุกศาสนา
ที่ถือว่าการทำแท้งเป็นการทำผิดร้ายแรง การทำลายชีวิตเป็นบาปใหญ่ น่ารังเกียจ หากเข้าไปเกี่ยวข้องไม่ว่า
ทางใดจะส่งผลลบ ได้รับผลลอบบาปนั้นมาด้วย ดังเช่นทัศนคติที่มองว่าหน่วยบริการที่ให้บริการยุติการตั้งครรภ์
เป็นคลินิกบาป สกปรก ภาพลักษณ์ไม่ดี ชื่อเสียงเสื่อมเสีย และเป็นสาเหตุให้คนอื่น ๆ ต้องแปดเปื้อนมลทิน
ไปด้วย ผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่มีทัศนคติเช่นนี้จึงไม่สามารถทำให้เกี่ยวข้องกับการทำแท้งได้ ไม่ว่าจะกรณีใดๆ
และพยายามที่จะไม่ให้บริการ เพื่อหลีกเลี่ยงผลลอบบาปที่อาจเกิดขึ้นกับชีวิตตัวเองและครอบครัว

**“ไม่อยากจะยุ่งกับเรื่องนี้ รู้สึกว่าใครที่ยุ่งกับเรื่องนี้มันติดลบหมดทุกด้าน รู้สึกว่าเป็น
พฤติกรรมที่ลึนคืด [เน้นโดยผู้เขียน] ไม่รู้จักระวัง พอมีลูกแล้วเรายังมีกรอบความคิดว่า
ความเป็นแม่ต้องรับผิดชอบ พอทำแท้งไปมันเป็นบาป คนท้องไม่รับผิดชอบมันแย่ เราเชื่อเรื่อง
บาปบุญคุณโทษ ทำไมเขาเกิดมาแล้วต้องไปทำ พวกแพทย์ พยาบาล คิดแบบนี้หมด”**

(นักสังคมสงเคราะห์ ศูนย์พึ่งได้ (OSCC) โรงพยาบาลจังหวัดแห่งหนึ่ง,

28 ตุลาคม 2556, สัมภาษณ์)

(2) **ทัศนคติไม่เห็นด้วยกับการทำแท้ง และมองว่าการทำแท้งเป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุของ
ผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อม** แพทย์และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพในกลุ่มนี้เชื่อว่าส่วนใหญ่แล้วผู้หญิงท้อง
ไม่พร้อมเป็นเด็กวัยรุ่นใจแตก แร่ด ใจง่าย อยากลองมีประสบการณ์ทางเพศ แต่ไม่รู้จักรป้องกัน ไม่มีความรู้เรื่อง
เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เห็นแก่ความสุขของตัวเอง ไม่มีความรับผิดชอบต่อผลที่ตามมาของการไม่ยับยั้งชั่งใจ
ดังนั้น การเข้าไปเกี่ยวข้องในทางหนึ่งทางใดกับการยุติการตั้งครรภ์ ก็จะได้รับผลลอบบาปติดมาด้วย ทั้งรู้สึก
อึดอัดขัดแย้งในใจ ผิดบาปในความรู้สึก ผิดศีลธรรม แม้เพียงเป็นการให้ข้อมูลหรืออธิบายทางเลือกให้ผู้หญิง
ด้วยเชื่อว่าการกระทำเหล่านั้นมีส่วนร่วมโน้มนำให้เกิดการทำแท้งซึ่งเป็นการทำลายชีวิต ผู้ให้บริการจำนวนหนึ่ง
จึงไม่อยากเข้าไปมีส่วนร่วม พยายามหลีกเลี่ยง ขณะที่อีกจำนวนหนึ่งอาจยอมให้บริการในกรณีที่จำเป็นจริงๆ

เท่านั้น เช่น กรณีที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ อันได้แก่ การตั้งครรภ์นั้นเป็นอันตรายต่อชีวิตผู้หญิง ตัวอ่อนมีพัฒนาการไม่สมบูรณ์ ผิดปกติทางพันธุกรรมร้ายแรง ไม่อาจเลี้ยงรอดได้ หรือในกรณีผู้หญิงตั้งครรภ์เนื่องจากถูกข่มขืน และในกรณีที่เป็เด็กหญิงอายุไม่ถึง 15 ปี เป็นต้น

“ถ้าเป็นในแง่ของ *safe abortion* คิดว่าเรายังไม่สามารถที่จะเข้าร่วมได้ เพราะว่าหลายเหตุผลหนึ่ง แบบนี้มันเป็นการแก้ไข้ปัญหาที่ปลายทาง เราอยากให้เป็นเน้นแก้ไข้ปัญหามากกว่า ให้เรามาตามแก้้สิ่งที่มันเกิดขึ้นแล้ว อีกส่วนหนึ่งก็เป็นด้านจิตใจคนทำ ก็จะมีเรื่องศาสนาอะไรเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ถ้าสูตินรีแพทย์เป็นอิสลามเขาก็จะไม่ทำ ในคนที่เคร่งจริงๆ แม้กระทั่งมีข้อบ่งชี้เขาก็จะขอเลี้ยง ไม่ทำเลย บอกว่าทำใจไม่ได้ที่จะต้องทำเลย ศาสนานั้นแหละค่ะที่ไม่ทำ ทางเราหลายท่านก็ยังไม่ค่อยรับเท่าไร ยังไม่โล่งใจ [เน้นโดยผู้เขียน]”

(อาจารย์แพทย์ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง, 10 กันยายน 2556, ลับภาพ)

“หมอไม่ยอมทำ มันยาก เพราะไม่มีได้เลย มีแต่เสีย แล้วใครจะไปยอมเสีย ผลประโยชน์ก็ไม่ได้ หน้าทีก็ไม่ใช่ ทำไปแล้วก็ไม่ได้อะไร เราถูกสอนว่าเกิดมาเพื่อรักษาคน ไม่ใช่มาคนแล้วมันยังมีทัศนคติเรื่องคุณธรรม เรื่องบาปบุญคุณโทษอีก แล้วใครจะไปแก้้ปัญหาปลายเหตุเหมือนเราไปส่งเสริมให้มีเพศสัมพันธ์ ท้องไม่พร้อมเป็นปัญหาปลายเหตุ เพราะต้นเหตุมันไม่ควรต้อง [เน้นโดยผู้เขียน]”

(ผู้บริหาร คลินิกเวชกรรมเอกชนแห่งหนึ่ง, 11 กันยายน 2556, ลับภาพ)

อย่างไรก็ดี แพทย์และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพจำนวนหนึ่งไม่ได้มองว่าการทำแท้งเป็นการแก้้ปัญหาปลายเหตุ แต่มีเหตุผลและคำอธิบายให้กับตัวเองในการให้บริการยุติการตั้งครรภ์แตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่ให้บริการทำแท้งในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ โดยเฉพาะหากการตั้งครรภ์นั้นเป็นอันตรายต่อชีวิตผู้หญิง ตัวอ่อนมีความผิดปกติร้ายแรง ไม่สามารถเลี้ยงรอดได้ และกรณีถูกละเมิดทางเพศซึ่งกฎหมายกำหนดให้ทำได้ แต่ทว่า ความรู้สึกที่กังวลต่อผลพลอยบาปของแพทย์และผู้ให้บริการสุขภาพในกลุ่มนี้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น เหตุผลที่ผู้หญิงต้องการยุติการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ สถานการณ์ปัญหาเฉพาะหน้าที่ผู้หญิงเผชิญ และผลในอนาคตของการเกิดมาในครอบครัวที่ไม่พร้อม

หมอไอ้ หรือ พญ.อารี เป็นสูตินรีแพทย์ประจำโรงพยาบาลจังหวัดภาคกลางแห่งหนึ่ง ซึ่งพบว่าแม่นโยบายและระบบให้บริการในโรงพยาบาลจะไม่ได้กำหนดชัดเจน แต่หมอไอ้ก็จะให้บริการยุติการตั้งครรภ์ในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์และกรณีละเมิดทางเพศ การตัดสินใจให้บริการทำแท้งนอกเหนือจากนี้เป็นการประเมินสถานการณ์ในชีวิต และความจำเป็นของผู้หญิงท้องไม่พร้อม ร่วมกับองค์ประกอบอื่นๆ ในชีวิตของผู้หญิง เช่น อายุครรภ์ อายุของผู้หญิง เป็นต้น

“ส่วนตัวถ้าทำก็จะทำก็ในกรณีที่มีปัญหา เช่น ท้องต่อไม่ได้ ท้องแล้วแม่จะมีอันตราย มีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตก็จะทำให้เลย ถือว่าต้องช่วยแม่เขา หรือเด็กที่มี *multiple abnormalities* คือถ้าออกมาแล้ว *survival* ไม่ได้ก็จะทำให้หมด อย่างเคสที่ถูกละเมิดหรือเจอความรุนแรงมา มันมี *protocol* ชัดเจน เป็นไปตามกฎหมาย อย่างนี้โอเคเลย แต่อยู่ที่อายุครรภ์ด้วย ถ้าไม่มาก

สัก 3-4 เดือน ไม่เกิน 12 weeks อย่างนี้โอเค ถ้าเกินกว่านั้น เช่น 5 เดือนขึ้นไปนี่ก็...อืม ก็ชักไม่ค่อยได้ละ สงต่อ...**เรื่องการทำแท้ง บางอย่างก็เหมือนกับเป็น grey zone แล้วแต่ การตัดสินใจ** โดยส่วนตัว ถ้ามีความจำเป็นก็ทำให้ แต่ถ้าประเมินแล้วมีศักยภาพที่จะเลี้ยงดู ก็ไม่อยากจะทำ หรือถ้าเป็นกรณีอื่นๆ ไม่ทำ **กลัๆ กลัๆ เรื่องบาปบุญคุณโทษลึๆ ก็ส่วนหนึ่ง ถ้ากำลังคนทำก็อาจจะรู้สึกไม่ดี** [เน้นโดยผู้เขียน] ต้องเลือกเคลสละ ถ้าดูแล้วคนไข้เขาไปกับ ชีวิตลักษณะนี้ไม่ได้ น่าเห็นใจ ก็อาจจะทำให้”

(พญ.อารี, 29 ตุลาคม 2556, สัมภาษณ์)

“เราก็มองใจคนที่ไม่อยากทำนะ หมอสุดคือหมอมือทำให้คนไข้ได้เกิด ไม่มีใครอยากทำให้คนไข้ต้อง สูญเสีย **จริงๆ แล้วก็ไม่ได้อยากทำ** แต่ส่งสารเขา เพราะโอกาสที่เขาจะไปหาที่บริการแบบนี้ มันยากมาก และเห็นแก่ความทุกข์ของคนที่เป็นแม่ ส่วนใหญ่ที่ช่วยเป็นเด็กที่มีวุฒิภาวะน้อย ถือว่าให้โอกาสเขา เขาจะได้เริ่มต้นชีวิตใหม่ **ดีกว่าผลึกเขาไปตกแหว ให้เขาไปทำแท้งเถื่อน...ผลพลอยบาปมันมีอิทธิพลต่อชีวิตพอสมควรเลย เรื่องนี้เราคิดอยู่และรู้ว่าบาป** [เน้นโดยผู้เขียน] แต่ถ้าเขาต้องเกิดมาเป็นภาระสังคม หรืออาจจะมีปัญหาต่อไปในอนาคต ก็จะซึ้งใจดู อย่างบางคนท้อง 3 แล้วไม่คุม มาด้วยอายุครรภ์เยอะ 16-17 weeks มันก็จะมีความรู้สึกหนักใจมากที่จะทำ ก็จะคิดถึงเด็กก่อน เห็นเด็กด้อยโอกาสเขาน่าสงสาร จะคิดถึงความรู้สึกทุกข์ของคนที่เป็นแม่ ถ้าไม่อยากท้องต่อก็โอเค เช่นให้”

(พญ.ศรีสุตา, 3 เมษายน 2557, สัมภาษณ์)

(3) ทักษะที่มองการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ว่าเป็นการทำงานตามหน้าที่อย่างหนึ่งของผู้ให้บริการสุขภาพ โดยเฉพาะสูตินรีแพทย์ที่มีหน้าที่ดูแลสุขภาพของสตรีให้ดี ไม่ใช่ปฏิเสธและผลักไล่ให้ผู้หญิงท้องไม่พร้อมที่เข้ามาเพื่อขอยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยไปเสี่ยงชีวิตจากการใช้บริการโดยผู้ที่ไม่ได้เป็นแพทย์ ผู้ให้บริการในกลุ่มนี้เชื่อว่าการให้บริการทำแท้งเป็นการให้บริการและการรักษาทางสูตินรีเวชอย่างหนึ่ง ทั้งยังเป็น การช่วยผู้หญิงที่มีปัญหาเดือร้อนไม่พร้อมตั้งครรภ์ด้วยเจตนาที่ดี ไม่ได้เป็นการทำบาป และไม่ได้หวังผลประโยชน์อื่นใดเป็นการตอบแทน นอกจากช่วยให้ผู้หญิงผ่านพ้นสถานการณ์ท้องไม่พร้อมและดำเนินชีวิตต่อไปได้ สำหรับความรู้สึกผิดบาปในใจนั้นเป็นสิ่งที่ผู้หญิงท้องไม่พร้อมต้องจัดการกับความรู้สึกตัวเอง

“กระบวนการทำงานของเรา เราต้องให้ข้อมูลที่มีรอบด้าน ทั้งศาสนา เศรษฐกิจ สังคม ของ การท้อง/ไม่ท้องต่อ มันดีและเสียอย่างไร เราไม่ได้ตัดสินใจให้เขา ให้เขาและครอบครัวตัดสินใจเอง **จุดยืนในการทำงานคือต้องช่วยให้คนพ้นทุกข์ ส่วนการตัดสินใจเป็นเรื่องของเขา** **บาปกรรม ศีลธรรมเป็นอย่างไรเขาคิดเอง** เพราะความจำเป็นของแต่ละคนมันไม่เหมือนกัน **บาปหรือบาปมันดูที่เจตนา การทำดีมันต้องได้ดี ใครมีหน้าที่อะไรก็ทำไป ทำหน้าที่ตัวเองให้ดีที่สุด** [เน้นโดยผู้เขียน]...มันต้องชัดเจน มันไม่ใช่การซื้อของที่จะคืนกันได้ มันยึดเข้ามาดลือกไปอีกไม่ได้แล้ว”

(ลักษณ์, 2 เมษายน 2557, สัมภาษณ์)

แพทย์และผู้ให้บริการสุขภาพในกลุ่มนี้มีทัศนคติต่อผลพลอยบาปแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการต่อรองเงื่อนไข และองค์ประกอบต่างๆ ของสถานการณ์ที่มองไม่พร้อมในใจตัวเอง เช่น เหตุผลของผู้หญิงที่ต้องการทำแท้ง ความสามารถของครอบครัวในการเลี้ยงดู อายุครรภ์ ประสบการณ์ทำแท้งซ้ำของผู้หญิง วิธีที่ใช้ในการยุติ การตั้งครรภ์ ฯลฯ หลายคนแม้จะตระหนักว่าเป็นหน้าที่แต่ยังคงมีความรู้สึกผิดบาปอยู่ในใจลึกๆ เมื่อต้อง ให้บริการหรือเข้าไปเกี่ยวข้อง ขณะที่อีกหลายคนยึดมั่นว่าการทำแท้งเป็นการให้บริการตามหน้าที่ ไม่มี ความรู้สึกอื่นใด การให้บริการหรือช่วยให้ผู้หญิงท้องไม่พร้อมเข้าถึงบริการทำแท้งที่ปลอดภัยนั้น เป็นการทำความดี เจตนาดี จึงควรจะได้รับผลที่ดี ผลพลอยบาปเป็นเพียงเหตุผลที่สกัดกั้นไม่ให้ผู้หญิงได้รับบริการที่ปลอดภัย ดังนั้น จึงควรทำหน้าที่รับผิดชอบของตัวเอง ด้วยการให้ข้อมูลทางเลือกที่รอบด้านแก่ผู้หญิงท้องไม่พร้อม เพื่อประโยชน์ในการตัดสินใจ และด้วยการให้บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย

แพทย์ประจำบ้านอย่างหมอไก่ ซึ่งมีประสบการณ์ที่เคยเจอคนไข้ต้องตัดขาเนื่องจากพยายามยุติการตั้งครรภ์ ด้วยตัวเองแล้วติดเชื้อ จึงถือว่าการให้บริการทำแท้งอย่างปลอดภัยนั้นเป็นบทบาทที่สำคัญของแพทย์ในการ ดูแลชีวิตผู้หญิง และควรให้บริการอย่างรวดเร็ว เพื่อลดความเสี่ยงทุกอย่างที่อาจเกิดขึ้น

“ผมคิดว่าการที่ผู้หญิงคนหนึ่งเดินเข้ามาในโรงพยาบาลแล้วตรวจพบว่าเขาตั้งครรภ์ไม่พร้อม เขาคงต้องไปหาสักที่หนึ่งที่สามารถเอาเด็กของเขาออกให้ได้ ซึ่งอาจจะไม่ปลอดภัย เช่น ติดเชื้อที่โพรงมดลูกถึงขั้นเสียชีวิต มันจะมีผลเสียมากกว่าผลดี แต่ถ้าผมทำให้ตั้งแต่ต้นตามหลัก การแพทย์ ด้วยเทคนิคที่ถูกต้อง สะอาด ปลอดภัย มีผลข้างเคียงน้อยกว่า ค่าใช้จ่ายก็ ลดลง ลดงานของโรงพยาบาลด้วย **เราตัดไฟแต่ต้นลมมันจะช่วยลดทุกอย่าง** ผมพยายาม บอกที่พยาบาลว่าอย่าคุยกับเด็กนาน ให้รีบส่งมาที่ผมเร็วที่สุด เพราะอายุครรภ์มันโตขึ้นทุกวัน ผมเสียตายโอกาสที่เขาอดสำห้เข้ามาแล้ว เพราะการที่ผู้หญิงคนหนึ่งเดินเข้ามาขอให้เราทำให้ เขาคงไม่หน้าด้านเดินเข้ามาให้เราทำทุกรอบหรอก **เขาคงมีความจำเป็นจริงๆ เราน่าจะช่วยเหลือ เขาได้** [เน้นโดยผู้เขียน]”

(นพ.ลธิพงษ์, 23 เมษายน 2557, สัมภาษณ์)

“ผมบอกหมอรุ่นน้องเสมอว่า ‘ถ้าไม่ทำ ก็ช่วยให้เขาตั้งครรภ์ต่ออย่างมีคุณภาพ ถ้าไม่ช่วยแล้ว เขาไปทำแท้งจนเสียชีวิตหรือพิการ ทั้งที่เราช่วยได้แล้วไม่ช่วย นั้นแหละบาปที่เราแก่งทำเป็น ไม่รู้’ ให้เขาคุยกับคนไข้ **ให้เขาเลือกชีวิตของเขาเอง เขาต้องตัดสินใจเองเพราะชีวิตเป็น ของเขา** ถ้าเขาไม่เอาจริงๆ เราก็ช่วย **เราเป็นสูติแพทย์ มีหน้าที่ต้องดูแลสุขภาพสตรีให้ ปลอดภัย** การปฏิเสธมันเป็นวิธีของมนุษย์ที่จะอ้าง เหตุผลที่ว่ามันคือเหตุผลของเราที่จะตัดสินใจ ช่วยหรือไม่ช่วย มันเป็นทัศนคติ แต่ผมคิดว่ามันเป็นหน้าที่ ผมพูดในที่ประชุมว่าขอให้ไปทบทวน ว่าหน้าที่ของสูติแพทย์คืออะไร **สูติแพทย์มีหน้าที่ดูแลสุขภาพของสตรีให้ดี ไม่ใช่ปฏิเสธเขา ทั้งที่รู้อยู่แล้วว่าเขาจะไปทำแท้ง และต้องกลับมารักษาซากของผู้หญิงคนนั้น ตัดมดลูก รักษา โรคเรื้อรังแบบนี้หรือ เรามีหน้าที่ที่ต้องทำ ส่วนความชอบไม่ชอบ ทำไม่ทำ มันเป็นเรื่อง ของความรู้สึก ความคิดมาตัดสินใจในหน้าที่มันไม่ได้** [เน้นโดยผู้เขียน]”

(นพ.ชาญชัย, โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง, 22 เมษายน 2557, สัมภาษณ์)

(4) **ทัศนคติที่มองว่าการตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์นั้นเป็นทางเลือกและเป็นสิทธิโดยชอบธรรมของผู้หญิงที่จะจัดการกับเนื้อตัวร่างกายและชีวิตเจริญพันธุ์ของตัวเอง** การมีเพศสัมพันธ์ที่นำไปสู่การตั้งครรภ์ไม่ว่าจะเป็นเงื่อนไขที่ผู้หญิงควบคุมได้ หรือที่อยู่เหนืออำนาจควบคุมของผู้หญิงก็ตาม เป็นสิทธิของผู้หญิงที่จะเลือกตัดสินใจกับร่างกายและชีวิตของตัวเอง ไม่ใช่หน้าที่ของผู้ให้บริการทางสุขภาพคนใดที่จะไปตัดสินใจการกระทำหรือชีวิตของผู้หญิงท้องไม่พร้อมนั้นด้วยความเชื่อเรื่องบาป/ไม่บาป หรือดี/ชั่ว ผิด/ถูก การใช้สิ่งทีเรียกว่ามโนธรรมสำนึก (conscientious objection) หรือความรู้สึกส่วนตัว หรือเอาความเชื่อส่วนตัวไปสร้าง ความเกลียดชังหรือตัดสินใจการกระทำของผู้หญิง รวมทั้งปฏิเสธการตัดสินใจของผู้หญิงเหล่านั้นเป็นสิ่งไม่สมควร และที่สำคัญยิ่งกว่าคือไม่ควรเอาความเชื่อส่วนตัวเช่นนั้นมาอยู่เหนือหน้าที่รับผิดชอบในฐานะที่เป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพ นอกจากนี้ผู้ให้บริการบางส่วนยังมีทัศนคติว่าความเชื่อเรื่องบาปเป็นความเชื่อฝังหัวที่ถูกสอนกันมา และเชื่อตามกันโดยไม่ตั้งคำถามใดๆ

แพทย์และผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่มีทัศนคติเช่นนี้ แยกออกอย่างชัดเจนระหว่างตัวเองในฐานะผู้ให้บริการกับผู้หญิงในฐานะผู้รับบริการ ไม่ว่าจะเข้ามาขอรับบริการยุติการตั้งครรภ์ด้วยเหตุผลใดก็ถือว่าเป็นอำนาจและสิทธิอันชอบธรรมของผู้หญิงที่มีเหนือเนื้อตัวร่างกายตัวเอง แพทย์หรือผู้ให้บริการไม่สามารถใช้อำนาจเหนือกว่าในฐานะแพทย์ตัดสินใจแทนได้ และต้องรู้เท่าทันอคติที่มีในใจตัวเอง ไม่เอาไปเป็นเหตุผลที่จะปฏิเสธไม่ให้บริการ

รศ.พญ.วันดี เป็นกุมารแพทย์ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง อยู่ในคณะทำงานด้านการดูแลและปกป้องเด็กถูกทารุณกรรม (Child Protection Unit) หมอวันดีจึงเข้ามาเกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นในฐานะหมอเด็ก ที่มองเห็นว่าท้องไม่พร้อมจะนำไปสู่การเกิดและการเลี้ยงดูเด็กที่ไม่มีคุณภาพ และเป็นส่วนหนึ่งของคณะกรรมการพิจารณาว่าด้วยผลกระทบจากการตั้งครรภ์ของโรงพยาบาล พญ.วันดีมีทัศนคติต่อเรื่องการทำแท้งว่า

“เด็กไม่จำเป็นต้องไปเผชิญปัญหาตามลำพังแบบนี้ มาตัดสินใจอะไรที่มันอันตรายมากเกินไป โดยส่วนตัวเชื่อว่าผู้หญิงน่าจะมีสิทธิตัดสินใจว่าจะตั้งครรภ์ต่อหรือไม่ การที่ใครต้องทำแท้งมันน่าจะเป็นสิทธิของเขา อาจเพราะเป็นหมอเด็ก เลยรู้ว่ามันต้องทุ่มเทมากเพื่อให้เด็กคนหนึ่งเติบโตขึ้นมา แล้วก็ดูผลของมันว่าถ้าเราไม่ทำมันจะเกิดอะไร ไม่ได้ดูว่าชาติหน้าจะเกิดอะไรขึ้น...เคยมีหมอปฏิเสธเหมือนกัน แต่ก็คุยกับเขาว่าเขาปฏิเสธงานซึ่งคนอื่นเขาทำมาแล้วบอกไม่เคยรับรู้เรื่องนี้ได้อย่างไร จริงๆ มันไม่ได้ คือถ้าไม่รู้ก็ถาม ไม่ใช่ปฏิเสธ เลยบอกเขาว่าถ้าเคลนี้หนูไม่ทำ พี่จะอยู่เวรเหน็บยาให้เอง คือถ้าเป็นความเชื่อทางศาสนา หมอไม่ให้แตะเลย ไม่ต้องมาทำงานเรื่องพวกนี้เลย เพราะไม่รู้จักทำให้เขาทุกข์ไปทำไม เราไม่ควรจะบังคับคนที่มีความเชื่อทางศาสนาให้ทำ ถ้าคุณมีความเชื่อ ก็ไม่ควรมาขัดขวางงานของเรา [เน้นโดยผู้เขียน] แต่งานเราอย่างเดียวมันก็ยากอยู่แล้ว อย่ามาขัดขวางมาตีกันเอง ไม่เอา”

(รศ.พญ.วันดี, กุมารแพทย์ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง,

19 ธันวาคม 2556, สัมภาษณ์)

บทสรุป: คือนักบุญหรือคนบาป

ตราบาปจากการทำแท้งไม่เพียงเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ผู้หญิงท้องไม่พร้อมเผชิญความยากลำบากในการเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยเท่านั้น แต่ ‘ผลพลอยบาป’ ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่สกัดกั้นไม่ให้ทั้งแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพให้บริการทำแท้ง โดยเฉพาะความรู้สึกขัดแย้งในใจว่าที่แท้แล้วการเข้าไปเกี่ยวข้องกับผู้หญิงที่ตัดสินใจทำแท้งนั้นทำให้พวกเขาเป็นนักบุญหรือคนบาปกันแน่

ในด้านหนึ่ง แม้ว่าผู้ให้บริการสุขภาพเหล่านี้จะภาคภูมิใจที่ได้ช่วยให้ผู้หญิงที่ตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์เข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย แต่ในอีกด้านหนึ่ง ‘ผลพลอยบาป’ ส่งผลขัดแย้งในทางความรู้สึกของผู้ให้บริการสุขภาพ โดยเฉพาะความรู้สึกถูกตีตราหรือร่วมมลทินนั้นไปด้วย หลายคนเผชิญกับความเครียดและกดดันในใจ หลายคนรู้สึกฟุ้งเฟ้อกับความเชื่อทางศาสนาที่ยึดถือ หลายคนเผชิญกับการถูกเลือกปฏิบัติอย่างมีอคติในรูปแบบต่างๆ เช่น ไม่ได้รับความร่วมมือหรือถูกต่อต้านจากเพื่อนร่วมงาน ถูกตัดสินว่าทำงานสกปรก ถูกเหมารวมและตราหน้าว่าเป็นหมอมทำแท้ง และถูกผลักดันให้ไปอยู่ชายขอบของการทำงาน เป็นอีกชนชั้นหนึ่งของบุคลากรทางสาธารณสุข ไม่มีความก้าวหน้าในทางวิชาชีพ และไม่ได้รับความชื่นชมยินดีจากสังคม

ท่ามกลางการทำความเข้าใจกับทุกความคิดที่ประดังเข้ามาปะทะและต่อรองกันในการทำงานเรื่องยุติการตั้งครรภ์ของแพทย์และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ทั้งประเด็นเรื่องระบบศีลธรรมและความเชื่อทางศาสนา อุดมคติเรื่องความเป็นแม่ของผู้หญิง ความเข้าใจเรื่องเพศภาวะและความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเพศ บทบาทของผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ฯลฯ การจัดการกับผลพลอยบาปและปรับสมดุลในใจของผู้ให้บริการด้านสุขภาพเหล่านี้ส่งผลต่อความแตกต่างของการให้บริการทำแท้งในสถานบริการแต่ละแห่ง ตั้งแต่ไม่ยินยอมให้บริการและไม่ประสงค์ที่จะเกี่ยวข้องใดๆ กับการทำแท้งเลย บางแห่งให้บริการเฉพาะกรณีที่มีข้อบ่งชี้ทางแพทย์เท่านั้น บางแห่งให้บริการในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ทางแพทย์และกรณีละเมิดทางเพศ และบางแห่งให้บริการหากการทำแท้งนั้นส่งผลต่อสุขภาพผู้หญิง

ในที่สุดแล้ว ความเชื่อของผู้ให้บริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการทำแท้งว่าเป็นบาป และอาจได้รับผลพลอยบาปจากการทำแท้งนั้นอาจไม่ได้เป็นประเด็นสำคัญของการตัดสินว่าคือนักบุญหรือคนบาป หากมองอีกมุมหนึ่ง คำตอบของเรื่องนี้อาจอยู่ที่ว่าผู้ให้บริการเหล่านั้นปล่อยให้ความเชื่อหรืออคติส่วนตัวกลายเป็นอุปสรรคกั้นขวางอำนาจและความสามารถของผู้หญิงที่จะตัดสินใจในการเลือกชีวิตเจริญพันธุ์ของตนเองภายใต้สิ่งที่เรียกว่ามโนธรรมสำนึก (conscientious objection) และผลักไสให้ผู้หญิงที่ต้องการทำแท้งเหล่านั้นเสี่ยงชีวิตไปแสวงหาบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยหรือไม่

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

กุลภา วจนสาระ. (2559). *การตีตราและผลพลอยลบจากการทำแท้ง*. รายงานวิจัย. นครปฐม: โครงการอุปสรรคการเข้าถึงบริการทำแท้งที่ปลอดภัยเพื่อพัฒนาและสร้างเสริมการเข้าถึงระบบบริการทำแท้งที่ปลอดภัยของผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อม. [เอกสารอัดสำเนา].

ข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม. (1 พฤศจิกายน 2549). *ราชกิจจานุเบกษา*, 123 (ตอนพิเศษ 115 ง): 20-32.

นิธิพัฒน์ เจียรกุล. (2553). *จริยธรรมทางการแพทย์ในยุคปัจจุบัน*. ค้นเมื่อ 2 กันยายน 2557, จาก <http://www.rcpt.org/index.php/2012-10-03-16-53-39/category/3-2012-10-09-14-46-45.html#>

ภาษาอังกฤษ

Cockrill, Kate, & Nack, Adina. (2013). "I'm not that type of person": Managing the stigma of having an abortion. *Deviant Behavior*, 34(12): 973-990.

Cockrill, Kate, & Hessini, Leila. (2014). Introduction: Bringing abortion stigma into focus. *Women & Health*, 54(7): 593-598.

Goffman, Erving. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New York: Prentice-Hall.

Harris, Lisa Hope, Martin, Lisa, Debbink, Michelle, & Hassinger, Jane. (2013). Commentary: Physicians, abortion provision and the legitimacy paradox. *Contraception*, 87: 11-16.

Kumar, Anuradha, Hessini, Leila, & Mitchell, Ellen M. (2009). Conceptualising abortion stigma. *Culture, Health & Sexuality*, 11(5): 625-639.

Link, Bruce G., & Phelan, Jo C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27: 363-385.

Mehta, I. Sheila, & Farina, Amerigo. (1988). Associative stigma: Perceptions of the difficulties of college-aged children of stigmatized fathers. *Journal of Social Clinical Psychology*, 7(2-3, special section): 192-202.

Norris, Alison, Bessett, Danielle, Steinberg, Julia R., Kavanaugh, Megan L., Zordo, Silvia De, & Becker, Davida. (2011). Abortion stigma: A reconceptualization of constituents, causes, and consequences. *Women's Health Issues*, 21(3 suppl.): S49-S54.

Ogunmefun, Catherine, Gilbert, Leah, & Schatz, Enid. (2011). Older female caregivers and HIV/AIDS-related secondary stigma in rural South Africa. *Journal of Cross Cultural Gerontology*, 26(1): 85-102.

Petchesky, R. Pollack. (1990). *Abortion and Woman's Choice: The state, sexuality, and reproductive freedom*. Boston, MA: Northeastern University Press.

Wainer, Jo. (2008). Abortion and the struggle to be good in the 1970s. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(1): 30-37.





**ส่วนที่สอง:
การตัดสินใจ
ด้านการเจริญพันธุ์**



คุณภาพการตั้งครรภ์ของหญิงไทยวัยเจริญพันธุ์ ช่วง พ.ศ. 2541-2558

Quality of Pregnancy Outcomes among Thai Women of Reproductive Age during 1998-2015

พิมลพรรณ อิศรภักดี* และฐิตินันท์ ณีวนิล**

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพของการเกิดโดยวัดจากน้ำหนักทารกแรกเกิด และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างอายุมารดาและน้ำหนักทารกแรกเกิด โดยใช้ข้อมูลที่บันทึกในสูติบัตร ระหว่าง พ.ศ. 2541-2558 ซึ่งรวบรวมโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลที่นำมาใช้ในการศึกษาประกอบด้วย อายุมารดา น้ำหนักแรกเกิดของทารก เพศของทารก ลำดับการเกิด และจังหวัดภูมิลำเนาของทารกแรกเกิด รวมจำนวนการเกิดทั้งสิ้น 13,739,261 ราย ผลการศึกษาพบว่าตั้งแต่ พ.ศ. 2541 มีเด็กที่คลอดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 8.5 และมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกๆ ปี จนถึงร้อยละ 10 ในช่วง พ.ศ. 2556-2558 และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมาก (ต่ำกว่า 1,500 กรัม) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.4 ในปี 2541 เป็นร้อยละ 0.8 ในปี 2558 มารดากลุ่มอายุ 10-14 ปีมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารกแรกเกิดต่ำที่สุด รองลงมาคือกลุ่มมารดาอายุ 15-19 ปี และมารดาอายุ 45-49 ปี เมื่อทำการวิเคราะห์หาโอกาสความน่าจะเป็นของการเกิดภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก พบว่าเด็กทารกเพศหญิงมีโอกาสน้ำหนักตัวน้อยกว่าเด็กทารกชาย 1.2 เท่า ทารกที่เป็นลูกคนแรกจะมีโอกาสน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์สูงกว่าการเป็นลูกคนที่สอง สำหรับอายุมารดามีผลต่อน้ำหนักตัวลูกทุกช่วงอายุ โดยกลุ่มแม่วัยแรกรุ่น (10-14 ปี) มีโอกาสมากที่สุดที่จะให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ 2.77 เท่า เมื่อเทียบกับมารดาอายุ 25-29 ปี รองลงมาคือ มารดาอายุมาก (45-49 ปี) มีโอกาสเสี่ยงมากกว่า 2.57 เท่า ผลการศึกษานี้จึงชี้ให้เห็นช่วงอายุที่เหมาะสมของมารดาที่จะตั้งครรภ์ คือ อายุระหว่าง 25-34 ปี

คำสำคัญ: คุณภาพการตั้งครรภ์ น้ำหนักทารกแรกเกิด แม่วัยแรกรุ่น

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

** อาจารย์ ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง

Abstract

This research studied the quality of pregnancy as indicated by birth weight during 1998-2015. The relationship between maternal age and birth weight was also examined. Data used in this study are from birth certificates based on the Civil Registration System, available from the Ministry of Public Health. The information of newborns and their mothers on the birth certificates include maternal age, sex of newborn, birth weight, birth order, and region of residence. A total of 13,739,261 births were studied. Results show that the percentage of babies with low birth weight (less than 2,500 grams) increased from 8.5% to 10.0% of all births over the time period of the study. The percentage of babies with very low birth weight (less than 1,500 grams) also increased from 0.4 to 0.8% of births. Mothers age less than 15 years had the lowest average birth weight, followed by mothers age 15-19 and 45-49 years. The multivariate analysis shows that female infants were more likely to be low birth weight than male infants. First-order births were more likely to have low birth weight than second-order births. Pre-teen mothers (age 10-14 years) were more likely to have low birth weight babies than mothers in other age groups. This study suggests that the appropriate age of a woman to get pregnant is 25-34 years.

Key Words: quality of pregnancy, birth weight, pre-teen mother

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ที่อนุเคราะห์ข้อมูลสำหรับการศึกษานี้

ที่มาและความสำคัญ

ท่ามกลางความวิตกกังวลเกี่ยวกับการลดลงของจำนวนการเกิดในประเทศไทย จากในช่วงปี 2506-2526 ที่มีจำนวนเด็กเกิดมากเกินกว่าหนึ่งล้านคน แต่ในปัจจุบันมีจำนวนลดลงเหลือเพียง 736,352 คน (สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง, 2559) และนักประชากรศาสตร์คาดการณ์ว่าในอนาคตสถานการณ์การเกิดของประชากรไทยมีแนวโน้มว่าเด็กเกิดใหม่ในแต่ละปีอาจจะลดลงเหลือต่ำกว่า 7 แสนคน ปรัชญาการณดังกล่าวสะท้อนความสำเร็จของการวางแผนครอบครัวของประเทศไทยในอดีตได้เป็นอย่างดี โดยมีอัตราเกิดที่ 1.6 หรือกล่าวได้ว่าผู้หญิงไทย 1 คนจะมีบุตรโดยเฉลี่ยน้อยกว่า 2 คน (ปราโมทย์ และ ปีพมา, 2555) และภาวะเจริญพันธุ์ที่อยู่ในระดับต่ำกว่าภาวะเจริญพันธุ์ทดแทนในปัจจุบันกำลังเป็นปัญหาที่หลายๆ ฝ่ายเริ่มมีความกังวลถึงอัตราการเพิ่มของประชากรไทยในอนาคต ประเด็นที่กำลังเป็นสิ่งเฝ้าระวังและท้าทายในการแก้ปัญหาของระบบสาธารณสุขไทยนอกเหนือจากภาวะจำนวนการเกิดลดลง คือการเกิดที่ “ด้อยคุณภาพ” ซึ่งเกี่ยวข้องกับทั้งแม่และเด็กโดยตรง ประการแรกพบว่าร้อยละของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์เพิ่มสูงขึ้นกว่าเกณฑ์มาตรฐานของประเทศ นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยมีค่าเฉลี่ยประมาณร้อยละ 9 ของจำนวนเด็กเกิดใหม่ทั้งหมด (น้ำฝน, 2557) อีกทั้งมีการเกิดจากผู้หญิงที่ตั้งครรภ์เมื่อยังไม่ถึงวัยอันควร และเป็นผู้หญิงที่ไม่ตั้งใจจะตั้งครรภ์ รายงานการเกิดมีชีพของกระทรวงสาธารณสุขระหว่างปี 2542 จนถึง 2549 ระบุว่า ลัดส่วนของผู้หญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่คลอดบุตรมีชีพนั้นมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจาก พ.ศ. 2542 ที่ร้อยละ 12.5 และเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 14.7 ใน พ.ศ. 2549 สูงกว่าที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ที่ร้อยละ 10 (คณะกรรมการสุขภาพคนไทย ส่วนสถานการณ์ทางสุขภาพ, 2553) และจากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชน พ.ศ. 2552 วัยรุ่นอายุ 15-19 ปี มีการตั้งครรภ์ร้อยละ 10.5 สูงกว่าค่าเฉลี่ยมาตรฐานตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554 ที่ตั้งเป้าหมายไว้ที่ไม่เกินร้อยละ 10 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

ปัญหาการตั้งครรภ์ในกลุ่มผู้หญิงอายุน้อยดังกล่าวที่ถูกรู้จักว่า “แม่วัยรุ่น” “แม่วัยทีน” หรือ “แม่วัยใส” ซึ่งจัดว่าเป็นปัญหาที่มีลักษณะเป็นลูกโซ่ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของตัวแม่และทารกแรกเกิดหลายประการ เนื่องด้วย “อายุของมารดา” ถือเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพของการเกิดของเด็กเกิดใหม่ ในขณะที่เดียวกัน ผู้หญิงไทยวัยเจริญพันธุ์ที่มีความพร้อมในการมีบุตรเป็นผู้หญิงที่มีการศึกษาสูงขึ้น ส่งผลให้ตัดสินใจแต่งงานและมีบุตรช้าลง พร้อมกับลดจำนวนการมีบุตรลงด้วย โดยพบว่าผู้หญิงมีแนวโน้มมีบุตรเมื่ออายุเพิ่มสูงขึ้น จากเดิมอยู่ที่ 20-24 ปี ปรับมาเป็นช่วงอายุ 25-29 ปี และมีแนวโน้มจะปรับเป็นกลุ่มอายุ 30-34 ปีมากขึ้น สอดคล้องกับข้อมูลจากการสำรวจทัศนคติของคนรุ่นใหม่เกี่ยวกับการมีบุตรที่พบว่า ผู้หญิงยุคใหม่ส่วนใหญ่ตั้งใจจะมีลูกคนแรกเมื่ออายุระหว่าง 25-29 ปี และอีกร้อยละ 45 จะมีบุตรคนแรกเมื่อตนเองอายุ 30-35 ปี ทั้งนี้ ร้อยละ 14 ไม่ต้องการมีบุตร และเห็นว่าการมีบุตรจะเป็นภาระทำให้ต้องทำงานมากขึ้น (พิมลพรรณ, 2557)

จากปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้สถานการณ์ดังกล่าวถูกพูดถึงในวงกว้าง นับตั้งแต่ พ.ศ. 2552 กระทรวงสาธารณสุขไทยมีการกำหนดนโยบายตามแผนยุทธศาสตร์อนามัยแม่และเด็ก พ.ศ. 2553-2556 โดยสร้างเป้าหมายหลักคือ “ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย เด็กเติบโตพัฒนาการสมวัย” ดัชนีชี้วัดความสำเร็จที่สำคัญ ได้แก่ ความพยายามควบคุมสถานการณ์น้ำหนักเด็กแรกเกิดที่น้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่ให้มีอัตราามากกว่าร้อยละ 7

(กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2552: 43) และในปัจจุบัน มีการจัดทำนโยบายยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2560-2569 ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ ซึ่งเน้นใน 3 เรื่อง คือ 1) การเพิ่มจำนวนการเกิดเพื่อทดแทนจำนวนประชากร 2) การเกิดทุกรายมีความพร้อม มีการวางแผน และได้รับความช่วยเหลือในการมีบุตร และ 3) ทารกเกิดอย่างแข็งแรง พร้อมเติบโตอย่างมีคุณภาพ โดยส่งเสริมให้ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย ได้รับการดูแลหลังคลอดที่ดี (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560)

วัตถุประสงค์การศึกษา

การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งเน้นวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของอายุผู้หญิงไทยที่ตั้งครรภ์และน้ำหนักทารกแรกเกิด ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพการตั้งครรภ์ของหญิงไทย ช่วยให้เห็นทิศทางการสัมพันธ์ของช่วงวัยต่างๆ ในการตั้งครรภ์ ก่อให้เกิดความเข้าใจลักษณะแบบแผนอายุผู้หญิงในวัยเจริญพันธุ์ที่ตั้งครรภ์และผลกระทบที่มีต่อคุณภาพการเกิดของทารก นำไปสู่การเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงตามเป้าหมายการพัฒนาอนามัยเจริญพันธุ์มากยิ่งขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

- 1) เพื่อศึกษาคุณภาพของการเกิดโดยวัดจากน้ำหนักทารกแรกเกิดของประชากรไทยระหว่างปีที่มีการจดทะเบียนเกิด ระหว่าง พ.ศ. 2541-2558
- 2) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างอายุมารดาและน้ำหนักทารกแรกเกิด

การทบทวนวรรณกรรม

น้ำหนักทารกถือเป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพการเกิดที่สำคัญอย่างหนึ่ง ทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยมีความเสี่ยงต่อการตายในระยะปริกำเนิดและระยะซบปีแรกของชีวิต และยังมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยภาวะทุพโภชนาการ พัฒนาการล่าช้าในทุกด้านมากกว่าเด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดตั้งแต่ 2,500 กรัมขึ้นไป (ศิริกุล, 2549) การลดอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายในทารกแรกเกิดนั้น จำเป็นต้องอาศัยการคาดการณ์การล่วงหน้าว่าทารกใดเป็นทารกที่เสี่ยงต่อการเกิดการเจ็บป่วย และมีอัตราการตายสูงกว่าทารกปกติ ซึ่งในทางด้านการแพทย์พบว่า ทารกที่น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 (Low Birth Weight: LBW) หรือมากกว่า 4,000 กรัม จะเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง ทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดยิ่งต่ำ อัตราตายในวัยแรกเกิด (neonatal mortality) จะยิ่งสูง และอัตราการตายของทารกสูงมากขึ้นในทารกที่มีน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม เพราะทารกตัวโต หรือ macrosomia นั้นมีอันตรายต่อสุขภาพมารดาและตัวทารกเองด้วยเช่นกัน ผลการศึกษาทางการแพทย์ระบุว่าทารกตัวโตมากเกินไปอาจก่อให้เกิดอันตรายในระหว่างคลอด เช่น การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะเลือดข้น การคลอดติดไหล่ การพิการแต่กำเนิด (ประนอม, 2554; สุรพล, 2555) โดยอัตราการตายในวัยแรกเกิดจะต่ำมากในทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักระหว่าง 3,000-4,000 กรัม (เกรียงศักดิ์ และวิณา, 2551)

การที่ทารกจะมีสุขภาพดีได้นั้น ปัจจัยสำคัญคือตัวมารดาต้องมีสุขภาพดี มีความพร้อมในการมีบุตร อีกทั้งช่วงวัยของมารดาที่เหมาะสมกับการตั้งครรภ์ ในทางประชากรศาสตร์กำหนดช่วงวัยของผู้หญิงในวัยเจริญพันธุ์ที่อายุ 15-49 ปี โดยวัยที่เหมาะสมในการมีบุตรมากที่สุดคือช่วงอายุ 20-29 ปี และจะค่อยๆ ลดคุณภาพลงตั้งแต่อายุ 30 ปี และต่ำลงมากในช่วงหลังอายุ 35 ปี เป็นต้นไป (American Society for

Reproductive Medicine, 2012) อายุของมารดามีความสัมพันธ์กับภาวะทารกน้ำหนักน้อยเป็นรูปตัว U กล่าวคือ กลุ่มอายุต่ำกว่า 15 ปี และกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงสูงสุดที่จะคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า กลุ่มอายุ 25-29 ปี (Aras, 2013) รวมทั้งมารดาวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-19 ปี และมารดาอายุมากกว่า หรือเท่ากับ 35 ปี จะเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อการคลอดและต่อทารกแรกเกิด (บรรพจน์ และประภัสสร, 2550) จะเห็นได้ว่า อายุมารดาหากมากเกินไปหรือน้อยเกินไปย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพการเกิดของทารกได้ ทั้งในระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุของผู้หญิงที่ตั้งครรภ์กับน้ำหนักของบุตรแรกเกิดในทางการแพทย์ และสาธารณสุข ส่วนมากจะกล่าวถึงการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงและปัญหาที่เกิดขึ้นหลังจากการคลอดแล้ว พบว่าทารกมีน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ คุณภาพการตั้งครรภ์ของผู้หญิงประเมินได้จากภาวะความเสี่ยง ทั้งใน ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด หรือหลังคลอด ซึ่งอาจแยกออกเป็นสองกลุ่มหลักคือ กลุ่มที่เสี่ยงต่ำ (low risk pregnancy) และกลุ่มเสี่ยงสูง (high risk pregnancy) (อุ๋นใจ, 2549: 3) ทั้งนี้ อายุของผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ นับเป็นปัจจัยทางชีวภาพที่สำคัญด้านหนึ่งที่มีผลต่อความเสี่ยงในการตั้งครรภ์ตามข้อกำหนดขององค์การอนามัยโลก (WHO, 1984: 19)

อายุของผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ที่จัดว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ การตั้งครรภ์ในสตรีอายุระหว่าง 15-19 ปี (หรือ เรียกว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น) ยังไม่มีความพร้อมทั้งทางร่างกาย สังคม และวุฒิภาวะทางจิตใจ และอีกกลุ่มคือ การตั้งครรภ์ในสตรีที่อายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป (elderly gravida) ซึ่งมักมีโรคประจำตัวเรื้อรังซึ่งมีผลต่อภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์หลายประการ (อุ๋นใจ, 2549) นอกจากนี้ การทบทวนงานการวิจัยหลายงาน โดย Aras (2013) ได้แสดงให้เห็นว่าอายุของมารดาเป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้เกิดทารกน้ำหนักน้อย และการคลอดก่อนกำหนด อายุของมารดาเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพัฒนาการของร่างกายทารก ทั้งในเรื่อง เนื้อเยื่อ ระบบต่างๆ และน้ำหนักเมื่อแรกคลอดของทารก โดยมารดาที่มีอายุน้อยมากมีโอกาสที่จะคลอดลูก น้ำหนักน้อย รวมทั้งมีการคลอดก่อนกำหนด โดยอาจเกิดจากปัจจัยทางด้านชีววิทยาที่มารดาที่ตั้งครรภ์ ในขณะที่อายุน้อย ยังไม่หยุดการเจริญเติบโต ทำให้สารอาหารส่วนหนึ่งถูกใช้เพื่อการเจริญเติบโตของมารดา ไม่เพียงพอต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ (Reichman & Pagnini, 1997) ส่วนมารดาที่มีอายุมาก จะมีความสัมพันธ์กับการเติบโตของทารกในครรภ์ด้วยเช่นกัน เนื่องจากปัจจัยทางระบบชีววิทยาที่เสื่อมตามอายุที่เพิ่มขึ้น หรืออาจเกิดจากผลสะสมของโรคภัยไข้เจ็บที่เพิ่มขึ้นตามอายุ

การตั้งครรภ์วัยรุ่นกับความเสี่ยงของมารดาและการเกิดของทารก

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่วนมากเป็นการตั้งครรภ์ที่มักเกิดปัญหาหลายประการ เพราะสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นขาดการเอาใจใส่ตัวเอง อยู่ในสภาวะจิตใจที่สับสน ทำให้เกิดการปฏิบัติตนระหว่างมีครรภ์ด้อยประสิทธิภาพ เช่น การขาดสารอาหาร อาจทำให้ทารกมีการเจริญเติบโตได้ไม่เต็มที่ รวมถึงบทบาทของมารดาวัยรุ่นที่ไม่สามารถปรับตัวต่อการเป็น “แม่” ได้ อาจมีผลต่อการเลี้ยงดูและความสัมพันธ์กับบุตร (มาลี, 2554: 37) นอกจากนี้ยังพบว่าวัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 20 ปีที่ตั้งครรภ์มักมีการฝากครรภ์น้อยกว่าผู้หญิงช่วงวัยอื่น (วีรพล, 2556) ทั้งนี้ ผู้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในประเทศไทยส่วนมากไม่พร้อมต่อการตั้งครรภ์ และไม่ตั้งใจที่จะมีบุตร เนื่องจากการตั้งครรภ์ในขณะที่กำลังศึกษาอยู่ และมักพบปัญหาด้านพฤติกรรม ได้แก่ การสูบบุหรี่

ดื่มเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ ปัญหาการขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในขณะที่ตั้งครรภ์ อีกทั้งยังพบปัญหา ด้านจิตสังคม (psychosocial problem) คือ ความรู้สึกเศร้า หดหู่ รู้สึกผิด ความรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า (ศรุตยา, ภัทรวลัย และสมประสงค์, 2555)

ในทางการแพทย์พบว่า การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับอาการของมารดาและทารกในครรภ์ ผู้หญิงที่อายุน้อยกว่า 18 ปีมีความเสี่ยงที่สูงกว่าในด้าน การตั้งครรภ์ โดยพบภาวะแทรกซ้อนจากมารดาเนื่องจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ได้แก่ โรคโลหิตจาง ความดันโลหิตสูงที่เกิดจากการตั้งครรภ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการคลอดก่อนกำหนด ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุดเกี่ยวกับทารก คือ น้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่า 2,500 กรัม เนื่องจากการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรทำให้มีข้อจำกัดการเติบโตของมดลูก เพราะการเจริญเติบโตระหว่างตั้งครรภ์และกระดูกเชิงกรานของแม่เจริญไม่สมบูรณ์ เสี่ยงต่อการเกิดทารกตายอย่างฉับพลัน ภาวะดาวน์ซินโดรม และมักพบความเสี่ยงเพิ่มในอัตราการป่วยและการเสียชีวิตในช่วงอายุ 1 ปีของทารก (Malamitsi-Puchner & Boutsikou, 2006; เอกชัย, 2554: 29; มนฤดี และพรณี, 2555)

นอกจากนั้น การตั้งครรภ์ของหญิงวัยรุ่นยังนำไปสู่ภาวะการคลอดในท่าที่ผิดปกติของทารก ความผิดปกติของทารกแรกเกิด เช่น ภาวะขาดออกซิเจนในครรภ์ โรคตีชัน และกลุ่มอาการหายใจลำบากในทารกแรกเกิด (infant respiratory distress syndrome-IRDS) ซึ่งเป็นกลุ่มอาการอย่างหนึ่งที่เกิดกับทารกคลอดก่อนกำหนดจากการที่โครงสร้างปอดยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ (Kumar et al., 2007) ซึ่งโดยภาพรวมแล้ว ผู้หญิงอายุต่ำกว่า 20 ปีที่ตั้งครรภ์จะมีภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ (Obstetric Complications) ทั้งแม่และเด็กสูงกว่าผู้หญิงอายุ 20-29 ปี (Gilbert et al., 2004) ส่วนกลุ่มผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ในช่วงวัยรุ่นโดยเป็นการคลอดบุตรลำดับที่ 2 จะยังมีความเสี่ยงมากขึ้นกว่าสามเท่าในการคลอดก่อนกำหนดและทารกตายคลอด (Smith & Pell, 2001)

ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์เมื่ออายุ 35 ปีขึ้นไป

ภาวะสมรสของหญิงไทยมีแนวโน้มสมรสช้าลงกว่าเดิม โดยในปี 2513 อายุเฉลี่ยหญิงไทยสมรสเมื่ออายุประมาณ 22 ปี ต่อมาในปี 2553 อายุแรกสมรสปรับเพิ่มเป็น 25 ปี ทั้งนี้ ผู้หญิงส่วนใหญ่จะมีระดับการศึกษาที่สูงกว่าประชากรชาย ซึ่งทำให้โอกาสในการเข้าสู่ตลาดการแต่งงานช้าลง เพราะมาตรฐานการเลือกคู่ครองสูงขึ้น (ศุทธิดา และปิยวัฒน์, 2557) การตั้งครรภ์ในกลุ่มผู้หญิงอายุมากกว่า 35 ปี หรือที่เรียกว่าการตั้งครรภ์สูงอายุ มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น การดูแลครรภ์ของกลุ่มผู้หญิงเหล่านี้จะมีความแตกต่างกับการตั้งครรภ์ในสตรีที่อายุน้อยกว่าหลายด้าน เนื่องจากมีความพร้อมด้านวุฒิภาวะมากที่จะแต่งงานและรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามากขึ้นจากการตั้งครรภ์ จึงมีการหาข้อมูล ความรู้ และเตรียมความพร้อมในหลากหลายด้าน (อรพินทร์, 2554: 17-18)

ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์หลังอายุ 35 ปีขึ้นไป โดยส่วนใหญ่จะมีระดับการศึกษาสูง และมีแนวโน้มที่จะทำงานในระหว่างตั้งครรภ์ รวมถึงมีความเสี่ยงทางการแพทย์สูงกว่าผู้หญิงตั้งครรภ์ที่อายุน้อยกว่า อย่างไรก็ตาม ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์เมื่ออายุมากขึ้น มักพบความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ที่สูงขึ้นทั้งกับตนเองและทารกในครรภ์มากกว่าผู้หญิงที่อายุน้อยกว่า อีกทั้งต้องให้ความสำคัญกับความเสี่ยงในการคลอด การเสียชีวิตระหว่างตั้งครรภ์ การคลอดก่อนกำหนด และการให้กำเนิดทารกแรกเกิดที่มีข้อบกพร่องในการคลอด หรือต้อง

เข้ารับการรักษาในหอภิบาลทารกแรกเกิดสูงกว่าสตรีที่อายุน้อยกว่า (Bayrampour et al., 2012) อีกทั้งโดยธรรมชาติ ผู้ที่มีอายุมากขึ้นย่อมมีแนวโน้มการเกิดโรคเพิ่มขึ้น อาทิ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำหนักเกิน รวมถึงกลุ่มโรคเมะเร็งหลายชนิด ดังนั้น การตั้งครรภ์สูงอายุมีโอกาสเพิ่มความเสี่ยงต่อการตายของมารดาจากภาวะแทรกซ้อน อาทิ การตกเลือด การติดเชื้อ และภาวะหลอดเลือดอุดตัน (ชเนนทร์, 2554: 11-14)

เมื่อพิจารณาผลจากการตั้งครรภ์ของหญิงที่ตั้งครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุมากกว่า 35 ปี ในงานศึกษาของ Moses & Dalal (2016) พบว่า ร้อยละ 38 ที่ผู้หญิงมีบุตรช้าเนื่องจากอยู่ระหว่างการศึกษาล่าเรียน รองลงมาคือสาเหตุด้านอาชีพการงาน ซึ่งผลจากการตั้งครรภ์ช้านี้ทำให้เกิดผลกระทบภาวะแทรกซ้อนในตัวมารดาเพิ่มขึ้น เช่น ความดันโลหิตสูง ครรภ์เป็นพิษ ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรคโลหิตจาง ภาวะเลือดออกทางทวารหนัก รวมถึงส่งผลต่อภาวะการคลอด การคลอดในท่าที่ผิดปกติของทารก การคลอดก่อนกำหนด และกว่าร้อยละ 40 มีอัตราการผ่าตัดคลอด เช่นเดียวกับข้อค้นพบในงานศึกษาสตรีญี่ปุ่นที่ตั้งครรภ์เมื่ออายุมาก มีผลให้อัตราการเพิ่มขึ้นของการผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในหญิงอายุครรภ์ที่อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป (Takahashi et al., 2012) อีกทั้งการตั้งครรภ์เมื่ออายุ 35 ปีขึ้นไปยังมีความเสี่ยงต่ออัตราการตายของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับที่ตั้งครรภ์เมื่ออายุที่น้อยกว่า (Laxmy, Vinayachandran, & Beena, 2013)

การตั้งครรภ์เมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไปจะเพิ่มความเสี่ยงต่อน้ำหนักทารกและภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมหลายประการ (Tabcharoen, Pinjaroen, Suwanrath, & Krisanapan, 2009) ส่วนผลที่มีต่อทารกนั้นพบว่า ทารกมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำหนักน้อย การคลอดก่อนกำหนด การเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ความผิดปกติของโครโมโซม รวมถึงการเพิ่มอัตราตายปริกำเนิด ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์เมื่ออายุมากกว่า 35 ปี หลายคนมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญกับน้ำหนักแรกเกิดน้อย (Aghamohammadi & Nooritajer, 2011) ทั้งนี้ในงานศึกษาของ Rehman, Vikram, Palakki, & Kandy (2015) ยังพบว่าสตรีที่ตั้งครรภ์เมื่อสูงอายุมีความสัมพันธ์กับอุบัติการณ์ของความผิดปกติของโครโมโซม และความผิดปกติของโครโมโซมในทารกแรกเกิดที่สูงขึ้นด้วย

ขอบเขตการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาข้อมูลการเกิดที่มีการจดทะเบียนการเกิด เป็นข้อมูลจากสูติบัตรที่รวบรวมโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ระหว่าง พ.ศ. 2541-2558 โดยตัวแปรที่ศึกษาคือน้ำหนักแรกเกิดของทารก และปัจจัยที่คาดว่าจะมีผลต่อน้ำหนักของทารก คือ อายุมารดา เพศของทารก ลำดับที่บุตร และจังหวัดภูมิลำเนาของทารกแรกเกิด ทั้งนี้คัดเลือกข้อมูลเฉพาะมารดาอายุ 10-49 ปี และทารกน้ำหนักแรกเกิด 500-6,500 กรัม จำแนกทารกออกเป็น 4 กลุ่มคือ

- 1) ทารกน้ำหนักน้อยมาก หมายถึง ทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 1,500 กรัม (very low birth weight: VLBW)
- 2) ทารกน้ำหนักตัวน้อย หมายถึง ทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 2,500 กรัม (Low birth weight: LBW)

- 3) ทารกน้ำหนักตัวปกติ หมายถึง ทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิด 2,500-4,000 กรัม (Normal weight)
- 4) ทารกตัวโต หมายถึง ทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 4,000 กรัม (Macrosomia)

ในการศึกษานี้ให้ความสนใจเฉพาะกลุ่มทารกน้ำหนักน้อยเท่านั้น เนื่องจากการที่ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยเกินไป และนำไปสู่การตายของทารกในสัดส่วนที่สูง ทารกที่มีความผิดปกติของน้ำหนักแรกเกิดจะมีต้นทุนต่ำ เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยในระยะต่อมาและจะต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษเพื่อให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการปกติ

ระเบียบวิธีวิจัย

1) แหล่งข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากข้อมูลบันทึกในสูติบัตรของทารกแรกเกิด โดยการรวบรวมของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลที่นำมาใช้ในการศึกษาประกอบด้วย อายุมารดา น้ำหนักแรกเกิดของทารก เพศของทารก ลำดับการเกิด และจังหวัดภูมิลำเนาของทารกแรกเกิด ซึ่งเป็นข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2541-2558

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยและหน่วยในการวิเคราะห์ คือ มารดาและบุตรแรกเกิด โดยผู้วิจัยทำการตัดข้อมูลที่รายงานค่าผิดปกติออกไป ด้วยการคัดเลือกข้อมูลเฉพาะมารดาที่มีการรายงานอายุในช่วง 10-49 ปี และทารกน้ำหนักแรกเกิดที่รายงานน้ำหนักระหว่าง 500-6,500 กรัม รวมข้อมูลทั้งสิ้น 13,739,261 ราย (ตาราง 1)

ตาราง 1 กลุ่มอายุมารดาที่คลอดบุตรในช่วง พ.ศ. 2541-2558

หน่วย: ร้อยละ

พ.ศ.	อายุมารดาเมื่อคลอด (ปี)								รวม	จำนวน (คน)
	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49		
2541	0.2	12.7	29.4	29.0	19.0	7.8	1.8	0.2	100.0	841,025
2542	0.2	12.1	28.6	29.0	19.5	8.4	2.0	0.2	100.0	712,758
2543	0.2	11.4	27.5	29.1	20.5	9.0	2.1	0.2	100.0	738,293
2544	0.2	11.9	27.4	28.3	20.6	9.2	2.2	0.2	100.0	758,961
2545	0.2	12.2	26.8	28.4	20.7	9.4	2.2	0.2	100.0	757,521
2546	0.2	12.7	26.7	27.8	20.4	9.7	2.3	0.2	100.0	728,366
2547	0.3	13.6	26.1	27.5	20.4	9.6	2.3	0.2	100.0	804,450
2548	0.3	14.0	25.7	27.4	20.4	9.7	2.3	0.2	100.0	803,539
2549	0.3	14.2	25.5	27.4	20.3	9.8	2.4	0.2	100.0	788,322
2550	0.3	14.6	24.7	27.2	20.6	10.1	2.4	0.2	100.0	792,447

พ.ศ.	อายุมารดาเมื่อคลอด (ปี)								รวม	จำนวน (คน)
	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49		
2551	0.3	15.2	24.2	26.9	20.6	10.1	2.5	0.2	100.0	778,884
2552	0.4	15.7	24.1	26.7	20.5	10.0	2.5	0.2	100.0	756,683
2553	0.4	15.8	23.7	26.4	20.9	10.1	2.5	0.2	100.0	752,740
2554	0.4	16.3	23.5	25.8	21.1	10.1	2.5	0.2	100.0	792,459
2555	0.5	16.2	23.8	25.3	21.3	10.4	2.5	0.1	100.0	799,253
2556	0.5	16.3	23.8	24.5	21.5	10.7	2.6	0.2	100.0	745,594
2557	0.4	15.8	23.6	24.3	21.9	11.2	2.7	0.2	100.0	710,171
2558	0.4	14.9	23.5	24.6	22.1	11.7	2.7	0.2	100.0	677,795

ที่มา: จากการคำนวณข้อมูลการจดทะเบียนเกิด กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2541-2558

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทุติยภูมิของสถิติบัตรโดยการรวบรวมของกระทรวงสาธารณสุข โดยได้ดำเนินการขออนุญาตใช้ข้อมูลและได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (รหัส COA. No. 2016/12-165) ผู้วิจัยได้นำมาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อการวิจัยทางสังคมศาสตร์ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุมารดากับน้ำหนักทารกใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) เพื่อคำนวณหาความสามารถของการทำนายตัวแปรตามของตัวแปรต้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลการจดทะเบียนการเกิดระหว่างปี พ.ศ. 2541 ถึง 2558 ที่มีข้อมูลสมบูรณ์ที่นำมาวิเคราะห์ทั้งหมดมี 13,739,261 คน นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 มีเด็กที่คลอดมาด้วยน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม กว่าร้อยละ 8.5 และการคลอดเด็กน้ำหนักน้อยนี้มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกๆ ปี จนถึงร้อยละ 9 ในอีก 10 ปีต่อมา แม้จะมีแผนยุทธศาสตร์อนามัยแม่และเด็ก พ.ศ. 2553-2556 โดยมีเป้าหมายหลักคือ “ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย เด็กเติบโตพัฒนาการสมวัย” ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยยังไม่ได้ลดลง แต่กลับเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 10 ตั้งแต่ พ.ศ. 2556-2558 และเมื่อพิจารณาร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมาก (ต่ำกว่า 1,500 กรัม) มีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.4 ในปี 2541 เป็นร้อยละ 0.8 ในปี 2558 (ตาราง 2)

ตาราง 2 น้ำหนักทารกแรกเกิดในช่วงปี พ.ศ. 2541-2558

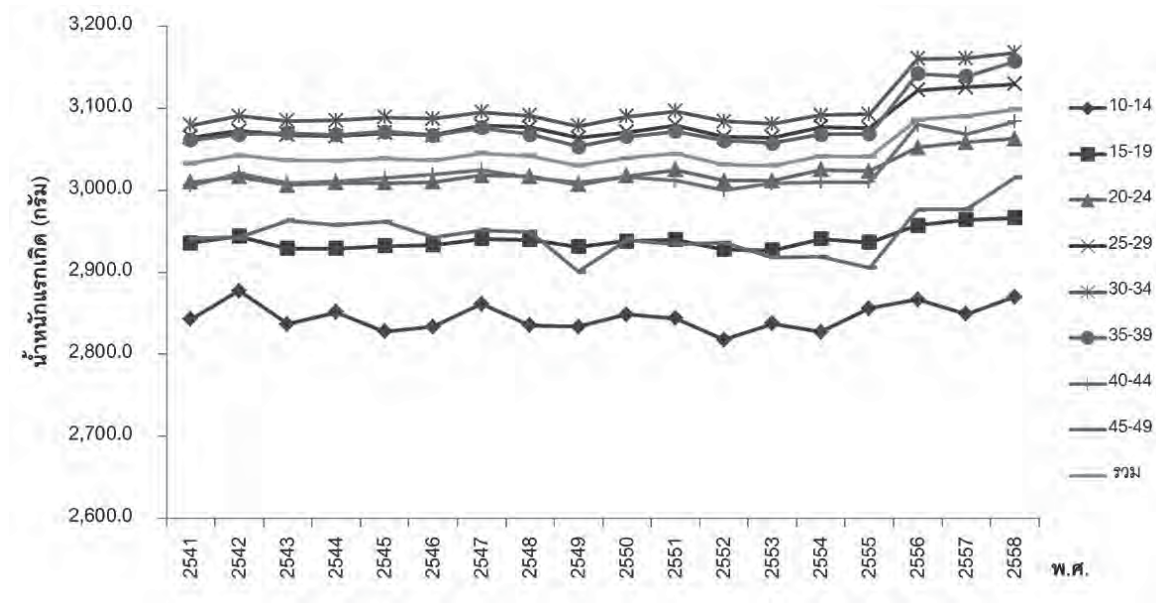
หน่วย: ร้อยละ

พ.ศ.	น้ำหนักต่ำกว่า 1,500 กรัม (VLBW)	น้ำหนัก 1,500-2,499 กรัม (LBW)	รวม กลุ่มทารก น้ำหนักน้อย	น้ำหนัก 2,500-3,999 กรัม	ทารกตัวโต (น้ำหนัก 4,000 กรัม ขึ้นไป)	รวม
2541	0.4	8.1	8.5	89.5	2.0	100.0
2542	0.5	8.0	8.5	89.3	2.1	100.0
2543	0.5	8.2	8.7	89.1	2.1	100.0
2544	0.6	8.3	8.9	89.0	2.1	100.0
2545	0.6	8.3	8.9	89.0	2.1	100.0
2546	0.6	8.3	9.0	88.9	2.1	100.0
2547	0.6	8.2	8.8	89.0	2.1	100.0
2548	0.7	8.3	9.0	88.9	2.1	100.0
2549	0.7	8.7	9.4	88.7	1.9	100.0
2550	0.7	8.5	9.2	88.7	2.1	100.0
2551	0.7	8.5	9.2	88.7	2.1	100.0
2552	0.7	8.9	9.6	88.5	1.9	100.0
2553	0.8	8.9	9.7	88.5	1.8	100.0
2554	0.8	8.7	9.5	88.5	2.0	100.0
2555	0.8	8.7	9.5	88.5	2.0	100.0
2556	0.7	9.3	10.0	86.5	3.5	100.0
2557	0.8	9.1	9.8	86.6	3.6	100.0
2558	0.8	9.3	10.0	86.2	3.8	100.0

ที่มา: จากการคำนวณข้อมูลการจดทะเบียนเกิด กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2541-2558

หากทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารกแรกเกิดจำแนกตามกลุ่มอายุของมารดา ดังแผนภาพที่ 1 จะเห็นได้ว่า ในภาพรวม ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักโดยเฉลี่ยอยู่ในช่วง 2,800-3,200 กรัม และเมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุมารดา มารดากลุ่มอายุ 10-14 ปี จะมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักทารกแรกเกิดต่ำที่สุด รองลงมาคือกลุ่มมารดาอายุ 15-19 ปี และมารดาอายุ 45-49 ปี กล่าวได้ว่ามารดาอายุน้อย หรือกลุ่มแม่วัยใส/แม่วัยรุ่น และแม่อายุมาก จะมีบุตรที่มีน้ำหนักโดยเฉลี่ยต่ำกว่าแม่จากกลุ่มอายุอื่นๆ

แผนภาพ 1 น้ำหนักทารกแรกเกิดโดยเฉลี่ย จำแนกตามกลุ่มอายุมารดาในช่วงปี พ.ศ. 2541-2558

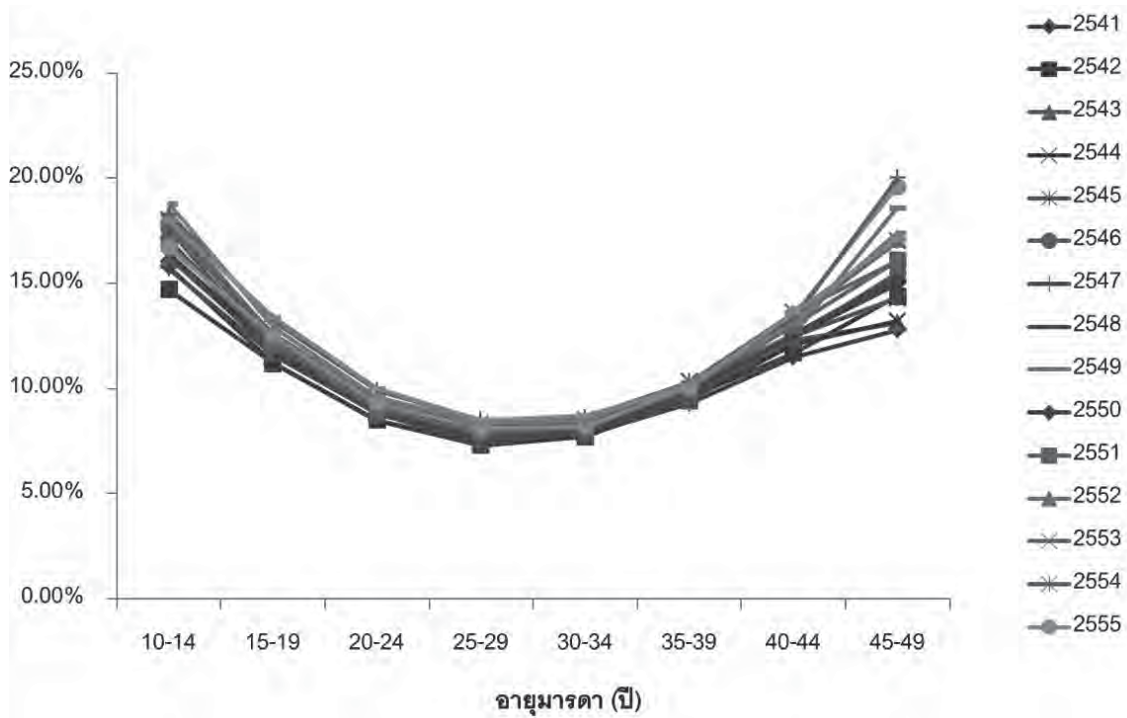


ที่มา: จากการคำนวณข้อมูลการจดทะเบียนเกิด กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2541-2558

สถานการณ์การกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน

ผู้หญิงที่คลอดบุตรน้ำหนักน้อย (ต่ำกว่า 2,500 กรัม) เป็นกลุ่มที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ประมาณร้อยละ 26 ในปี 2541 และเพิ่มเป็นร้อยละ 30 ตั้งแต่ปี 2552 จนถึงร้อยละ 31 ในปี 2558 นอกจากมารดาที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีแล้ว มารดาที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ก็เป็นมารดาในกลุ่มใหญ่ที่มีบุตรน้ำหนักน้อย คือ ร้อยละ 33 ในปี 2541 และเพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 40 ตั้งแต่ปี 2551 เป็นต้นมา อย่างไรก็ตาม กลุ่มมารดาอายุน้อยกว่า 15 ปี และอายุมากกว่า 40 ปี ถือเป็นกลุ่มที่มีอัตราการให้กำเนิดบุตรน้ำหนักน้อยสูงกว่ามารดาช่วงวัยอื่นๆ อย่างเห็นได้ชัดจนตลอดช่วงเวลานับตั้งแต่ พ.ศ. 2541-2558

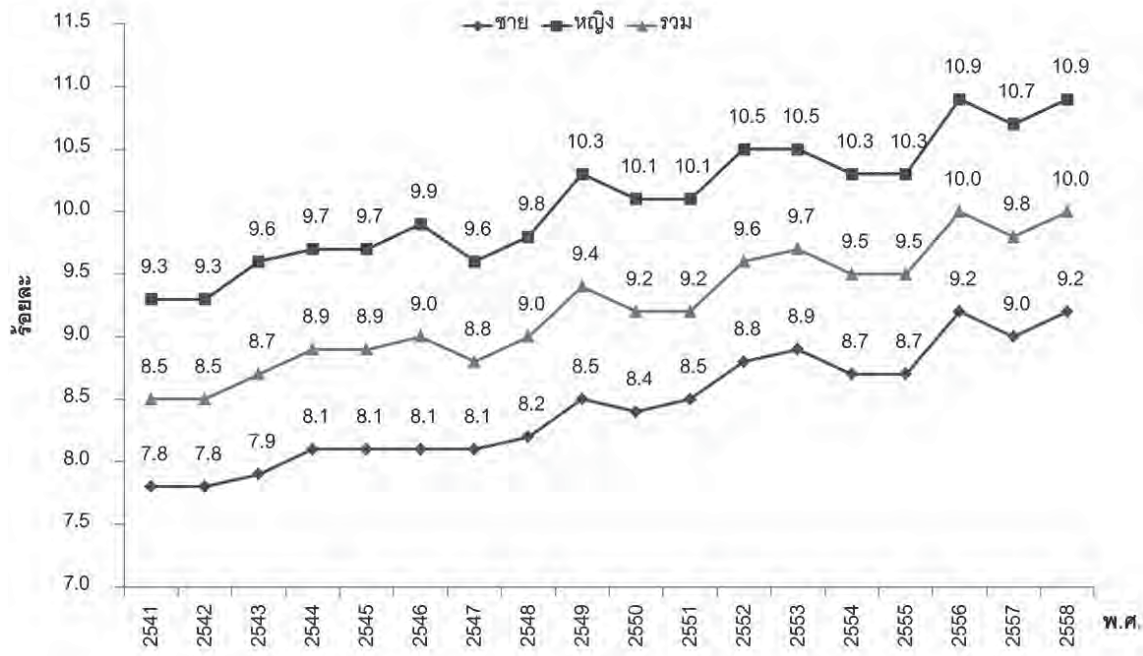
แผนภาพ 2 ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ จำแนกตามกลุ่มอายุมารดาในช่วงปี พ.ศ. 2541-2558



ที่มา: จากการคำนวณข้อมูลการจดทะเบียนเกิด กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2541-2558

ในด้านคุณลักษณะของเด็กทารกที่มีน้ำหนักน้อยเมื่อแรกคลอด จากแผนภาพ 3 เมื่อเปรียบเทียบเพศของทารกพบว่า เด็กหญิงจะมีร้อยละที่เกิดมามีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม มากกว่าเด็กทารกเพศชาย และมีแนวโน้มสูงขึ้นมาทุกๆ ปีเช่นกัน ทั้งนี้เป็นไปตามหลักทฤษฎีทางวิทยาศาสตร์ โดยทารกเพศชายจะมีน้ำหนักแรกคลอดโดยเฉลี่ยมากกว่าเพศหญิง เพราะอิทธิพลของฮอร์โมน Androgen ซึ่งเป็นฮอร์โมนเพศชายที่มีผลต่อการสร้างมวลกล้ามเนื้อโดยตรง ในเพศหญิงจะไม่มีการสร้างฮอร์โมนดังกล่าวนี้ (Van Vliet, Liu, & Kramer, 2009: 622)

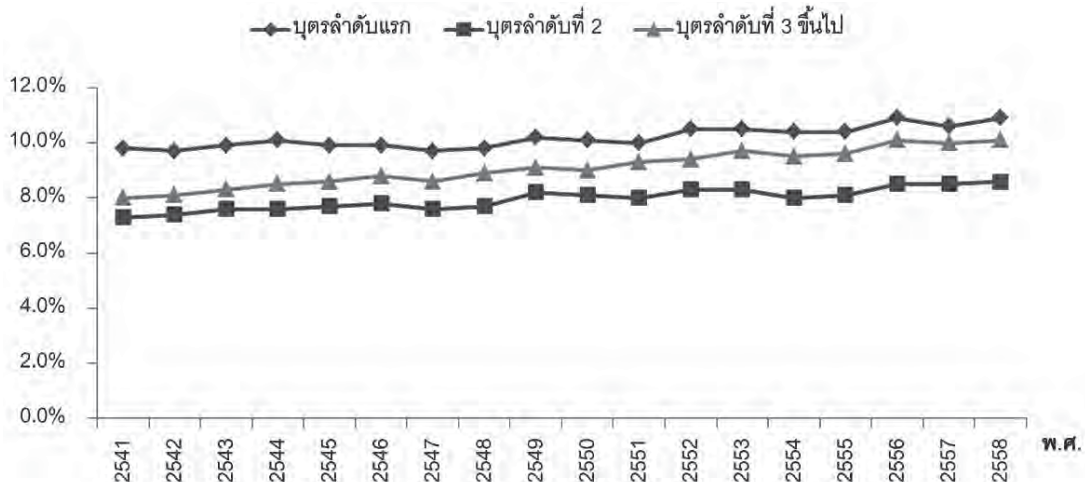
แผนภาพ 3 ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ จำแนกตามเพศทารกช่วงปี พ.ศ. 2541-2558



ที่มา: จากการคำนวณข้อมูลการจดทะเบียนเกิด กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2541-2558

สำหรับลำดับที่บุตร หรือลำดับที่การเกิดของทารก พบว่ามีแบบแผนที่ชัดเจนคือ บุตรคนแรกมักเป็นกลุ่มที่มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์สูงกว่าบุตรลำดับอื่นๆ โดยเฉพาะประมาณร้อยละ 10-11 ของการเกิดทั้งหมด รองลงมาคือบุตรลำดับที่ 3 ขึ้นไป จะเป็นกลุ่มน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัมประมาณร้อยละ 8-9 ส่วนบุตรลำดับที่ 2 จะเป็นกลุ่มที่มีอัตราการเป็นทารกต่ำกว่าเกณฑ์น้อยกว่าบุตรลำดับอื่นๆ (แผนภาพ 4)

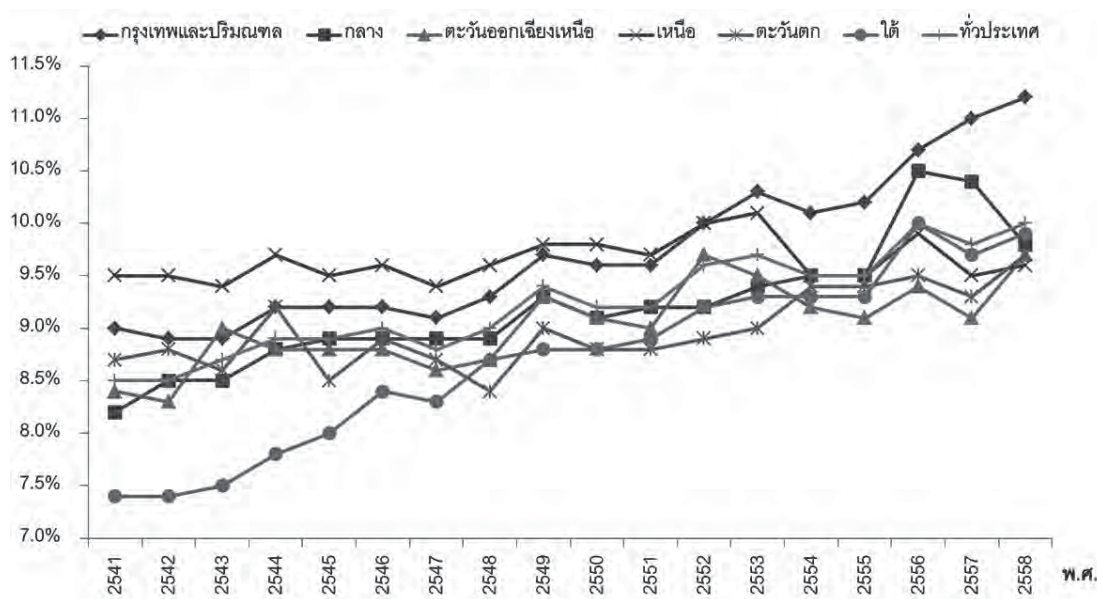
แผนภาพ 4 ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ จำแนกตามลำดับที่บุตรช่วงปี พ.ศ. 2541-2558



ที่มา: จากการคำนวณข้อมูลการจดทะเบียนเกิด กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2541-2558

หากเปรียบเทียบร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ของประเทศไทยในช่วง พ.ศ. 2541-2558 ดังแผนภาพที่ 5 ภาพรวมมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกภูมิภาค โดยเฉพาะทารกแรกเกิดในภาคใต้ จากเดิมใน พ.ศ. 2541 มีทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์น้อยกว่าร้อยละ 7.4 กลับเพิ่มสูงขึ้นมากกว่าร้อยละ 9.9 ในปี พ.ศ. 2558 ส่วนในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑลนั้นพบว่า ในปีปัจจุบันมีร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์สูงที่สุดเมื่อเทียบกับภูมิภาคอื่น คืออยู่ที่ร้อยละ 11.2

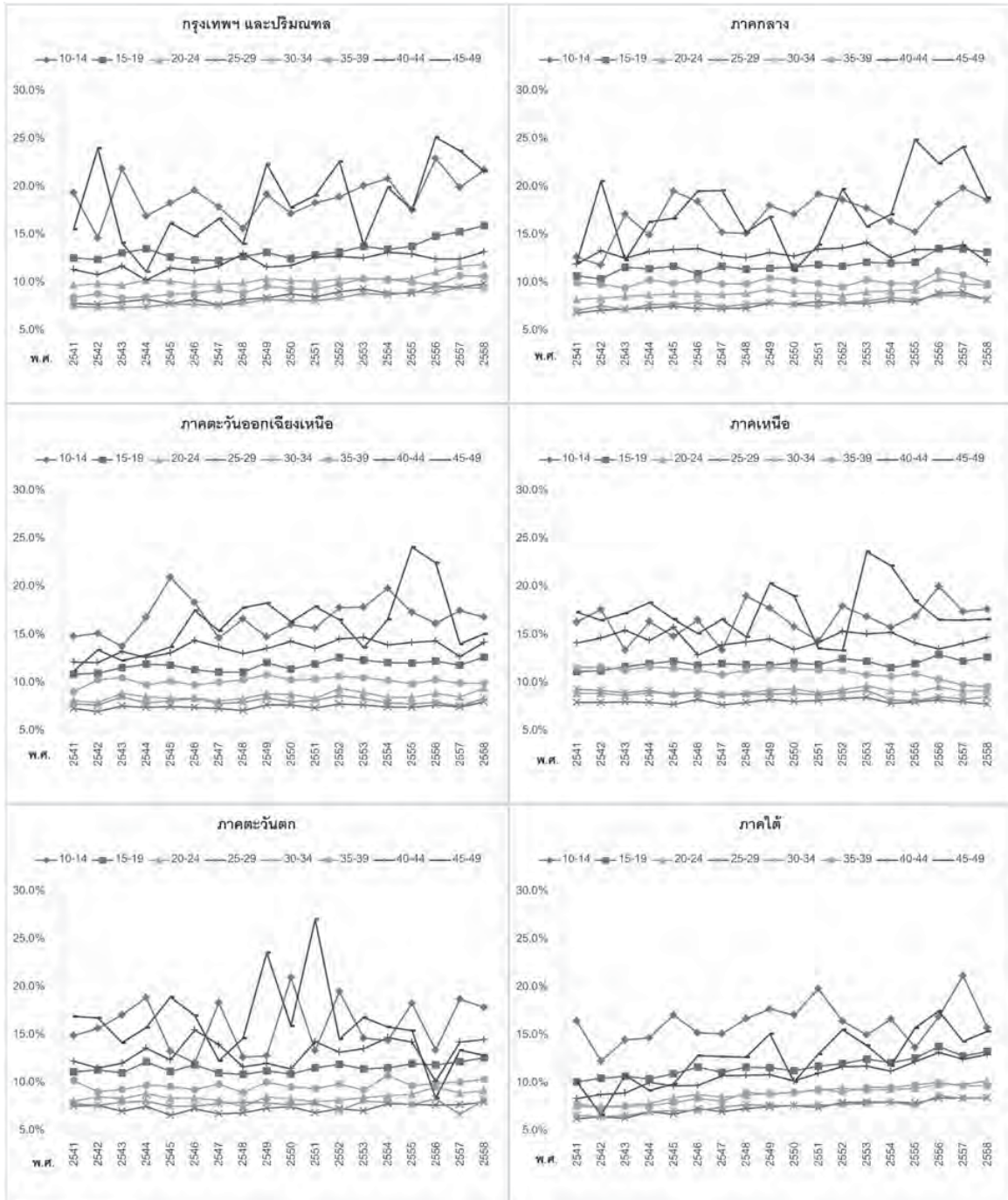
แผนภาพ 5 ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ จำแนกตามภูมิภาคที่แจ้งจดทะเบียนเกิด ช่วงปี พ.ศ. 2541-2558



ที่มา: จากการคำนวณข้อมูลการจดทะเบียนเกิด กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2541-2558

ทั้งนี้ เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลลึกลงไปในแต่ละภูมิภาคดังแผนภาพที่ 6 หากนำตัวแปรด้านอายุมารวมพิจารณาจะเห็นได้ว่า ในทุกภูมิภาค ทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์โดยส่วนใหญ่จะเกิดจากกลุ่มมารดาอายุ 10-14 ปี และ 45-49 ปี โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 เป็นต้นมา ในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล ภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มารดาอายุมาก (อายุ 45-49 ปี) เป็นกลุ่มที่ทำให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์สูงกว่ามารดาอายุอื่น และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่วนภาคเหนือ ภาคตะวันออก และภาคใต้ เป็นกลุ่มมารดาอายุต่ำกว่า 15 ปีสูงกว่ามารดาอายุอื่นๆ อย่างไรก็ตาม ในกลุ่มมารดาวัยรุ่น (15-19 ปี) ในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล รวมถึงภาคใต้ ยังเป็นกลุ่มสำคัญที่มีแนวโน้มให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์จำนวนมาก ส่วนในภูมิภาคอื่นๆ มารดาอายุ 40-44 ปี ให้กำเนิดบุตรน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่วนมารดาอายุ 25-34 ปี นับเป็นกลุ่มอายุที่ทำให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์น้อยที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่นๆ ในทุกภูมิภาค

แผนภาพ 6 ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ จำแนกตามภูมิภาคที่แจ้งจดทะเบียนเกิด ช่วงปี พ.ศ. 2541-2558



ที่มา: จากการคำนวณข้อมูลการจดทะเบียนเกิด กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2541-2558

การวิเคราะห์โอกาสความน่าจะเป็นของการเกิดภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์

เมื่อทำการวิเคราะห์หาโอกาสความน่าจะเป็นของการเกิดภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกโดยแยกเป็นสองแบบจำลอง (ตาราง 3) ในแบบจำลองแรกเป็นการวิเคราะห์โอกาสความน่าจะเป็นในการเกิดภาวะน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ (ต่ำกว่า 2,500 กรัม low birth weight: LBW) ของทารกแรกเกิด และแบบจำลองที่ 2 พิจารณาโอกาสการเกิดทารกน้ำหนักน้อยมาก (ทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 1,500 กรัม very low birth weight: VLBW) ผลการทดสอบทางสถิติในแบบจำลองแรกชี้ให้เห็นว่า เด็กทารกเพศหญิงมีโอกาสน้ำหนักตัวน้อยกว่าเด็กชาย 1.217 เท่า หรือร้อยละ 21.7

ทารกที่เป็นลูกคนแรกจะมีโอกาสน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์สูงกว่าการเป็นลูกคนที่สองร้อยละ 19.6 ส่วนบุตรคนที่ 3 ขึ้นไปจะมีโอกาสสูงกว่าบุตรคนที่สองร้อยละ 10.7 สำหรับอายุมารดามีผลต่อน้ำหนักตัวลูกทุกช่วงอายุ โดยกลุ่มแม่วัยเด็ก (10-14 ปี) มีโอกาสมากที่สุดที่จะให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงถึง 2.767 เท่าเมื่อเทียบกับมารดาอายุ 25-29 ปี รองลงมาคือ มารดาอายุมาก (45-49 ปี) มีโอกาสเสี่ยงมากกว่า 2.565 เท่า และในด้านภูมิภาคพบว่า ทุกภูมิภาคยกเว้นภาคตะวันตกมีโอกาสเกิดทารกน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์สูงกว่าภาคใต้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งกรุงเทพฯ และปริมณฑลมีโอกาสเสี่ยงมากกว่าภาคใต้ประมาณร้อยละ 13

สำหรับแบบจำลองที่ 2 พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดทารกน้ำหนักน้อยมาก (very low birth weight) ประกอบด้วย การเป็นบุตรลำดับที่ 3 ขึ้นไป มารดาในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะกลุ่มแม่วัยเด็ก (10-14 ปี) จะมีโอกาสเสี่ยงมากกว่ามารดาอายุ 25-29 ปี ในการให้กำเนิดทารกน้ำหนักน้อยมากสูงถึง 13 เท่า รองลงมาคือ มารดาอายุมาก (45-49 ปี) มีโอกาสเสี่ยงมากกว่า 3.2 เท่า ส่วนมารดาอายุ 15-19 ปี และ 40-45 ปี มีโอกาสเสี่ยงมากกว่า 2 เท่า ด้านภูมิภาคพบว่า กรุงเทพฯ และปริมณฑลมีโอกาสพบมารดาให้กำเนิดทารกน้ำหนักน้อยมากสูงกว่าภาคใต้ประมาณร้อยละ 40.7 เช่นเดียวกับภาคกลางและเหนือจะมีโอกาสพบมากกว่าภาคใต้ ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะมีโอกาสพบน้อยกว่า อย่างไรก็ตาม ภาคตะวันตกนั้นไม่พบความแตกต่างกับภาคใต้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 3 ค่าสัมประสิทธิ์การทำนายการเกิดทารกน้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์

N=13,739,261

ตัวแปร	ทารกน้ำหนัก น้อยกว่า 2,500 กรัม (LBW)			ทารกน้ำหนัก น้อยกว่า 1,500 กรัม (VLBW)		
	Adjusted OR	95% CI of Adjusted OR		Adjusted OR	95% CI of Adjusted OR	
		Lower	Upper		Lower	Upper
เพศ (กลุ่มอ้างอิง: เพศชาย)						
เพศหญิง	1.217*	1.213	1.222	1.003	0.990	1.015
ลำดับที่บุตร (กลุ่มอ้างอิง: ลำดับที่ 2)						
ลำดับแรก	1.196*	1.191	1.202	1.014	0.998	1.029
ลำดับที่ 3 ขึ้นไป	1.107*	1.101	1.113	1.121*	1.099	1.144
อายุมารดา (กลุ่มอ้างอิง: 25-29 ปี)						
10-14 ปี	2.767*	2.703	2.833	13.026*	12.504	13.571
15-19 ปี	1.558*	1.549	1.567	2.297*	2.251	2.344
20-24 ปี	1.136*	1.130	1.142	1.183*	1.160	1.207
30-34 ปี	1.041*	1.035	1.047	1.116*	1.093	1.139
35-39 ปี	1.280*	1.271	1.289	1.544*	1.508	1.581
40-44 ปี	1.797*	1.777	1.817	2.472*	2.390	2.557
45-49 ปี	2.565*	2.482	2.651	3.225*	2.923	3.558
ภูมิภาค (กลุ่มอ้างอิง: ภาคใต้)						
กรุงเทพฯ และปริมณฑล	1.126*	1.119	1.132	1.407*	1.379	1.435
กลาง	1.046*	1.039	1.053	1.091*	1.066	1.116
ตะวันออกเฉียงเหนือ	1.034*	1.029	1.041	0.906*	0.888	0.924
เหนือ	1.103*	1.096	1.110	1.088*	1.064	1.113
ตะวันตก	1.005	0.996	1.014	0.969	0.939	1.001
ปี พ.ศ.	1.008*	1.008	1.008	1.026*	1.025	1.028
ค่าคงที่	1.44e ⁻¹⁰ *	5.82e ⁻¹¹	3.58e ⁻¹⁰	5.41e ⁻³² *	2.35e ⁻³³	1.25e ⁻³⁰
LR Chi ² (16)	61,595.60			9,903.80		
Pseudo R ²	0.0073			0.0090		
Log likelihood	-4,197,212.3			-547,941.87		

หมายเหตุ: ตัวแปรกลุ่มอ้างอิงมีค่า Adjusted Odd Ratio = 1, * นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05

อภิปรายผล

ปัญหาเรื่องน้ำหนักแรกคลอดยังไม่ดีขึ้น

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าสถานการณ์น้ำหนักทารกเมื่อแรกเกิดยังเป็นปัญหาที่ทำนายของการสาธารณสุขไทย แม้ว่าค่าเฉลี่ยน้ำหนักโดยภาพรวมจะอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ค่าเฉลี่ยรวมประมาณ 3,000 กรัม) แต่เมื่อพิจารณาทารกน้ำหนักน้อย คือกลุ่มที่มีน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม พบว่ามีแนวโน้มสัดส่วนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 ที่มีร้อยละ 8.5 เมื่อผ่านมากกว่า 18 ปี ทารกน้ำหนักน้อยไม่ได้ลดลงไปจากเดิมแต่กลับสูงขึ้นมาเป็นร้อยละ 10.0 ในปี พ.ศ. 2558 ทั้งที่ประชากรการเกิดนั้นลดลง แสดงให้เห็นว่าแม้กระทรวงสาธารณสุขจะเร่งรัดดำเนินนโยบายตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกมาโดยตลอด และมีการกำหนดนโยบายแผนยุทธศาสตร์สำคัญต่างๆ เพื่อเพิ่มคุณภาพการเกิดของทารก แต่แนวโน้มของทารกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ในประเทศไทยยังเพิ่มขึ้น

เมื่อพิจารณาร่วมกับอายุมารดา ทำให้เห็นปรากฏการณ์ชัดเจนขึ้นว่า คุณภาพการเกิดของทารกที่ลดลงส่วนหนึ่งมาจากปัจจัยอายุมารดา สตรีวัยเจริญพันธุ์มีแนวโน้มมีบุตรในอายุเพิ่มสูงขึ้น จากเดิมอยู่ที่ 20-24 ปี ปรึบมาเป็น 25-29 ปี และมีแนวโน้มจะปรับเป็นกลุ่ม 30-34 ปีมากขึ้นตามลำดับ แต่ในอีกด้านหนึ่ง ที่ควรเฝ้าระวังคือ สัดส่วนของมารดาอายุต่ำกว่า 20 ปี กลุ่มที่ยังไม่พร้อมที่จะตั้งครรภ์ทั้งในด้านสุขภาพและทางสังคมมีแนวโน้มปรับเพิ่มขึ้น ดังนั้น แนวโน้มน้ำหนักทารกแรกคลอดที่ลดลงอาจสอดคล้องกับการที่กลุ่มมารดาอายุน้อย และมารดากลุ่มอายุมากมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น จึงทำให้น้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยลง

ผลกระทบของแม่วัยรุ่น-แม่อายุมากที่เพิ่มขึ้น

แบบแผนความสัมพันธ์ของอายุมารดากับน้ำหนักทารกแรกเกิดจากการจัดกลุ่มน้ำหนักตามเกณฑ์ 4 กลุ่ม มารดาอายุต่ำกว่า 20 ปี และมารดาอายุมากกว่า 40 ปี ถือเป็นมารดาในกลุ่มเสี่ยงที่มีผลต่อการมีบุตร น้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่าเกณฑ์คือ เป็นทารกน้ำหนักตัวน้อยและน้อยมาก ประเด็นนี้สอดคล้องกับสถานการณ์ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของประเทศไทยที่พบว่า สตรีไทยในวัยเจริญพันธุ์มีจำนวนบุตรน้อยลง และแนวโน้มการมีบุตรของสตรีเริ่มปรับเปลี่ยนแบบแผนออกเป็นสองลักษณะคือ มีบุตรเมื่ออายุน้อย (ต่ำกว่า 20 ปี) หรือไม่ก็ มีบุตรเมื่ออายุมากแล้วคือ 35 ปีขึ้นไป สิ่งนี้จึงเป็นที่ควรเฝ้าระวังเพราะล้วนแต่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพของทารก มารดาที่อายุน้อยเกินไป ความรู้ในการดูแลรักษาครรภ์และความพร้อมทางสรีระร่างกายยังไม่เอื้ออำนวย ในขณะที่กลุ่มมารดาที่อายุมากเกินไป สภาพร่างกายก็ไม่พร้อมต่อการดูแลทารกได้อย่างเต็มที่ ผลการศึกษาครั้งนี้จึงชี้ให้เห็นช่วงอายุที่เหมาะสมของมารดาที่จะตั้งครรภ์ นั่นคือ อายุระหว่าง 25-34 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่ร่างกายมีความพร้อมสมบูรณ์ รวมถึงสถานภาพทางสังคมก็เอื้ออำนวยต่อการมีบุตร

แม้ว่าเทคโนโลยีด้านการเจริญพันธุ์ทางวิทยาศาสตร์มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพียงใด ยังมีการยืนยันทางการแพทย์ว่า ภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีจะเริ่มปรับลดลงเมื่อเริ่มเข้าสู่อายุ 30 และลดลงอย่างรวดเร็วหลังอายุ 35 ปีเป็นต้นไป สตรีที่ตัดสินใจตั้งครรภ์หลังอายุ 35 ปี จึงต้องได้รับข้อมูลที่เหมาะสมในการดูแลครรภ์มากกว่าปกติ (American Society for Reproductive Medicine, 2012: 9) ในขณะเดียวกัน การป้องกันดูแล และเยียวยากลุ่มมารดาวัยรุ่นที่มีอัตราเพิ่มสูงขึ้นนับเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องด้วยสถานการณ์ “แม่วัยรุ่น” นี้ ย่อมนำมาสู่ปัญหาอื่นๆ ตามมาโดยเฉพาะอย่างยิ่งความเสี่ยงทางสุขภาพของตัวบุตร ถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าไปสู่การเกิดที่ด้อยคุณภาพก็เป็นไปได้ (เป็ทมา และปราโมทย์, 2557)

การวางแผนเพื่อส่งเสริมคุณภาพการตั้งครรภ์

ภายใต้ความตระหนักในเรื่องการลดลงของจำนวนการเกิดประชากรไทย ดังที่เป็นกระแสจากโครงการ “ส่งเสริมสาวไทยแก้มแดง มีลูกเพื่อชาติ ด้วยวิตามินแสนวิเศษ” ประเทศไทยได้กำหนดนโยบายยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรฐานเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2560-2569 เพื่อส่งเสริมการเกิดในหญิงอายุ 20-34 ปีที่มีความพร้อมและตั้งใจที่จะมีครรภ์และการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ มีการดำเนินงาน เช่น พัฒนาระบบบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ ตั้งแต่ระยะก่อนสมรส ก่อนมีบุตร ตั้งครรภ์ และหลังคลอด จัดกิจกรรมรณรงค์ให้คนไทยมีบุตร ปรับปรุงแก้ไขสิทธิลาคลอดเพื่อส่งเสริมการเลี้ยงดูบุตร มาตรการทางภาษีช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลบุตร เป็นต้น (ข่าวสดออนไลน์, 2560) และประเทศไทยมีแนวทางและการดำเนินการที่ชัดเจนเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมาโดยตลอด อาทิ การดำเนินการตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกในการป้องกันการตั้งครรภ์เมื่ออายุน้อยเกินไป การสร้างความเข้าใจความรู้ การคุมกำเนิดในกลุ่มวัยรุ่น การป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ลดการทำแท้งไม่ปลอดภัย การพัฒนายุทธศาสตร์การสื่อสารสาธารณะ การพัฒนาหลักสูตรเพศศึกษาในประเทศไทย การส่งเสริมการเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ และระบบการดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2557)

แต่ในขณะเดียวกัน ยังไม่พบว่ามีแนวทางการส่งเสริมหรือนโยบายเฉพาะกับกลุ่มผู้หญิงอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไปที่ตั้งครรภ์ ซึ่งในเงื่อนไขทางเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน ผู้หญิงส่วนนี้มีแนวโน้มจะเป็นกลุ่มที่ตั้งครรภ์ให้กำเนิดบุตรมากขึ้นในอนาคต ในหลายประเทศได้มีนโยบายเพื่อส่งเสริมการเกิดและดูแลการตั้งครรภ์ในหลายรูปแบบ เช่น นโยบายเสริมแรงจูงใจให้บุคคลมีบุตรไวขึ้น (มีบุตรในวัยที่เหมาะสม คือช่วงอายุ 25-34 ปี) ด้วยการให้เงินพิเศษสำหรับบุตร การลดหย่อนภาษี ให้สิทธิพิเศษอื่นๆ เช่น ในประเทศรัสเซีย ออกกฎหมายให้เงินกู้โดยไม่คิดดอกเบี้ยสำหรับครอบครัวที่มีลูก โดยคู่สมรสคนใดคนหนึ่งต้องอายุไม่เกิน 30 ปี (Avdeyeva, 2011 อ้างใน มนสิการ และนุชราภรณ์, 2557) รวมถึงนโยบายอื่นๆ ที่เอื้อให้คนไทยมีบุตรมากขึ้น เช่น การให้สิทธิลาคลอด การจัดตารางการทำงานที่ยืดหยุ่น การบริการศูนย์เด็กเล็ก และการจัดสวัสดิการสังคมอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *แผนยุทธศาสตร์กรมอนามัย พ.ศ. 2553-2556*. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- เกரியงค์กี จีระแพทย์ และวิมา จีระแพทย์. (2551). *การประเมินภาวะสุขภาพทารกแรกเกิด*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ด้านสุขภาพการพิมพ์.
- ข่าวสดออนไลน์. (2560). *สธ. ชวนคนไทยมีลูกช่วยชาติ พบอัตราเกิดต่ำจนน่าเป็นห่วง เหตุคนโสดล้นเมือง*. ค้นเมื่อ 30 เมษายน 2560, จาก https://www.khaosod.co.th/featured/news_211561
- คณะกรรมการสุขภาพคนไทย ส่วนสถานการณ์ทางสุขภาพ. (2553). “แม่วัยรุ่น” ปรากฏการณ์ใหญ่ที่การป้องกัน และแก้ไขยังทำกันในระดับเล็กเกินไป. ใน ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคนอื่นๆ (บรรณาธิการ). *สุขภาพคนไทย 2553: วิกฤตทุนนิยมสังคมมีโอกาส* (หน้า 58-61). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชเนนทร์ วนาภิรักษ์. (2554). *Holistic Approach in Elderly Pregnancy*. ใน เอกชัย โควาวีสารัช, ปัทมา พรหมสนธิ และบุญศรี จันทร์รัชชกุล (บรรณาธิการ). *การตั้งครรภ์ในมารดาวัยเสี่ยง* (หน้า 11-16). กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ครีเอชั่น.
- น้ำฝน บัวพันธุ์. (2557). *ความสัมพันธ์ของอายุมารดากับน้ำหนักทารกแรกเกิด*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยประชากรและสังคม. นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บรรพจน์ สุวรรณชาติ และประภัสสร เอื้อลลิตชวงค์. (2550). *อายุมารดากับผลของการคลอด*. *Srinagarind Medical Journal*, 22(4): 401-407.
- ประนอม บุพศิริ. (2554). *การคลอดติดไหล่*. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 26(1): 64-70.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์ (2555). *การเกิด*. ใน ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคนอื่นๆ (บรรณาธิการ). *สุขภาพคนไทย 2555: ความมั่นคงทางอาหาร เงินทองของมาตา ข้าวปลาสิของจริง* (หน้า 12-13). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์ และปราโมทย์ ประสาทกุล. (2557). *สถานการณ์การเกิดในช่วงครึ่งศตวรรษ*. ใน ยุพิน วรสิริอมร, จงจิตต์ ฤทธิรงค์, ศุทธิดา ชวนวัน และพจนา หันจางสิทธิ์ (บรรณาธิการ). *ประชากรและสังคม 2557: การเกิดกับความมั่นคงในประชากรและสังคม* (หน้า 3-22). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิมลพรรณ อิศรภักดี. (2557). *ทัศนคติของคนรุ่นใหม่เกี่ยวกับการแต่งงานและการมีบุตร*. ใน ยุพิน วรสิริอมร, จงจิตต์ ฤทธิรงค์, ศุทธิดา ชวนวัน และพจนา หันจางสิทธิ์ (บรรณาธิการ). *ประชากรและสังคม 2557: การเกิดกับความมั่นคงในประชากรและสังคม* (หน้า 199-212). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มนฤดี เตชะอินทร์ และพรรณิ ศิริวรรณานา. (2555). *การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Adolescent Pregnancy)*. ค้นเมื่อ 30 มกราคม 2560, จาก http://www.medicine.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com_content&view=article&id=742:adolescent-pregnancy&catid=45:topic-review&Itemid=561
- มนสิการ กาญจนะจิตรา และนุชราภรณ์ เลี้ยงรื่นรมย์. (2557). *นโยบายเมื่อหมดยุคโซ่ทองคล้องใจ*. ใน ยุพิน วรสิริอมร, จงจิตต์ ฤทธิรงค์, ศุทธิดา ชวนวัน และพจนา หันจางสิทธิ์ (บรรณาธิการ). *ประชากรและสังคม 2557: การเกิดกับความมั่นคงในประชากรและสังคม* (หน้า 61-81). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาลี เกื้อนพกุล. (2554). *Teenage Pregnancy*. ใน เอกชัย โควาวีสารัช, ปัทมา พรหมสนธิ และบุญศรี จันทร์รัชชกุล (บรรณาธิการ). *การตั้งครรภ์ในมารดาวัยเสี่ยง* (หน้า 35-50). กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ครีเอชั่น.
- วีรพล กิตติพิบูลย์. (2556). *ภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น*. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 27(1): 97-106.
- ศรุตยา ร่องเลื่อน, ภัทรวลัย ดลิจิตร และสมประสงค์ ศิริบริรักษ์. (2555). *การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น: การสำรวจปัญหาและความต้องการการสนับสนุนในการรักษาพยาบาล*. *วารสารพยาบาลศิริราช*, 5(1): 14-28.

- ศิริกุล อิศรานุรักษ์. (2549). ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย: ปัญหาสุขภาพคนไทยที่ยังแก้ไขไม่ได้. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, 4(1), 67-69.
- ศุทธิดา ชนวนวัน และปิยวัฒน์ เกตุวงศา. (2557). ทำไมผู้หญิงไม่แต่งงาน: ผู้ชายหายไปไหน. ใน ยุพิน วรสิริอมร, จงจิตต์ ฤทธิรงค์, ศุทธิดา ชนวนวัน และพจนา หันจางลิทธิ (บรรณาธิการ). *ประชากรและสังคม 2557: การเกิดกับความมั่นคงในประชากรและสังคม*. (หน้า 23-42). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *สถิติสาธารณสุข 2553*. ค้นเมื่อ 30 มกราคม 2560, จาก <http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/statistic50-54/statistic53.pdf>
- สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง. (2559). *รายงานสถิติข้อมูลการเกิดประจำปี พ.ศ.2558*. ค้นเมื่อ 3 กุมภาพันธ์ 2560, จาก <http://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statTDD/views/showProvinceData.php>
- สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). สธ.ส่งเสริมนโยบายสาวไทยแก้มแดง มีลูกเพื่อชาติ ด้วยวิตามินเสริมพิเศษ. *ข่าวเพื่อสังคม*. ค้นเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2560, จาก http://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=92228
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. (2557). *การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น: นโยบาย แนวทางการดำเนินงานและติดตามประเมินผล. พิมพ์ครั้งที่ 2*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สุรพล พจนสุภาวรรณ. (2555). ลักษณะของการตั้งครรภ์ที่คลอดทารกตัวโต. *พุทธชินราชเวชสาร*, 29(1): 91-101.
- อรพินธ์ เจริญผล. (2554). Pregnancy in the Extreme Ages: Holistic Approach In Elderly Pregnancy. ใน เอกชัย โควาวิสารัช, ปัทมา พรหมสนธิ และ บุญศรี จันทร์รัชชกุล (บรรณาธิการ). *การตั้งครรภ์ในมารดาวัยเสี่ยง* (หน้า 17-26). กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ครีเอชั่น.
- อุ๋นใจ กอนันตกุล (บรรณาธิการ). (2549). *การตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูง*. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เอกชัย โควาวิสารัช. (2554). Holistic Approach in Teenage Pregnancy. ใน เอกชัย โควาวิสารัช, ปัทมา พรหมสนธิ และบุญศรี จันทร์รัชชกุล (บรรณาธิการ). *การตั้งครรภ์ในมารดาวัยเสี่ยง* (หน้า 27-34). กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยน ครีเอชั่น.

ภาษาอังกฤษ

- Aghamohammadi, A., & Nooritajer, M. (2011). Maternal age as a risk factor for pregnancy outcomes: maternal, fetal and neonatal complication. *African Journal of Pharmacy and Pharmacology*, 5(2): 264-269.
- American Society for Reproductive Medicine. (2012). *Age and Fertility: A guide for patients Revised 2012*. Birmingham, AL: American Society for Reproductive Medicine.
- Aras, R. Y. (2013). Is maternal age risk factor for low birth weight? *Archives of Medicine and Health Sciences*, 1(1): 33.
- Bayrampour, H., Heaman, M., Duncan, K. A., & Tough, S. (2012). Comparison of perception of pregnancy risk of nulliparous women of advanced maternal age and younger age. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 57(5): 445-453.
- Gilbert, W., Jandial, D., Field, N., Bigelow, P., & Danielsen, B. (2004). Birth outcomes in teenage pregnancies. *The journal of Maternal-fetal & Neonatal Medicine*, 16(5): 265-270.
- Kumar, A., Singh, T., Basu, S., Pandey, S., & Bhargava, V. (2007). Outcome of teenage pregnancy. *Indian Journal of Pediatrics*, 74(10): 927-931.
- Laxmy, R., Vinayachandran, S., & Beena, G. (2013). Pregnancy outcome in women of advanced maternal age. *International Journal of Bioassays*, 2(9): 1193-1198.
- Malamitsi-Puchner, A., & Boutsikou, T. (2006). Adolescent pregnancy and perinatal outcome. *Pediatric Endocrinology Reviews: PER*, 3(Suppl 1): 170-171.

- Moses, V., & Dalal, N. (2016). Pregnancy outcome in elderly primi gravidas. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 5(11): 3731-3735.
- Rehman, N. A., Vikram, A., Palakki, N., & Kandy, N. C. (2015). Maternal and fetal outcome in advanced maternal age. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences-JEMDS*, 4(60): 10504-10508.
- Reichman, N. E., & Pagnini, D. L. (1997). Maternal age and birth outcomes: data from New Jersey. *Family Planning Perspectives*, 29(6): 268-295.
- Smith, G. C., & Pell, J. P. (2001). Teenage pregnancy and risk of adverse perinatal outcomes associated with first and second births: population based retrospective cohort study. *Bmj*, 323(7311): 476.
- Tabcharoen, C., Pinjaroen, S., Suwanrath, C., & Krisanapan, O. (2009). Pregnancy outcome after age 40 and risk of low birth weight. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 29(5): 378-383.
- Takahashi, H. et al. (2012). Increased rate of cesarean section in primiparous women aged 40 years or more: a single-center study in Japan. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 285(4): 937-941.
- Van Vliet, G., Liu, S., & Kramer, M. S. (2009). Decreasing sex difference in birth weight. *Epidemiology*, 20(4), 622.
- World Health Organization [WHO]. (1984). *A Workbook on how to plan and carry out research on the risk approach in maternal and child health including family planning*. Retrieved from <http://www.who.int/iris/handle/10665/59163>

แบบแผนและแนวโน้มของจำนวนบุตรเกิดรอด จากสตรีที่ไม่ได้แต่งงานในช่วง พ.ศ. 2543-2558

Pattern and Trend of Non-marital Childbearing in Thailand during 2000 to 2015

ปัทมา ว่าพัฒนางค์*

บทคัดย่อ

บทความนี้เป็นการประมาณจำนวนบุตรเกิดรอดจากสตรีที่ไม่แต่งงาน เพื่อแสดงสถานการณ์ทั้งด้านแบบแผนและแนวโน้มในช่วง พ.ศ. 2543-2558 โดยแนวคิดของการประมาณคือ นำจำนวนจดทะเบียนเกิดทั้งหมด หักลบออกด้วยจำนวนเกิดที่ประมาณจากอัตราเจริญพันธุ์สมรส คูณกับจำนวนสตรีสมรส สำหรับข้อมูลที่น่ามาใช้เพื่อประมาณการประกอบด้วย ข้อมูลจดทะเบียนเกิด ข้อมูลจากการสำรวจที่เกี่ยวข้องกับอนามัยเจริญพันธุ์ ข้อมูลจากรายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร และข้อมูลสำมะโนประชากร ผลของการประมาณชี้ให้เห็นว่า ในขณะที่จำนวนเกิดทั้งหมดมีแนวโน้มลดจากราว 8 แสนรายในปี 2543 ลงเหลือราว 7.5 แสนรายในปี 2558 แต่การเกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงานเมื่อคิดเป็นร้อยละกลับเพิ่มขึ้น โดยเมื่อปี 2513 มีการเกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงานราวร้อยละ 13 ของการเกิดทั้งหมด การเกิดนี้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจนมาอยู่ที่ระดับร้อยละ 40 เมื่อปี 2554 เป็นต้นมา พบว่าร้อยละการเกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงานในแต่ละอายุของสตรีมีความแตกต่างกัน ร้อยละสูงสุดเป็นของกลุ่มอายุ 15-19 ปี รองลงมาเป็นของกลุ่มอายุ 35-39 ปี 25-29 ปี 20-24 ปี และ 30-34 ปี ตามลำดับ นอกจากนี้ ร้อยละเหล่านี้มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นในทุกอายุสตรี แต่เพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่ไม่เท่ากัน ในช่วงเวลา 15 ปีที่ศึกษาพบว่า ร้อยละการเกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงานของกลุ่มอายุ 15-19 ปี 20-24 ปี 25-29 ปี 30-34 ปี และ 35-39 ปี เพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 2.7 20.9 17.5 13.7 และ 10.7 ต่อปี ตามลำดับ ซึ่งคาดว่าในอนาคต อาจจะมีประชากรที่เติบโตอย่างด้อยคุณภาพราว 2 ใน 5 ของประชากรรุ่นนั้นๆ

คำสำคัญ: แบบแผน แนวโน้ม บุตรเกิดรอดจากสตรีที่ไม่แต่งงาน

* ศาสตราจารย์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

Abstract

This article analyzes the patterns and trends of estimated non-marital childbearing during the period of 2000 to 2015. The estimate is derived by subtracting births that are the product of marital fertility from the total number of registered births. The data used for this estimation are from birth registration, reproductive and health related surveys, the Survey of Population Change reports, and population censuses. The results of the estimations indicate that, while the number of live births declined from 0.8 million in 2000 to 0.75 million in 2015, the proportion of non-marital births has been increasing: From 13% in 2000 to 40% in 2011. The percentage of non-marital childbearing differs by age group of women. The highest percentage of non-marital births was for the group age 15-19 years, followed by 35-39, 25-29, 20-24, and 30-34 years, respectively. In addition, the trends in non-marital births in each age group are increasing, but at different rates. The percentage of non-marital childbirth of women age 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, and 35-39 years increased by an average 2.7%, 20.9%, 17.5%, 13.7%, and 10.7% per year, respectively, during the 15-year period of the study.

Keywords: patterns, trends, non-marital childbearing

ความนำ

นับตั้งแต่ได้มีการประชุมระหว่างประเทศว่าด้วยเรื่องประชากรและการพัฒนา (International Conference on Population and Development: ICPD) ณ กรุงโคโร ประเทศอียิปต์ เมื่อกันยายน พ.ศ. 2537 ประเทศต่างๆ ก็ได้ให้ความสำคัญกับงานอนามัยเจริญพันธุ์ ที่มีความหมายครอบคลุมมากกว่าเรื่องของการวางแผนครอบครัว สำหรับในประเทศไทยนั้น กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย¹ ได้ให้ความสำคัญกับงานด้านนี้มาโดยตลอด อย่างไรก็ตาม เพิ่งได้มีการจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2553-2557) ไปเมื่อปี 2553 และต่อมาเมื่อ 18 ตุลาคม 2559 คณะรัฐมนตรีก็ได้มีมติอนุมัติในหลักการของนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนานามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2569) ที่ยกร่างโดยกรมอนามัยร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ซึ่งหลักการที่สำคัญของนโยบายฯ ฉบับที่ 2 นี้ก็คือ **การส่งเสริมการเกิดและเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ** (กรมอนามัย, 2559)

เมื่อกล่าวถึงการส่งเสริมการเกิดและเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพนั้น การเกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงาน นับเป็นประเด็นหนึ่งที่เราควรให้ความสนใจ มีงานศึกษามากมายเกี่ยวกับการเกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงาน ทั้งในเรื่องของสถานการณ์ ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผลกระทบที่มีต่อทั้งสตรีและเด็ก แต่งานศึกษาเหล่านั้นมักทำในประเทศที่พัฒนาแล้ว ในสหรัฐอเมริกาพบว่า การเกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาโดยตลอด เมื่อ ค.ศ. 1970 มีเพียงร้อยละ 11 ของการเกิดทั้งหมด และได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 41 ในปี 2009 (ใช้เวลา 39 ปี) ซึ่งมีการเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนโดยเฉพาะในกลุ่มสตรีอายุ 15-19 ปี (เพิ่มจากร้อยละ 30 เป็นร้อยละ 87) และ 20-24 ปี (เพิ่มจากร้อยละ 9 เป็นร้อยละ 62) (Wildsmith, Steward-Streng, & Manlove, 2011)

อย่างไรก็ตาม แนวโน้มการเพิ่มเช่นนี้ได้ลดลงเล็กน้อยในช่วงหลังปี 2010 (Curtin, Ventura, & Martinez, 2014) หลายประเทศสมาชิกสหภาพยุโรป ได้แก่ เบลเยียม บัลกาเรีย เอสโตเนีย ฝรั่งเศส ไชล์แลนด์ สโลวีเนีย นอร์เวย์ และสวีเดน ต่างมีสถานการณ์การเกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงานสูงถึงครึ่งหรือมากกว่าครึ่งหนึ่งของการเกิดทั้งหมดในปี 2011 (Haub, 2013) การเกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงานสูงเช่นนี้ พบว่ามีความสัมพันธ์กับรูปแบบการแต่งงานที่เปลี่ยนจากการแต่งงานไปเป็นการอยู่ร่วมกัน (Cohabitation) (Haub, 2013; Baranowska-Rataj, 2014) รวมถึงสิทธิประโยชน์หรือสวัสดิการที่ได้รับจากการมีบุตรที่เกิดจากการไม่แต่งงาน (Rosenzweig, 1999; Konietzka & Kreyenfeld, 2002) เด็กที่เกิดมาโดยที่มารดาไม่ได้แต่งงาน มักจะเติบโตขึ้นในครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว อยู่ในสถานะที่ยากจน มีความไม่มั่นคงในชีวิต รวมทั้งอาจมีปัญหาด้านสังคม อารมณ์และจิตใจ (Bumpuss & Lu, 2000; Demo & Cox, 2000; Carlson & Corcoran, 2001; Musick, 2002; Thomas & Sawhill, 2005; Williams, Sassler, Frech, Addo, & Cooksey, 2013) แม้กระทั่งตัวสตรีเองก็ได้รับผลกระทบจากการที่มีบุตรโดยไม่แต่งงานด้วยเช่นกัน (Williams, Sassler, Frech, Addo, & Cooksey, 2011)

¹ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ใช้คำ “อนามัยการเจริญพันธุ์” (Reproductive health) และให้ความหมายว่าเป็น “ภาวะความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายและจิตใจ ที่เป็นผลสัมฤทธิ์อันเกิดจากกระบวนการและหน้าที่ของการเจริญพันธุ์ที่สมบูรณ์ทั้งชายและหญิง ทุกช่วงอายุของชีวิต ที่จะทำให้เขาเหล่านั้นมีชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข”

สำหรับประเทศไทย กล่าวได้ว่ามีการศึกษาในเรื่องของการเกิดหรือภาวะเจริญพันธุ์มาช้านาน งานศึกษาที่มาจากการสำรวจขนาดใหญ่ที่สามารถเป็นตัวแทนของประเทศ เกือบทั้งหมดทำการศึกษาจากสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสแล้วเท่านั้น (ยกเว้นการสำรวจสถานการณเด็กและสตรีในประเทศไทย) หรือแม้กระทั่งข้อมูลการจดทะเบียนเกิดก็ไม่สามารถจำแนกการเกิดตามสถานภาพสมรสของสตรีผู้ให้กำเนิดบุตรได้ครบถ้วน ทั้งๆ ที่ ‘สถานภาพสมรส’ เป็นรายการหนึ่งที่มีไว้ให้บันทึกในสูติบัตร อย่างไรก็ตาม เนื่องจากประเด็นการเกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงานมีความสำคัญ ผู้เขียนจึงต้องการที่จะแสดงให้เห็นถึงสถานการณ์ด้านแบบแผนและแนวโน้มในเรื่องดังกล่าวของประเทศไทย โดยใช้การประมาณจากข้อมูลต่างๆ ที่มีอยู่ คือ ข้อมูลการสำรวจและข้อมูลการจดทะเบียนเกิด แม้จะทราบว่าข้อมูลทั้งสองแหล่งนี้มีความจำกัดดังที่กล่าวมาแล้วก็ตาม แต่ประโยชน์ที่ได้รับ อาทิ ทราบจำนวนเด็กเกิดที่ไม่มีคุณภาพ หรือมีข้อมูลเพื่อใช้ในการวางแผนที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

ระเบียบวิธีและข้อมูลที่ใช้

แนวคิดของวิธีการประมาณ

ผู้เขียนทำการประมาณจำนวนบุตรเกิดรอดจากสตรีที่ไม่แต่งงานบนแนวคิดที่ว่า *ถ้านำอัตราเจริญพันธุ์สมรสรายอายุ (Age-specific marital fertility rates: ASMFRs) คูณเข้ากับจำนวนสตรีวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 15-49 ปี) ที่ยังอยู่กินกับคู่สมรส (Currently married women: CMW) แล้วเมื่อนำจำนวนเกิดที่คำนวณไปเปรียบเทียบกับจำนวนเกิดที่จดทะเบียน (Registered births: RB) ผลต่างที่ได้สามารถสะท้อนจำนวนเกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงาน (Non-marital births: NMB)* ซึ่งในที่นี้คำว่าแต่งงานหรือสมรสมีความหมายว่าเป็นการอยู่ร่วมกันฉันสามีภรรยาของคู่ชาย-หญิง ทั้งที่จดทะเบียนและไม่จดทะเบียนสมรส (แต่เป็นที่ยอมรับของครอบครัว สังคม หรือศาสนา)

ข้อมูลที่ใช้

ข้อมูลที่ใช้เพื่อการประมาณครั้งนี้มาจากหลายแหล่งด้วยกัน ดังนี้

1. จำนวนจดทะเบียนเกิด พ.ศ. 2543-2558 ที่เผยแพร่อยู่ในเว็บไซต์ของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย
2. จำนวนจดทะเบียนเกิด พ.ศ. 2543-2558 จำแนกตามกลุ่มอายุของสตรี ซึ่งได้จากรายงานประจำปี สถิติสาธารณสุข โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
3. ร้อยละความสมบูรณ์ของการจดทะเบียนเกิด จากรายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร ครั้งที่ 1 (พ.ศ. 2507-2509) ถึงครั้งที่ 5 (พ.ศ. 2548-2549) ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ
4. อัตราเจริญพันธุ์สมรสรายอายุที่วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจภาวะคุมกำเนิดในประเทศไทย พ.ศ. 2539 ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และข้อมูลการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2549 และ พ.ศ. 2552 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ
5. จำนวนสตรีวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 15-49 ปี) จำแนกตามสถานภาพสมรสและกลุ่มอายุ 5 ปี จากรายงานสำมะโนประชากร พ.ศ. 2503 ถึง พ.ศ. 2553

ขั้นตอนการประมาณ

ก. จำนวนเกิดที่จดทะเบียนและการปรับ

เริ่มต้นจากการประมาณแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงร้อยละความสมบูรณ์ของการจดทะเบียนเกิดเป็นรายปีด้วยสมการโลจิสติก โดยประมาณจากข้อมูลการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร ครั้งที่ 1 (พ.ศ. 2507-2509) จนถึงครั้งที่ 5 (พ.ศ. 2548-2549) ได้ประมาณแนวโน้มความสมบูรณ์ของการจดทะเบียนเกิดมาจนถึงปี 2558 เพื่อนำไปใช้ปรับยอดจำนวนการจดทะเบียนเกิด (ที่รายงานโดยสำนักบริหารการทะเบียน) ให้ถูกต้องสมบูรณ์ขึ้น

เมื่อได้จำนวนเกิดที่ปรับความสมบูรณ์ของการจดทะเบียนแล้ว นำจำนวนเหล่านี้กระจายไปตามกลุ่มอายุมารดา (15-49 ปี) ด้วยสัดส่วนเดียวกับที่รายงานอยู่ในสถิติสาธารณสุข² (แสดงผลไว้ในตารางผนวก 1)

ข. อัตราเจริญพันธุ์สมรสรายอายุ

ขณะเดียวกัน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจภาวะคู่มกำเนิดในประเทศไทย พ.ศ. 2539 และข้อมูลการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2549 และ พ.ศ. 2552 เพื่อคำนวณอัตราเจริญพันธุ์สมรสรายอายุ (ASMRs)³ ณ ปีทำการสำรวจ จากนั้นทำการเทียบค่าระหว่างช่วง (Interpolation) เพื่อประมาณค่าอัตราเจริญพันธุ์สมรสรายอายุของแต่ละปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2543 ถึง พ.ศ. 2552 สำหรับอัตราของปี 2553-2558 สมมติให้ไม่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากปี 2552 (แสดงผลไว้ในตารางผนวก 2)

ค. สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ยังอยู่กับสามี

นำข้อมูลจำนวนสตรีจำแนกตามสถานภาพสมรสและกลุ่มอายุ จากรายงานสำมะโนประชากร พ.ศ. 2503 ถึง พ.ศ. 2553 มาคำนวณหาสัดส่วนสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ยังอยู่กับสามีจำแนกตามกลุ่มอายุ 5 ปี ซึ่งในที่นี้หมายถึงจำนวนสตรีที่รายงานว่ามิสสถานภาพ “สมรส” ทารด้วยจำนวนสตรีทั้งหมด แต่ไม่นับรวมผู้ที่ไม่ทราบสถานภาพสมรส จากข้อมูลสัดส่วนสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ยังอยู่กับสามีจำแนกตามกลุ่มอายุ 5 ปี ณ ปีสำมะโนเหล่านี้ ทำการประมาณด้วยแนวโน้มเชิงเส้นตรง เพื่อหาสัดส่วนของแต่ละปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2543 ถึง พ.ศ. 2558 (แสดงผลไว้ในตารางผนวก 3)

นำค่าประมาณสัดส่วนสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ได้ คูณกับจำนวนประชากรหญิงของกลุ่มอายุเดียวกัน ซึ่งในที่นี้ใช้ข้อมูลสำมะโนฯ พ.ศ. 2533 พ.ศ. 2543 และ พ.ศ. 2553 ที่ปรับให้เป็นประชากรฐานของการคาดประมาณประชากรของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แล้วเทียบค่าระหว่างช่วง (Interpolation) เพื่อประมาณจำนวนประชากรดังกล่าวตามกลุ่มอายุของแต่ละปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2543 ถึง พ.ศ. 2553 สำหรับจำนวนของปี 2554-2558 ใช้จากผลการคาดประมาณประชากรชุดล่าสุดของสภาพัฒนาฯ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2556)

² จำนวนเกิดในรายงานสถิติสาธารณสุขมีความแตกต่างจากข้อมูลที่รายงานโดยสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง เล็กน้อย

³ ในรายงานการสำรวจดังกล่าว มีเพียงการรายงานอัตราเจริญพันธุ์รายอายุ (Age-specific fertility rates: ASFRs) เท่านั้น

ง. ประมาณจำนวนเกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงาน⁴

ในขั้นตอนสุดท้ายนี้สามารถประมาณได้จากการนำผลที่ได้ในข้อ ค. คูณกับผลของข้อ ข. แล้วเปรียบเทียบกับผลในข้อ ก. นั่นเอง

$$NMB_i = RBadj_i - (CM_i \times ASMFR_i)$$

เมื่อ	NMB_i	คือ	ประมาณจำนวนเกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงานรายอายุ
	$RBadj_i$	คือ	จำนวนจดทะเบียนเกิดที่ปรับความสมบูรณ์แล้วรายอายุ
	CM_i	คือ	จำนวนประมาณสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ยังอยู่กับสามีรายอายุ
	$ASMFR_i$	คือ	อัตราเจริญพันธุ์สมรสรายอายุ

ผลการศึกษา

การเกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงานมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น

ก่อนที่จะแสดงผลของการศึกษา ผู้เขียนขอชี้แจงเพื่อความเข้าใจในเบื้องต้นว่า ข้อมูลเกิดจากการจดทะเบียนนั้นครอบคลุมมารดาที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี และสูงกว่า 49 ปีด้วย แต่ในการศึกษาครั้งนี้เลือกทำการศึกษาเฉพาะการเกิดจากสตรีอายุ 15-49 ปีเท่านั้น อย่างไรก็ตาม การเกิดที่ศึกษานี้ก็ครอบคลุมการเกิดที่จดทะเบียนเกือบทั้งหมด คือราวร้อยละ 99.5-99.8 ส่วนการเกิดจากสตรีอายุต่ำกว่า 15 ปี และสูงกว่า 49 ปีที่ไม่ได้ศึกษามีอยู่ต่ำกว่าร้อยละ 0.5 เท่านั้นซึ่งน้อยมาก

จากระเบียบวิธีและแนวทางการประมาณจำนวนเกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงาน พบว่า ขณะที่จำนวนเกิดทั้งหมดในช่วง พ.ศ. 2543 จนถึง พ.ศ. 2558 มีแนวโน้มที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง จากแปดแสนเศษจนมาอยู่ที่ราวเจ็ดแสนห้าหมื่น แต่จำนวนเกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงานกลับมีจำนวนค่อยๆ เพิ่มขึ้น กล่าวคือ เพิ่มจากประมาณ 1 แสนรายเป็นราว 3 แสนราย (ตาราง 1)

⁴ ได้แสดงผลการประมาณจำนวนเกิดจากสตรีที่แต่งงานและไม่แต่งงานไว้ในตารางผนวก 4 และตารางผนวก 5 ตามลำดับ

ตาราง 1 จำนวนเกิดทั้งหมด และประมาณจำนวนเกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงาน พ.ศ. 2543-2558

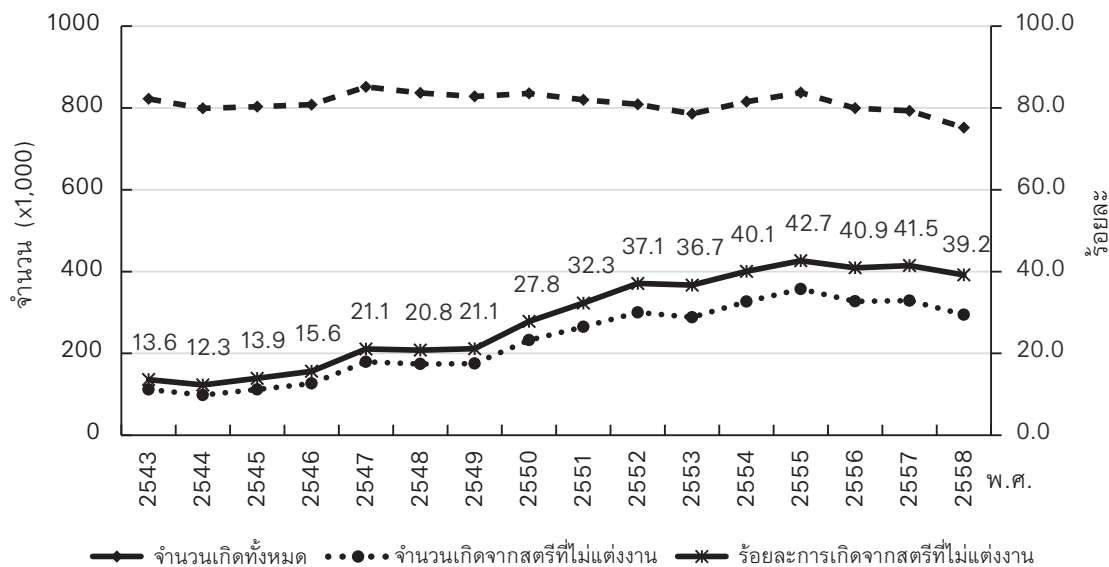
พ.ศ.	จำนวนเกิดทั้งหมด ^๑	จำนวนเกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงาน	ร้อยละการเกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงาน
2543	822,219	111,861	13.6
2544	799,011	98,201	12.3
2545	803,041	111,784	13.9
2546	807,998	126,296	15.6
2547	851,530	179,385	21.1
2548	836,656	174,066	20.8
2549	828,190	175,153	21.1
2550	835,581	232,386	27.8
2551	819,883	264,805	32.3
2552	808,716	300,060	37.1
2553	785,727	288,209	36.7
2554	815,207	326,556	40.1
2555	837,460	357,231	42.7
2556	799,405	327,142	40.9
2557	792,990	328,820	41.5
2558	751,707	294,571	39.2

หมายเหตุ: ประมาณโดยผู้เขียน

^๑ ปรับความสมบูรณ์ของการจดทะเบียนเกิดแล้ว

เพื่อให้เห็นภาพแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของการเกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงานชัดเจนขึ้น ผู้เขียนจึงได้ทำการเปรียบเทียบจำนวนการเกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงานกับจำนวนเกิดทั้งหมดในรูปร้อยละ จากรูป 1 แสดงให้เห็นว่า ร้อยละการเกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงานในช่วงปี 2543-2546 นั้นอยู่ที่ราวร้อยละ 13-15 จากนั้นได้เพิ่มเป็นร้อยละ 21 ในช่วงปี 2547-2549 ร้อยละนี้ได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28 ในปี 2550 และยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจนเพิ่มขึ้นสูงสุดในปี 2555 คิดเป็นร้อยละ 43 แล้วหลังจากนั้นในปี 2556-2558 ก็มีแนวโน้มของการลดลงจากเมื่อปี 2555 เล็กน้อย ซึ่งในปีสุดท้ายของการวิเคราะห์ หรือ พ.ศ. 2558 การเกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงานประมาณเท่ากับร้อยละ 39 ของการเกิดทั้งหมดในปีนั้น **หรือเพิ่มขึ้นราว 3 เท่าตัวเมื่อเทียบกับปีแรกที่ทำการศึกษา** (รูป 1)

รูป 1 จำนวนเกิดทั้งหมด จำนวนเกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงาน และร้อยละการเกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงานเมื่อเทียบกับการเกิดทั้งหมด พ.ศ. 2543-2558

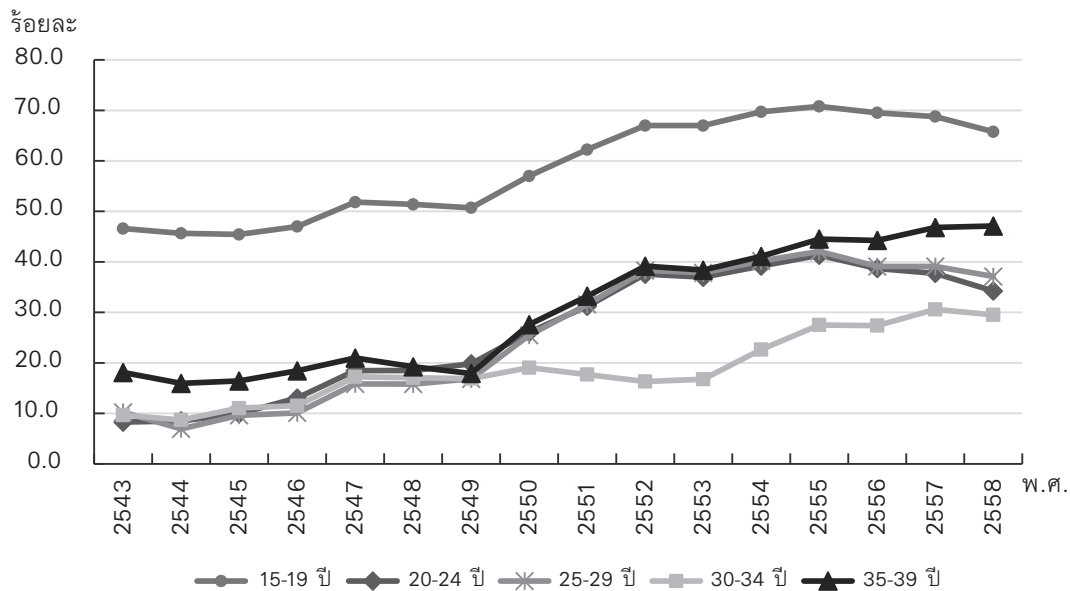


ร้อยละการเกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงานมีความแตกต่างกันตามอายุสตรี

ในการจำแนกการเกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงานไปตามกลุ่มอายุของสตรีนั้น ได้มาจากการประมาณตามสมการที่แสดงไว้ในขั้นตอนการประมาณข้อ ง. สำหรับผลที่ประมาณได้ทั้งจำนวนเกิดจากสตรีที่แต่งงานและไม่แต่งงานนั้น แสดงไว้ในตารางผนวก 4 และตารางผนวก 5 ซึ่งจะเห็นว่าประมาณจำนวนเกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงานของกลุ่มอายุ 40-44 ปี ในปี 2543-2553 มีค่าติดลบ และของกลุ่มอายุ 45-49 ปี มีค่าติดลบอยู่ทั้งหมด ค่าที่ติดลบเหล่านี้มาจากการคำนวณทั้งสิ้น และมีความหมายว่าค่าประมาณจำนวนเกิดจากสตรีที่แต่งงานมีสูงกว่าค่าจริงหรือจำนวนเกิดจากการจดทะเบียน ซึ่งไม่น่าเป็นไปได้ สาเหตุที่การประมาณให้ค่าที่ติดลบในสตรีกลุ่มอายุปลายวัยเจริญพันธุ์เช่นนี้ อาจเนื่องมาจากอัตราเจริญพันธุ์สมรสที่มาจาก การสำรวจมีความคลาดเคลื่อนในทางที่สูงกว่าจริง หรือการประมาณสัดส่วนสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ยังอยู่กินกับสามีในกลุ่มอายุทั้งสองนี้ โดยเฉพาะกับกลุ่มอายุ 45-49 ปีมีความคลาดเคลื่อน ดังจะเห็นได้จากค่าที่แสดงไว้ในตารางผนวก 3 ของกลุ่มอายุ 45-49 ปีที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งๆ ที่น่าจะลดลง ดังนั้น ในส่วนนี้ผู้เขียนจึงได้พิจารณาเฉพาะการเกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงานที่ได้จากการประมาณในกลุ่มอายุ 15-39 ปี เท่านั้น

จากภาพรวมที่ชี้ให้เห็นว่าร้อยละการเกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงานได้เพิ่มขึ้นราว 4 เท่าตัวในช่วงเวลา 15 ปีนั้น เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุของสตรี พบว่ามีความแตกต่างของร้อยละดังกล่าวอย่างชัดเจน กล่าวคือ การเกิดจากสตรีอายุ 15-19 ปีที่ไม่แต่งงานมีอยู่เกือบครึ่งหรือมากกว่าครึ่งของการเกิดในอายุนั้นของทุกๆ ปี ที่ศึกษา ร้อยละการเกิดจากสตรีอายุ 15-19 ปีที่ไม่แต่งงานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 47 ในปี 2543 เป็นร้อยละ 66 ในปี 2558 โดยที่ปี 2555 มีร้อยละนี้สูงที่สุด (ร้อยละ 71) และจากเส้นกราฟในรูป 2 เห็นได้ว่าอัตราเพิ่มขึ้นเร็วที่สุดอยู่ในช่วงปี 2549-2552 (เส้นกราฟมีความชันมากกว่าช่วงเวลาอื่น) ร้อยละการเกิดจากสตรีอายุนี้ที่ไม่แต่งงานนับว่าสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับอายุอื่นๆ

รูป 2 ร้อยละการเกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงานเมื่อเทียบกับการเกิดทั้งหมดในแต่ละกลุ่มอายุ พ.ศ. 2543-2558



จากรูป 2 ยังแสดงให้เห็นว่า ร้อยละการเกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงานในกลุ่มอายุ 20-24 ปี และ 25-29 ปี นั้น มีพอๆ กันในทุกๆ ปีที่ทำการศึกษ (จากราวร้อยละ 10 ในปี 2543 เพิ่มขึ้นจนเกือบร้อยละ 40 ในปี 2558) นอกจากนี้ แนวโน้มของการเพิ่มขึ้นก็มีลักษณะคล้ายคลึงกับการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มอายุ 15-19 ปี ดังจะเห็นได้จากเส้นกราฟที่เป็นคู่ขนานกันโดยตลอดช่วง พ.ศ. 2543-2558 นั้นหมายถึงว่า ช่วงปี 2549-2552 เป็นช่วงเวลาที่ยอดการเกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงานในกลุ่มอายุทั้งสองนี้เพิ่มขึ้นเร็วที่สุดเช่นกัน

เมื่อพิจารณากลุ่มอายุ 30-34 ปีพบว่า ร้อยละการเกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงานในแต่ละปีระหว่าง พ.ศ. 2543-2549 จะพอๆ กับของกลุ่มอายุ 20-24 ปี และ 25-29 ปี คือจะค่อยๆ เพิ่มจากประมาณ ร้อยละ 10 เป็นเกือบร้อยละ 20 แต่หลังจากปี 2549 แล้วร้อยละนี้ยังทรงตัวที่ระดับนี้มาจนถึงปี 2553 จากนั้นจึงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงระหว่างปี 2553-2555 คือเพิ่มขึ้นเป็นเกือบร้อยละ 30 แล้วก็ทรงตัวอีกครั้งที่ระดับราวร้อยละ 30 จนถึงปีสุดท้ายที่ทำการศึกษา

สำหรับกลุ่มอายุสุดท้าย 35-39 ปีนั้น ร้อยละการเกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงานสูงเป็นอันดับสองรองจากกลุ่มอายุ 15-19 ปี (ยกเว้นในปี 2549 ที่จัดอยู่ในลำดับสาม) ร้อยละของปี 2543-2549 ขึ้นลงอยู่ที่ราว ร้อยละ 20 หลังจากนั้นได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงปี 2549-2552 ซึ่งร้อยละในช่วงนี้ยังพอๆ กับของกลุ่มอายุ 20-24 ปี และ 25-29 ปีอีกด้วย กล่าวคือ ราวร้อยละ 20 ในปี 2549 แล้วเพิ่มขึ้นเป็นราวร้อยละ 40 ในปี 2552 ร้อยละที่พอๆ กันนี้ยังคงเป็นอยู่ต่อไปอีก 2 ปี หลังจากนั้นจึงค่อยๆ ต่างกันมากขึ้นๆ ทั้งนี้เนื่องจากร้อยละการเกิดจากสตรีอายุ 35-39 ปีที่ไม่แต่งงานยังคงมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น ในขณะที่ของกลุ่มอายุ 20-24 ปี และ 25-29 ปีกลับลดลง โดยเฉพาะในช่วงปลายๆ ของปีที่ทำการศึกษา

ร้อยละการเกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงานแต่ละอายุมีการเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่ต่างกัน

จากผลที่แสดงไว้เป็นกราฟในรูป 2 นั้น เมื่อนำมาคำนวณหาอัตราการเปลี่ยนแปลงในช่วง 15 ปี (พ.ศ. 2543-2558) พบว่า อัตราเพิ่มเฉลี่ยต่อปีซึ่งแสดงถึงความเร็วของการเพิ่มขึ้นของร้อยละการเกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงาน มีความแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มอายุ

ตาราง 2 ร้อยละการเกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงานจำแนกตามกลุ่มอายุสตรี เมื่อ พ.ศ. 2543 และ พ.ศ. 2558 และร้อยละของการเปลี่ยนแปลงเฉลี่ยต่อปี

ร้อยละการเกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงาน	กลุ่มอายุสตรี				
	15-19 ปี	20-24 ปี	25-29 ปี	30-34 ปี	35-39 ปี
พ.ศ. 2543	46.6	8.3	10.2	9.7	18.1
พ.ศ. 2558	65.8	34.2	37.1	29.5	47.1
การเปลี่ยนแปลงเฉลี่ยต่อปี (ร้อยละ) ¹	2.7	20.9	17.5	13.7	10.7

หมายเหตุ: ¹ คำนวณจาก [(ร้อยละของ พ.ศ. 2558-ร้อยละของ พ.ศ. 2543) / ร้อยละของ พ.ศ. 2543x 100] / 15

จากตาราง 2 แม้ว่าร้อยละการเกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงานของอายุ 15-19 ปีจะสูงที่สุดก็ตาม แต่ทว่าเมื่อพิจารณาอัตราของการเปลี่ยนแปลงแล้ว กลับพบว่าอัตราเพิ่มเฉลี่ยคิดเป็นเพียงร้อยละ 2.7 ต่อปีเท่านั้น ซึ่งต่ำที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับของกลุ่มอายุอื่นๆ ในขณะที่อัตราเพิ่มเฉลี่ยต่อปีของกลุ่มอายุ 20-24 ปีนั้นสูงที่สุด (ร้อยละ 20.9 ต่อปี) รองลงมาเป็นของกลุ่มอายุ 25-29 ปี 30-34 ปี และ 35-39 ปี ตามลำดับ

นัยจากผลการศึกษา

ตามที่ผู้เขียนได้เกริ่นนำในตอนต้นว่าการเกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงานนับเป็นประเด็นหนึ่งที่ควรให้ความสนใจเนื่องจากสามารถสะท้อนว่าเป็นการเกิดอย่างมีคุณภาพหรือไม่ แต่เพราะความจำกัดในเรื่องของข้อมูลทั้งจากการสำรวจและจากระบบทะเบียนของบ้านเรา ทำให้สถานการณ์ของเรื่องนี้ยังขาดไป บทความนี้จึงเท่ากับเป็นการเติมเต็มในเบื้องต้นเพื่อชี้ให้เห็นสถานการณ์ดังกล่าวว่ามากน้อยเพียงใด รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงเช่นไรในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา

จากเงื่อนไขหรือข้อสมมติต่างๆ ที่ใช้เพื่อการประมาณชี้ให้เห็นว่า ในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา การเกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงานที่เกิดขึ้นในประเทศไทยได้เพิ่มขึ้นจากประมาณร้อยละ 10 เป็นราวร้อยละ 40 แม้ว่าหากนำไปเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา หรือประเทศในยุโรปที่ปรากฏการณ์ดังกล่าวมีมากกว่าครึ่งของการเกิดทั้งหมด (Curtin, Ventura, & Martinez, 2014; Haub, 2013) ตัวเลขของประเทศเราก็นับว่าสูงและยังเพิ่มขึ้นเร็วอีกด้วย นัยหนึ่งที่สะท้อนออกมาคือ เด็กที่เกิดเหล่านี้จะมาจากแม่ที่ยังไม่พร้อมที่จะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแม่ที่อายุต่ำกว่า 20 ปี ดังจะเห็นได้จากการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนักเรียน ที่สะท้อนว่ากลุ่มนักเรียนที่เฝ้าระวัง (ระดับ ม.2 ม.5 และ

อาชีวศึกษา) มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่อายุน้อยลงเรื่อยๆ แนวโน้มการเคยมีเพศสัมพันธ์ก็เพิ่มขึ้น รวมถึงการใช้ถุงยางอนามัยไม่ทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ (เจวตสรร และสุปียา, 2554)

ความไม่พร้อมของสตรีอายุน้อยที่ตั้งครรภ์เป็นความไม่พร้อมทั้งทางด้านสรีระ ไม่พร้อมทั้งวุฒิภาวะและอารมณ์ รวมไปถึงความไม่พร้อมในเชิงเศรษฐกิจอีกด้วย แล้วไม่ได้จบลงด้วยการทำแท้ง หากยังคงครองครรภ์จนกระทั่งคลอดบุตร จึงอาจกล่าวได้ว่าเหล่านี้เป็นการเกิดที่ด้อยคุณภาพด้านหนึ่ง และถ้าหากว่าผลกระทบที่เกิดกับเด็กเหล่านี้ในระยะยาว เป็นเช่นเดียวกับงานศึกษาที่พบในต่างประเทศ (เพราะบ้านเรายังไม่มีการศึกษาเรื่องแบบนี้) ด้วยตรรกะง่ายๆ เราจะมีประชากรที่เติบโตอย่างด้อยคุณภาพในอนาคตราว 2 ใน 5 ของประชากรรุ่นอื่นๆ ที่เดียว

สำหรับอัตราเพิ่มขึ้นเฉลี่ยต่อปีของร้อยละการเกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงานของสตรีอายุ 20-24 ปี 25-29 ปี 30-34 ปี และ 35-39 ปี ที่เร็วกว่าของสตรีอายุ 15-19 ปีอย่างมากรุนแรง (ดังแสดงไว้ในตาราง 2) อาจเป็นเรื่องของสถานภาพสมรสที่เปลี่ยนไป ดังที่ผู้เขียนได้ชี้แจงถึงวิธีการประมาณซึ่งเกี่ยวข้องกับอัตราเจริญพันธุ์สมรสและสถานภาพสมรส ข้อมูลทั้งสองนี้มาจากการสำรวจและสัมภาษณ์ ที่ใช้นิยามสถานภาพสมรสตามธรรมเนียมปฏิบัติมาช้านาน ซึ่งไม่สอดคล้องกับรูปแบบของการอยู่กินกันแบบใหม่ที่เพิ่มขึ้นแบบซิมๆ ซ้ำๆ แต่ต่อเนื่องในคนรุ่นใหม่ และมักพบในบริบทของสังคมเมือง (ชาย, 2552: 6) เช่น ลักษณะการอยู่ร่วมกันแบบอยู่ก่อนแต่ง (Cohabitation) อยู่แบบไม่แต่ง (Unmarried cohabitation) ของคู่ชาย-หญิงที่เพิ่มมากขึ้นตามลักษณะความเป็นสมัยใหม่ของสังคม เมื่อรูปแบบการอยู่กินแบบใหม่ไม่ได้ถูกนับรวมไว้ การสอบถามเรื่องภาวะเจริญพันธุ์หรือการมีบุตรจึงจำกัดอยู่กับสตรีสมรสซึ่งอาจมีแนวโน้มที่ลดลงด้วยซ้ำ รวมทั้งยังมีเรื่องของมาย หยา และแยก ซึ่งอาจมีอัตราที่เพิ่มขึ้น จึงทำให้การประมาณจำนวนบุตรที่เกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงานในกลุ่มสตรีเหล่านี้เพิ่มขึ้น

ตัวเลขในตาราง 3 ข้างล่างนี้ ผู้เขียนนำมาประกอบโดยนำตัวเลขจากตาราง 10 ของรายงานลักษณะประชากรจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากรครึ่งล่าสุด พ.ศ. 2558-2559⁵ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2559) มาจัดและคำนวณใหม่ เพื่อชี้ให้เห็นว่าแม้แต่ในสตรีสมรสปัจจุบัน (Currently married women) สตรีอายุ 34 ปีลงมาหรือเรียกว่าเป็นคนเจนวาย (Gen Y) ขึ้นไปมากกว่าครึ่งที่ไม่จดทะเบียนสมรส (ตัวเลขเหล่านี้เป็นการบอกอ้อมๆ ถึงรูปแบบหนึ่งเท่านั้นของการสมรสที่เปลี่ยนไป) และไม่ว่าจะเป็นการเกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงานอายุใดๆ ก็ตาม การเกิดเหล่านี้ก็น่าเป็นห่วงทั้งสิ้น

⁵ เป็นการสำรวจครั้งแรกของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่ได้มีการสอบถามถึงสถานภาพการจดทะเบียนสมรส

ตาราง 3 สถานภาพสมรสและการจดทะเบียนสมรสของประชากรหญิงอายุ 15-49 ปี จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2558

อายุ	สถานภาพสมรส (จำนวน) ^ก				ร้อยละ ปัจจุบัน สมรส ^ก	ร้อยละ จดทะเบียน สมรส ^ง	ร้อยละ ไม่จดทะเบียน สมรส ^ง
	โสด	เคยสมรส					
		ปัจจุบันสมรส		อื่นๆ ^ข			
		จดทะเบียน	ไม่จดทะเบียน				
15-19	1,976,514	26,598	283,892	27,793	13.4	8.6	91.4
20-24	1,284,813	178,637	896,133	94,451	43.8	16.6	83.4
25-29	807,437	411,549	1,016,957	123,097	60.6	28.8	71.2
30-34	544,413	740,380	996,618	155,451	71.3	42.6	57.4
35-39	397,327	1,118,842	968,105	211,591	77.4	53.6	46.4
40-44	311,762	1,430,420	736,803	283,660	78.4	66.0	34.0
45-49	267,644	1,637,731	606,949	357,104	78.2	73.0	27.0
รวม	5,589,910	5,544,158	5,505,456	1,253,148	61.8	50.2	49.8

หมายเหตุ: ^ก เป็นข้อมูลจากตาราง 10 ในรายงานลักษณะของประชากร การสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2558-2559 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (สสช.) ซึ่งจำนวนที่รายงานเหล่านี้ สสช. ได้ประมวลผลโดยมีการถ่วงน้ำหนักแล้ว

^ข หมายถึงสถานภาพ ม่าย หย่า แยก และเคยสมรสแต่ไม่ทราบสถานภาพปัจจุบัน

^ค คำนวณโดยผู้เขียน และไม่รวมผู้ที่ไม่ทราบสถานภาพสมรส

^ง คำนวณโดยผู้เขียน

ผลการศึกษาครั้งนี้ นอกจากจะให้ภาพสถานการณ์ที่ผ่านมาแล้ว ยังสามารถนำผลการศึกษาโดยเฉพาะในเรื่องร้อยละการเกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงานที่เปลี่ยนแปลงเฉลี่ยต่อปี (อัตราเพิ่มเฉลี่ยต่อปี) จากตาราง 2 มาทำการคาดประมาณแนวโน้มในอนาคตได้อีกด้วย ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวางแผนงานที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ยังไม่สามารถจำแนกความแตกต่างไปตามลักษณะทางประชากร เช่น สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ลักษณะที่อยู่อาศัย ประเด็นเหล่านี้เป็นเรื่องท้าทายที่ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

โดยสรุป บทความนี้ได้ชี้ประเด็นเรื่องการเกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงานที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและค่อนข้างเร็วในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา คือ จากประมาณร้อยละ 13 เป็นร้อยละ 40 การเกิดจากสตรีอายุ 15-19 ปีที่ไม่แต่งงานมีมากกว่าครึ่งของการเกิดทั้งหมดจากสตรีรุ่นอายุเดียวกัน และยิ่งสูงกว่าสัดส่วนการเกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงานในกลุ่มอายุอื่นๆ แต่เมื่อพิจารณาในเรื่องของความเร็วของการเพิ่มขึ้นแล้ว อัตราเพิ่มเฉลี่ยต่อปีของร้อยละการเกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงานของสตรีอายุ 20-24 ปีมีสูงที่สุด คือ รวบรวมร้อยละ 21 ต่อปี การเกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงานสะท้อนคุณภาพของการเกิดในด้านหนึ่ง โดยเฉพาะกับการเกิดจากสตรีอายุน้อยๆ และในอีกด้านหนึ่งอาจสะท้อนลักษณะรูปแบบการสมรสที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะกับการเกิดจากสตรีที่อายุสูงๆ ตัวเลขทั้งหมดที่ปรากฏอยู่ในผลการศึกษาเป็นการประมาณการ ซึ่งสามารถนำผลการศึกษาไปคาดประมาณแนวโน้มของสถานการณ์นี้ในอนาคตได้

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามาตรฐานการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ*. นนทบุรี: สำนักอนามัย การเจริญพันธุ์.
- เฉวตสร นามวาท และสุปิยา จันทรมณี (บรรณาธิการ). (2554). *ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มนักเรียน ประเทศไทย พ.ศ. 2554*. นนทบุรี: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- ชาย โพธิ์ลีตา. (2552). เกิดอะไรขึ้นกับครอบครัว?. ใน ชาย โพธิ์ลีตา และสุชาดา ทวีสิทธิ์ (บรรณาธิการ). *ประชากรและสังคม 2552: ครอบครัวไทยในสถานการณ์เปลี่ยนผ่านทางสังคมและประชากร* (หน้า 1-17). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากร และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2556). *การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2559). *รายงานลักษณะของประชากร การสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2558-2559*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

ภาษาอังกฤษ

- Baranowska-Rataj, A. (2014). Decomposition of trends in non-marital childbearing in Poland. *Population (English Edition)*, 69(2): 239-253.
- Bumpass, L., & Lu, H. (2000). Trends in cohabitation and implications for children's family contexts in the United States. *Population Studies*, 54: 29-41.
- Carlson, M., & Corcoran, M. (2001). Family structure and children's behavioral and cognitive outcomes. *Journal of Marriage and the Family*, 63(3): 779-792.
- Curtin, S. C., Ventura, S. J., & Martinez, G. M. (2014). *Recent declines in nonmarital childbearing in the United States*. Center for Disease Control and Prevention: NCHS Data Brief, No.162. Retrieved February 23, 2017, from <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db162.pdf>
- Demo, D., & Cox, M. (2000). Families with young children: A review of research in the 1990s. *Journal of Marriage and the Family*, 62(4): 876-895.
- Haub, C. (2013). *Rising trend of births outside marriage*. Population Reference Bureau: Inform, Empower, Advance. Retrieved February 23, 2017, from <http://www.prb.org/Publications/Articles/2013/nonmarital-births.aspx>
- Konietzka, D., & Kreyenfeld, M. (2002). Women's employment and non-marital childbearing: A comparison between East and West Germany in the 1990s. *Population (English Edition)*, 57(2): 331-357.
- Musick, K. (2002). Planned and unplanned childbearing among unmarried women. *Journal of Marriage and the Family*, 64(4): 915-929.
- Rosenzweig, M. R. (1999). Welfare, marital prospects, and nonmarital childbearing. *Journal of Political Economy*, 107(S6): S3-S32.
- Thomas, A., & Sawhill, I. (2005). For love and money? The impact of family structure on family income. *The Future of Children*, 15(2): 57-74.

- Wildsmith, E., Seward-Streng, N. R., & Manlove, J. (2011). *Childbearing outside of marriage: Estimates and trends in the United States*. Child Trends: Research Brief, Publication #2011-29. Retrieved February 10, 2017, from https://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2013/02/Child_Trends-2011_11_01_RB_NonmaritalCB.pdf
- Williams, K., Sassler, S., Frech, A., Addo, F., & Cooksey, E. (2011). Nonmarital childbearing, union history, and women's health at midlife. *American Sociological Review*, 76(3): 456-486. Doi: 10.1177/0003122411409705
- _____. (2013). Mothers' union histories and the mental and physical health of adolescents born to unmarried mothers. *Journal of Health and Social Behavior*, 54(3): 278-295. Doi: 10.1177/0022146513497034

ภาคผนวก

ตารางผนวก 1 จำนวนเกิดที่ปรับความสมบูรณ์ของการจดทะเบียนแล้ว จำแนกตามกลุ่มอายุของมารดา พ.ศ. 2543-2558

พ.ศ.	กลุ่มอายุของมารดา						
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
2543	94,547	226,046	238,636	168,354	74,796	17,823	2,018
2544	95,714	219,466	225,655	164,370	74,060	17,927	1,819
2545	97,941	215,787	227,730	166,457	75,650	17,790	1,687
2546	103,347	216,183	224,273	165,094	78,699	18,781	1,621
2547	116,277	222,925	234,525	174,096	82,463	19,614	1,630
2548	117,542	215,508	229,469	171,283	81,879	19,557	1,418
2549	118,075	211,607	227,240	168,531	81,722	19,662	1,353
2550	122,359	207,002	227,554	172,744	84,459	20,072	1,391
2551	125,078	199,565	220,831	169,552	82,761	20,763	1,333
2552	127,450	195,806	216,325	166,345	81,196	20,247	1,347
2553	124,550	187,584	208,475	164,196	79,973	19,683	1,267
2554	134,930	192,944	210,341	172,333	82,685	20,668	1,306
2555	138,567	199,585	211,656	178,455	87,016	20,933	1,249
2556	131,061	191,147	196,995	172,374	85,887	20,662	1,279
2557	125,756	187,858	193,641	174,282	88,909	21,247	1,297
2558	112,650	177,144	185,552	166,513	87,946	20,710	1,191

หมายเหตุ: คำนวณโดยผู้เขียน

ตารางผนวก 2 อัตราเจริญพันธุ์สมรสรายอายุ (Age-specific marital fertility rates: ASFRs) จากการสำรวจต่างๆ และค่าประมาณของ พ.ศ. 2543-2558

พ.ศ.	กลุ่มอายุสตรี						
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
การสำรวจ							
2539 ^ก	0.12476	0.18089	0.11303	0.06560	0.02571	0.00935	0.00369
2549 ^ข	0.20641	0.17443	0.11929	0.06779	0.03087	0.01246	0.00110
2552 ^ค	0.15973	0.13839	0.09172	0.07107	0.02290	0.00889	0.00106
ค่าประมาณ							
2543	0.15742	0.17831	0.11553	0.06648	0.02777	0.01059	0.00266
2544	0.16559	0.17766	0.11616	0.06669	0.02829	0.01091	0.00240
2545	0.17375	0.17702	0.11678	0.06691	0.02880	0.01122	0.00214
2546	0.18192	0.17637	0.11741	0.06713	0.02932	0.01153	0.00188
2547	0.19008	0.17573	0.11803	0.06735	0.02983	0.01184	0.00162
2548	0.19825	0.17508	0.11866	0.06757	0.03035	0.01215	0.00136
2549	0.20641	0.17443	0.11929	0.06779	0.03087	0.01246	0.00110
2550	0.19085	0.16242	0.11010	0.06888	0.02821	0.01127	0.00108
2551	0.17529	0.15040	0.10091	0.06997	0.02555	0.01008	0.00107
2552	0.15973	0.13839	0.09172	0.07107	0.02290	0.00889	0.00106
2553	0.15973	0.13839	0.09172	0.07107	0.02290	0.00889	0.00106
2554	0.15973	0.13839	0.09172	0.07107	0.02290	0.00889	0.00106
2555	0.15973	0.13839	0.09172	0.07107	0.02290	0.00889	0.00106
2556	0.15973	0.13839	0.09172	0.07107	0.02290	0.00889	0.00106
2557	0.15973	0.13839	0.09172	0.07107	0.02290	0.00889	0.00106
2558	0.15973	0.13839	0.09172	0.07107	0.02290	0.00889	0.00106

หมายเหตุ: คำนวณอัตราเจริญพันธุ์สมรสโดยผู้เขียน

^ก โครงการสำรวจภาวะคุมกำเนิดในประเทศไทย พ.ศ. 2539

^ข โครงการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2549

^ค โครงการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552

ตารางผนวก 3 สัดส่วนสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ยังอยู่กินกับสามีจำแนกตามกลุ่มอายุ ส่ามะโนประชากร พ.ศ. 2503-2553
ค่าความชัน (Slope) ค่าจุดตัด (Intercept) และค่าประมาณตามแนวโน้มเชิงเส้นตรง พ.ศ. 2543-2558

พ.ศ.	กลุ่มอายุสตรี						
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
ส่ามะโนประชากร							
2503	0.12536	0.56357	0.79603	0.86062	0.86388	0.82647	0.77305
2513	0.17523	0.57992	0.79341	0.85907	0.86845	0.84640	0.80237
2523	0.15742	0.53300	0.74558	0.82240	0.84599	0.83484	0.80169
2533	0.13869	0.48707	0.70278	0.80048	0.82796	0.82491	0.80644
2543	0.10656	0.41528	0.67169	0.78780	0.81946	0.82143	0.80499
2553	0.10806	0.38505	0.57915	0.70116	0.77250	0.78096	0.77171
Slope	-0.00089	-0.00409	-0.00426	-0.00295	-0.00178	-0.00089	0.00002
Intercept	2.38326	10.84065	11.49393	8.26679	5.32478	3.07874	0.75068
ค่าประมาณ							
2543	0.12188	0.43259	0.65081	0.76098	0.80639	0.80911	0.79363
2544	0.12099	0.42850	0.64655	0.75803	0.80461	0.80822	0.79365
2545	0.12010	0.42440	0.64229	0.75508	0.80283	0.80733	0.79366
2546	0.11921	0.42031	0.63802	0.75213	0.80106	0.80644	0.79368
2547	0.11832	0.41622	0.63376	0.74918	0.79928	0.80554	0.79370
2548	0.11743	0.41213	0.62950	0.74622	0.79750	0.80465	0.79371
2549	0.11654	0.40803	0.62523	0.74327	0.79573	0.80376	0.79373
2550	0.11566	0.40394	0.62097	0.74032	0.79395	0.80287	0.79375
2551	0.11477	0.39985	0.61670	0.73737	0.79217	0.80197	0.79376
2552	0.11388	0.39575	0.61244	0.73442	0.79040	0.80108	0.79378
2553	0.11299	0.39166	0.60818	0.73147	0.78862	0.80019	0.79380
2554	0.11210	0.38757	0.60391	0.72852	0.78684	0.79930	0.79381
2555	0.11121	0.38348	0.59965	0.72556	0.78507	0.79840	0.79383
2556	0.11032	0.37938	0.59538	0.72261	0.78329	0.79751	0.79385
2557	0.10943	0.37529	0.59112	0.71966	0.78151	0.79662	0.79386
2558	0.10854	0.37120	0.58686	0.71671	0.77973	0.79573	0.79388

หมายเหตุ: คำนวณโดยผู้เขียน

ตารางผนวก 4 ประมาณจำนวนเกิดจากสตรีที่แต่งงาน จำแนกตามกลุ่มอายุสตรี พ.ศ. 2543-2558

พ.ศ.	กลุ่มอายุของมารดา						
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
2543	50,493	207,318	214,218	152,074	61,262	20,904	4,090
2544	52,015	200,757	210,017	150,075	62,246	21,873	3,827
2545	53,440	194,312	205,810	148,075	63,226	22,860	3,535
2546	54,769	187,981	201,599	146,073	64,199	23,867	3,213
2547	56,004	181,765	197,384	144,070	65,168	24,894	2,861
2548	57,146	175,662	193,167	142,065	66,131	25,939	2,479
2549	58,198	169,672	188,947	140,060	67,088	27,004	2,068
2550	52,618	153,077	169,607	139,831	61,166	24,791	2,106
2551	47,244	137,271	151,110	139,537	55,271	22,502	2,143
2552	42,072	122,239	133,445	139,182	49,405	20,135	2,178
2553	41,105	118,230	129,582	136,661	49,283	20,419	2,238
2554	40,875	117,345	125,830	133,310	48,709	20,300	2,282
2555	40,483	117,109	122,608	129,371	48,282	20,053	2,323
2556	39,950	117,183	120,000	125,156	47,887	19,732	2,355
2557	39,270	116,982	117,923	120,943	47,294	19,385	2,373
2558	38,575	116,496	116,690	117,368	46,515	19,113	2,379

หมายเหตุ: ประมาณโดยผู้เขียน

ตารางผนวก 5 ประมาณจำนวนเกิดจากสตรีที่ไม่แต่งงาน จำแนกตามกลุ่มอายุสตรี พ.ศ. 2543-2558

พ.ศ.	กลุ่มอายุของมารดา						
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
2543	44,054	18,728	24,418	16,280	13,534	-3,081	-2,072
2544	43,699	18,709	15,638	14,294	11,813	-3,946	-2,008
2545	44,501	21,475	21,920	18,382	12,425	-5,071	-1,848
2546	48,578	28,202	22,674	19,021	14,500	-5,087	-1,592
2547	60,273	41,160	37,141	30,026	17,295	-5,280	-1,231
2548	60,395	39,846	36,302	29,218	15,748	-6,382	-1,061
2549	59,878	41,935	38,292	28,471	14,633	-7,342	-715
2550	69,741	53,925	57,947	32,913	23,293	-4,719	-715
2551	77,834	62,294	69,721	30,014	27,490	-1,739	-810
2552	85,378	73,568	82,880	27,164	31,791	112	-831
2553	83,445	69,354	78,893	27,535	30,690	-737	-971
2554	94,055	75,599	84,511	39,023	33,976	369	-977
2555	98,084	82,476	89,047	49,084	38,734	880	-1,074
2556	91,111	73,964	76,995	47,219	38,001	930	-1,077
2557	86,486	70,876	75,718	53,339	41,615	1,862	-1,076
2558	74,075	60,649	68,863	49,145	41,431	1,598	-1,188

หมายเหตุ: ประมาณโดยผู้เขียน

การตัดสินใจด้านการเจริญพันธุ์ของคนเจนวาย

Gen Y and Fertility Decisions

มนสิการ กาญจนะจิตรา*, รินา ต๊ะดี** และกัญญาพัชร สุทธิเกษม***

บทคัดย่อ

บทความนี้ต้องการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจมีลูกของคนเจนวาย (ผู้ที่เกิดช่วง พ.ศ. 2525-2548) ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรรุ่นใหม่ที่แนวโน้มการมีลูกน้อยลง การวิเคราะห์ในการศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) เพื่อเข้าใจกระบวนการที่นำมาสู่พฤติกรรมด้านการเจริญพันธุ์ โดยใช้ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มจากโครงการ “การส่งเสริมการมีบุตรผ่านการสร้างสมดุลในการทำงานและการสร้างครอบครัวที่มีคุณภาพ” ผลการวิจัยพบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง และความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุม ล้วนมีบทบาทสำคัญในการกำหนดเจตนาการมีบุตรของคนเจนวาย แต่การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้คนเจนวายไม่มีบุตร ด้วยเชื่อว่าโครงสร้างสังคมและเศรษฐกิจของประเทศไทยในปัจจุบันไม่เอื้ออำนวยให้ตนสามารถก้าวหน้าในการทำงานไปพร้อมๆ กับการสร้างครอบครัวที่มีคุณภาพได้ ดังนั้น นโยบายจึงควรมุ่งเน้นการสร้างสังคมที่สนับสนุนคนวัยทำงานที่ต้องการสร้างครอบครัว เช่น การให้ความยืดหยุ่นในการทำงาน การเพิ่มสิทธิในการลาเลี้ยงดูบุตรสำหรับทั้งผู้หญิงและผู้ชาย การพัฒนาศูนย์ดูแลเด็กเล็กให้มีคุณภาพ การสนับสนุนการสร้างสมดุลของชีวิตให้กับพนักงาน เป็นต้น

คำสำคัญ: การตัดสินใจด้านการเจริญพันธุ์ ทฤษฎีตามแบบแผน เจนวาย สมดุลชีวิต

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

** นักวิจัย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

*** นักวิจัย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

Abstract

This paper explores Thai Generation Y's (those born 1982-2005) decision-making process regarding fertility. The analysis adopts the framework from the Theory of Planned Behavior to explain fertility decisions. Data are from focus group discussions conducted as part of the project “Birth Promotion through Work-Life Balance and Quality of Family”. The findings indicate that behavioral, normative and control beliefs affect Gen Y's fertility intentions. Control beliefs, in particular, are a main deterrent for Gen Y not to have children, as they believe that the current socio-economic infrastructure in Thailand does not accommodate working families. Therefore, policies should emphasize providing support for working couples who intend to have children. Such policies include promoting work flexibility, extending maternal and paternal leave, developing quality child-care centers, and advocating for a work-life balance in the workplace.

Key words: fertility decisions, Theory of Planned Behavior, Generation Y, work-life balance

บทนำ

การ “เกิดน้อย อายุยืน” เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับหลายประเทศทั่วโลก ในปัจจุบันการที่ประชากรมีบุตรน้อยลงและคนมีอายุคาดเฉลี่ยยืนยาวขึ้น ทำให้ประเทศมีสัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น ในขณะที่สัดส่วนประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานจะลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจส่งผลต่อการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ด้วยเหตุนี้ หลายประเทศจึงเริ่มตระหนักเห็นถึงความสำคัญในการกำหนดนโยบายและมาตรการต่างๆ เพื่อส่งเสริมการเกิดที่มีคุณภาพ เพื่อสร้างประชากรที่จะมาเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนประเทศในอนาคต

งานวิจัยที่ผ่านมาจำนวนมากได้ศึกษาปัจจัยที่ทำให้คนมีบุตรน้อยลงในระดับมหภาค ในแง่ปัจจัยด้านเศรษฐกิจพบว่า โดยรวมแล้วหากเศรษฐกิจตกต่ำ คนจะมีบุตรน้อยลง (Sobotka, Skirbekk, & Philipov, 2010) ในขณะที่ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม เช่น การเปลี่ยนแปลงของค่านิยมในการมีบุตร ทำให้คนหันไปให้ความสำคัญกับการมีชีวิตอิสระและการทำตามเป้าหมายอื่นๆ ในชีวิตมากขึ้น (Lesthaeghe, 1980; Montgomery & Casterline, 1996; Lesthaeghe & Surkyn 1988; Liefbroer, 2005; Surkyn & Lesthaeghe, 2004) นอกจากนี้ ความเสมอภาคทางเพศในสังคมได้ส่งผลต่อการตัดสินใจมีบุตรโดยเฉพาะของผู้หญิง ประเทศที่มีความเท่าเทียมทางเพศสูง ผู้หญิงถึงแม้จะมีรายได้สูงจะไม่ทำให้มีบุตรน้อยลงแตกต่างกับประเทศที่มีความเท่าเทียมทางเพศต่ำกว่า ที่ผู้หญิงรายได้สูงจะเลือกไม่มีบุตรเนื่องจากมีค่าเสียโอกาสสูง (Hoem, 2000; Vikat, 2004; Andersson, Kreyenfeld, & Mika, 2009; Jalovaara, 2013)

ปัจจัยในระดับจุลภาคที่ส่งผลต่อการมีบุตรที่ได้รับความสนใจเป็นอย่างมาก ได้แก่ ระดับการศึกษา งานวิจัยโดยมากพบว่าการศึกษาที่สูงขึ้นทำให้คนมีบุตรล่าช้าลง พบได้ทั้งในประชากรหญิงและประชากรชาย (Hoem, 1986; Blossfeld & Huinink, 1991; Kravdal, 1994; Liefbroer & Corijn, 1999; Hoem, 2000; Lappégård & Rønsen, 2005; Winkler-Dworak & Toulemon, 2007; Jalovaara, 2013) นอกจากนี้ การทำงานของคนในปัจจุบันส่งผลต่อการตัดสินใจมีบุตร โดยชั่วโมงการทำงานที่มากขึ้นส่งผลให้คนมีบุตรกันน้อยลง (Bulanda, 2004)

บทความนี้จะวิเคราะห์กระบวนการตัดสินใจมีลูกของชายและหญิงเจเนอเรชันวาย ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรรุ่นใหม่ที่มีแนวโน้มการมีบุตรลดลง ในการศึกษาที่กำหนดผู้ที่อยู่เจเนอเรชันวายตามงานศึกษาของ Howe & Strauss (2007) ซึ่งระบุว่าเจเนอเรชันวายคือผู้ที่มีปีเกิดอยู่ในช่วง พ.ศ. 2525-2548 โดยการวิเคราะห์จะใช้กรอบแนวคิดจากทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนเพื่อสร้างความเข้าใจกระบวนการที่นำมาสู่พฤติกรรมด้านการเจริญพันธุ์ ซึ่งการเข้าใจกระบวนการตัดสินใจมีบุตรมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับสังคมที่ต้องการส่งเสริมการเกิด เพื่อสามารถกำหนดนโยบายสนับสนุนให้ประชากรมีบุตรและสามารถเลี้ยงบุตรได้อย่างมีคุณภาพ

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนกับความตั้งใจมีบุตร

ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) เป็นแนวคิดที่ใช้ในการอธิบายพฤติกรรมต่างๆ ของมนุษย์จากมุมมองด้านจิตวิทยาสังคม Ajzen เป็นผู้พัฒนาทฤษฎีนี้ขึ้นในปี 1985 และได้ถูกใช้อย่างแพร่หลายในการสร้างความเข้าใจพฤติกรรมต่างๆ ของมนุษย์ เช่น การใช้ถุงยางอนามัย การออกกำลังกาย และการเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ (Ajzen, 2013) บทความนี้จะใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการตัดสินใจเรื่องการมีบุตรของคนเจนวาย

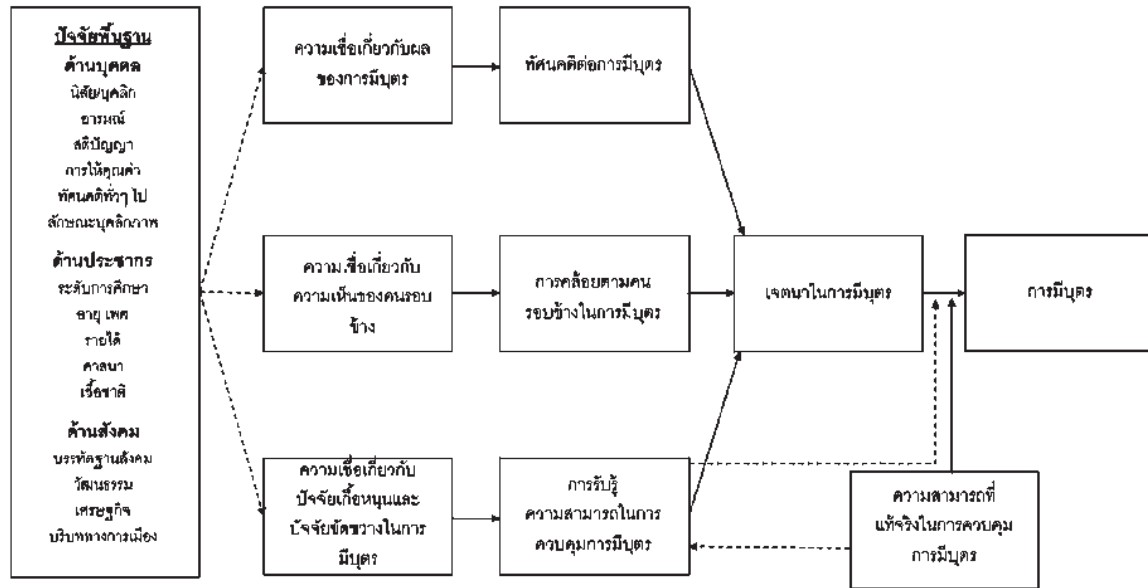
ทฤษฎีนี้มุ่งเน้นการอธิบายเจตนา (Intention) ของมนุษย์ ซึ่งเจตนาเชื่อว่าจะนำไปสู่การตัดสินใจในเชิงพฤติกรรม ทฤษฎีนี้กล่าวว่าเจตนาของมนุษย์เกิดจากการขึ้นนำโดยความเชื่อ 3 ประการ ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม (Behavioral beliefs) ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง (Normative beliefs) และความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุม (Control beliefs) (Ajzen, 2013) ความเชื่อประการแรกเป็น**ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม**ที่เกิดจากการประเมินของแต่ละปัจเจกบุคคลว่า ถ้าหากกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งแล้วจะเกิดผลต่อตนเองอย่างไร พฤติกรรมนั้นจะส่งผลในแง่บวกอย่างไรบ้างและในแง่ลบอย่างไรบ้าง ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมจึงนำไปสู่ทัศนคติที่บุคคลมีต่อพฤติกรรมนั้นๆ ตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับการมีบุตร เช่น การมีบุตรจะทำให้ครอบครัวสมบูรณ์ การมีบุตรจะทำให้มีคนดูแลยามแก่เฒ่า หรือการมีบุตรทำให้ต้องเสียสละความเป็นส่วนตัว

ความเชื่อต่อมาคือ**ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง** เป็นการรับรู้ของปัจเจกบุคคลว่าคนรอบข้างที่บุคคลนั้นให้ความสำคัญ มีความคิดเห็นอย่างไรต่อพฤติกรรมนั้น และนอกจากนั้นแล้ว บุคคลนั้นมีความต้องการที่จะทำตามความคาดหวังของคนรอบข้างน้อยเพียงใด เช่น การรับรู้ว่าคุณแม่ คู่ครอง หรือเพื่อน มีความคิดเห็นหรือความคาดหวังอย่างไรในเรื่องการมีบุตรของตน ส่วนความเชื่อประการสุดท้ายคือ**ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุม** คือ การรับรู้ของบุคคลต่อปัจจัยต่างๆ ที่จะส่งผลต่อความสามารถในการกระทำพฤติกรรมนั้น ความเชื่อนี้สะท้อนให้เห็นอิทธิพลของปัจจัยภายนอกที่บุคคลรู้สึกว่าย่นอกเหนือการควบคุมของตนเอง ทำให้การกระทำพฤติกรรมนั้นเป็นไปได้ง่ายหรือยากขึ้น เช่น การมีครอบครัวสนับสนุนช่วยในการเลี้ยงบุตร หรือการมีโรงเรียนคุณภาพที่สามารถเข้าถึงได้ ความเชื่อทั้ง 3 ประการที่ได้กล่าวมานี้เป็นการรับรู้ของบุคคลเท่านั้น จึงไม่ได้หมายความว่าความเชื่อนั้นเป็นความจริงเสมอไป

ความเชื่อทั้ง 3 ประการนี้ส่งผลต่อเจตนาเชิงพฤติกรรมในการมีบุตร ซึ่งส่งผลต่อการมีบุตร โดยทั่วไปแล้วหากบุคคลหนึ่งมีทัศนคติเชิงบวกต่อการมีบุตร มีความเชื่อว่าคนรอบข้างคาดหวังให้มีบุตร และเชื่อว่าตนมีความสามารถควบคุมการมีบุตรและการเลี้ยงบุตรได้ บุคคลนั้นย่อมจะมีเจตนาในการมีบุตรมากกว่าคนที่มีความคิดเชิงลบต่อการมีบุตร ไม่เชื่อว่ามีคนรอบข้างคาดหวัง (หรืออาจไม่ได้สนใจที่ต้องทำตามความคาดหวังของคนรอบข้าง) และไม่เชื่อว่าตนสามารถควบคุมการมีบุตรและการเลี้ยงบุตรได้

รูป 1 แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ความเชื่อทั้งสามประการ เจตนาในการมีบุตร และการมีบุตร จะเห็นได้ว่าปัจจัยพื้นฐานส่งผลต่อการพัฒนาความเชื่อที่บุคคลหนึ่งมีเกี่ยวกับการมีบุตร นำไปสู่เจตนาในการมีบุตรของบุคคลนั้นๆ ซึ่งจะนำไปสู่การมีบุตรต่อไป ดังนั้น จึงเห็นได้ว่าเจตนาเป็นตัวกลางที่เชื่อมระหว่างปัจจัยพื้นฐานและพฤติกรรม

รูป 1 แบบจำลองทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน



งานศึกษาของ Ajzen (2013) สนับสนุนการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนในการอธิบายการตัดสินใจมีบุตรของประชากร โดยผ่านการพิจารณาความเชื่อต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการมีบุตร นอกจากนี้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนช่วยสร้างความเข้าใจบทบาทของปัจจัยพื้นฐานทั้งในระดับจุลภาคและมหภาคต่อการตัดสินใจมีบุตรได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม การประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนนี้ควรใช้ในประเทศที่ประชาชนสามารถเข้าถึงการคุมกำเนิดได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ เนื่องจากตามทฤษฎีแล้ว การตัดสินใจมีบุตรเกิดจากเจตนา ดังนั้น หากประชาชนไม่มีความรู้หรือไม่สามารถเข้าถึงการคุมกำเนิดได้ การมีบุตรอาจไม่ใช่ผลพวงของเจตนาเสมอไป และการใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนจะไม่ถูกต้อง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบงานวิจัยจำนวนหนึ่งที่ใช้ทฤษฎีตามแผนในการอธิบายการมีบุตรของประชากร โดยรวมแล้วพบว่าความเชื่อทั้งสามส่งผลต่อการมีบุตร (Billari, Philipov, & Testa, 2009; Mencarini, Vignoli, & Gottard, 2015; Dommermuth, Klobas, & Lappegård, 2011; Klobas, 2010) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเชื่อทั้งสามและเจตนาการมีบุตรมากที่สุด ได้แก่ อายุ และจำนวนบุตรที่มีอยู่แล้ว คนในช่วงอายุ 25-29 ปี เป็นช่วงอายุที่มีเจตนาในการมีบุตรมากที่สุด ไม่ว่าจะเป็นบุตรคนแรกหรือบุตรคนต่อมา (Klobas, 2010)

ในด้านความเชื่อเกี่ยวกับผลของการมีบุตร พบความแตกต่างระหว่างหญิงและชาย โดยผู้หญิงโดยรวมเชื่อว่าหากมีบุตรแล้วตนจะได้รับผลกระทบในแง่ลบด้านการงานและการเงิน ในขณะที่ผู้ชายเชื่อว่าตนจะได้รับผลกระทบในแง่ลบด้านการเงินและอิสรภาพ (Klobas, 2010) นอกจากนี้ ทัศนคติส่งผลต่อการมีลูกคนที่สองมากกว่าลูกคนแรก ส่วนหนึ่งเป็นเพราะมีประสบการณ์การเลี้ยงลูกแล้ว หากมีประสบการณ์ดีจะส่งผลให้มีทัศนคติต่อการมีลูกที่ดี ทำให้มีแนวโน้มจะมีเจตนาในการมีบุตรมากยิ่งขึ้น เช่นเดียวกับความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุม ที่พบว่าส่งผลต่อลูกคนที่สองมากกว่าลูกคนแรก (Mencarini, Vignoli, & Gottard, 2015)

ในส่วนของความเชื่อเกี่ยวกับความเห็นของครอบครัวที่จะนำไปสู่การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงนั้น พบว่ามีผลต่อการมีบุตรคนแรกมากที่สุด และเมื่อมีลูกแล้วหนึ่งคน ความกดดันที่จะให้มีลูกคนที่สองหรือสามจะลดลงตามลำดับ โดยความกดดันจากครอบครัวมีผลต่อผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย (Klobas, 2010; Mencarini, Vignoli, & Gottard, 2015)

ความเชื่อทั้งสามนี้ นอกจากจะส่งผลต่อเจตนาว่าจะมีบุตรหรือไม่แล้ว งานศึกษาของ Dommermuth, Klobas, & Lappegård (2011) พบว่าความเชื่อส่งผลต่อเจตนาในการจะมีบุตรในแง่ของเวลาด้วยว่ามีเจตนาที่จะมีบุตรในช่วงเวลาใด ซึ่งเจตนาในแง่ของเวลาในการมีบุตรเป็นอีกแง่มุมหนึ่งที่มีความสำคัญในการศึกษาด้วย เนื่องจากการมีบุตรช้าอาจส่งผลต่อจำนวนบุตรที่จะมีด้วย

โดยทั่วไปแล้วเจตนาเป็นตัวกลางระหว่างความเชื่อและพฤติกรรม โดยไม่มีความเชื่อที่ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมเลย อย่างไรก็ตาม ปัจจัยพื้นฐานบางประการส่งผลต่อเจตนาโดยตรงได้โดยไม่ต้องผ่านความเชื่อ และปัจจัยพื้นฐานบางประการส่งผลต่อพฤติกรรมโดยตรงได้โดยไม่ต้องผ่านความเชื่อหรือเจตนาเลย (Mencarini, Vignoli, & Gottard, 2015)

ระเบียบวิธีวิจัย

บทความนี้เป็นผลของการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนหนึ่งจากโครงการวิจัยเรื่อง “การส่งเสริมการมีบุตรผ่านการสร้างสมดุลในการทำงานและการสร้างครอบครัวที่มีคุณภาพ” (Birth Promotion through Work-Life Balance and Quality of Family) โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นโครงการย่อยภายใต้โครงการวิจัยชุดเรื่อง “ครอบครัวไทยอยู่ดีมีสุข” ดำเนินโครงการระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2558 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2559 โดยโครงการวิจัยย่อยนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์เป็นข้อมูลจากการสนทนากลุ่มในกลุ่มประชากรเจนเนอเรชั่นวาย เพศชายและเพศหญิง ทั้งที่โสดและแต่งงานแล้ว ยังไม่มีลูก หรือมีลูกแล้ว 1 คน อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 6 กลุ่ม (กลุ่มละ 6-10 คน) รวมผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มจำนวน 60 คน เพศชาย 20 คน เพศหญิง 40 คน (ดูตาราง 1)

การสนทนากลุ่มดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2558 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2559 โดยการใช้คำถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured open ended questions) เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมสนทนาอภิปรายร่วมกัน ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยซอฟต์แวร์ MAXQDA ในการลงรหัส (code) เพื่อหาประเด็นหลักที่แสดงอยู่ในบทสนทนากลุ่ม (common theme) ในแต่ละหัวข้อคำถาม จากนั้นจึงนำประเด็นหลักที่เหมือนกันมาจัดกลุ่ม (category) เพื่อให้เห็นแบบแผน (pattern) ของคำตอบที่ได้จากบทสนทนากลุ่ม

นอกจากนี้ ยังใช้การวิเคราะห์เชิงเอกสาร (documentary review) โดยการศึกษาทฤษฎี แนวคิด เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องการตัดสินใจด้านการเจริญพันธุ์ ทั้งในและต่างประเทศในการทบทวนวรรณกรรม และการนำทฤษฎี/แนวคิดมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลปฐมภูมิในบทความนี้

ตาราง 1 กลุ่มประชากรที่ศึกษา

	คน
เพศ	
ชาย	15
หญิง	24
อายุเฉลี่ย	27.9 ปี
สถานภาพสมรส	
โสด	12
มีแฟน ยังไม่ได้อยู่ด้วยกัน	8
มีแฟน อยู่ด้วยกันแล้ว	2
สมรส อยู่ด้วยกัน	15
สมรส แต่แยกกันอยู่	2
การมีบุตร	
ยังไม่มีบุตร	29
มีบุตรแล้ว	10
เฉลี่ยระดับรายได้ต่อเดือน	37,961.43 บาท
อาชีพหลัก	
อาชีพอิสระ/ฟรีแลนซ์	3
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	6
พนักงานเอกชน/ลูกจ้างเอกชน	20
ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	5
อื่นๆ	5
รวม	39

ผลการศึกษา

จากการสนทนากลุ่มพบว่า โดยรวมแล้วคนจนวัยที่เข้าร่วมการศึกษามีเจตนาในการมีบุตรที่หลากหลาย ทั้งในเรื่องจำนวนบุตรที่ตั้งใจจะมี และช่วงเวลาที่ต้องการจะมีบุตร การสนทนากลุ่มทำให้เข้าใจว่าคนจนวัยที่มีเจตนาการมีบุตรแตกต่างกันมีความเชื่อแตกต่างกันอย่างไร ผลการศึกษาในส่วนนี้จะวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน โดยอ้างอิงจากความเชื่อทั้งสามประการที่เป็นตัวกำหนดทัศนคติต่อการมีบุตร การคล้อยตามครอบครัว และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมดังนี้

1) ทศนคติต่อการมีบุตร

ทศนคติต่อการมีบุตรเกิดขึ้นจากความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมนี้เป็นตัวเชื่อมโยงระหว่างการมีบุตรกับผลลัพธ์บางอย่างที่แต่ละบุคคลให้คุณค่าต่างกัน การให้ค่าผลลัพธ์ที่แตกต่างกันนี้เป็นตัวกำหนดว่าทศนคติโดยรวมเกี่ยวกับพฤติกรรมนั้นๆ เป็นทศนคติเชิงบวก หรือทศนคติเชิงลบ (Ajzen & Klobas, 2013) ผลจากการวิจัยในครั้งนี้พบทศนคติทั้งเชิงบวกและเชิงลบของคนเจนวายเกี่ยวกับการมีบุตรดังนี้

● ทศนคติเชิงบวกต่อการมีบุตร

จากข้อมูลที่ได้จากบทสนทนากลุ่มพบว่า กลุ่มเจนวายที่มีเจตนาที่จะมีบุตรมีทศนคติต่อการมีบุตรที่ดี โดยมองว่าการมีบุตรเป็นเรื่องธรรมชาติ เป็นการสืบทอดเชื้อสาย และเป็นการสืบทอดธุรกิจของครอบครัว เป็นการเติมเต็มครอบครัวและทำให้ครอบครัวมีความสุข อีกทั้งบุตรยังเป็นสิ่งที่พึ่งพาได้ในยามสูงอายุอีกด้วย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่แต่งงานและมีบุตรแล้วและยังต้องการมีบุตรเพิ่มมีทศนคติว่าการมีบุตรหลายคนจะทำให้บุตรมีเพื่อน ไม่เหงา และเป็นการกระจายความเสี่ยงอีกด้วย

ทศนคติเชิงบวกต่อการมีลูกที่ถูกกล่าวถึงบ่อย คือ การมีบุตรช่วยเติมเต็มครอบครัว และทำให้ครอบครัวมีความสุข เจนวายในการศึกษานี้มองว่าการมีบุตรสร้างความมั่นคงทางจิตใจ ช่วยเติมเต็มครอบครัวให้มีความลงตัวมากขึ้น นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนาเจนวายเชื่อว่าการมีบุตรจะทำให้มีคนดูแลยามสูงอายุ อาจไม่ได้จำเป็นต้องช่วยเหลือด้านการเงิน แต่การมีบุตรทำให้มีเพื่อน มีที่พึ่งพิงได้ เมื่อกลายเป็นผู้สูงอายุแล้วจะได้ไม่อยู่เพียงลำพัง

“คิดว่าแก่มา แล้วไม่มีใครเลี้ยง ไม่อยากไปอยู่บ้านคนชรา ถ้าแก่มามีคนเลี้ยงก็ยิ่งดี ดีกว่าไม่มีเลย”

(เพศหญิง, แต่งงานแล้ว)

“ในการที่จะมาดูแลเราในอนาคต คืออย่างน้อยไม่ถึงขนาดว่าต้องมาเลี้ยงดูเรา 100% ถ้าเราป่วย แม่ตายก็ช่วยเรียกรถพยาบาลให้หน่อยแล้วกัน คือมีใครที่มีความผูกพันทางสายเลือดไม่ถึงขนาดว่าเป็นคนข้างบ้าน หรือเป็นแบบว่าน้องสาวแต่ว่าอยู่เชียงใหม่ ความห่วงใยก็น้อยกว่า”

(เพศชาย, โสด)

“อยากมี เพราะว่าเป็นการ invest คนที่ดูแลเราในอนาคต”

(เพศชาย, โสด)

คนเจนวายในการศึกษานี้ที่มีทศนคติที่ดีต่อการมีบุตรเชื่อว่าการมีบุตรเป็นการ “ส่งต่อ” ส่วนหนึ่งของตนให้กับคนรุ่นต่อไป ทั้งในแง่ของสายเลือด ความฝัน แนวคิดต่างๆ รวมถึงกิจการของครอบครัวที่ได้สืบทอดกันมาหลายรุ่นหรือที่ตนได้สร้างไว้ก็ตาม ดังนั้น การมีบุตรนอกจากเป็นการสืบทอดเชื้อสายของตนแล้วยังเป็นการสืบทอดกิจการของครอบครัวอีกด้วย ตัวอย่างคำพูดที่สะท้อนทศนคติต่อการมีบุตรเช่นนี้ ได้แก่

“อีกเรื่องหนึ่งก็คือการส่งต่อ ส่งต่อความเป็นเราไปสู่อีกคนหนึ่ง คือทุกคนก็มีเป้าหมาย บางอย่าง เราทำได้ บางอย่างเราทำไม่ได้ ถ้าการมีลูกก็ต้องส่งต่อความหวังให้ลูกทำ พ่ออยากเป็นนักบอล แต่ทำไม่ได้”

(เพศชาย, โสด)

สำหรับกลุ่มเจนวายที่มีบุตรแล้วและมีทัศนคติที่ดีต่อการมีบุตร เชื่อว่าการมีบุตรมากกว่า 1 คนจะทำให้บุตรมีเพื่อน ให้ดูแลกันเองได้ และเชื่อว่าจะทำให้พ่อแม่เหนื่อยน้อยลง นอกจากนี้ การมีบุตรมากกว่า 1 คน ยังเป็นการกระจายความเสี่ยงอีกด้วย หากมีบุตรคนเดียวแล้วเป็นคนไม่ดี ไม่ดูแลพ่อแม่ยามแก่เฒ่า หากมีอีกคนก็ยังฝากความหวังไว้ที่บุตรอีกคนหนึ่งได้ เป็นต้น

“นี่คือเหตุผลที่มีคนบอกว่าต้องมีลูกสองคน ถ้าหากว่ามีลูกคนเดียว เราจะต้องเป็นเพื่อนเล่น ให้ ถ้าหากว่ามีลูกสองคน แค่ว่าจะไปเล่นกันเอง เราก็จะเหนื่อยน้อยลง”

(เพศหญิง, แต่งงานแล้ว)

“तीयผมมีลูก 4 คน และผมเป็นคนสุดท้อง तीयก็จะพูดประมาณพี่เค้า บอกว่าเหมือนกับเป็นการลงทุน เป็นการกระจายความเสี่ยงในชีวิต แต่เราก็ลงทุนสูงแลกกับความเสี่ยงที่ได้มา”

(เพศชาย, โสด)

● ทัศนคติเชิงลบต่อการมีลูก

กลุ่มประชากรเจนวายที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่มที่มีเจตนาที่จะไม่มีบุตร มีทัศนคติต่อการมีบุตรว่าทำให้เป็นทุกข์ มีความเป็นห่วง เป็นภาระ เป็นต้น ผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนาที่เชื่อว่าการมีบุตรทำให้มีความทุกข์ มองว่าการมีบุตรจะสร้างความเป็นห่วง เช่น ห่วงว่าลูกจะเป็นคนไม่ดี เดินทางที่ผิด จะมีอันตราย หรือไม่มีใครดูแลหากตนตายไป เป็นต้น ตัวอย่างคำพูดของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มที่สะท้อนทัศนคติเช่นนี้ ได้แก่

“ไม่อยากมีลูก กลัว [...] คือถ้าเราตายก่อนแล้วเค้าจะอยู่อย่างไร เรายิ่งห่วง ถ้าหากว่าเค้าตายก่อน เรายิ่งเสียใจ ไม่มีคนฟัง”

(เพศหญิง, แต่งงานแล้ว, ยังไม่มีบุตร)

“หนูออกแนวธรรมชาติธรรมโม ต่อให้แฟนหนุ่มมีเงินก็ไม่มีลูก เพราะว่าไม่อยากเป็นภาระ การเกิดคือทุกข์ เวลาที่เราจะได้อยู่กับตัวเองต้องหายไป เรายิ่งต้องเอาใจไปดูอีกคนหนึ่ง ตลอดเวลา เพราะว่าเราเป็นห่วง”

(เพศหญิง, โสด)

ทัศนคติเชิงลบเกี่ยวกับการมีบุตรอีกประการคือความเชื่อว่าการมีบุตรเป็นภาระ เนื่องจากการเลี้ยงดูบุตรต้องใช้ทรัพยากรมากมาย ทั้งในเรื่องของเวลา เงิน และกำลังกาย การมีบุตรทำให้ต้องจัดสรรทรัพยากรที่เคยเป็นของตัวเองเหล่านี้มาใช้ในการเลี้ยงดูบุตรแทน ตัวอย่างคำพูดที่สะท้อนทัศนคตินี้ เช่น

“resource เยอะมาก เราไม่ได้เป็นพ่อแม่ คือพ่อแม่ก็ต้องหาเงิน เราไม่ได้หาเงิน แต่ก็รู้ว่าลูกใช้เงินเยอะ เพราะว่าที่บ้านลูก 4 คน แต่ละคนต้องเรียน ต้องกิน ก็มานั่งคิด สมมติว่ามีลูกจะไหวไหม และถ้าเราจะเลี้ยงลูกก็ต้องเลี้ยงลูกให้ดี ไม่ใช่เลี้ยงแบบขาดๆ เกินๆ เดี่ยวไม่มีเงินเดี๋ยวก็ไม่มีกิน ไม่มีเวลาให้เค้า ถ้าเลี้ยงไม่ดีก็ไม่มีการได้”

(เพศหญิง, โสัด)

“เพราะว่าผมกับแฟนชอบท่องเที่ยวไปไหนมาไหนมากกว่า คือผมส่วนตัวมีคุยกับแฟนว่าไม่อยากมีลูก คือผมอยากจะไปเที่ยวหลายที่ ถ้ามีค่าใช้จ่ายก็จะเกิดขึ้นสูงมาก ค่าใช้จ่ายในการดูแลเด็กนี่ก็ค่อนข้างเยอะ และเวลาที่เราจะดูแลเค้าก็น้อย”

(เพศชาย, แต่งงานแล้ว, ยังไม่มีบุตร)

2) การคล้อยตามคนรอบข้าง

ความเชื่ออีกประการที่ส่งผลต่อเจตนาในการมีบุตร คือความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง ซึ่งเป็นอิทธิพลจากคนรอบข้างที่คนคนนั้นให้ความสำคัญ จากการเก็บข้อมูลพบว่า คนเจนวายในการศึกษานี้จะกล่าวถึงคู่ครองของตนเองและพ่อแม่ (ทั้งพ่อแม่ของตนเอง และพ่อแม่ของคู่ครอง) ที่อาจส่งผลต่อความตั้งใจในการมีบุตรของตนเองได้

การที่กลุ่มอ้างอิงจะมีอิทธิพลต่อเจตนาในการมีบุตรได้นั้น ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนแรกคือต้องมี ความเชื่อว่าคุณรอบข้างมีความคิดเห็นหรือความคาดหวังกับตนในเรื่องการมีบุตร และส่วนที่สองคือ มีความต้องการที่จะทำตามความคิดเห็นหรือความคาดหวังของคนรอบข้าง

คู่ครองและพ่อแม่เป็นผู้ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมีบุตร

ในส่วนของความเชื่อเกี่ยวกับคนรอบข้างกับความคาดหวังต่อตนในเรื่องการมีบุตร พบว่าโดยมากคนเจนวายในการศึกษานี้จะกล่าวถึงความคาดหวังของคู่ครองเป็นอันดับแรก ไม่ว่าจะเป็นคู่ที่ยังไม่มีบุตรเลยหรือคู่ที่มีบุตรแล้ว และกำลังพิจารณาในการมีคนที่ไป เนื่องจากประเด็นเรื่องการตัดสินใจมีบุตรเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับทั้งสามีและภรรยาโดยตรง สามีหรือภรรยาจึงเป็นผู้ที่มีอิทธิพลต่อความต้องการมีลูก โดยมากจะพูดถึงความคาดหวังของคู่ครองในกรณีที่มีความต้องการไม่ตรงกัน

“ผมแต่งเร็วมาก จากที่เค้ารีบเร็ว เมื่อไหร่จะแต่งงานนี้ ก็แต่งเสร็จแล้วเค้าก็อยากจะมีลูกเลย มีๆ ผมก็พนักงานบริษัท เงินก็ได้มาก เหมือนกับถ้าอยู่ๆ จะมีเลยก็ยังไม่พร้อม ทั้งเรื่องเงินเรื่องยังไม่ได้เที่ยวไปไหนเลย”

(เพศชาย, แต่งงานแล้ว, ยังไม่มีบุตร)

“แฟนอยากมี อยากมีมากๆ อยากมีแล้ว อยากมีเดี๋ยวนี้เลย เมื่อไหร่จะมี ตั้งแต่จะแต่งงานแล้ว”

(เพศชาย, แต่งงานแล้ว, ยังไม่มีบุตร)

โดยทั่วไปแล้ว ผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนารับรู้ความต้องการและความคาดหวังของคู่ครองในเรื่องการมีบุตรผ่านการพูดคุยกัน แต่ในบางครั้ง ความเชื่อนั้นเกิดจากการตีความพฤติกรรมของคู่ครอง โดยคู่ครองไม่ได้พูดโดยตรงว่าต้องการมีลูก เช่น ผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนาเพศหญิงคนหนึ่งที่ตั้งงานแล้วเชื่อว่าสามีอยากมีลูกมากจากพฤติกรรมว่าสามีชอบเล่นกับเด็ก มักเอารูปเด็กมาใส่ในโทรศัพท์มือถือของตน เคยตั้งสเตตัสในเฟสบุ๊กเรื่องการที่เพื่อนๆ มีบุตรกันหมดแล้วแต่ตนเองยังไม่มี ประกอบกับการพิจารณาจากอายุของสามีที่ตนคิดว่าสมควรแก่การมีบุตรแล้ว (สามีอายุ 30 ปี ในขณะที่ผู้เข้าร่วมสนทนาอายุ 24 ปี)

ความคาดหวังของผู้ใหญ่ (พ่อแม่ของผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนา) ที่จะให้ตนมีบุตรถูกกล่าวถึงรองลงมา โดยเหตุผลที่พ่อแม่คาดหวังเป็นเรื่องความเป็นห่วงเป็นหลัก ยกตัวอย่างกรณีผู้เข้าร่วมสนทนาในกลุ่มเพศหญิง ตั้งงานแล้ววัย 29 ปีที่กล่าวว่า พ่อแม่แสดงความห่วงใยที่ยังไม่มีลูก เพราะเกรงว่าถ้าหากอยู่กันลำพังสามี ภรรยาไปเรื่อยๆ โดยไม่มีบุตร พออายุมากขึ้นอาจจะขาดความมั่นคงได้ และจะไม่มีคนมาดูแล

อีกกรณีหนึ่งเป็นผู้หญิงที่ตั้งงานแล้วและมีลูกหนึ่งคน มีการรับรู้ต่อความคาดหวังของผู้ใหญ่รอบข้างให้รับมีคนที่สอง แต่เนื่องจากเคยมีลูกมาแล้วหนึ่งคน ทำให้ทราบว่าการเลี้ยงลูกต้องใช้กำลังกายและกำลังทรัพย์เพียงใด จึงยังไม่มีเจตนาที่จะรับมีบุตรคนที่สองตามความคาดหวังของคนรอบข้าง

“ผู้ใหญ่ชอบเชียร์ว่าให้มีไล่กัน เพราะว่าเหนื่อยทีเดียว ใช้ของด้วยกันซื้อทีเดียว แล้วก็อยู่ด้วยกัน แต่สำหรับเรา เหนื่อย คือเด็กรุ่นใหม่อาจจะไม่เหมือนเด็กรุ่นก่อน ค่าใช้จ่ายก็เยอะ สำหรับคนรุ่นใหม่อยากจะทำช่วงมากกว่า”

(เพศหญิง, ตั้งงานแล้ว, มีบุตรหนึ่งคน)

“นอกเหนือไปจากเรากับแฟน ก็ยังมีอีก 4 คนที่รอคอยลูกของเราอยู่ ก็คือพ่อแม่ของเรา และพ่อแม่ของแฟน”

(เพศชาย, โสด)

ผู้เข้าร่วมสนทนาเพศชายอีกคนเพิ่งแต่งงานมาได้เพียง 2 เดือน เล่าว่าตอนนี้ผู้ใหญ่ทั้งสองฝ่ายรุมเร้ามากให้รับมีหลาน เนื่องจากตนและภรรยาแต่งงานเป็นคนแรกของทั้งสองฝ่าย จึงได้รับความคาดหวังจากพ่อแม่ของทั้งคู่มาก

“ก็คือความกดดัน ถ้าส่วนตัวเลยจริงๆ ก็ไม่ได้อยากจะมียุคนั้น อยากมีแต่ว่าไม่ใช่รับขนาดนั้น มันหลายๆ ปัจจัย คำก็พูดทั้งสองบ้านว่า ชีวิตนี้เค้าไม่เหลืออะไรแล้ว คือในแง่ที่เกษียณกันหมดแล้ว เค้าเหลือแค่หลาน แล้วก็ไม่มีใครทำให้เค้าได้ สามพี่น้องผมก็แต่งคนแรก ภรรยาผมเค้าก็สองพี่น้องเค้าก็แต่งก่อน”

(เพศชาย, ตั้งงานแล้ว, ยังไม่มีบุตร)

หลายครั้งพบว่าเจตนาการมีบุตรของสามีและภรรยาไม่ตรงกัน โดยมากฝ่ายผู้หญิงจะมีความเชื่อว่าผู้ชายอยากมี แต่ผู้หญิงมักเป็นฝ่ายที่ยังไม่พร้อม ด้วยเหตุผล เช่น ยังอยากทำงานอยู่ ยังอยากมีชีวิตส่วนตัว หรือยังไม่หายเหนื่อยจากการเลี้ยงลูกคนแรก

กดดันเรื่องมีบุตรได้ผลมากกว่ากดดันเรื่องแต่งงาน

เมื่อมีความเชื่อเกี่ยวกับความคาดหวังของครอบครัวเกี่ยวกับการมีบุตรแล้ว ความเชื่อนั้นจะนำไปสู่เจตนาการมีบุตรหรือไม่ ขึ้นอยู่กับความต้องการที่จะทำตามความคาดหวังของครอบครัว ในกรณีที่ความคาดหวังของครอบครัวและความคาดหวังของตนเองตรงกัน เจตนาจะตามมาไม่ยาก แต่ในกรณีที่คนเชื่อว่าความคาดหวังของครอบครัวไม่ตรงกับความต้องการของตนเอง จะส่งผลต่อเจตนาการมีบุตรอย่างไร ความคาดหวังของครอบครัวจะส่งผลต่อเจตนาการมีบุตรหรือไม่

จากการสนทนากลุ่มพบว่า สำหรับกลุ่มที่แต่งงานแล้ว ความเชื่อเกี่ยวกับความคาดหวังของครอบครัวไม่ว่าจะเป็นจากคู่ครองหรือจากพ่อแม่ ส่งผลต่อเจตนาในการมีบุตร กล่าวคือ ถึงแม้ว่าตนเองจะไม่ได้อยากมีบุตรมาก แต่เมื่อมีความเชื่อว่าพ่อแม่หรือสามีอยากมีก็จะพิจารณาเรื่องการมีบุตรมากขึ้น แต่อาจจะขอต่อรองเลื่อนเวลาออกไป เพื่อเป็นการประนีประนอมระหว่างความต้องการของตนเองและความต้องการของครอบครัว เช่น ขอให้อายุ 30 ก่อน ขออีก 2 ปี ขอทำงานเก็บเงินก่อน หรือขอเที่ยวก่อน

“ก็อยากมีแต่ก็ยังไม่ค่อยพร้อม เหมือนกับว่าเรายังสนุกกับตอนนี้อยู่ คือเราเพิ่งแต่งงานด้วยมั้ง เรายังอยากใช้ชีวิตแบบนี้ไปอีกสักปีสองปี แล้วค่อยว่ากัน สามีอยากมี อยากมีเลย เพราะว่าเค้าไม่ต้องทำอะไร ไม่ต้องท้อง ไม่ต้องคลอด”

(เพศหญิง, แต่งงานแล้ว, ยังไม่มีบุตร)

สำหรับกลุ่มที่ยังโสดอยู่จะกล่าวถึงความคาดหวังของพ่อแม่ในเรื่องการมีแฟนและแต่งงาน ซึ่งผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มทั้งหญิงและชายโดยมากบอกว่าพ่อแม่ไม่ได้กดดันมาก แต่ในกรณีของผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มที่บ้านมีความคาดหวังมาก ทุกคนจะบอกว่าความกดดันนั้นไม่ได้เป็นผลกับตนและมักจะเลือกไม่สนใจ ดังนั้นถึงแม้จะมีความคาดหวังจากพ่อแม่ให้ค้นหาแฟนและแต่งงาน แต่ตนไม่ได้มีความต้องการที่จะทำตามความคาดหวังนั้น อย่างไรก็ตาม สาเหตุหนึ่งที่ผู้เข้าร่วมสนทนาบอกว่าความคาดหวังไม่เป็นผลกับตนนั้น อาจเป็นเพราะเรื่องการหาแฟนและการแต่งงานเป็นสิ่งที่นอกเหนือการควบคุมตนเองมากกว่าการมีบุตร จึงเลือกที่จะบอกว่าไม่สนใจความกดดันจากที่บ้าน

“ที่บ้านกดดัน คือที่บ้านเป็นคนจีน พี่สาวน้องสาวแต่งงานหมดแล้ว เพราะฉะนั้นที่บ้านก็มักจะถามแต่สมัยเรียนเหมือนที่นิยมกันคืออย่าเพิ่งมีนะลูก ยังเด็ก หนูต้องตั้งใจเรียน แต่พอเราเรียนจบ พี่สาวน้องสาวเราแต่งงานไปหมด เค้าก็ถามว่ามีแฟนหรือยัง ก็เริ่มที่จะมาสอบถาม เราก็บอกแม่ไปว่า ถ้าอายุยังไม่ 30 ไม่ต้องมาถามเรื่องนี้ แม่ก็เลยคิด คือเค้าก็คงโดนอากงอาม่าถามมาด้วยไม่มี แต่ก็อาจจะรำคาญบ้าง โดนถามอีกแล้ว”

(เพศหญิง, โสด)

3) ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุม

ความเชื่อประการสุดท้ายเกี่ยวกับการมีบุตร คือ ความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุม ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลว่าสภาพแวดล้อมมีความเอื้ออำนวยต่อการมีบุตรมากน้อยเพียงใด มีสิ่งใดบ้างที่เกื้อหนุนให้สามารถมีบุตรและเลี้ยงบุตรได้โดยง่าย และมีสิ่งใดบ้างที่เป็นสิ่งขัดขวางให้การมีลูกหรือเลี้ยงลูกเป็นไปได้ยากขึ้น จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าคนจนวายมองว่าโครงสร้างเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมในปัจจุบันทำให้ตนไม่มีเวลาเพียงพอที่จะเลี้ยงลูก ต้องมีค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงลูกสูง มีภาระอื่นๆ อีกมาก และไม่มีระบบที่จะช่วยสนับสนุนการเลี้ยงลูกที่ดีพอ

● งานรัดตัว ไม่มีเวลาเลี้ยงลูก

ปัจจุบัน ทั้งผู้หญิงและผู้ชายต้องทำงานนอกบ้าน ทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอในการมีลูกและเลี้ยงลูก งานส่วนใหญ่ยังไม่มีวันหยุดมากนักพอ จึงทำให้เป็นการยากที่คนจนวายจะทำงานพร้อมๆ ไปด้วยกับการเลี้ยงลูก งานจึงถูกมองว่าเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้คนจนวายในการศึกษาครั้งนี้ยังไม่สามารถมีบุตรได้

“เรากำลังคิดว่าเวลาไม่พอมากเลย...เพราะว่าวันทำงานตื่นแต่เช้าไปทำงานกลับบ้านมาอนกัหมดแล้ว ทำอะไรไม่ได้เลย เสาร์อาทิตย์ไหนจะทำงานบ้านเรา ไหนจะแบ่งไปเยี่ยมพ่อแม่ก็หมดแล้ว”

(เพศหญิง, แต่งงานแล้ว, ยังไม่มีบุตร)

ความไม่ยืดหยุ่นของงานเป็นประเด็นสำหรับผู้ทำงานบริษัทมาก มีผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนาหลายคนที่มีมองว่าหากตนเปลี่ยนไปทำงานประเภทธุรกิจส่วนตัวจะมีเวลาในการเลี้ยงดูบุตรมากขึ้น ตัวอย่างเช่น

“ถ้าผมมี (ลูก) ก็ไม่อยากจะให้ใครเลี้ยง ผมอยากจะทำเอง แต่เนื่องจากเวลาที่ผมมีมันไม่ได้ ผมก็อยากทำธุรกิจส่วนตัวแบบเพื่อน แต่ว่าตอนนี้สภาพเศรษฐกิจไม่ค่อย work”

(เพศชาย, แต่งงานแล้ว, ยังไม่มีบุตร)

● ระบบการศึกษาที่ต้นทุนสูง “กว่าจะส่งลูกเรียนจบใช้เงินเยอะ ต้องคิดหนัก”

คนจนวายในการศึกษานี้มองว่าการมีบุตรมีต้นทุนที่สูง โดยเฉพาะหากต้องการเลี้ยงลูกให้มีคุณภาพ คนจนวายมองว่าระบบการศึกษาของประเทศไทยในปัจจุบันยังมีคุณภาพไม่เท่าเทียมกัน การจะให้ลูกประสบความสำเร็จจำเป็นต้องส่งเข้าโรงเรียนที่มีค่าใช้จ่ายสูงมาก การจะเข้าโรงเรียนดีๆ ในอนาคตได้ จำเป็นต้องส่งลูกเข้าเนิร์สเซอรี่ ศูนย์รับเลี้ยงเด็ก หรือไม่ก็โรงเรียนอนุบาลที่มีคุณภาพ เพื่อเป็นการปูทางสำหรับอนาคต

“ลูกเข้าเตรียมอนุบาลแล้ว ค่าเทอมแพงหลักแสน เลยต้องทำงานมากขึ้น ต้องวางแผนอีกเยอะ ทั้งธุรกิจและครอบครัว ถ้ามีลูกอีกก็ต้องหาเงินเพิ่ม”

(เพศชาย, แต่งงานแล้ว, มีบุตร 1 คน)

● สังคมเปลี่ยนไป คนไม่ไวใจจะมีลูก

สังคมเป็นปัจจัยภายนอกที่อยู่นอกเหนือการควบคุม แต่เป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลต่อเจตนาการมีบุตร จากการสนทนากลุ่มพบว่ามีคนเจเนวายที่รู้สึกว่าการมีลูกทุกวันนี้เป็นสังคมที่ไม่มีคุณภาพ คือ ไม่มีความปลอดภัย แข่งแย่งแข่งขัน เป็นสังคมที่พร้อมจะเอาเปรียบซึ่งกันและกัน จากการสนทนากลุ่ม คนเจเนวายที่กังวลเรื่องคุณภาพสังคมกลัวว่าลูกจะต้องพบเจอปัญหาหรือได้รับผลกระทบ จึงรู้สึกเป็นห่วงเรื่องสวัสดิภาพความปลอดภัย และไม่ต้องทำให้ลูกได้รับความกดดันหรือเผชิญอุปสรรคต่างๆ จึงเป็นเหตุผลหนึ่งที่ไม่อยากมีลูก

โดยมากผู้เข้าร่วมสนทนามองว่าคุณภาพสังคมอยู่นอกเหนือการควบคุมของตนเอง แต่เชื่อว่าคนที่มีความพร้อมทางเศรษฐกิจจะสามารถควบคุมได้มากกว่า อย่างน้อยก็สามารถซื้อความสะดวกสบาย ความปลอดภัยของสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย หรือเลือกโรงเรียนดีๆ ให้ลูกได้มากกว่าคนที่สถานะทางการเงินไม่พร้อม

● มีลูกใครจะเลี้ยง?

ในเมื่อสังคมปัจจุบันทั้งผู้หญิงและผู้ชายทำงาน หากจะมีลูกจำเป็นต้องมีระบบการสนับสนุนที่ดี ในอดีตปู่ย่าตายายเป็นผู้ช่วยในการเลี้ยงลูกที่ดี แต่ด้วยโครงสร้างสังคมในปัจจุบันที่ทำให้หลายคนต้องย้ายจากต่างจังหวัดเข้ามาทำงานในตัวเมือง ทำให้ระบบการสนับสนุนจากปู่ย่าตายายเป็นไปได้ยากยิ่งขึ้น ซึ่งระบบที่จะมาช่วยทดแทนบทบาทของปู่ย่าตายาย เช่น เนิร์สเซอร์รี่ หรือสถานเลี้ยงเด็ก ยังมีคุณภาพไม่ดีพอในสายตาของผู้เข้าร่วมสนทนา การขาดผู้ช่วยหรือระบบสนับสนุนจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่อยู่นอกเหนือการควบคุมที่ส่งผลให้คนเจเนวายในการศึกษานี้ยังตัดสินใจไม่มีลูก

เมื่อไม่มีสถานรับเลี้ยงเด็กที่เอื้อต่อการนำลูกไปฝากเลี้ยง ก็หวังว่าที่ทำงานจะจัดสถานที่ไว้สำหรับพ่อแม่ที่มีลูก แต่ปัจจุบัน การให้นำลูกไปเลี้ยงที่ทำงานก็ยังมีน้อยมาก และยังมีข้อจำกัดในเรื่องสถานที่และระบบการดูแลเด็ก เช่น มีพี่เลี้ยง หรือครูที่ดูแล และสามารถพัฒนาเด็ก หรือทรัพยากรอื่นๆ ที่ช่วยเสริมพัฒนาการของเด็กมากกว่าจะเป็นที่ดูแลอย่างเดียว

4) ปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลต่อความเชื่อ

ปัจจัยพื้นฐานด้านบุคคล ประชากร และสังคม เป็นตัวกำหนดสำคัญที่ส่งผลต่อความเชื่อทั้ง 3 ประการเกี่ยวกับการมีบุตร ปัจจัยด้านเพศพบว่าส่งผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับผลของการมีบุตรมากกว่าความเชื่อด้านอื่นๆ การศึกษานี้พบว่าผู้ชายมีทัศนคติเชิงบวกต่อการมีบุตรในรูปแบบที่เป็นรูปธรรมมากกว่าผู้หญิง เช่น มองว่าการมีบุตรเป็นการส่งต่อตัวตน สืบทอดตระกูล หรือมองว่าเป็นการลงทุน ในขณะที่ผู้หญิงจะมองในแง่จิตใจมากกว่า เช่น การมีเพื่อน การทำให้ครอบครัวสมบูรณ์ นอกจากนี้ ผู้หญิงในการศึกษานี้มีแนวโน้มที่จะมีทัศนคติเชิงลบต่อการมีบุตรมากกว่าผู้ชาย

ในด้านระดับการศึกษาและรายได้ ส่งผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเกื้อหนุนและปัจจัยขัดขวางชัดเจนที่สุด ผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อยหรือมีรายได้ต่ำจะมองเห็นค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงบุตรว่าเป็นอุปสรรคสำคัญมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงหรือมีรายได้มาก นอกจากนี้ คนที่รายได้ต่ำกว่ามักไม่มีทางเลือกในการเลี้ยงบุตรเท่าผู้ที่มีรายได้สูงกว่า ทำให้การมีบุตรจึงดูเหมือนมีอุปสรรคมากกว่า

พื้นฐานของครอบครัวเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความเชื่อ ในความเชื่อเกี่ยวกับความเห็นของคนรอบข้างพบว่า พื้นเพของคู่สามีภรรยาที่มีแนวโน้มในการได้รับความกดดันเกี่ยวกับการต้องมีบุตรมาจากครอบครัวคนจีน ในขณะที่เดียวกันผู้ที่มาจากครอบครัวคนจีนมักโตมาด้วยพี่น้องจำนวนมาก ซึ่งพบว่าสำหรับบางคนเป็นสาเหตุที่ทำให้ไม่อยากรับมีบุตรมากขึ้น เนื่องจากมีทัศนคติที่ต่อการอยู่ในครอบครัวใหญ่ แต่สำหรับบางคนเป็นสาเหตุที่ทำให้ไม่อยากรับมีบุตรเลย เนื่องจากเห็นความลำบากในการต้องเลี้ยงดูบุตร จึงมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการมีบุตร

อีกปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับการมีบุตร คือ ค่านิยมของสังคมในปัจจุบันให้ความสำคัญกับการต้องแต่งงานมีบุตรน้อยลง จากการสนทนากลุ่มพบว่ากลุ่มเจนวายพูดถึงชีวิตในมิติอื่นๆ ที่หลากหลายมากขึ้น โดยเฉพาะในเรื่องการไปท่องเที่ยว การที่บริบททางสังคมและวัฒนธรรมเปลี่ยนไปเช่นนี้ส่งผลให้ความเชื่อเกี่ยวกับผลของการมีบุตรเปลี่ยนไป การมีบุตรไม่ใช่สิ่งที่จะมาเติมเต็มครอบครัว แต่สำหรับเจนวายบางคน กลายเป็นสิ่งที่จะทำให้ไม่สามารถใช้ชีวิตในรูปแบบที่ต้องการได้ นอกจากนี้ บริบททางเศรษฐกิจและสังคมโดยรวมแล้วส่งผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเกื้อหนุนและปัจจัยขัดขวางในการมีบุตร ผู้เข้าร่วมสนทนาจำนวนมากกล่าวถึงความไม่ปลอดภัยของสังคมและค่าครองชีพที่สูง เป็นอุปสรรคกีดขวางทำให้ไม่สามารถเลี้ยงบุตรได้อย่างมีคุณภาพ

อภิปรายผลและสรุป

บทความนี้ได้พยายามสร้างความเข้าใจกระบวนการตัดสินใจมีบุตรของประชากรเจนเอเรชันวาย โดยใช้กรอบแนวคิดจากทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน หัวใจของทฤษฎีนี้อยู่ที่ความเชื่อ 3 ประการ คือ ความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มอ้างอิง และความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถในการควบคุม โดยความเชื่อทั้ง 3 ประการนี้จะนำไปสู่การก่อเกิดเจตนาซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมต่อไป

ข้อมูลจากการวิจัยพบว่าความเชื่อทั้ง 3 ประการที่นำไปสู่ทัศนคติ การคล้อยตามคนรอบข้าง และการรับรู้ในการควบคุมต่อการมีบุตร ส่งผลต่อเจตนาการมีบุตรของเจนวายที่เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยและงานศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าความเชื่อทั้ง 3 ประการส่งผลต่อเจตนาการมีบุตร ถึงแม้ว่าจะควบคุมปัจจัยพื้นฐานแล้วก็ตาม (Billari, Philipov, & Testa, 2009; Mencarini, Vignoli, & Gottard, 2015) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้ศึกษาเพียงความเชื่อมโยงระหว่างความเชื่อทั้ง 3 ประการนี้ต่อเจตนาการมีบุตร มิใช่ต่อพฤติกรรมการมีบุตรจริงๆ ซึ่งข้อค้นพบจากการศึกษาอื่นได้แสดงให้เห็นว่าความเชื่อทั้ง 3 ประการส่งผลต่อพฤติกรรมการมีบุตรผ่านเจตนา โดยไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรม (Mencarini, Vignoli, & Gottard, 2015)

ความเชื่อทั้ง 3 ประการเกี่ยวกับการมีบุตรส่งผลต่อเจตนาการมีบุตรอย่างไรขึ้นอยู่กับจำนวนบุตรที่มีอยู่แล้ว สำหรับผู้ที่ยังไม่มีบุตรเลย เจตนาการจะมีบุตรคนแรกได้รับอิทธิพลจากความเชื่อเกี่ยวกับความเห็นของคนรอบข้างมากกว่าผู้ที่มีบุตรแล้ว กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ คนรอบข้างจะมีอิทธิพลต่อความตั้งใจมีบุตรสำหรับคนที่ยังไม่มีบุตรมากกว่าคนที่ มีบุตรแล้ว จึงเห็นได้ว่าความกดดันจากคนรอบข้างเป็นความกดดันให้คู่สามีภรรยาได้เป็นพ่อแม่เสียทีมากกว่าเป็นการกดดันให้มีบุตรจำนวนมาก

ในด้านอิทธิพลจากคู่ครอง งานศึกษานี้พบว่าความเชื่อเกี่ยวกับความเห็นของคู่ครองมีความสำคัญมากต่อเจตนาการมีบุตร ทั้งผู้หญิงและผู้ชายในการศึกษานี้จะกล่าวถึงความคาดหวังของคู่ครองต่อเรื่องการมีบุตรตามทฤษฎีแล้ว ผู้หญิงหรือผู้ชายมีอิทธิพลมากกว่าในการตัดสินใจในเรื่องการมีบุตรขึ้นอยู่กับว่าคู่หนึ่งมีความสัมพันธ์กันอย่างไร หากความสัมพันธ์ให้ความสำคัญกับผู้ชายมากกว่าด้วยเหตุว่าผู้ชายเป็นผู้ที่มีรายได้หลักผู้ชายก็จะเป็นผู้ที่มีอิทธิพลมากกว่า และจะเป็นผู้ตัดสินใจสุดท้ายเกี่ยวกับการมีบุตร อย่างไรก็ตาม หากความสัมพันธ์ให้ความสำคัญกับผู้หญิงมากกว่าด้วยเหตุว่าผู้หญิงเป็นผู้ที่จะได้รับผลกระทบจากการมีบุตรมากกว่า ก็พบว่าผู้หญิงเป็นผู้ที่มีอิทธิพลในการตัดสินใจมากกว่า สำหรับงานวิจัยนี้พบว่า ผู้หญิงจะมีแนวโน้มต่อรองกับผู้ชายมากกว่าเพื่อให้เป็นไปในทิศทางที่ผู้หญิงต้องการ ซึ่งเป็นข้อสรุปที่พบในงานศึกษาของ Stein, Willen, & Pavetic (2014)

นอกจากนี้ การศึกษานี้พบว่าสำหรับผู้หญิง ความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเกื้อหนุนและปัจจัยขัดขวางเป็นความเชื่อที่สำคัญที่ส่งผลต่อเจตนาการมีบุตร กล่าวคือ ผู้หญิงในการศึกษานี้รู้สึกว่ารียบประเทศโดยรวมและระบบการสนับสนุนครอบครัวที่มีบุตรยังไม่ดีพอ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องคุณภาพของสังคม การศึกษา และทางเลือกที่มีในการเลี้ยงดูบุตรหากผู้หญิงต้องการทำงาน

สำหรับการกำหนดนโยบายที่จะได้ผลในการกระตุ้นการมีบุตร จำเป็นต้องสร้างความเข้าใจว่านโยบายจะส่งผลต่อความเชื่อทั้ง 3 ประการนี้ได้อย่างไร โดยทั่วไปแล้ว นโยบายที่เกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตรสามารถส่งผลต่อความเชื่อด้านทัศนคติเกี่ยวกับการมีบุตร และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเกื้อหนุนและขัดขวางในการมีบุตรได้โดยตรง ในขณะที่นโยบายประเทศอาจไม่สามารถเปลี่ยนแปลงด้านความเชื่อเกี่ยวกับความเห็นของครอบครัวได้โดยตรง ดังนั้น ในระยะสั้นจึงควรมุ่งเน้นให้นโยบายสามารถเปลี่ยนความเชื่อด้านทัศนคติและปัจจัยเกื้อหนุนและขัดขวางให้ได้

การศึกษานี้พบว่าคนเจนวายที่ไม่มีเจตนาจะมีบุตรเชื่อว่า มีปัจจัยที่อยู่นอกเหนือการควบคุมของตนมาก การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการควบคุมเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้คนเจนวายไม่อยากมีบุตร คนเจนวายเป็นกลุ่มที่ให้ความสำคัญกับความสมดุลของชีวิตกับการทำงาน (Work-life balance) อย่างมาก เนื่องจากโครงสร้างของเศรษฐกิจและสังคมทำให้คนเจนวายรู้สึกว่าจะต้องมุ่งหาความมั่นคงทางการเงินเป็นอันดับแรก ทั้งผู้หญิงและผู้ชายจึงจำเป็นต้องทำงานนอกบ้าน ทำให้คนเจนวายเชื่อว่าไม่มีเวลาเพียงพอในการทำงานและสร้างครอบครัวที่มีคุณภาพพร้อมๆ กันได้ ประกอบกับระบบการศึกษา สวัสดิการต่างๆ และความปลอดภัยสังคม มีส่วนทำให้คนเจนวายเชื่อว่าการมีบุตร (และการเลี้ยงดูบุตรให้มีคุณภาพ) เป็นสิ่งที่ยากเกินการควบคุม

ดังนั้น นโยบายที่ส่งเสริมสมดุลของชีวิตและการทำงานอาจเป็นแนวทางที่สามารถจูงใจให้ประชากรเจนเอเรชั่นวายมีบุตรอย่างได้ผล โดยการสร้างโครงสร้างสังคมที่เอื้อต่อการทำงานและการสร้างครอบครัวไปพร้อมๆ กัน ตัวอย่างนโยบายดังกล่าว ได้แก่ การส่งเสริมสิทธิในการทำงานแบบยืดหยุ่น การเพิ่มสิทธิในการลาเพื่อเลี้ยงดูบุตรทั้งสำหรับผู้หญิงและผู้ชาย การพัฒนาศูนย์ดูแลเด็กเล็กให้มีคุณภาพ การสนับสนุนภาคเอกชนให้สร้างสมดุลของชีวิตให้กับพนักงาน เป็นต้น ดังนั้น การเลือกนโยบายที่เหมาะสมจะสามารถส่งผลต่อความเชื่อต่อการมีบุตร ซึ่งจะส่งผลต่อเจตนาการมีบุตรและการตัดสินใจมีบุตรในประชากรเจนเอเรชั่นวายต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Ajzen, I., & Klobas, J. (2013). Fertility intentions: An approach based on the theory of planned behavior. *Demographic Research*, 29(8): 203-232.
- Andersson, G., Kreyenfeld, M., & Mika, T. (2009, October). Welfare state context, female earnings and childbearing. *Journal of Population Research*, 31(4): 287-316.
- Billari, F. C., Philipov, D., & Testa, M. R. (2009). Attitudes, norms and perceived behavioural control: Explaining fertility intentions in Bulgaria. *European Journal of Population*, 25(4): 439.
- Blossfeld, H. P., & Huinink, J. (1991). Human capital investments or norms of role transition? How women's schooling and career affect the process of family formation. *American journal of Sociology*, 97(1): 143-168.
- Bulanda, R. E. (2004). Paternal involvement with children: The influence of gender ideologies. *Journal of Marriage and Family*, 66(1): 40-45.
- Dommermuth, L., Klobas, J., & Lappegård, T. (2011). Now or later? The theory of planned behavior and timing of fertility intentions. *Advances in Life Course Research*, 16(1): 42-53.
- Hank, K., Kreyenfeld, M., & Spieß, C. K. (2004). Kinderbetreuung und fertilität in Deutschland/Child care and fertility in Germany. *Zeitschrift für Soziologie*, 33(3): 228-244.
- Hoem, B. (2000). Entry into motherhood in Sweden: the influence of economic factors on the rise and fall in fertility, 1986-1997. *Demographic research*, 2(4).
- Hoem, J. M. (1986). The impact of education on modern family-union initiation. *European Journal of Population*, 2(2): 113-133.
- Howe, N., & Strauss, W. (2007). The next 20 years. *Harvard business review*, 85(July-August): 41-52.
- Jalovaara, M. (2013). Socioeconomic resources and The dissolution of cohabitations and marriages. *European Journal of Population*, 29(2): 167-193.
- Klobas, J. (2010). Social psychological influences on fertility intentions: A study of eight countries in different social, economic and policy contexts. Carlo F. Dondena Centre for Research on Social Dynamics. [Unpublished Document].
- Kraval, Ø. (1994). The importance of economic activity, economic potential and economic resources for the timing of first births in Norway. *Population studies*, 48(2): 249-267.
- Lappegård, T., & Rønsen, M. (2005). The multifaceted impact of education on entry into motherhood. *European Journal of Population*, 21(1): 31-49.
- Lesthaeghe, R. (1980). On the social control of human reproduction. *Population and Development Review*, 6(4): 527-548.
- Lesthaeghe, R., & Surkyn, J. (1988). Cultural dynamics and economic theories of fertility change. *Population and development review*, 14(1): 1-45.
- Liefbroer, A. C. (2005). The impact of perceived costs and rewards of childbearing on entry into parenthood: Evidence from a panel study. *European Journal of Population*, 21(4): 367-391.
- Liefbroer, A. C., & Corijn, M. (1999). Who, what, where, and when? Specifying the impact of educational attainment and labour force participation on family formation. *European Journal of Population*, 15(1), 45-75.

- Mencarini, L., Vignoli, D., & Gottard, A. (2015). Fertility intentions and outcomes: Implementing the theory of planned behavior with graphical models. *Advances in life course research*, 23(March): 14-28.
- Montgomery, M. R., & Casterline, J. B. (1996). Social learning, social influence, and new models of fertility. *Population and Development Review*, 22(Supplement): 151-175.
- Sobotka, T., Skirbekk, V., & Philipov, D. (2011). Economic recession and fertility in the developed world. *Population and development review*, 37(2): 267-306.
- Stein, P., Willen, S., & Pavetic, M. (2014). Couples' fertility decision-making. *Demographic Research*, 30(63): 1697-1732.
- Surkyn, J., & Lesthaeghe, R. (2004). Value orientations and the second demographic transition (SDT) in Northern, Western and Southern Europe: An update. *Demographic Research*, 3(special collection 3): 45-86.
- Vikat, A. (2004). Women's labor force attachment and childbearing in Finland. *Demographic Research*, 3(special collection 3): 177-212.
- Winkler-Dworak, M., & Toulemon, L. (2007). Gender differences in the transition to adulthood in France: Is there convergence over the recent period? *European Journal of Population*, 23(3-4): 273-314.

ชีวิตวัยรุ่นหญิงเมื่อต้องเป็นแม่

Life of Female Adolescent as Mothers

รีนา ต๊ะดี*

บทคัดย่อ

บทความนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการเปลี่ยนผ่านของวัยรุ่นหญิงเมื่อกลายเป็นแม่ โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีเรื่องการพัฒนาด้านจิตสังคม ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกในแม่วัยรุ่นจำนวน 30 ราย ในพื้นที่เมือง พื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท และพื้นที่ชนบท ผลการศึกษาพบว่าวัยรุ่นหญิงในกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาร้อยละ 80 อยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย มีความสนใจเพศตรงข้ามและอยากรู้ อยากลองในเรื่องเพศ นำไปสู่การตั้งครรภ์ซึ่งเป็นเหตุการณ์สำคัญในชีวิตที่ส่งผลกระทบต่อวัยรุ่นหญิงในหลายๆ ด้าน ได้แก่ ผลกระทบทางด้านจิตใจ ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ และการเงิน และผลกระทบทางด้านสังคม รวมถึงส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาทของวัยรุ่นหญิงด้วย อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้พบว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและการกลายมาเป็นแม่ของวัยรุ่นมิได้ส่งผลกระทบในเชิงลบเพียงอย่างเดียว แต่ยังส่งผลกระทบในเชิงบวกด้วย และวัยรุ่นหญิงสามารถรับมือกับการเปลี่ยนผ่านและผลกระทบที่เกิดขึ้นได้ สามารถปรับตัวเข้ากับบทบาทใหม่ได้ในที่สุด โดยแรงสนับสนุนจากครอบครัวและคนรอบข้างมีส่วนสำคัญที่ช่วยผลักดันให้วัยรุ่นหญิงสามารถใช้ชีวิตใหม่ในฐานะผู้ใหญ่และแม่ได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: แม่วัยรุ่น การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น วัยรุ่นหญิง ผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

* นักวิจัย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

Abstract

This paper is a report of a qualitative study about the transition of female adolescents into motherhood. This study applied the Theory of Psychosocial Development, Transition Theory, and Social Support Theory as lenses of analysis. Qualitative data were collected from 30 teen mothers. In-depth interviews were carried out in urban, semi-urban, and rural areas of Thailand. The results show that most of the participants were in their late-teens. They explained their exposure to unplanned pregnancy by an interest in the opposite sex and curiosity about sex and sexuality while struggling to develop a self-identity. Being pregnant and becoming a parent is an important step in life and has an effect on female teenagers in many ways. Unplanned teen pregnancy impacts teenagers emotionally, financially and economically, and socially. It also results in a change of roles for teen mothers. However, this study also found that there are positive impacts from teen pregnancy. Most teen mothers are able to cope with the changes from the transition, and are able to adapt to their new role as mothers, thanks to the support they received from their family.

Key words: Teenage mothers, adolescent pregnancy, female adolescent, impact of adolescent pregnancy

ที่มาและความสำคัญ

สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไทยในช่วงหลายปีที่ผ่านมามีความรุนแรงมากขึ้น โดยเห็นได้จากจำนวนทารกที่เกิดจากหญิงอายุ 10-14 ปี ที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น จาก 0.7 เมื่อ พ.ศ. 2546 เป็น 1.5 ต่อประชากร 1,000 คน ใน พ.ศ. 2558 และในช่วงเวลาเปรียบเทียบเดียวกันนี้ มีจำนวนทารกที่เกิดจากหญิงที่มีอายุ 15-19 ปี เพิ่มขึ้นจาก 39.2 เป็น 44.8 ต่อ 1,000 คนตามลำดับ (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560) อย่างไรก็ตาม ตัวเลขที่กล่าวมาข้างต้นนี้ยังไม่ได้สะท้อนถึงสถิติการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไทยที่แท้จริง เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลการคลอดไร้ชีพ การแท้งเอง และการทำแท้งรวมอยู่ด้วย

มีงานวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาถึงสาเหตุของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ทั้งนี้เพื่อหาแนวทางแก้ปัญหาที่ต้นเหตุ เช่น เรื่องพฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น เป็นต้น อย่างไรก็ตาม คงปฏิเสธไม่ได้ว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่งผลกระทบต่อครอบครัวของวัยรุ่น ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ ผลกระทบทางด้านสังคม และผลกระทบทางด้านจิตใจ ในขณะที่งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบที่เกิดจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนั้นมีจำนวนไม่มากนัก อีกทั้งเมื่อปัญหาได้ทวีความรุนแรงขึ้นแล้ว ผู้เขียนจึงเห็นว่ามีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาถึงผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพื่อที่จะเข้าใจสถานการณ์ในภาพรวม และหาทางบรรเทาความรุนแรงที่เกิดจากผลกระทบเหล่านั้นต่อไป

บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบที่เกิดกับชีวิตของวัยรุ่นหญิงเมื่อต้องกลายเป็นแม่ โดยศึกษาผลกระทบในด้านเศรษฐกิจและการเงิน ผลกระทบทางด้านสังคม และผลกระทบทางด้านจิตใจ เพื่อนำเสนอข้อเสนอนะในการบรรเทาความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดกับวัยรุ่นเมื่อกลายเป็นพ่อแม่

คำนิยามและกรอบแนวคิด ทฤษฎี

- **นิยามการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น**

องค์การยูนิเซฟ (Unicef) ให้คำนิยามของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นว่า คือ การที่ได้กัวัยรุ่นหญิงอายุ 13-19 ปี เกิดการตั้งครรภ์ขึ้น ซึ่งช่วงวัยนี้เป็นวัยก่อนการบรรลุนิติภาวะตามกฎหมาย (Unicef, 2008) ในขณะที่องค์การอนามัยโลก (World Health Organization หรือ WHO) ให้คำนิยามว่า การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนั้น คือการตั้งครรภ์ของหญิงที่มีช่วงอายุระหว่าง 10-19 ปี (WHO, 2004) บทความนี้ให้นิยามการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นว่าเป็นการตั้งครรภ์ในขณะที่วัยรุ่นหญิงมีอายุไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์

- **ทฤษฎีเรื่องการพัฒนาด้านจิตสังคม (Theory of Psychosocial Development)**

ทฤษฎีว่าด้วยการพัฒนาของคนตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยชรา แบ่งช่วงการพัฒนาของคนเป็น 8 ระยะตามช่วงอายุ ได้แก่ ระยะที่ 1 ความเชื่อใจเทียบกับความไม่เชื่อใจ อยู่ในช่วงขวบแรกของชีวิต, ระยะที่ 2 ความเป็นอิสระเทียบกับความละอายและความสงสัย อยู่ในช่วงอายุ 1-3 ปี, ระยะที่ 3 ความมุ่งมั่นเทียบกับความรู้สึกลึกซึ้ง คือ ช่วงอายุ 3-6 ปี, ระยะที่ 4 ความพากเพียรเทียบกับความต่ำต้อย เป็นช่วงอายุ 6-12 ปี, ระยะที่ 5 ความเป็นอัตลักษณ์เทียบกับความสับสนในบทบาทคือเป็นวัยรุ่น, ระยะที่ 6 ความใกล้ชิดเทียบกับความโดดเดี่ยว คือช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น, ระยะที่ 7 ความคิดสร้างสรรค์เทียบกับความหมกมุ่นในตนเอง

เป็นช่วงวัยกลางคน, และระยะที่ 8 ความมั่นคงสมบูรณ์เทียบกับความสิ้นหวังคือช่วงวัยชรา ซึ่งในแต่ละระยะจะมีความท้าทาย (challenge) ที่แตกต่างกันออกไป (McLeod, 2008)

เนื่องจากบทความนี้ศึกษาเรื่องวัยรุ่น จึงขอเน้นเฉพาะช่วงวัยนี้เท่านั้น โดยความท้าทายในช่วงวัยรุ่นซึ่งเป็นช่วงรอยต่อระหว่างวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ตามที่ Erikson กล่าวไว้ คือ ในช่วงอายุนี้ วัยรุ่นจะพยายามค้นหาตัวตนหรืออัตลักษณ์ของตนเอง ทั้งอัตลักษณ์ทางด้านเพศและอาชีพการงาน รวมถึงทิศทางการดำเนินชีวิต การค้นหาอัตลักษณ์ของตนเองนั้นขึ้นอยู่กับประสบการณ์ความสำเร็จที่ผ่านมา วัยรุ่นอาจจะค้นพบอัตลักษณ์ของตนเองในช่วงนี้หรืออาจจะยังมีความไม่ชัดเจนในบทบาทของชีวิตตนเองก็เป็นได้ (McLeod, 2008)

- **ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน (Transition Theory)**

แบบจำลองทางจิตสังคมที่อธิบายเหตุการณ์ในชีวิตที่ส่งผลกระทบต่อด้านต่างๆ ในชีวิต รวมถึงบทบาททางสังคมของบุคคล โดย Schlossberg ให้คำนิยาม “การเปลี่ยนผ่าน” ว่าหมายถึง เหตุการณ์หรือสิ่งอื่นที่ไม่ใช่เหตุการณ์ ที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อความสัมพันธ์ กิจวัตรประจำวัน และบทบาทของแต่ละบุคคล และแต่ละคนมีวิธีจัดการหรือรับมือกับความเปลี่ยนแปลงและผลกระทบที่เกิดขึ้นแตกต่างกันไปผ่านสิ่งต่อไปนี้

- 1) การรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนผ่านนั้น
- 2) ลักษณะทางสภาพแวดล้อมก่อนและหลังการเปลี่ยนผ่าน และ
- 3) ลักษณะหรือคุณสมบัติของแต่ละบุคคลซึ่งนำไปสู่การปรับตัว (Schlossberg, 1981)

บทความนี้นำกรอบทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านมาวิเคราะห์เหตุการณ์การตั้งครรภ์ที่เกิดกับวัยรุ่น ว่าส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อด้านต่างๆ ในชีวิต และบทบาททางสังคมของวัยรุ่นอย่างไรบ้าง รวมถึงการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

- **ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)**

Wilcox & Vernberg (1985) ให้ความเห็นว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีหลากหลายมิติ ได้แก่ อารมณ์ (emotional support) การเคารพ (esteem support) การเป็นส่วนหนึ่ง (belonging support) เครือข่าย (network support) การประเมิน (appraisal support) การสนับสนุนที่เป็นรูปธรรม (tangible support) ความช่วยเหลือ (instrumental support) และข้อมูล (information support) โดยแรงสนับสนุนแต่ละอย่างทำหน้าที่แตกต่างกันไปตามแต่ละลักษณะของความเครียด และแรงสนับสนุนจะช่วยบรรเทาความรุนแรงของความเครียดได้ก็ต่อเมื่อลักษณะของความเครียดมีความสอดคล้องกับทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนที่มีอยู่ (Wilcox & Vernberg, 1985: 5)

ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมถูกนำมาใช้ควบคู่กับทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านในบทความนี้ เพื่อศึกษาผลกระทบที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของการที่วัยรุ่นหญิงกลายเป็นแม่ว่าเป็นอย่างไร โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อวัยรุ่นได้รับการสนับสนุนในมิติต่างๆ จากครอบครัวและคนรอบข้าง

บททวนวรรณกรรม

งานวิจัยเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่กล่าวถึงผลกระทบจากการที่วัยรุ่นกลายเป็นพ่อแม่มีอยู่มากพอสมควร แม้จะได้รับความสนใจน้อยกว่าประเด็นอื่นก็ตาม โดยมีงานวิจัยทั้งในประเทศไทย (ขวัญตา และ

จิตตินันท์, 2553; เนตรชนก, 2555) และในต่างประเทศ (Hoffman, 1998; Hobcraft & Kiernan, 2001; Rosengard et al., 2006) งานวิจัยเหล่านั้นมีข้อค้นพบที่แตกต่างกันออกไป แต่ข้อค้นพบของงานวิจัยส่วนใหญ่ระบุว่า การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและการที่วัยรุ่นกลายเป็นพ่อแม่ส่งผลกระทบต่อครอบครัวของวัยรุ่น ซึ่งรวมถึงครอบครัวของพ่อแม่วัยรุ่น ตัวพ่อแม่วัยรุ่นเอง และรวมถึงเด็กที่เกิดจากวัยรุ่นด้วย (ขวัญตา และจิตตินันท์, 2553; เนตรชนก, 2555; Hobcraft & Kiernan, 2001) โดยผลกระทบในเชิงลบนั้นเห็นได้อย่างชัดเจนในด้านเศรษฐกิจการเงิน ด้านสังคม และด้านจิตใจ

Leslie & Didben (2004) พบว่า ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังเกิดจากการที่วัยรุ่นหยุดเรียนเนื่องจากการตั้งครรภ์ และมีแนวโน้มที่จะกลับไปศึกษาต่อต่ำ การมีวุฒิการศึกษาต่ำเป็นอุปสรรคสำคัญในการได้งานที่มีความมั่นคงและให้ค่าตอบแทนสูง ด้วยเหตุนี้ สถานะทางเศรษฐกิจของผู้ที่มีบุตรตั้งแต่ยังวัยรุ่นจึงมีแนวโน้มไม่ค่อยดีนัก

ในด้านผลกระทบเชิงลบทางด้านสังคม Leslie & Didben (2004) กล่าวว่าการพัฒนาทางด้านอารมณ์และความรู้สึกที่ยังไม่สมบูรณ์ของวัยรุ่นเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งผลให้ชีวิตคู่ต้องจบลง ทำให้เด็กที่เกิดจากวัยรุ่นต้องเติบโตในครอบครัวพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว อาจทำให้เกิดความเปราะบางกับเด็กที่เกิดมาได้ ขวัญตา และจิตตินันท์ (2553) พบว่าวัยรุ่นหญิงที่ตั้งครรภ์มักอาศัยอยู่กับครอบครัวเดิมของตน และวัยรุ่นชายมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลเด็กที่เกิดมาน้อยมาก นอกจากนั้น ข้อจำกัดทางการศึกษาทำให้วัยรุ่นที่กลายเป็นพ่อแม่ไม่สามารถหางานที่มั่นคงทำได้ ความกดดันทางเศรษฐกิจทำให้เกิดความตึงเครียดในครอบครัว นำไปสู่ความขัดแย้ง และการใช้สารเสพติด การดื่มแอลกอฮอล์ และการเล่นการพนัน อีกทั้งพบว่าแม่วัยรุ่นยังมีแนวโน้มที่จะรู้สึกเบื่อ เหงา หรือซึมเศร้าด้วย

ข้อค้นพบของ ขวัญตา และจิตตินันท์ (2553) สอดคล้องกับข้อค้นพบของ เนตรชนก (2555) ที่ทำการศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ พบว่าวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ต้องเผชิญกับปัจจัยหลายๆ ปัจจัยที่นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ 1) ปัจจัยกระตุ้น เช่น ความเครียด ความกังวล ความกลัว เป็นต้น 2) ปัจจัยเสี่ยงส่วนบุคคล เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าของตัวเองในวัยรุ่น และ 3) ปัจจัยทางสภาพแวดล้อมทางสังคม เช่น สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น ในขณะที่ Leslie & Dibden (2004) ให้เหตุผลว่า การพัฒนาทางด้านอารมณ์และความรู้สึก (psychological development) ที่ยังไม่สมบูรณ์ในวัยรุ่น ทำให้วัยรุ่นมักจะยึดความคิดของตัวเองเป็นที่ตั้ง และต้องการความสนใจจากคนรอบข้าง แต่เมื่อวัยรุ่นมีบุตร ทำให้ความสนใจจากคนรอบข้างกลับมีแนวโน้มมุ่งไปที่บุตรของตน อาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ไม่พอใจ หรืออาจรุนแรงถึงขั้นที่วัยรุ่นต้องหันไปพึ่งพาล้างเสฟติด แอลกอฮอล์ หรือบุหรี่ได้ (Leslie & Dibden, 2004)

ส่วน Hobcraft & Kiernan (2001) ได้ศึกษาว่าอายุเมื่อมีบุตรคนแรกมีความสัมพันธ์กับผลสัมฤทธิ์ในชีวิตของวัยรุ่นในอนาคต มากกว่าความยากจนในวัยเด็กซึ่งเป็นปัจจัยทางสภาพแวดล้อม อย่างไรก็ตาม ปัจจัยเรื่องความยากจนในวัยเด็กจะส่งเสริมให้เกิดผลกระทบที่มีความรุนแรงขึ้น และพบว่าวัยรุ่นเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะเผชิญกับข้อจำกัดทางโอกาสในด้านต่างๆ มากกว่าวัยรุ่นเพศชาย

ถึงแม้ข้อค้นพบของงานวิจัยส่วนใหญ่จะเห็นพ้องต้องกันว่า การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่งผลกระทบต่อวัยรุ่น ครอบครัว และเด็กที่เกิดมา แต่ยังมีงานวิจัยบางชิ้นที่ให้ข้อค้นพบที่แตกต่างออกไป ตัวอย่างเช่น

งานวิจัยของ Hoffman, 1998 และ Rosengard et al., 2006 โดย Hoffman (1998) ได้แย้งว่าผลกระทบเกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์ และ/หรือการเป็นพ่อแม่ในวัยรุ่นนั้นไม่มีอยู่จริง Hoffman ยังได้อ้างถึงงานวิจัยอีกหลายงานที่พบว่าชีวิตความเป็นอยู่ของวัยรุ่นไม่ได้แยลงจากเดิมเมื่อกลายเป็นพ่อแม่ และมีความเป็นไปได้ที่วัยรุ่นจะมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ดังนั้นจึงสรุปแบบเหมารวมไม่ได้ว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นมีเพียงลักษณะและทิศทางเดียว เนื่องจากไม่มีหลักฐานที่เข้มแข็งพอ และการคาดประมาณต่ำกว่าความเป็นจริง ซึ่งอาจเกิดจากอคติต่างๆ ก็เป็นไปได้ ข้อค้นพบของ Rosengard et al. (2006) สนับสนุนว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมิได้มีแต่ข้อเสียเท่านั้น แต่ยังมีข้อดีในหลายด้านอีกด้วย เช่น ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความใกล้ชิดกันมากขึ้น วัยรุ่นเปลี่ยนแปลงตนเองไปในทางที่ดีขึ้น และการมีบุตรในวัยรุ่นยังเป็นช่วงเวลาที่ย่างกายแข็งแรง การมีบุตรตอนวัยรุ่นจึงอาจช่วยลดความกังวลเรื่องการเจริญพันธุ์ในอนาคตได้ ส่วนข้อเสียของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่เขาค้นพบนั้นมีความสอดคล้องกับงานวิจัยอื่นๆ ที่กล่าวไปแล้วข้างต้น

นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยที่ค้นพบว่าความสนับสนุนทางสังคม (Social Support) สามารถบรรเทาความรุนแรงของผลกระทบทางลบที่เกิดจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยพบว่าระดับความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนั้นขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมทางสังคม และระดับความรุนแรงนี้จะบรรเทาลงได้หากมีความสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (Turner, Grindstaff, & Phillips, 1990; Robson & Berthoud, 2003; Nath, Borowski, Whitman, & Schellenbach, 1991)

ระเบียบวิธีวิจัย

บทความนี้ใช้ข้อมูลจากโครงการวิจัยย่อย “ผลกระทบต่อครอบครัวเมื่อวัยรุ่นกลายเป็นพ่อแม่” ภายใต้โครงการการจัดการการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในระดับตำบล ซึ่งดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพผ่านการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกในวัยรุ่นที่กลายเป็นพ่อแม่และครอบครัว โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ใช้คำถามปลายเปิดกึ่งโครงสร้าง ทำการเก็บข้อมูลเมื่อเดือนกุมภาพันธ์-สิงหาคม พ.ศ. 2557 กลุ่มตัวอย่างคือครอบครัวที่มีบุตรเป็นวัยรุ่นหญิงที่มีบุตรคนแรกเมื่ออายุน้อยกว่า 20 ปีบริบูรณ์ และมีอายุระหว่าง 18-35 ปีบริบูรณ์ ณ เวลาเก็บข้อมูล และทำการสนทนากลุ่มกับกลุ่มตัวอย่างทั้งครอบครัวก่อนที่จะทำการสัมภาษณ์เชิงลึกวัยรุ่นหญิง พ่อแม่หรือผู้ปกครอง และวัยรุ่นชายที่เป็นคู่ของวัยรุ่นหญิง ทำการเก็บข้อมูลใน 3 พื้นที่ คือ พื้นที่เมือง ได้แก่ กรุงเทพมหานคร พื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท ได้แก่ ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม และพื้นที่ชนบท ได้แก่ อำเภอโพธิ์ทอง และตำบลลาดกระวด อำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง

ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกได้ถูกนำมาถอดเทป และบทสนทนาได้ถูกนำมาวิเคราะห์โดยการลงรหัส (coding) ประเด็นย่อยสำคัญๆ (sub-themes) ที่ถูกกล่าวถึงบ่อยครั้งในระหว่างการสนทนาและการสัมภาษณ์ แล้วนำมาจัดกลุ่ม (category) เป็นประเด็นหลัก นอกจากนี้ บทความนี้ยังได้ทบทวนเอกสารในการศึกษาครอบครัวและแนวคิด รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอีกด้วย

ข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์ในบทความนี้เป็นข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกวัยรุ่นหญิงเท่านั้น การสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นการเปิดโอกาสให้วัยรุ่นหญิงได้เล่าประสบการณ์เมื่อตนเองกลายเป็นพ่อแม่ว่าเป็นอย่างไร และมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรเกิดขึ้นต่อตนเอง ครอบครัว คู่ครอง และครอบครัวข้างข้าง ทำให้ได้ข้อมูลเชิงลึก

ที่สะท้อนถึงการเปลี่ยนผ่านของชีวิต รวมถึงบทบาทที่เปลี่ยนไปของวัยรุ่นที่ต้องกลายมาเป็นพ่อแม่ และวิธีการจัดการและรับมือกับการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้น อย่างไรก็ตาม การศึกษาในเชิงคุณภาพมีข้อจำกัด คือ ผลการศึกษาไม่ได้สะท้อนถึงสิ่งที่เกิดกับแม่วัยรุ่นโดยรวมทั้งหมด เนื่องจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลไม่ได้เป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรวัยรุ่นหญิงทั้งหมด

ผลการศึกษา

- **ข้อมูลทางประชากรของกลุ่มที่ทำการศึกษา**

กลุ่มประชากรที่ศึกษาในบทความนี้คือวัยรุ่นหญิงที่มีบุตรคนแรกเมื่ออายุน้อยกว่า 20 ปีบริบูรณ์และมีอายุระหว่าง 18-35 ปีบริบูรณ์ ณ เวลาเก็บข้อมูล ซึ่งอาศัยอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานครจำนวน 10 คน ตำบลคาลายา จังหวัดนครปฐม จำนวน 10 คน และอำเภอโพธิ์ทอง และตำบลลาดกระวด อำเภอเมืองจังหวัดอ่างทองอีก จำนวน 10 คน รวมทั้งสิ้น 30 คน

วัยรุ่นหญิงส่วนใหญ่ที่เข้าร่วมวิจัยมีบุตรคนแรกเมื่ออายุระหว่าง 15-19 ปี กล่าวคือ ร้อยละ 37 มีบุตรคนแรกเมื่ออายุ 17 ปี ส่วนที่มีบุตรคนแรกเมื่ออายุ มีร้อยละ 20 มีบุตรคนแรกเมื่ออายุ 16 ปี มีร้อยละ 17 มีบุตรคนแรกเมื่ออายุ 15 ปี มีร้อยละ 13 และ มีบุตรคนแรกเมื่ออายุ 19 ปี มีร้อยละ 13 เช่นเดียวกัน

ในด้านสถานภาพทางการสมรสพบว่า มีคู่ครองที่อยู่กินกันฉันสามีภรรยา แยกทางกับคู่ครองร้อยละ 13 และมีสถานภาพสมรสคือจดทะเบียนสมรส เพียงร้อยละ 7 เท่านั้น นอกจากนี้ยังมีข้อสังเกตว่า ในบรรดาผู้ที่มีคู่ครองที่อยู่กินกันฉันสามีภรรยาแล้วนั้น ร้อยละ 29 เป็นคู่ครองคนใหม่ โดยบุตรเป็นของคู่ครองคนเดิม

ในด้านวุฒิการศึกษาพบว่า ร้อยละ 60 มีวุฒิการศึกษาในระดับมัธยมต้น และร้อยละ 30 มีวุฒิการศึกษาในระดับประถมศึกษาเท่านั้น ส่วนที่เหลือคือมีวุฒิ ปวช. ปวส. และมีมัธยมปลาย และอีกร้อยละ 7 กำลังศึกษาอยู่ คือกลับไปเรียนหนังสือต่อหลังจากคลอดบุตรคนแรกแล้ว และในด้านอาชีพพบว่า ร้อยละ 77 มีงานทำ โดยส่วนใหญ่เป็นพนักงาน/ลูกจ้าง รับจ้าง และค้าขาย อีกร้อยละ 16ว่างงาน ซึ่งเหตุผลที่ว่างงานเพราะต้องเลี้ยงดูบุตร และร้อยละ 7 กำลังศึกษาต่อ โดยสามารถกลับไปเรียนต่อได้เพราะพ่อแม่หรือผู้ปกครองช่วยเหลือเลี้ยงดูบุตรให้

- **ผลกระทบต่อชีวิตวัยรุ่นเมื่อต้องเป็นพ่อแม่**

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า เมื่อวัยรุ่นหญิงกลายเป็นแม่แล้วได้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อตัววัยรุ่นเองอย่างมาก ผลกระทบที่เกิดขึ้นสามารถแบ่งออกเป็น 3 ด้านหลักๆ คือ 1. ผลกระทบทางด้านจิตใจ 2. ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ และ 3. ผลกระทบทางด้านสังคม โดยมีรายละเอียดดังนี้

(1) ผลกระทบทางด้านจิตใจ

เมื่อรู้ว่าตนเองตั้งครรภ์หรือกำลังจะเป็นแม่ วัยรุ่นหญิงส่วนใหญ่รู้สึกตกใจ กังวลใจ และกลัว จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า วัยรุ่นหญิงส่วนใหญ่กังวลใจเนื่องจากเกรงว่าจะทำให้พ่อแม่ของตนเสียใจ นอกจากนี้ยังกลัวการมีบุตร และพบว่าวัยรุ่นหญิงส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลและเครียดอีกด้วย

“เครียด มันอึ้งไปแบบหนึ่ง แต่ไม่ได้ร้องไห้ ก็กะอยู่แล้วว่ามันต้องท้อง กลัวคะ กลัวเขา (พ่อแม่) ด่า เครียดอะคะ แล้วแบบหนูเป็นคนคิดมากด้วย (เวลาคนนินทาที่โรงเรียน)”

(แม่วัยรุ่นรายหนึ่งใน จ.อ่างทอง มีบุตรคนแรกเมื่ออายุ 17 ปี
ณ เวลาสัมภาษณ์ อายุ 18 ปี)

“กังวล กลัว แล้วที่นี้หนูคิดว่าจะบอกแต่ไม่กล้า แล้วถ้าบอกไปเขาจะให้ไปเอาออกตอน 5 เดือน 6 เดือน คิดเองคะ หนูนั่งคิด หนูก็เครียด ไม่รู้จะทำอย่างไร [...] หนูก็ร้อง ตอนนั้นไม่อยากจะอยากจะไปทั้งแม่ทั้งลูก เหมือนสร้างความลำบากให้เขาอะ ก็คิดไว้หลายแง่เหมือนกัน คิดว่าจะกินยาตายบ้าง หนูคิดไปหมดเลยนะ ก็ไม่อยากจะสร้างภาระให้เขา ให้เขาอับอายก็ไม่อยากจะอยู่”

(แม่วัยรุ่นรายหนึ่งใน จ.อ่างทอง มีบุตรคนแรกเมื่ออายุ 17 ปี
ณ เวลาสัมภาษณ์ อายุ 18 ปี)

“กลัวทุกอย่างเลย ไม่กล้าบอกพ่อ กลัวพ่อแม่เสียใจ คือเราก็ไม่รู้ว่าจะต้องทำอย่างไรต่อไป คือไม่รู้เลย กังวล กลัว กลัวพ่อแม่เสียใจ เรารู้สึกผิด ไม่รู้จะทำอย่างไร”

(แม่วัยรุ่นรายหนึ่งใน ต.ศาลายา มีบุตรคนแรกเมื่ออายุ 19 ปี
ณ เวลาสัมภาษณ์ อายุ 30 ปี)

และเมื่อตัดสินใจบอกพ่อแม่เรื่องการตั้งครรภ์ ความรู้สึกที่ตามมาคือความเสียใจ เนื่องจากทำให้พ่อแม่ของตนเสียใจ

“เสียใจ เสียใจเพราะว่าทำให้พ่อแม่เสียใจ [...] ตัวเองนะไม่เสียใจ เพราะเป็นคนที่ไม่สนใจคำพูดใคร แต่ที่เสียใจเพราะว่าพ่อแม่ คนนั้นพูด คนนี้พูด แต่ก็ไม่ได้ยินจากคนที่พูดหรอก เขามาเล่าให้ฟัง พ่อแม่เขามาบอกว่าคนนั้นพูดว่าลูกเป็นอย่างนั้น เป็นอย่างนี้”

(แม่วัยรุ่นรายหนึ่งใน ต.ศาลายา มีบุตรคนแรกเมื่ออายุ 19 ปี
ณ เวลาสัมภาษณ์ อายุ 30 ปี)

“หนูรู้สึกเสียใจ เราทำให้พ่อเสียใจ สำนึกนะ”

(แม่วัยรุ่นรายหนึ่งใน ต.ศาลายา มีบุตรคนแรกเมื่ออายุ 16 ปี
ณ เวลาสัมภาษณ์ อายุ 20 ปี)

“ก็ยังรู้สึกเสียใจนะที่ทำให้เขาเสียใจแบบนี้ แล้วก็นึกถึงเรา ลูกเราเลย ถ้าลูกเราทำผิด ลูกเราทำแบบนี้ก็ใจจะขาดเหมือนกัน”

(แม่วัยรุ่นรายหนึ่งใน จ.อ่างทอง มีบุตรคนแรกเมื่ออายุ 17 ปี
ณ เวลาสัมภาษณ์ อายุ 18 ปี)

อย่างไรก็ตาม เมื่อคลอดบุตรแล้ว วัยรุ่นหญิงระบุว่ามีความรู้สึกดีใจ และมีความสุขที่มีบุตร มีความรักครอบครัวมากขึ้น บางคนกล่าวว่ารู้สึกว่าคุณเองมีความเป็นผู้ใหญ่และมีความรับผิดชอบมากขึ้น และมองว่าเป็นผลกระทบเชิงบวกที่เกิดขึ้นจากการที่กลายเป็นพ่อแม่ นอกจากนี้ยังมีความนึกถึงครอบครัวก่อนความต้องการของตนเองอีกด้วย

“หนูว่าหนูโตขึ้น โตขึ้นเยอะเลย เพราะรับผิดชอบงานได้เยอะมาก เมื่อก่อนแบบว่าทำอะไรก็เป็น เล่นไปหมด แต่เวลามีเจ้าตัวเล็กมาก็นึกถึงเขาก่อนเป็นคนแรก”

(แม่วัยรุ่นรายหนึ่งใน จ.อ่างทอง มีบุตรคนแรกเมื่ออายุ 17 ปี
ณ เวลาสัมภาษณ์ อายุ 18 ปี)

“เปลี่ยนค่ะ จากมีชีวิตอิสระก็มีหน้าที่คอยดูแลรับผิดชอบ”

(แม่วัยรุ่นรายหนึ่งใน ต.ศาลายา มีบุตรคนแรกเมื่ออายุ 17 ปี
ณ เวลาสัมภาษณ์ อายุ 26 ปี)

(2) ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและการเงิน

เมื่อวัยรุ่นหญิงต้องกลายมาเป็นแม่ ผลกระทบที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจนคือผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและการเงิน จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าวัยรุ่นหญิงส่วนใหญ่ต้องหยุดเรียนกลางคันหรือลาออกจากโรงเรียนเมื่อมีวุฒิการศึกษาต่ำ งานที่สามารถทำได้จึงเป็นงานที่มีรายได้น้อยและไม่มั่นคง เช่น อาชีพรับจ้าง หรือค้าขาย เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่ามีวัยรุ่นว่างงานจำนวนหนึ่ง ครอบครัวของวัยรุ่นหญิงที่กลายมาเป็นแม่หรือครอบครัวของคู่ของวัยรุ่นหญิงที่กลายมาเป็นแม่จำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือในด้านการเงิน บางครอบครัวต้องกู้ยืมเงินจากแหล่งเงินกู้นอกระบบ ตัวอย่างบทสนทนาและบทสัมภาษณ์ที่สะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้น เช่น

“ตอนจะต้องเตรียมของ (ค่านม ลูกเข้าเรียน) ก็ต้องขายทองเลยค่ะ ขายทองหมดเงินไปซื้อ เพราะว่าช่วงนั้นแฟนหนูก็ไม่ได้ทำงาน เป็นทหาร”

(แม่วัยรุ่นรายหนึ่งใน จ.อ่างทอง มีบุตรคนแรกเมื่ออายุ 17 ปี
ณ เวลาสัมภาษณ์ อายุ 18 ปี)

“ก็มีใช้จ่าย แต่ก็คือว่าไม่ได้มีใช้จ่ายแบบเหลือเฟือ ก็พอมีบ้างไม่มีบ้าง [...] ต้องการเงิน ส่วนใหญ่ก็คอยไปรับไปส่งเกี่ยวกับลูกเรา เราก็ต้องคอยบริหารให้ดี ปัจจัยที่สำคัญคือเงิน ไม่มีเงินเราก็เลี้ยงไม่ไหว แต่เราก็เลี้ยงมาจนโตนะ [...] (กรณีลูกป่วยบ่อยๆ) ไม่เสียค่าโรงพยาบาลก็จริง แต่ค่าใช้จ่ายเราก็เยอะนะเดินทางนะ”

(แม่วัยรุ่นรายหนึ่งใน ต.ศาลายา มีบุตรคนแรกเมื่ออายุ 17 ปี
ณ เวลาสัมภาษณ์ อายุ 26 ปี)

“ตั้งแต่มาคบกันแล้วก็มีลูกจนปัจจุบันนี้ เมื่อก่อนก็คือว่าเราจะไม่เคยทำงาน จะมีเงินใช้ตลอด แต่พอเรามีลูกมีครอบครัว ก็จะมีขัดสนบ้าง”

(แม่วัยรุ่นรายหนึ่งใน ต.ศาลายา มีบุตรคนแรกเมื่ออายุ 16 ปี
ณ เวลาสัมภาษณ์ อายุ 22 ปี)

“มีค่านม ค่าแพมเพิร์ส ลูกเราก็เลี้ยงเอง บางทีถ้าลูกไม่กวน เราก็ร้อยมาลัยเสริม ก็ยังได้กินได้ใช้ตรงนั้น... ก็เก็บนะ แต่ว่าได้ออกหมด ไม่เคยเก็บเป็นก้อนสักที มันมีรถส่งรถซ่อมรถหมดเวลารถพัง เงินที่เก็บไม่พอก็ต้องยืม ยืมพ่อแม่กับกู้ธนาคาร”

(แม่วัยรุ่นรายหนึ่งในกรุงเทพฯ มีบุตรคนแรกเมื่ออายุ 19 ปี
ณ เวลาสัมภาษณ์ อายุ 32 ปี)

(3) ผลกระทบทางด้านสังคม

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้นแล้ว แม่วัยรุ่นส่วนใหญ่จะหยุดเรียนกลางคันหรือลาออกจากโรงเรียนเมื่อตั้งครรภ์ เมื่อคลอดบุตรแล้วมีแนวโน้มที่จะกลับไปเรียนหนังสือต่อน้อย โดยจากการสัมภาษณ์พบว่าแม่วัยรุ่นหญิงเพียงร้อยละ 7 เท่านั้นที่กลับไปเรียนต่อ ทั้งในระบบที่เป็นทางการและระบบที่ไม่เป็นทางการ เช่น การศึกษาออกโรงเรียน และโรงเรียนตามอัธยาศัย เป็นต้น สาเหตุที่วัยรุ่นหญิงส่วนใหญ่ไม่สามารถกลับไปเรียนต่อได้นั้น เนื่องจากต้องเลี้ยงดูบุตรและต้องหางานทำ นอกจากนี้ แม่วัยรุ่นยังมีทรัพยากรที่จำกัด คือ เงินและเวลา ทำให้ไม่สามารถกลับไปเรียนหนังสือต่อได้ โดยจากบทสนทนา มีแม่วัยรุ่นจำนวนหนึ่งแสดงความคิดเห็นว่า การกลับไปเรียนหนังสือมีค่าใช้จ่าย เช่น การทำรายงานซึ่งต้องใช้คอมพิวเตอร์ เป็นต้น

“เขาก็เปิดโอกาสให้หนูเรียน แต่สรุปมันไม่ใช่ [...] ก็พยายามอยู่ แต่ว่าไม่ค่อยมีเวลาไปทำรายงาน เพราะว่าต้องทำงานด้วย [...] มันไม่ใช่ว่าเป็นที่ลูกทรอกคะ เพราะว่าเวลาเรียนเราต้องทำรายงาน หนูว่ามันน่าจะเป็นเรื่องเงินมากกว่า เวลาเราทำรายงานอะไรแบบนี้ เราก็ต้องไปจ้างเขา เราไม่มีเวลาทำเอง ทำเองไม่ไหวหรอก พ่อขายของเสร็จหนูก็ต้องขับรถไปที่อ่างทอง ไปซื้อของ ร้านเน็ตอะมี แต่หนูไม่มีเวลาไปนั่งหา”

(แม่วัยรุ่นรายหนึ่งใน จ.อ่างทอง มีบุตรคนแรกเมื่ออายุ 17 ปี
ณ เวลาสัมภาษณ์ อายุ 18 ปี)

แม้ว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่จะใช้ชีวิตอยู่กับคู่/สามี แต่ก็มีแม่วัยรุ่นจำนวนมากพอสมควรที่แยกทางกับคู่หรือมีคู่ใหม่ ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความไม่มั่นคงเรื่องความสัมพันธ์ในครอบครัววัยรุ่น นอกจากนี้ยังพบว่าวัยรุ่นหญิงที่กลายเป็นแม่พบปะสังสรรค์กับเพื่อนวัยเดียวกันน้อยลง และมีอิสระในชีวิตน้อยลง ไม่สามารถออกไปธุระหรือท่องเที่ยวกับเพื่อนๆ ได้เหมือนวัยรุ่นหญิงคนอื่นๆ

“ตอนท้องเพื่อนก็เรียน ไม่ค่อยได้มีเวลาคุยกันเท่าไร แล้วเพื่อนที่สนิทๆ กันก็ไปทำงาน ไปอยู่ที่อื่นเลย ย้ายที่อยู่ [...] ตอนแรกๆ หนูก็ไม่ค่อยมาอยู่กับแม่ จะอยู่กับทางนั้น และพอตอนนี้หนูก็อยู่กับแม่เพราะหนูคิดว่าอยู่กับแม่สบายใจกว่า”

(แม่วัยรุ่นรายหนึ่งใน จ.อ่างทอง มีบุตรคนแรกเมื่ออายุ 17 ปี
ณ เวลาสัมภาษณ์ อายุ 18 ปี)

“ตั้งแต่มีลูกหนูก็ไม่ค่อยออกไปไหน บางทีถ้าออกไปก็ออกไปกันเป็นครอบครัว ถ้าไปหาเพื่อนสังสรรค์กับเพื่อนก็ไม่เคย”

(แม่วัยรุ่นรายหนึ่งใน ต. ศาลายา มีบุตรคนแรกเมื่ออายุ 16 ปี
ณ เวลาสัมภาษณ์ อายุ 22 ปี)

“ปกติเรียนเสร็จก็แวะเที่ยว ค่อยกลับบ้าน เกี่ยวกับเพื่อน กินอะไรอย่างนี้ แต่ตอนนี้มันเรียนเสร็จเราก็อยากกลับบ้านแล้ว ไม่อยากไปไหนแล้ว คือเราก็อยากกลับบ้าน กลับมาหาเขาก็กลับอย่างปกติทุกวันเลิกเรียน 3 โมงก็กลับบ้านๆ ตลอด ก็ไม่ได้ไปไหนค่ะพี่ นานๆ จะไปแต่ก็ไปกับแฟนไปกับลูก ไปกับครอบครัวแฟนไร้อะไร ก็คือไม่ได้ไปกับเพื่อน”

(แม่วัยรุ่นรายหนึ่งใน ต. ศาลายา มีบุตรคนแรกเมื่ออายุ 16 ปี
ณ เวลาสัมภาษณ์ อายุ 17 ปี)

อย่างไรก็ตาม แม่วัยรุ่นส่วนหนึ่งได้สะท้อนว่าการที่ตนต้องกลายมาเป็นแม่ในวัยรุ่นนั้น ทำให้ตนได้ใช้เวลากับครอบครัวเดิมของตนมากขึ้น คิดถึงครอบครัวเดิมมากขึ้น และมีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว (พ่อแม่) มากขึ้น

“รู้สึกว่าจะสนิทกับแม่กับพ่อมากขึ้น จะสนิทกับคนในครอบครัวมากขึ้น ตั้งแต่เรามีลูก”

(แม่วัยรุ่นรายหนึ่งใน ต.ศาลายา มีบุตรคนแรกเมื่ออายุ 16 ปี
ณ เวลาสัมภาษณ์ อายุ 17 ปี)

“รัก (แม่) มากกว่าเดิม เพราะว่าตลอดมาก็เจ็บ รู้ว่าแม่เจ็บ แล้วก็ลูกตลอดอยากมาก เจ็บ 3 วัน 3 คืนนะกว่าจะคลอดได้แต่ละคน”

(แม่วัยรุ่นรายหนึ่งใน ต.ศาลายา มีบุตรคนแรกเมื่ออายุ 17 ปี
ณ เวลาสัมภาษณ์ อายุ 26 ปี)

ผลกระทบทางสังคมอีกด้านหนึ่ง คือ การถูกติฉินนินทาจากเพื่อนบ้านหรือคนในชุมชน กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษากล่าวว่า เมื่อวัยรุ่นในชุมชนตั้งครรภ์ก็就会被พูดถึงในทางที่ไม่ดี มีการวิพากษ์วิจารณ์ในหมู่เพื่อนบ้านหรือคนในชุมชน ตัวอย่างคำพูดที่แสดงถึงผลกระทบในด้านนี้ เช่น

“แล้วแถวบ้านหนูไม่เหมือนแถวบ้านอื่น คือ ใครท้องนิดนึ่งก็ประกาศทั่วโลกแล้ว ก็ไม่รู้จะเริ่มตรงไหน”

(แม่วัยรุ่นรายหนึ่งในกรุงเทพฯ มีบุตรคนแรกเมื่ออายุ 18 ปี
ณ เวลาสัมภาษณ์ อายุ 22 ปี)

“ชุมชนนี้มันก็มีเหมือนกับว่าเห็นกับคบกันมานี้ท้อง แล้วนิินทาให้เราไต่ยีนนี้แหละ”

(แม่วัยรุ่นรายหนึ่งในกรุงเทพฯ มีบุตรคนแรกเมื่ออายุ 19 ปี
ณ เวลาสัมภาษณ์ อายุ 32 ปี)

อภิปรายผลการศึกษา

ตามที่ Erik Erikson ได้กล่าวไว้ในทฤษฎีการพัฒนาด้านจิตสังคมว่า การค้นหาตัวตนหรืออัตลักษณ์ของตนเองเป็นสิ่งสำคัญของวัยรุ่น ซึ่งอาจมีความยากลำบากในการทำความเข้าใจตัวตนและกำหนดทิศทางชีวิตในอนาคตของตัวเอง วัยรุ่นอาจเกิดความสับสนขึ้นได้ในช่วงนี้ (McLeod, 2013) กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาล้วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย ซึ่งเป็นวัยที่กำลังค้นหาอัตลักษณ์ของตนเองโดยเฉพาะอัตลักษณ์ทางเพศ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าวัยรุ่นหญิงส่วนใหญ่มีความสนใจในเพศตรงข้าม และเริ่มมีความอยากรู้อยากลองในเรื่องเพศจนนำไปสู่การตั้งครรรภ์ เนื่องจากมีความรู้ไม่เพียงพอในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย รวมถึงบางรายมีอำนาจในการต่อรองน้อยในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยหรือการปฏิเสธที่จะไม่มีเพศสัมพันธ์ ทั้งนี้อาจเกิดจากความไม่มั่นใจในอัตลักษณ์ของตนเองก็เป็นได้

การเป็นพ่อแม่เป็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในชีวิต และการเปลี่ยนแปลงนี้เป็นเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดมาก่อนและส่งผลกระทบต่อชีวิตวัยรุ่นและอนาคตของวัยรุ่นในหลายๆ มิติดังที่ Schlossberg (1981) ได้กล่าวไว้เกี่ยวกับทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าเหตุการณ์ที่วัยรุ่นหญิงกลายเป็นแม่นั้น ส่งผลกระทบต่อวัยรุ่นหญิงทั้งทางด้านจิตใจ ทางด้านสังคม และทางด้านเศรษฐกิจ และการเงิน ซึ่งจะเห็นได้ว่าผลกระทบที่เกิดเหตุการณ์นั้นเริ่มตั้งแต่เมื่อวัยรุ่นหญิงรู้ว่าตนกำลังตั้งครรรภ์ ผลกระทบเหล่านี้สร้างความยากลำบากให้กับวัยรุ่นหญิงที่กลายมาเป็นแม่ รวมถึงครอบครัวของพ่อแม่วัยรุ่นด้วย และจากผลการศึกษาจะเห็นว่าผลกระทบในแต่ละมิติมีความเชื่อมโยงกัน กล่าวคือ ผลกระทบในด้านสังคม คือ เรื่องวุฒิการศึกษาที่ไม่สูงนักเป็นอุปสรรคสำคัญในการหาอาชีพที่ให้ผลตอบแทนสูงและมีความมั่นคง เกิดเป็นผลกระทบในเชิงเศรษฐกิจและการเงิน นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดความเครียดหรือวิตกกังวล เป็นผลกระทบทางด้านจิตใจได้

อย่างไรก็ตาม นอกเหนือจากผลกระทบในด้านลบที่กล่าวมาแล้ว ยังพบว่าการตั้งครรรภ์ในวัยรุ่นยังมีผลกระทบในด้านบวกอยู่บ้าง เช่น การที่วัยรุ่นมีบุตรเร็วทำให้มีการพัฒนาเรื่องความรับผิดชอบและความสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่ดีขึ้น นอกจากนี้ ผลการศึกษายังแสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นหญิงสามารถรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ และเมื่อเวลาผ่านไป วัยรุ่นหญิงเหล่านั้นสามารถปรับตัวให้เข้ากับบทบาทใหม่ในฐานะแม่ได้อย่างเหมาะสม

นอกจากนี้ ครอบครัวและคนรอบข้างมีส่วนสำคัญในการบรรเทาความรุนแรงของผลกระทบในเชิงลบที่เกิดขึ้นได้ โดยจากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ครอบครัวเข้ามาสนับสนุนแม่วัยรุ่นทั้งทางด้านจิตใจ (ให้คำปรึกษาและกำลังใจ) ด้านการเงินและเศรษฐกิจ (ค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตร) และด้านสังคม (เปิดโอกาสให้วัยรุ่นกลับไปเรียนหนังสือต่อ หรือช่วยหางานให้ทำ) ซึ่งมีส่วนช่วยในการรับมือกับการเปลี่ยนผ่านสู่การเปลี่ยนแปลง และผลกระทบที่เกิดขึ้น ทำให้แม่วัยรุ่นสามารถปรับตัวกับบทบาทใหม่ได้

บทสรุป

แม้ว่าการตั้งครรภ์และการเป็นแม่ตอนวัยรุ่นจะไม่ใช่ที่ยอมรับ และส่งผลกระทบทางด้านลบอย่างชัดเจนในด้านเศรษฐกิจและการเงิน ด้านสังคม และด้านจิตใจ โดยเฉพาะในช่วงแรกของการเปลี่ยนผ่านคือตั้งแต่วัยรุ่นหญิงเริ่มรู้ตัวว่าตั้งครรภ์ แต่เมื่อเวลาผ่านไป แม่วัยรุ่นเริ่มเรียนรู้ที่จะรับมือกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและมีการปรับตัวเพื่อรับบทบาทใหม่ในฐานะแม่ได้อย่างเหมาะสม โดยความช่วยเหลือจากครอบครัวซึ่งมีส่วนสำคัญในการบรรเทาความรุนแรงของผลกระทบทางด้านลบที่เกิดจากการตั้งครรภ์ และการเลี้ยงบุตรในวัยรุ่น ทำให้วัยรุ่นส่วนใหญ่สามารถก้าวผ่านการเปลี่ยนผ่านที่สำคัญในชีวิตได้ ทั้งเรื่องการค้นหาอัตลักษณ์และทิศทางในชีวิต และการเปลี่ยนบทบาทจากวัยรุ่น นักเรียน ลูก มาเป็นวัยรุ่นผู้ใหญ่ วัยรุ่นทำงาน และแม่

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

- ขวัญตา ตุ่มศิริภูมิ และจิตตินันท์ เดชะคุปต์. (2553). *สภาพการดำเนินชีวิตครอบครัวพ่อแม่วัยรุ่นและบริการทางสังคมสำหรับครอบครัว*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการครอบครัวศึกษา ปี 2553 “ร่วมคิด ร่วมเรียนรู้ สู้วิกฤติครอบครัวไทย” (หน้า 67-78). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- เนตรชนก แก้วจันทา. (2555). ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งครรภ์: ปัจจัย ผลกระทบ และการป้องกัน. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 35(1): 83-90.
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน ปี 2558*. ค้นเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2560. จาก http://rh.anamai.moph.go.th/download/all_file/inex/สถานการณ์RH2558_Newupdate.pdf

ภาษาอังกฤษ

- Hobcraft, John, & Kiernan, Kathleen. (2001). Childhood poverty, early motherhood and adult social exclusion. *British Journal of Sociology*, 52(3): 495-517.
- Hoffman, Saul D. (1998). Teenage childbearing is not so bad after all... Or is it? A review of the new literature. *Family Planning Perspective*, 30(5), 236-243.
- Leslie, Karen, & Dibden, Lionel. (2004). Adolescent parents and their children – The paediatrician’s role. *Paediatr Child Health*, 9(8): 561-564.
- McLeod, S. A. (2008). *Erik Erikson*. Retrieved April 28, 2017, from www.simplypsychology.org/Erik-Erikson.html
- Nath, Pamela S., Borowski, John G., Whitman, Thomas L., & Schellenbach, Cynthia J. (1991). Understanding adolescent parenting: The dimensions and functions of social support. *Family Relations*, 40(4): 411-420.
- Robson, Karen, & Berthoud, Richard. (2003). Teenage motherhood in Europe: A multi-country analysis of socioeconomic outcomes. *Oxford Journal*, 19(5), 451-466.
- Rosengard, Cynthia, Pollock, Leah, Weitzen, Sherry, Meers, Ann, & Phipps, Maureen G. (2006). Concepts of the advantages and disadvantages of teenage childbearing among pregnant adolescents: A qualitative analysis. *Pediatrics*, 118(2), 503-510.
- Schlossberg, Nancy K. (1981). A model of analyzing human adaptation to transition. *The Counseling Psychologist*, 9(2): 1-18.
- Turner, R. Jay, Grindstaff, Carl F., & Phillips, Norman. (1990). Social support and outcome in teenage pregnancy. *Journal of Health and Social Behavior*, 31(1), 43-57.
- Unicef. (2008). *Fact Sheet: Young People and Family Planning: Teenage Pregnancy*. Retrieved April 28, 2017, from https://www.unicef.org/malaysia/Teenage_Pregnancies_-_Overview.pdf
- Wilcox, Brian, & Vernberg, Eric. (1985). Conceptual and theoretical dilemmas facing social support research. In Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (ed.). *Social Support: Theory, Research and Applications* (pp. 3-20). Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishers.
- World Health Organization [WHO]. (2004). *Adolescent Pregnancy: Issues in Adolescent Health and Development*. Geneva: World Health Organization.



ส่วนที่สาม:
‘เพศ’
เป็นเรื่องของคนทุกวัย





ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันพฤติกรรม ก่อนการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นตอนต้น

Risk and Protective Factors for Pre-sexual Behaviors among Early Adolescents

อรทัย หรรษาพรพานิช*, อภิชาติ จำรัสฤทธิ์รงค์**, อุมาภรณ์ ภัทรวาณิช***, สุรีย์พร พันพื้ง****,
พจนนา หันจางสิทธิ์*****, อีรนงค์ สกุลศรี*****, และกัญญา อภิพรชัยสกุล*****

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมก่อนการมีเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาอื่นๆ ของเด็กวัยรุ่นตอนต้น รวมทั้งศึกษาปัจจัยด้านครอบครัว การเลี้ยงดู การคบเพื่อน และปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก่อนการมีเพศสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนอายุ 13-15 ปี ที่ศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นของ 4 จังหวัด ได้แก่ นนทบุรี เชียงราย อุตรดิตถ์ และสงขลา จำนวน 485 คน ซึ่งถูกเลือกแบบเจาะจงเพื่อเข้าร่วมโครงการ “ครอบครัวไทยในจังหวัดสำคัญต่อสุขภาพของเด็กและเยาวชน” ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้นักเรียนตอบแบบสอบถามด้วยตนเองแบบออนไลน์ที่โรงเรียน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 60 vs. ร้อยละ 40.4) อายุเฉลี่ย 13.8 ปี ประมาณ 2 ใน 3 อยู่ในครอบครัวที่มีพ่อแม่อยู่ด้วยกัน ผลการศึกษาพบว่า เด็กวัยรุ่นนี้ยังมีความผูกพันใกล้ชิดกับพ่อแม่อยู่มาก และรับรู้ถึงความห่วงใยของพ่อแม่ที่มีต่อตนเอง การสื่อสารในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นการสื่อสารในเรื่องทั่วไป ส่วนการสื่อสารเรื่องสำคัญๆ พ่อแม่มักจะพูดคุยในเรื่องเหล่านี้ บุหรี และยาเสพติด มากกว่าที่จะพูดคุยเรื่องเพศ การทดสอบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก่อนมีเพศสัมพันธ์พบว่า การรับรู้ว่ามีพ่อแม่ไม่ต้องการให้มีเพศสัมพันธ์เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการป้องกันพฤติกรรมก่อนมีเพศสัมพันธ์ ส่วนปัจจัยเสี่ยงหรือสนับสนุนพฤติกรรมก่อนมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่ การมีแฟน การดื่มเหล้า และการเข้าร่วมขับ/แข่งรถมอเตอร์ไซด์ ข้อค้นพบนี้ช่วยให้เราสามารถแยกแยะกลุ่มเป้าหมายที่เหมาะสมสำหรับการดำเนินงานป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรหรือช่วยเลื่อนระยะเวลาการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของวัยรุ่น

คำสำคัญ: วัยรุ่นตอนต้น พฤติกรรมก่อนมีเพศสัมพันธ์ ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันเพศสัมพันธ์

* นักวิชาการอิสระ

** ศาสตราจารย์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

**** รองศาสตราจารย์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

***** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

***** อาจารย์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

***** นักวิจัย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

Abstract

This research studied pre-sexual behavior and problem behaviors among early adolescents. Factors associated with pre-sexual behavior include family structure, parenting behavior, and peer influence. The sample group consisted of 385 secondary school students aged 13-15 years in four provinces of Thailand: Nonthaburi, Chiang Rai, Udon Thani and Songkhla. The sample population were participants in the Thai Family Matters Program, conducted by the Institute for Population and Social Research, Mahidol University. Respondents were asked to complete an on-line self-administered questionnaire. Respondents were more female than male (60% vs. 40%), and their mean age was 13.8 years. Approximately two-thirds of respondents were in a family with parents living together. This study indicates that adolescents still have close ties with parents and perceive their parents' concern for their well-being. Parent-child communication is usually about general topics. When communicating about potential health threats, parents were more likely to talk about alcohol and drug abuse than unprotected sex. Results from the regression analysis suggests that perception of parental disapproval of adolescent sex is the most significant protective factor for adolescent pre-sexual behaviors. Risk factors for adolescent pre-sexual behavior include having a boy/girlfriend, drinking alcohol, and going on joy rides. These research findings may help to identify an appropriate target group for intervention programs to protect or delay sexual initiation among early adolescents.

Keywords: early adolescent, pre-sexual behaviors, risk and protective factors

บทนำ

เด็กอายุ 10-14 ปี เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการก้าวเข้าสู่วัยรุ่น เราเรียกช่วงวัยนี้ว่า “วัยรุ่นตอนต้น” ในทางจิตวิทยา เด็กวัยนี้เริ่มมีความสนใจในเรื่องเพศ การเสริมสร้างทัศนคติและปลูกฝังสุขภาวะที่ดีทางเพศในช่วงวัยนี้จึงเหมาะสมเพราะจะช่วยป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร หรือส่งเสริมพฤติกรรมทางเพศที่รับผิดชอบและปลอดภัยในวัยรุ่นได้

การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสำหรับวัยรุ่น หากเริ่มต้นในช่วงอายุ 15 ปีขึ้นไปอาจสายเกินไป เพราะปัจจุบันเด็กไทยมีเพศสัมพันธ์กันเร็วขึ้น ดังจะเห็นได้จากผลการสำรวจพฤติกรรมทางเพศในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่สองใน 23 จังหวัด ของสำนักกระบวนศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2555) ที่พบสัดส่วนของนักเรียนที่มีเพศสัมพันธ์แล้วเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะนักเรียนหญิงเพิ่มขึ้นถึง 5 เท่า คือจากที่พบเพียงร้อยละ 1 ในปี พ.ศ. 2547 เพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ในปี พ.ศ. 2555 ส่วนนักเรียนชายที่มีเพศสัมพันธ์แล้ว พบสัดส่วนประมาณร้อยละ 4-5 ในช่วงเวลาเดียวกัน ในขณะที่อัตราการคุมกำเนิดโดยใช้ถุงยางอนามัยอยู่ที่ประมาณร้อยละ 50 (ร้อยละ 53 ในผู้ชาย และร้อยละ 48 ในผู้หญิง) ส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์ไม่พร้อมตามมา ซึ่งข้อมูลของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2559) พบว่าอัตราคลอดของแม่อายุต่ำกว่า 15 ปีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากอัตรา 0.6 ต่อพันคน (1,761 คน) ในปี พ.ศ. 2541 เป็น 1.7 ต่อพันคน (3,213 คน) ในปี พ.ศ. 2557

ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในเด็กวัยรุ่นต้องเริ่มดำเนินการก่อนที่เด็กจะมีเพศสัมพันธ์ หรือในช่วงที่ยังเป็นเด็กหรือวัยรุ่นตอนต้น อย่างไรก็ตาม การประเมินพฤติกรรมทางเพศของเด็กและวัยรุ่นตอนต้นเพื่อประโยชน์ในเชิงป้องกัน อาจต้องประเมินพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ (pre-sexual behavior) แทนที่จะประเมินพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ (sexual behavior) เนื่องจากความชุกของการมีเพศสัมพันธ์ในช่วงวัยนี้ยังพบได้น้อย แต่ทว่ามีความสำคัญอย่างมาก เพราะหากมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อยย่อมหมายถึงโอกาสที่จะมีคู่เพศสัมพันธ์หลายคน รวมถึงเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมตามมา

งานวิจัยหลายชิ้นระบุถึงพฤติกรรมที่เกิดก่อนการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งอาจนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ตามมา ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้เราเรียกว่า pre-sexual activities อาทิ การจับมือถือแขน การกอด การจูบ การสัมผัส หรือยอมให้สัมผัสอวัยวะบริเวณหน้าอกและส่วนล่างต่ำกว่าบั้นเอว (Jakobsen, 1997; Schwartz, 1999; Hipwell, Keenan, Loeber, & Battista, 2010) รวมถึงการมีแฟน มีงานวิจัยอย่างน้อยสองเรื่องพบว่าวัยรุ่นที่มีแฟนแล้วมีแนวโน้มที่จะมีเพศสัมพันธ์ตามมา (Manning & Giordano, 2001; Cooksey, Mott, & Nuebauer, 2002) พฤติกรรมก่อนการมีเพศสัมพันธ์ที่กล่าวมานี้ จึงน่าจะเป็นตัวชี้วัดที่เหมาะสมสำหรับการประเมินความเสี่ยงทางเพศของเด็กในช่วงวัยนี้ได้

การดำเนินโครงการป้องกันพฤติกรรมทางเพศสำหรับเด็กวัยรุ่นในช่วงวัยนี้จำเป็นต้องแยกแยะกลุ่มเป้าหมายให้ได้ว่า เด็กวัยรุ่นกลุ่มใด ลักษณะอย่างไร ครอบครัวเป็นเช่นไร มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร เพื่อจะได้ดำเนินการป้องกันได้อย่างถูกต้องกับกลุ่มเป้าหมาย งานวิจัยเรื่องนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ (pre-sexual behaviors) ของเด็กนักเรียนในช่วงอายุ 13-15 ปีที่ศึกษาอยู่ชั้นมัธยมต้นใน 4 จังหวัด ได้แก่ นนทบุรี เชียงราย อุตรดิตถ์ และสงขลา ซึ่งเข้าร่วมโครงการ

“ครอบครัวไทยในจังหวัดสำคัญต่อสุขภาพของเด็กและเยาวชน” ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล โดยศึกษาพฤติกรรมก่อนการมีเพศสัมพันธ์ในมิติของความแตกต่างทางเพศ (gender) รวมถึงศึกษาความแตกต่างของปัจจัยสถานะแวดล้อมทางครอบครัว การเลี้ยงดู และปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

แนวคิด/ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรจัดเป็นหนึ่งในหลายพฤติกรรมที่เป็นปัญหา หรือน่าห่วงกังวล (problem behaviors) ของวัยรุ่นไทย เช่นเดียวกับพฤติกรรมดื่มเหล้า สูบบุหรี่ ใช้สารเสพติด และพฤติกรรมก้าวร้าวเกร (delinquency) มีหลายทฤษฎีที่อาจนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมเหล่านี้ อาทิ ทฤษฎีการเรียนรู้ (Social Cognitive Theory) ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลและพฤติกรรมตามแผน (Theory of Reasoned Action and Planned Behaviors) ทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา (Ecological System Theory) และทฤษฎี Problem Behavior (Jessor & Jessor, 1977) ในการศึกษาขั้นนี้ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎี problem behavior เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เนื่องจากมีความเหมาะสมกับข้อมูลการวิเคราะห์และอธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรที่มีอยู่นอกจากนี้ยังตรงกับวัตถุประสงค์ของโครงการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ที่ต้องการแยกแยะหรือคัดกรองกลุ่มเป้าหมายเด็กวัยรุ่นตอนต้นเพื่อเข้าร่วมในโปรแกรมแทรกแซงสำหรับครอบครัว (family intervention) เพราะสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมที่มีโอกาสเกิดขึ้นภายหลังการทำพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งที่เราเรียกว่า transition behaviors ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการทำนายแนวโน้มพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์อื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นเมื่อวัยรุ่นตอนต้นเติบโตเข้าสู่วัยรุ่นตอนกลางและตอนปลาย ยกตัวอย่างเช่น หากเด็กช่วงวัยนี้เริ่มดื่มเหล้าหรือสูบบุหรี่ก็มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมทางเพศด้วย เป็นต้น

ทฤษฎี Problem Behavior

Problem Behavior Theory (Jessor & Jessor, 1977) ได้นำเสนอกรอบแนวคิดเพื่อทำความเข้าใจถึงปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของวัยรุ่น โดยอธิบายถึงความสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม แต่จัดกลุ่มตัวแปรออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ตัวแปรระดับบุคคล (personality) ตัวแปรด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคมและอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ครอบครัว ชุมชน เพื่อน และการรับรู้ของบุคคลต่ออิทธิพลของสิ่งแวดล้อม (perceived environment) และตัวแปรพฤติกรรมการแสดงออก (outcome behaviors) นั่นคือปัจจัยด้านสถานะแวดล้อม และการเลี้ยงดูลูกของพ่อแม่ ครอบครัวที่พ่อแม่ปล่อยปละละเลยไม่ควบคุมพฤติกรรมลูก (low parental control or support) ปล่อยให้คบเพื่อนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง แนวโน้มที่ลูกจะมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาก็คือเป็นไปได้สูง และวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงอย่างใดอย่างหนึ่งก็มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ ตามมา ดังหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ระบุว่า เด็กวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมผิดปกติ (conduct disorder) หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าว เกร ก็มักจะพบพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศร่วมด้วย (Brendgen, Wanner, & Vitaro, 2007; Kovacs, Krol, & Voti, 1994) นอกจากนี้ ข้อค้นพบจากงานวิจัยอื่นๆ ได้ระบุความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและการเลี้ยงดูของพ่อแม่ โดยเฉพาะพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ซึ่งพบว่าเกี่ยวข้องกับการไม่ควบคุมดูแลของพ่อแม่ (Feldman & Brown, 1993; Kahn, Kaplowitz, Goodman, & Emans, 2002; Raffaelli

& Crockett, 2003) ในขณะที่ข้อค้นพบของ Hops et al. (2000) และ Stueve & O'Donnell (2005) ระบุว่า การมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อยมีความเชื่อมโยงกับการดื่มเหล้าและใช้สารเสพติดของวัยรุ่น

พฤติกรรมเลี้ยงลูกของพ่อแม่ (Parenting Practices)

ถึงแม้ว่างานวิจัยในต่างประเทศหลายชิ้นระบุถึงความสัมพันธ์เชื่อมโยงของพฤติกรรมที่เป็นปัญหากับการเลี้ยงดูบุตรของพ่อแม่ โดยเฉพาะเรื่องการปล่อยปละละเลยไม่ควบคุมดูแลบุตร แต่ในเรื่องของพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นที่เชื่อมโยงกับปัจจัยด้านการเลี้ยงดูของพ่อแม่ งานวิจัยให้ข้อค้นพบที่แตกต่างกัน ทั้งพบว่ามีและไม่มีความสัมพันธ์ ยกตัวอย่างเช่น งานวิจัยของ Jaccard, Dittus, & Gordon (1996); Raffaelli & Crockett (2003) และ Upchurch, Aneshensel, Sucoff, & Levy-Storms (1999) พบว่าการขาดความอบอุ่นจากแม่ (low maternal warmth) และการเลี้ยงดูทั้งสองแบบ คือ แบบปล่อยปละละเลยและแบบเข้มงวด เป็นปัจจัยทำนายการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในเด็กวัยรุ่นหญิง

ในขณะที่งานวิจัยของ Stanton et al. (2002) กลับไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว ซึ่งเป็นไปได้ว่าข้อค้นพบที่แตกต่างกัน ขึ้นกับอายุและเพศของกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่ทำการศึกษามากกว่างานวิจัย พ่อแม่มักจะเข้มงวดกับลูกที่อายุน้อยมากกว่าลูกที่โตแล้ว และพ่อแม่มักจะเข้มงวดกวดขันพฤติกรรมลูกสาวมากกว่าลูกชาย (Lam, Russell, Tan, & Leong, 2008) ซึ่งข้อสันนิษฐานนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Rhucharoenpompanich et al. (2010) ที่ศึกษาเด็กวัยรุ่นอายุ 13-14 ปีในกรุงเทพมหานคร พบว่าพ่อแม่มีแนวโน้มที่จะติดตามควบคุมพฤติกรรมลูกสาวมากกว่าลูกชาย โดยเฉพาะพฤติกรรมทางเพศ และยังพบอีกว่าการติดตามควบคุมดูแลของพ่อแม่มีส่วนช่วยลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของลูกได้

ในเรื่องของปัจจัยด้านครอบครัวอื่นๆ เช่น โครงสร้างครอบครัว และรายได้ครอบครัว พบว่ามีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นเช่นเดียวกัน โดยพบว่าครอบครัวที่มีรายได้น้อย (Lautitzen, 1994; Rose, Koo, Bhaskar, Anderson, White, & Jenkins, 2005) และครอบครัวของพ่อ/แม่เลี้ยงเดี่ยว (single parents) เป็นปัจจัยทำนายการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่น (Fergusson, Horwood & Lynskey, 1994; Upchurch, Levy-Storms, Sucoff, & Aneshensel, 1998) ส่วนการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างพ่อแม่-ลูกนั้น งานวิจัยทั้งในต่างประเทศและประเทศไทยพบว่า การสื่อสารเรื่องเพศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นหรือบ่อยครั้งขึ้นเมื่อพ่อแม่รับรู้ว่ามีพฤติกรรมทางเพศแล้ว (Dilorio, Kelly, & Hockenberry-Eaton, 1999; Rhucharoenpompanich et al., 2012) และพ่อแม่มีแนวโน้มที่จะสื่อสารเรื่องเพศกับลูกสาวมากกว่าลูกชาย (Rhucharoenpompanich et al., 2012)

อิทธิพลเพื่อน (Peer Influence)

เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า อิทธิพลเพื่อนเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการแสดงออกของวัยรุ่นที่มักจะทำตามเพื่อนเพื่อให้เกิดการยอมรับในกลุ่มเพื่อน มีงานวิจัยหลายชิ้นที่แสดงให้เห็นการเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยเพื่อนกับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น เช่น งานวิจัยของ Miller et al. (1997) และ Stanton et al. (2002) พบว่าการรับรู้หรือการยอมรับพฤติกรรมทางเพศของเพื่อน (รับรู้ว่าเป็นเพื่อนมีเพศสัมพันธ์แล้ว) เป็นปัจจัย

ทำนายการมีเพศสัมพันธ์ในปีต่อๆ มา และงานวิจัยของ Capaldi (1991) พบว่าการคบเพื่อนที่มีพฤติกรรมมีปัญหา เป็นปัจจัยทำนายการมีเพศสัมพันธ์ใน 2-3 ปีถัดมาเช่นเดียวกับ

Ragffaeli & Crockett (2003) นำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจเยาวชนระดับชาติระยะยาว (National Longitudinal Survey of Youth) ในประเทศสหรัฐอเมริกาทำการวิเคราะห์พบว่า เด็กอายุ 12-13 ปี ซึ่งคบเพื่อนที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา มีแนวโน้มที่จะมีเพศสัมพันธ์ในอีก 4 ปีถัดมา ในขณะที่มีความพยายามของการดำเนินงานโปรแกรมป้องกัน (preventive intervention program) เพื่อลดอิทธิพลเพื่อน โดยการส่งเสริมเด็กวัยรุ่นเห็นคุณค่าในตนเอง และเสริมทักษะที่จำเป็นในการป้องกันตนเองจากอิทธิพลเพื่อน อย่างเช่น ทักษะการปฏิเสธ ซึ่งใช้กันอย่างแพร่หลายในโรงเรียน อย่างไรก็ตาม ประสิทธิภาพของโปรแกรมยังขาดข้อมูลสนับสนุน และไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นว่า เด็กวัยรุ่นทักษะดีที่สามารถต้านทานแรงกดดันจากเพื่อนมีแนวโน้มไม่มีเพศสัมพันธ์

โดยสรุป จากทฤษฎี problem behaviors และการทบทวนงานวิจัยแสดงให้เห็นว่า มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่น อาทิเช่น ปัจจัยด้านครอบครัวการเลี้ยงดูของพ่อแม่ การสื่อสารในครอบครัว ปัจจัยด้านเพื่อน ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่อาจจะสนับสนุนให้เกิด หรือป้องกันพฤติกรรมทางเพศและวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (problem behavior) อย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมทางเพศร่วมด้วย งานวิจัยชิ้นนี้สนใจศึกษาพฤติกรรมก่อนการมีเพศสัมพันธ์ (pre-sexual behavior) ของวัยรุ่นตอนต้น ซึ่งยังมีการศึกษาไม่มากนัก เพราะส่วนใหญ่ให้ความสนใจกับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ (sexual behavior) ผลการวิจัยนี้จะนำไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นตอนต้นต่อไป

วัตถุประสงค์

งานวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของพฤติกรรมก่อนการมีเพศสัมพันธ์ (pre-sexual behaviors) และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาอื่นๆ ของกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยรุ่นตอนต้น ในบริบทของความแตกต่างทางเพศ รวมทั้งศึกษาปัจจัยสภาวะแวดล้อมด้านครอบครัว การเลี้ยงดู การคบเพื่อน และปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมก่อนการมีเพศสัมพันธ์

ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์

ข้อมูลที่นำมาใช้ในการศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการ “ครอบครัวไทยในจังหวัดสำคัญต่อสุขภาพของเด็กและเยาวชน: การพัฒนาปรับปรุงและนำโครงการครอบครัวสำคัญไปประยุกต์ใช้ในระดับประเทศ (When Thai Family Matters)” ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ข้อมูลนี้เป็นข้อมูลเบื้องต้นที่รวบรวมจากกลุ่มตัวอย่างนักเรียนอายุ 13-15 ปี กำลังศึกษาในชั้นมัธยมต้น ของจังหวัดนนทบุรี เชียงราย อุตรธานี และสงขลา การเก็บรวบรวมข้อมูลในเด็กนักเรียนทำโดยการให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ทางออนไลน์ที่โรงเรียน ส่วนผู้ปกครองให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองที่บ้าน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์เป็นข้อมูลของเด็กนักเรียนในระดับมัธยมต้นจำนวน 485 คน เป็นนักเรียนในจังหวัดนนทบุรี 116 คน เชียงราย 132 คน อุตรดิตถ์ 119 คน และสงขลา 118 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 59.6 vs. ร้อยละ 40.4) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 13.8 ปี กลุ่มตัวอย่างประมาณ 2 ใน 3 อาศัยอยู่กับพ่อแม่ (ร้อยละ 60.2) และร้อยละ 29.1 อยู่ในครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่เพียงคนเดียว (single parent) ที่เหลืออีก 53 คน (ร้อยละ 10.7) ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ ในจำนวนนี้ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับปู่ย่า/ตายาย (ร้อยละ 85) ที่เหลืออยู่กับญาติ (ร้อยละ 9) และคนอื่นที่ไม่ใช่ญาติ (ร้อยละ 6) ซึ่งสะท้อนให้เห็นรูปแบบของโครงสร้างครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน ที่เด็กจำนวนไม่น้อยถูกเลี้ยงดูในครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่เพียงคนเดียว หรือถูกเลี้ยงโดยปู่ย่า/ตายายซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

ผลการวิเคราะห์

ความสัมพันธ์ในครอบครัว

เมื่อตรวจสอบเรื่องความสัมพันธ์ในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง โดยดูจากระดับความใกล้ชิดกับพ่อแม่ การรับรู้เรื่องความหวังใจของพ่อแม่ และการรับรู้ว่าพ่อแม่ไม่อนุญาตให้มีพฤติกรรมเสี่ยง

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยของระดับความสัมพันธ์ใกล้ชิด การรับรู้ความหวังใจ และการรับรู้ว่าพ่อแม่ไม่อนุญาตให้มีพฤติกรรมเสี่ยง

ความสัมพันธ์กับครอบครัว	ชาย	หญิง	ทั้งหมด	ค่าต่ำสุด-สูงสุด
สัมพันธ์ใกล้ชิดกับพ่อแม่	5.01	4.78	4.87	0-6
รับรู้ความหวังใจของพ่อแม่	5.49	5.4	5.44	0-6
รับรู้ว่าพ่อแม่ไม่อนุญาตให้มีพฤติกรรมเสี่ยง	3.63	3.71	3.68	0-4

จากตาราง 1 พบว่าเด็กวัยนี้ยังมีความผูกพันใกล้ชิดกับพ่อแม่ เพราะส่วนใหญ่ระบุว่ามีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับพ่อแม่ในระดับสูง อีกทั้งรับรู้ถึงความหวังใจของพ่อแม่ที่มีต่อตนเอง และรับรู้ว่าพ่อแม่ไม่ต้องการให้ตนเองไปมีพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนในระดับสูงเช่นเดียวกัน โดยวัยรุ่นชายระบุระดับความสัมพันธ์ใกล้ชิดสูงกว่าวัยรุ่นหญิง ในขณะที่ผู้หญิงมีระดับของการรับรู้ว่าพ่อแม่ไม่ต้องการให้มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงกว่าชายเล็กน้อย

การสื่อสารพูดคุยในครอบครัว

เมื่อตรวจสอบในเรื่องการสื่อสารในครอบครัว (ตาราง 2) พบว่าพ่อแม่ส่วนใหญ่สื่อสารพูดคุยกับลูกในระดับปานกลาง โดยส่วนใหญ่พูดคุยในเรื่องต่างๆ ไป เรื่องครอบครัว การคบเพื่อน และพูดคุยเกี่ยวกับเหล้า บุหรี่ และยาเสพติด ซึ่งพบระดับของการพูดคุยมากกว่าเรื่องอื่นๆ ส่วนการสื่อสารพูดคุยในเรื่องเพศและการมีแฟน พบว่าพ่อแม่ส่วนใหญ่สื่อสารในเรื่องนี้น้อยมาก ดังจะเห็นได้จากค่าเฉลี่ยของระดับการสื่อสาร

ในเรื่องนี้ต่ำมาก แสดงให้เห็นว่าพ่อแม่ส่วนใหญ่จะไม่พูดคุยกับลูกในเรื่องเพศหรือเรื่องแฟน ซึ่งอาจเป็นเพราะพ่อแม่ขาดทักษะการสื่อสารเรื่องเพศ หรืออาจมีความเชื่อผิดๆ ว่าการพูดเรื่องนี้เป็น การชักนำลูก หรือเกิดจากทัศนคติว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องน่าอายไม่ควรพูดอย่างเปิดเผย โดยพ่อแม่จะพูดเรื่องเพศก็ต่อเมื่อสงสัย หรือรับรู้ว่าลูกมีพฤติกรรมทางเพศแล้ว (Rhucharoenpornpanich et al., 2012) อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างเพศ พบค่าเฉลี่ยของระดับการสื่อสารของพ่อแม่ที่มีต่อลูกสาวสูงกว่าลูกชายในทุกๆ เรื่อง โดยเฉพาะการสื่อสารเรื่องเพศ

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยของระดับการสื่อสารในครอบครัวระหว่างพ่อแม่-ลูก จำแนกตามเพศ

การสื่อสาร	ชาย	หญิง	ทั้งหมด	ค่าต่ำสุด-สูงสุด
พูดคุยเรื่องทั่วไป	1.51	1.58	1.55	0-3
พูดคุยเรื่องค่านิยมในครอบครัว	1.19	1.32	1.27	0-3
พูดคุยเรื่องการคบเพื่อน	1.19	1.32	1.27	0-3
พูดคุยเรื่องเหล้า บุหรี่	1.76	1.81	1.79	0-3
พูดคุยเรื่องการเมือง	0.85	0.83	0.84	0-3
พูดคุยเรื่องเพศ	0.33	0.43	0.39	0-3

หมายเหตุ: ระดับของการสื่อสารในแต่ละด้านมีค่าระหว่าง 0-3 (0=ไม่เคย, 1=นานๆ ครั้ง, 2=บ่อยครั้ง, 3=เป็นประจำ)

การคบเพื่อน

ปัจจัยด้านเพื่อนนับว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการแสดงออกของวัยรุ่นเป็นอย่างมาก เด็กวัยรุ่นมักจะทำตามเพื่อน ยกตัวอย่างเช่น เด็กที่ดื่มเหล้ามักจะมีเพื่อนสนิทที่ดื่มเหล้าเหมือนกัน เช่นเดียวกับพฤติกรรมทางเพศซึ่งอาจมีแนวโน้มในทำนองเดียวกัน แต่เนื่องจากข้อมูลชุดนี้ไม่ได้สอบถามเรื่องพฤติกรรมทางเพศของเพื่อนสนิท มีเพียงข้อมูลเรื่องการดื่มเหล้าเท่านั้น จากตาราง 3 พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างทั้งชายหญิงระบุว่า มีเพื่อนสนิท 1-3 คนดื่มเหล้า และจากการทดสอบด้วย Chi-Square ไม่พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างชายและหญิง

ตาราง 3 ร้อยละของวัยรุ่นที่ระบุพฤติกรรมดื่มเหล้าของเพื่อนสนิท 3 คน จำแนกตามเพศ

เพื่อนสนิท 3 คนที่ดื่มเหล้า	ชาย (n=144)	หญิง (n=227)	ทั้งหมด (n=371)
ไม่มีใครดื่ม	56.9	57.3	57.1
มี 1 คน	13.9	10.1	11.6
มี 2 คน	16	15.9	15.9
ทั้งหมด 3 คน	13.2	16.7	15.4
รวม	100	100	100

พฤติกรรมเสี่ยง

สำหรับข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยง มีการวัดระดับของพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (problem behaviors) ได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ก้าวร้าว เกร และการขับ/แข่งรถมอเตอร์ไซค์ (เด็กแว้น) แบ่งเป็น 4 ระดับตั้งแต่ 0 ถึง 3 (ตั้งแต่ไม่เคยจนถึงทำเป็นประจำ) พบว่าระดับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของกลุ่มตัวอย่างยังอยู่ในระดับต่ำ แต่ก็มีความแตกต่างระหว่างเพศอย่างมีนัยสำคัญ วัยรุ่นชายมีค่าเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาสูงกว่าหญิงเกือบทุกพฤติกรรม ยกเว้นการดื่มเหล้าที่พบระดับพฤติกรรมใกล้เคียงกัน แต่เมื่อรวมพฤติกรรมที่เป็นปัญหาทั้งหมด จะเห็นว่าค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในวัยรุ่นชายสูงกว่าวัยรุ่นหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.01$ (ตาราง 4)

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (problem behaviors) จำแนกตามเพศ

พฤติกรรม	ชาย	หญิง	ทั้งหมด	ค่าต่ำสุด-สูงสุด
สูบบุหรี่	0.31	0.13	0.2	0-3
ดื่มเหล้า	0.49	0.48	0.48	0-3
ก้าวร้าว เกร	0.56	0.29	0.4	0-3
ขับ/แข่งรถมอเตอร์ไซค์	0.3	0.09	0.17	0-3
พฤติกรรมเสี่ยงทั้งหมด	1.66**	0.98	1.25	0-9

หมายเหตุ: การทดสอบ ANOVA พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.01$ **

สำหรับพฤติกรรมก่อนการมีเพศสัมพันธ์ (ตาราง 5) ประกอบด้วยพฤติกรรม 5 อย่าง ได้แก่ การกอด การจูบ การสัมผัสหรือยอมให้สัมผัสหน้าอก การสัมผัสหรือยอมให้สัมผัสอวัยวะเพศ พบค่าเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมยังต่ำเช่นเดียวกัน (ยกเว้นการจับมือถือแขน) และเมื่อรวมทุกพฤติกรรมเข้าด้วยกัน พบค่าเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมก่อนการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นหญิงสูงกว่าชายแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมก่อนการมีเพศสัมพันธ์ จำแนกตามเพศ

พฤติกรรม	ชาย	หญิง	ทั้งหมด	ค่าต่ำสุด-สูงสุด
จับมือ	1.11	1.2	1.16	0-3
กอด	0.51	0.57	0.55	0-3
จูบ	0.15	0.2	0.18	0-3
สัมผัสหน้าอก (ชาย)	0.13	na	0.13	0-3
ยอมให้สัมผัสหน้าอก (หญิง)	na	0.07	0.07	0-3
สัมผัสอวัยวะส่วนล่าง	0.07	0.09	0.08	0-3
ยอมให้สัมผัสอวัยวะส่วนล่าง	0.08	0.03	0.05	0-3
พฤติกรรมเสี่ยงทั้งหมด	1.85	2.15	1.95	0-13

จากทฤษฎี Problem Behavior ระบุว่าวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมทางเพศร่วมด้วย ข้อค้นพบของการศึกษานี้ก็เช่นเดียวกันที่พบความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมทางเพศและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาอื่นๆ โดยเฉพาะพฤติกรรมการดื่มเหล้ามีค่าความสัมพันธ์ (correlations) กับพฤติกรรมก่อนการมีเพศสัมพันธ์มากที่สุด (ตาราง 6)

ตาราง 6 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมก่อนการมีเพศสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาอื่นๆ

	Pre-Sex	สูบบุหรี่	ดื่มเหล้า	ก้าวร้าว	ขับแข่งรถ
พฤติกรรม Pre-Sex	1	0.173*	.456**	.263**	.295**
สูบบุหรี่		1	.396**	.370**	.303**
ดื่มเหล้า			1	.344**	.283**
ก้าวร้าวเกร				1	.340**
ขับ/แข่งรถ					1

หมายเหตุ: การทดสอบความสัมพันธ์มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.01 ** และ <.05*

การมีแฟนและความตั้งใจมีเพศสัมพันธ์ในอีก 1 ปีข้างหน้า

เมื่อตรวจสอบเรื่องพฤติกรรมการมีแฟนของกลุ่มตัวอย่างพบว่า 1 ใน 3 ของวัยรุ่นหญิงระบุว่ามิแฟน เป็นสัดส่วนสูงกว่าชายที่พบประมาณ 1 ใน 5 และเป็นความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความตั้งใจที่จะมีเพศสัมพันธ์อีก 1 ปีข้างหน้า พบความแตกต่างระหว่างเพศเช่นเดียวกัน โดยวัยรุ่นชายร้อยละ 4.7 และวัยรุ่นหญิงร้อยละ 3.5 ระบุว่าตั้งใจจะมีเพศสัมพันธ์อีก 1 ปีข้างหน้า ในขณะที่ผู้ชายร้อยละ 36 และผู้หญิงร้อยละ 31 ระบุว่าไม่แน่ใจหรือไม่ทราบ พบความแตกต่างอย่างชัดเจนในกลุ่มที่ระบุว่าไม่มีเพศสัมพันธ์ โดยพบสัดส่วนของผู้หญิงมากกว่าผู้ชายเท่ากับร้อยละ 75.6 และร้อยละ 59.4 ตามลำดับ (ตาราง 7)

ตาราง 7 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่มีแฟนและมีความตั้งใจที่จะมีเพศสัมพันธ์ใน 1 ปีข้างหน้า

พฤติกรรม	ชาย	หญิง	ทั้งหมด
มีแฟน			
มี	19.5	35.3**	28.9
ไม่มี	80.5	64.7	71.1
รวม	100 (n=200)	100 (n=295)	100 (n=495)
ตั้งใจมีเพศสัมพันธ์ใน 1 ปีข้างหน้า			
มี	4.7	3.5	4
ไม่มี	59.4	75.6**	69.1
ไม่แน่ใจ ไม่ทราบ	35.9	20.8	26.9
รวม	100 (n=192)	100 (n=283)	100 (n=475)

หมายเหตุ: การทดสอบ Chi-Square พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.01**

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมก่อนมีเพศสัมพันธ์ (pre-sexual behaviors)

เมื่อนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก่อนการมีเพศสัมพันธ์ทั้งหมด ได้แก่ ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว (ความใกล้ชิดกับพ่อแม่ และการรับรู้ว่ามีพ่อแม่ห่วงใย) การรับรู้ว่ามีพ่อแม่ไม่อนุญาตให้มีเพศสัมพันธ์ การสื่อสารในครอบครัว (สื่อสารเรื่องทั่วไป เรื่องการคบเพื่อน เรื่องเหล้าบุหรี่ เรื่องมีแฟน และเรื่องเพศ) การทำกิจกรรมในครอบครัว ปัจจัยด้านเพื่อน ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่เป็นปัญหาอื่นๆ (การดื่มเหล้า สูบบุหรี่ ก้าวร้าวเกร และ การขับ/แข่งรถ) และปัจจัยการมีแฟน มาทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณ (Multiple Regression) โดยนำเพศและอายุมาเป็นตัวแปรควบคุม (ดูตาราง 8)

จากตาราง 8 ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรอิสระทุกตัวร่วมกันอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมก่อนการมีเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 โดยค่าสหสัมพันธ์ (R) มีค่าเท่ากับ .517 และค่าสัมประสิทธิ์กำหนด (R^2) เท่ากับ .435 ซึ่งแสดงว่าตัวแปรอิสระสามารถทำนายพฤติกรรมก่อนการมีเพศสัมพันธ์ได้ร้อยละ 43.5 และเมื่อพิจารณาตัวแปรหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องแล้วพบว่า การสื่อสารพูดคุย การทำกิจกรรมในครอบครัว การดื่มเหล้า เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05 ส่วนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (ขับ/แข่งมอเตอร์ไซด์) การมีแฟน และการรับรู้ว่ามีพ่อแม่ไม่อนุญาตให้มีเพศสัมพันธ์ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมก่อนการมีเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.01

ตาราง 8 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแสดงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมก่อนมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น

ตัวแปร	B	t-test	Sig.
เพศหญิง	.040	.090	.928
อายุ	-.207	-.839	.403
อยู่กับพ่อแม่	-.193	-.515	.607
ใกล้ชิดแม่	.350	.811	.419
แม่ห่วงใย	.377	.606	.546
ใกล้ชิดพ่อ	-.560	-1.509	.134
พ่อห่วงใย	-.078	-.164	.870
คุยเรื่องทั่วไป	-.603	-2.287	.024*
คุยเรื่องคบเพื่อน	-.107	-.382	.703
ทำกิจกรรมครอบครัว	.526	2.240	.027*
คุยเรื่องเหล้าบุหรี่	-.108	-.454	.651
คุยเรื่องการมีแฟน	.183	.769	.444
คุยเรื่องเพศ	.739	2.112	.037*
เพื่อนสนิทดื่มเหล้า	-.085	-.438	.662
มีแฟน	1.399	2.657	.009**
ไม่อนุญาตให้มี sex	-2.490	-3.468	.001**
สูบบุหรี่	-.094	1.188	.851
ดื่มเหล้า	.824	2.146	.034*
ก้าวร้าวเกร	.710	1.619	.108
ขับ/แข่งรถมอเตอร์ไซด์	1.310	3.250	.002**

R=.517; R²=.435; F=6.358; Sig. of F= .000

เมื่อพิจารณาค่า B ซึ่งแสดงให้เห็นทิศทางของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามว่าตัวแปรแต่ละตัวมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกหรือเชิงลบกับตัวแปรตาม พบว่า ตัวแปรหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลในเชิงป้องกันหรือช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น ได้แก่ การรับรู้ว่าคุณแม่ไม่อนุญาตให้มีเพศสัมพันธ์เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุด ในขณะที่การสื่อสารในครอบครัว (สื่อสารเรื่องทั่วไป) ซึ่งแสดงถึงความใกล้ชิดสนิทสนมของคุณแม่ลูกก็พบว่า เป็นปัจจัยป้องกันเช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตาม การสื่อสารเรื่องเพศและการทำกิจกรรมในครอบครัวพบทิศทางของความสัมพันธ์เป็นบวก ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า พ่อแม่จะสื่อสารเรื่องเพศกับลูกมากขึ้นเมื่อรับรู้ว่าคุณมีพฤติกรรมทางเพศ และการทำกิจกรรมในครอบครัวเพิ่มขึ้นตามพฤติกรรมทางเพศที่เพิ่มขึ้น อาจบอกเป็นนัยว่าคุณแม่พยายามที่จะดึงลูกให้เข้ามามีกิจกรรมของครอบครัวมากขึ้น เมื่อรับรู้ว่าคุณมีพฤติกรรมทางเพศแล้ว ส่วนปัจจัยด้านครอบครัวอื่นๆ เช่น การอยู่กับพ่อแม่ ความใกล้ชิดพ่อ และการรับรู้ว่าคุณห่วงใย ก็เป็นปัจจัยป้องกันพฤติกรรมทางเพศเช่นเดียวกัน ถึงแม้ว่าจะไม่พบนัยสำคัญทางสถิติก็ตาม สำหรับตัวแปรที่มีอิทธิพลในทางสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมทางเพศนั้นพบว่า การมีแฟน การดื่มเหล้า และการขับ/แข่งรถมอเตอร์ไซด์ เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมก่อนการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น

สรุปและอภิปราย

ข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในเชิงป้องกัน โดยเฉพาะการทำความเข้าใจพฤติกรรมทางเพศและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของเด็กในช่วงวัยรุ่นตอนต้น เพื่อระบุหรือชี้ชัดกลุ่มเป้าหมายที่เหมาะสมซึ่งสมควรเลือกเข้าโครงการป้องกันแต่เนิ่นๆ

ข้อค้นพบทำให้ทราบว่าเด็กยังมีความผูกพันใกล้ชิดกับพ่อแม่อยู่มาก ดูได้จากระดับของความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับพ่อแม่อยู่ในระดับสูง อีกทั้งเด็กยังรับรู้และตระหนักถึงความห่วงใยของพ่อแม่ที่มีต่อตนเอง จึงเป็นช่วงวัยเหมาะสมที่จะทำ family intervention ข้อค้นพบยังแสดงให้เห็นว่า เด็กวัยนี้เริ่มมีพฤติกรรมเสี่ยงแล้ว ถึงแม้จะพบในระดับต่ำแต่ก็มีความสำคัญมาก เพราะหากไม่ป้องกันแต่เนิ่นๆ ก็อาจสายเกินไป เด็กที่มีพฤติกรรมซึ่งเป็นปัญหาอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง (เช่น กินเหล้า สูบบุหรี่ ก้าวร้าว เกรงใจ ชอบขับ/แข่งรถมอเตอร์ไซด์) อีกทั้งยังมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศร่วมด้วย สอดคล้องกับทฤษฎี Problem behavior งานวิจัยนี้พบความสัมพันธ์ (correlations) ระหว่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและพฤติกรรมก่อนการมีเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะพฤติกรรมดื่มเหล้าและการขับหรือแข่งรถมอเตอร์ไซด์ ซึ่งพบว่าเป็นปัจจัยที่นำไปสู่พฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น นอกจากนี้ ยังพบความแตกต่างของระดับพฤติกรรมเสี่ยงระหว่างหญิงและชาย โดยวัยรุ่นชายมีค่าเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (ยกเว้นการดื่มเหล้า) สูงกว่าหญิง ในขณะที่วัยรุ่นหญิงพบพฤติกรรมก่อนการมีเพศสัมพันธ์สูงกว่าชาย และยังพบสัดส่วนของผู้หญิงที่ระบุว่า มีแฟนแล้วสูงกว่าชายเกือบเท่าตัว ซึ่งในช่วงวัยนี้จะเห็นว่าเด็กผู้หญิงมีพัฒนาการทางสรีระร่างกายเร็วกว่าเด็กผู้ชายและส่วนใหญ่มักจะมีแฟนที่อายุมากกว่า

ส่วนการสื่อสารระหว่างพ่อแม่-ลูกในครอบครัว งานวิจัยพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง และส่วนใหญ่เป็นการสื่อสารพูดคุยในเรื่องทั่วไป แต่ถ้าเป็นเรื่องเฉพาะเจาะจงหรือละเอียดอ่อน พ่อแม่ก็เลือกที่จะพูดคุยในเรื่องเหล้า บุหรี่ ยาเสพติด มากกว่าพูดคุยเรื่องเพศและการมีแฟน ดังจะเห็นได้จากค่าเฉลี่ยของการสื่อสารในเรื่องเพศอยู่ในระดับที่ต่ำมาก โดยพบว่าพ่อแม่ส่วนใหญ่จะพูดเรื่องนี้ก็ต่อเมื่อรับรู้ว่าคุณมีแฟนหรือมีพฤติกรรมทางเพศ

แล้ว (Rhucharoenpompanich et al., 2012; Dilorio, Kelly, & Hockenberry-Eaton, 1999; Jaccard, Dittus, & Gordon, 1996; Widner, 1997)

การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศ Regression Model แสดงให้เห็นว่า ครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การรับรู้ว่าคุณแม่ไม่ต้องการให้มีเพศสัมพันธ์เป็นปัจจัยป้องกันสำคัญที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบก่อนหน้านี้ (Rhucharoenpompanich et al., 2010) ดังนั้น พ่อแม่จำเป็นต้องตั้งกฎของครอบครัว และบอกลูกอย่างตรงไปตรงมาถึงความคาดหวังของพ่อแม่ที่ไม่ต้องการให้ลูกมีพฤติกรรมทางเพศ ส่วนการสื่อสารในครอบครัวซึ่งสะท้อนให้เห็นปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวก็เป็นปัจจัยที่ช่วยป้องกันลูกจากพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ได้

ครอบครัวที่มีทั้งพ่อและแม่อยู่ด้วยกัน โดยเฉพาะครอบครัวที่พ่อให้ความใกล้ชิดกับลูก และลูกรับรู้ได้ถึงความรักจากพ่อ จะช่วยลดพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นได้เช่นเดียวกัน นอกจากนี้ ผลการศึกษาข้างแสดงให้เห็นว่าการดื่มเหล้า การขับ/แข่งรถ (เด็กแว้น) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เป็นปัญหา รวมทั้งการมีแฟน เป็นปัจจัยสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมก่อนการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎี problem behavior และข้อค้นพบที่ได้จากการทบทวนงานวิจัย (Brendgen, Wanner, & Vitaro, 2007; Kovacs, Krol, & Voti, 1994) ส่วนการสื่อสารเรื่องเพศที่พบเป็นปัจจัยสนับสนุนพฤติกรรมทางเพศ ในการศึกษานี้อาจอธิบายได้ว่าเป็นเพราะพ่อแม่มีแนวโน้มที่จะสื่อสารเรื่องเพศเพิ่มขึ้นหากรู้ว่าลูกมีพฤติกรรมทางเพศแล้ว ในขณะที่ตัวแปรการทำกิจกรรมในครอบครัวที่พบว่าเป็นปัจจัยส่งเสริมพฤติกรรมทางเพศ อาจสื่อเป็นนัยว่าพ่อแม่พยายามหาวิธีการที่จะดึงลูกที่มีพฤติกรรมทางเพศแล้วให้อยู่ในสายตา โดยให้เข้ามาช่วยในกิจกรรมของครอบครัวมากขึ้นก็เป็นได้ ซึ่งข้อค้นพบต่างๆ เหล่านี้ จะนำไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นตอนต้นของโครงการต่อไป

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยชิ้นนี้ยังมีข้อจำกัดในเรื่องของการออกแบบงานวิจัยที่กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ถูกเลือกมาด้วยวิธีการสุ่มแบบความน่าจะเป็น (probability sampling) แต่เป็นข้อมูลของเด็กนักเรียนของ “โครงการครอบครัวสำคัญ” ซึ่งคัดเลือกจังหวัดและโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการแบบเฉพาะเจาะจง ข้อค้นพบที่ได้จึงไม่ใช่ภาพรวมทั้งประเทศ หรือเป็นตัวแทนของเด็กวัยรุ่นตอนต้นทั้งหมด ดังนั้นจึงต้องมีความระมัดระวังในการนำไปใช้อ้างอิง นอกจากนี้ยังมีความจำกัดในเรื่องการรวบรวมข้อมูลในเด็ก ซึ่งมีข้อคำถามไม่มากนักและไม่ครอบคลุมบริบทและสภาพแวดล้อมทางครอบครัว เนื่องจากไม่ได้นำข้อมูลของพ่อแม่ผู้ปกครองมาทำการวิเคราะห์ รวมทั้งไม่มีข้อคำถามในเรื่องอิทธิพลจากสื่อ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการแสดงออกของเด็กในวัยนี้

ดังนั้น ผู้สนใจที่จะทำการวิจัยครั้งต่อไปจึงต้องนำข้อจำกัดเหล่านี้มาพิจารณาด้วย โดยเฉพาะหากต้องการข้อค้นพบที่สามารถเป็นตัวแทนเด็กวัยรุ่นตอนต้นและเป็นภาพรวมทั้งประเทศ ควรออกแบบงานวิจัยที่ใช้การสุ่มเลือกพื้นที่วิจัยและกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักความน่าจะเป็น (probability) และออกแบบเครื่องมือให้สามารถวัดตัวแปรที่เป็นปัจจัยสำคัญๆ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมเด็กวัยรุ่นอย่างครอบคลุมและรอบด้าน

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

- สำนักกระบวนคดีวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. (2555). ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มนักเรียนประเทศไทย พ.ศ. 2555. ค้นเมื่อ 26 ธันวาคม, จาก http://www.gfaidsboe.com/Downloads/book/2555/BSS_STUDENT_55_28022013.pdf
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2559). สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน ปี 2558. ค้นเมื่อ 26 ธันวาคม, จาก http://rh.anamai.moph.go.th/download/all_file/index/สถานการณ์RH2558_Newupdate.pdf

ภาษาอังกฤษ

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2): 179-211.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Prentice-Hall; Englewood Cliffs, NJ. ค้นเมื่อ 22 เมษายน 2560, จาก http://www.esludwig.com/uploads/2/6/1/0/26105457/bandura_sociallearningtheory.pdf
- Brendgen, M., Wanner, B., & Vitaro, F. (2007). Peer and teacher effects on the early onset of sexual intercourse. *American Journal of Public Health*, 97(11): 2070-2075. [PMCID: 17901435]
- Bronfenbrenner, U. (1995). Development ecology through space and time: A future perspective. In Moen, P. G. H., Elder, Jr., & Luscher, K. (Eds). *Examining Lives in Context: Perspectives on the Ecology of Human Development* (pp. 619-647). Washington, DC: American Psychological Association. ค้นเมื่อ 22 เมษายน 2560, จาก <http://www.its.dept.uncg.edu/hdf/facultystaff/Tudge/Bronfenbrenner%201995.pdf>
- Capaldi, D. (1991) Fourth grade predictors of initiation of sexual intercourse by 9th grade for boys. cited in Hipwell, A. E., Keenan, K., Loeber, R., & Battista, D. (2010). Early predictors of sexually intimate behaviors in an urban sample of young girls. *Developmental Psychology*, 46(2): 366-378. [PMCID: 1539671]
- Cooksey, E.C., Mott, F. L., & Nuebauer, S. A. (2002). Friendships and early relationships: Links to sexual initiation among American adolescents born to young mothers. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 34(3): 118-126.
- Dilorio, C., Kelley, M., & Hockenberry-Eaton, M. (1999). Communication about sexual issues: Mothers, fathers, and friends. *Journal of Adolescent Health*, 24(3): 181-189. [PMCID: 10195801]
- Feldman, S., & Brown, N. (1993). Family influences on adolescent male sexuality: The mediational role of self-restraint. *Social Development*, 2(1): 15-35.
- Fergusson, D., Horwood, L., & Lynskey, M. (1994). Parental separation, adolescent psychopathology, and problem behaviors. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(8): 1122-1131. [PMCID: 7982863]
- Hipwell, A. E., Keenan, K., Loeber, R., & Battista, D. (2010). Early predictors of sexually intimate behaviors in an urban sample of young girls. *Developmental Psychology*, 46(2): 366-378. [PMCID: 2837523]
- Hipwell, A., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., Keenan, K., White, H. R., & Kroneman, L. (2002). Characteristics of girls with early onset disruptive and antisocial behavior. *Criminal Behavior and Mental Health*, 12(1): 99-118. [PMCID: 12357260]

- Hops, H., Andrews, J., Duncan, S., Duncan, R., & Tildesley, E. (2000). Adolescents drug use development. cited in Hipwell, A. E., Keenan, K., Loeber, R., & Battista, D. (2010). Early predictors of sexually intimate behaviors in an urban sample of young girls. *Developmental Psychology, 46*(2): 366-378. [PMCID: 2837523]
- Jaccard, J., Dittus, P., & Gordon, V. (1996). Maternal correlates of adolescent sexual and contraceptive behavior. *Family Planning Perspectives, 28*(4):159-165. [PMCID: 8853281]
- Jakobsen, R. (1997). Stages of progression in sexual interactions among young adolescents. *International Journal of Behavior Development, 21*(3): 537-553.
- Jessor, R., & Jessor, S. (1997). Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth. cited in Hipwell, A. E., Keenan, K., Loeber, R., & Battista, D. (2010). Early predictors of sexually intimate behaviors in an urban sample of young girls. *Developmental Psychology, 46*(2): 366-378. [PMCID: 2837523]
- Kahn, J., Kaplowitz, R., Goodman, E., & Emans, J. (2002). The association between impulsiveness and sexual risk behaviors in adolescent and young adult women. *Journal of Adolescent Health, 30*(4): 229-232. [PMCID: 11927234]
- Kovacs, M., Krol, R., & Voti, L. (1994). Early onset psychopathology and the risk for teenage pregnancy among clinically referred girls. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 33*(1): 106-113. [PMCID: 8138508]
- Lam, A., Russell, S., Tan, T., & Leong, S. (2008). Maternal predictors of non-coital sexual behavior: Examining a nationally representative sample of Asian and White American adolescents who have never had sex. *Journal of Youth and Adolescence, 37*(1): 62-73.
- Lauritzen, J. (1994). Explaining race and gender differences in adolescent sexual behavior. *Social Forces, 72*(3): 859-883
- Manning, W. D., & Giordano, P. C. (2001). Preadolescent parenting strategies and teens' dating and sexual initiation: A longitudinal analysis. *Journal of Marriage and Family, 63*(2): 322-335.
- Miller, B., Norton, M., Curtis, T., Hill, J., Schvaneveldt, P., & Young, M. (1997). The timing of sexual intercourse among adolescents: Family, peer, and other antecedents. *Youth & Society, 29*(1): 54-83.
- Raffaelli, M., & Crockett, L. (2003). Sexual risk taking in adolescence: The role of self-regulation and attraction to risk. *Developmental Psychology, 39*(6): 1036-1046. [PMCID: 14584983]
- Rhucharoenpornpanich, O. et al. (2012). Parent-teen communication about sex in urban Thai families. *Journal of Health Communication, 17*(4): 380-396. [PMCID: 3459672]
- Rhucharoenpornpanich, O., Chamrathirong, A., Fongkaew, W., Rosati, M. J., Miller, B. A., & Cupp, P. K. (2010). Parenting and adolescent problem behaviors: A comparative study of sons and daughters in Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand, 93*(3): 293-300. [PMCID: 3437774]
- Rose, A., Koo, H., Bhaskar, B., Anderson, K., White, G., & Jenkins, R. (2005). The influence of primary caregivers on the sexual behavior of early adolescents. *Journal of Adolescent Health, 37*(2): 135-144.
- Schwartz, I. (1999). Sexual activity prior to coital initiation: A comparison between males and females. *Archives of Sexual Behavior, 28*(1): 63-69. [PMCID: 10097805]
- Stanton, B., Li, X., Pack, R., Cottrell, L., Harris, C., & Burns, J. (2002). Longitudinal influence of perceptions of peer and parental factors on African American adolescent risk involvement. *Journal of Urban Health, 79*(4): 536-548. [PMCID: 12468673]

- Stueve, A., & O'Donnell, L. (2005). Early alcohol initiation and subsequent sexual and alcohol risk behaviors among urban youths. *American Journal of Public Health, 95*(5): 887-893. [PMCID: 15855470]
- Upchurch, D., Aneshensel, C., Sucoff, C., & Levy-Storms, L. (1999). Neighborhood and family contexts of adolescent sexual activity. *Journal of Marriage and the Family, 61*(4): 920-933.
- Upchurch, D., Levy-Storms, L., Sucoff, C., & Aneshensel, C. (1998). Gender and ethnic differences in the timing of first sexual intercourse. *Family Planning Perspectives, 30*(3): 121-127. [PMCID:9635260]
- Widner, E. D. (1997). Influence of older siblings on initiation of sexual intercourse. *Journal of Marriage and the Family, 59*(4): 928-938.

สุขภาพทางเพศของผู้สูงอายุในสังคมไทย

Sexual Well-being among Thai Older Person

เขมิกา ยามะรัต* อุมาภรณ์ ภัทราวาทินิชย์** และมนทกานต์ เชื่อมชิต***

บทคัดย่อ

สัดส่วนผู้สูงอายุไทยได้เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงสองสามทศวรรษที่ผ่านมา สุขภาวะทางเพศเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญสำหรับคุณภาพชีวิตและผู้สูงอายุ คนไทยมักเชื่อว่าเรื่องเพศหรือความสัมพันธ์ทางเพศซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพทางเพศเป็นเรื่องของประชากรวัยเจริญพันธุ์หรือคนหนุ่มสาวเท่านั้น วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้เพื่อศึกษาความพึงพอใจในเรื่องเพศและเพศสัมพันธ์ของผู้สูงอายุ รวมทั้งศึกษาเรื่องความต้องการทางเพศที่ไม่สัมพันธ์ผล (unmet needs) ของผู้สูงอายุ โดยเก็บข้อมูลทั้งหญิงและชายอายุระหว่าง 50-79 ปี ในจังหวัดนครราชสีมา ลิงห์บุรี และปทุมธานี ซึ่งเป็นการสำรวจโดยใช้แบบสัมภาษณ์สอบถามผู้สูงอายุจำนวน 1,019 คน ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงสิงหาคม พ.ศ. 2555 ผลการศึกษาคือหญิงร้อยละ 68 ชายร้อยละ 32 ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในเรื่องเพศลดลงเมื่ออายุมากขึ้นทั้งหญิงและชาย ความพึงพอใจด้านเพศสัมพันธ์ในกลุ่มคนมีคู่นั้น ชายมีความพอใจสูงกว่าหญิง หากเปรียบเทียบกับประสบการณ์ในอดีตแล้ว คนไม่มีคู่มิมีความพึงพอใจสูงกว่าคนมีคู่ หญิงมีคู่ยังคงมีการร่วมเพศในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมาร้อยละ 53.6 ในขณะที่ชายร้อยละ 64.2 อย่างไรก็ตาม กิจกรรมทางเพศได้ลดลงตามอายุที่มากขึ้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการการปฏิบัติที่อ่อนโยน การกอดสัมผัสที่แสดงความรัก คำพูดที่หวานหู หญิงมีคู่อึ่งในลีไม่มีความต้องการทางเพศแต่ต้องมีเพศสัมพันธ์หรือร่วมเพศ ในขณะที่ชายมีคู่อ้อยละ 13 มีความต้องการทางเพศแต่ไม่มีการร่วมเพศ ผลการศึกษานี้เสนอแนะให้มีการสื่อสารระหว่างคู่ รวมทั้งการให้ความรู้ความเข้าใจแก่สังคมเพื่อสุขภาพทางเพศของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ความเชื่อเรื่องเพศ สุขภาวะทางเพศ เพศของผู้สูงอายุ

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

*** นักวิจัย วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Abstract

The promotion of quality of life for the elderly in Thailand has increased significantly in the last few decades, and sexual health is one dimension of well-being. Thais believe that sexual relations and sexual feelings are more appropriate for persons during their reproductive years than other age groups. The objective of this study was to explore sexual satisfaction and unmet sexual needs among senior persons in Thailand. This study collected data by personal interviews with men and women age 50-79 years residing in Nakhon Ratchasima, Singburi and Pathum Thani Provinces in 2012. The sample included 1,019 persons, 68% women and 32% men. Both elderly women and men experienced lower sexual satisfaction as age increased. Married men reported higher sexual satisfaction than married women, while sexual satisfaction among single people was higher than married people when compared to past experience. Fully 54% of women and 64% of men were sexually active in the year prior to the interview. The vast majority of respondents derived satisfaction by using loving and polite communication as well as hugging and kissing. However one-fourth of married women reported that there were times when they did not want to have sex, but had to. A minority (13%) of single, elderly males reported unmet sexual need. The results of this study suggest that sexual literacy and communication between partners should be promoted to enhance sexual well-being of the elderly.

Keywords: sexuality myths, beliefs, sexual well-being, elderly sexuality

ความเป็นมาและการศึกษาที่เกี่ยวข้อง

เป็นที่ทราบกันดีว่าในปัจจุบันสัดส่วนผู้สูงอายุในสังคมไทยกำลังเพิ่มขึ้น และในอนาคต 10 ปีข้างหน้า ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มเป็นสองเท่าของปัจจุบัน (Knodel, Chayovan, & Prochubmoh, 2011) จากผลที่ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ความเป็นไปได้ที่ผู้สูงอายุทั้งที่เป็นโสดและมีคู่ต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพกาย สุขภาพจิต รวมทั้งสภาวะทางเพศซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ความเป็นหญิงและชาย (Gender) รวมทั้งเพศวิถี (sexuality) หรือวิถีปฏิบัติทางเพศเป็นคุณลักษณะพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน ซึ่งมีผลต่อวิถีชีวิตของคนเราในทุกช่วงวัยและสัมพันธ์กับความทุกข์ทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม เรื่องเพศถือเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานที่ส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นในตนเอง คุณภาพชีวิต บุคลิกภาพ ความเป็นตัวตนของบุคคล นอกเหนือจากเรื่องรสนิยมและพฤติกรรมทางเพศแล้ว เพศวิถีหมายรวมถึงความต้องการความรักและความอบอุ่น ถือเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนต้องการ แม้เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุแล้วก็ตาม แต่การแสดงออกในเรื่องเพศนี้อาจแตกต่างกันออกไปเนื่องจากอายุที่มากขึ้น โดยมีบรรทัดฐานของสังคมเป็นตัวกำหนด

สภาวะทางเพศเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่สำคัญ ไม่ว่าจะบุคคลนั้นจะเป็นเพศใด อายุเท่าใด และสถานภาพสมรสเป็นเช่นไร ความเชื่ออย่างเดิมๆ ของคนไทยมองว่าความสัมพันธ์ทางเพศเป็นเรื่องของคนหนุ่มสาวที่ยังอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ ไม่ใช่เรื่องของผู้สูงอายุที่พ้นวัยเจริญพันธุ์แล้ว อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาหลายชิ้นที่พบว่าแม้ความสัมพันธ์ทางเพศในผู้สูงอายุลดถอยลงอันเนื่องมาจากสุขภาพกายที่ไม่แข็งแรงเหมือนคนหนุ่มสาว แต่ชีวิตคู่ของผู้สูงอายุก็น่าสนใจต่อไป ยังคงมีความต้องการทางเพศ และมีกิจกรรมทางเพศอยู่ รวมถึงคำพูดที่ชวนฟัง ความผูกพันในคู่ของตนเอง การพึ่งพาอาศัยกัน รวมทั้งการเปิดใจต่อกันในเรื่องความต้องการทางเพศหรือการสนองตอบทางเพศก็ยังเป็นสิ่งจำเป็นอยู่ ทั้งนี้เพื่อให้มีความมั่นคงของชีวิตสมรสเมื่อสูงอายุ (ปรีดา, 2552; ศศิพัฒน์, 2552; บรรลุ และคณะ, 2532; เขมิกา และคณะ, 2543; นภาพร และจ่อห์น, 2545)

เพศสัมพันธ์เป็นยาอายุวัฒนะของมนุษย์ที่จะทำให้เกิดความสุข สงบ และสันติในครอบครัว ทำให้มีชีวิตชีวาและมีอายุยืนยาว (พงษ์ศักดิ์, 2548) แม้ร่างกายถดถอย ทำให้สมรรถภาพทางเพศและระบบการทำงานต่างๆ ของร่างกายเสื่อมลง ชีวิตคู่ของผู้สูงวัยก็จำเป็นต้องดำเนินต่อไป แม้ไม่มีการร่วมเพศ สัมพันธภาพทางเพศก็อาจเปลี่ยนรูปไปเป็นการพึ่งพาอาศัยกัน การดูแลเอาใจใส่ การเติมใจให้กันและกัน รวมทั้งการเปิดใจต่อกันว่ามีความต้องการทางเพศอย่างไร ควรมีการตอบสนองแบบใด เพื่อทำให้มีความมั่นคงของชีวิตสมรสเมื่อสูงอายุ (ปรีดา, 2552) ดังนั้น การศึกษาเรื่องสภาวะทางเพศ รวมทั้งสถานการณ์ที่เกี่ยวกับสัมพันธภาพทางเพศและการมีเพศสัมพันธ์ของผู้สูงวัยจึงมีความสำคัญและจำเป็น

คำจำกัดความที่เกี่ยวข้อง

สภาวะทางเพศ (Sexual Health and Well-Being) หมายถึงองค์รวมของสุขภาพกาย ใจ จิตวิญญาณ/สติปัญญา และสังคมที่เกี่ยวข้องกับเพศวิถี ที่ช่วยให้มีชีวิตที่มีความสุข มีศักยภาพในการพัฒนาบุคลิกภาพ การสื่อสาร และความรัก โดยมีพื้นฐานของสิทธิทางเพศที่จะรับรู้ข่าวสารและการมีความสุข ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ด้านคือ (1) สามารถมีความสุข ความรื่นรมย์ และควบคุมพฤติกรรมทางเพศได้ตาม

ที่ตนพอใจ บนพื้นฐานของจริยธรรมทางสังคมและบุคคล (2) มีอิสระจากความกลัว ความละอาย ความรู้สึกผิด ความเชื่อผิดๆ ความกดดันต่างๆ ที่จะตอบสนองต่อความสัมพันธ์ทางเพศ และปราศจากโรคต่างๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อหน้าที่ทางเพศของร่างกายและสภาวะทางเพศ (WHO, 2017; Mace, Bannerman, & Burton, 1974) สำหรับการศึกษาที่ครอบคลุมเพียงเรื่องความพึงพอใจทางเพศ การร่วมเพศ และความต้องการทางเพศที่ไม่สัมพันธ์กันเท่านั้น

เพศสัมพันธ์ (Sexual relation) หมายถึง การมีสัมพันธ์ภาพทางเพศระหว่างบุคคล ซึ่งมักมีอารมณ์ความรู้สึกเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ความรัก ความห่วงใย ความใกล้ชิด ความเสนาหา หรือความรู้สึกต้องการทางเพศ ก่อให้เกิดกิจกรรมทางเพศได้ เช่น การสัมผัส กอด จูบ และหรือร่วมเพศ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม เพศสัมพันธ์อาจเป็นเพียงกิจกรรมทางเพศที่เกิดขึ้นโดยไม่มีความรู้สึกผูกพันเข้ามาเกี่ยวข้องก็ได้ เช่น การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ให้บริการทางเพศ สัมพันธ์ภาพทางเพศและเพศสัมพันธ์อาจไม่มีการร่วมเพศก็ได้

เพศวิถี (Sexuality) หมายถึง มิติและรูปแบบที่หลากหลายในองค์ประกอบของเพศวิถี ซึ่งประกอบด้วย การให้ความหมายเรื่องเพศของปัจเจกบุคคล ความเชื่อ ค่านิยมเกี่ยวกับเรื่องเพศ ความรู้สึก ความปรารถนาทางเพศ ความสุขทางเพศ อัตลักษณ์ทางเพศ เพศภาวะ รสนิยมทางเพศ คู่ความสัมพันธ์ทางเพศ การให้ความหมายกับคู่ความสัมพันธ์ทางเพศในแต่ละคน ตลอดจนพฤติกรรมทางเพศ เพศวิถีถูกกำหนดขึ้นภายใต้บริบทสังคมเฉพาะ บทบาทเพศ ปัจจัยทางชีววิทยา และความสัมพันธ์เชิงอำนาจ (WHO, 2002)

แนวความคิดเกี่ยวกับเรื่องเพศของผู้สูงอายุ

(1) **เรื่องเพศของผู้สูงอายุเป็นเรื่องต้องห้าม** หรือเป็น Taboos ความเชื่อนี้มีอยู่ในหลายๆ สังคม (Narasimham & Beard, 2013; Inelmen et al., 2012 อ้างถึงใน Hillman, 2012) กล่าวถึงความเชื่อที่ว่าเรื่องเพศของผู้สูงอายุเป็นสิ่งต้องห้าม เป็นความผิด เป็นสิ่งไม่สมควรเป็นสิ่งสกปรก และ/หรือเป็นอันตราย ฯลฯ เป็นเจตคติสำคัญที่มีผลต่อการมีกิจกรรมทางเพศของผู้สูงอายุ เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุรู้สึกอึดอัดใจที่จะแสดงออกถึงความต้องการและความรู้สึกของตน รวมทั้งปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับบุคลากรทางการแพทย์ และทำให้เรื่องเพศของผู้สูงอายุไม่ได้รับความสนใจในวงวิชาการและสื่อมวลชน (Narasimham & Beard, 2013)

(2) **เชื่อว่าผู้สูงอายุไม่มีเพศสัมพันธ์แล้ว** ไม่เพียงแต่สังคมไทยเท่านั้นที่คนทั่วไปมักเชื่อว่าผู้สูงอายุไม่มีความต้องการทางเพศแล้ว แต่การศึกษาในต่างประเทศพบความเชื่อในทำนองเดียวกัน มีหลายๆ สังคมที่เชื่อว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องของคนหนุ่มสาว เป็นเรื่องที่ไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เชื่อว่าหญิงและชายสูญเสียความสามารถในการมีเพศสัมพันธ์หลังจากผ่านอายุ 50 ปีเนื่องจากสุขภาพกาย เรื่องเพศเป็นเรื่องที่น่าเบื่อเมื่อสูงอายุขึ้น (Harvard Medical School, 2009; Mroczak, Kurpas, Gronowska, Kotwas, & Karakiewicz, 2003) ซึ่งในความเป็นจริง มีงานวิจัยหลายชิ้นที่ระบุว่าผู้ชายยังสามารถมีเพศสัมพันธ์หรือร่วมเพศได้ในช่วงอายุ 80 และมากกว่า 90 ปี และผู้หญิงเองก็มีแนวโน้มที่จะมีความพึงพอใจกับเพศสัมพันธ์และการร่วมเพศหากเธอมีประสบการณ์เป็นผู้ที่มีความสุขกับความสัมพันธ์ทางเพศก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ (Lindau et al., 2007; Narasimham & Beard, 2013; Waite, Laumann, Das, & Schumm, 2009 อ้างถึงใน Hillman, 2012) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิต อย่างไรก็ตาม การศึกษาเหล่านี้พบว่า เพศสัมพันธ์ของผู้สูงอายุลดลงตามอายุที่มากขึ้น และหญิงมีเพศสัมพันธ์น้อยกว่าชาย (Lindau et al., 2007)

(3) **บทบาททางเพศของผู้สูงวัย (และทุกวัย) เป็นสิ่งที่ถูกกำหนดโดยสังคม** จากความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณี และบรรทัดฐานทางสังคม Narasimham & Beard (2013) ระบุว่า การแสดงออกทางเพศของผู้สูงวัยเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม โดยเฉพาะผู้หญิงต้องทำตามบรรทัดฐานของสังคม และจำกัดการแสดงออกความต้องการทางเพศ ผู้หญิงต้องเผชิญกับความขัดแย้งในสังคมที่คาดหวังให้มีบทบาทในฐานะภรรยา ทำตามความต้องการของสามี ตามความคาดหวังของสังคม สิ่งเหล่านี้ขัดกับตัวแบบที่เธอต้องเป็นกับความต้องการของเธอ และมีผลกระทบออกมาเป็นความเจ็บป่วยในเรื่องเพศหรือความผิดปกติในเรื่องเพศ (sexual dysfunction) ความเครียด ความไม่พึงพอใจในชีวิต เป็นต้น และชายก็ต้องพยายามแสดงความสามารถทางเพศและกลายเป็นความเครียดและไม่พึงพอใจในชีวิตเช่นกัน

(4) **สุขภาพกายมีผลต่อกิจกรรมทางเพศ** การหมดประจำเดือนของหญิงวัยกลางคนและสูงวัย ซึ่งทำให้ฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง ส่งผลให้เยื่อช่องคลอดแห้ง อักเสบ ขาดสิ่งหล่อลื่น ซึ่งมีผลต่อกิจกรรมทางเพศสัมพันธ์และน่าจะทำให้เกิดความไม่พอใจในการมีเพศสัมพันธ์ของสามีและภรรยา (นิกร และเขมิกา, 2536) ปัญหาทางเพศของผู้สูงวัยหญิงและชายแตกต่างกัน ปัญหาที่พบบ่อยของผู้หญิงสูงวัยในต่างประเทศ ได้แก่ การขาดความสนใจในเรื่องเพศ ช่องคลอดแห้ง และไม่ถึงจุดสุดยอด เป็นต้น ของชายได้แก่ อวัยวะเพศไม่แข็งตัว และหลังเร็ว (Narasimham & Beard, 2013; Lindau et al., 2007) ซึ่งลักษณะปัญหาที่พบบคล้ายคลึงกับของไทย (Yamarat, Havanond, & Chuemchit, 2014) เช่น ผู้หญิงรู้สึกเบื่อหน่ายการร่วมเพศ แต่ไม่พบรายงานเรื่องการไม่ถึงจุดสุดยอดชัดเจน ซึ่งน่าจะเป็นเพราะวัฒนธรรมไทยที่ทำให้ผู้สูงวัยหญิงไม่ต้องการรายงานปัญหาดังกล่าว (เขมิกา และคณะ, 2543)

(5) **โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงไป** หญิงสูงวัยที่อยู่เป็นโสดและหรือเป็นม่ายมีจำนวนและสัดส่วนสูงขึ้น ทำให้บรรทัดฐานเรื่องเพศของประชากรส่วนนี้มีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงไป (Narasimham & Beard, 2013) เช่น ผู้หญิงโสดหรือม่ายอาจสามารถแสดงออกถึงความต้องการทางเพศของตนเองได้มากขึ้น และเป็นที่ยอมรับของสังคมมากขึ้น

ในข้อเท็จจริงพบว่า การมีเพศสัมพันธ์นั้นไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นเฉพาะกับคนที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ หรือกับผู้ที่ต้องการมีบุตรเท่านั้น แต่สามารถเกิดขึ้นได้กับคนทุกเพศทุกวัย รวมทั้งหลังวัยเจริญพันธุ์ การศึกษาวิจัยในประเทศไทยที่ผ่านมาให้ความสนใจเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั่วไป การดูแล การสนับสนุน พัฒนาโครงการและนโยบายต่างๆ เพื่อคุณภาพชีวิตด้านอื่นๆ ของผู้สูงอายุ ไม่นิยมศึกษาวิจัยประเด็นเรื่องเพศของผู้สูงอายุ แสดงถึงการไม่เห็นด้วยหรือต่อต้านการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มผู้สูงวัย สังคมไทยมีค่านิยมและเชื่อว่าผู้สูงวัยไม่ควรสนใจหรือเกี่ยวข้องกับเรื่องเพศอีกต่อไป อย่างไรก็ตาม นักวิจัยส่วนหนึ่งยังให้ความสำคัญกับเรื่องเพศของผู้สูงวัย เช่น การศึกษาของ อภิชาติ และแคทลีน (2551) กล่าวว่า “การไม่มีการร่วมเพศของผู้สูงวัยที่สมรส” หรือ marital celibacy ในสังคมไทยนั้น ควรมีการศึกษาเพิ่มขึ้นถึงสาเหตุของความต้องการที่ขาดหายไปหรือไม่ได้รับการตอบสนอง หรือความต้องการทางเพศที่ไม่สัมพันธ์ผล (unmet need) นี้เกิดจากความไม่สมดุลตามธรรมชาติ สุขภาพที่ถดถอย หรือค่านิยมในสังคม ที่มาจากวัยาคติ (ageism) หรือเจตคติเชิงลบที่มีต่อผู้สูงวัย การศึกษานี้จึงสนใจในเรื่องความพึงพอใจในเรื่องเพศ ความสัมพันธ์ทางเพศ และความต้องการทางเพศที่ไม่สัมพันธ์ผลของผู้สูงอายุหญิงและชาย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาความพึงพอใจในเรื่องเพศและเพศสัมพันธ์ของผู้สูงวัยหญิง ชายที่มีคู่ และไม่มีคู่
2. เพื่อศึกษาการมีเพศสัมพันธ์/ร่วมเพศของผู้สูงวัยหญิงชายที่มีคู่และไม่มีคู่
3. เพื่อศึกษาความชุกและโครงสร้างปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการทางเพศที่ไม่สัมพันธ์ผลของผู้สูงวัยหญิงชายที่มีคู่และไม่มีคู่

ระเบียบวิธีวิจัย

ข้อมูลที่น่ามาศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่องสุขภาวะทางเพศของผู้สูงวัยในพื้นที่นครราชสีมา ลิงห์บุรี และปทุมธานี ซึ่งทั้ง 3 จังหวัดเป็นพื้นที่ในการทำงานของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย การสุ่มตัวอย่างของโครงการวิจัยนี้ใช้วิธี Two-stage cluster sampling technique with unit of equal size พื้นที่ที่ได้รับการสุ่มตัวอย่างใน 3 จังหวัดรวม 7 ตำบล ได้ตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 1,019 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่อายุระหว่าง 50-79 ปีที่สามารถสื่อสารได้ และเกณฑ์ในการคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยอาการหนัก ผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารได้เนื่องจากความจำบกพร่อง สมองเสื่อม พิการทางสมอง และผู้ป่วยจิตเวช ทั้งนี้ได้เก็บข้อมูลในปี 2555

ผลการศึกษา

ผู้สูงวัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นหญิงมากกว่าชาย คือร้อยละ 68.3 และ 31.7 ตามลำดับ สำหรับอายุของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มอายุ 50-59 ปีและ 60-69 ปี มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 36.3 และ 35.2 ส่วนกลุ่มอายุ 70-79 ปี มีเพียงร้อยละ 28.5 หากพิจารณาตามสถานภาพสมรส พบว่า ผู้สูงวัยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 67.5 เป็นผู้ที่มีคู่เพียงร้อยละ 6 ของตัวอย่างเป็นคนโสด และที่เหลืออีก 1 ใน 4 ของตัวอย่างเป็นม่าย/หย่า/แยก ในเรื่องการประเมินสุขภาพกายตนเองพบว่ามีถึงร้อยละ 52.7 ที่ประเมินตนเองว่าตนเองมีสุขภาพพอใช้หรือไม่ดีเลย โดยพบว่าผู้หญิงประเมินตนเองว่าสุขภาพพอใช้หรือไม่ดีเลยในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้ชาย สำหรับด้านสุขภาพด้านจิตใจในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้หญิงและผู้ชายมีสุขภาพจิตใกล้เคียงกัน (21.4 คะแนน และ 22.7 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30) การนำเสนอข้อมูลนี้เป็นการนำเสนอตารางและเนื้อหาจากหญิงก่อนชายเสมอ เนื่องจากเพศหญิงเป็นประชากรส่วนใหญ่ของผู้สูงวัย และเป็นเพศที่ได้รับผลกระทบจากสุขภาวะทางเพศรุนแรงกว่าชาย

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของลักษณะทางประชากร และสุขภาพ จำแนกตามเพศ

ลักษณะทางประชากร	เพศ		รวม (n=1,019)
	หญิง (n=696)	ชาย (n=323)	
อายุ			
50-54 ปี	18.0	16.1	17.4
55-59 ปี	19.7	17.3	18.9
60-64 ปี	18.8	19.5	19.0
65-69 ปี	15.4	18.0	16.2
70-74 ปี	16.7	16.7	16.7
75-79 ปี	11.5	12.4	11.8
สถานภาพสมรส			
มีคู่ (n=688)	57.9	88.4	67.5
โสด (ไม่เคยมีคู่) (n=61)	7.9	1.8	6.0
ม่าย/หย่า/แยก (n=270)	34.2	9.9	26.5
การประเมินสุขภาพกายตนเอง			
ดีที่สุด	4.2	2.2	3.5
ดีมาก	8.8	17.0	11.4
ดี	30.6	36.2	32.4
พอใช้	43.9	35.3	41.2
แย่มาก/ไม่ดีเลย	12.5	9.3	11.5
คะแนนเฉลี่ย (mean) สุขภาพด้านจิตใจในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา* (จากคะแนนเต็ม 30)			
คะแนนเฉลี่ย ±SD	21.4±5.2	22.7±4.5	21.8±5.0

หมายเหตุ: *คะแนนสุขภาพจิต เป็นการนำคะแนนความรู้สึกและความคิด 10 ข้อมารวมกัน (range=0-30) คือ 1. ความรู้สึกมีชีวิตชีวา 2. ความรู้สึกวิตกกังวลเกินเหตุ 3. ความรู้สึกหดหู่จนไม่มีอะไรที่จะทำให้คุณรู้สึกดีขึ้นได้ 4. ความรู้สึกใจเย็นและสงบ 5. ความรู้สึกกระฉับกระเฉง 6. ความรู้สึกท้อแท้และซึมเศร้า 7. ความรู้สึกหมดเรี่ยวแรง 8. ความรู้สึกมีความสุข 9. ความรู้สึกเหนื่อย 10. ความรู้สึกหงุดหงิด โดยแต่ละข้อคะแนนอยู่ระหว่าง 0-3 (0 = ไม่เคย, 3 = บ่อยมาก/ทุกวัน)

สำหรับผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะทางเพศของผู้สูงวัยหญิงชาย ปรากฏผลการศึกษาใน 3 ด้าน ดังนี้

(1) **ความพึงพอใจทางเพศ** แยกเป็น 2 ส่วนคือ 1) ความพึงพอใจด้านเพศสัมพันธ์และการร่วมเพศ และ 2) ความพึงพอใจทางเพศเมื่อเปรียบเทียบกับประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมา และแยกวิเคราะห์ 2 กลุ่มคือ มีคู่ และไม่มีคู่ ทั้งหญิงและชาย สำหรับผู้มีคู่ได้ศึกษาทั้งสองส่วน ในขณะที่กลุ่มที่ไม่มีคู่นี้มีการวิเคราะห์ด้านเพศสัมพันธ์และการร่วมเพศ แต่เป็นการศึกษาความพึงพอใจทางเพศเมื่อเปรียบเทียบกับอดีตที่ผ่านมาเท่านั้น

- **ความพึงพอใจด้านเพศสัมพันธ์และการร่วมเพศของกลุ่มที่มีคู่** การศึกษานี้พบว่าโดยเฉลี่ยหญิงมีความพึงพอใจในเรื่องของความสัมพันธ์ทางเพศและการร่วมเพศน้อยกว่าชายในทุกกลุ่มอายุ และความพึงพอใจนี้ต่ำลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับชายที่ลดต่ำลงเมื่ออายุสูงขึ้น

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจด้านเพศสัมพันธ์และการร่วมเพศระหว่างกลุ่มอายุและหญิงชายที่มีคู (n= 687)

อายุ	หญิงมีคู่		ชายมีคู่	
	จำนวน	Mean ±SD	จำนวน	Mean ±SD
รวม	402	3.61±1.41	285	4.15±1.16
50-59	186	3.79±1.42	99	4.52±0.77
60-69	142	3.51±1.35	107	3.98±1.37
70-79	74	3.35±1.45	79	3.91±1.16

หมายเหตุ: คะแนนความพึงพอใจในเรื่องเพศสัมพันธ์และการร่วมเพศได้รับจากคำถาม 5 ข้อ คะแนนต่ำแสดงถึงความพึงพอใจต่ำ คะแนนสูงหมายถึงความพึงพอใจสูง (range=0-5) คำถาม 5 ข้อ คือ 1. ฉันหรือสามี/ภรรยาของฉันมักจะผิดหวังจากเพศสัมพันธ์ระหว่างเราเสมอๆ 2. ฉันรู้สึกว่าการสัมพันธ์ของฉันกับสามี/ภรรยาส่วนใหญ่เป็นไปได้ด้วยดี 3. บ่อยครั้งที่สามี/ภรรยาของฉันมีความต้องการทางเพศต่างไปจากฉัน 4. หากต้องร่วมเพศกับสามี/ภรรยา ฉันรู้สึกลำบากใจและไม่มีความสุข 5. ฉันมีความสุขในชีวิตคู่ของฉัน แม้ว่าอายุจะมากขึ้น

- **ความพึงพอใจทางเพศเมื่อเปรียบเทียบกับประสบการณ์ชีวิตทางเพศในอดีต** โดยดูจากคำถาม 3 ข้อที่ระบุในหมายเหตุใต้ตาราง 3 พบว่า หญิงมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าชายในทุกกลุ่มอายุ และผู้ที่ไม่มีคูมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจทางเพศเมื่อเทียบกับอดีตสูงกว่ากลุ่มที่มีคูทั้งหญิงและชาย สอดคล้องกับเรื่องความต้องการความสุขทางเพศ ซึ่งผู้ชายระบุว่ายังคงมีความต้องการความสุขทางเพศในปัจจุบัน และมีสัดส่วนความต้องการทางเพศสูงกว่าหญิงในทุกกลุ่มอายุ แต่สัดส่วนความต้องการทางเพศของผู้ชายลดลงตามอายุที่มากขึ้น (เขมิกา, 2556)

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจทางเพศเมื่อเปรียบเทียบกับประสบการณ์ที่ผ่านมา ระหว่างกลุ่มอายุและสถานภาพสมรสในปัจจุบัน (คะแนนระหว่าง 0-3) (n=986)

อายุ	หญิงมีคู่		ชายมีคู่		หญิงไม่มีคู่		ชายไม่มีคู่	
	n	Mean ±SD	n	Mean ±SD	n	Mean ±SD	n	Mean ±SD
รวม	402	1.92±0.88	285	1.52±0.99	257	2.28±0.82	36	1.86±0.87
50-59	186	1.89±0.85	99	1.72±0.99	70	2.34±0.87	9	1.89±0.60
60-69	141	1.97±0.87	107	1.43±0.98	87	2.36±0.70	13	1.69±0.75
70-79	75	1.89±0.98	79	1.39±0.98	100	2.18±0.88	14	2.00±1.11

หมายเหตุ: คะแนนความพึงพอใจทางเพศที่เกิดจากการเปรียบเทียบและเสียดายอดีตที่ผ่านมาได้รับจากคำถาม 3 ข้อ คะแนนต่ำแสดงถึงความพึงพอใจต่ำ ซึ่งมีแนวโน้มว่าจะมีความเสียดายอดีตอยู่มาก คะแนนสูงหมายถึงความพึงพอใจสูง ซึ่งมีแนวโน้มว่ามีความเสียดายอดีตน้อย (range = 0-3) คำถาม 3 ข้อคือ 1. ฉันเสียดายความสุขทางเพศที่เคยมีในอดีต 2. ในป็นี่ฉันรู้สึกว่าการชีวิตทางเพศของฉันขาดหายไปหรือไม่สมบูรณ์ 3. ฉันมีความพึงพอใจกับชีวิตคู่ตอนเป็นหนุ่มสาวมากกว่าปัจจุบัน

(2) การมีเพศสัมพันธ์

- **เพศสัมพันธ์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา** ในกลุ่มที่มีคู่พบว่าชายที่มีคู่ 64.2% ยังมีการร่วมเพศในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา สัดส่วนนี้ลดลงตามกลุ่มอายุที่มากขึ้นทั้งหญิงและชาย (ตาราง 4)

ตาราง 4 การกระจายการมีเพศสัมพันธ์ (ร่วมเพศ) ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (n=1,019)

กลุ่มอายุ	หญิงมีคู่			ชายมีคู่			หญิงไม่มีคู่			ชายไม่มีคู่		
	จำนวน	มีการร่วมเพศ		จำนวน	มีการร่วมเพศ		จำนวน	มีการร่วมเพศ		จำนวน	มีการร่วมเพศ	
	ตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ	ตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ	ตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ	ตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
รวม	403	216	53.6	285	183	64.2	293	-	-	38	6	15.8
50-59	186	137	73.7	99	90	90.9	76	-	-	9	3	33.3
60-69	142	63	44.4	107	66	61.7	96	-	-	14	2	14.3
70-79	75	16	21.3	79	27	34.2	121	-	-	15	1	6.7

สำหรับกลุ่มผู้ที่เป็นโสด หรือมีสถานภาพเป็นม่าย หย่า แยก ที่ไม่มีคู่นั้น ไม่มีรายงานเลยว่าหญิงกลุ่มนี้มีการร่วมเพศในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ส่วนชายมีจำนวน 6 รายใน 32 ราย (18.8 %) ที่รายงานว่ามีร่วมเพศในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

- **เพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย** การมีเพศสัมพันธ์หรือการร่วมเพศครั้งสุดท้ายของผู้สูงอายุที่มีคู่พบว่า หญิงมีมัธยฐานที่ 1 เดือน-5 ปี 6 เดือน ในขณะที่ชายมีมัธยฐานอยู่ที่ 2 สัปดาห์-2 ปี 6 เดือนสำหรับการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายของผู้สูงอายุที่ไม่มีคู่ พบว่า หญิงมีมัธยฐานที่ 8-21 ปี ในขณะที่ชายมีมัธยฐานอยู่ที่ 3 ปี 6 เดือน-14 ปี

การที่หญิงมีมัธยฐานการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายสูงกว่าชายในทุกกลุ่มอายุ สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพโดยเฉพาะในกรณีที่มีการสัมภาษณ์คู่สมรส (คนละเวลา) พบว่า ชายมักตอบเรื่องราวที่เกี่ยวกับการแสดงออกถึงความสามารถในการร่วมเพศมากกว่าข้อมูลที่ได้รับจากฝ่ายหญิง ในขณะที่หญิงมีแนวโน้มในการตอบน้อยกว่าเป็นจริงหากเปรียบเทียบคำตอบที่ได้รับจากฝ่ายชาย

ตาราง 5 ค่ามัธยฐาน (เดือน) ของเพศสัมพันธ์ที่ผ่านมาครั้งสุดท้ายนับจากวันที่เก็บข้อมูล

สถานภาพ สมรส	กลุ่ม อายุ	หญิง						ชาย					
		จำนวน	median	P ₂₅	P ₇₅	min	max	จำนวน	median	P ₂₅	P ₇₅	min	max
มีคู่	50-59	158	1.0	0.5	6.0	0	228	86	0.5	0.25	1.0	0	48
	60-69	105	10.0	1.0	60.0	0	240	85	3.0	1.0	36.0	0	252
	70-79	52	66.0	11.5	138.0	0	360	54	30.0	2.0	72.0	0	360
	รวม	315	3.0	1.0	48.0	0	360	225	1.0	0.5	24.0	0	360

สถานภาพ สมรส	กลุ่ม อายุ	หญิง						ชาย						
		จำนวน	median	P ₂₅	P ₇₅	min	max	จำนวน	median	P ₂₅	P ₇₅	min	max	
ไม่มีคู่														
	50-59	27	96.0	66.0	240.0	24	360	6	42.0	10.0	120.0	0	120	
	60-69	49	240.0	120.0	360.0	36	528	7	60.0	17.5	72.0	3	84	
	70-79	55	240.0	174.0	360.0	24	624	9	168.0	24.0	180.0	11	276	
	รวม	131	240.0	114.0	306.0	24	624	22	84.0	12.0	12.0	0	276	

(3) ความต้องการทางเพศที่ไม่ล้นฤทธิ์ผล

ความหมายของความ ต้องการทางเพศที่ไม่ล้นฤทธิ์ผล (unmet sexual needs) สำหรับการศึกษานี้ หมายถึงกรณีหนึ่งกรณีใดดังต่อไปนี้คือ 1) คุณอนต้องการมีเพศสัมพันธ์หรือร่วมเพศ ในขณะที่ตนไม่มีความรู้สึก ต้องการทางเพศ และ/หรือร่วมเพศ แต่เพราะจำเป็นหรือจำยอม หรือถูกบังคับให้มีการร่วมเพศ 2) ตนต้องการ ร่วมเพศ แต่ไม่มีการร่วมเพศเกิดขึ้น อาจเนื่องจากเหตุผลต่างๆ เช่น ไม่มีคู่ คู่ไม่อยู่ คู่ปฏิเสธ คู่ไม่สบาย เป็นต้น

• ความชุกของความ ต้องการทางเพศที่ไม่ล้นฤทธิ์ผล

ตาราง 6 แสดงกลุ่มสูงอายุซึ่งมี 4 กลุ่ม คือ 1) หญิงมีคู่หรือแต่งงานตามกลุ่มอายุ 2) ชายมีคู่หรือแต่งงาน ตามกลุ่มอายุ 3) หญิงโสด/ม่าย/หย่า/แยก (ไม่มีคู่) ตามกลุ่มอายุ และ 4) ชายโสด/ม่าย/หย่า/แยก (ไม่มีคู่) ตามกลุ่มอายุ ได้ถูกพิจารณาตามความ ต้องการทางเพศที่ไม่ล้นฤทธิ์ผล 2 ประเภท คือ 1) ไม่มีความต้องการ ทางเพศแต่ต้องมีเพศสัมพันธ์หรือร่วมเพศ เนื่องจากจำยอมหรือถูกบังคับให้มีการร่วมเพศ และ 2) มีความ ต้องการทางเพศแต่ไม่มีการร่วมเพศ ทั้งสองประเภทนี้คือความ ต้องการทางเพศที่ไม่ล้นฤทธิ์ผล (unmet sexual needs)

จากตาราง 6 นี้พบว่า ผู้หญิงที่มีคู่หรือแต่งงานแล้วมีโอกาสที่จะมีความ ต้องการทางเพศที่ไม่ล้นฤทธิ์ผล แบบจำเป็นหรือจำยอม หรือถูกบังคับให้มีการร่วมเพศสูงกว่ากลุ่มสูงอายุอื่นๆ โดยเฉพาะหญิงที่มีคู่ที่อายุ 50-59 ปี และ 60-69 ปี มีสัดส่วนสูงกว่าหญิงมีคู่ที่มีอายุ 70-79 ปี

ขณะที่ชายที่โสด/ม่าย/หย่า/แยกที่ไม่มีคู่มิมีความ ต้องการทางเพศที่ไม่ล้นฤทธิ์ผลแบบที่ตนเองมีความ ต้องการแต่ไม่มีการร่วมเพศในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มอื่นๆ โดยเฉพาะชายโสด/ม่าย/หย่า/แยก อายุ 50-59 ปี และ 60-69 ปี มีสัดส่วนสูงกว่าชายโสด/ม่าย/หย่า/แยก อายุ 70-79 ปี นอกจากนี้พบว่าความ ต้องการทางเพศ ที่ไม่ล้นฤทธิ์ผลแบบที่ตนเองมีความ ต้องการแต่ไม่มีการร่วมเพศในกลุ่มชายที่มีคู่/แต่งงานแล้ว ในทุกกลุ่มอายุ และมีสัดส่วนสูงขึ้นในกลุ่มอายุที่มากขึ้น

ตาราง 6 การกระจายความต้องการทางเพศที่ไม่สัมพันธ์ผลจำแนกตามกลุ่มอายุ เพศ และสถานภาพสมรสปัจจุบัน (n=1,016)

เพศ/ สถานภาพ สมรส	อายุ	จำนวน ตัวอย่าง	ความต้องการทางเพศที่ไม่สัมพันธ์ผล					
			รวม		ไม่มีความต้องการ แต่มีเพศสัมพันธ์		มีความต้องการ แต่ไม่มีเพศสัมพันธ์	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
หญิงมีคู่								
	50-59	185	57	30.8	52	28.1	5	2.7
	60-69	141	44	31.2	41	29.1	3	2.1
	70-79	74	11	14.9	10	13.5	1	1.4
	รวม	400	112	28.0	103	25.8	9	2.3
ชายมีคู่								
	50-59	99	6	6.1	1	1.0	5	5.1
	60-69	107	20	18.7	4	3.7	16	15.0
	70-79	79	19	24.1	2	2.5	17	21.5
	รวม	285	45	15.8	7	2.5	38	13.3
หญิงไม่มีคู่								
	50-59	76	7	9.2	-	-	7	9.2
	60-69	96	4	4.2	-	-	4	4.2
	70-79	121	5	4.1	-	-	5	4.1
	รวม	293	16	5.5	-	-	16	5.5
ชายไม่มีคู่								
	50-59	9	3	33.3	-	-	3	33.3
	60-69	14	8	57.1	-	-	8	57.1
	70-79	15	1	6.7	-	-	1	6.7
	รวม	38	12	31.6	-	-	12	31.6

- ความไม่สอดคล้องกันระหว่างความต้องการทางเพศของตนเองและคู่ครอง

ความต้องการทางเพศที่ไม่สอดคล้องกันระหว่างหญิงชายสมรสกลายเป็นส่วนสำคัญของความต้องการทางเพศที่ไม่สัมพันธ์ผล สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเฉพาะในคู่สมรสเดียวกัน (จำนวน 180 คู่ รวม 360 คน) ที่ให้คู่ครองประเมินความรู้สึกความต้องการทางเพศของคู่ของตนว่ามีหรือไม่ ผลการศึกษาเฉพาะในคู่สมรส ในตาราง 7 พบว่า ชายสมรสคิดว่าคู่ของตนนั้นยังคงมีความรู้สึกความต้องการทางเพศอยู่สูงกว่าที่ฝ่ายหญิงระบุว่าตนมีในทุกกลุ่มอายุ เช่น สามีคิดว่าภรรยาที่อายุ 50-59 ปี ยังคงมีความรู้สึกความต้องการทางเพศอยู่ร้อยละ 67.6 ในขณะที่หญิงสมรสในกลุ่มอายุนี้อตอบว่าตนยังคงมีความรู้สึกความต้องการทางเพศอยู่เพียงร้อยละ 48.1

ในการทำงานเดียวกันที่ให้หญิงสมรสเป็นผู้ประเมินความรู้สึกความต้องการทางเพศของสามีของตน เมื่อเปรียบเทียบกับร้อยละที่สามีเป็นผู้ประเมินตนเองแล้ว ลัดส่วนมีความใกล้เคียงกัน แต่ก็ยังต่ำกว่าความรู้สึกที่สามีเป็นผู้ตอบเล็กน้อย เช่น ชายอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 94.9 ตอบว่าตนยังคงมีความรู้สึกความต้องการทางเพศอยู่ แต่ภรรยาประเมินว่าสามีของตนซึ่งอยู่ในกลุ่มอายุ 50-59 ปี มีความรู้สึกความต้องการทางเพศอยู่ ร้อยละ 90.9

ผลการศึกษานี้หญิงประเมินต่ำกว่าที่ชายตอบในทุกกลุ่มอายุ แต่มีความใกล้เคียงความจริงมากกว่าที่ชายประเมินความรู้สึกของหญิง การศึกษานี้แสดงถึงความเข้าใจในคู่ของตนจากฝ่ายชายมีน้อยกว่ามาก ทั้งนี้ อาจเนื่องจากการขาดการสื่อสารที่ดี หรือการไม่แสดงความรู้สึกที่แท้จริงของหญิง หรือเป็นการแสดงถึงบทบาทหน้าที่ของภรรยาตามธรรมเนียมไทยที่ต้องตอบสนองความต้องการทางเพศของสามี และหากแสดงความรู้สึกที่แท้จริงแล้ว แต่ยังต้องร่วมเพศ อาจเป็นการยึดเวลาในกิจกรรมทางเพศ ที่ทำให้ตนเองต้องลำบากใจ และหรือฝืนความรู้สึกในการร่วมเพศเป็นระยะเวลาที่นานขึ้น

ตาราง 7 เปรียบเทียบการประเมินความรู้สึกความต้องการทางเพศของตนเอง และการประเมินของคู่ครองว่าตนมีความรู้สึกต้องการทางเพศหรือไม่ แบ่งตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	(ร้อยละ) ความรู้สึกความต้องการทางเพศ	
	ฉันยังคงมีความต้องการทางเพศอยู่	สามีประเมินว่าภรรยาของเขาในกลุ่มอายุนี้อยังมีความต้องการทางเพศอยู่
หญิงสมรส / มีคู่		
50-59 ปี	48.1	79.4
60-69 ปี	17.0	44.9
70-79 ปี	8.1	25.7
รวม	29.8	52.0
กลุ่มอายุ	(ร้อยละ) ความรู้สึกความต้องการทางเพศ	
	ฉันยังคงมีความต้องการทางเพศอยู่	ภรรยาประเมินว่าสามีของเธอในกลุ่มอายุนี้อยังมีความต้องการทางเพศอยู่
ชายสมรส / มีคู่		
50-59 ปี	94.9	84.8
60-69 ปี	72.9	63.2
70-79 ปี	53.2	27.9
รวม	75.1	67.0

- **โครงสร้างปัจจัยที่มีผลต่อความต้องการทางเพศไม่สัมพันธ์ผล**

นอกจากศึกษาอัตราหรือความชุกของผู้สูงวัยไทยในเรื่องของความต้องการทางเพศที่สัมพันธ์ผลและไม่สัมพันธ์ผลแล้ว การศึกษานี้ยังได้วิเคราะห์โครงสร้างปัจจัยที่มีผลต่อการไม่มีความสุขในเรื่องเพศ เฉพาะด้าน

ที่เกี่ยวข้องกับความต้องการทางเพศและการตอบสนองทางเพศ ซึ่งแต่ละสถานภาพสมรสและเพศภาวะ มีโครงสร้างหรือองค์ประกอบของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันแตกต่างกันดังต่อไปนี้ (โดยศึกษาแยกเป็น 4 กลุ่มคือ หญิงสมรส หญิงโสด/ม่าย ชายสมรส และชายโสด/ม่าย)

1. กลุ่มหญิงสมรส

การศึกษาความต้องการทางเพศที่ไม่สัมฤทธิ์ผลนี้วิเคราะห์ 2 กรณีคือ 1) มีความต้องการแต่ไม่ได้รับ และ 2) กรณีที่ไม่มีความต้องการแต่ได้รับ ซึ่งผลการศึกษาพบว่าหญิงและชายมีความต้องการที่ไม่สัมฤทธิ์ในลักษณะตรงกันข้ามคือ ชายมีความต้องการทางเพศแต่ไม่ได้รับการร่วมเพศตามที่ตนปรารถนาในทุกกลุ่มอายุ และความต้องการที่ไม่สมปรารถนานี้มีสัดส่วนสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น

ส่วนหญิงนั้น การศึกษานี้พบความแตกต่างอย่างชัดเจนในทุกกลุ่มอายุ กล่าวคือ ผู้หญิงที่มีการร่วมเพศในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาไม่มีผู้ที่ไม่มีความต้องการทางเพศแล้วในทุกกลุ่มอายุ อย่างไรก็ตาม ร้อยละของความต้องการทางเพศที่ไม่สัมฤทธิ์นี้ลดลงตั้งแต่อายุ 64 ปีขึ้นไป

ผลการศึกษาที่พบความต้องการที่ไม่เป็นไปตามปรารถนาของผู้สูงวัยนี้สอดคล้องกับเรื่องอื่นๆ ของผู้สูงวัย ทั้งเรื่องความต้องการทางเพศ ความรู้สึกทางเพศ การร่วมเพศ การตอบสนองทางเพศ สัมพันธภาพทางเพศ การสื่อสารและความรุนแรงทางเพศ ในทิศทางเดียวกันและตรงข้ามระหว่างหญิงและชาย ซึ่งสอดคล้องกับเรื่องเกี่ยวกับการหยุดทำงานของรังไข่ที่ทำให้ผู้หญิงมีฮอร์โมนเพศลดน้อยลง มีผลก่อให้เกิดความระคายเคืองหรือเจ็บในระหว่างการร่วมเพศตั้งแต่หญิงเริ่มเข้าสู่การหมดประจำเดือน (นิกร และเขมิกา, 2536)

อย่างไรก็ตาม ความต้องการทางเพศที่ยังไม่สัมฤทธิ์นี้ โดยเฉพาะในหญิง อาจจะไม่เหมือนกับชายในลักษณะที่ว่าแม้หญิงอาจมีความรู้สึกทางเพศ/ความต้องการทางเพศ แต่มีได้หมายความว่าต้องการร่วมเพศเสมอไป ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า ผู้สูงวัยหญิงให้ความเห็นว่า “มีความรู้สึกแล้วไม่สนใจ ก็หายไปเอง” เป็นสิ่งที่ผู้หญิงไม่รู้สึกเดือดร้อนหรือเป็นปัญหา

หากวิเคราะห์โคสแควร์และองค์ประกอบ (factor analysis) รวม 23 ตัวแปร เพื่อศึกษารูปแบบจำลองลักษณะกลุ่มของตัวแปรหรือปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ร่วมกันที่สามารถอธิบายได้ว่ามีผลต่อความต้องการทางเพศที่ไม่สัมฤทธิ์ผลของผู้หญิง มี 4 องค์ประกอบ หรือกลุ่มหรือโครงสร้างของตัวแปร 4 ชุดดังนี้

โครงสร้างที่ 1 ประกอบไปด้วย มิติของกลุ่มอายุ เวลาที่แต่งงานหรืออยู่กินกันกับคู่ ความต้องการทางเพศ และการตอบสนองทางเพศ พบว่า ผู้หญิงในกลุ่มอายุสูงคือ 70-79 ปี โอกาสที่จะมีความต้องการทางเพศที่ไม่สัมฤทธิ์ผลน้อยกว่ากลุ่มที่อายุน้อยกว่า คนที่แต่งงานอยู่กินกันระหว่าง 30-39 ปีมีโอกาสที่จะมีความต้องการทางเพศที่ไม่สัมฤทธิ์ผลมากกว่าคนที่แต่งงานน้อยกว่า 30 ปี หรือมากกว่า 40 ปี ในมิติของความ ต้องการทางเพศ คือ คนที่มีคู่ที่ยังคงมีความต้องการทางเพศเป็นคนที่มีโอกาสมีความต้องการทางเพศที่ไม่สัมฤทธิ์ผลมากกว่าคนที่คู่ครองไม่มีความต้องการทางเพศแล้ว และในทำนองเดียวกัน ผู้หญิงที่ไม่สามารถตอบสนองความรู้สึกทางเพศของสามีได้ และผู้ที่มีสามีที่ยังคงตอบสนองความต้องการของตัวเองได้เป็นผู้ที่มีโอกาสที่จะมีความต้องการทางเพศที่ไม่สัมฤทธิ์ผลสูงกว่า

โครงสร้างที่ 2 ประกอบด้วยกลุ่มตัวแปรความแตกต่างของความต้องการทางเพศ และความรุนแรงทางเพศ

พบว่าผู้ที่สามีเคยทุบตี/ทำร้าย/ดูดา ผู้ที่ไม่ต้องการความสุขทางเพศอีกต่อไป และผู้ที่มีความเชื่อว่าเพศสัมพันธ์หรือการร่วมเพศของผู้สูงวัยนั้นมักขึ้นอยู่กับความต้องการทางเพศของฝ่ายชายเท่านั้น มักเป็นผู้ที่มีโอกาสที่จะพบกับความต้องการทางเพศที่ไม่ล้นฤทธิ์ผล

โครงสร้างที่ 3 คู่ต้องการไม่ตรงกัน ร่วมเพศไม่มีความสุข คู่ที่ไม่พร้อมควรช่วยตัวเอง

พบว่า โครงสร้างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการทางเพศที่ไม่ล้นฤทธิ์ผลของผู้หญิงในกลุ่มนี้ ได้แก่ ผู้ที่มีสามีหรือคู่ครองที่มีความต้องการทางเพศไม่ตรงกับเธอ หากต้องร่วมเพศ เธอรู้สึกลำบากใจและไม่มีความสุข และมักเป็นผู้ที่มีความเชื่อว่าผู้ชายที่คู่ของตนไม่พร้อมจะมีเพศสัมพันธ์ด้วยก็ควรสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง

โครงสร้างที่ 4 มีอาการบริเวณอวัยวะเพศระหว่างและหลังร่วมเพศ

พบว่าหญิงสมรสที่มีความต้องการทางเพศที่ไม่ล้นฤทธิ์ผลนั้น มักมีองค์ประกอบสุดท้ายร่วมกัน ได้แก่ อาการเจ็บแสบช่องคลอด ช่องคลอดแห้ง และเจ็บแสบระบบทางเดินปัสสาวะหลังร่วมเพศ

2. กลุ่มชายสมรส

การศึกษาในกลุ่มชายสูงวัยสมรสหรือมีคู่รวม 285 คน ผลจากการวิเคราะห์ไคสแควร์ และ factor analysis ตัวแปร 23 ตัว พบองค์ประกอบ 6 ชุดที่มีผลต่อความต้องการทางเพศที่ไม่ล้นฤทธิ์ผลดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 อายุมาก แต่งงานมานาน ไม่ต้องการความสุขทางเพศ เพศสัมพันธ์ไม่ดีและลำบากใจ

พบว่า ชายที่คู่ที่มีแนวโน้มมีความต้องการทางเพศไม่ล้นฤทธิ์ผลนั้น เป็นผู้ที่ตอบสนองความต้องการทางเพศของคู่ไม่ได้ คู่หรือภรรยาไม่มีความต้องการทางเพศ และมีคู่ที่ไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางเพศของตนได้ เป็นผู้ที่ลำบากใจเวลามีเพศสัมพันธ์ มักเป็นผู้ที่ไม่ต้องการความสุขทางเพศ เป็นผู้สูงวัยกลุ่มอายุ 70-79 ปี และแต่งงานหรืออยู่กินกับคู่มานานเท่ากับหรือมากกว่า 40 ปี องค์ประกอบของตัวแปรเหล่านี้ น่าจะแสดงถึงกลุ่มที่อายุสูงสุด ทำให้มีโอกาสที่จะมีปัญหาเรื่องสมรรถภาพทางเพศ ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการทางเพศได้ตามต้องการ หากมีปัญหาและไม่สามารถปรับตัวได้ จึงทำให้เกิดความรู้สึกไม่ต้องการความสุขทางเพศร่วมด้วย

องค์ประกอบที่ 2 การไม่เข้าใจ เอาใจใส่ดูแลของคู่ และการไม่มีความสุข

พบว่า ผู้สูงวัยชายที่มีโอกาสที่จะมีความต้องการทางเพศไม่ล้นฤทธิ์ผลนั้น มักเป็นผู้ที่ไม่มีความสุขในชีวิต คู่ เมื่อมีอายุมากขึ้น เป็นผู้ที่รู้สึกว่าคู่ของตนไม่เข้าใจ ไม่เอาใจใส่ความรู้สึกของตน ไม่ดูแลซึ่งกันและกัน และไม่รู้สึกว่าคู่ของตนมีความเอื้ออาทรต่อตน

องค์ประกอบที่ 3 คู่บ่นว่าและเจ็บป่วย

องค์ประกอบนี้สะท้อนว่าผู้สูงวัยชายที่มีโอกาสที่จะมีความต้องการทางเพศไม่ล้นฤทธิ์ผลนั้น มักมีคู่ที่ใช้อารมณ์ ดุว่าตน และมีคู่ที่มีปัญหาสุขภาพกาย เจ็บป่วยบ่อยๆ

องค์ประกอบที่ 4 เพศสัมพันธ์ไม่ดี และไม่ปฏิบัติตามความคาดหวังของคุณ

องค์ประกอบนี้หมายความว่า ผู้สูงวัยชายที่มีโอกาสที่จะมีความต้องการทางเพศไม่สัมฤทธิ์ผลนั้น การร่วมเพศกับคู่มักจะไม่ค่อยดีนัก และมักจะผิดหวังจากการร่วมเพศกับคู่ของตน

องค์ประกอบที่ 5 ยังมีความต้องการแต่ไม่ต้องการแล้ว และต้องการให้หมดไปหรือลดลง

พบว่า ผู้สูงวัยชายที่มีโอกาสที่จะมีความต้องการทางเพศไม่สัมฤทธิ์ผลนั้น มักยังคงมีความต้องการทางเพศอยู่ แต่ต้องการให้ความรู้สึกนี้ลดน้อยลงและต้องการให้ความรู้สึกนี้หมดไป

องค์ประกอบที่ 6 ไม่ได้รับการตอบสนองหรือทำตามความรู้สึกทางเพศ เชื่อว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องของผู้ชาย

องค์ประกอบสุดท้ายนี้หมายความว่าชายสมรสที่มีโอกาสมีความต้องการทางเพศไม่สัมฤทธิ์ผลนั้น มักมีความรู้สึกทางเพศ แต่ไม่ได้รับการตอบสนองหรือทำตามความรู้สึกและความต้องการของตนเอง รวมทั้งมีความเชื่อว่าการร่วมเพศของผู้สูงวัยเป็นเรื่องของความต้องการทางเพศของฝ่ายชายเท่านั้น

3. กลุ่มหญิงโสด ม่าย หย่า แยก

การวิเคราะห์ในกลุ่มหญิงโสด ไม่มีคู่ หรือ ม่าย หย่า แยก จำนวน 293 คน โดยโคสแควร์ และ Factor analysis จากตัวแปร 8 ตัว พบองค์ประกอบ 3 ชุดที่มีผลต่อความต้องการทางเพศที่ไม่สัมฤทธิ์ผลดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 เหงา ไม่มีคนรัก ต้องการความสุขทางเพศ มีความต้องการทางเพศ คาดว่าคุณสูงวัยมีความรู้สึกทางเพศ

ผู้สูงวัยหญิงโสดหรือม่ายที่มีโอกาสที่จะมีความต้องการทางเพศไม่สัมฤทธิ์ผลนั้น มักเป็นผู้ที่ไม่มีคนรัก ทำให้เหงาเป็นครั้งคราว เป็นผู้ที่ต้องการความสุขทางเพศ หากมีสิ่งเร้าเธอยังคงมีความรู้สึกทางเพศ/ ความต้องการทางเพศเป็นครั้งคราว เป็นผู้ที่ขาดคู่ทำให้ไม่มีผู้ตอบสนองทางเพศ และเป็นผู้ที่เชื่อว่าหญิงสูงวัยก็อาจมีความรู้สึกความต้องการทางเพศ

องค์ประกอบที่ 2 ต้องการให้ความรู้สึกทางเพศลดน้อยลง และถ้ามีคู่จะมีความสุข ผู้สูงวัยหญิงโสดหรือม่ายที่มีโอกาสที่จะมีความต้องการทางเพศไม่สัมฤทธิ์ผลนั้น มักเป็นผู้ที่ยังคงมีความต้องการทางเพศอยู่ แต่เธอไม่ต้องการความรู้สึกเหล่านี้อีกแล้ว ต้องการให้ความรู้สึกทางเพศลดน้อยลง และถ้าหากเธอมีคู่ เธอเชื่อว่าจะมีความสุขทางเพศมากกว่านี้

องค์ประกอบที่ 3 ความรู้สึกหดหู่

พบว่า ผู้สูงวัยหญิงโสดหรือม่ายที่มีโอกาสที่จะมีความต้องการทางเพศไม่สัมฤทธิ์ผลนั้น มักเป็นผู้ที่มีประสบการณ์เกิดความรู้สึกหดหู่จนไม่มีอะไรที่จะทำให้เธอรู้สึกดีขึ้นได้ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นบ่อย 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์

4. กลุ่มชายโสด ม่าย หย่า แยก

การศึกษาในกลุ่มชายโสด ไม่มีคู่ หรือ ม่าย หย่า แยก จำนวน 38 คน โดยวิธีการวิเคราะห์ที่ตนเองเดียวกันกับกลุ่มหญิงโสด ม่าย หย่า แยก คือใช้โคสแควร์ และ Factor analysis ตัวแปร 7 ตัว พบองค์ประกอบ 2 ชุดที่มีผลต่อความต้องการทางเพศที่ไม่สัมฤทธิ์ผลดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 อายุช่วง 60-69 ปี และเขายังต้องการความสุขทางเพศ

ผู้สูงวัยชายโสดหรือม่ายที่มีโอกาสที่จะมีความต้องการทางเพศไม่ล้มฤทธิ์ผลนั้น มักเป็นผู้ที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี และเป็นผู้ที่ยังคงต้องการความสุขทางเพศอยู่

องค์ประกอบที่ 2 คู่ ลังเร้ากับความรูสึกทางเพศ ความพึงพอใจในชีวิตโสด/ม่าย

ผู้สูงวัยชายโสดหรือม่ายที่มีโอกาสที่จะมีความต้องการทางเพศไม่ล้มฤทธิ์ผลนั้น มักเป็นผู้ที่หากมีสิ่งเร้า เขายังคงมีความรูสึก ความต้องการทางเพศอยู่บ้างเป็นครั้งคราว เป็นผู้ที่ไม่มีคู่ จึงขาดผู้ที่ตอบสนองทางเพศแก่เขา เขาเชื่อว่าหากมีคู่ เขาจะมีความสุขทางเพศมากกว่านี้ และเป็นที่ไม่พอใจในชีวิตโสดหรือม่ายของเขา

สรุปและอภิปรายผล

เพศวิถีเป็นเรื่องสำคัญที่เกี่ยวข้องกับชีวิตมนุษย์ ซึ่งประกอบไปด้วยมิติต่างๆ ทั้งเรื่องความเป็นหญิง เป็นชาย บทบาททางเพศ รสนิยมทางเพศ ความสัมพันธ์ทางเพศ ความพึงพอใจทางเพศ การนึกคิดเกี่ยวกับ คู่ครอง ความรัก กิริยามารยาท เป็นต้น ซึ่งทั้งหมดนี้มีความสัมพันธ์กับสภาวะทางเพศ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญ ในการส่งเสริมให้มีบุคคลมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี อย่างไรก็ตาม เรื่องเพศวิถีของทุกคนมีความเกี่ยวข้องกับสังคมวัฒนธรรมที่อยู่ในรูปแบบต่างๆ ทั้งความเชื่อ ค่านิยม และบรรทัดฐานในสังคม ซึ่งสอดแทรกอยู่ในวิถีชีวิตของคนเราผ่านสื่อ เรื่องเล่า ตำรา ภาพยนตร์ และการเลี้ยงดู เป็นต้น การศึกษานี้เป็นหนึ่งในงานวิจัยที่มีอยู่ไม่กี่ชิ้นในประเทศไทยที่ศึกษาเกี่ยวกับสภาวะทางเพศของผู้สูงวัย ซึ่งหมายความถึงความต้องการทางเพศ การตอบสนองทางเพศ การร่วมเพศ และความต้องการทางเพศที่ไม่ล้มฤทธิ์ผล รวมทั้งความเชื่อและค่านิยม ที่เกี่ยวข้องกับสภาวะทางเพศของผู้สูงวัย

จากการวิเคราะห์องค์ประกอบของกลุ่มปัจจัยที่มีผลต่อการไม่มีความสุขทางเพศ หรือ unmet sexual needs ของผู้สูงวัยและการศึกษาสัมภาษณ์เชิงลึกสามารถวิเคราะห์สรุปผลประเด็นที่สำคัญได้ ดังนี้

เมื่อหญิงมีอายุมากขึ้น บทบาททางเพศและสัมพันธ์ภาพทางเพศเริ่มลดลง และลดลงอย่างมาก ในกลุ่มอายุ 70-79 ปี สังคมไทยและชายมีความคาดหวังให้สตรีเป็นผู้ปรนนิบัติดูแลสามี ถือเป็นบทบาทหน้าที่ของสตรี ความคาดหวังนี้ไม่มีข้อยกเว้นแก่ผู้สูงวัย ผลกระทบคือชายสูงวัยรูสึกว่าภรรยาของตนไม่เอื้ออาทรพอ การศึกษานี้พบประเด็น “การเอื้ออาทร เอาใจใส่” เป็นปัจจัยร่วมหรือเป็นองค์ประกอบหนึ่งให้ชายมีความต้องการทางเพศไม่ล้มฤทธิ์ผล การที่พบเช่นนี้น่าเป็นเพราะว่าสังคมไทยโดยเฉพาะสังคมของผู้สูงวัยยังยึดติดกับแนวคิดที่ว่า ผู้หญิงเป็นเพศที่เป็นฝ่ายดูแลเอาใจใส่สมาชิกในครอบครัว ดังนั้น เมื่อฝ่ายชายมีพฤติกรรมช่วยเหลือหรือเอาใจใส่คู่ของตนเองเพียงเล็กน้อย ก็จะมีรูสึกว่าตนเอง (ตัวผู้ชายเอง) ช่วยเหลือมากแล้ว

ขณะที่ผู้หญิงเนื่องจากอายุมากขึ้นการดูแลเอาใจใส่คู่อาจลดน้อยถอยลงตามพลังกำลัง ดังนั้นจึงทำให้ การประเมินตนเองของผู้ชายสูงวัยในเรื่องการเอาใจใส่คู่ของตนค่อนข้างสูง ขณะที่การประเมินตนเองของผู้หญิงสูงวัยในเรื่องการเอาใจใส่ในคู่ค่อนข้างต่ำกว่าที่ตนเองคาดหวัง สิ่งเหล่านี้ก็ยังมีขึ้นถึงแนวคิดในเรื่อง การเอาใจใส่สมาชิกในครอบครัว และการให้เกียรติยกย่องสามีนั้นยังเป็นหน้าที่ของผู้หญิง ดังนั้น ในบทบาทหน้าที่ของหญิงในครอบครัว ในฐานะภรรยา หรือคนรักที่มีหน้าที่ดูแลสามี ในชีวิตความเป็นอยู่และเรื่องเพศ เมื่อภรรยาทำหน้าที่ไม่ครบถ้วน ฝ่ายชายจึงรูสึกว่าภรรยามีได้ดูแลเอาใจใส่ เกื้อกูล อาทร ซึ่งมีผลต่อสัมพันธ์ภาพ

ทางเพศในครอบครัวและไม่มีความสุขทางเพศ ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่าความเป็นรองของหญิงยังคงมีอยู่ ผู้หญิงมีความอดทนและปฏิบัติหน้าที่ตามที่สังคมคาดหวังตลอดมา จากการศึกษาที่พบความอดทนนี้เริ่มลดลงเมื่ออายุมากขึ้น และสูงสุดในช่วงอายุ 70-79 ปี

การลดช่องว่างนี้อาจปรับได้ด้วยการสื่อสารทำความเข้าใจกันระหว่างคู่ เช่น ให้เหตุผลเรื่องสุขภาพหรือความถดถอยของร่างกาย ความเหนื่อยล้าทางกายและใจ ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่หรือปฏิบัติได้เหมือนเดิมหรือตามความคาดหวังของคุณ เป็นต้น การสนับสนุนให้มีการฝึกทักษะในการสื่อสารและต่อรองแก่สตรี เช่นเดียวกับ การส่งเสริมให้ผู้หญิงต่อรองในการใช้ถุงยางอนามัย หรือการคุมกำเนิดในวัยก่อนหน้านี้ ขณะเดียวกัน การให้ความรู้แก่ชายและสังคมที่จะให้เกียรติในการเคารพการตัดสินใจและสิทธิของบุคคลหรือสตรีมากขึ้น เช่น ผู้หญิงมีสิทธิที่จะปฏิเสธการปฏิบัติตัวเหมือนเมื่อตอนอายุยังไม่มาก และบุคคลในครอบครัวควรต้องเคารพการตัดสินใจปฏิเสธของเธอ เป็นต้น

ผู้สูงวัยทั้งหญิงและชายยังมีความต้องการทางเพศ ความรู้สึกทางเพศ แม้ว่าจะลดลง แต่มิได้หมดไป ผลการศึกษาที่ยังพบว่า แม้ผู้หญิงจะหมดประจำเดือน หรือฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดขาดคู่อุปการะ แต่ยังคงมีความต้องการทางเพศอยู่ ผู้หญิงอายุ 75-79 ปีบางคนยังคงมีความต้องการทางเพศแต่ไม่มีการร่วมเพศในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ซึ่งสอดคล้องกับผลวิจัยในต่างประเทศที่ยืนยันว่าการร่วมเพศนั้นอาจมีได้จนตลอดอายุขัยสำหรับผู้ที่ต้องการ (Langfeldt & Porter, 1986) และการศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่า หญิงวัยกลางคน ร้อยละ 35 และผู้สูงวัยหญิงร้อยละ 50 มีความต้องการทางเพศลดลง (Waite, Laumann, Das, & Schumm, 2009)

อย่างไรก็ตาม ความต้องการทางเพศ ความรู้สึกทางเพศระหว่างหญิงชายโดยทั่วไปแตกต่างกัน กล่าวคือชายมีมากกว่าหญิง ตรงกับการศึกษาของ Kinsey et al., 1948; 1953 (อ้างถึงใน Hillman, 2012) ทั้งนี้อาจเนื่องจากความแตกต่างทางสรีรวิทยา และการปลูกฝังทางวัฒนธรรมในเรื่องบรรทัดฐานและค่านิยมทางเพศซึ่งมีผลต่อผู้สูงวัย เช่นที่ว่าผู้ชายต้องเก่งกล้า มีความสามารถทางเพศ ผู้หญิงไม่ควรแสดงออกทางเพศ ไม่ควรสนใจในเรื่องเพศโดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ไม่ควรแสดงว่ายังมีความต้องการ ความรู้สึกทางเพศ หากใครมีก็ต้องเก็บไว้ หรือต้องแสดงออกตรงข้ามเพื่อให้สอดคล้องกับบรรทัดฐานที่มีอยู่ในสังคม รวมทั้งค่านิยมที่ว่าสูงวัยแล้วก็ควรเข้าวัดฟังธรรม เป็นต้น

บรรทัดฐานและค่านิยมเหล่านี้มักสร้างความขัดแย้งให้กับผู้หญิง เช่น หน้าที่ของภรรยาต้องปรนนิบัติสามี รวมทั้งหากสามีต้องการร่วมเพศก็ต้องปฏิบัติตามแม้ไม่ยินดี ดังเช่นที่กฎหมายอาญาไทยว่าด้วยความผิดเกี่ยวกับเพศ ที่เคยให้ความหมายว่าการข่มขืนนั้นเกิดขึ้นได้เฉพาะกับหญิงที่ไม่ใช่ภรรยา ซึ่งหมายความว่าสามีสามารถร่วมเพศกับภรรยาได้แม้ไม่ยินยอม และไม่ถือว่าเป็นการข่มขืนใจ อย่างไรก็ตาม กฎหมายนี้ในปัจจุบันได้เปลี่ยนแปลงไปแล้ว คือสามีไม่สามารถร่วมเพศกับภรรยาได้หากเธอไม่ยินยอม แต่วัฒนธรรมนี้ก็ยังคงสืบทอดอยู่ เพราะไม่มีรายงานว่ามีภรรยาฟ้องร้องในประเด็นดังกล่าว อย่างไรก็ตาม การมีกิจกรรมทางเพศของผู้สูงวัยไทยมีน้อยกว่าผู้สูงวัยในประเทศแถบตะวันตก (Cain et al., 2003; Lewis, 2004 อ้างถึงใน Hillman, 2012) ทั้งนี้ นักวิชาการเชื่อว่าพฤติกรรมทางเพศเหล่านี้เกิดจากการหล่อหลอมและผลกระทบจากวัฒนธรรมของสังคมนั้นๆ (Guan, 2004; Moore, 2010 อ้างถึงใน Hillman, 2012)

ประเด็นความต้องการทางเพศและความรู้สึกทางเพศนี้คล้ายคลึงกับประเด็นบทบาททางเพศและสัมพันธภาพทางเพศ ที่ควรส่งเสริมศักยภาพของสตรีให้มีความสามารถในการสื่อสารและต่อรอง ทักษะเหล่านี้ควรพัฒนาเรื่อยมาตั้งแต่เด็กก่อนเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์และวัยกลางคน นอกจากนี้ การให้ความรู้และปลูกฝัง

ค่านิยมแก่งล้างคม ครอบครัว และผู้เกี่ยวข้อง ถึงธรรมชาติของเรื่องเพศ ความรู้สึกทางเพศ ความต้องการทางเพศ เป็นเรื่องปกติ มีใช้เรื่องที่น่าอับอาย น่ารังเกียจ เพียงแต่เราจะปฏิบัติตนอย่างไรให้อยู่ในขอบเขตที่เหมาะสมในบริบทของตน อีกทั้งสื่อมวลชนควรนำเสนอสาร (message) ที่ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในเรื่องเพศอย่างเหมาะสมและเท่าทัน ไม่ผลิตซ้ำหรือตอกย้ำ (reproduce) ภาพเหมารวม (stereotype) ของโครงสร้างความสัมพันธ์ทางเพศที่ไม่เท่าเทียม โดยเฉพาะการสื่อสารกับสังคมให้เข้าใจว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องของคนทุกวัยที่ต้องสร้างความเข้าใจร่วมกัน

การสื่อสารเรื่องเพศและความรุนแรงในครอบครัวสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ในผู้สูงวัยหญิง
 ผู้หญิงมักมีสถิติมีเพศสัมพันธ์หรือร่วมเพศสูงกว่าการมีความรู้สึกและมีความต้องการทางเพศ แสดงว่าการมีเพศสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นนั้นส่วนหนึ่งเป็นความต้องการทางเพศที่ไม่สัมฤทธิ์ผล ซึ่งสูงถึงร้อยละ 14.9-30.8 (ตามกลุ่มอายุ) ในจำนวนนี้พบว่าผู้หญิงจำเป็นต้องร่วมเพศเพื่อหลีกเลี่ยงการถูกทำร้าย บังคับ หรือข่มขู่ เป็นต้น ซึ่งต่างก็เป็นความรุนแรงที่ผู้หญิงต้องประสบ การศึกษานี้พบว่าผู้หญิงถูกฝึกใจจากคู่นอนในการร่วมเพศมากกว่าผู้ชาย และยังถูกฝึกใจมากขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น โดยช่วงอายุที่ผู้หญิงถูกฝึกใจจากคู่นอนมากที่สุดคือช่วงอายุที่ 75-79 ปี นอกจากนี้ยังพบว่าผู้หญิงที่เคยถูกฝึกใจจากคู่นอนมีความสุขน้อยกว่าผู้ชายที่เคยถูกฝึกใจจากคู่นอน โดยเฉพาะผู้หญิงในช่วงอายุ 60-64 ปี สำหรับสาเหตุที่ช่วงอายุดังกล่าวผู้หญิงมีค่าเฉลี่ยความสุขน้อยกว่าคู่นอน อาจจะเป็นเพราะว่าเป็นช่วงอายุที่ผู้หญิงกำลังปรับตัวและสื่อสารทำความเข้าใจกับชีวิตคู่ ถึงความรู้สึกความต้องการร่วมเพศที่น้อยลงของตัวเอง แต่อาจยังไม่เข้าใจกันเท่าไรนัก และอาจมีการฝึกใจเกิดขึ้นบ่อยๆ จึงส่งผลต่อความสุขในชีวิตคู่ของผู้หญิง

นอกจากนี้ การศึกษานี้พบผู้หญิงสมรสหนึ่งในสามที่ผ่านประสบการณ์ถูกสามีทำร้ายวิธีหนึ่งวิธีใด เช่น ข่มขู่ ดูว่า บังคับ เพื่อให้ร่วมเพศด้วย (เขมิกา, 2556) ประเด็นนี้ต่อเนื่องและคล้ายคลึงกับบทบาททางเพศและสัมพันธ์ภาพทางเพศของผู้สูงวัยที่ลดลง และก่อให้เกิดความรุนแรงตามมา ทางออกหรือการลดช่องว่างจึงคล้ายคลึงกัน คือ การสื่อสารและทำความเข้าใจกันระหว่างคู่นอน รวมทั้งการให้ความรู้และปลูกฝังค่านิยมเรื่องการเคารพในสิทธิ การตัดสินใจ และความต้องการของผู้อื่น โดยเฉพาะคนในครอบครัว รวมทั้งส่งเสริมค่านิยมที่ลดคุณค่าความเป็นปัจเจกบุคคลลง ไม่ส่งเสริมบริโภคนิยม ให้เห็นคุณค่าการอยู่ร่วมกันให้มากขึ้น ลดการคำนึงถึงประโยชน์ส่วนตน/การเอาเปรียบซึ่งกันและกัน (วรชัย, 2551)

ชายหญิงในกลุ่มสมรสอาจมีความต้องการทางเพศที่แตกต่างกัน **การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองน่าจะเป็นทางออกของทุกฝ่ายได้ดีที่สุดทางหนึ่ง** สอดคล้องกับงานของ Botwinick, 1984 (อ้างถึงใน Hillman, 2012) ที่กล่าวว่าความสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองเป็นกิจกรรมที่สำคัญของผู้สูงวัย ดังนั้น การให้ความรู้และสนับสนุนให้ผู้ที่ไม่สามารถร่วมเพศกับคู่นอน หรือขาดคู่นอนโดยเฉพาะชายเฒ่าซึ่งมีอัตราความต้องการทางเพศไม่สัมฤทธิ์ผลสูงที่สุดนั้น ควรยอมรับ และลดหรือหลีกเลี่ยงความเชื่อที่ว่าสูงวัยแล้วไม่ควรประพฤติปฏิบัติกิจเรื่องเพศ ทั้งนี้เพื่อหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น การบังคับขืนใจภรรยา การใช้บริการทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น

การที่ผู้สูงวัยบางคนต้องประสบกับความผิดหวังในความความสัมพันธ์ของชีวิตคู่ ประกอบกับความถดถอยของร่างกาย ทำให้ส่งผลกระทบออกมาเป็นความเจ็บป่วยในเรื่องเพศหรือความผิดปกติที่เรื่องเพศ (sexual dysfunction) ความเครียด ความไม่พึงพอใจในชีวิต เป็นต้น ทางออกสำหรับชีวิตคู่อาจเป็นการค้นหากิจกรรมใหม่ๆ ที่สอดคล้องกับคู่นอน อย่างไรก็ตาม การแสดงออกทางกายด้วยการสัมผัส กอด หอม

ความเอื้ออาทร ความใกล้ชิด และคำพูดที่หวานหู เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับผู้สูงวัย ซึ่งงานวิจัยนี้พบว่าพฤติกรรมทางเพศที่กล่าวมาเป็นสิ่งที่ผู้สูงวัยต้องการโดยไม่จำเป็นต้องมีเพศสัมพันธ์ (เขมิกา, 2556; Butler & Lewis, 1976 อ้างถึงใน Hillman, 2012)

ท้ายที่สุด และนับว่าสำคัญยิ่งเมื่อเกี่ยวกับเจตคติของคนในสังคมต่อเรื่องเพศกับผู้สูงวัย ที่มีอคติเชื่อว่าเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม ไม่มีอยู่ ไม่ควรจะต้องมีความสัมพันธ์ทางเพศ และเพศสัมพันธ์ เป็นต้น (Hillman, 2012) หรือสำนวนที่ว่า เป็น “เด๋อลามก” กับผู้ที่ยังแสดงว่ายังคงมีกิจกรรมทางเพศ กล่าวคือ หากผู้คนยังเชื่อว่าเรื่องเพศของผู้สูงวัยเป็นเสมือนข้อห้ามหรือ taboo เสียแล้ว ปัญหาต่างๆ จะไม่ถูกนำมาศึกษาพูดคุย หรือเป็นประเด็นที่ควรพิจารณาจริงจัง รวมไปถึงการที่ลูกหลาน บุคลากรสาธารณสุข หรือผู้ที่เกี่ยวข้องละเลย ไม่คิดว่าเป็นประเด็น รวมไปถึงการทำให้มองไม่เห็น สิ่งต่างๆ เหล่านี้ส่งผลให้การบริการที่เกี่ยวข้อง เช่น บริการอนามัยเจริญพันธุ์แก่ผู้สูงวัย บริการด้านสุขภาพทางเพศและการให้ความรู้เรื่องสภาวะทางเพศ จึงไม่เกิดขึ้น ซึ่งในความเป็นจริงแล้วบริการเหล่านี้เป็นสิ่งหนึ่งที่สังคมควรตระหนักและคำนึงถึงว่าเป็นสิทธิที่ผู้สูงวัยพึงได้รับ

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

- เขมิกา ยามะรัต, ปิยลัมพร ทะวานนท์, โพลิน ศรีสุขโข, บรรลุ ศิริพานิช และนิกร ดุลิตลิน. (2543). รายงานการวิจัยสุขภาพทางเพศของผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เขมิกา ยามะรัต. (2556). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัยสุขภาพทางเพศของผู้สูงอายุในพื้นที่นครราชสีมา ลิงห์บุรี และปทุมธานี. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ค้นจาก <http://thaitgri.org/?p=37339>
- นภาพร ชโยวรรณ และจอห์น โนเดล. (2545). กิจกรรมทางเพศของคนสูงอายุไทย: อิทธิพลของอายุ เพศ และสุขภาพ. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. เอกสารหมายเลข 286.
- นิกร ดุลิตลิน และเขมิกา ยามะรัต. (2536). 45-60 วัยวิกฤตของสตรี? วารสารข่าวแพทย์สตรี (ฉบับประชุมใหญ่ 10 ตุลาคม): 41-46.
- บรรลุ ศิริพานิช และคณะ. (2532). พฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่อายุยืนยาวและแข็งแรง. กรุงเทพฯ: สำนักศึกษาพิมพ์.
- ปรีดา ทศนประดิษฐ์. (2552). เมื่อสูงอายุ จะมีชีวิตคู่ไปทำไม เมื่อไม่มีการร่วมเพศ. ใน ปรีดา ทศนประดิษฐ์ และคณะ (บรรณาธิการ). 108 คำตอบ เดิมพลังผู้สูงอายุ จุดไฟความสุข (หน้า 170). นนทบุรี: สำนักพิมพ์กรีน-ปัญญาญาณ.
- พงษ์ศักดิ์ หมั่นศักดิ์. (2548). เพศสัมพันธ์ในวัยสูงอายุ: ศึกษาในเขตชนบทจังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิจัยประชากรและสังคม. นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรชัย ทองไทย. (2551). เพศศึกษาควรสอนอะไร. ใน กฤตยา อาชวนิจกุล และกาญจนา ตั้งชลทิพย์ (บรรณาธิการ). ประชากรและสังคม 2551: มิติ “เพศ” ในประชากรและสังคม (หน้า 96-113). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2552). สุขภาวะทางเพศในผู้สูงอายุ: ประเด็นด้านสังคม. ใน สุขภาพทางเพศกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์ และแคทลีน ฟอร์ด. (2551). เพศสัมพันธ์หลังวัยเจริญพันธุ์: การเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติหรือตามสังคม. ใน กฤตยา อาชวนิจกุล และกาญจนา ตั้งชลทิพย์ (บรรณาธิการ). ประชากรและสังคม 2551: มิติ “เพศ” ในประชากรและสังคม. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- Edwards, Weston M., & Coleman, Eli. (2004). Defining sexual health: A descriptive overview. *Archives of Sexual Behavior*, 33(June): 189-195.
- Harvard Medical School. (2009). *Attitudes about sexuality and aging*. Harvard Health Publications. Retrieved from <http://www.health.harvard.edu/staying-healthy/attitudes-about-sexuality-and-aging>
- Hillman, Jennifer. (2012). *Sexuality and Aging Clinical Perspectives*. New York: Springer.
- Knodel, J., Chayovan, N., & Prachuabmoh, V. (2011). Impact of population change on well-being of elderly in Thailand. In Gavin Jones and WassanaIm-em (Eds). *Impact of Demographic Change in Thailand* (Pp.35-63). Bangkok: UNFPA.
- Langfeldt, T., & Porter, M. (1986). *Sexuality and Family Planning: Report of a consultation and research findings*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Lindau, Stacy Tessler et al. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 357: 762-774.

- Mace, D. R., Bannerman, R. H. O., & Burton, J. (1974). *The Teaching of Human Sexuality in Schools for Health Professions*. (WHO Public Health Papers, No. 57). Geneva: World Health Organization.
- Mroczek, B., Kurpas, D., Gronowska, M., Kotwas, A., & Karakiewicz, B. (2013). Psychosexual needs and sexual behaviors of nursing care home residents. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 57(1): 32-38.
- Narasimhan, Lusti-Manjula, & Beard, John R. (2013). *Bulletin of the World Health Organization: Sexual health in older women*. Retrieved from <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/9/13-119230/en/>
- Waite, Linda J., Laumann, Edward O., Das, Aniruddha, & Schumm, L. Philip. (2009). Sexuality: Measures of partnerships, practices, attitudes, and problems in the national social life, health and aging study. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 64B(SI), i56-i66.
- World Health Organization (WHO). (2002). *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization.
- _____. (2006). *Draft Working Definition, October 2002*. Retrieved April 24, 2017, from <http://www.who.int/reproductive-health/gender/glossary.html>
- _____. (2017). *Sexual Health*. Retrieved from http://www.who.int/topics/sexual_health/en/
- Yamarat, Khemika, Havanond, Piyalumporn, & Chuemchit, Montakarn. (2014). Reproductive and sexual health problems: Reported by Bangkok's telephone hotline. *Journal of Health Research*, 28(4): 263-267.



เมื่อพ่อแม่ไทยต้องคุยกับลูกเรื่องเพศ

When Thai Parents Need to Talk about Sex with their Children

เฉลิมพล แจ่มจันทร์*, และกัญญา อภิพรชัยสกุล**

บทคัดย่อ

ภายใต้สถานการณ์สุขภาวะทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในเด็กและวัยรุ่นไทยที่มีแนวโน้มเป็นปัญหาเพิ่มขึ้นในหลายเรื่อง สถาบันครอบครัว โดยเฉพาะบทบาทของพ่อแม่ผู้ปกครองในการคุยกับลูกหรือเด็กในปกครองเพื่อให้คำแนะนำและการปรึกษาในเรื่องเพศที่เหมาะสมนับเป็นเรื่องที่มีความสำคัญ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตนในการพูดคุยกับลูกเรื่องเพศของพ่อแม่ผู้ปกครองไทย และวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตน กลุ่มเป้าหมายของการศึกษา ได้แก่ พ่อแม่ผู้ปกครองที่มีลูกหรือเด็กในปกครองอายุ 7-18 ปี โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจในปี 2559 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 2,446 คน ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตนของพ่อแม่ผู้ปกครองไทยยังอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามปัจจัยภูมิภาค เพศ กลุ่มอายุ ระดับการศึกษา จำนวนและเพศของลูกหรือเด็กในปกครอง ประสบการณ์การเข้าถึงกิจกรรมรณรงค์ส่งเสริมการคุยกับลูกเรื่องเพศ และปัจจัยการเลี้ยงดูในด้านต่างๆ ของพ่อแม่ผู้ปกครอง ในการส่งเสริมและรณรงค์ให้พ่อแม่ผู้ปกครองไทยพูดคุยให้คำแนะนำและการปรึกษากับลูกในเรื่องเพศนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาทักษะด้านความรู้ที่จำเป็น และทักษะที่เหมาะสมแก่พ่อแม่ผู้ปกครอง ส่งเสริมการเห็นความสำคัญและรู้จักใช้โอกาสหรือสร้างโอกาสในการคุยเรื่องเพศกับลูก

คำสำคัญ: อนามัยการเจริญพันธุ์ ความรู้ ทักษะการปฏิบัติตนคุยกับลูกเรื่องเพศ การสื่อสารในครอบครัว

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

** นักวิจัย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

Abstract

Under the worsening sexual and reproductive health situation of Thai youth and adolescents, the role of the family institution has become significantly more important. Of particular importance is the role of the parents and/or guardians in talking with their children about sex to provide appropriate advice and consultation. This study aims to assess knowledge, attitudes and practices (KAP) related to discussing sex with one's child, and also to examine the factors which influence parent-child communication about sex. The target population is Thai parents (or guardians) with a child in their care age 7 to 18 years. This study analyzed secondary data from a 2016 survey of 2,446 parents. The results show that KAP of Thai parents in talking with their children about sex are at a moderate level. The level is significantly different by parents' characteristics and factors, including region of residence, age, education level, number and sex of children, exposure to educational campaigns which promote talking with children about sex, and also parenting style. Based on the findings, in order to promote constructive discussion about sex between parents and their children, knowledge and attitude skill development as well as awareness promotion for parents to find/create opportunities to talk about sex with their children should be emphasized.

Keywords: reproductive health, knowledge, attitude and practice (KAP), parent-child communication about sex

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจพ่อแม่ผู้ปกครองไทย ภายใต้โครงการประเมินผลกิจกรรมการสื่อสารการตลาดทางสังคม เรื่อง “โอกาสทองคุยกับลูกเรื่องเพศ” คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ฝ่ายสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นอย่างสูงที่ให้ความอนุเคราะห์อนุญาตให้ใช้ข้อมูล

ที่มาและความสำคัญ

ประเทศไทยมีการดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์มาอย่างต่อเนื่อง แต่พบว่าปัญหาสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นยังมีปัญหาอยู่มาก โดยวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี มีอัตราการคลอดเพิ่มขึ้น เมื่อ พ.ศ. 2553 พบอัตราการคลอดต่อประชากรวัยเดียวกันอยู่ที่ 31.1 และเพิ่มสูงขึ้นถึง 53.4 ในปี 2555 แม้จะมีแนวโน้มลดลงบ้างเล็กน้อยคือ 44.8 ในปี 2558 แต่พบว่าการคลอดซ้ำมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในปี 2553 พบการคลอดซ้ำร้อยละ 11.1 และเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 12.2 ในปี 2558 (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557) นอกจากนี้วัยรุ่นขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันการตั้งครรภ์แล้ว ยังขาดความรู้ในเรื่องการป้องกันโรคต่างๆ อีกด้วย ทำให้พบว่าอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นอายุ 15-24 ปี ต่อแสนประชากรมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจาก 80.0 ในปี 2553 เป็น 127.08 ในปี 2558 (สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559) นอกจากนี้จากรายงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย เมื่อปี 2557 พบว่าวัยรุ่นไปทำแท้งร้อยละ 19.2 โดยสาเหตุที่ไปทำแท้งคือความไม่พร้อม นอกจากนี้บุคลลากรที่ทำแท้งให้ไม่ใช้แพทย์ถึงร้อยละ 9.1 (วิชัย และคณะ, 2557)

จากสถานการณ์ปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น ทำให้ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนหันมาใส่ใจในการดำเนินงานด้านการป้องกัน โดยให้ความรู้เรื่องเพศศึกษากันมากขึ้น เกิดความร่วมมือระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กับสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ทำโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ในวันรุ่น โดยวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปีสามารถเข้ารับบริการคุมกำเนิดโดยให้ยาฝังคุมกำเนิดและห่วงอนามัยฟรีในทุกสถานบริการที่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นอกจากการให้บริการเชิงตั้งรับแล้ว เชิงรุกได้มีการดำเนินงานให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาแก่เด็กและวัยรุ่นผ่านช่องทางต่างๆ ด้านความรู้เรื่องเพศศึกษาในระบบการศึกษา มูลนิธิแพธทูเฮลท์ (path2health) องค์กรพัฒนาเอกชน จัดให้มีหลักสูตรการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษาภายใต้ “โครงการก้าวอย่างอย่างเข้าใจ” ดำเนินการสอนโดยครูสามารถคิดหน่วยกิตได้ สำหรับช่องทาง Social network จัดให้ความรู้และให้คำปรึกษาผ่านช่องทาง Online sex education ทางเว็บไซต์ <http://www.lovecarestation.com>

สถาบันครอบครัวและพ่อแม่ผู้ปกครองเป็นหน่วยสังคมที่ใกล้ชิดกับลูกหลานมากที่สุด จากสถานการณ์ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ไม่ดีขึ้น การดำเนินงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทยได้เริ่มปรับรูปแบบโดยเพิ่มบทบาทของพ่อแม่ผู้ปกครองมากขึ้น โดยเฉพาะในเรื่องของการสื่อสารเรื่องเพศกับลูกหลาน มูลนิธิแพธทูเฮลท์ (path2health) ร่วมกับบริษัทเซฟรอน ประเทศไทย จำกัด ได้จัดทำโครงการ “ผู้ใหญ่เปิดใจลูกหลาน (รัก) ปลอดภัย” และทางสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยฝ่ายสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม ได้ดำเนินการสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม เพื่อสร้างการรับรู้ ความเข้าใจ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมของพ่อแม่ผู้ปกครองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จัดทำโครงการรณรงค์ “โอกาสทองคุยเรื่องเพศกับลูก” ให้ความสำคัญในการสร้างโอกาสพูดคุยเรื่องเพศกับเด็ก ส่งเสริมผู้ปกครองพ่อแม่ให้มีความรู้ความเข้าใจ และมีทักษะในการคุยเรื่องเพศกับเด็กเชิงบวก และช่องทางที่ให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ความรู้ ความเข้าใจในการคุยเรื่องเพศของพ่อแม่ผู้ปกครอง (ชนวนทอง, 2556)

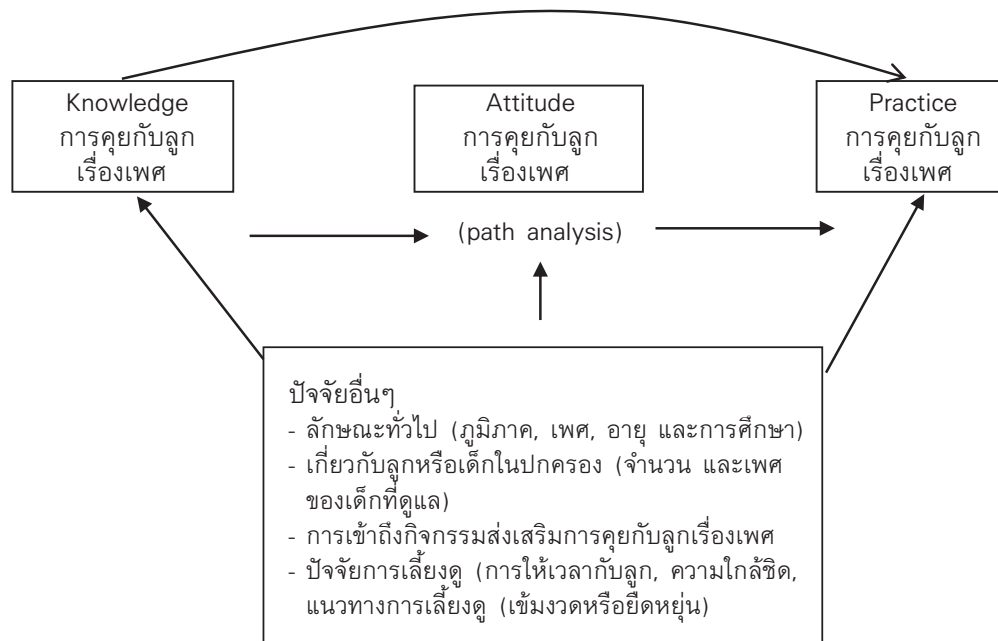
จากการทบทวนงานการศึกษาที่เกี่ยวข้องในอดีต พบว่า พฤติกรรมในแต่ละครอบครัวหรือการปฏิบัติตัวของพ่อแม่อาจส่งผลถึงพฤติกรรมของบุตรได้ ผลการวิจัยของ Chamratrithirong et al. (2010) พบว่าพฤติกรรมของพ่อแม่สามารถส่งถ่ายมายังบุตรได้ และสามารถป้องกันบุตรจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ เพศของบิดามารดามีผลในการคุยเรื่องเพศกับลูก ถ้าลูกเป็นผู้หญิงหน้าที่ในการคุยควรเป็นของมารดา หากลูกเป็นผู้ชายหน้าที่ในการคุยควรเป็นของบิดา (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2556) การปฏิบัติตัวในการคุยกับลูกเรื่องเพศของพ่อแม่ผู้ปกครองมีลักษณะหรือวิธีการที่อาจแตกต่างกันระหว่างลูกชายและลูกสาว เนื่องมาจากปัจจัยทางด้านพฤติกรรมเสี่ยงและพฤติกรรมที่ควรส่งเสริมทางเพศที่แตกต่างกันตามเพศของบุตร (Rhucharoenpompanich et al., 2010) รวมถึงทัศนคติของพ่อแม่ต่อการยอมรับพฤติกรรมทางเพศของบุตร เช่น การมีเพศสัมพันธ์ที่แตกต่างกันตามเพศของบุตร (กัญญา และดุสิตา, 2551)

สำหรับประเทศไทยปัจจัยที่เป็นอุปสรรคที่ทำให้ “พ่อแม่ผู้ปกครองไทย” ไม่พูด ไม่กล้าที่จะคุยหรือไม่รู้ที่จะคุยอย่างไรกับลูกหรือบุตรหลานในปกครองของตนเกี่ยวกับเรื่องเพศ หรือพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ คือ การขาดความรู้ ไม่แน่ใจว่าความรู้ที่จะสอนลูกนั้นถูกต้องหรือไม่ ขาดทักษะในการสื่อสารเรื่องเพศกับลูกหลาน (Rhucharoenpompanich et al., 2012) หรือมีทัศนคติเชิงลบหากจะสอนเรื่องเพศกับลูกหลาน และไม่ทราบว่าจะปฏิบัติตัวอย่างไรเมื่อรู้ว่าลูกหลานเริ่มเข้าสู่วัยหนุ่มสาว การมีทัศนคติต่อประเด็นเรื่องเพศที่ค่อนข้างอนุรักษ์นิยมและมักไม่นำเรื่องเพศมาพูดคุยหรืออภิปรายกันในลักษณะที่เปิดเผย วิธีประเพณีของไทยที่มีมาแต่อดีตก็เป็นอุปสรรคที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้พ่อแม่ไทยไม่คุยกับลูกเรื่องเพศ (Sridawruang, Pfeil, & Crozier, 2010) อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ที่ติระหว่างพ่อแม่ผู้ปกครองและลูก รวมถึงสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว เป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยอันหนึ่งในการเปิดโอกาสให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนระหว่างพ่อแม่กับลูกในเรื่องของเพศ (Wilson et al., 2010)

วัตถุประสงค์การศึกษาและกรอบแนวคิด

บทความนี้มีวัตถุประสงค์ในการศึกษา 2 ข้อด้วยกัน หนึ่ง เพื่อประเมินระดับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนในการพูดคุยเรื่องเพศกับลูกของพ่อแม่ผู้ปกครองไทย และ สอง เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนที่เหมาะสมในการคุยกับลูกเรื่องเพศของพ่อแม่ผู้ปกครองโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เส้นทาง หรือ path analysis

รูป 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์เส้นทาง (path analysis)



จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประยุกต์ร่วมกับแนวคิดแบบจำลองความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติตน (knowledge, attitude, practice: KAP) นำมาสู่การพัฒนาเพื่อกำหนดโมเดลต้นแบบที่ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาและการวิเคราะห์ข้อมูล ดังรูป 1 ในเบื้องต้น ตามแนวคิดแบบจำลองความสัมพันธ์ KAP การมีความรู้ (knowledge) ที่เพิ่มขึ้นของพ่อแม่ผู้ปกครองในเรื่องที่จำเป็นสำหรับการคุยกับลูกเรื่องเพศ เชื่อว่ามีอิทธิพลเชิงบวกที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านทัศนคติ (attitude) รวมถึงการปฏิบัติตน (practice) ที่ดีหรือเหมาะสมยิ่งขึ้นของพ่อแม่ผู้ปกครองในการพูดคุยกับลูกเรื่องเพศ โดยที่การเปลี่ยนแปลงของการปฏิบัติตน (practice) ส่วนหนึ่ง อาจเป็นผลที่ได้รับอิทธิพลทางตรงจากการปรับเปลี่ยนของทัศนคติ (attitude) ที่ดีขึ้นด้วยเช่นกัน

ภายใต้ความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้งสามนี้ ปัจจัยที่อาจมีอิทธิพลและความสัมพันธ์ร่วมด้วยในลักษณะของตัวแปรภายนอก (external factors) ที่ควรนำมาพิจารณาวิเคราะห์ร่วมด้วยเพื่อเข้าใจและควบคุมอิทธิพลที่อาจมีต่อความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติตนของพ่อแม่ผู้ปกครองไทยในการคุยกับลูกเรื่องเพศ ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคลของพ่อแม่ผู้ปกครอง เช่น ภูมิภาคที่อยู่อาศัย เพศ อายุ และการศึกษา ปัจจัยเกี่ยวกับลูกและเด็กที่อยู่ภายใต้ปกครอง เช่น จำนวน หรือเพศของลูกหรือเด็กที่ปกครองดูแล ปัจจัยการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารหรือกิจกรรมรณรงค์ที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมการคุยกับลูกเรื่องเพศ และปัจจัยด้านการเลี้ยงดู เช่น ความใกล้ชิด และการใช้เวลาอยู่กับลูกหรือเด็กภายใต้ปกครอง รวมถึงแนวทางการเลี้ยงดูที่อาจเป็นในลักษณะเข้มงวดหรือในลักษณะตรงข้ามคือ ค่อนข้างยืดหยุ่นในการเลี้ยงดู โดยในปัจจุบันสุดท้ายนี้คาดว่าจะมีอิทธิพลเฉพาะในส่วน of ทัศนคติและการปฏิบัติตนของพ่อแม่ผู้ปกครองในการคุยกับลูกเรื่องเพศเท่านั้น

ระเบียบวิธีการศึกษา

1) ข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจพ่อแม่ผู้ปกครองไทย ภายใต้โครงการประเมินผลกิจกรรมการสื่อสารการตลาดทางสังคม เรื่อง “โอกาสทองคุยกับลูกเรื่องเพศ” โดยฝ่ายสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการสำรวจเพื่อประเมินผลประสิทธิผลการสื่อสารรณรงค์การตลาดที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ทักษะความรู้ และพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เข้าถึงและเข้าไม่ถึงการรณรงค์ และกิจกรรมการตลาดที่แตกต่างกัน กลุ่มเป้าหมายของการสำรวจ ได้แก่ พ่อแม่ผู้ปกครองไทยที่มีลูกหรือเด็กในความปกครองอายุระหว่าง 7-18 ปี โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีเงื่อนไข (purposive sampling) ตามเกณฑ์เงื่อนไขอายุของลูกหรือบุตรในปกครอง และเงื่อนไขการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มพ่อแม่ผู้ปกครองที่เคยเห็น เคยได้ยินหรือรับทราบ หรือเข้าร่วมกิจกรรมการสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมในเรื่อง “โอกาสทองคุยกับลูกเรื่องเพศ” ผ่านช่องทางใดก็ได้อย่างน้อย 1 ช่องทางในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา และกลุ่มที่ไม่เคยเห็น ไม่เคยได้ยินหรือรับทราบ และไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมการสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม โดยกำหนดโควตาจำนวนตัวอย่างที่ต้องการจากแต่ละกลุ่มในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน¹

การสำรวจใช้แบบสอบถามอย่างมีโครงสร้างพร้อมพนักงานสัมภาษณ์ (structured questionnaire with an interviewer) ที่พัฒนาโดยคณะนักวิจัยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม ร่วมกับคณะทำงานฝ่ายสื่อสารการตลาดเพื่อสังคมของ สสส. ดำเนินการเก็บข้อมูลในพื้นที่โดยศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ (SAB) ในช่วงเดือนสิงหาคมถึงกันยายน 2559 ในพื้นที่ 5 จังหวัด ซึ่งในการศึกษานี้กำหนดเป็นตัวแทนแต่ละภูมิภาคของประเทศไทย ได้แก่ กรุงเทพฯ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้จำนวนตัวอย่างพ่อแม่ผู้ปกครองไทย รวม 2,422 คน

2) ตัวแปรและนิยามเชิงปฏิบัติการ

จากกรอบแนวคิดของการศึกษาที่แสดงไว้ในรูป 1 ปัจจัยซึ่งคาดว่าเป็นตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์เชิงอิทธิพลต่อระดับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนในการคุยกับลูกเรื่องเพศของพ่อแม่ผู้ปกครองไทย ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย ตัวแปรภูมิภาค (Region) ซึ่งเป็นที่อยู่อาศัยของพ่อแม่ผู้ปกครอง (1 = ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ; 2 = กรุงเทพฯ; 3 = ภาคกลาง; 4 = ภาคเหนือ; 5 = ภาคใต้) ตัวแปรเพศ (Gender) (1 = เพศหญิง และ 2 = เพศชาย) ตัวแปรกลุ่มอายุ (Age_g) (1 = 18-29 ปี; 2 = 30-39 ปี; 3 = 40-49 ปี และ 4 = 50 ปีขึ้นไป) ตัวแปรระดับการศึกษา (Educ) (1 = ประถมศึกษาและต่ำกว่า; 2 = มัธยมศึกษาตอนต้น; 3 = มัธยมศึกษาตอนปลาย และ 4 = สูงกว่ามัธยมศึกษา)

¹ เป็นข้อจำกัดของการศึกษาที่ไม่สามารถใช้ข้อมูลและผลการสำรวจเป็นตัวแทนระดับประเทศได้

ปัจจัยเกี่ยวกับลูกหรือเด็กในปกครอง ประกอบด้วย ตัวแปรจำนวนเด็กที่ดูแล (No_ch) ซึ่งหมายถึง จำนวนเด็กอายุ 7-18 ปีที่อยู่ภายใต้การดูแล (ทั้งในฐานะพ่อแม่หรือผู้ปกครอง) (1 = 1 คน; 2 = 2 คน และ 3 = 3-4 คน) ตัวแปรเพศของเด็กที่ดูแล (Sex_ch) ซึ่งหมายถึง เพศของเด็กอายุ 7-18 ปีที่อยู่ภายใต้การดูแล (ทั้งในฐานะพ่อแม่หรือผู้ปกครอง) (1 = ชายอย่างเดียว; 2 = หญิงอย่างเดียว และ 3 = ทั้งชายและหญิง) ปัจจัยถัดมา ได้แก่ ตัวแปรการเข้าถึงกิจกรรมส่งเสริมการคุยกับลูกเรื่องเพศ (Interv) ซึ่งหมายถึง การเคยหรือไม่เคยเข้าถึงกิจกรรมการสื่อสารการตลาดทางสังคม เพื่อส่งเสริมการคุยกับลูกเรื่องเพศ โดยพ่อแม่ผู้ปกครองในรอบ 3 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ (1 = ไม่เคยเข้าถึง; 2 = เคยเห็นหรือได้ยินสื่อรณรงค์ ช่องทางต่างๆ; 3 = เคยเข้าร่วมหรือทำกิจกรรมรณรงค์ และ 4 = เคยเข้าถึงทั้งสื่อและกิจกรรมรณรงค์)

ปัจจัยสุดท้ายหรือปัจจัยการเลี้ยงดู ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมคาดว่าเป็นปัจจัยที่อาจไม่มีอิทธิพลทางตรงต่อระดับความรู้ในการคุยกับลูกเรื่องเพศ แต่มีอิทธิพลต่อระดับทัศนคติและการปฏิบัติตนของพ่อแม่ผู้ปกครองไทยในการคุยกับลูกเรื่องเพศ ประกอบด้วย ตัวแปรความใกล้ชิดกับเด็ก (intimacy) ซึ่งหมายถึง ระดับความใกล้ชิดสนิทสนมกับกับเด็ก (ทุกคนโดยเฉลี่ยทั้งบุตรและเด็กภายใต้การปกครอง) ประเมินโดยตนเองใน 4 ระดับ (1-4 ไม่ค่อยถึงมากที่สุด) ตัวแปรการใช้เวลากับเด็ก (time_sp) ซึ่งหมายถึง ระดับความสามารถในการให้เวลากับเด็กในการทำกิจกรรมร่วมกัน การพูดคุย ให้คำปรึกษาเรื่องต่างๆ (โดยเฉลี่ยทั้งบุตรและเด็กภายใต้การปกครอง) ประเมินโดยตนเองใน 4 ระดับ (1-4 ไม่มีเวลาถึงตลอดเวลา) ตัวแปรแนวทางการเลี้ยงดู (par_style) ซึ่งหมายถึง ระดับความเข้มงวดของรูปแบบการเลี้ยงดู เป็นค่าคะแนนเฉลี่ย 1-4 (เข้มงวดที่สุดถึงยืดหยุ่นที่สุด) ชี้นำจากข้อคำถาม 5 ข้อ เกี่ยวกับการเป็นผู้ปกครองที่ยืดหยุ่น การเปิดโอกาสให้เด็กได้ทำสิ่งที่ชอบ การเปิดโอกาสในการรับฟังคำถาม การตอบคำถาม และการแสดงออกซึ่งความรักและความเป็นห่วงต่อเด็ก

เกี่ยวกับการคุยกับลูกเรื่องเพศของพ่อแม่ ตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เส้นทาง ประกอบด้วย ตัวแปร ซึ่งถูกกำหนดเป็นตัวแปรตามในการศึกษานี้ ประกอบด้วย ตัวแปรระดับความรู้ การคุยกับลูกเรื่องเพศ (know_st) หมายถึง ระดับค่าคะแนนเฉลี่ยในการตอบแบบประเมิน “ความพร้อมในการคุยกับลูกเรื่องเพศ” (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ [สสส.], 2559) ที่ถูกต้อง ใน 7 ข้อคำถามที่ประเมินระดับทักษะด้านความรู้ของพ่อแม่ผู้ปกครองเกี่ยวกับการให้คำแนะนำแก่เด็กในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเพศ เช่น ในเรื่องการคุมกำเนิด การป้องกันการตั้งครรภ์ การช่วยตนเอง การทำความเข้าใจวัยวะเพศ อายุที่ควรเริ่มคุยเรื่องเพศ เป็นต้น ซึ่งแปลงเป็นค่าคะแนน 0-100 คะแนน ตัวแปรระดับทัศนคติการคุยกับลูกเรื่องเพศ (Att_st) หมายถึง ระดับค่าคะแนนเฉลี่ยในการตอบแบบประเมิน “ความพร้อมในการคุยกับลูกเรื่องเพศ” ที่ถูกต้อง ใน 8 ข้อคำถามที่ประเมินระดับทักษะด้านทัศนคติของพ่อแม่ผู้ปกครองเกี่ยวกับการคุยกับลูกเรื่องเพศในสถานการณ์ต่างๆ เช่น การมีผู้ชายหญิงอย่างอนาถในโรงเรียน การที่เด็กคบกับเพื่อนที่มีลักษณะดูดี พฤติกรรมกามมีแฟน เริ่มมีเพศสัมพันธ์ หรือการตั้งท้องในวัยเรียน เป็นต้น ซึ่งแปลงเป็นค่าคะแนน 0-100 คะแนน และตัวแปรระดับการปฏิบัติตนในการคุยกับลูกเรื่องเพศ (Prac_st) หมายถึง ระดับค่าคะแนนเฉลี่ยในการปฏิบัติตนที่เหมาะสมในการคุยกับลูกเรื่องเพศ จาก 9 ข้อคำถามประเมินตามแนวคิดคุยกับลูกเรื่องเพศ เมื่อเด็กอยากคุย เมื่อมีโอกาส และเมื่อจำเป็นต้องคุย ซึ่งแปลงเป็นค่าคะแนน 0-100 คะแนน

ผลการศึกษา

1) การวิเคราะห์ตัวแปรเดียว

ลักษณะทั่วไปของพ่อแม่ผู้ปกครองไทยจำนวน 2,446 คน ที่ตกเป็นตัวอย่างของการสำรวจฯ และใช้เป็นข้อมูลของการศึกษานี้ เกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล จำนวนและเพศของเด็กที่ดูแล ปัจจัยการเลี้ยงดู และการเข้าถึงกิจกรรมส่งเสริมรณรงค์การคุมกำเนิด เรื่องเพศ รวมถึงผลการประเมินระดับความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตนในการคุมกำเนิด เรื่องเพศ ซึ่งเป็นวัตถุประสงค์แรกของการศึกษานี้ สรุปได้ดังตาราง 1

ในภาพรวม พ่อแม่ผู้ปกครองที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการกระจายใกล้เคียงกันที่ประมาณร้อยละ 16-17 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจากแต่ละภูมิภาคของประเทศ ยกเว้นจากกรุงเทพฯ ที่มีขนาดตัวอย่างคิดเป็นร้อยละ 31.6 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ส่วนใหญ่หรือประมาณ 2 ใน 3 (ร้อยละ 67.0) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 37.7 และ 34.6 มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี และ 30-39 ปีตามลำดับ เกี่ยวกับระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายเป็นต้นไป โดยร้อยละ 31.4 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย และร้อยละ 32.9 จบการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ส่วนใหญ่หรือมากกว่า 2 ใน 3 (ร้อยละ 68.2) ของพ่อแม่ผู้ปกครองมีลูกหรือเด็กในปกครองเพียง 1 คน ร้อยละ 26.6 มีลูกหรือเด็กในปกครอง 2 คน และที่เหลือเพียงร้อยละ 5.2 มีลูกหรือเด็กในปกครอง 3-4 คน เกี่ยวกับเพศของเด็กที่ดูแล มีสัดส่วนที่ไม่แตกต่างกันมาก ร้อยละ 42.8 และ 39.1 มีลูกหรือเด็กในปกครองที่เป็นเพศชายเพียงอย่างเดียว และเป็นเพศหญิงเพียงอย่างเดียว ตามลำดับ พ่อแม่ผู้ปกครองที่มีลูกหรือเด็กในปกครองทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีสัดส่วนคิดเป็นร้อยละ 18.1 ของพ่อแม่ผู้ปกครองทั้งหมด

ในส่วนการเข้าถึงกิจกรรมส่งเสริมการคุมกำเนิด เรื่องเพศ พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 49.6) ของกลุ่มตัวอย่างไม่เคยเห็น ไม่เคยได้ยินหรือรับทราบ และไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมการสื่อสารการตลาดทางสังคมเพื่อส่งเสริมการคุมกำเนิดเรื่องเพศเลยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 36.5 เคยเห็นหรือได้ยิน สื่อรณรงค์ช่องทางต่างๆ ร้อยละ 2.4 เคยเข้าร่วมหรือทำกิจกรรมรณรงค์ และร้อยละ 11.5 ทั้งเคยเห็นและได้ยินสื่อรณรงค์ช่องทางต่างๆ รวมทั้งเข้าร่วมหรือทำกิจกรรมรณรงค์ สำหรับปัจจัยในด้านการเลี้ยงดูลูกหรือเด็กในปกครอง พ่อแม่ผู้ปกครองส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 45.9 รายงานว่ามีความใกล้ชิดสนิทสนมกับลูกหรือเด็กค่อนข้างมาก ร้อยละ 29.6 มีความใกล้ชิดสนิทสนมมากที่สุด เช่นเดียวกัน ถึงร้อยละ 46.9 และ 33.5 รายงานว่าสามารถให้เวลาหรือใช้เวลาร่วมกับเด็กในการให้คำแนะนำคำปรึกษา หรือทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันได้ “เป็นส่วนใหญ่” และ “ได้ตลอดเวลา” ตามลำดับ จาก 5 ข้อคำถามเกี่ยวกับแนวทางการเลี้ยงดู ค่าคะแนนที่ชี้วัดระดับความเข้มงวดมากที่สุด (1.00 คะแนน) ไปถึงความยืดหยุ่นมากที่สุด (4.00 คะแนน) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.36 ซึ่งถือว่าโน้มเอียงไปในทางที่มียืดหยุ่นในแนวทางการเลี้ยงดูลูกและเด็กในปกครอง ประมาณหนึ่ง

ตาราง 1 ปัจจัยส่วนบุคคลจำนวนและเพศของเด็กที่ดูแล ปัจจัยการเลี้ยงดู การเข้าถึงกิจกรรมส่งเสริม และ ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนในการคุยกับลูกเรื่องเพศ (รวม 2,446 คน*)

	ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ภูมิภาค (Region)	1 = ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	773	31.6
	2 = กรุงเทพฯ	398	16.3
	3 = ภาคกลาง	423	17.3
	4 = ภาคเหนือ	422	17.3
	5 = ภาคใต้	430	17.6
เพศ (Gender)	1 = เพศหญิง	1,634	67.0
	2 = เพศชาย	805	33.0
กลุ่มอายุ (Age_g)	1 = 18-29 ปี	274	11.2
	2 = 30-39 ปี	846	34.6
	3 = 40-49 ปี	923	37.7
	4 = 50 ปีขึ้นไป	403	16.5
ระดับการศึกษา (Educ)	1 = ประถมศึกษาและต่ำกว่า	447	18.3
	2 = มัธยมศึกษาตอนต้น	425	17.4
	3 = มัธยมศึกษาตอนปลาย	768	31.4
	4 = สูงกว่ามัธยมศึกษา	804	32.9
จำนวนเด็กที่ดูแล (No_ch)	1 = 1 คน	1,668	68.2
	2 = 2 คน	651	26.6
	3 = 3-4 คน	127	5.2
การเข้าถึงกิจกรรมส่งเสริม การคุยกับลูกเรื่องเพศ (Interv)	1 = ไม่เคยเข้าถึง	1,214	49.6
	2 = เคยเห็นหรือได้ยินสื่อรณรงค์ช่องทางต่างๆ	893	36.5
	3 = เคยเข้าร่วมหรือทำกิจกรรมรณรงค์	58	2.4
	4 = เคยเข้าถึงทั้งสื่อและกิจกรรมรณรงค์	281	11.5
เพศของเด็กที่ดูแล (Sex_ch)	1 = ชายอย่างเดียว	1,046	42.8
	2 = หญิงอย่างเดียว	956	39.1
	3 = ทั้งชายและหญิง	441	18.1
ความใกล้ชิดกับเด็ก (intimacy)	1 = ไม่ค่อยใกล้ชิด	0	0
	2 = ค่อนข้างใกล้ชิด	599	24.6
	3 = ใกล้ชิดมาก	1,118	45.9
	4 = ใกล้ชิดมากที่สุด	721	29.6
การใช้เวลากับเด็ก (time_sp)	1 = ไม่มีเวลา	0	0
	2 = นานๆ ครั้ง	478	19.6
	3 = เป็นส่วนใหญ่	1,142	46.9
	4 = ตลอดเวลา	817	33.5
รูปแบบการเลี้ยงดู (par_style)	คะแนนเฉลี่ย 3.36 (เต็ม 4.00), min. = 1.00, max. = 4.00 s.d. = 0.52		

	ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ตัวแปรตาม (การคุยกับลูกเรื่องเพศ)			
ระดับความรู้ (Know_st)	คะแนนเฉลี่ย 48.2 (เต็ม 100), min. = 0.00, max. = 100 s.d. = 29.8		
ระดับทัศนคติ (Att_st)	คะแนนเฉลี่ย 46.7 (เต็ม 100), min. = 0.00, max. = 100 s.d. = 22.7		
ระดับการปฏิบัติตน (Prac_st)	คะแนนเฉลี่ย 53.6 (เต็ม 100), min. = 0.00, max. = 100 s.d. = 21.3		

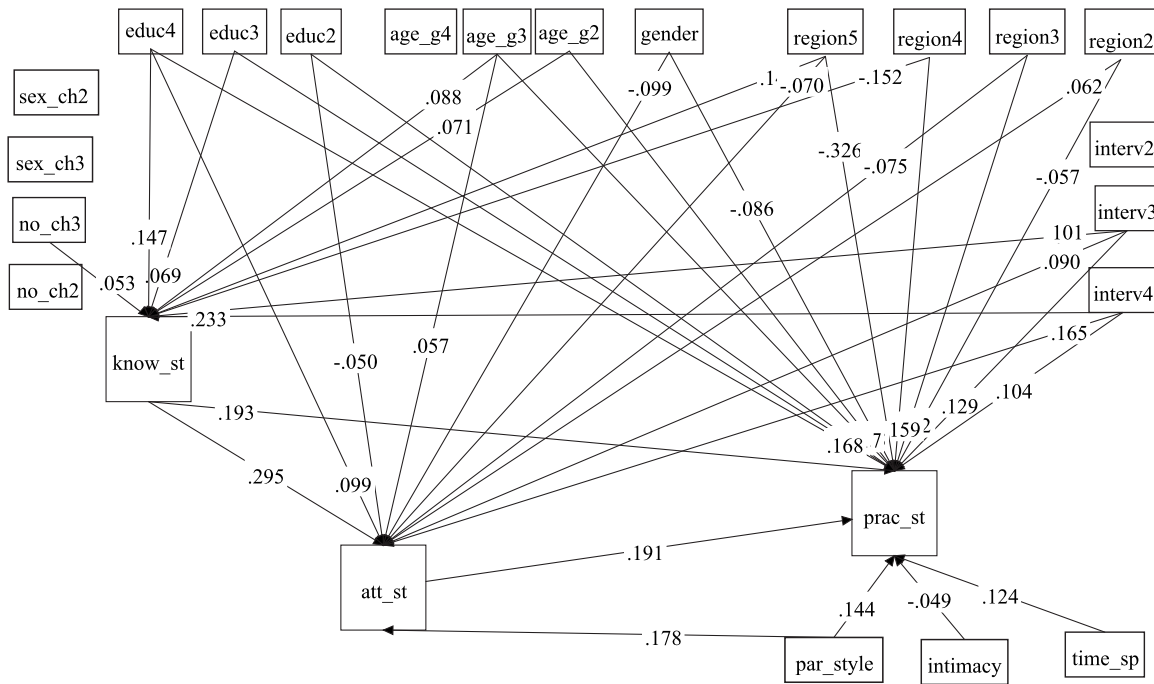
หมายเหตุ: *เนื่องจากข้อมูลที่ missing ในบางปัจจัยทำให้จำนวนรวมของกลุ่มตัวอย่างในบางตัวแปรมีจำนวนน้อยกว่า 2,446 คน โดยค่าร้อยละที่แสดงในตารางเป็นค่าที่คำนวณจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่รวมข้อมูล missing

เกี่ยวกับการคุยกับลูกเรื่องเพศ จากข้อคำถามตามแบบประเมินความพร้อมในการคุยกับลูกเรื่องเพศ พบว่า พ่อแม่ผู้ปกครองไทยมี “ความรู้” และ “ทัศนคติ” ที่เหมาะสมอยู่ที่ระดับ “ปานกลาง”² โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 48.2 คะแนน และค่าคะแนนทัศนคติเฉลี่ยเท่ากับ 46.7 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 100) ซึ่งนับว่าเป็นระดับปานกลางที่โน้มเอียงไปทางต่ำ เนื่องจากน้อยกว่าคะแนนกึ่งกลางที่ 50 คะแนน ขณะที่การปฏิบัติตนในการคุยกับลูกเรื่องเพศ ตามแนวคิดเมื่อเด็กอยากคุย เมื่อมีโอกาส และเมื่อจำเป็นต้องคุย พบว่ามีค่าคะแนนเท่ากับ 53.6 คะแนน ซึ่งยังถือว่าอยู่ที่ระดับปานกลางเช่นกัน แต่โน้มเอียงไปทางสูงมากกว่า อย่างไรก็ตาม ค่าคะแนนทั้งหมดที่ยังถือว่าอยู่ในระดับปานกลางนี้สะท้อนให้เห็นถึงความท้าทายที่สำคัญในเรื่องนี้ว่า พ่อแม่ผู้ปกครองไทยยังคงจำเป็นต้องได้รับการให้ข้อมูลความรู้ในเรื่องเพศ (sex education) ที่จำเป็นและมีความสำคัญในการคุยเรื่องเพศ การเสริมสร้างทักษะเพื่อความเข้าใจและทัศนคติที่เอื้อต่อการคุยกับลูกเรื่องเพศ รวมทั้งการส่งเสริมแนวการปฏิบัติตนในการพูดคุยเรื่องเพศกับลูกหรือเด็กในปกครองที่เหมาะสม สอดคล้องกับงานวิจัยของ Rhucharoenpompanich et al. (2012) ที่พบว่าพ่อแม่คนไทยยังคงต้องการทักษะในการคุยเรื่องเพศกับลูกหลานอยู่

² เนื่องจากคะแนน ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนในการคุยกับลูกเรื่องเพศมีค่าอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน ในการแบ่งระดับค่าคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ กลาง และสูง จึงกำหนดเป็นช่วงคะแนน 0-33.3 คะแนน คือ ระดับต่ำ 33.4-66.7 คะแนน คือ ระดับกลาง และ 66.8-100 คะแนน คือ ระดับสูง

2) การวิเคราะห์เส้นทาง (Path analysis)³

รูป 2 ผลการวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับระดับความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตนในการคุยกับลูกเรื่องเพศของพ่อแม่ผู้ปกครองไทย



- หมายเหตุ: 1) ตัวเลขที่กำกับแต่ละเส้นแสดงค่าสัมประสิทธิ์มาตรฐาน (standardized coefficients) ของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ซึ่งในภาพแสดงเฉพาะเส้นทางอิทธิพลที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05;
 2) จำนวนตัวอย่างพ่อแม่ผู้ปกครองไทย 2,422 คน;
 3) ค่าวัดความเหมาะสมของโมเดล (Model Fit Indicators) Chi-square Test of Model Fit, p-value = 0.005, RMSEA 0.037, CFI 0.996, TLI 0.918, SRMR 0.004; 4) R2 Prac_st 0.426, Att_st 0.316, Know_st 0.147

ผลการวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับระดับความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตนในการคุยกับลูกเรื่องเพศของพ่อแม่ผู้ปกครองไทย แสดงได้ดังรูป 2 ตามกรอบแนวคิดของการศึกษา ตัวแปรอิสระภายใต้ปัจจัยแต่ละด้านของพ่อแม่ผู้ปกครองจะส่งผลหรือมีอิทธิพลต่อตัวแปรระดับความรู้ (know_st) ทางตรงเท่านั้น ขณะที่ส่งผลหรือมีอิทธิพลต่อตัวแปรระดับทักษะคิด (att_st) ทั้งทางตรงและทางอ้อม (ผ่านตัวแปร know_st) และส่งผลหรือมีอิทธิพลต่อตัวแปรระดับการปฏิบัติตน (prac_st) ทั้งทางตรงและทางอ้อมเช่นเดียวกัน (ผ่านตัวแปร know_st และ att_st) ยกเว้นตัวแปรอิสระภายใต้ปัจจัยการเลี้ยงดูเท่านั้น

³ การประเมินระดับความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตนในการคุยกับลูกเรื่องเพศของพ่อแม่ผู้ปกครองในการศึกษานี้ ไม่ได้นำเสนอค่าคะแนนความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตน จำแนกตามลักษณะทั่วไปหรือตัวแปรภายใต้ปัจจัยต่างๆ ของพ่อแม่ผู้ปกครอง (ซึ่งเป็นลักษณะของการวิเคราะห์สองตัวแปร หรือ bivariate analysis) เนื่องจากไม่ใช่วัตถุประสงค์หลักของการศึกษา แต่นำเสนอผลการวิเคราะห์เส้นทางของอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมที่ตัวแปรภายใต้ปัจจัยต่างๆ มีต่อระดับความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตนในการคุยกับลูกเรื่องเพศของพ่อแม่ผู้ปกครองไทย ซึ่งเป็นการวิเคราะห์หลายตัวแปร หรือ multivariate analysis ในส่วนนี้นับเป็นผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์หลักของการศึกษา

ที่คาดว่าไม่มีอิทธิพลต่อตัวแปร know_st แต่จะมีอิทธิพลทางตรงต่อตัวแปร att_st และอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อม (ผ่านตัวแปร att_st) ต่อตัวแปร prac_st เพื่อให้สะดวกต่อการทำความเข้าใจ ผลการวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์ตามกรอบแนวคิดข้างต้น ทิศทางและขนาดของอิทธิพลที่ตัวแปรอิสระแต่ละตัวมีต่อตัวแปรตาม ในลักษณะอิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลรวม จึงรวมสรุปได้ดังตาราง 2

ตาราง 2 สรุปทิศทางและขนาดของอิทธิพลมาตรฐาน (standardized effects) ของปัจจัยต่างๆ กับระดับความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตนในการคุยกับลูกเรื่องเพศของพ่อแม่ผู้ปกครองไทย

ตัวแปร (ชื่อตัวแปร)	อิทธิพล ต่อ “ระดับ ความรู้” (know_st)	อิทธิพลต่อ “ระดับทัศนคติ” (Att_st)			อิทธิพลต่อ “ระดับการปฏิบัติ ตน”(Prac_st)		
		ทางตรง	ทางอ้อม	รวม	ทางตรง	ทางอ้อม	รวม
ภูมิภาค (Region) (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ: อ่างอิง)							
-กรุงเทพฯ (region2)	0.011	0.062*	0.003	0.065*	-0.057*	0.015	-0.042
-ภาคกลาง (region3)	0.030	-0.075*	0.009	-0.066*	-0.132*	-0.007	-0.139*
-เหนือ (region4)	-0.152*	-0.007	-0.045*	-0.051*	-0.159*	-0.039*	-0.198*
-ใต้ (region5)	0.145*	-0.070*	0.043*	-0.028	-0.326*	0.023*	-0.303*
เพศ (Gender): (หญิง: อ่างอิง)							
-ชาย (Gender2)	-0.032	-0.099*	-0.009	-0.108*	-0.086*	-0.027*	-0.113*
กลุ่มอายุ (Age_g) (18-29 ปี: อ่างอิง)							
-30-39 ปี (age_g2)	0.071*	0.043	0.021*	0.064*	0.078*	0.026*	0.104*
-40-49 ปี (age_g3)	0.088*	0.057	0.026*	0.083*	0.077*	0.033*	0.110*
-50 ปี ขึ้นไป (age_g4)	0.011	-0.010	0.003	-0.007	0.041	0.001	0.042
ระดับการศึกษา (Educ) (ประถมศึกษาและต่ำกว่า: อ่างอิง)							
-มัธยมศึกษาตอนต้น (educ2)	0.014	-0.050*	0.004	-0.045	0.054*	-0.006	0.048*
-มัธยมศึกษาตอนปลาย (educ3)	0.069*	-0.020	0.020*	0.000	0.084*	0.013	0.097*
-สูงกว่ามัธยมศึกษา (educ4)	0.147*	0.099*	0.043*	0.143*	0.168*	0.056*	0.223*
จำนวนเด็กที่ดูแล (No_ch) (1 คน: อ่างอิง)							
-2 คน (no_ch2)	0.037	0.033	0.011	0.044	0.000	0.016*	0.016
-3-4 คน (no_ch3)	0.053*	0.010	0.016*	0.026	0.035	0.015*	0.050*
เพศของเด็กที่ดูแล (Sex_ch) (ชายอย่างเดียว: อ่างอิง)							
-หญิงอย่างเดียว (sex_ch2)	-0.009	-0.019	-0.003	-0.022	-0.008	-0.006	-0.014
-ทั้งชายและหญิง (sex_ch3)	-0.051	-0.034	-0.015	-0.049	0.040	-0.019*	-0.059*
-ความใกล้ชิดกับเด็ก (intimacy) (น้อย→มาก)		0.018		0.018	-0.049*	0.003	-0.046*
-การใช้เวลากับเด็ก (time_sp) (น้อย→มาก)		-0.007		-0.007	0.124*	-0.001	0.123*

ตัวแปร (ชื่อตัวแปร)	อิทธิพล ต่อ “ระดับ ความรู้” (know_st)	อิทธิพลต่อ “ระดับทัศนคติ” (Att_st)			อิทธิพลต่อ “ระดับการปฏิบัติ ตน”(Prac_st)		
		ทางตรง	ทางอ้อม	รวม	ทางตรง	ทางอ้อม	รวม
-รูปแบบการเลี้ยงดู (par_style) (เข้มงวด → ยืดหยุ่น)		0.178*		0.178*	0.144*	0.034*	0.178*
การเข้าถึงกิจกรรมส่งเสริมการคุยกับลูกเรื่องเพศ (Interv) (ไม่เคยเข้าถึง: อ้างอิง)							
-เคยเห็นหรือได้ยินสื่อรณรงค์ช่องทาง ต่างๆ (interv2)	0.028	0.035	0.008	0.044*	0.008	0.014	0.022
-เคยเข้าร่วมหรือทำกิจกรรมรณรงค์ (interv3)	0.101*	0.090*	0.030*	0.120*	0.129*	0.042*	0.171*
-เคยเข้าถึงทั้งสื่อและ กิจกรรมรณรงค์ (interv4)	0.233*	0.165*	0.069*	0.234*	0.104*	0.090*	0.193*
ระดับความรู้ (know_st)		0.295*		0.295*	0.193*	0.056*	0.250*
ระดับทัศนคติ (Att_st)					0.191*		0.191*

หมายเหตุ: * p-value < 0.05

ผลจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เส้นทางพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร “ระดับความรู้” (know_st) “ระดับทัศนคติ” (att_st) และ “ระดับการปฏิบัติตน” (prac_st) เป็นไปตามกรอบแนวคิดแบบจำลอง KAP กล่าวคือ ระดับความรู้มีอิทธิพลทางตรงในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อระดับทัศนคติ (standardized direct effect: s.d.e.0.295) และระดับการปฏิบัติตน (s.d.e.0.193) และระดับทัศนคติมีอิทธิพลทางตรงในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อระดับการปฏิบัติตน (s.d.e.0.0.191) ซึ่งทำให้ระดับความรู้มีอิทธิพลทางอ้อมในเชิงบวกต่อระดับการปฏิบัติตนที่เหมาะสม (standardized indirect effect: s.i.e.0.0.056) ของพ่อแม่ผู้ปกครองในการคุยกับลูกเรื่องเพศด้วย

เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลของพ่อแม่ผู้ปกครองพบว่า ระดับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามภูมิภาคที่อยู่อาศัย โดยพ่อแม่ผู้ปกครองภาคใต้มีระดับความรู้ที่ดีที่สุดเมื่อเทียบกับภูมิภาคอื่น ขณะที่พ่อแม่ผู้ปกครองภาคเหนือมีระดับความรู้ที่ต่ำที่สุด (standardized total effect: s.t.e. ภาคใต้ 0.145 ภาคเหนือ -0.152 สำหรับกรุงเทพฯ และภาคกลาง s.t.e. ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับตะวันออกเฉียงเหนือที่เป็นกลุ่มอ้างอิง) พ่อแม่ผู้ปกครองกรุงเทพฯ มีระดับทัศนคติที่ดีที่สุด ขณะที่ภาคกลางมีระดับทัศนคติต่ำที่สุด (s.t.e. 0.065 และ -0.066 ตามลำดับ) และพ่อแม่ผู้ปกครองภาคตะวันออกเฉียงเหนือและกรุงเทพฯ มีระดับการปฏิบัติตนที่เหมาะสมที่สุด (s.t.e. กลุ่มอ้างอิง คือ 0.00 ซึ่งไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญจาก s.t.e. กรุงเทพฯ -0.042)

ขณะที่ภาคใต้มีระดับการปฏิบัติตนที่เหมาะสมต่ำที่สุด (s.t.e.-0.303) เปรียบเทียบระหว่างพ่อหรือผู้ปกครองชายและแม่หรือผู้ปกครองหญิงพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันในระดับความรู้ แต่ในส่วนของระดับทัศนคติและการปฏิบัติตน พ่อหรือผู้ปกครองชายกลับมีทัศนคติและการปฏิบัติตนที่เหมาะสมต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เปรียบเทียบตามกลุ่มอายุพ่อแม่ผู้ปกครองในช่วงอายุ 30-39 ปี และ 40-49 ปี มีระดับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนที่เหมาะสมในการคุยกับลูกเรื่องเพศดีกว่าพ่อแม่ผู้ปกครองในช่วงอายุ 18-29 ปี และอายุ 50 ปีขึ้นไป เกี่ยวกับระดับการศึกษา ภาพรวมพบว่ามีอิทธิพลในเชิงบวกต่อทั้งระดับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนที่เหมาะสม โดยพ่อแม่ผู้ปกครองที่จบการศึกษาระดับสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไปเป็นกลุ่มที่มีระดับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนที่เหมาะสมที่สุด เมื่อเทียบกับพ่อแม่ผู้ปกครองที่จบการศึกษาในระดับต่ำกว่า

สำหรับปัจจัยเกี่ยวกับลูกหรือเด็กในปกครอง พบว่า จำนวนลูกหรือเด็กในปกครอง 3-4 คน มีอิทธิพลเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อระดับความรู้และการปฏิบัติตนในการคุยกับลูกเรื่องเพศที่เหมาะสมกว่าเมื่อเทียบกับจำนวนลูกหรือเด็กในปกครอง 1-2 คน อย่างไรก็ตาม ไม่มีผลต่อความแตกต่างในระดับทัศนคติสำหรับเพศของลูกหรือเด็กในปกครองพบว่าไม่มีอิทธิพลต่อทั้งระดับความรู้และระดับทัศนคติ แต่มีอิทธิพลต่อระดับการปฏิบัติ โดยพ่อแม่ผู้ปกครองที่มีลูกหรือเด็กในปกครองทั้งเพศชายและเพศหญิง เป็นกลุ่มที่มีระดับการปฏิบัติตนที่เหมาะสมในการคุยกับลูกเรื่องเพศต่ำกว่าพ่อแม่ผู้ปกครองที่มีลูกหรือเด็กในปกครองเป็นเพศชายอย่างเดียวหรือเพศหญิงอย่างเดียว

ในส่วนของปัจจัยการเข้าถึงกิจกรรมส่งเสริมการคุยกับลูกเรื่องเพศ พบว่า เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมที่สำคัญต่อระดับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนที่เหมาะสมของพ่อหรือผู้ปกครองในการคุยกับลูกเรื่องเพศอย่างมาก โดยเฉพาะการเข้าถึงกิจกรรมทั้งในลักษณะเคยเห็นหรือเคยได้ยิน สื่อรณรงค์ และเคยเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ ที่มีอิทธิพลรวมมาตรฐาน (standardized total effect: s.t.e.) ที่ค่อนข้างสูงต่อทั้งตัวแปรระดับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตน การเข้าถึงในลักษณะการเคยเห็นหรือเคยได้ยินสื่อรณรงค์เพียงอย่างเดียว พบว่า ไม่มีอิทธิพลที่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อระดับความรู้และระดับการปฏิบัติตน แต่มีอิทธิพลเชิงบวกที่ต่อระดับทัศนคติเท่านั้น ขณะที่การเข้าถึงในลักษณะเคยเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ มีอิทธิพลที่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อทั้งระดับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตน แต่อิทธิพลรวมมาตรฐานนับว่าต่ำกว่าการเข้าถึงกิจกรรมทั้งในสองลักษณะร่วมกันอย่างชัดเจน

สำหรับปัจจัยการเลี้ยงดูพบว่า รูปแบบการเลี้ยงดูที่ยืดหยุ่น (เมื่อเทียบกับการเลี้ยงดูที่ค่อนข้างเข้มงวด) มีอิทธิพลรวมทางบวกต่อระดับทัศนคติและระดับการปฏิบัติตนที่เหมาะสมของพ่อแม่ผู้ปกครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Chamratrithirong et al. (2010) พบว่าพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตัวของพ่อแม่สามารถส่งถ่ายมายังบุตรได้ และสามารถป้องกันบุตรจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ ขณะที่ความใกล้ชิดสนิทสนมและการใช้เวลากับเด็กมีอิทธิพลรวมที่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อระดับการปฏิบัติตนเท่านั้น ซึ่งผลการวิเคราะห์ค่อนข้างน่าสนใจ โดยพบว่าความใกล้ชิดกับเด็กที่เพิ่มขึ้นกลับมีอิทธิพลทางลบต่อระดับการปฏิบัติตนที่เหมาะสมในการคุยเรื่องเพศกับลูก ขณะที่การใช้เวลากับเด็กเพิ่มขึ้นมีอิทธิพลทางบวกต่อระดับการปฏิบัติตนที่เหมาะสม

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตนของพ่อแม่ผู้ปกครองไทย ในการคุยกับลูกเรื่องเพศ รวมถึงวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์และอิทธิพลของปัจจัยต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้อง โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจประเมินผลกิจกรรมการสื่อสารการตลาดทางสังคม เรื่อง “โอกาสของ คุยกับลูกเรื่องเพศ” กับพ่อแม่ผู้ปกครองไทยที่มีลูกหรือเด็กในปกครองอายุ 7-18 ปี จำนวน 2,446 คน ในปี 2559 ผลจากการศึกษาพบว่าระดับความรู้และทักษะคิดของพ่อแม่ผู้ปกครองในการคุยกับลูกเรื่องเพศ อยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ โดยมีค่าคะแนนเท่ากับ 48.2/100 และ 46.7/100 คะแนนตามลำดับ เช่นเดียวกัน

ระดับการปฏิบัติตนก็นับว่าอยู่ในระดับปานกลางแต่ค่อนข้างสูง โดยมีค่าคะแนนเท่ากับ 53.6/100 คะแนน จากการวิเคราะห์เส้นทางความสัมพันธ์ ระดับความรู้มีอิทธิพลเชิงบวกต่อทั้งระดับทัศนคติและระดับการปฏิบัติตนที่เหมาะสม โดยที่ระดับทัศนคติก็มีอิทธิพลเชิงบวกต่อระดับการปฏิบัติตนที่เหมาะสมเช่นกัน เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์และอิทธิพลจากปัจจัยอื่นพบว่า ระดับความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตนของพ่อแม่ผู้ปกครองมีความแตกต่างกันในแต่ละภูมิภาค แตกต่างตามเพศของผู้ปกครอง ตามกลุ่มอายุ ระดับการศึกษา จำนวนและเพศของลูกหรือเด็กในปกครอง ตามการเข้าถึงกิจกรรมรณรงค์ส่งเสริมการคุยกับลูกเรื่องเพศ และปัจจัยการเลี้ยงดูในด้านต่างๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาในครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าความรู้และทักษะคิดในการสื่อสารเรื่องเพศกับลูกหลาน น่าจะยังคงเป็นอุปสรรคหนึ่งที่สำคัญของพ่อแม่ผู้ปกครองไทยในการปฏิบัติตนพูดคุยกับลูกและให้ข้อเสนอแนะแก่ลูกเรื่องเพศ การศึกษาที่ผ่านมาจำนวนหนึ่งพบว่าสาเหตุหลักหนึ่งที่ทำให้พ่อแม่ไม่คุยกับลูกเรื่องเพศ คือ พ่อแม่อาจมีความไม่แน่ใจว่าความรู้ที่จะสอนหรือให้คำปรึกษาแก่ลูกนั้นถูกต้องหรือไม่ รวมถึงจำนวนมากไม่มีทักษะหรือไม่รู้ว่าควรจะเริ่มต้นคุยเรื่องเพศกับลูกอย่างไรดี (Wilson et al., 2010; Sridawruang, Pfeil, & Crozier, 2010) ดังนั้นเพื่อเป็นอีกช่องทางหรือวิธีการในการป้องกันและลดปัญหาด้านสุขภาวะทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนไทย การส่งเสริมและรณรงค์ให้พ่อแม่ผู้ปกครองไทยมีระดับความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตนในการคุยกับลูกเรื่องเพศที่เหมาะสมมากขึ้นยังเป็นเรื่องที่มีความสำคัญและจำเป็น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศจำนวนหนึ่ง เช่น งานของ DuRant et al. (2006) ที่ให้ข้อเสนอแนะว่า การจัดกิจกรรมส่งเสริมและรณรงค์ในลักษณะการเพิ่มความรู้และทักษะ (educational campaign) สำหรับพ่อแม่ผู้ปกครองนั้นมีความสำคัญ และสามารถเพิ่มโอกาสหรือคุณภาพของการพูดคุยของพ่อแม่กับลูกในเรื่องเพศให้ดีขึ้นได้ ซึ่งในบริบทของประเทศไทย จากผลการศึกษาในครั้งนี้ การส่งเสริมและรณรงค์ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาทักษะที่จำเป็นให้แก่พ่อแม่ผู้ปกครอง โดยเฉพาะในเรื่องต่อไปนี้

(ก) ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องเพศของเด็ก เช่น ในเรื่องการช่วยตัวเอง วิธีการทำความสะอาดอวัยวะเพศ การป้องกันการตั้งครรภ์และวิธีการคุมกำเนิด รวมถึงอายุที่เหมาะสมในการเริ่มคุยเรื่องเพศกับลูก โดยกลุ่มเป้าหมายที่ควรมุ่งเน้น ได้แก่ กลุ่มพ่อแม่ผู้ปกครองในภาคเหนือ ช่วงอายุ 18-29 ปี และ 50 ปีขึ้นไป มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า มีลูกหรือเด็กในปกครอง 1-2 คน ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์การคุยกับลูกเรื่องเพศ (แม้จะเคยได้เห็นหรือเคยได้ยินสื่อรณรงค์)

(ข) การสร้างความตระหนักและทัศนคติที่เหมาะสมในเชิงบวกต่อการคุยกับเด็กในเรื่องเพศ ภายใต้สถานการณ์ต่างๆ เช่น การเริ่มคบเพื่อนต่างเพศ หรือเพื่อนที่เป็นเพศทางเลือก พฤติกรรมอยากรู้ อยากลองในการมีเพศสัมพันธ์ การใช้ถุงยางอนามัย หรือการป้องกันการตั้งครรภ์วิธีต่างๆ โดยกลุ่มเป้าหมาย ที่ควรมุ่งเน้น ได้แก่ กลุ่มพ่อแม่ผู้ปกครองที่ยังมีระดับความรู้ในการคุยกับลูกเรื่องเพศที่ต่ำ อยู่ในภาคกลาง และภาคเหนือ เพศชาย ช่วงอายุ 18-29 ปี และ 50 ปีขึ้นไป มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า ไม่เคยเห็นหรือได้ยินสื่อรณรงค์หรือเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์การคุยกับลูกเรื่องเพศเลย

(ค) การเห็นความสำคัญและรู้จักใช้โอกาสหรือสร้างโอกาสในการคุยเรื่องเพศกับลูก เมื่อเด็กอยากคุย เมื่อมีโอกาส และเมื่อจำเป็นต้องคุย โดยกลุ่มเป้าหมายที่ควรมุ่งเน้น ได้แก่ กลุ่มพ่อแม่ผู้ปกครองที่ยังมีระดับความรู้และทัศนคติในการคุยกับลูกเรื่องเพศที่ต่ำ อยู่ในภาคใต้ (รวมถึงภาคเหนือและภาคกลาง) เพศชาย ช่วงอายุ 18-29 ปี และ 50 ปีขึ้นไป มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า มีลูกหรือเด็กในปกครอง 1-2 คน มีลูกหรือเด็กในปกครองทั้งเพศชายและเพศหญิง ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์การคุยกับลูกเรื่องเพศ (แม้จะเคยได้เห็นหรือเคยได้ยินสื่อรณรงค์) การส่งเสริมการใช้เวลาให้เพิ่มขึ้นกับลูกหรือเด็กในปกครอง แนวทางการเลี้ยงดูที่มีความยืดหยุ่น เป็นอีกข้อเสนอแนะแนวทางหนึ่งที่จะช่วยเพิ่มระดับทัศนคติและการปฏิบัติตนในเรื่องนี้ที่เหมาะสมของพ่อแม่ผู้ปกครองเพิ่มขึ้นได้ ขณะที่ในการส่งเสริมและรณรงค์จำเป็นต้องทำความเข้าใจกับกลุ่มพ่อแม่ผู้ปกครองที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมกับเด็กให้มากขึ้น ถึงสาเหตุที่ทำให้ความใกล้ชิดนั้นกลายเป็นอุปสรรคหรือเป็นปัจจัยเชิงลบต่อการปฏิบัติตนที่เหมาะสมในการคุยกับลูกเรื่องเพศ เพื่อหาทางออกหรือวิธีการจัดการที่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

- กัญญา อภิพรชัยสกุล และดุสิตา พึ่งสำราญ. (2551). ผลสำรวจพฤติกรรมทางเพศและความรู้เรื่องเอดส์ของประชากรไทย. ใน กฤตยา อาชวนิจกุล และกาญจนา ตั้งชลทิพย์ (บรรณาธิการ). *ประชากรและสังคม 2551: มิติ “เพศ” ประชากรและสังคม* (หน้า 18-29). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชชนวนทอง ธนสุกาญจน์. (2556). รายงานผลการประเมินโครงการสื่อสารเรื่องเพศกับลูกหลาน. เสนอต่อมูลนิธิแพชทูเฮลท์ ภายใต้โครงการ 2013 I3E. [เอกสารอัดสำเนา].
- วิชัย เอกพลากร และคณะ. (2557). รายงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556). รายงานการศึกษาวิจัยเรื่องการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัวไทย 2556. ค้นจาก http://rhold.anamai.moph.go.th/all_file/research/สื่อสารเรื่องเพศ.pdf
- _____. (2557). การตั้งครรภในวัยรุ่น: นโยบาย แนวทางการดำเนินงานและการติดตามประเมินผล. นนทบุรี: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์.
- สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). รายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มนักเรียน ประเทศไทย 2556. ค้นจาก <http://www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2014/aesr2557/Part%201/1-6/1-6-1.pdf>
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (2559). โครงการโอกาสของคุยเรื่องเพศกับลูก 2559. ค้นเมื่อ 5 มีนาคม 2560, จาก http://www.thaihealth.or.th/contact/getfile_books.php?e_id=462

ภาษาอังกฤษ

- Chamrathirong, A. et al. (2010). Spirituality within family and the prevention of health risk behavior among adolescents in Bangkok, Thailand. *Social Science & Medicine*, 71(10): 1855-1863.
- DuRant, R. H. et al. (2006). An evaluation of a mass media campaign to encourage parents of adolescents to talk to their children about sex. *Journal of Adolescent Health*, 38(3): 298.e1-298.e9.
- Rhucharoenpompanich, O. et al. (2010). Parenting and adolescent problem behaviors: A comparative study of sons and daughters in Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 93(3): 293-300.
- _____. (2012). Parent-teen communication about sex in urban Thai families. *Journal of Health Communication*, 17(4): 380-396.
- Sridawruang, C., Pfeil, M., & Crozier, K. (2010). Why Thai parents do not discuss sex with their children: a qualitative study. *Nursing and Health Science*, 12(4): 437-443.
- Wilson, E. K. et al. (2010). Parent's perspectives on talking to preteenage children about sex. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 42(1): 56-63.





คำสั่ง สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ที่ 00025/2560

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดประชุมวิชาการระดับชาติ “ประชากรและสังคม 2560” ครั้งที่ 13

.....

ด้วย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล กำหนดจัดการประชุมวิชาการระดับชาติ “ประชากรและสังคม” ประจำปี เริ่มตั้งแต่พุทธศักราช 2548 เพื่อเป็นช่องทางในการเผยแพร่ผลงานต่อสาธารณชน โดยในปีนี สถาบันฯ เลือกเรื่อง “ความเป็นธรรม” และ “ความเป็นไท” ด้านเพศและการเจริญพันธุ์: ความท้าทาย ที่ไม่สิ้นสุด เป็นหัวข้อเรื่องของการประชุม

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานการจัดประชุมวิชาการระดับชาติ “ประชากรและสังคม 2560” ครั้งที่ 13 ของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นไปด้วยความเรียบร้อย บรรลุตามวัตถุประสงค์ จึงขอแต่งตั้งคณะกรรมการจัดงานการจัดประชุมวิชาการประจำปี “ประชากรและสังคม 2560” ครั้งที่ 13 ดังมีรายนามต่อไปนี้

1. ประธานคณะกรรมการจัดการประชุม

รองศาสตราจารย์ ดร. กฤตยา อาชวนิจกุล

2. คณะกรรมการที่ปรึกษา

- | | |
|---------------------------------------------------|---------------|
| 1) รองศาสตราจารย์ ดร.รศรินทร์ เกรย์ | ประธานกรรมการ |
| 2) ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล | กรรมการ |
| 3) ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์ | กรรมการ |
| 4) ศาสตราจารย์ ดร.ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา | กรรมการ |
| 5) รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพันธ์ กิตติสุขสถิต | กรรมการ |
| 6) รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีย์พร พันพื้ง | กรรมการ |
| 7) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภูเบศร์ สมุทรจักร | กรรมการ |

3. คณะกรรมการด้านวิชาการ

- | | |
|-------------------------------------------|---------------------|
| 1) รองศาสตราจารย์ ดร.กฤตยา อาชวนิจกุล | ประธานกรรมการ |
| 2) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุชาดา ทวีสิทธิ์ | กรรมการ |
| 3) นางสาวกุลภา วจนสาระ | กรรมการ |
| 4) นางสาววราวรรณ ฐาปนธรรมชัย | กรรมการและเลขานุการ |

4. คณะทำงานจัดนิทรรศการ

1) อาจารย์ ดร.ปิยะวัฒน์ เกตุวงศา	ประธานคณะทำงาน
2) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศุภธิดา ชวนวัน	คณะทำงาน
3) นางสาวกฤติญา สำอางกิจ	คณะทำงาน
4) นางสาวกัญญา อภิพรชัยสกุล	คณะทำงาน
5) นางสาวกาญจนา เทียนลาย	คณะทำงาน
6) ว่าที่ร้อยตรีเกียรตินิยม ชันดี	คณะทำงาน
7) นางจุฑารัตน์ ทรัพย์ยอดแก้ว	คณะทำงาน
8) นางสาวชุตินา อยู่สมบูรณ์	คณะทำงาน
9) นายปิยะวัฒน์ สวัสดิ์จู่	คณะทำงาน
10) นายปัญญา ชูเลิศ	คณะทำงาน
11) นางสาวพอลตา บุญยติธนะ	คณะทำงาน
12) นางสาวมนชญา ดุลยากร	คณะทำงาน
13) นายวิชัย คำภูเวียง	คณะทำงาน
14) นางสาววิภาพร จารุเรืองไพศาล	คณะทำงาน
15) นางสาววรารวรรณ ฐาปนธรรมชัย	คณะทำงาน
16) นายสมควร ธรรมดี	คณะทำงาน
17) นายสมชาย ทรัพย์ยอดแก้ว	คณะทำงาน
18) นายสมเกียรติ เขียวแก้ว	คณะทำงาน
19) นายอภิชาติ ศรีศิลป์	คณะทำงาน
20) นางสาวกรกนก พงษ์ประดิษฐ์	คณะทำงานและเลขานุการ

5. คณะทำงานด้านสื่อทัศนูปกรณ์

1) นายสมชาย ทรัพย์ยอดแก้ว	ประธานคณะทำงาน
2) ว่าที่ร้อยตรีเกียรตินิยม ชันดี	คณะทำงาน
3) นายปิยะวัฒน์ สวัสดิ์จู่	คณะทำงาน
4) นางสาวพอลตา บุญยติธนะ	คณะทำงาน
5) นายภาสกร บุญคุ้ม	คณะทำงาน
6) นายอนุสรณ์ เทียนงูเหลือม	คณะทำงาน
7) นางจุฑารัตน์ ทรัพย์ยอดแก้ว	คณะทำงานและเลขานุการ

6. คณะทำงานประชาสัมพันธ์ และเว็บไซต์

1) นางสาวพอลตา บุญยติธนะ	ประธานคณะทำงาน
2) นางสาวจิรวรรณ หงษ์ทอง	คณะทำงาน
3) นายปิยะวัฒน์ สวัสดิ์จู่	คณะทำงาน
4) นางสาวมนชญา ดุลยากร	คณะทำงาน

- | | |
|-------------------------------|----------------------|
| 5) นางสาววรารวรรณ ฐาปนธรรมชัย | คณะทำงาน |
| 6) นางสาวเสาวภาค สุขสินชัย | คณะทำงาน |
| 7) นางสาวกฤติญา ลำอังกิจ | คณะทำงานและเลขานุการ |

7. คณะทำงานประสานและต้อนรับวิทยากร ผู้เข้าร่วมประชุม ประสานเวทีประชุม และการประเมินงานประชุม

- | | |
|-------------------------------------------|----------------------|
| 1) นางสาวเอี่ยมเดือน แก้วสว่าง | ประธานคณะทำงาน |
| 2) นางสาวกฤติญา ลำอังกิจ | คณะทำงาน |
| 3) นางสาวกัญญา อภิพรชัยสกุล | คณะทำงาน |
| 4) นางสาวกัญญาพัชร สุทธิเกษม | คณะทำงาน |
| 5) ว่าที่ร้อยตรีเกียรตินิยม ชันดี | คณะทำงาน |
| 6) นางจุฑารัตน์ ทรัพย์ยอดแก้ว | คณะทำงาน |
| 7) นางสาวจำเริญศรี เขียวแก่ | คณะทำงาน |
| 8) นางสาวณัฐชนันท์พร มีสุวรรณ | คณะทำงาน |
| 9) นางสาวพอลดา บุญยดีรณะ | คณะทำงาน |
| 10) นายภาสกร บุญคุ้ม | คณะทำงาน |
| 11) นางสาวมนชญา ดุลยากร | คณะทำงาน |
| 12) นางสาวรีนา ต๊ะดี | คณะทำงาน |
| 13) นางสาววรารวรรณ ฐาปนธรรมชัย | คณะทำงาน |
| 14) นายศรายุทธ สกุลตันติเมธา | คณะทำงาน |
| 15) นางสาวสุดารัตน์ พวงจำปา | คณะทำงาน |
| 16) ว่าที่ร้อยตรีนิพนธ์ ดาราวุฒิมาประกรณ์ | คณะทำงาน |
| 17) นางสาวอารยา ศรีสาพันธ์ | คณะทำงานและเลขานุการ |

8. คณะทำงานด้านจดหมายเชิญเข้าร่วมประชุม และการลงทะเบียน

- | | |
|------------------------------|----------------|
| 1) นางวริศรา ไช้ลือนาม | ประธานคณะทำงาน |
| 2) นางสาวกุลวธู วจนสาระ | คณะทำงาน |
| 3) นางสาวจิรวรรณ หงษ์ทอง | คณะทำงาน |
| 4) นายฉลอง จารุภูมิ | คณะทำงาน |
| 5) นางสาวณัฐิศา ศรีทอง | คณะทำงาน |
| 6) นางสาวดวงวิไล ไทยแท้ | คณะทำงาน |
| 7) นางประทีป นัยนา | คณะทำงาน |
| 8) นางสาวแพรวนภา บาลนคร | คณะทำงาน |
| 9) นางสาวภาคพร พุทธิโกษา | คณะทำงาน |
| 10) นางสาวรัตนา ด้วยดี | คณะทำงาน |
| 11) นางสาวเรวดี สุวรรณนพเก้า | คณะทำงาน |

- | | |
|-----------------------------------------------------------|------------------------|
| 12)นางสาววิภาพร จารุเรืองไพศาล | คณะกรรมการ |
| 13)นางสาววิไลพร พุ่มแดง | คณะกรรมการ |
| 14)นายสมเกียรติ เขียวแก่ | คณะกรรมการ |
| 15)นางสาวสุริยาพร จันทร์เจริญ | คณะกรรมการ |
| 16)นายอนุสรณ์ เทียนงูเหลือม | คณะกรรมการ |
| 17)นางสาวอัมพร ลมสูงเนิน | คณะกรรมการ |
| 18)นางสาวณัฐชนันท์พร มีสุวรรณ | คณะกรรมการและเลขานุการ |
| 9. คณะทำงานด้านงบประมาณการเงิน | |
| 1) นางสาวจารุวรรณ จารุภูมิ | ประธานคณะกรรมการ |
| 2) นางสาวกุลวฑู วจนสาระ | คณะกรรมการ |
| 3) นายฉลอง จารุภูมิ | คณะกรรมการ |
| 4) นางสาวณัฐิดา ศรีทอง | คณะกรรมการ |
| 5) นางสาวแพรวนภา บาลนคร | คณะกรรมการ |
| 6) นางสาววิไลพร พุ่มแดง | คณะกรรมการ |
| 7) นายอนุสรณ์ เทียนงูเหลือม | คณะกรรมการ |
| 8) นางสาวชาลินี เลือกลับ | คณะกรรมการและเลขานุการ |
| 10. คณะทำงานด้านสถานที่จัดประชุม อาหาร และยานพาหนะ | |
| 1) นางเบญจมาศ รอดภัย | ประธานคณะกรรมการ |
| 2) นางสาวพลอยชมพู่ สุกส์ถิตย์ | คณะกรรมการ |
| 3) นางสาวจำเริญศรี เขียวแก่ | คณะกรรมการ |
| 4) นายสมควร ธรรมดี | คณะกรรมการ |
| 5) นายสมชาย ทับแอน | คณะกรรมการ |
| 6) นายสมเกียรติ เขียวแก่ | คณะกรรมการ |
| 7) นายเสถียร ทวีกุล | คณะกรรมการ |
| 8) นางสาวภคพร พุทธิโกษา | คณะกรรมการและเลขานุการ |
| 11. คณะทำงานด้านการแปล และประสานงานด้านต่างประเทศ | |
| 1) นางสาวพลอยชมพู่ สุกส์ถิตย์ | ประธานคณะกรรมการ |
| 2) นางลักษณา นิลอุบล | คณะกรรมการ |
| 3) นายศรายุทธ สุกุลตันติเมธา | คณะกรรมการ |
| 4) นางสาวเสาวภาค สุขสินชัย | คณะกรรมการ |
| 5) นายอภิชาติ ศรีศิลป์ | คณะกรรมการและเลขานุการ |

โดยให้คณะกรรมการ และคณะทำงานแต่ละชุดมีหน้าที่รับผิดชอบบริหารจัดการตามภาระหน้าที่ รวมทั้งประสานงานระหว่างคณะทำงานด้านต่างๆ เพื่อให้การจัดประชุมเป็นไปด้วยความเรียบร้อย บรรลุวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป จนกว่าการดำเนินการจะแล้วเสร็จ

สั่ง ณ วันที่ 8 พฤษภาคม พ.ศ. 2560

(รองศาสตราจารย์ ดร.รศรินทร์ เกรย์)

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยประชากรและสังคม

กำหนดการประชุมวิชาการระดับชาติ “ประชากรและสังคม 2560” ครั้งที่ 13
เรื่อง “ความเป็นธรรม” และ “ความเป็นไท” ด้านเพศและการเจริญพันธุ์ : ความท้าทายที่ไม่สิ้นสุด
(Sexual and Reproductive Autonomy and Justice: The Unfinished Challenges)
วันศุกร์ที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2560 เวลา 8.00 – 16.30 น.
ห้องกรุงธนบอลรูม ชั้น 3 โรงแรม เดอะรอยัลริเวอร์ บางพลัด กรุงเทพมหานคร
พิธีกรตลอดการประชุม : รินา ต๊ะดี และศรายุทธ สุกุลตันติเมธา

08.00 – 08.50 น.	ลงทะเบียน	
08.50 – 09.00 น.	กล่าวรายงาน โดย รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีนทร์ เกรย์ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	
09.00 – 09.10 น.	กล่าวเปิดงาน โดย ศาสตราจารย์ นพ.อุดม คชินทร อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล	
09.10 – 09.20 น.	ถ่ายรูปพร้อมกัน	
09.20 – 09.50 น.	ปาฐกถานำเรื่อง ‘ความเป็น “ไท” ทางเพศและการเจริญพันธุ์ (Sexual and Reproductive Autonomy)’ โดย รองศาสตราจารย์ ดร.ชลิดาภรณ์ ส่งสัมพันธ์	
09.50 – 10.20 น.	พักรับประทานอาหารว่าง/เครื่องดื่ม	
10.20 – 10.30 น.	กล่าวสดุดีคุณูปการ ศาสตราจารย์ ดร.บุญเลิศ เลี้ยวประไพ โดย รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีนทร์ เกรย์	
10.30 – 12.30 น.	แนวคิด นโยบาย และบริการด้านสุขภาพทางเพศและการเจริญพันธุ์ ผู้ดำเนินรายการ : ศาสตราจารย์ ดร.ชื่นฤทัย กาญจนจิตรา	
10.30 – 10.40 น.	ผู้ดำเนินรายการแนะนำวิทยากร	
10.40 – 10.50 น.	สถาบันวิจัยประชากรและสังคมกับการขยายพรมแดนความรู้ด้านการเจริญพันธุ์และเพศ	โดย กฤตยา อาชวนิจกุล
10.50 – 11.00 น.	การศึกษาการตั้งเป้าหมายภาวะเจริญพันธุ์ของประเทศไทย	โดย ปราโมทย์ ประสาทกุล
11.00 – 11.10 น.	การวางแผนครอบครัวและอนามัยเจริญพันธุ์ของแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย	โดย อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์
11.10 – 11.20 น.	คือนักบุญหรือคนบาป : การติตราผู้ให้บริการด้วยผลพลอยบาปจากการทำแท้ง	โดย กุลภา วจนสาระ
11.20 – 11.40 น.	ให้ความเห็น โดย นายแพทย์ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ	
11.40 – 12.00 น.	ให้ความเห็น โดย ดร.วรภรณ์ แซ่มสนธิ	
12.00 – 12.30 น.	เปิดอภิปราย	
12.30 – 13.30 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
13.30 – 15.00 น.	การตัดสินใจด้านการเจริญพันธุ์ ผู้ดำเนินรายการ : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภูเบศร์ สมุทรจักร	
13.30 – 13.40 น.	ผู้ดำเนินรายการแนะนำวิทยากร	
13.40 – 13.50 น.	คุณภาพการตั้งครรภ์ของหญิงไทยวัยเจริญพันธุ์ ช่วง พ.ศ. 2541 – 2558	โดย พิมพ์พรรณ อิศรภักดี
13.50 – 14.00 น.	แบบแผนและแนวโน้มของจำนวนบุตรเกิดรอดจากสตรีที่ไม่ได้แต่งงานในช่วง พ.ศ. 2543 – 2558	โดย บัทมา ว่าพัฒน์วงศ์
14.00 – 14.10 น.	การตัดสินใจด้านการเจริญพันธุ์ของคนเจนวาย	โดย มนสิการ กาญจนจิตรา
14.10 – 14.20 น.	ชีวิตวัยรุ่นหญิงเมื่อต้องเป็นแม่	โดย รินา ต๊ะดี
14.20 – 14.40 น.	ให้ความเห็น โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญจันทร์ ประดับมุข เซอร์เรอร์	
14.40 – 15.00 น.	เปิดอภิปราย	
15.00 – 16.20 น.	เรื่องเพศเป็นเรื่องของคนทุกวัย ผู้ดำเนินรายการ : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กนกวรรณ ธราวรรณ	
15.00 – 15.10 น.	ผู้ดำเนินรายการแนะนำวิทยากร	
15.10 – 15.20 น.	ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันพฤติกรรมก่อนการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นตอนต้น	โดย อรทัย หุระเจริญพรพานิช
15.20 – 15.30 น.	สุขภาพทางเพศของผู้สูงอายุไทย	โดย เขมิกา ยามะรัต
15.30 – 15.40 น.	เมื่อพ่อแม่ไทยต้องคุยกับลูกเรื่องเพศ	โดย เฉลิมพล แจ่มจันทร์
15.40 – 16.00 น.	ให้ความเห็น โดย อัญชญา สุวรรณานนท์	
16.00 – 16.20 น.	เปิดอภิปราย	
16.20 – 16.30 น.	สรุปและปิดการประชุม โดย รองศาสตราจารย์ ดร.ศรีนทร์ เกรย์ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล	
15.00 – 16.30 น.	อาหารว่างและเครื่องดื่มบริการตนเองหน้าห้องประชุม	



สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล Mahidol Population Gazette

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ปีที่ 26 มกราคม 2560

ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2560

ประชากรคาดประมาณ ณ กลางปี 2560 (1 กรกฎาคม)

	ชาย	หญิง	รวม
1. จำนวนประชากรทั้งประเทศ (หน่วยเป็นพัน)	32,390	33,671	66,061
2. จำนวนประชากรแยกตามที่อยู่อาศัย (หน่วยเป็นพัน)			
เขตเมือง (ประชากรที่อยู่ในเขตเทศบาล และเมืองทุกประเภท)	15,909	16,614	32,523
เขตชนบท (ประชากรที่อยู่นอกเขตเมือง)	16,481	17,057	33,538
3. จำนวนประชากรแยกตามภาค (หน่วยเป็นพัน)			
กรุงเทพมหานคร	3,988	4,228	8,216
ภาคกลาง (ไม่รวมกรุงเทพฯ)	9,252	9,648	18,900
ภาคเหนือ	5,540	5,744	11,284
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	9,169	9,489	18,658
ภาคใต้	4,441	4,562	9,003
4. จำนวนประชากรแยกตามกลุ่มอายุ (หน่วยเป็นพัน)			
ประชากรวัยเด็ก (ต่ำกว่า 15 ปี)	5,966	5,610	11,576
ประชากรวัยแรงงาน (15 - 59 ปี)	21,313	21,859	43,172
ประชากรสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)	5,111	6,202	11,313
ประชากรสูงอายุ (65 ปีขึ้นไป)	3,350	4,229	7,579
ประชากรก่อนวัยเรียน (0 - 5 ปี)	2,276	2,152	4,428
ประชากรวัยเรียน (6 - 21 ปี)	6,918	6,529	13,447
สตรีวัยเจริญพันธุ์ (15 - 49 ปี)		16,946	
5. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (จำนวนปีเฉลี่ยที่คาดว่าบุคคลที่เกิดมาแล้วจะมีชีวิตต่อไปอีกกี่ปี)	ชาย 72.0 ปี	หญิง 78.8 ปี	
6. อายุคาดเฉลี่ยที่อายุ 60 ปี (จำนวนปีเฉลี่ยที่คาดว่าผู้ที่อายุ 60 ปีจะมีชีวิตอยู่ต่อไปอีกกี่ปี)	ชาย 20.2 ปี	หญิง 23.5 ปี	
7. อายุคาดเฉลี่ยที่อายุ 65 ปี (จำนวนปีเฉลี่ยที่คาดว่าผู้ที่อายุ 65 ปีจะมีชีวิตอยู่ต่อไปอีกกี่ปี)	ชาย 16.5 ปี	หญิง 19.4 ปี	
8. อัตราชีพ			
อัตราเกิด (ต่อประชากรพันคน)			10.8
อัตราตาย (ต่อประชากรพันคน)			8.2
อัตราเพิ่มตามธรรมชาติ (ร้อยละ)			0.3
อัตราตายทารก (ต่อการเกิดมีชีพพันราย)			10.1
อัตราตายเด็กต่ำกว่า 5 ปี (ต่อการเกิดมีชีพพันราย)			16.6
9. อัตราเจริญพันธุ์รวม (จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยที่สตรีคนหนึ่งจะมีตลอดวัยเจริญพันธุ์ของตน)			1.59
10. อัตราคุมกำเนิด (ร้อยละ)			78.4
11. ประชากรที่ไม่มีชื่อในทะเบียนบ้านที่ตนกำลังอาศัยอยู่ในปัจจุบัน (ร้อยละ)			25.5