อภินันทนาการ

สำนักหอสมุด

ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา

คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ประชากรและการอนามัยเจริญพันธุ์

Population and Reproductive Health

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยนเรศวร
วันลงทะเบียน ๒ - มิ.ย. ๒๕๕๙
เลขทะเบียน 1.6979579
เลขเรียกหนังสือ RA
788
พ764ป
2559

ดร.พิษนุ อภิสมาจารโยธิน

Dr.Phitsanu Aphisamacharayothin, Ph.D.

ชื่อเรื่อง : **ประชากรและการอนามัยเจริญพันธุ์**
Population and Reproductive Health

พิมพ์ครั้งที่ 1 : มีนาคม 2559

จำนวนหน้า : 231 หน้า

ผู้จัดทำ : อาจารย์ ดร.พิษนุ อภิสมาจารโยธิน

พิมพ์ที่ : ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา
คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
เลขที่ 99 หมู่ 9
ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง
จังหวัดพิษณุโลก 65000
โทรศัพท์ 0-5596-1999
โทรสาร 0-5596-1900

การใช้ประโยชน์และเผยแพร่ : ห้องสมุดมหาวิทยาลัย และใช้ประกอบการเรียนการสอน

สงวนลิขสิทธิ์โดยผู้จัดทำ
Copyright ©

ประชากรและการอนามัยเจริญพันธุ์

อาจารย์ ดร.พิษนุ อภิสมาจารโยธิน

ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2559

คำนำ

เอกสารทางวิชาการเล่มนี้ ใช้สำหรับประกอบสอนวิชาประชากรและการอนามัยเจริญพันธุ์และวิชาการเคลื่อนไหวทางสังคมกับการพัฒนา สำหรับนิสิตระดับปริญญาตรีหลักสูตรศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาสังคม รวมทั้งใช้ประกอบการสอนในรายวิชาทฤษฎีการพัฒนาสังคม และยุทธศาสตร์การวางแผนเพื่อการพัฒนาสังคม สำหรับนิสิตระดับบัณฑิตศึกษาหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิตและหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาสังคม ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับความหมาย และองค์ประกอบของประชากรและการอนามัยเจริญพันธุ์ หลักการอนามัยเจริญพันธุ์ สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ ของกลุ่มเพศและวัย ความสัมพันธ์ระหว่างประเด็นด้านอนามัยเจริญพันธุ์กับมิติทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ปัญหาและผลกระทบของการอนามัยเจริญพันธุ์ที่ไม่เหมาะสม สถาบันทางสังคมกับการจัดการปัญหาด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ต่างๆ นโยบายและยุทธศาสตร์แห่งชาติด้านการพัฒนาอนามัยเจริญพันธุ์ ซึ่งผู้เขียนมุ่งหวังให้ผู้อ่านทั้งที่เป็นนิสิตระดับปริญญาตรี ปริญญาโท และปริญญาเอก นักวิชาการ นักวิจัย และบุคคลทั่วไปจะสามารถใช้เพื่อค้นคว้าหรือเพิ่มความรู้เรื่องหลักการและแนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับประชากรและการอนามัยเจริญพันธุ์

หากเนื้อหาในเอกสารเล่มนี้มีส่วนดีและสามารถใช้เป็นประโยชน์ ผู้เขียนขอมอบความดีให้แก่บิดาและมารดา (นายสนอง อภิสมาจารโยธิน และนางพุทธชาติ อภิสมาจารโยธิน) ครูอาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน ผู้เขียนขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.สุจินต์ จินายน อธิการบดีมหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้บริหารมหาวิทยาลัยนเรศวรทุกท่าน รองศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ สิรสุนทร คณบดีคณะสังคมศาสตร์ ขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัตเกล้า เปรมประสิทธิ์ หัวหน้าภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชไมพร กาญจนกิจสกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์อำนวย พิรุณสาร ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฟ้ารุ่ง มีอุดร อาจารย์ ดร.นิสาพร วัฒนศัพท์ ผู้บริหาร คณาจารย์ และบุคลากรคณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลันเรศวรทุกๆ ท่าน ที่ได้ให้การสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี และขอขอบคุณแหล่งข้อมูลทางวิชาการที่ใช้ประกอบการค้นคว้าทั้งหมดที่ทำให้เนื้อหาในเอกสารเล่มนี้มีความสมบูรณ์

อาจารย์ ดร.พิษนุ อภิสมาจารโยธิน
ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา
คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

สารบัญ

		หน้า
คำนำ		
สารบัญ		
บทที่ 1	**รายละเอียดของรายวิชา (ตามเอกสารหมายเลข มคอ.3)**	**1**
	หมวดที่ 1 ข้อมูลโดยทั่วไป	1
	หมวดที่ 2 จุดมุ่งหมายและวัตถุประสงค์	2
	หมวดที่ 3 ลักษณะและการดำเนินการ	2
	หมวดที่ 4 การพัฒนาการเรียนรู้ของนิสิต	2
	หมวดที่ 5 แผนการสอนและการประเมินผล	5
	หมวดที่ 6 ทรัพยากรประกอบการเรียนการสอน	7
	หมวดที่ 7 การประเมินและปรับปรุงการดำเนินการของรายวิชา	8
บทที่ 2	**ความหมายและความสำคัญของประชากรและการอนามัยเจริญพันธุ์**	**9**
	แนวคิดและวัตถุประสงค์ประจำบทเรียน	9
	ตอนที่ 2.1 ความหมายของประชากรและการอนามัยเจริญพันธุ์	10
	ตอนที่ 2.2 ความสำคัญของประชากรและการอนามัยเจริญพันธุ์	20
	แบบฝึกหัดประจำบทเรียน	23
	บรรณานุกรม	24
บทที่ 3	**โครงสร้างทางประชากรและองค์ประกอบของการอนามัยเจริญพันธุ์**	**25**
	แนวคิดและวัตถุประสงค์ประจำบทเรียน	25
	ตอนที่ 3.1 โครงสร้างทางประชากรและการอนามัยเจริญพันธุ์	27
	ตอนที่ 3.2 องค์ประกอบของการอนามัยเจริญพันธุ์	31
	ตอนที่ 3.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการอนามัยเจริญพันธุ์	33
	แบบฝึกหัดประจำบทเรียน	35
	บรรณานุกรม	36
บทที่ 4	**การอนามัยเจริญพันธุ์ในแต่ละกลุ่มทางสังคม**	**37**
	แนวคิดและวัตถุประสงค์ประจำบทเรียน	37
	ตอนที่ 4.1 การอนามัยเจริญพันธุ์ในเพศหญิงและเพศชาย	40
	ตอนที่ 4.2 การอนามัยเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ	46
	ตอนที่ 4.3 การอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มผู้พิการและผู้ป่วยโรคเอดส์	50
	แบบฝึกหัดประจำบทเรียน	54
	บรรณานุกรม	55

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 5	**พฤติกรรมสุขภาพและการศึกษาทางระบาดวิทยาในด้านการอนามัยเจริญพันธุ์**	57
	แนวคิดและวัตถุประสงค์ประจำบทเรียน	57
	ตอนที่ 5.1 ความหมายของพฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพ	59
	ตอนที่ 5.2 ความหมายและองค์ประกอบการการศึกษาทางระบาดวิทยา	64
	ตอนที่ 5.3 การศึกษาทางระบาดวิทยาและการดำเนินงานด้านการอนามัยเจริญพันธุ์	67
	แบบฝึกหัดประจำบทเรียน	73
	บรรณานุกรม	74
บทที่ 6	**โรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการอนามัยเจริญพันธุ์**	75
	แนวคิดและวัตถุประสงค์ประจำบทเรียน	75
	ตอนที่ 6.1 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	77
	ตอนที่ 6.2 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระบบสืบพันธุ์	85
	ตอนที่ 6.3 ภาวะทุกข์ยากของผู้ป่วยที่เผชิญกับโรคและปัญหาสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์	90
	แบบฝึกหัดประจำบทเรียน	96
	บรรณานุกรม	98
บทที่ 7	**ทฤษฎีทางสังคมวิทยาที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงประชากรและสังคม**	99
	แนวคิดและวัตถุประสงค์ประจำบทเรียน	99
	ตอนที่ 7.1 แนวคิดเบื้องต้นเกี่ยวกับมนุษย์ สังคม และวัฒนธรรม	101
	ตอนที่ 7.2 ทฤษฎีทางสังคมวิทยาที่เกี่ยวกับสังคมและการเปลี่ยนแปลง	107
	แบบฝึกหัดประจำบทเรียน	118
	บรรณานุกรม	120
บทที่ 8	**การอนามัยเจริญพันธุ์กับการทำให้เป็นเรื่องทางการแพทย์**	122
	แนวคิดและวัตถุประสงค์ประจำบทเรียน	122
	ตอนที่ 8.1 ความหมายของการทำให้เป็นเรื่องทางการแพทย์	124
	ตอนที่ 8.2 ภาวะหลังวัยเจริญพันธุ์กับการทำให้เป็นเรื่องทางการแพทย์	127
	แบบฝึกหัดประจำบทเรียน	129
	บรรณานุกรม	130

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 9 การอนามัยเจริญพันธุ์กับบริบททางด้านสังคมและวัฒนธรรม **131**

แนวคิดและวัตถุประสงค์ประจำบทเรียน 131

ตอนที่ 9.1 ความสัมพันธ์ระหว่างสังคมและวัฒนธรรมกับการอนามัยเจริญพันธุ์ 133

ตอนที่ 9.2 ปัญหาการอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิงในกลุ่มประเทศอาเซียน 137

แบบฝึกหัดประจำบทเรียน 143

บรรณานุกรม 144

บทที่ 10 เพศภาวะและเพศวิถีกับการอนามัยเจริญพันธุ์ **145**

แนวคิดและวัตถุประสงค์ประจำบทเรียน 145

ตอนที่ 10.1 ความหมายของเพศภาวะและเพศวิถี 147

ตอนที่ 10.2 มิติทางเพศกับการประกอบสร้างทางสังคม 152

ตอนที่ 10.3 บทบาททางเพศกับการอนามัยเจริญพันธุ์ 154

แบบฝึกหัดประจำบทเรียน 156

บรรณานุกรม 157

บทที่ 11 ความสัมพันธ์เชิงอำนาจกับการอนามัยเจริญพันธุ์ **160**

แนวคิดและวัตถุประสงค์ประจำบทเรียน 160

ตอนที่ 11.1 ความหมายของความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเพศ 162

ตอนที่ 11.2 ความสัมพันธ์เชิงอำนาจกับการอนามัยเจริญพันธุ์ 166

แบบฝึกหัดประจำบทเรียน 169

บรรณานุกรม 171

บทที่ 12 อัตลักษณ์ทางเพศและผลกระทบจากความรุนแรง **173**

แนวคิดและวัตถุประสงค์ประจำบทเรียน 173

ตอนที่ 12.1 ความหมายของอัตลักษณ์และอัตลักษณ์ทางเพศ 175

ตอนที่ 12.2 ปัญหาความรุนแรงที่มีต่อบุคคลที่มีเพศนอกกรอบ 179

แบบฝึกหัดประจำบทเรียน 181

บรรณานุกรม 182

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 13 วาทกรรมที่เกี่ยวข้องการอนามัยเจริญพันธุ์ 185
แนวคิดและวัตถุประสงค์ประจำบทเรียน 185
ตอนที่ 13.1 ความหมายของวาทกรรมและการประกอบสร้างความจริง 187
ตอนที่ 13.2 วาทกรรมด้านเพศวิถีกับการอนามัยเจริญพันธุ์ 189
แบบฝึกหัดประจำบทเรียน 191
บรรณานุกรม 193

บทที่ 14 นโยบายและยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาการอนามัยเจริญพันธุ์ 195
แนวคิดและวัตถุประสงค์ประจำบทเรียน 195
ตอนที่ 14.1 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ 197
ตอนที่ 14.2 แนวโน้มการขับเคลื่อนและสนับสนุนด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ 208
แบบฝึกหัดประจำบทเรียน 213
บรรณานุกรม 214

บทที่ 15 จริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาทางด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ 216
แนวคิดและวัตถุประสงค์ประจำบทเรียน 216
ตอนที่ 15.1 จรรยาบรรณที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาทางด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ 218
ตอนที่ 15.2 จริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาทางด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ 220
ตอนที่ 15.3 คุณภาพและคุณค่าของผลงานการศึกษาด้านเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ 222
แบบฝึกหัดประจำบทเรียน 224
บรรณานุกรม 225

ประวัติผู้จัดทำ (ดร.พิษนุ อภิสมาจารโยธิน) 227
ข้อมูลส่วนบุคคล 227
ประวัติการศึกษา 227
ประวัติการทำงาน 228
ผลงานวิชาการและอื่นๆ 228
ประสบการณ์การสอน 231

รายละเอียดการใช้ประกอบการสอน

ชื่อสถาบันอุดมศึกษา	มหาวิทยาลัยนเรศวร
คณะ/ ภาควิชา	คณะสังคมศาสตร์ / ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา

ข้อมูลการใช้ประกอบการสอน

1. รหัสและชื่อรายวิชา

830338 ประชากรและการอนามัยเจริญพันธุ์

จำนวนหน่วยกิต 3 หน่วยกิต (3-0-6)

หลักสูตร ศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาสังคม

สัปดาห์(หัวข้อ) สัปดาห์ที่ 1-16 (ทั้งรายวิชา)

2. รหัสและชื่อรายวิชา

830353 การเคลื่อนไหวทางสังคมกับการพัฒนา

จำนวนหน่วยกิต 3 หน่วยกิต (2-2-5)

หลักสูตร ศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาสังคม

สัปดาห์(หัวข้อ) สัปดาห์ที่ 12-14 (การเคลื่อนไหวทางสังคมกับการพัฒนาด้านสุขภาพ)

3. รหัสและชื่อรายวิชา

830512 ทฤษฎีการพัฒนาสังคม

จำนวนหน่วยกิต 3 หน่วยกิต (3-0-6)

หลักสูตร ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาสังคม

สัปดาห์(หัวข้อ) สัปดาห์ที่ 12 (สังคมวิทยาสุขภาพกับการพัฒนาสังคม)

4. รหัสและชื่อรายวิชา

830613 ยุทธศาสตร์การวางแผนเพื่อการพัฒนาสังคม

จำนวนหน่วยกิต 3 หน่วยกิต (2-2-5)

หลักสูตร ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาสังคม

สัปดาห์(หัวข้อ) สัปดาห์ที่ 13 (ยุทธศาสตร์การพัฒนาด้านการแพทย์และสาธารณสุข)

บทที่ 1

รายละเอียดของรายวิชา

เอกสารหมายเลข มคอ.3

รายละเอียดของรายวิชา

ชื่อสถาบันอุดมศึกษา	มหาวิทยาลัยนเรศวร
วิทยาเขต / คณะ/ ภาควิชา	คณะสังคมศาสตร์ / ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา

หมวดที่ 1 ข้อมูลโดยทั่วไป

1. รหัสและชื่อรายวิชา 830338 ประชากรและการอนามัยเจริญพันธุ์ (Population and Reproductive Health)
2. จำนวนหน่วยกิต 3 หน่วยกิต (3-0-6)
3. หลักสูตรและประเภทของรายวิชา หมวดวิชาเลือก
4. อาจารย์ผู้รับผิดชอบรายวิชาและอาจารย์ผู้สอน อาจารย์ ดร.พิษนุ อภิสมาจารโยธิน
5. ภาคการศึกษา / ชั้นปีที่เรียน ภาคการศึกษาที่ 1 และ 2 / นิสิตชั้นปีที่ 3 และ 4
6. รายวิชาที่ต้องเรียนมาก่อน (Pre-requisites) (ไม่มี)
7. รายวิชาที่ต้องเรียนพร้อมกัน (Co-requisites) (ไม่มี)
8. สถานที่เรียน มหาวิทยาลัยนเรศรวร
9. วันที่จัดทำหรือปรับปรุงรายละเอียดของรายวิชาครั้งล่าสุด 14 กุมภาพันธ์ 2559

หมวดที่ 2 จุดมุ่งหมายและวัตถุประสงค์

1. เพื่อให้นิสิตมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับประชากรและการอนามัยเจริญพันธุ์
2. เพื่อให้นิสิตเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างประเด็นด้านอนามัยเจริญพันธุ์กับมิติทางด้านสังคมและวัฒนธรรม
3. เพื่อให้นิสิตสามารถวิเคราะห์ปัญหาและผลกระทบของอนามัยเจริญพันธุ์ที่ไม่เหมาะสมที่มีต่อกลุ่มคนในทุกเพศ ทุกวัย ตลอดจนชุมชน และสังคมได้

หมวดที่ 3 ลักษณะและการดำเนินการ

1. คำอธิบายรายวิชา

ความหมายและองค์ประกอบของอนามัยเจริญพันธุ์ หลักการอนามัยเจริญพันธุ์ สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของกลุ่ม เพศและวัย ความสัมพันธ์ระหว่างประเด็นด้านอนามัยเจริญพันธุ์กับมิติทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ปัญหาและผลกระทบของอนามัยเจริญพันธุ์ที่ไม่เหมาะสม สถาบันทางสังคมกับการจัดการปัญหาด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ นโยบายและยุทธศาสตร์แห่งชาติด้านการพัฒนาอนามัยเจริญพันธุ์

Meaning and elements of reproductive health, principle of reproductive health, reproductive health rights of all genders and ages, relationships between issues in reproductive health and economic, social and cultural dimensions, problems and impacts of inappropriate reproductive health, social institutions and management of reproductive health problems, national policy and strategies regarding reproductive health.

2. จำนวนชั่วโมงที่ใช้ต่อภาคการศึกษา

บรรยาย	สอนเสริม	การฝึกปฏิบัติงาน / งานภาคสนาม / การฝึกงาน	การศึกษาด้วยตนเอง
บรรยาย 45 ชั่วโมงต่อภาคการศึกษา	สอนเสริมตามความต้องการของนิสิตเฉพาะกลุ่ม	-	การศึกษาด้วยตนเอง 6 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

3. จำนวนชั่วโมงต่อสัปดาห์ที่อาจารย์ให้คำปรึกษาและแนะนำทางวิชาการแก่นิสิตเป็นรายบุคคล

อาจารย์ ดร.พิษนุ อภิสมาจารโยธิน

- วันจันทร์ 09.00 – 12.00 น.
- วันศุกร์ 13.00 – 16.00 น.

หมวดที่ 4 การพัฒนาการเรียนรู้ของนิสิต

1. คุณธรรม จริยธรรม
1.1 คุณธรรม จริยธรรมที่ต้องพัฒนา - มีความรู้และความเข้าใจในจรรยาบรรณวิชาชีพทางการวิจัยที่จะไม่ละเมิดผู้อื่นทางวิชาการ - มีความซื่อสัตย์สุจริต มีวินัยในการเรียน เคารพและสามารถปฏิบัติตามกฎระเบียบของสถาบันและสังคมทางด้านวิชาการ - มีจิตสำนึกและพฤติกรรมที่คำนึงประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าประโยชน์ส่วนตนอย่างมีคุณธรรม
1. คุณธรรม จริยธรรม
1.2 วิธีการสอน - สอดแทรกคุณธรรมด้านวิชาการระหว่างการบรรยายพร้อมยกตัวอย่าง - ฝึกการปฏิบัติการในห้องเรียน เช่น การเขียนอ้างอิงที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ
1.3 วิธีการประเมินผล - พฤติกรรมในชั้นเรียน และการสอบ - การส่งงานตามเวลา และการมีส่วนร่วมในชั้นเรียน
2. ความรู้
2.1 ความรู้ที่ต้องได้รับ - มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการและเนื้อหาด้านประชากรและอนามัยเจริญพันธุ์ - สามารถวิเคราะห์และเข้าใจปัญหาและผลกระทบของอนามัยเจริญพันธุ์ที่ไม่เหมาะสม
2.2 วิธีการสอน - บรรยายพร้อมยกตัวอย่างประกอบ โดยเฉพาะกรณีศึกษาด้านอนามัยเจริญพันธุ์ - แลกเปลี่ยนและนำเสนอความรู้ในด้านประชากรและอนามัยเจริญพันธุ์
2.3 วิธีการประเมินผล - สอบกลางภาค สอบปลายภาค - การมีส่วนร่วมในชั้นเรียน - รายงานที่ได้รับมอบหมาย
3. ทักษะทางปัญญา
3.1 ทักษะทางปัญญาที่ต้องพัฒนา - สามารถเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างประเด็นด้านอนามัยเจริญพันธุ์กับมิติทางด้านสังคมและวัฒนธรรม - สามารถวิเคราะห์ปัญหาและผลกระทบของอนามัยเจริญพันธุ์ที่ไม่เหมาะสมที่มีต่อกลุ่มคนในทุกเพศ ทุกวัย ตลอดจนชุมชนและสังคม

3.2 วิธีการสอน - วิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอแนวคิดตามที่อาจารย์ได้มอบหมาย
3.3 วิธีการประเมินผล - พิจารณาจากผลการทำงานที่อาจารย์มอบหมาย

4. ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ
4.1 ทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความรับผิดชอบ - มีความรับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมายอย่างมีประสิทธิภาพ - มีมนุษย์สัมพันธ์ที่ดี สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่น และปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์และวัฒนธรรมองค์กรได้เป็นอย่างดี - สามารถให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ต่างๆ ทั้งในบทบาทของผู้นำ หรือในบทบาทของผู้ร่วมทีมงาน - มีความรับผิดชอบการพัฒนาความรู้ความสามารถทางวิชาชีพของตนเองอย่างต่อเนื่อง
4.2 วิธีการสอน - มอบหมายให้มีการทำงานกลุ่ม
4.3 วิธีการประเมินผล - ผลการปฏิบัติการงานที่ได้รับมอบหมาย

5. ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ
5.1 ทักษะการวิเคราะห์เชิงตัวเลข การสื่อสาร และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ - สามารถใช้สื่อเทคโนโลยีสารสนเทศในการนำเสนอและการสื่อสารในชั้นเรียนตามที่อาจารย์กำหนด
5.2 วิธีการสอน - มอบหมายงาน และให้นิสิตได้มีโอกาสนำเสนอโดยใช้รูปแบบและเทคโนโลยีในการนำเสนอที่เหมาะสม
5.3 วิธีการประเมินผล - จากผลงานที่ได้รับมอบหมายให้วิเคราะห์ระหว่างเรียน และการนำเสนอด้วยสื่อเทคโนโลยี

หมวดที่ 5 แผนการสอนและการประเมินผล

1. แผนการสอน

สัปดาห์ที่	หัวข้อ/รายละเอียด	จำนวนชั่วโมง	กิจกรรมการเรียนการสอน สื่อที่ใช้	ผู้สอน
1	1) แนะนำรายวิชา 2) ความหมายและความสำคัญของประชากรและการอนามัยเจริญพันธุ์	3	- บรรยาย - แลกเปลี่ยนเรียนรู้	ดร.พิษนุ อภิสมาจารโยธิน
2	โครงสร้างทางประชากรและองค์ประกอบของการอนามัยเจริญพันธุ์ 1) โครงสร้างทางประชากรและการอนามัยเจริญพันธุ์ 2) องค์ประกอบของการอนามัยเจริญพันธุ์ 3) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการอนามัยเจริญพันธุ์	3	- บรรยาย - ยกตัวอย่าง - แลกเปลี่ยนเรียนรู้	ดร.พิษนุ อภิสมาจารโยธิน
3	การอนามัยเจริญพันธุ์ในแต่ละกลุ่มทางสังคม 1) การอนามัยเจริญพันธุ์ในเพศหญิงและชาย 2) การอนามัยเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 3) การอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มผู้พิการและผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์	3	- บรรยาย - ยกตัวอย่าง - แลกเปลี่ยนเรียนรู้	ดร.พิษนุ อภิสมาจารโยธิน
4	พฤติกรรมสุขภาพและการศึกษาทางระบาดวิทยาในด้านการอนามัยเจริญพันธุ์	3	- บรรยาย - มอบหมายงาน	ดร.พิษนุ อภิสมาจารโยธิน
5	โรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการอนามัยเจริญพันธุ์ 1) ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับ STIs 2) ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับ NCDs ในระบบสืบพันธุ์ 3) ภาวะทุกข์ยากของผู้ป่วย	3	- บรรยาย - ยกตัวอย่าง - แลกเปลี่ยนเรียนรู้	ดร.พิษนุ อภิสมาจารโยธิน
6	ทฤษฎีทางสังคมวิทยาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของประชากรและสังคม	3	- บรรยาย - แลกเปลี่ยนเรียนรู้	ดร.พิษนุ อภิสมาจารโยธิน
7	การอนามัยเจริญพันธุ์กับการทำให้เป็นเรื่องทางการแพทย์ 1) ความหมายของการทำให้เป็นเรื่องทางการแพทย์ 2) ภาวะหลังวัยเจริญพันธุ์กับการทำให้เป็นเรื่องทางการแพทย์	3	- บรรยาย - ยกตัวอย่าง - ส่ง/เสนอรายงาน	ดร.พิษนุ อภิสมาจารโยธิน

สัปดาห์ที่	หัวข้อ/รายละเอียด	จำนวนชั่วโมง	กิจกรรมการเรียนการสอน สื่อที่ใช้	ผู้สอน
8	Midterm Examination	3	สอบกลางภาค	อาจารย์ผู้สอน
9	การอนามัยเจริญพันธุ์บริบททางด้านสังคมและวัฒนธรรม 1) ความสัมพันธ์ระหว่างสังคมและวัฒนธรรมกับการอนามัยเจริญพันธุ์ 2) ปัญหาการอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิงในกลุ่มประเทศอาเซียน	3	- บรรยาย - ยกตัวอย่าง - แลกเปลี่ยนเรียนรู้	ดร.พิษนุ อภิสมาจารโยธิน
10	เพศภาวะและเพศวิถีกับการอนามัยเจริญพันธุ์ 1) ความหมายของเพศภาวะและเพศวิถี 2) มิติทางเพศกับการประกอบสร้างทางสังคม 3) บทบาททางเพศกับการอนามัยเจริญพันธุ์	3	- บรรยาย - ยกตัวอย่าง - แลกเปลี่ยนเรียนรู้	ดร.พิษนุ อภิสมาจารโยธิน
11	ความสัมพันธ์เชิงอำนาจกับการอนามัยเจริญพันธุ์	3	- บรรยาย - ยกตัวอย่าง	ดร.พิษนุ อภิสมาจารโยธิน
12	อัตลักษณ์ทางเพศและผลกระทบจากความรุนแรง 1) ความหมายของอัตลักษณ์ทางเพศ 2) ปัญหาความรุนแรงที่มีต่อบุคคลที่มีเพศนอกกรอบ	3	- บรรยาย - ยกตัวอย่าง - มอบหมายงาน	ดร.พิษนุ อภิสมาจารโยธิน
13	วาทกรรมที่เกี่ยวข้องกับการอนามัยเจริญพันธุ์ 1) ความหมายของวาทกรรมและการประกอบสร้างความจริง 2) วาทกรรมด้านเพศวิถีกับการอนามัยเจริญพันธุ์	3	- บรรยาย - ยกตัวอย่าง - แลกเปลี่ยนเรียนรู้	ดร.พิษนุ อภิสมาจารโยธิน
14	นโยบายและยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาการอนามัยเจริญพันธุ์(สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์)	3	- บรรยาย - ยกตัวอย่าง	ดร.พิษนุ อภิสมาจารโยธิน
15	จริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาทางด้านการอนามัยเจริญพันธุ์	3	- บรรยาย - ส่ง/เสนอรายงาน	ดร.พิษนุ อภิสมาจารโยธิน
16	Final Examination	3	สอบปลายภาค	อาจารย์ผู้สอน

หมายเหตุ: อาจเปลี่ยนตามความเหมาะสมของผู้เรียน

2. แผนการประเมินผลการเรียนรู้

กิจกรรมที่	ผลการเรียนรู้	วิธีการประเมิน	สัปดาห์ที่ประเมิน	สัดส่วนผลการประเมิน
1	คุณธรรม	- การเข้าเรียนตรงเวลา - ความรับผิดชอบ	ทุกสัปดาห์	20%
2	- ทักษะทางปัญญา - ทักษะในการวิเคราะห์ และการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ - ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	- การส่งงานที่ได้รับมอบหมาย - การนำเสนอรายงาน	7 และ 15	20%
3	ความรู้ความเข้าใจ	สอบกลางภาค	8	30%
4	ความรู้ความเข้าใจ	สอบปลายภาค	16	30%

การพิจารณาผลการเรียนกำหนดดังนี้

เกรด	A	B+	B	C+	C	D+	D	F
คะแนน	80+	75-79.9	70-74.9	65-69.9	60-64.9	55-59.9	50-54.9	< 50

หมวดที่ 6 ทรัพยากรประกอบการเรียนการสอน

1. ตำราและเอกสารหลัก

Anderson, Barbara. (2005). *Reproductive health: women and men's shared responsibility.* New York: Sudbury, Mass. Jones and Bartlett.

บุปผา ศิริรัศมี, เบญจา ยอดดำเนิน, เอื้อมพร ทองกระจาย, เรณี อรรฐาเมศร์, อมรา สุนทรธาดา และคณะ. (ม.ป.ป). *คู่มือการอบรมเชิงปฏิบัติการโครงการพัฒนา งานวิจัยด้านเพศภาวะ มิติทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์.* นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรศาสตร์และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

พิษนุ อภิสมาจารโยธิน. (2559). *ประชากรและการอนามัยเจริญพันธุ์.* พิษณุโลก: ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.

2. เอกสารและข้อมูลสำคัญ

กฤตยา อาชวนิจกล. (2547). *ผู้หญิงในวาทกรรมการเมืองเรื่องเพศและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์.* เชียงใหม่: ศูนย์สตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จิตติมา ภาณุเตชะ และคณะ. (2550). *สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ หัวใจสำคัญของสุขภาพผู้หญิง.* กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ.

พิษนุ อภิสมาจารโยธิน และสุวรรณี หาญมุสิกวัฒน์กูร บรรณาธิการ : Asian-Pacific Resource & Research Centre for Women. (2550). มุมมองเกี่ยวกับเพศภาวะและสิทธิของผู้หญิง ในนโยบายและแผนด้านสุขภาพ. *ARROWs เพื่อการเปลี่ยนแปลง (ฉบับภาษาไทย).* 13(2). 1-20.

3. เอกสารและข้อมูลแนะนำ

กาญจนา แก้วเทพ และคณะ. (2548). *ทั้งรัก ทั้งใคร่ ทั้งใช้ความรุนแรงต่อผู้หญิง.* เชียงใหม่: ศูนย์สตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พิษนุ อภิสมาจารโยธิน. (2558). *อัตลักษณ์และความรุนแรงทางเพศของวัยรุ่นไทยในอินเทอร์เน็ต (ปัญหาการอนามัยเจริญพันธุ์ในปัจจุบัน).* วารสารวิชาการเฉลิมกาญจนา ปีที่ 1 ฉบับที่ 2.

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. (ม.ป.ป). *การให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข.* กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

หมวดที่ 7 การประเมินและปรับปรุงการดำเนินการของรายวิชา

1. กลยุทธ์การประเมินประสิทธิผลของรายวิชาโดยนิสิต

1.1 สอบถามความคิดเห็นจากนิสิตอย่างไม่เป็นทางการระหว่างการจัดการเรียนการสอน

1.2 ประเมินผลการสอนโดยใช้ระบบออนไลน์

2. กลยุทธ์การประเมินการสอน

2.1 รับฟังความความคิดเห็นจากนิสิตในระหว่างการจัดการเรียนการสอน

2.2 ประเมินจากการทำแบบฝึกหัดของนิสิต

3. การปรับปรุงการสอน

3.1 นำผลการประเมินมาใช้ปรับปรุงการสอน

3.2 มีการศึกษาค้นคว้าองค์ความรู้ใหม่ๆที่จะนำมาใช้ในการสอน

4. การทบทวนมาตรฐานผลสัมฤทธิ์ของนิสิตในรายวิชา

4.1 มีการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่นิสิตเพื่อนำไปปรับปรุงการเรียนเป็นระยะ

4.2 มีการให้นิสิตตรวจสอบคะแนนเก็บและคะแนนสอบกลางภาคก่อนทำการสอบปลายภาค

5. การดำเนินการทบทวนและการวางแผนปรับปรุงประสิทธิผลของรายวิชา

นำผลการประเมินของนิสิตและคะแนนของนิสิตมาใช้เพื่อการปรับปรุงรายวิชาก่อนที่จะทำการสอนในภาคการศึกษาต่อไป

บทที่ 2
ความหมายและความสำคัญ
ของประชากรและการอนามัยเจริญพันธุ์

แนวคิดและวัตถุประสงค์ประจำบทเรียน

สรุปแนวคิด

1. ประชากร (Population) หมายถึง กลุ่มปัจเจกบุคคลที่รวมตัวกันเป็นสังคมซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สัมพันธ์กับขนาด (Size) การกระจาย (Distribution) และการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมต่างๆ ที่เชื่อมโยงกับระบบโครงสร้างความสัมพันธ์ของประชากรในสังคมนั้นๆ

2. การอนามัยเจริญพันธุ์ (Reproductive Health) หมายถึง สุขภาวะ หรือภาวะที่มีความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งไม่ใช่เพียงแค่สภาวะที่ปราศจากโรคเท่านั้น แต่ยังต้องครอบคลุมถึงช่วงชีวิตทั้งหมดของบุคคล เป็นผลสัมฤทธิ์จากกระบวนการเจริญพันธุ์ที่สมบูรณ์ ทั้งในด้านความพึงพอใจทางเพศ สิทธิในการกำหนดบทบาททางเพศและเพศวิถี ความปลอดภัยและการเป็นที่ยอมรับ ตลอดจนการเข้าถึง และการได้รับบริการสุขภาพทางเพศอย่างเป็นธรรมและมีคุณภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อการดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข

3. ประชากรเป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญของการพัฒนาประเทศ จึงจำเป็นที่จะต้องให้ความสำคัญกับเรื่องคุณภาพชีวิตอย่างปฏิเสธไม่ได้ ดังนั้น องค์ความรู้ด้านประชากรและการอนามัยเจริญพันธุ์นั้นจึงมีความสำคัญมาก เนื่องจากเป็นเรื่องที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในหลายแง่มุม เพราะเกี่ยวข้องกับสุขภาพทางเพศและเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่ถูกประกอบสร้าง (Construction) อย่างเป็นระบบ นอกจากนี้การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพทางเพศและการอนามัยเจริญพันธุ์ในบริบทของสังคมและวัฒนธรรม เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง

วัตถุประสงค์

เพื่อให้นิสิตสามารถ

1. เข้าใจความหมายของประชากรและการอนามัยเจริญพันธุ์
2. อธิบายความสำคัญของประชากรและการอนามัยเจริญพันธุ์

เนื้อหาหลัก

เนื้อหาในบทที่ 2 **ความหมายและความสำคัญของประชากรและการอนามัยเจริญพันธุ์** ประกอบ ด้วย 2 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 2.1 ความหมายของประชากรและการอนามัยเจริญพันธุ์

ตอนที่ 2.2 ความสำคัญของประชากรและการอนามัยเจริญพันธุ์

เมื่ออ่านจบบทเรียนแล้วขอให้นิสิตทดลองทำแบบฝึกหัดเพื่อเป็นการทบทวนความรู้

ตอนที่ 2.1 ความหมายของประชากรและการอนามัยเจริญพันธุ์

2.1.1 แนวคิดเกี่ยวกับประชากร

เมื่อกล่าวถึงคำว่าประชากร อาจพิจารณาความหมายได้ 2 ลักษณะก็คือ ความหมายจากรากศัพท์ภาษาอังกฤษของคำว่าประชากร "Population" และประชากรศาสตร์ "Demography"

ประชากร (Population) หมายถึง การรวมกลุ่มกันของสิ่งมีชีวิตซึ่งในที่นี้คือมนุษย์ (Human Population) ที่อาศัยอยู่ในอาณาบริเวณเดียวกันในลักษณะของสังคม โดยเกี่ยวข้องกับลักษณะเฉพาะได้แก่ ความหนาแน่นของประชากร (Population Density) การเกิด (Natality) การตาย (Mortality) การย้ายถิ่นหรือการอพยพเข้า (Immigration) การย้ายถิ่นหรือการอพยพออก (Emigration) ขนาดของประชากร (Size) การแพร่กระจายของประชากร (Population Dispersal) การเติบโตของประชากร (Population Growth) โครงสร้างอายุและเพศ (Age Structure and Sex) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับสถานภาพ บทบาท ความสัมพันธ์ วัฒนธรรม และพฤติกรรมของประชากรในสังคม

ประชากรศาสตร์ (Demography) หมายถึง การศึกษาเกี่ยวกับประชากร เป็นคำที่มีรากศัพท์ภาษาอังกฤษมาจากคำว่า "Demo" ซึ่งหมายถึง ประชาชน (People) และคำว่า "Graphy" ซึ่งหมายถึง การอธิบายลักษณะ (Description) ดังนั้นจึงหมายถึงการศึกษาหรืออธิบายลักษณะของประชากร

ขอบเขตของการศึกษาทางประชากรศาสตร์ประกอบด้วย

1) การศึกษาเกี่ยวกับขนาดหรือจำนวนของประชากรเพื่อให้ทราบข้อมูลในเชิงปริมาณ โดยทำการศึกษาในบริบทเชิงพื้นที่ และสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์แนวโน้มในอนาคต

2) การศึกษาเกี่ยวกับการกระจายตัวของประชากร โดยทำการศึกษารูปแบบของกลุ่มประชากรในพื้นที่นั้นๆ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับลักษณะทางภูมิศาสตร์และลักษณะสภาพแวดล้อมทางสังคม เพื่อทำความเข้าใจรูปแบบการกระจายตัวและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

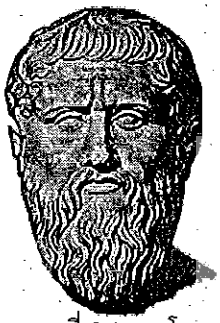
3) การศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบของประชากร โดยทำการศึกษาคุณลักษณะต่างๆ ที่เกี่ยว ข้อง ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ สัญชาติ และองค์ประกอบอื่นๆ เพื่อทำความเข้าใจคุณลักษณะประชากรในแต่ละพื้นที่ เพื่อให้เห็นความความแตกต่างและเข้าใจรูปแบบความสัมพันธ์ทางสังคม

4) การศึกษาการเปลี่ยนแปลงทางประชากร โดยศึกษาเกี่ยวกับการเพิ่มขึ้นหรือลดจำนวนลงของประชากรในโครงสร้างต่างๆ โดยเกี่ยวข้องกับการเกิด การตาย การอพยพย้ายถิ่นฐาน ซึ่งมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรในแต่ละช่วงเวลา

แนวคิดเกี่ยวกับประชากรเป็นการอธิบายถึงพฤติกรรมต่างๆ ของมนุษย์ในสังคม ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามบริบททางด้านสังคมและวัฒนธรรม โดยการศึกษาเกี่ยวกับประชากรจำเป็นต้องทำการศึกษาเกี่ยวกับขนาด (Size) การกระจาย (Distribution) องค์ประกอบของประชากร (Composition) และการพัฒนา (Development) โดยใช้สถิติที่เกี่ยวข้องในการอธิบายหรือวิเคราะห์คุณลักษณะ และการเปลี่ยนแปลงต่างๆ และอาจใช้วิธีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปรากฏการณ์ในเชิงพฤติกรรมกับปรากฏการณ์ทางด้านเศรษฐกิจ

การเมือง สังคม และวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อทำความเข้าใจความแตกต่างหรืออธิบายความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างได้อย่างชัดเจนยิ่งขึ้น

การศึกษาเกี่ยวกับประชากรและการเปลี่ยนแปลงของประชากร จะเป็นการอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคม และวัฒนธรรม ซึ่งมีวิวัฒนนาการของแนวคิดมาตั้งแต่สมัยโบราณ แนวคิดในยุคกรีกจะให้ความสำคัญกับการจัดการจำนวนประชากรที่เหมาะสมเพื่อประโยชน์ในด้านการจัดเก็บภาษี การใช้ประโยชน์ที่ดินและการป้องกันประเทศ ตลอดจนการแก้ไขปัญหาจำนวนประชากรที่มากเกินไปด้วยวิธีการคุมกำเนิดตามแนวคิดที่ได้รับอิทธิพลมาจากนักปรัชญากรีกโบราณที่ชื่อเพลโต (Plato)



ภาพที่ 2.1 เพลโต

(ที่มา: wikipedia.org)

เช่นเดียวกับอริสโตเติล (Aristotle) ที่ได้ให้แนวคิดว่า การที่ประชากรเพิ่มขึ้นแต่มีที่ดินจำกัดนั้นจะนำไปสู่ปัญหาความยากจน ทุกข์ ความเจ็บป่วย และปัญหาทางสังคมอื่นๆ ซึ่งสามารถป้องกันได้โดยการควบคุมจำนวนทารกโดยใช้การฆ่าและการทำแท้ง ซึ่งแสดงให้เห็นรูปแบบการจัดการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ เพื่อจัดการกับโครงสร้างของประชากรในยุคกรีกโบราณ

ภาพที่ 2.2 อริสโตเติล

(ที่มา: wikipedia.org)

นอกจากนั้น ในยุคโรมันถึงแม้จะให้ความสนใจกับปัญหาประชากรไม่มากเท่ากับในยุคกรีก แต่ก็มีความพยายามสร้างความเป็นนครรัฐหรืออาณาจักรที่มีขนาดใหญ่ จึงเห็นความสำคัญของการเพิ่มจำนวนของประชากรเพื่อให้มีความพร้อมในด้านการทหาร จึงได้มีการสนับสนุนโดยออกเป็นกฎหมายเพิ่มจำนวนประชากรโดยส่งเสริมให้มีการสมรสตั้งแต่อายุยังน้อยและการไม่ยอมรับการครองสถานภาพโสดของพลเมือง

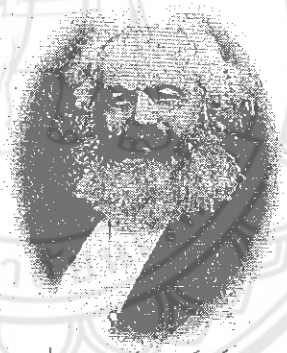
พัฒนาการทางความคิดเกี่ยวกับประชากรมีมาอย่างต่อเนื่อง โดยนักประชากรในกลุ่มพาณิชย์นิยม อย่างเช่น บาเทอร์โร (Batero) และแทมเบอร์ (Tambar) มีความเห็นว่า ตราบเท่าที่มีความอุดมสมบูรณ์ก็จะทำให้ประชากรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และความหนาแน่นของประชากรก็ยังเป็นพื้นฐานของความอุดมสมบูรณ์และจะนำไปสู่ความมั่นคงของชาติ ทั้งนี้ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการเพิ่มประชากรนั้น สเปงเกอร์ (Spengler) มีความเห็นว่าเกิดจากโรคระบาด การครองสถานภาพโสดและการทำแท้งของประชากร จากแนวคิดนี้จึงนำไปสู่การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในด้านสุขภาพอนามัย การอนามัยเจริญพันธุ์เพื่อส่งเสริมการมีบุตร และการควบคุมโรคระบาดต่างๆ เพื่อเอื้อต่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์

นักคิดในศตวรรษที่ 18 ที่สำคัญซึ่งได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับประชากรที่สัมพันธ์กับปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจคือ ทอมัส รอเบิร์ต มัลทัส (Thomas Robert Malthus) ซึ่งกล่าวถึงธรรมชาติของมนุษย์ใน 2 ลักษณะ คือความจำเป็นในเรื่องอาหาร และความรู้สึกทางเพศที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ นอกจากนี้ยังเสนอให้เห็นความไม่สมดุลระหว่างจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้นกับปริมาณของอาหาร ความยากจน และมาตรฐานการครองชีพที่ต่ำหรืออาจกล่าวได้ว่าหากจำนวนประชากรเพิ่มมากขึ้นก็จะส่งผลให้เศรษฐกิจของประเทศต้องตกต่ำลงและนำไปสู่ปัญหาสังคมต่างๆ จึงนำไปสู่การควบคุมการเพิ่มจำนวนประชากร โดยให้มีการเกิดน้อยลงเพื่อให้มีมาตรฐานการครองชีพที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นหลักการที่ถูกยอมรับในทางศีลธรรมในสมัยนั้น

ภาพที่ 2.3 ทอมัส รอเบิร์ต มัลทัส
(ที่มา: wikipedia.org)

นักทฤษฎีทางด้านเศรษฐศาสตร์อย่างเช่น อดัม สมิท (Adam Smith) มีความเห็นที่แตกต่างว่า การเพิ่มขึ้นของประชากรจะช่วยให้ตลาดในระบบเศรษฐกิจมีการขยายตัวและนำไปสู่ภาวะทางเศรษฐกิจที่ดีขึ้นและการเพิ่มขึ้นของประชากรนั้นเป็นผลที่เกิดมาจากการมีรายได้ประชาชาติ (National Income) ที่เพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับ คาร์ล มาร์กซ์ (Karl Marx) และ เดวิด ริคาร์โด (Devid Ricardo) ที่มองว่าการเปลี่ยนแปลงขนาดประชากรขึ้นอยู่กับการสะสมทุนและภาวะทางเศรษฐกิจ ซึ่งการเกิดภาวะประชากรมากเกินนั้นเป็นปรากฏการณ์ของระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยม และความต้องการแรงงานเป็นตัวกำหนดการเพิ่มประชากร

ภาพที่ 2.4 อดัม สมิท
(ที่มา: slideshare.net)



ภาพที่ 2.5 คาร์ล มาร์กซ์
(ที่มา: vovworl.vn)

ภาพที่ 2.6 ริคาร์โด
(ที่มา: stou.ac.th)

นอกจากนี้ ในช่วงศตวรรษที่ 20 ได้มีแนวคิดใหม่ที่เกี่ยวข้องกับการอธิบายองค์ประกอบและการเปลี่ยนแปลงประชากรในมิติต่างๆ ได้แก่ ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านประชากร (Demographic Transition Theory) ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านทางวิทยาการระบาด (Theory of Epidemiologic Transition) ทฤษฎีการตอบโต้หลายทาง (Theory of Multiphasic Response) ทฤษฎีการแพร่กระจาย (Diffusion Theory) คหเศรษฐศาสตร์แนวใหม่ (New Home Economics) เป็นต้น โดยได้นำเสนอมุมมองของการพัฒนารูปแบบและโครงสร้างของประชากรไว้ในหลายมิติ

จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ประชากร หมายถึง กลุ่มของปัจเจกที่รวมตัวกันเป็นสังคม ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่ สัมพันธ์กับขนาด (Size) การกระจาย (Distribution) และการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมต่างๆ ที่เชื่อมโยงกับระบบโครงสร้างของความสัมพันธ์ของประชากรในสังคมนั้นๆ ซึ่งแนวคิดเกี่ยวกับประชากรถูกสร้างขึ้นมาเพื่ออธิบายปรากฏการณ์และพฤติกรรมต่างๆ ของมนุษย์ในสังคม

2.1.2 แนวคิดเกี่ยวกับการอนามัยเจริญพันธุ์

การอนามัยเจริญพันธุ์ (Reproductive Health) หมายถึง สุขภาวะซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการและการเจริญพันธุ์ที่สมบูรณ์ในทุกช่วงอายุของชีวิตมนุษย์ เป็นความสุขและความพึงพอใจทางเพศตามสถานะและบทบาททางเพศของบุคคล รวมถึงการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยและได้รับซึ่งสิทธิที่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพ การแสดงออกซึ่งอัตลักษณ์ของตนเองอย่างเท่าเทียมและปลอดภัยรอบด้าน

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ความหมายของการอนามัยเจริญพันธุ์ไว้ว่า เป็นภาวะอันสมบูรณ์และแข็งแรงของทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งเป็นผลสัมฤทธิ์อันเกิดมาจากกระบวนการและหน้าที่ของการเจริญพันธุ์ที่สมบูรณ์ของทั้งชายและหญิง ทำให้สามารถมีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

องค์ประกอบของการอนามัยเจริญพันธุ์ที่สำคัญ ได้แก่

1) สิทธิทางเพศและด้านสุขภาพการเจริญพันธุ์ในแต่ละกลุ่มเพศอย่างเท่าเทียม ซึ่งครอบคลุมถึงสิทธิทางเพศ (Sexual Right) อันเป็นสิทธิมนุษยชนของผู้หญิงและบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศในการควบคุมและตัดสินใจเลือกอย่างอิสระและร่วมรับผิดชอบต่อการตัดสินใจของตนเอง การได้รับบริการสุขภาพทางเพศและการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีมาตรฐาน มีอิสระในการควบคุมร่างกายของตนเอง การเลือก คู่ครอง การตัดสินใจว่าจะมีเพศสัมพันธ์หรือไม่ การสมัครใจในการมีความสัมพันธ์ทางเพศ การตัดสินใจเรื่อง การมีบุตร การมีเพศวิถีที่ตนพึงพอใจ รวมทั้งมีสุขภาพทางเพศที่ปลอดภัย ปราศจากการถูกคุกคาม กดขี่ กีดกัน และความรุนแรง

2) ภาวะสุขภาพทางเพศและการมีสุขภาพที่ดีเป็นรากฐานของการพัฒนาอย่างยั่งยืน โดยต้องให้ความสำคัญกับผู้หญิง เด็ก ผู้สูงอายุ คนจน ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส กลุ่มชาติพันธุ์ และบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศอย่างจริงจัง โดยต้องได้รับสิทธิพื้นฐานที่จำเป็นอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรมทั้งในด้านของการได้รับข้อมูลข่าวสารและการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ

3) การกำหนดนโยบายด้านประชากรและการวางแผนครอบครัวนั้นจะต้องเป็นไปตามหลักการของความสมัครใจและตัดสินใจด้วยตนเอง ไม่ถูกบังคับด้วยกรอบบรรทัดฐานหรือกฎหมายที่กดขี่ไม่เป็นธรรม

4) การให้ความสำคัญกับมิติเรื่องเพศภาวะ (Gender) และเพศวิถี (Sexulity) หรือมิติทางเพศ

5) การละเว้นหรือไม่ก่อให้เกิดการตีตรา การกดขี่และเลือกปฏิบัติทางเพศ ซึ่งรวมถึงผู้หญิง เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส กลุ่มชาติพันธุ์ บุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ และผู้ป่วยเอดส์ เป็นต้น

เมื่อกล่าวถึงการอนามัยเจริญพันธุ์แล้วจะปฏิเสธไม่ได้ที่จะคิดถึงเรื่อง "สุขภาพทางเพศ" (Sexual Health) ซึ่งหมายถึง การมีสุขภาพด้านเพศที่ดี รวมทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งไม่ใช่แค่การไม่มีโรคหรือปราศจากความทุพพลภาพเท่านั้น สุขภาพทางเพศจะดีได้ต้องมีความคิดเชิงบวกต่อความสัมพันธ์ทางเพศ หรือเพศภาวะ (Gender) และเพศวิถี (Sexulity) ที่หลากหลายซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนของไทยได้พยายามมุ่งเน้นและผลักดันมาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ สุขภาพทางเพศยังต้องครอบคลุมถึงการมีประสบการณ์ทางเพศที่ปลอดภัย และเป็นความพึงพอใจโดยปราศจากการถูกบังคับ การเลือกปฏิบัติ และความรุนแรง เพราะสุขภาพทางเพศและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์เป็นทั้งสิทธิในร่างกาย สิทธิความเป็นบุคคล

และสิทธิที่จะตัดสินใจอย่างเป็นอิสระด้วยตนเอง ดังนั้นสุขภาพทางเพศและการอนามัยเจริญพันธุ์เป็นเรื่องของการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยบนพื้นฐานของเสรีภาพและความรับผิดชอบการตัดสินใจและสามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้โดยปราศจากการถูกกีดกันหรือเลือกปฏิบัติใดๆ

นอกจากนี้ ขอบเขตของการอนามัยเจริญพันธุ์ยังครอบคลุมถึงประเด็นเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางเพศ ได้แก่ การวางแผนครอบครัว การอนามัยแม่และเด็ก การทำแท้ง โรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับระบบสืบพันธุ์และโครงสร้างร่างกายของผู้หญิง เช่น มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม เป็นต้น การแท้งและภาวะแทรกซ้อน ภาวะการมีบุตรยาก เพศศึกษา อนามัยเจริญพันธุ์วัยรุ่นและภาวะหลังวัยเจริญพันธุ์ของผู้สูงอายุ รวมทั้งยุทธศาสตร์และนโยบายทางด้านสุขภาพทางเพศ เพศภาวะ (Gender) เพศวิถี (Sexulity) บทบาทชายหญิงและความสัมพันธ์เชิงอำนาจ สิทธิทางเพศและความเสมอภาค ตลอดจนการแก้ไขปัญหาความรุนแรงทางเพศในลักษณะต่างๆ

จากนิยามความหมายและขอบเขตของการอนามัยเจริญพันธุ์แสดงให้เห็นว่า มิติของสุขภาพทางเพศนั้นมีทั้งในระดับปัจเจกบุคคล (Individual) และระดับสังคม (Society) โดยในระดับบุคคลนั้นจะมุ่งเน้นการให้ความสำคัญกับเรื่องสิทธิของบุคคลในการตัดสินใจและแสดงออกซึ่งบทบาททางเพศได้อย่างอิสระโดยไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้อื่น และเคารพซึ่งความแตกต่างในเรื่องเพศภาวะ เพศวิถีและบททาททางเพศโดยคิดในเชิงบวกต่อเรื่องเพศภาวะและความสัมพันธ์ทางเพศที่ปราศจากความรุนแรงใดๆ ส่วนในระดับสังคมนั้นจะมุ่งเน้นที่ระดับนโยบายของรัฐบาลที่จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับสิทธิพื้นฐานของบุคคล และสนับสนุนสุขภาวะทางเพศ โดยการกำหนดแนวทางหรือกฎหมายที่ชัดเจนเพื่อคุ้มครองกลุ่มคนต่างๆ ในสังคมได้อย่างเป็นธรรม รวมทั้งการส่งเสริมการเข้าถึงบริการทางสังคมและการบริการสุขภาพที่ดี มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมและเปิดกว้าง อย่างไรก็ตามมิติของสุขภาพทางเพศทั้งในระดับปัจเจกบุคคลและระดับสังคมนั้นมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน โดยเฉพาะในเรื่องของเพศภาวะ เพศวิถีและสิทธิทางสังคม ดังนั้นการส่งเสริมด้านการอนามัยเจริญพันธุ์จึงต้องคำนึงถึงความหลากหลายในประเด็นเหล่านี้โดยปราศจากอคติใดๆ และไร้ซึ่งความสัมพันธ์เชิงอำนาจอย่างไม่เท่าเทียมเพื่อให้ทุกคน ทุกเพศและทุกวัยสามารถใช้ชีวิตอย่างมีความสุขและมีสุขภาพที่ดีอย่างเป็นองค์รวม

จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า การอนามัยเจริญพันธุ์ หมายถึง สุขภาวะ หรือภาวะที่มีความสมบูรณ์ แข็งแรงทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งไม่ใช่เพียงแค่ปราศจากโรคเท่านั้น แต่ต้องครอบคลุมถึงช่วงชีวิตทั้งหมดของบุคคล อันเป็นผลสัมฤทธิ์จากกระบวนการเจริญพันธุ์ที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านความพึงพอใจทางเพศ สิทธิในการกำหนดบทบาททางเพศและเพศวิถี ความปลอดภัยและการเป็นที่ยอมรับ ตลอดจนการเข้าถึงและการได้รับบริการสุขภาพทางเพศอย่างเป็นธรรมและมีคุณภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อการดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข แนวคิดเกี่ยวกับการอนามัยเจริญพันธุ์นั้นเกี่ยวข้องกับเรื่องของ "สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์" (Reproductive Right) อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้เพราะเป็นสิทธิที่บุคคลในทุกเพศและทุกวัยต้องได้รับเนื่องจากเป็นสิทธิที่อยู่บนพื้นฐานเรื่องศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (Human Dignity) ความเป็นอิสระ (Freedom) และความเท่าเทียมกัน (Equality) หรืออาจกล่าวได้ว่า สิทธิทางเพศและการอนามัยเจริญพันธุ์นั้นเป็นส่วนสำคัญที่ไม่สามารถแยกจากสิทธิมนุษย์ชนสากลขั้นพื้นฐานที่ทุกคนต้องได้รับอย่างเท่าเทียมกัน

2.1.3 การวิเคราะห์ภาวะประชากรและการอนามัยเจริญพันธุ์

ในการศึกษาภาวะประชากร (Population Situation) จะให้ความสำคัญกับการศึกษารูปแบบการเปลี่ยนแปลงประชากร (Population Change) โดยเฉพาะในเรื่องของการเปลี่ยนแปลงด้านขนาดหรือจำนวนของประชากรในช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง เพราะเมื่อขนาดของประชากรเปลี่ยนแปลงก็จะมีผลทำให้องค์ประกอบของประชากรและโครงสร้างทางประชากรเปลี่ยนแปลงไปด้วย โดยปัจจัยที่ทำให้ขนาดของประชากรเปลี่ยนแปลงไปประกอบด้วย การเกิด การตาย และการย้ายถิ่น ซึ่งการพิจารณาลักษณะของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรสามารถคำนวณได้โดยใช้สูตร ดังนี้

1) จำนวนการเพิ่มขึ้นของประชากรตามธรรมชาติ คือ ความแตกต่างระหว่างจำนวนการเกิดและจำนวนของประชากรที่เสียชีวิตในพื้นที่ ดังสูตร

จำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้นตามธรรมชาติ = จำนวนประชากรที่เกิด - จำนวนประชากรที่เสียชีวิต

2) อัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรตามธรรมชาติ คือ ผลต่างระหว่างอัตราการเกิดและอัตราการเสียชีวิตของประชากรในพื้นที่ ดังสูตร

อัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรตามธรรมชาติ = อัตราการเกิด - อัตราการเสียชีวิต

3) จำนวนการย้ายถิ่นสุทธิของประชากร คือ ความแตกต่างระหว่างจำนวนประชากรที่ย้ายเข้ากับจำนวนของประชากรที่ย้ายออก ดังสูตร

จำนวนการย้ายถิ่นสุทธิของประชากร = จำนวนประชากรที่ย้ายเข้า - จำนวนประชากรที่ย้ายออก

4) อัตราการย้ายถิ่นของประชากรมวลรวม คือ ผลรวมของอัตราการย้ายถิ่นเข้าและอัตราการย้ายถิ่นออกของประชากร ดังสูตร

อัตราการย้ายถิ่นของประชากรมวลรวม = อัตราการย้ายถิ่นเข้า + อัตราการย้ายถิ่นออก

5) จำนวนประชากรที่เปลี่ยนแปลงในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง สามารถคำนวนได้ดังสูตร

จำนวนประชากรที่เปลี่ยนแปลง = (จำนวนประชากรที่เกิด - จำนวนประชากรที่เสียชีวิต) + (จำนวนประชากรย้ายเข้า - จำนวนประชากรย้ายออก)

หรือ = จำนวนการเพิ่มขึ้นของประชากรตามธรรมชาติ + จำนวนการย้ายถิ่นสุทธิ

การเปลี่ยนแปลงของประชากรนอกจากจะเกี่ยวข้องกับตัวแปรทางประชากร (Demographic Variables) ได้แก่ การเกิด การตายและการย้ายถิ่นแล้ว ยังมีความสัมพันธ์กับตัวแปรที่สำคัญทางด้านสังคมและวัฒนธรรม (Social and Culture Variables) ได้แก่ การแต่งงาน และสถานะทางสังคมด้วย

นอกจากการคำนวณการเปลี่ยนแปลงประชากรดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ยังสามารถพิจารณาถึงการแปลงของประชากรได้จากการตายหรือการเสียชีวิต (Mortality) ซึ่งสามารถพิจารณาได้ดังนี้

1) อัตราการเสียชีวิตอย่างหยาบ (Crude Death Rate หรือ CDR) คือ จำนวนการเสียชีวิต (D) ต่อจำนวนประชากรทั้งหมดกลางปี (P) 1,000 คน ดังสูตร

$$\text{Crude Death Rate หรือ CDR} = [D \div P] \times 1{,}000$$

2) อัตราการเสียชีวิตเฉพาะอายุ (Age Specific Death Rate หรือ ADR) คือ จำนวนการเสียชีวิตในแต่ละกลุ่มอายุ (nDx) ต่อจำนวนประชากรกลางปีกลุ่มอายุเดียวกัน (nPx) 1,000 คน ดังสูตร

$$\text{Age Specific Death Rate หรือ ADR} = [nDx \div nPx] \times 1{,}000$$

3) อัตราการเสียชีวิตของทารก (Infant Mortality Rate หรือ IMR) คือ จำนวนการเสียชีวิตของทารกที่อายุต่ำกว่า 1 ปี (D_0) ต่อจำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในปีเดียวกัน (B) 1,000 คน ดังสูตร

$$\text{Infant Mortality Rate หรือ IMR} = [D_0 \div B] \times 1{,}000$$

4) อัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด (Neonational Mortality Rate หรือ NMR) คือ จำนวนการเสียชีวิตของทารกอายุต่ำกว่า 1 เดือน (Dm) ต่อจำนวนการเกิดมีชีพ (B) 1,000 คน ดังสูตร

$$\text{Neonational Mortality Rate หรือ NMR} = [Dm \div B] \times 1{,}000$$

5) อัตราการเสียชีวิตของมารดา (Maternal Mortality Rate หรือ MMR) คือ จำนวนการเสียชีวิตของมารดาจากการคลอดบุตร (Df) ต่อจำนวนการเกิดมีชีพในปีเดียวกัน (B) 1,000 คน ดังสูตร

$$\text{Maternal Mortality Rate หรือ MMR} = [Df \div B] \times 1{,}000$$

6) อายุขัยเฉลี่ย (Expectancy of Life) คือ อายุโดยเฉลี่ยของประชากรที่จะสามารถมีชีวิตอยู่ได้ หรือความยืนยาวของชีวิตของประชากรซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงภาวะสุขภาพของประชากรด้วย

การพิจารณาภาวะการเจริญพันธุ์สามารถพิจารณาได้จากองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องดังนี้

1) ภาวะการเจริญพันธุ์ (Fertility) เป็นจำนวนการให้กำเนิดมีชีพของบุตรของบุคคล โดยจะวัดภาวะการเจริญพันธุ์ของเพศหญิงมากกว่าเพศชายเนื่องจากเพศหญิงเป็นผู้ให้กำเนิดบุตรในช่วงวัยที่สามารถให้กำเนิดบุตรได้ (Reproduction Age) ซึ่งความสามารถในการมีบุตร (Fecundity) เป็นความสามารถทางกายวิภาคและสรีระของเพศหญิงในการให้กำเนิดบุตร ส่วนเพศชายจะสามารถมีบุตรได้ตลอดช่วงชีวิต

2) ลักษณะการเกิด (Birth) แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะคือ การเกิดมีชีพ (Live Birth) ซึ่งเป็นภาวะที่ทารกคลอดออกมาแล้วแสดงอาการที่บ่งชัดว่ามีชีวิต และการเกิดไร้ชีพ (Still Birth) ซึ่งเป็นภาวะที่ทารกคลอดออกมาแล้วไม่หายใจหรือไม่แสดงอาการบ่งชัดว่ามีชีวิต

3) ช่วงวัยเจริญพันธุ์ (Reprocductive Age) ซึ่งสัมพันธ์กับช่วงอายุที่สามารถให้กำเนิดบุตรได้ โดยมีวิธีการวัดเพื่อพิจารณาการเจริญพันธุ์ ดังนี้

3.1 อัตราการเกิดอย่างหยาบ (Crude Birth Rate หรือ CBR) คือ จำนวนเด็กเกิดมีชีพ (B) ทั้งหมดในปีหนึ่งต่อจำนวนประชากรทั้งหมดกลางปี (P) 1,000 คน ดังสูตร

$$\text{Crude Birth Rate หรือ CBR} = [B \div P] \times 1{,}000$$

โดยทั่วไปแล้วค่า Crude Birth Rate หรือ CBR ที่คำนวณได้มักจะมีค่าต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากมีทารก (B) จำนวนหนึ่งที่ไม่มีการแจ้งเกิดทำให้ตกหล่นจากการแจกแจงนับ และหากพิจารณาจากสูตรจะพบว่าตัวเลขที่ใช้หารคือจำนวนของประชากรทั้งหมดในช่วงกลางปี (P) ซึ่งรวมประชากรทั้งหมดในทุกเพศและทุกวัยจึงเป็นรูปแบบของการคำนวณอย่างหยาบเท่านั้นเพราะแท้จริงแล้วมีเพียงประชากรเพศหญิงเท่านั้นที่สามารถที่จะให้กำเนิดบุตรได้

3.2 อัตราการเจริญพันธุ์ทั่วไป (General Fertility Rate หรือ GFR) คือ จำนวนเด็กเกิด มีชีพ (B) ทั้งหมดในปีหนึ่งต่อจำนวนประชากรเพศหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุระหว่าง 15-49 ปีทั้งหมดกลางปี ($f_{15\text{-}49}$) 1,000 คน ดังสูตร

$$\text{General Fertility Rate หรือ GFR} = [B \div f_{15\text{-}49}] \times 1{,}000$$

3.3 อัตราส่วนของเด็กต่อสตรี (Child-Woman Ratio หรือ CWR) คือ จำนวนเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ($p_{0\text{-}4}$) ต่อจำนวนประชากรเพศหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุระหว่าง 15-49 ปีทั้งหมดกลางปี ($f_{15\text{-}49}$) 1,000 คน

$$\text{Child-Woman Ratio หรือ CWR} = [p_{0\text{-}4} \div f_{15\text{-}49}] \times 1{,}000$$

3.4 อัตราการเจริญพันธุ์รายอายุ (Age Specific Fertility Rate หรือ ASFR) คือ จำนวนเด็กเกิดมีชีพจากมารดาในกลุ่มอายุเดียวกัน (nBx) ต่อจำนวนประชากรเพศหญิงทั้งหมดในกลุ่มอายุเดียวกัน (nfx) ดังสูตร

$$\text{Age Specific Fertility Rate หรือ ASFR} = [nBx \div nfx]$$

3.5 อัตราการเจริญพันธุ์รวม (Total Fertility Rate หรือ TFR) คือ จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยที่ให้กำเนิดของเพศหญิงตลอดวัยเจริญพันธุ์อายุระหว่าง 15-49 ปีทั้งหมด โดยแบ่งความกว้างของช่วงอายุเป็นช่วงละ 5 ปี (i = 5) คือ 15-19 ปี 20-24 ปี 25-29 ปี 30-34 ปี 35-39 ปี 40-44 ปี และ 45-49 ปี (รวม 7 ช่วงอายุ) ดังสูตร

$$\text{Total Fertility Rate หรือ TFR} = 5\sum_{i=1}^{7} [nBx_i \div nfx_i]$$

3.6 อัตราการสืบทอดพันธุ์มวลรวม (Gross Reproduction Rate หรือ GRR) คือ จำนวนการเกิดมีชีพเฉพาะทารกเพศหญิงที่ประชากรเพศหญิงตลอดวัยเจริญพันธุ์อายุระหว่าง 15-49 ปีทั้งหมดให้กำเนิด ซึ่งคล้ายกับ TFR แต่คิดเฉพาะบุตรที่เป็นเพศหญิงเท่านั้น โดยคูณด้วยค่าคงที่ (k) ดังสูตร

$$\text{Gross Reproduction Rate หรือ GRR} = 5\sum_{i=1}^{7} [nBx_{gi} \div nfx_i] \times k$$

3.7 อัตราการสืบทอดพันธุ์สุทธิ (Net Reproductive Rate หรือ NRR) คือ จำนวนทารกเฉพาะเพศหญิงเฉลี่ยที่ประชากรเพศหญิงคนหนึ่งให้กำเนิดตลอดวัยเจริญพันธุ์อายุระหว่าง 15-49 ปี คล้าย GRR แต่นำเอาอัตราการมีชีวิตรอดของมารดาและทารกเพศหญิงมาคำนวณด้วย โดยพิจารณาจากจำนวนปีที่มีชีวิตตั้งแต่ x ปีจนถึงอายุ n ปี ($_nL_x$) ต่อจำนวนเกิดมาตรฐานของตารางชีพ (Radix) 100,000 ราย (l_0) ดังสูตร

$$\text{Net Reproduction Rate หรือ NRR} = \sum \left[ASFR_i \times ({}_nL_x / l_0) \right] \times k$$

ทั้งนี้ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเจริญพันธุ์ ประกอบด้วย อายุแรกสมรสของผู้หญิง ระยะเวลาของการสมรส การเข้าเป็นแรงงานของผู้หญิง ลักษณะอาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา ลักษณะของที่อยู่อาศัย ขนาดของครอบครัว ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรม และความเชื่อทางศาสนา เป็นต้น

ตอนที่ 2.2 ความสำคัญของประชากรและการอนามัยเจริญพันธุ์

อนามัยเจริญพันธุ์เป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตของมนุษย์ ซึ่งนอกจากจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในด้านเพศแล้วยังเชื่อมโยงกับแบบแผนความสัมพันธ์ของคนในสังคม หลายครั้งที่พบว่าสังคมไทยต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้แก่ ความรุนแรงทางเพศ การถูกกีดกันและเลือกปฏิบัติทางเพศ การตกเป็นเหยื่อของความสำราญทางเพศในลักษณะต่างๆ ซึ่งเป็นผลของความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่เท่าเทียม และปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีแนวโน้มจะรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ เป็นต้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อบุคคลและสังคมอย่างมาก สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นภาพสะท้อนให้เกิดการเปลี่ยนมุมมองของสังคม ให้เห็นความสำคัญกับสิทธิทางเพศและสิทธิการอนามัยเจริญพันธุ์ของกลุ่มคนที่มีเพศวิถีที่หลากหลาย เพื่อให้มีมุมมองเชิงบวกและรอบด้านมากมากยิ่งขึ้น เพราะการแก้ไขปัญหาเหล่านั้นไม่สามารถจะจัดการโดยใช้มุมมองแบบวิทยาศาสตร์เพียงด้านเดียวเท่านั้นซึ่งจะเห็นได้จากแนวโน้มของปัญหาไม่ได้ลดลงถึงแม้ว่าจะมีแผนหรือนโยบายในการจัดการมาอย่างต่อเนื่อง

การดำเนินงานด้านการพัฒนามีอยู่หลายมิติด้วยกัน ในบริบทของการพัฒนาทางด้านสุขภาพนั้น นักพัฒนาทางด้านสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาได้ให้ความสำคัญในสองมุมมองหลักคือ มุมมองด้านสุขภาพ (Health) และมุมมองในด้านมิติเพศกับการป้องกันความรุนแรง (Gender and Violence Prevention) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการดำเนินงานด้านประชากรและการอนามัยเจริญพันธุ์ แต่อย่างไรก็ตาม การดำเนินการที่ดีจำเป็นต้องเชื่อมโยงทั้งสองมุมมองเข้าด้วยกันเพื่อเป็นการมองรอบด้านและจัดการอย่างเป็นองค์รวม

การดำเนินงานด้านประชากรและการอนามัยเจริญพันธุ์ในอดีตนั้น เป็นการลดทอนเรื่องการอนามัยเจริญพันธุ์เหลือเพียงมิติทางด้านชีววิทยาเท่านั้นซึ่งให้ความสนใจกับเรื่องสุขภาพเป็นหลัก ทำให้เกิดการมองข้ามมิติอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะการละเลยเรื่องเพศวิถี (Sexuality) ซึ่งเกี่ยวข้องกับอัตลักษณ์และความปรารถนาของปัจเจกบุคคลที่มีความลื่นไหลแตกต่าง รวมทั้งไม่ได้ให้ความสนใจกับเรื่องความสัมพันธ์เชิงอำนาจ (Power Relation) ระหว่างเพศซึ่งมีอิทธิพลต่อการควบคุม กดทับ และสร้างความชอบธรรมอันแยบยลในการจัดการความเป็นเพศและการแสดงออกเรื่องเพศของปัจเจกบุคคล ตลอดจนส่งผลกระทบต่อความรุนแรงเชิงโครงสร้าง ดังนั้น การดำเนินงานด้านประชากรและการอนามัยเจริญพันธุ์จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับประเด็นเหล่านี้เพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ

สถานการณ์ความรุนแรงของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการอนามัยเจริญพันธุ์ พบว่าในแต่ละปีจะมีผู้หญิงหลายแสนคนจากทุกประเทศทั่วโลกที่ต้องเสียชีวิตจากภาวะต่างๆ ที่สัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ รวมทั้งมีการทำแท้งทั่วโลกถึง 50 ล้านราย ในขณะที่มีคู่สมรสกว่า 80 ล้านคู่ที่ต้องพบกับภาวะการมีบุตรยากหรือไม่สามารถมีบุตรได้ นอกจากนี้ยังพบผู้ติดเชื้อจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รายใหม่มากกว่า 300 ล้านคนทั่วโลกในทุกๆ ปี ตลอดจนมีการทารุณทางเพศต่อผู้หญิง เด็ก และกลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางเพศอีกเป็นจำนวนมาก ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาที่ทุกประเทศทั่วโลกจำเป็นต้องให้ความสำคัญในการจัดการอย่างเต็มที่ โดยจะต้องส่งเสริมการอนามัยเจริญพันธุ์อย่างรอบด้าน

จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และปัญหาอนามัยการเจริญพันธ์ ทำให้เกิดความสนใจในเรื่องประชากรและการอนามัยเจริญพันธุ์ที่ครอบคลุมถึงมิติทางด้านสังคม และวัฒนธรรมมากขึ้น เกิดการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ ทัศนคติ ค่านิยมของคนไทยในเรื่องเพศ ตลอดจนมิติด้านเพศภาวะ เพศวิถี บทบาทหญิงชายและความสัมพันธ์เชิงอำนาจ โดยใช้มุมมองหรือแนวคิดของการประกอบสร้าง (Construction) ซึ่งจะช่วยทำให้เข้าใจว่าสิ่งที่เป็นอยู่นั้นเป็นเสมือนภาพตัวแทนหรือเป็นภาพเสนอ (Representation) ซึ่งถูกให้ความหมายและส่งผลต่อการเลือกปฏิบัติจนก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำทางเพศและมีผลกระทบต่อสุขภาพทางเพศและการอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิงและกลุ่มคนชายขอบอื่นๆ ในสังคม สิ่งเหล่านี้ยิ่งตอกย้ำให้เห็นความจำเป็นที่จะต้องจัดการปัญหาและความท้าทายด้านการอนามัยเจริญพันธุ์

คุณภาพการบริการ (Quality of Care) เป็นอีกประเด็นที่สำคัญของการจัดบริการสุขภาพในด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ ซึ่งจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ อันจะส่งผลกระทบต่อภาวะการอนามัยเจริญพันธุ์ นับว่าเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสนใจและใส่ใจอย่างเต็มที่ โดยคุณภาพการบริการสุขภาพนั้นขึ้นอยู่กับการปฏิบัติที่นำไปสู่ความเป็นไปได้อย่างสูงสุดในการทำให้บุคคลที่เข้ารับบริการมีสุขภาวะที่ดีหรืออยู่ดีมีสุข (Well-Being) ซึ่งจำเป็นต้องพิจารณาถึงปัจจัยต่างๆ อย่างเป็นองค์รวม ได้แก่ ปัจจัยด้านจิตวิทยา สังคมและวัฒนธรรม มิติเพศ สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ เทคโนโลยี และการเมือง โดยคุณภาพการให้บริการที่ดีต้องสามรถทำในสิ่งที่สมควรทำให้ถูกต้อง (Doing the Right Things) ได้แก่ การให้เกียรติ ความเป็นส่วนตัว การยอมรับ ให้โอกาสในการเข้าถึงอย่างยุติธรรม ตลอดจนการเข้าใจความอ่อนไหวทางวัฒนธรรม นอกจากนี้ยังต้องให้ได้รับโอกาสในการได้รับข้อมูลข่าวสาร มีทางเลือก และความปลอดภัย รวมทั้งสิทธิในการได้รับความรู้และการสนับสนุนอย่างเป็นธรรม

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization หรือ WHO) ได้กำหนดเป้าหมายในการจัดการกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยเฉพาะการผลักดันให้ทุกประเทศทั่วโลกดำเนินงานพัฒนาด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ ในลักษณะของการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ทั้งของตนเองและคู่ซึ่งรวมถึงด้านมิติทางเพศ โดยมีเป้าหมายที่กำหนดไว้ 4 ประการ ดังนี้

ประการที่ 1 เพื่อให้บุคคลมีพัฒนาการทางเพศที่สมบูรณ์ แข็งแรง โดยรวมถึงวุฒิภาวะทางเพศ และศักยภาพในการสร้างความเท่าเทียมกันทางเพศ ตลอดจนมีความรับผิดชอบต่อสัมพันธภาพทางเพศและความปรารถนาทางเพศของตนเอง

ประการที่ 2 เพื่อให้บุคคลมีบุตรตามความต้องการโดยได้รับความปลอดภัย และได้มาซึ่งสุขภาพที่ดี โดยสามารถกำหนดจำนวนบุตร ระยะเวลาของการมีบุตร และสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองว่าจะมีบุตรหรือไม่

ประการที่ 3 เพื่อให้บุคคลสามารถหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย ความไม่สุขสบายใดๆ ซึ่งรวมถึงโรคและความพิการที่เกี่ยวข้องกับมิติทางเพศ การอนามัยเจริญพันธุ์ ตลอดจนได้รับการดูแลเมื่อต้องการ

ประการที่ 4 เพื่อให้บุคคลปราศจากการถูกกระทำทารุณ หรือการปฏิบัติทุกรูปแบบที่จะก่อให้เกิดอัตรายกับมิติทางเพศและการอนามัยเจริญพันธุ์

เรื่องของการอนามัยการเจริญพันธุ์ เป็นประเด็นที่วงการแพทย์และสาธารณสุขทั่วโลกให้ความสำคัญมาอย่างต่อเนื่องโดยในปีพุทธศักราช 2537 ได้มีการประชุมในระดับนานาชาติว่าด้วยเรื่องประชากรและการพัฒนา (International Conference on Population and Development หรือ ICPD) และมีการจัดประชุมมาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การประชุม ณ กรุงไคโร ประเทศอียิปต์ เป็นต้น โดยได้มีการนำเรื่องการอนามัยเจริญพันธุ์มาเป็นหัวข้อสำคัญในการกำหนดแผนปฏิบัติการ เพื่อการพัฒนาประชากรในแต่ละประเทศ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขของไทยได้ประกาศนโยบายให้คนไทยทุกคนทั้งหญิงและชายในทุกกลุ่มอายุต้องมีอนามัยเจริญพันธุ์ที่ดีตั้งแต่ปี 2540 โดยนิยามคำจำกัดความของการอนามัยเจริญพันธุ์ที่ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพอนามัยของระบบสืบพันธุ์ หน้าที่กระบวนการเจริญพันธุ์และพฤติกรรมทางเพศ ที่อยู่บนพื้นฐานของความรับผิดชอบในด้านความสามารถ (Ability) และเสรีภาพในการมีบุตรและควบคุมภาวะการเจริญพันธุ์ของตนเอง ตลอดจนมีความพึงพอใจในเรื่องเพศสัมพันธ์ รวมทั้งการประสบความสำเร็จ (Success) ในการลดอัตราตายของมารดาและทารก และให้เด็กที่เกิดขึ้นมามีพัฒนาการที่สมบูรณ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนความปลอดภัย (Safety) ในการคุมกำเนิดและได้รับบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพโดยถือว่าสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ (Reproductive Rights) เป็นสิทธิพื้นฐานที่จะต้องได้รับ

ปัจจุบันนี้ การกำหนดนโยบายด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ของไทยยังคงขาดการดำเนินการที่เป็นรูปธรรม เพราะปัญหาสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์นั้นเกี่ยวข้องกับแง่มุมต่างๆ อย่างซับซ้อน ดังนั้นหัวใจสำคัญของการพัฒนาด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ จึงจำเป็นต้องสร้างองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับมิติเพศอย่างรอบด้าน การพัฒนาด้านการสาธารณสุขของไทยต้องให้ความสำคัญกับแนวคิดที่ว่า คนไทยทุกคนทั้งหญิงและชายในทุกกลุ่มอายุจะต้องมีอนามัยการเจริญพันธุ์ดี โดยบุคคลสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการเจริญพันธุ์ของตนได้โดยไม่ถูกเลือกปฏิบัติ ถูกบังคับหรือใช้ความรุนแรง ซึ่งครอบคลุมวิถีชีวิตด้านเพศในมิติต่างๆ ของบุคคลตลอดช่วงชีวิต โดยส่งเสริมให้ปัจเจกบุคคลสามารถมีวิถีชีวิตทางเพศตามความพึงพอใจ รวมทั้งสามารถมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยจากความรุนแรงและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพโดยไม่ถูกกีดกันจากสังคม นอกจากนี้ ต้องให้ความสำคัญกับสุขภาพทางเพศของผู้หญิงและสุขภาพของระบบเจริญพันธุ์ ซึ่งมีความซับซ้อนและมีอิทธิพลต่อสุขภาพผู้หญิงตลอดช่วงชีวิต จึงจำเป็นต้องได้รับการสร้างเสริมและคุ้มครองอย่างเหมาะสม รวมทั้งการเปิดพื้นที่ให้กับกลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางเพศอย่างเท่าเทียมและยอมรับซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการดำเนินงานด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ในทุกประเทศ

จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ประชากรเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการพัฒนาประเทศจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับเรื่องคุณภาพชีวิตอย่างปฏิเสธไม่ได้ ดังนั้นองค์ความรู้ด้านประชากรและอนามัยเจริญพันธุ์นั้นมีความสำคัญมาก เนื่องจากเป็นเรื่องที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในหลายแง่มุม เพราะเกี่ยวข้องกับสุขภาพทางเพศและเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่ถูกประกอบสร้าง (Construction) อย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพทางเพศและการอนามัยเจริญพันธุ์ในบริบทของสังคมและวัฒนธรรมนั้นเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเรื่องอัตลักษณ์ทางเพศที่หลากหลายซึ่งเป็นผลผลิตทางสังคมที่ถูกประกอบสร้างภายใต้สังคมวัฒนธรรมหนึ่งๆ

แบบฝึกหัดประจำบทเรียน

คำถาม :

ประชากรและการอนามัยเจริญพันธุ์มีความหมายและความสำคัญอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

แนวทางการตอบ:

ประชากร หมายถึง กลุ่มของปัจเจกที่รวมตัวกันเป็นสังคม ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สัมพันธ์กับขนาด การกระจาย และการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรมต่างๆ ที่เชื่อมโยงกับระบบโครงสร้างความสัมพันธ์ของประชากรในสังคมนั้นๆ ส่วนการอนามัยเจริญพันธุ์ หมายถึง สุขภาวะ หรือภาวะที่มีความสมบูรณ์ แข็งแรงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งไม่ใช่เพียงแค่สภาวะที่ปราศจากโรค เท่านั้น แต่ยังต้องครอบคลุมถึงช่วงชีวิตทั้งหมดของบุคคลอันเป็นผลสัมฤทธิ์จากกระบวนการเจริญพันธุ์ที่สมบูรณ์ทั้งในด้านความพึงพอใจทางเพศ สิทธิในการกำหนดบทบาททางเพศและเพศวิถี ความปลอดภัย และการเป็นที่ยอมรับ ตลอดจนการเข้าถึงและการได้รับบริการสุขภาพทางเพศอย่างเป็นธรรมและการบริการที่มีคุณภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อการดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข องค์ความรู้ด้านประชากรและการอนามัยเจริญพันธุ์นั้นมีความสำคัญเนื่องจากเป็นเรื่องที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในหลายแง่มุม เพราะเกี่ยวข้องกับสุขภาพทางเพศและเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่ประกอบสร้างอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพทางเพศและการอนามัยเจริญพันธุ์ในบริบทของสังคมและวัฒนธรรมนั้นเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวข้องกับอัตลักษณ์ทางเพศและเพศภาวะที่หลากหลาย ซึ่งเป็นผลผลิตทางสังคมที่ถูกประกอบสร้างภายใต้สังคมวัฒนธรรมหนึ่งๆ

บรรณานุกรม

Anderson, Barbara A. (2005). *Reproductive health: women and men's shared responsibility.* New York: Sudbury, Mass. Jones and Bartlett.

Caldwell, J. C. (1996). Demography and Social Science. *Population Studies.* 50: 309-316.

McFalls, J., Jr. (1998). Population: A Lively Introduction. *Population Bulletin.* 53 (3), Washington D.C.: Population Reference Bureau.

Preston, Samuel H., Patrick Heuveline, and Michel Guillot. (2001). *Demography: Measuring and Modeling Population Processes.* Oxford: Blackwell Publishers.

World Health Organization. (1997). *Monitoring Reproductive Health: Selecting a Short List of National and Global Indicators.* Geneva: WHO.

Three c4teen. (2015). Platform for Positive Sexuality of Young People. http://3c4teen.org.

กิตติยา ธนกาลมารวย. (2553). *อนามัยเจริญพันธ์ก้าวย่างสุขภาพของคนทุกเพศวัย : เปิดพื้นที่วัยใสเข้าใจเรื่องเพศ.* นนทบุรี: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2546). *บทบาทหญิงชายกับงานอนามัยการเจริญพันธุ์.* พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: แปลนพับลิชชิ่ง.

มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์. (2555). *เอกสารประกอบการสอนประชากรและการเปลี่ยนแปลง ประชากร.* เพชรบูรณ์: คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์.

จิตติมา ภาณุเตชะ และคณะ. (2550). *สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ หัวใจสำคัญของสุขภาพผู้หญิง.* กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ.

ชัยวัฒน์ ปัญจพงษ์. (2527). *ประชากรศึกษา.* กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.

นิพนธ์ เทพวัลย์. (2523). *ประชากรศาสตร์.* กรุงเทพมหานคร: บริษัทโรงพิมพ์ ไทยวัฒนาพานิช จำกัด.

บุปผา ศิริรัศมี, เบญจา ยอดดำเนิน, เอื้อมพร ทองกระจาย, เรณี อรรฐาเมศร์, อมรา สุนทรธาดา และ คณะ. (ม.ป.ป.). *คู่มือการอบรมเชิงปฏิบัติการโครงการพัฒนา งานวิจัยด้านเพศภาวะ มิติทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์.* นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรศาสตร์และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

พิษนุ อภิสมาจารโยธิน และสุวรรณี หาญมุสิกวัฒน์กูร บรรณาธิการ : Asian-Pacific Resource & Research Centre for Women. (2550). มุมมองเกี่ยวกับเพศภาวะและสิทธิของผู้หญิงในนโยบายและแผนด้านสุขภาพ. *ARROWs เพื่อการเปลี่ยนแปลง (ฉบับภาษาไทย).* 13(2). 1-20.

ศุภวัลย์ พลายน้อย และเนาวรัตน์ พลายน้อย. (2529). *สารศึกษาประชากร.* สาขาประชากรศึกษา ภาควิชาศึกษาศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2558). *ศัพทานุกรมการวิจัยทางประชากรและสังคม.* นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

RA
788
พ7ผป
ม58ฯ
สำนักหอสมุด
1.6979579

บทที่ 3
โครงสร้างทางประชากรและ - องค์ประกอบของการอนามัยเจริญพันธุ์

แนวคิดและวัตถุประสงค์ประจำบทเรียน

สรุปแนวคิด

1. โครงสร้างทางประชากร เป็นรูปแบบของส่วนประกอบทางประชากรซึ่งมีความสัมพันธ์กับลักษณะของประชากร ได้แก่ อายุตามภาวะการเจริญพันธุ์ เพศ และลักษณะอื่นๆ ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของประชากร โครงสร้างทางประชากรจะมีความสัมพันธ์กับจำนวนประชากรวัยเจริญพันธุ์ลักษณะต่างๆ ได้แก่ ประชากรก่อนวัยเจริญพันธุ์หรือวัยเด็กซึ่งมีอายุต่ำกว่า 15 ปี ประชากรวัยเจริญพันธุ์หรือวัยทำงานซึ่งมีอายุระหว่าง 15-64 ปี และประชากรหลังวัยเจริญพันธุ์หรือวัยสูงอายุซึ่งมีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป โดยจะเห็นได้ว่าประชากรของไทยมีอัตราการเพิ่มที่ต่ำกว่าในอดีต และมีแนวโน้มที่จะมีอายุเฉลี่ยสูงขึ้น ทำให้สังคมไทยกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุในที่สุด

2. องค์ประกอบของการอนามัยเจริญพันธุ์ที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ และการดำรงชีวิตของมนุษย์ประกอบด้วย สุขภาพทางเพศ การวางแผนครอบครัว การอนามัยแม่และเด็ก การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธุ์และโรคเอดส์ การป้องกันโรคติดเชื้อและความผิดปกติในระบบสืบพันธุ์ การให้ความรู้เพศศึกษา ภาวะแท้ง และภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ ตลอดจนการอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มวัยและเพศที่มีความหลากหลาย ซึ่งการดำเนินงานด้านการอนามัยเจริญพันธุ์จำเป็นต้องมุ่งเน้นที่ประชาชนเป็นศูนย์กลาง โดยคำถึงถึงบริบทหรือเงื่อนไขทางด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและปัจจัยเงื่อนไขต่างๆ ที่เกี่ยวข้องหรือมีผลกระทบต่อการอนามัยเจริญพันธุ์ในทุกกลุ่มทางสังคม

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการอนามัยเจริญพันธุ์ ได้แก่ มิติทางเพศ ชนชั้นและชาติพันธุ์ ซึ่งส่งผลต่อโอกาส และการเข้าถึงบริการสาธารณสุข รวมทั้งโอกาสในการได้รับการดูแลคุณภาพบริการอย่างเท่าเทียม จึงเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากจะส่งผลกระทบต่อรูปแบบและคุณภาพบริการด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิง เด็ก ผู้สูงอายุ คนจน ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส กลุ่มชาติพันธุ์ คนชายขอบและบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ ซึ่งเป็นปัญหาที่ทุกๆ ประเทศกำลังให้ความสนใจ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้นิสิตสามารถ

1. เข้าใจโครงสร้างทางประชากรและการอนามัยเจริญพันธุ์
2. อธิบายองค์ประกอบของการอนามัยเจริญพันธุ์
3. เข้าในปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการอนามัยเจริญพันธุ์

เนื้อหาหลัก

เนื้อหาในบทที่ 3 **โครงสร้างทางประชากรและองค์ประกอบของการอนามัยเจริญพันธุ์** ประกอบ ด้วย 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 3.1 โครงสร้างทางประชากรและการอนามัยเจริญพันธุ์

ตอนที่ 3.2 องค์ประกอบของการอนามัยเจริญพันธุ์

ตอนที่ 3.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการอนามัยเจริญพันธุ์

เมื่ออ่านจบบทเรียนแล้วขอให้นิสิตทดลองทำแบบฝึกหัดเพื่อเป็นการทบทวนค**วามรู้**

ตอนที่ 3.1 โครงสร้างทางประชากรและการอนามัยเจริญพันธุ์

โครงสร้างทางประชากร (Population Structure) คือ องค์ประกอบของประชากรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการเจริญพันธุ์ซึ่งอาจเรียกได้ว่าเป็นโครงสร้างอายุ (Age Structure) ของประชากรที่มักจะแสดงเป็นภาพปิรามิดประชากร (Population Pyramid) โดยแบ่งตามเพศสรีระใน 3 ช่วงวัย ได้แก่

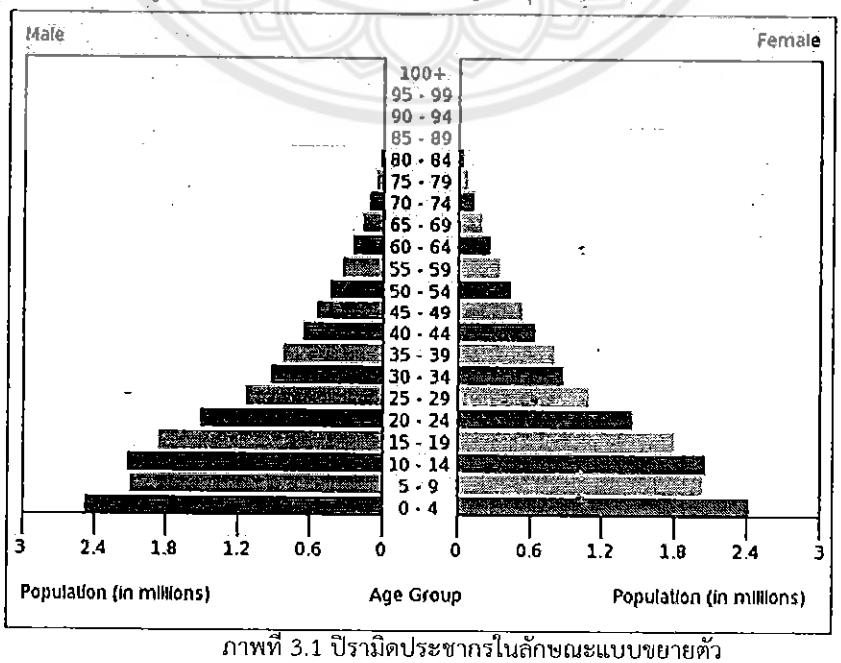
1) ช่วงก่อนวัยเจริญพันธุ์ (Pre-Reproductive Stage) ซึ่งเป็นประชากรในวัยเด็ก โดยมีอายุตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 14 ปี หรือประชากรที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี

2) ช่วงวัยเจริญพันธุ์ (Reproductive Stage) ซึ่งเป็นประชากรในวัยรุ่นและวัยทำงานโดยมีอายุระหว่าง 15 ปีจนถึงอายุ 64 ปี

3) ช่วงหลังวัยเจริญพันธุ์ (Post-Reproductive Stage) ซึ่งเป็นประชากรในวัยสูงอายุหรือกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป

ลักษณะของการนำเสนอโครงสร้างทางประชากรเป็นแผนภาพโครงสร้างปิรามิดจะแสดงจำนวนของประชากรโดยจำแนกตามเพศ โดยกำหนดสถิติเพศหญิงอยู่ด้านขวาและเพศชายอยู่ด้านซ้าย และเรียงช่วงอายุจากน้อยขึ้นไปสู่ช่วงอายุที่มากขึ้น ซึ่งนิยมเขียนให้มีช่วงของอันตรภาค (Interval) ห่างกันช่วงละ 5 ปี ทั้งนี้ลักษณะของแผนภาพโครงสร้างปิรามิดประชากรสามารถพบได้ใน 4 ลักษณะ ได้แก่

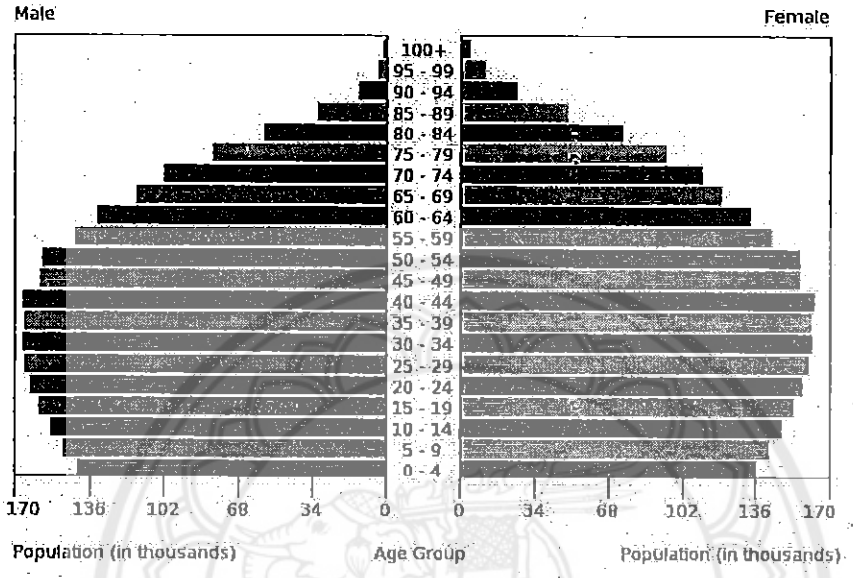
1) ปิรามิดประชากรในลักษณะแบบขยายตัว (Expansive Pyramid) มีลักษณะรูปทรงฐานกว้างและมียอดแหลม ซึ่งแสดงให้เห็นสัดส่วนจำนวนการเกิดของประชากรที่มีจำนวนมากและขณะเดียวกันจะมีสัดส่วนจำนวนของประชากรในช่วงอายุหลังวัยเจริญพันธุ์ที่เสียชีวิตจำนวนมากด้วย นอกจากนี้ยังแสดงให้เห็นว่าสัดส่วนจำนวนประชากรช่วงอายุวัยเจริญพันธุ์หรือวัยทำงานนั้นมีจำนวนน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับสัดส่วนของประชากรที่อยู่ในวัยพึ่งพา (ช่วงก่อนวัยเจริญพันธุ์หรือวัยเด็ก)



ภาพที่ 3.1 ปิรามิดประชากรในลักษณะแบบขยายตัว

(ที่มา: jl4d.org, 2016)

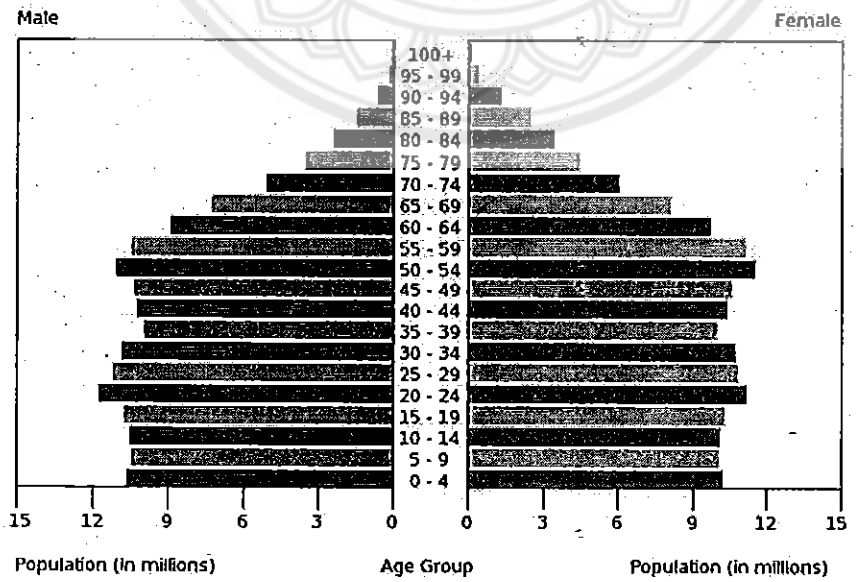
2) **ปิรามิดประชากรในลักษณะแบบคงที่ (Stationary Pyramid)** มีลักษณะรูปทรงคล้ายทรงกรวยที่มีฐานแคบเข้า ซึ่งแสดงให้เห็นสัดส่วนจำนวนของประชากรในแต่ละช่วงวัยที่ไม่แตกต่างกันมากนัก โดยสัดส่วนของจำนวนประชากรในช่วงวัยเจริญพันธุ์จะมีค่อนข้างมากเมื่อเปรียบเทียบกับสัดส่วนจำนวนของประชากรช่วงก่อนวัยเจริญพันธุ์และหลังวัยเจริญพันธุ์ จึงถือเป็นรูปแบบโครงสร้างทางประชากรในอุดมคติ เพราะแสดงให้เห็นว่ามีจำนวนการเกิดและการตายของประชากรน้อย



ภาพที่ 3.2 ปิรามิดประชากรในลักษณะแบบคงที่

(ที่มา: kaweecountries weebly.com, 2016)

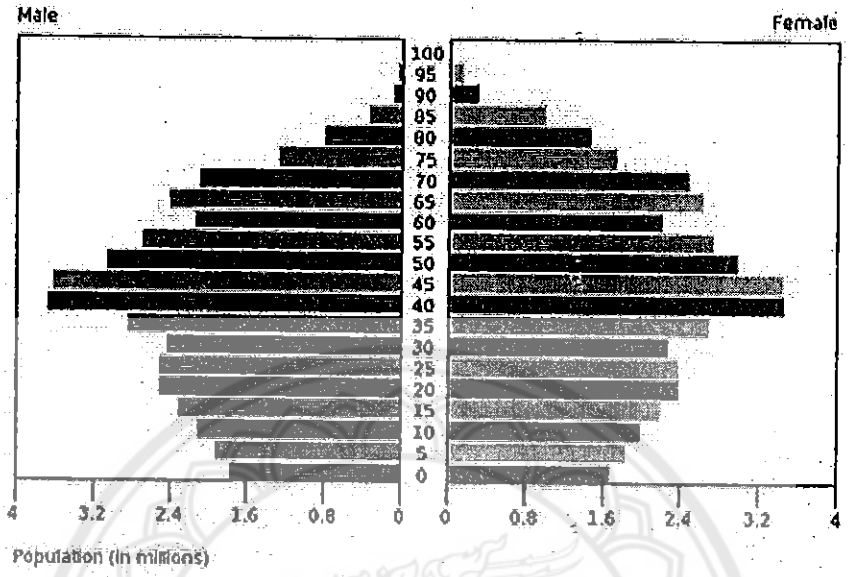
3) **ปิรามิดประชากรในลักษณะแบบเสถียร (Stable Pyramid)** มีลักษณะรูปทรงคล้ายกับทรงระฆังคว่ำ ซึ่งแสดงให้เห็นสัดส่วนของจำนวนการเกิดและการตายของประชากรในแต่ละช่วงวัยไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก



ภาพที่ 3.3 ปิรามิดประชากรในลักษณะแบบเสถียร

(ที่มา: slideplayer.com, 2016)

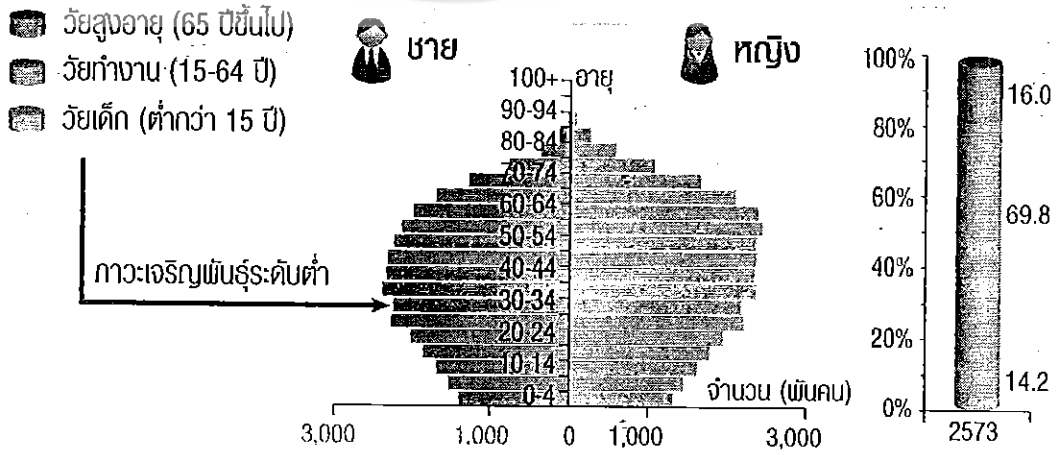
4) **ปิรามิดประชากรในลักษณะแบบหดตัว (Constrictive Pyramid)** มีลักษณะรูปทรงฐานแคบ โดยขยายออกในส่วนกลางแล้วค่อยๆ แคบเข้าในส่วนยอด ซึ่งแสดงให้เห็นสัดส่วนจำนวนการเกิดและการตายของประชากรที่ลดลง



ภาพที่ 3.4 ปิรามิดประชากรในลักษณะแบบหดตัว

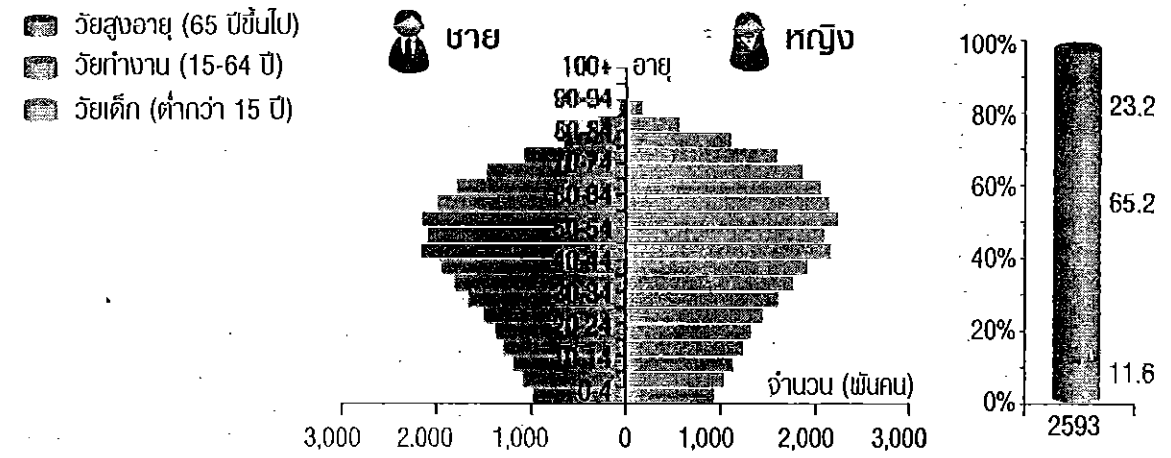
(ที่มา: tashageography.wordpress.com, 2016)

สำหรับโครงสร้างทางประชากรของประเทศไทยในปัจจุบัน พบว่า มีอัตราการเพิ่มขึ้นที่ต่ำมากเมื่อเปรียบเทียบกับในอดีตและมีแนวโน้มที่จะมีอายุเฉลี่ยสูงขึ้น โดยสัดส่วนของประชากรไทยในช่วงหลังวัยเจริญพันธุ์หรือวัยสูงอายุมีมากถึงประมาณร้อยละ 10 ของจำนวนประชากรทั้งหมด ในขณะที่ประชากรในช่วงก่อนวัยเจริญพันธุ์หรือวัยเด็กมีจำนวนลดลงกว่าครึ่งโดยมีสัดส่วนเพียงประมาณร้อยละ 20 ของจำนวนประชากรทั้งหมดซึ่งแสดงให้เห็นภาวะการเจริญพันธุ์ที่มีแนวโน้มที่ต่ำในอนาคต และจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมสำหรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรของไทยเพื่อเข้าสู่สังคมสูงวัย (Ageing Society)



ภาพที่ 3.5 การคาดคะเนโครงสร้างปิรามิดประชากรไทยในปีพุทธศักราช 2573

(ที่มา: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2555)



ภาพที่ 3.6 การคาดคะเนโครงสร้างปิรามิดประชากรไทยในปีพุทธศักราช 2593

(ที่มา: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2555)

การลดลงของอัตราการตายและอัตราการเจริญพันธุ์อย่างต่อเนื่อง มีผลทำให้ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุ โดยประชากรวัยสูงอายุจะเพิ่มขึ้นถึงประมาณ 1 ใน 4 ของจำนวนประชากรทั้งหมดของประเทศ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ ได้แก่ ประชากรวัยแรงงานลดลง ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงขึ้น และการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจลดลง โดยปรากฏการณ์เช่นนี้จะเกิดขึ้นในหลายๆ ประเทศทั่วโลก เพราะมีแนวโน้มของโครงสร้างทางประชากรไม่แตกต่างกันมากนัก

การประมาณและคาดคะเนโครงสร้างทางประชากรของโลกในอนาคต แสดงให้เห็นถึงอัตราส่วนของการเกื้อหนุนผู้สูงวัยหรือผู้อายุ (Potential Support Ratio) ที่มีแนวโน้มลดลงอย่างมากจากปัจจุบัน โดยในอนาคตจำนวนประชากรในช่วงวัยเจริญพันธุ์หรือวัยแรงงานที่มีอายุระหว่าง 15-64 ปี เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนประชากรในช่วงหลังวัยเจริญพันธุ์หรือผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปนั้นจะเข้าสู่ภาวะความไม่สมดุล ทำให้ประชากรที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์หรือวัยแรงงานต้องรับภาระมากขึ้นในด้านการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ จึงจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมทั้งในด้านการจัดการกับปัญหาสุขภาพและระบบสวัสดิการต่างๆ ที่จำเป็นเพื่อรองรับกับการเข้าสู่สังคมสูงวัยหรือสังคมผู้สูงอายุในอนาคต

จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า โครงสร้างทางประชากรเป็นรูปแบบของส่วนประกอบทางประชากรซึ่งมีความสัมพันธ์กับลักษณะของประชากร ได้แก่ อายุตามภาวะการเจริญพันธุ์ เพศ และลักษณะอื่นๆ ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของประชากร โครงสร้างทางประชากรมีความสัมพันธ์กับจำนวนประชากรวัยเจริญพันธุ์ลักษณะต่างๆ ได้แก่ ประชากรก่อนวัยเจริญพันธุ์หรือวัยเด็กซึ่งมีอายุต่ำกว่า 15 ปี ประชากรวัยเจริญพันธุ์หรือวัยรุ่นและวัยทำงานซึ่งมีอายุระหว่าง 15-64 ปี และประชากรหลังวัยเจริญพันธุ์ หรือวัยสูงอายุซึ่งมีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป โดยจะเห็นได้ว่าประชากรของไทยมีอัตราการเพิ่มที่ต่ำกว่าในอดีตมาก และมีแนวโน้มที่จะมีอายุเฉลี่ยสูงขึ้นทำให้สังคมไทยกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในที่สุด

ตอนที่ 3.2 องค์ประกอบของการอนามัยเจริญพันธุ์

การอนามัยเจริญพันธุ์เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องและครอบคลุมไปตลอดชีวิตของบุคคล การที่บุคคลจะมีพัฒนาการทางเพศในด้านร่างกายได้อย่างสมบูรณ์ มีความพึงพอใจในวิถีทางเพศของตนเอง การมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการได้รับการดูแลระหว่างการตั้งครรภ์และให้กำเนิดบุตรอย่างปลอดภัย รวมทั้งการมีสิทธิทางเพศที่เท่าเทียมกันอย่างเป็นที่ยอมรับนั้น จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับองค์ประกอบของการอนามัยเจริญพันธุ์ตามหลักการสากลซึ่งประกอบด้วย

1) **สุขภาพทางเพศ** คือ การมีสุขภาพด้านเพศที่ดีซึ่งสัมพันธ์กับสุขภาวะทางร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งไม่ใช่เพียงแค่การปราศจากโรคหรือภาวะทุพพลภาพเท่านั้นแต่ยังเกี่ยวข้องกับความคิดเชิงบวกที่มีต่อความสัมพันธ์ทางเพศ เพศภาวะ และเพศวิถีที่มีความแตกต่างหลากหลาย และจำเป็นต้องให้การยอมรับและให้ความเคารพต่อวิถีที่แตกต่าง นอกจากนี้สุขภาพทางเพศยังเกี่ยวข้องกับความพึงพอใจ ความปลอดภัย การมีอิสระในการเลือกโดยปราศจากการถูกบังคับ กดขี่ หรือใช้ความรุนแรง

2) **การวางแผนครอบครัว** เป็นหลักการที่ครอบคลุมถึงการมีอิสระในการวางแผนการตั้งครรภ์และสิทธิในการมีบุตรตามปรารถนาทั้งในเรื่องเวลาที่คิดว่าเหมาะสม และจำนวนบุตรที่ต้องการ นอกจากนี้ยังต้องได้รับข้อมูลข่าวสารที่สำคัญ การมีสิทธิในการควบคุมร่างกายของตนเอง การมีอิสระในการเลือกคู่ครอง การตัดสินใจเรื่องการแต่งงาน และการเข้าถึงบริการโดยไม่ถูกกีดกันหรือเลือกปฏิบัติ

3) **การอนามัยแม่และเด็ก** เป็นเรื่องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้หญิงตั้งแต่ในช่วงก่อนการตั้งครรภ์ ระหว่างการตั้งครรภ์และหลังการให้กำเนิดบุตรโดยคำนึงถึงคุณภาพ ความปลอดภัยและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น และส่งเสริมให้บุตรที่เกิดมามีสุขภาพที่ดี มีพัฒนาการอย่างสมบูรณ์ และได้รับการดูแลเลี้ยงดูอย่างมีคุณภาพ

4) **ภาวะโรคเอดส์** เป็นโรคที่มีแนวโน้มเป็นปัญหามากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรคเอดส์หรือภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องเป็นปัญหาสำคัญที่หลายๆ ประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญอยู่ การดูแลและให้คำปรึกษาสำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงในการได้รับเชื้อเอชไอวี (HIV) การให้ความช่วยเหลือทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจกับผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งเพราะจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ช่วยให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ รวมทั้งการรณรงค์ให้ความรู้เพื่อลดภาวะการติดเชื้อรายใหม่ ซึ่งต้องคำนึงถึงความเท่าเทียมในการได้รับความช่วยเหลือและดูแลในทุกกลุ่มทางสังคมโดยปราศจากการอคติ การตีตรา (Stigma) เหยียดหยาม และเลือกปฏิบัติ

5) **โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคติดเชื้อในระบบการเจริญพันธุ์** หมายถึง การติดเชื้อหรือการเกิดโรคจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย จึงจำเป็นต้องส่งเสริมและป้องกันการเกิดโรคในกลุ่มเสี่ยง เพื่อลดอัตราการเกิดโรคให้น้อยที่สุด ตลอดจนควบคุมและให้การรักษาและฟื้นฟูสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณให้กับผู้ป่วยโดยมุ่งเน้นเรื่องคุณภาพ ความเป็นธรรม การรักษาความลับและดำรงไว้ซึ่งเกียรติในความเป็นมนุษย์

6) **ความผิดปกติของระบบอนามัยเจริญพันธุ์** โดยเฉพาะภาวะของการมีบุตรยาก และโรคมะเร็งระบบสืบพันธุ์ ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งต่อมลูกหมาก เป็นต้น ซึ่งจำเป็นต้องทำการเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยงโดยการตรวจคัดกรอง ให้ความรู้ ให้การช่วยเหลือและดูแลรักษาตลอดจนฟื้นฟูให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างยืนยาว มีความสุข และเป็นปกติ

7) **เพศศึกษา** หมายถึง การให้ความรู้ในเรื่องเพศอย่างถูกต้อง โดยมุ่งเน้นการเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิทางเพศและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ เพศภาวะและเพศวิถี ความรับผิดชอบในเรื่องเพศ บทบาทและความเท่าเทียมกันระหว่างเพศ ตลอนจนการเคารพในความหลากหลายและการนับถือตนเอง ซึ่งจำเป็นต้องให้การสนับสนุนทั้งในด้านข้อมูล ความรู้และการให้คำปรึกษาในทุกกลุ่มเพศและวัย

8) **การแท้งและอาการแทรกซ้อน** โดยส่งเสริมและป้องกันภาวะการแท้งให้มีอัตราลดลงและจัดการกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อปัญหาสุขภาพและการดำรงชีวิตของผู้หญิง

9) **การอนามัยเจริญพันธุ์ในช่วงวัยรุ่น** เป็นเรื่องเกี่ยวกับการให้ความรู้ในเรื่องเพศ โดยเน้นเรื่องความรับผิดชอบ ความปลอดภัย รวมทั้งป้องกันการตั้งครรภ์อันไม่พึงปรารถนา ตลอดจนส่งเสริม และป้องกันการได้รับเชื้อหรือติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ การคุมกำเนิด การดูแลสุขภาพตนเองในการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย นอกจากนี้ต้องให้ความรู้เกี่ยวกับสิทธิการอนามัยเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ เพื่อลดปัญหาความรุนแรงทางเพศและปัญหาอื่นๆ และส่งเสริมให้วัยรุ่นเกิดความเข้าใจและคำนึงถึงสุขภาพทางเพศ และสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข มีสุขภาพที่ดีและปลอดภัย

10) **การอนามัยเจริญพันธุ์ในช่วงหลังวัยเจริญพันธุ์** ซึ่งหมายถึงกลุ่มผู้สูงอายุ โดยการให้ได้รับการดูแลสุขภาพ การให้ฮอร์โมนทดแทนตามความจำเป็น การเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้สูงอายุในการใช้ชีวิตและมีศักยภาพในการดำรงชีวิต (Active Ageing) และส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและมีภาวะการอนามัยเจริญพันธุ์ที่สมบูรณ์ในทุกช่วงชีวิตอย่างต่อเนื่อง

นอกจากองค์ประกอบทั้ง 10 ประการแล้ว ยังมีองค์ประกอบอื่นๆ ที่สำคัญ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม มิติด้านเพศภาวะกับการประกอบสร้างทางสังคม บทบาททางเพศและความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเพศ อัตลักษณ์ทางเพศและผลกระทบของการคุกคามและความรุนแรงทางเพศ การทำให้เป็นเรื่องทางการแพทย์ และการขับเคลื่อนและสนับสนุนด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ ซึ่งจะนำเสนอในบทต่อๆ ไป

จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า องค์ประกอบของการอนามัยเจริญพันธุ์ที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและการดำรงชีวิตของมนุษย์ ประกอบด้วย สุขภาพทางเพศ การวางแผนครอบครัว อนามัยแม่และเด็ก การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ การป้องกันโรคติดเชื้อและความผิดปกติในระบบสืบพันธุ์ การให้ความรู้เรื่องเพศศึกษา ภาวะแท้งและภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ ตลอดจนการอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มวัยและเพศที่มีความหลากหลาย ซึ่งการดำเนินงานด้านการอนามัยเจริญพันธุ์จำเป็นต้องมุ่งเน้นที่ประชาชนเป็นศูนย์กลาง โดยคำถึงถึงบริบทหรือเงื่อนไขทางด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคมวัฒนธรรมและปัจจัยเงื่อนไขต่างๆ ที่เกี่ยวข้องหรือมีผลกระทบต่อการอนามัยเจริญพันธุ์ในทุกกลุ่มทางสังคม

ตอนที่ 3.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการอนามัยเจริญพันธุ์

มิติในด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ในมุมมองแบบเก่ามีแนวโน้มที่จะลดทอนเรื่องสุขภาพทางเพศและการอนามัยเจริญพันธุ์ให้เหลือเพียงมิติทางด้านสุขภาพเชิงชีววิทยาและพยาธิสภาพ (Pathology) ของโรคโดยละเลยมิติอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องซึ่งอาจจะส่งผลกระทบหรือมีอิทธิพลต่อการอนามัยเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะมิติทางด้านเพศต่างๆ และความสัมพันธ์เชิงอำนาจ (Power Relations) ภายใต้บริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่หลากหลาย แต่อย่างไรก็ตาม มิติทางด้านร่างกาย (Body) ในเชิงชีววิทยานั้นก็มีความสำคัญเช่นกัน มุมมองใหม่ของการอนามัยเจริญพันธุ์จำเป็นต้องมองอย่างครอบคลุมมิติของร่างกายที่ถูกประกอบสร้างทางสังคมและวัฒนธรรมเพื่อให้เกิดความคิดเชิงบวกและรอบด้าน โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการอนามัยเจริญพันธุ์ที่สำคัญประกอบด้วย ปัจจัยด้านชนชั้น ปัจจัยด้านชาติพันธุ์ ปัจจัยด้านเพศภาวะและเพศวิถี และปัจจัยด้านความเป็นส่วนตัวและการให้เกียรติ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) **ปัจจัยด้านชนชั้น** (Social Class) เกิดจากการแบ่งกลุ่มคนตามสถานภาพทางเศรษฐกิจ ซึ่งตามแนวคิดของ คาร์ล มาร์ก (Karl Marx) ชนชั้นทางสังคมคือรูปแบบการแบ่งแยกระหว่างชนชั้นนายทุนซึ่งเป็นเจ้าของปัจจัยการผลิตและชนชั้นแรงงานหรือกรรมาชีพ ภาวะอนามัยเจริญพันธุ์ของปัจเจกบุคคลในแต่ละกลุ่มชนชั้นทางสังคมจะมีความไม่เท่าเทียมกัน โดยจะเห็นได้ชัดจากอัตราการตายและแบบแผนความเจ็บป่วยที่แตกต่างกันอย่างที่เป็นอยู่ โดยเฉพาะจะมีอัตราสูงกว่าในกลุ่มคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ต่ำกว่า นอกจากนี้ กลุ่มคนเหล่านี้มักจะได้รับโอกาสและมีทางเลือกในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพน้อยกว่าด้วย เป็นผลมากจากความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีมากขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมีราคาสูงขึ้นตามไปด้วย ส่งผลให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันทางสังคมและเกิดรูปแบบความเหลื่อมล้ำอย่างชัดเจน ซึ่งนำไปสู่ความมีสถานภาพเป็นชนชายขอบ (Marginal Status) ในสังคม และการถูกเลือกปฏิบัติ (Discrimination) อย่างไม่เป็นธรรม

2) **ปัจจัยด้านชาติพันธุ์** (Ethnicity) หรือกลุ่มอัตลักษณ์ทางสังคมซึ่งแตกต่างจากกลุ่มอื่นๆ ในสังคมเดียวกันในแง่ของเอกลักษณ์ทางด้านวัฒนธรรม โดยมีประวัติศาสตร์ยาวนานและเป็นกลุ่มบุคคลที่มีเชื้อชาติสืบเชื้อสายมาจากบรรพบุรุษกลุ่มเดียวกัน ผู้ที่อยู่ในกลุ่มชาติพันธุ์เดียวกันจะมีความรู้สึกผูกพันทางสายเลือดและสังคม รวมทั้งมีสำนึกทางชาติพันธุ์ หรือชาติลักษณ์ (Ethnic Identity) โดยองค์ประกอบของชาติพันธุ์จะเป็นทั้งเรื่องของสังคมชนชั้น และความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่แตกต่างกัน ผลกระทบของปัจจัยทางด้านชาติพันธุ์นำไปสู่การขาดความเสมอภาคในการได้รับข้อมูล ข่าวสาร และการเข้าถึงบริการสุขภาพ นอกจากนี้ เงื่อนไขทางสังคมของกลุ่มชาติพันธุ์คือการเป็นชนกลุ่มน้อย (Minority) ซึ่งหมายถึงการเป็นชนชั้นสอง ทำให้ขาดอำนาจในการเลือกใช้บริการสาธารณสุข ถูกกีดกัด ดูหมิ่น และมองด้วยสายตาของการแปลกแยก รวมทั้งได้รับมาตรฐานและคุณภาพบริการที่แตกต่างและด้อยคุณภาพกว่าคนส่วนใหญ่ (Majority) ซึ่งความแตกต่างหรือช่องว่างทางสังคม (Social Gap) ลักษณะนี้ ยิ่งที่ให้กลุ่มชาติพันธุ์ต้องอยู่ในสถานภาพที่ด้อยกว่าอย่างเห็นได้ชัด

3) **ปัจจัยด้านเพศภาวะและเพศวิถี (Gender and Sexuality)** ความแตกต่างทางเพศซึ่งเกี่ยวข้องกับเรื่องเพศภาวะและเพศวิถี มีอิทธิพลต่อการแสวงหาและการรับบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นการกีดกันบดบังและปิดกั้นการเข้าถึงบริการที่เหมาะสม เป็นผลมาจากความสัมพันธ์เชิงอำนาจ (Power Relation) ระหว่างเพศที่ไม่เท่าเทียมจนนำไปสู่การมีอำนาจในการตัดสินใจน้อย การทารุณทางเพศ และความรุนแรง และมีผลกระทบต่อโอกาสและการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้หญิงหรือผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ ซึ่งไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมนั้นๆ ด้วย มายาคติเรื่อง"เพศ" ที่มีการเชื่อมโยงการติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ไว้กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่างๆ และความเชื่อว่าเป็นโรคที่เกิดกับผู้ที่มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสมทำให้ไม่กล้าไปรับบริการสาธารณสุข เพราะต้องเผชิญกับการตั้งคำถามต่อพฤติกรรมทางเพศของตนจากผู้ให้บริการไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและคนรอบข้าง ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจนคือกรณีโรคติดเชื้อที่ระบบสืบพันธ์ (RTIs) ซึ่งสังคมมักจะเข้าใจว่าเป็นโรคของคนที่มีพฤติกรรมทางเพศ "ไม่ดี" หรือ "เบี่ยงเบน" ไปจากบรรทัดฐานทางสังคม จึงส่งผลให้ไม่กล้าเข้ารับบริการและเกิดรูปแบบ "วัฒนธรรมเงียบ" (Culture of Silence) เนื่องจากไม่กล้าเปิดเผยเพราะกลัวถูกเข้าใจผิดและเนื่องจากความเข้าใจผิดหรืออคติทางเพศจึงเป็นอุปสรรค ทำให้ไม่ได้รับการรักษาเมื่อเกิดภาวะติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ และมักจะแสวงหาวิธีการรักษาด้วยตัวเองแทน ซึ่งอาจเป็นอันตรายมากยิ่งขึ้น ดังนั้นจึงต้องส่งเสริมให้เกิดมุมมองเชิงบวกและปราศจากการเลือกปฏิบัติทางเพศ (Gender Discrimination) โดยต้องไม่แบ่งแยก กีดกัน หรือปิดกั้นโดยใช้ความแตกต่างทางเพศภาวะมาเป็นข้ออ้าง และจำเป็นต้องคำนึงถึงความยุติธรรมทางเพศ (Gender Equity) เพื่อลดช่องว่างของความไม่เสมอภาคทางเพศที่ดำรงอยู่ในสังคม

4) **ปัจจัยด้านความเป็นส่วนตัวและการให้เกียรติ (Privacy and Dignity)** จากปัจจัยด้านชนชั้น (Social Class) ชาติพันธุ์ (Ethnicity) เพศภาวะ (Gender) และเพศวิถี (Sexuality) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญ และจำเป็นที่จะต้องให้ความใส่ใจโดยต้องคำนึงถึงเรื่องของความเป็นส่วนตัวและการให้เกียรติด้วย ผู้ให้บริการหรือโรงพยาบาลหลายๆ แห่ง มักจะให้ผู้ป่วยต้องนั่งหรือยืนรอในพื้นที่ที่ไม่สะดวกสบายและไม่เหมาะสม โรงพยาบาลชุมชนมักจะไม่มีพื้นที่ในการให้บริการอย่างเป็นส่วนตัว เนื่องจากมีการเดินเข้าและออกของพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่รวมทั้งผู้ป่วยอื่นๆ อยู่ตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอายและอึดอัดในกระบวนการการรักษา จึงไม่กล้าของคำปรึกษาโดยเฉพาะในกรณีการวางแผนครอบครัวหรืออนามัยเจริญพันธุ์และการขอคำปรึกษาเรื่องเพศ ทำให้ไม่กล้าบอกอาการแก่แพทย์ได้อย่างเต็มที่ นอกจากนี้ในหลายๆ โรงพยาบาลอาจมีเตียงสำหรับตรวจภายในวางเรียงติดกันจำนวนมากโดยปราศจากความเป็นส่วนตัว ทำให้ไม่สะดวกใจในการตรวจหรือเกิดความรู้สึกอายในขณะที่ต้องเปลือยอวัยวะบางส่วนอยู่

จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการอนามัยเจริญพันธุ์ ได้แก่ มิติทางเพศ ชนชั้นและชาติพันธุ์ ซึ่งส่งผลต่อโอกาส และการเข้าถึงบริการสาธารณสุข รวมทั้งโอกาสในการได้รับการดูแลคุณภาพบริการอย่างเท่าเทียม จึงเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากจะส่งผลกระทบต่อรูปแบบและคุณภาพบริการด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิง เด็ก ผู้สูงอายุ คนจน ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส กลุ่มชาติพันธุ์ และผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ ซึ่งเป็นปัญหาที่ทุกๆ ประเทศให้ความสนใจ

แบบฝึกหัดประจำบทเรียน

คำถาม :

โครงสร้างทางประชากรและองค์ประกอบของการอนามัยเจริญพันธุ์มีอะไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

.....

แนวทางการตอบ:

โครงสร้างทางประชากรเป็นรูปแบบของส่วนประกอบทางประชากรซึ่งมีความสัมพันธ์กับลักษณะของประชากร ได้แก่ อายุตามภาวะการเจริญพันธุ์ เพศ และลักษณะอื่นๆ ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของประชากร โครงสร้างทางประชากรจะมีความสัมพันธ์กับจำนวนประชากรวัยเจริญพันธุ์ลักษณะต่างๆ ได้แก่ ประชากรก่อนวัยเจริญพันธุ์หรือวัยเด็กซึ่งมีอายุต่ำกว่า 15 ปี ประชากรวัยเจริญพันธุ์หรือวัยทำงานซึ่งมีอายุระหว่าง 15-64 ปี และประชากรหลังวัยเจริญพันธุ์หรือวัยสูงอายุซึ่งมีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป โดยจะเห็นได้ว่าประชากรของไทยมีอัตราการเพิ่มที่ต่ำกว่าในอดีต และมีแนวโน้มที่จะมีอายุเฉลี่ยสูงขึ้นทำให้สังคมไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุในที่สุด นอกจากนี้องค์ประกอบของการอนามัยเจริญพันธุ์ที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและการดำรงชีวิตของมนุษย์ ประกอบด้วย สุขภาพทางเพศ การวางแผนครอบครัว การอนามัยแม่และเด็ก การป้องกันโรคติดต่อทางเพศ สัมพันธ์และโรคเอดส์ การป้องกันโรคติดเชื้อและความผิดปกติในระบบสืบพันธุ์ การให้ความรู้เพศศึกษา ภาวะแท้งและภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ ตลอดจนการอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มวัยและเพศที่มีความหลากหลาย ซึ่งการดำเนินงานด้านการอนามัยเจริญพันธุ์จำเป็นต้องเน้นที่ประชาชนเป็นศูนย์กลาง โดยคำถึงถึงบริบทหรือเงื่อนไขทางด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และปัจจัยเงื่อนไขต่างๆ ที่เกี่ยวข้องหรือ มีผลกระทบต่อการอนามัยเจริญพันธุ์ในทุกกลุ่มทางสังคม ทั้งนี้ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการอนามัยเจริญพันธุ์ ได้แก่ มิติทาง เพศ ชนชั้นและชาติพันธุ์ ซึ่งส่งผลต่อ โอกาสและการเข้าถึงบริการสาธารณสุข รวมทั้งโอกาสในการได้รับการดูแลคุณภาพบริการอย่างเท่าเทียม จึงเป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากจะส่งผลกระทบต่อรูปแบบและคุณภาพบริการด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิง เด็ก ผู้สูงอายุ คนจน ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส กลุ่มชาติพันธุ์ และบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ ซึ่งเป็นปัญหาที่ทุกๆ ประเทศกำลังให้ความสนใจ

บรรณานุกรม

Asia-Pacific Rainbow Support Centre, Inc. (2006). *Weaving Common Threads: Proceedings of the Regional Workshop on Lesbian Sexual and Reproductive Health*. Philippines: Asia-Pacific Rainbow Support Centre, Inc.

Chandiramani, Radhika. (2007). "Why affirm sexuality?" *Arrows for Change*. 13 (1), 1-2.

Boonmongkon, Pimpawun. (2007). "*Giving it up or getting it on: Talk about sexuality in Thailand.*" "*Why words matter: Southeast Asian keywords related to gender and sexuality*" satellite session. 4th Asia Pacific Conference on Reproductive and Sexual Health, 31 October 2007, Hyderabad, India.

Krebs, C. J. (2009). *Ecology*. 6th edition. Benjamin Cummings, San Francisco, USA.

Miller, Alice M. (2000). Sexual but not reproductive: Exploring the junction and disjunction of sexual and reproductive rights. *Health & Human Rights*. 4(2),69-109.

จิตติมา ภาณุเตชะ และคณะ. (2550). *สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ หัวใจสำคัญของสุขภาพผู้หญิง*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ.

ดวงแข สิทธิเจริญชัย, นิพาดา เรือนแก้ว ดิษยทัต, กำธร ธีรคุปต์. (2555). *คู่มือสื่อการสอนวิชาชีววิทยา*. โครงการความร่วมมือระหว่างสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานและคณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิพนธ์ ศรีนฤมล. (2553). *โครงสร้างของประชากรมนุษย์: วิชาชีววิทยาหลักสูตรของกระทรวงศึกษาธิการ*. กรุงเทพมหานคร: มาย เฟิร์ส เบรนด์.

บุปผา ศิริรัศมี, เบญจา ยอดดำเนิน, เอื้อมพร ทองกระจาย, เรณี อรรฐาเมศร์, อมรา สุนทรธาดา. (ม.ป.ป.). *คู่มือการอบรมเชิงปฏิบัติการโครงการพัฒนา งานวิจัยด้านเพศภาวะ มิติทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรศาสตร์และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

พิมพวัลย์ บุญมงคล และคณะ. (2542). *รื้อสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ*. นครปฐม: เจนเดอร์เพรส.

พิษนุ อภิสมาจารโยธิน และสุวรรณี หาญมุสิกวัฒน์กูร บรรณาธิการ : Asian-Pacific Resource & Research Centre for Women. (2550). มุมมองเกี่ยวกับเพศภาวะและสิทธิของผู้หญิงในนโยบายและแผนด้านสุขภาพ. *ARROWs เพื่อการเปลี่ยนแปลง (ฉบับภาษาไทย)*. 13(2). 1-20.

ลัคนา วัฒนะชีวะกุล. (ม.ป.ป.). *การวิเคราะห์ข้อมูลทางประชากร*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยแม่โจ้.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2555). *สุขภาพคนไทย 2555*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2556). *การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา.

บทที่ 4
การอนามัยเจริญพันธุ์ในแต่ละกลุ่มทางสังคม

แนวคิดและวัตถุประสงค์ประจำบทเรียน

สรุปแนวคิด

1. การอนามัยเจริญพันธุ์ในเพศหญิงและชาย พบว่า ปัญหาสุขภาพด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิง ประกอบด้วยโรคหรือความผิดปกติซึ่งเกิดจากอวัยวะสืบพันธุ์ ได้แก่ โรคมะเร็ง (Cancer) ระบบสืบพันธุ์ ซึ่งรวมถึงมะเร็งเต้านม (Breast Cancer) มะเร็งปากมดลูก (Cervical Cancer) มะเร็งเยื่อบุมดลูก (Endometrial Cancer) และรังไข่ (Uterine Cancers) เป็นต้น ซึ่งล้วนแต่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพและภาวะทุกข์ยากของผู้หญิงจำนวนมาก นอกจากนี้ยังมีปัญหาอื่นๆ เช่น ภาวะการหมดประจำเดือน (Menopause) ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (Urinary Incontinence) การตั้งครรภ์และการดูแลก่อนตั้งครรภ์ (Pregnancy and Preconception Care) ภาวะการมีบุตรยาก (Infertility) การแท้ง (Abortion) โรคเอดส์ (AIDS) และโรคติดเชื้อหรือโรคต่อทางเพศสัมพันธ์ต่างๆ (Sexually Transmitted Infections: STIs) รวมทั้งการได้รับความรุนแรงทางเพศและล่วงละเมิดที่มีต่อร่างกายและจิตใจของผู้หญิงในรูปแบบต่างๆ ส่วนปัญหาสุขภาพทางด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้ชายประกอบด้วยโรคหรือความผิดปกติซึ่งเกิดจากอวัยวะสืบพันธุ์ ได้แก่ โรคมะเร็ง (Cancer) ระบบสืบพันธุ์ ซึ่งรวมถึงมะเร็งต่อมลูกหมาก (Prostate Gland Cancer) มะเร็งทวารหนัก (Anal Cancer) เป็นต้น โดยล้วนแต่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ชายจำนวนมากในปัจจุบัน นอกจากนี้ยังมีปัญหาอื่นๆ ได้แก่ โรคติดเชื้อหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually Transmitted Infections: STIs) โรคเอดส์ (AIDS) และภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศหรืออีดี (Erectile Dysfunction หรือ ED) เป็นต้น ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือและป้องกันเพื่อให้มีการอนามัยเจริญพันธุ์ที่สมบูรณ์

2. การอนามัยเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้นต้องให้ความใส่ใจกับค่านิยมเรื่องเพศสัมพันธ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างต่อเนื่อง วัยรุ่นปัจจุบันนิยมมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนและมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการได้รับเชื้อเอชไอวีมากขึ้นโดยเฉพาะการขาดความรู้ความเข้าใจและความเชื่อที่ผิดว่าการมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนที่รู้จักในวัยเดียวกันนั้นจะไม่มีความเสี่ยงต่อการสัมผัสโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จนนำไปสู่การไม่ป้องกันตนเอง ผู้ใหญ่หลายคนมีค่านิยมเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงานและการเปลี่ยนคู่นอนตามโอกาส และความปรารถนาส่วนบุคคลโดยไม่ให้ความสำคัญกับการป้องกันตนเอง จนนำไปสู่ความเสี่ยงที่เพิ่มมากขึ้นในการมี

โอกาสได้รับเชื้อหรือติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงค่านิยมที่เกิดจากการเลียนแบบสื่อและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทางเพศบนอินเตอร์เน็ตลักษณะต่างๆ ทั้งภาพลักษณะอนาจาร (Pornography) คลิป (Clip) การพูดคุย (Chat) การร่วมเพศหรือกิจกรรมทางเพศอื่นๆ ก็นำไปสู่การเลียนแบบและสร้างค่านิยมทางเพศในรูปแบบใหม่ที่นับวันจะมีความรุนแรงมากขึ้น จึงจำเป็นต้องให้ความรู้และคำปรึกษาในเรื่องเพศ การมีเพศสัมพันธ์อย่างรับผิดชอบและปลอดภัยเพื่อป้องกัน ปัญหาการตั้งครรภ์ การทำแท้ง โรคติดต่อทาเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ นอกจากนี้เมื่อมีอายุมากขึ้น ร่างกายและระบบอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการอนามัยเจริญพันธุ์จะเสื่อมสภาพลง การอนามัยเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศของผู้สูงอายุจะได้ผลกระทบจากภาวะเสื่อมสภาพของอวัยวะ และการทำหน้าที่ของระบบต่อมไร้ท่อซึ่งส่งผลทั้งต่อร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ สุขภาพทางเพศของผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษและต่อเนื่อง การทำหน้าที่ถดถอยลงของอวัยวะต่างๆ ของผู้สูงอายุทำให้เกิดความไม่สมดุลในเรื่องของเพศสัมพันธ์และภาวะสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมาก จึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของภาวะเจริญพันธุ์และเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ภาวะหลังวัยเจริญพันธุ์

3. การอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มผู้พิการที่ถูกตีตรา (Stigma) เสมือนผู้ไม่มีเพศหรือความสามารถเรื่องเพศ เป็นปัญหาที่สำคัญที่ส่งผลให้ผู้พิการขาดโอกาสในการได้รับความรู้และการบริการทางสุขภาพด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ที่เหมาะสม จึงจำเป็นต้องเข้าใจปัญหา ความต้องการ และมีมุมมองที่เท่าเทียมไม่แตกต่างต่อผู้พิการ เพื่อส่งเสริมให้เกิดสิทธิทางด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการอนามัยเจริญพันธุ์อย่างเป็นธรรม และไม่กีดกันหรือถูกเลือกปฏิบัติ และป้องกันปัญหาด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ที่รวมถึงสุขภาพทางเพศและความรุนแรงที่มีต่อทั้งร่างกายและจิตใจของผู้พิการให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข เช่นเดียวกับกลุ่มผู้ป่วยเอชไอวีและเอดส์ การดำเนินงานด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ของกลุ่มผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับสุขภาพและสุขภาพทางเพศ ตลอดจนส่งเสริมให้สังคมปราศจากอคติทางเพศ (Sexual Taboo) การไม่เท่าเทียมกันทางเพศ (Gender Inequality) และการตีตรา (Stigma) หรือเลือกปฏิบัติ (Discrimination) ใดๆ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสมและป้องกันผลกระทบจากปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งอาจจะส่งผลต่อสิทธิในด้านการอนามัยเจริญพันธุ์และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์

วัตถุประสงค์

เพื่อให้นิสิตสามารถ

1. เข้าใจลักษณะของการอนามัยเจริญพันธุ์ในเพศหญิงและเพศชาย
2. เข้าใจลักษณะของการอนามัยเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ
3. เข้าใจลักษณะของการอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มผู้พิการและผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์

เนื้อหาหลัก

เนื้อหาในบทที่ 4 **การอนามัยเจริญพันธุ์ในแต่ละกลุ่มทางสังคม** ประกอบด้วย 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 4.1 การอนามัยเจริญพันธุ์ในเพศหญิงและเพศชาย

ตอนที่ 4.2 การอนามัยเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ

ตอนที่ 4.3 การอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มผู้พิการและผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์

เมื่ออ่านจบบทเรียนแล้วขอให้นิสิตทดลองทำแบบฝึกหัดเพื่อเป็นการทบทวนความรู้

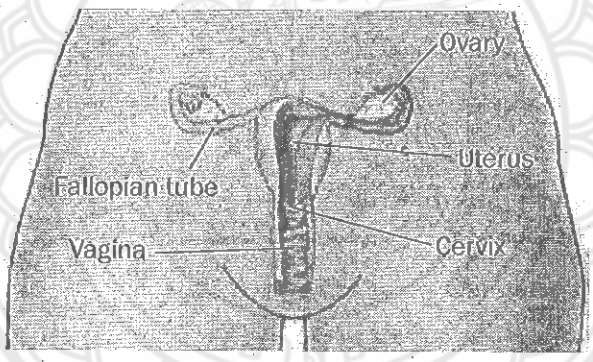
ตอนที่ 4.1 การอนามัยเจริญพันธุ์ในเพศหญิงและเพศชาย

4.1.1 การอนามัยเจริญพันธุ์ในเพศหญิง

ลักษณะทางกายภาพและสรีรวิทยา (Anatomy and Physiology) ของผู้หญิงที่เกี่ยวข้องกับการอนามัยเจริญพันธุ์จะมีทั้งส่วนของอวัยวะที่อยู่ทั้งภายในและภายนอกร่างกาย (Inside and Outside Organs) ซึ่งมีบทบาทในกระบวนการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิง ได้แก่ ภาวะการมีประจำเดือน (Menstruation) เพศสัมพันธ์ (Sexuality) การให้กำเนิด (Conception) การตั้งครรภ์ (Pregnancy) การคลอดบุตร (Childgirth) และการให้นมบุตร (Breastfeeding) เป็นต้น

สุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิงเป็นสุขภาพที่เกี่ยวกับอวัยวะที่สำคัญของระบบสืบพันธุ์เพศหญิงซึ่งประกอบด้วย

1. อวัยวะสืบพันธุ์ภายในของเพศหญิง ได้แก่ รังไข่ (Ovary) ท่อนำไข่ (Uterine Tube) มดลูก (Uterus) ปากมดลูก (Cervix) ช่องคลอด (Vagina) และรวมถึงต่อมน้ำนม (Mammary Gland) ด้วย ซึ่งมีหน้าที่สำคัญต่อภาวะการอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิงดังนี้



ภาพที่ 4.1 อวัยวะสืบพันธุ์ภายในของเพศหญิง
(ที่มา: womenshealth.gov)

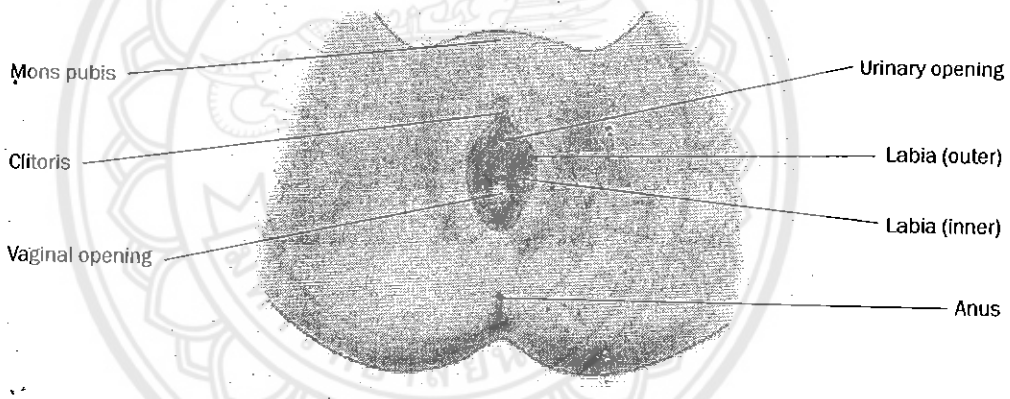
1.1 **รังไข่** (Ovary) มีรูปร่างคล้ายเม็ดมะม่วงหิมพานต์ ขนาดประมาณ 3 เซนติเมตร โดยมีความหนาประมาณ 1 เซนติเมตร และมีน้ำหนักประมาณ 2 – 3 กรัม อยู่ทั้งสองข้างเชื่อมต่อกับมดลูก ทำหน้าที่ในการผลิตไข่ (Ovum) ซึ่งเป็นเซลล์สืบพันธุ์เพศหญิง โดยปกติไข่จะสุกเดือนละ 1 ใบ จากรังไข่แต่ละข้างสลับกันทุกเดือนและหลุดออกจากรังไข่ทุกรอบเดือนหรือที่เรียกว่าการตกไข่ตลอดช่วงชีวิตซึ่งสัมพันธ์กับภาวะการมีประจำเดือนของผู้หญิง นอกจากนี้ ยังมีหน้าที่ในการผลิตหรือสร้างฮอร์โมนเพศหญิงซึ่งมีอยู่หลายชนิดโดยที่สำคัญ ได้แก่ ฮอร์โมนเอสโทรเจน (Estrogen) ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ทำหน้าที่ควบคุมมดลูก ช่องคลอด ต่อมน้ำนม และควบคุมลักษณะของเพศหญิง ได้แก่ การมีเสียงแหลมเล็ก ทำให้ผู้หญิงมีสะโพกผาย และมีหน้าอกและอวัยวะเพศใหญ่ขึ้น เป็นต้น และฮอร์โมนโพรเจสเทอโรน (Progesterone) ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ทำหน้าที่สัมพันธ์กับฮอร์โมนเอสโทรเจนในการควบคุมการเจริญของมดลูก และการเปลี่ยนแปลงเยื่อบุมดลูกเพื่อเตรียมรับไข่ที่ผสมแล้ว ทำให้เกิดภาวะของการมีประจำเดือนหรือไม่มีประจำเดือนในขณะการตั้งครรภ์

1.2 **ท่อนำไข่ (Oviduct) หรือปีกมดลูก (Fallopian Tube)** เป็นทางเชื่อมต่อระหว่างรังไข่ทั้ง 2 ข้างกับมดลูก มีเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 2 มิลลิเมตร ยาวประมาณ 6 – 7 เซนติเมตร หนา 1 เซนติเมตร ทำหน้าที่เป็นทางผ่านของไข่ที่ออกจากรังไข่เข้าสู่มดลูก โดยมีปลายปากแตร (Funnel) เปิดอยู่ใกล้กับรังไข่ และภายในประกอบด้วยเซลล์ที่มีลักษณะเป็นขนสั้นๆ ทำหน้าที่พัดโบกไข่เคลื่อนที่ในท่อนำไข่

1.3 **มดลูก (Uterus) และปากมดลูก (Cervix)** มีผลรูปทรงสามเหลี่ยมหัวกลับ ภายในเป็นโพรง กว้างประมาณ 4 เซนติเมตร ยาวประมาณ 6 – 8 เซนติเมตร หนาประมาณ 2 เซนติเมตร อยู่ในบริเวณอุ้งกระดูกเชิงกรานระหว่างกระเพาะปัสสาวะกับทวารหนัก ทำหน้าที่เป็นที่ฝังตัวของไข่ที่ได้รับการผสมแล้ว และเป็นที่อยู่ของทารกในครรภ์

1.4 **ช่องคลอด (Vagina)** อยู่ถัดมาจากมดลูก ทำหน้าที่เป็นทางผ่านเข้าของตัวอสุจิ และเป็นทางออกของประจำเดือนและการคลอดทารก

2. อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกของเพศหญิง ได้แก่ แคมใหญ่ (Labia Majora หรือ Outer) แคม เล็ก (Labia Minora หรือ Inner) และคลิทอริส (Clitoris) ซึ่งมีหน้าที่สำคัญต่อภาวะการอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิงดังนี้



ภาพที่ 4.2 อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกของเพศหญิง
(ที่มา: womenshealth.gov)

2.1 **แคมใหญ่** (Labia Majora หรือ Labia Outer) เป็นรอยนูนของผิวหนังสองข้างชิดกันที่หน้าทวารหนักและประสานกับอีกข้างหนึ่งที่บริเวณหัวเหน่าหรือเนินหัวเหน่า (Mons Pubis) ภายใต้ผิวหนังประกอบด้วยเนื้อเยื่อไขมันจำนวนมาก

2.2 **แคมเล็ก** (Labia Minora หรือ Labia Inner) เป็นรอยนูนของผิวหนังซึ่งแคบและเล็กกว่าแคมใหญ่ และไม่มีไขมันในเยื่อใต้หนัง ปลายล่างของแคมเล็กแนบชิดกับด้านในของแคมใหญ่ ส่วนปลายบนติดกับคลิทอริส

2.3 **ช่องระหว่างแคมเล็ก** เรียกว่า เวสติบูล (Vestibule) เป็นบริเวณที่มีช่องเปิดสองช่อง คือ ช่องเปิดของท่อปัสสาวะ (Urinary Opening) และปากช่องคลอด (Vaginal Opening) โดยช่องเปิดของปากช่องคลอดแปรเปลี่ยนไปตามสภาพของเยื่อพรหมจารี กล่าวคือหากเยื่อพรหมจารียังคงมีอยู่ก็จะทำให้ปากช่องคลอดแคบ แต่หากเยื่อพรหมจารีขาดหรือสลายไปก็จะทำให้ปากช่องคลอดมีขนาดใหญ่ขึ้น

2.4 **คลิทอรีส** (Clitoris) ประกอบด้วย เนื้อเยื่อที่แข็งตัวได้คล้ายองคชาติ (Penis) ในเพศชายแต่มีขนาดเล็กกว่ามากโดยยาวประมาณ 2.5 ซม. ทำหน้าที่ไวต่อความรู้สึกสัมผัสและความรู้สึกทางเพศ

เมื่อกล่าวถึงการอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิง มักจะให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพทางเพศ ได้แก่ โรคมะเร็ง (Cancer) ในระบบสืบพันธุ์ ซึ่งรวมถึงมะเร็งเต้านม (Breast Cancer) มะเร็งปากมดลูก (Cervical Cancer) มะเร็งเยื่อบุมดลูก (Endometrial Cancer) และรังไข่ - (Uterine Cancers) ภาวะการหมดประจำเดือน (Menopause) การกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (Urinary Incontinence) การตั้งครรภ์และการดูแลก่อนการตั้งครรภ์ (Pregnancy and Preconception Care) ภาวะการมีบุตรยา (Infertility) การแท้ง (Abortion) โรคเอดส์ (AIDS) และโรคติดเชื้อหรือโรคต่อทางเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ผู้หญิงมีบทบาทสำคัญอย่างมากในภาวะเจริญพันธุ์ของประชากร ตลอดจนเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาที่เกิดขึ้นจากการอนามัยเจริญพันธุ์ทั้งในด้านสุขภาพและปัญหาอื่นๆ ที่รวมถึงความรุนแรงในทุกรูปแบบด้วย ความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีในปัจจุบันได้ส่งผลให้ผู้หญิงมีอายุที่ยืนยาวมากกว่าในอดีต ทำให้ต้องเผชิญกับภาวะสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการอนามัยเจริญพันธุ์เป็นจำนวนมาก โดยตลอดช่วงชีวิตของผู้หญิงต้องพบกับปัญหาสุขภาพทางเพศตั้งแต่ระบบการเจริญพันธุ์ ปัญหาเกี่ยวกับมดลูก ความเสี่ยงและอันตรายจากการตั้งครรภ์ การแท้งและการคลอดบุตร และโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ โดยในปัจจุบันพบว่าผู้หญิงไทยที่ตั้งครรภ์ส่วนใหญ่จะได้รับการฝากครรภ์และคลอดกับสถานบริการทางการแพทย์ ทำให้ลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอดลงอย่างมาก แต่อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผู้หญิงไทยได้รับบริการสุขภาพที่ดีมากกว่าในอดีต แต่ปัญหายังต้องเผชิญอยู่ก็คือภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (HIV) ที่มีแนวโน้มสูงขึ้นในทั้งเพศชายและเพศหญิง เป็นผลมาจากการขาดความรู้ความเข้าใจและความอ่อนไหวทางด้านสังคมและวัฒนธรรมที่ผู้หญิงยังคงขาดอำนาจในการควบคุมร่างกายของตนเองโดยเฉพาะผู้หญิงในชนบทของไทย นอกจากนี้ผู้หญิงยังต้องแบกภาระในด้านการคุมกำเนิดมากกว่าผู้ชาย โดยวิธีที่ถูกใช้มากที่สุดคือการกินยาคุมกำเนิดและการทำหมันของผู้หญิง ซึ่งวิธีการเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้หญิงในระยะยาวได้ ขณะเดียวกันหากไม่มีการคุมกำเนิดก็อาจจะส่งผลต่อการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ จนนำไปสู่การทำแท้งเพื่อยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นปัญหาที่ผู้หญิงต้องแบกรับโดยจะส่งผลกระทบทั้งต่อจิตใจ ร่างกาย สังคมและชีวิต

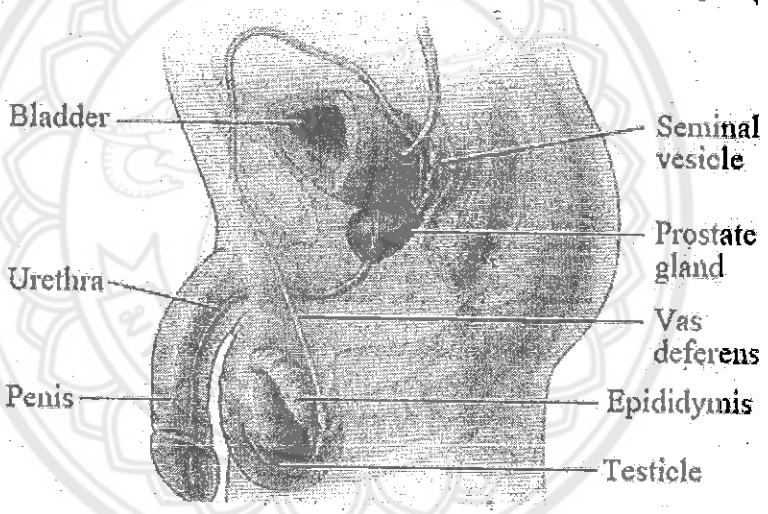
จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ปัญหาสุขภาพทางด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิงประกอบด้วยโรคหรือความผิดปกติซึ่งเกิดจากอวัยวะสืบพันธุ์ ได้แก่ โรคมะเร็ง (Cancer) ระบบสืบพันธุ์ซึ่งรวมถึงมะเร็งเต้านม (Breast Cancer) มะเร็งปากมดลูก (Cervical Cancer) มะเร็งเยื่อบุมดลูก (Endometrial Cancer) มะเร็งรังไข่ (Uterine Cancers) เป็นต้น ซึ่งล้วนแต่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพและภาวะทุกข์ยากของผู้หญิงจำนวนมาก นอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องอื่นๆ ได้แก่ ภาวะของการหมดประจำเดือน (Menopause) ภาวะการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (Urinary Incontinence) การตั้งครรภ์และการดูแลก่อนการตั้งครรภ์ (Pregnancy and Preconception Care) ภาวะการมีบุตรยาก (Infertility) การแท้ง (Abortion) โรคเอดส์ (AIDS) โรคติดเชื้อหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งการได้รับความรุนแรงทางเพศและการคุกคามที่มีต่อร่างกายและจิตใจของผู้หญิงในรูปแบบต่างๆ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือและป้องกัน

4.1.2 การอนามัยเจริญพันธุ์ในเพศชาย

ลักษณะทางกายภาพและสรีรวิทยา (Anatomy and Physiology) ของผู้ชายที่เกี่ยวข้องกับการอนามัยเจริญพันธุ์ประกอบด้วยอวัยวะที่สำคัญ ได้แก่ อัณฑะ (Testes) ถุงหุ้มอัณฑะ (Scrotum) หลอดเก็บตัวอสุจิ (Epididymis) หลอดนำตัวอสุจิ (Vas Deferens) ต่อมสร้างน้ำเลี้ยงอสุจิ (Seminal Vesicle) ต่อมลูกหมาก (Prostate Gland) ต่อมคาวเปอร์ (Cowper Gland) และองคชาต (Penis) ซึ่งมีบทบาทในกระบวนการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้ชาย ได้แก่ การสร้างฮอร์โมนเพศ (Sex Hormone) และเพศสัมพันธ์ (Sexuality) เป็นต้น

สุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้ชายเป็นสุขภาพที่เกี่ยวกับอวัยวะที่สำคัญของระบบสืบพันธุ์ของเพศชายประกอบด้วย

1. อวัยวะสืบพันธุ์ภายในของเพศชาย ได้แก่ อัณฑะ (Testes) หลอดเก็บตัวอสุจิ (Epididymis) หลอดนำตัวอสุจิ (Vas Deferens) ต่อมสร้างน้ำเลี้ยงอสุจิ (Seminal Vesicle) ต่อมลูกหมาก (Prostate Gland) ต่อมคาวเปอร์ (Cowper Gland) ซึ่งมีหน้าที่สำคัญต่อภาวะการอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้ชายดังนี้



ภาพที่ 4.3 อวัยวะสืบพันธุ์ภายในของเพศชาย
(ที่มา: josiscienceproject.weebly.com)

1.1 **อัณฑะ (Testes)** เป็นต่อมรูปไข่มี 2 ต่อมทำหน้าที่สร้างตัวอสุจิ (Sperm) หรือเซลล์สืบพันธุ์เพศชาย และสร้างฮอร์โมนเพศชายหรือเทสโทสเทอโรน (Testosterone) ซึ่งควบคุมลักษณะของเพศชาย ได้แก่ การมีหนวดเคราและขนที่ร่างกาย และมีเสียงห้าว เป็นต้น ภายในอัณฑะจะประกอบด้วยหลอดสร้างตัวอสุจิ (Seminiferous Tubule) มีลักษณะเป็นหลอดเล็กๆ ขดตัวไปมาทำหน้าที่สร้างตัว อสุจิ โดยแต่ละหลอดมีขนาดเท่าเส้นด้ายขนาดยาวประมาณ 800 เมตร

1.2 **หลอดเก็บตัวอสุจิ (Epididymis)** มีลักษณะเป็นท่อเล็กๆ ยาวประมาณ 6 เมตร ขดไปมาอยู่ด้านบนของท่ออัณฑะ ทำหน้าที่เก็บตัวอสุจิจนกว่าจะพร้อมที่จะปฏิสนธิ

1.3 **หลอดนำตัวอสุจิ (Vas Deferens)** อยู่ถัดต่อจากหลอดเก็บตัวอสุจิ ทำหน้าที่นำอสุจิไปเก็บไว้ที่ต่อมน้ำเลี้ยงอสุจิ

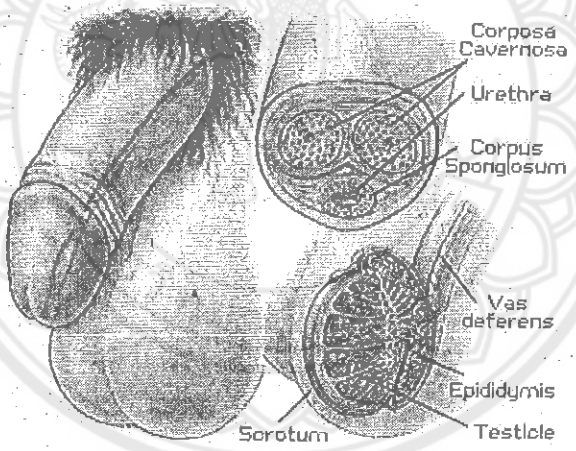
1.4 **ต่อมสร้างน้ำเลี้ยงอสุจิ (Seminal Vesicle)** ทำหน้าที่สร้างอาหารเพื่อเลี้ยงตัวอสุจิ ได้แก่ น้ำตาลฟรักโทส วิตามินซี โปรตีนและโกลบูลิน เป็นต้น และสร้างของเหลวมาผสมกับตัวอสุจิ เพื่อให้เกิดพยาธิสภาพที่เหมาะสมกับตัวอสุจิ

1.5 **ต่อมลูกหมาก (Prostate Gland)** อยู่บริเวณส่วนต้นของท่อปัสสาวะ ทำหน้าที่หลั่งสารที่มีฤทธิ์เป็นเบสอ่อนๆ ในท่อปัสสาวะเพื่อทำให้เกิดสภาพที่เหมาะสมกับตัวอสุจิ

1.6 **ต่อมคาวเปอร์ (Cowper Gland)** เป็นกระเปาะเล็กๆ อยู่ใต้ต่อมลูกหมาก ทำหน้าที่หลั่งสารหล่อลื่นท่อปัสสาวะในขณะที่เกิดการกระตุ้นทางเพศ

1.7 **ตัวอสุจิ (Sperm)** โดยเพศชายจะเริ่มสร้างตัวอสุจิเมื่อเริ่มเข้าสู่วัยรุ่นหรืออายุประมาณ 12 - 13 ปี ไปจนตลอดชีวิต การหลั่งน้ำอสุจิแต่ละครั้งจะมีของเหลวประมาณ 3 – 4 ลูกบาศก์เซนติเมตร ซึ่งประกอบด้วยตัวอสุจิประมาณ 300 - 500 ล้านตัว ซึ่งจะแตกต่างกันได้ตามความแข็งแรงของร่างกาย ผู้ที่มีตัวอสุจิต่ำกว่า 30 ล้านตัวต่อลูกบาศก์เซนติเมตร หรือมีตัวอสุจิที่มีรูปร่างผิดปกติมากกว่าร้อยละ 25 จะส่งผลให้เกิดภาวะการมีบุตรยากหรือเป็นหมัน

2. อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกของเพศชาย ได้แก่ ถุงหุ้มอัณฑะ (Scrotum) และองคชาต (Penis) ซึ่งมีหน้าที่สำคัญต่อภาวะการอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้ชายดังนี้



ภาพที่ 4.4 อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกของเพศชาย
(ที่มา: medicalterms.info)

2.1 **ถุงหุ้มอัณฑะ (Scrotum)** ทำหน้าที่ห่อหุ้มลูกอัณฑะ และช่วยควบคุมอุณหภูมิให้พอเหมาะในการสร้างตัวอสุจิ โดยควบคุมให้อุณหภูมิต่ำกว่าอุณหภูมิร่างกายประมาณ 3- 5 องศาเซลเซียส

2.2 **องคชาต (Penis)** คืออวัยวะเพศของเพศชาย ประกอบด้วยหลอดเลือด กล้ามเนื้อ เส้นประสาท และเนื้อเยื่อเกี่ยวพันจำนวนมาก มีรูปทรงแท่งยาว ภายนอกหุ้มด้วยผิวหนังที่มีความแข็งแรง ซึ่งสามารถขยายและแข็งตัวได้เมื่อมีความรู้สึกทางเพศ องคชาตในขณะไม่แข็งตัวจะยาวประมาณ 3.5 - 4 นิ้ว และเมื่อแข็งตัวเต็มที่จะมีขนาดประมาณ 5.5 ถึง 7 นิ้ว อวัยวะส่วนนี้ของมนุษย์จะไม่มีกระดูกเป็นส่วนประกอบ ส่วนปลายขององคชาตมีรูปร่างคล้ายดอกเห็ดซึ่งเป็นส่วนหัวขององคชาติ (Glans Penis) ซึ่งมีหนังหุ้มปลาย (Foreskin) เปิดอยู่ และมีปริมาณหลอดเลือดและเส้นประสาทจำนวนมากทำให้ไวต่อการ

สัมผัสและรับความรู้สึกกระตุ้น และยังเป็นทางออกของปัสสาวะและอสุจิด้วย ส่วนล่างของหนังหุ้มปลายจะมีเนื้อเยื่อพังผืดเป็นเส้นยึดกับส่วนหัวขององคชาตด้านล่างเรียกว่าสายสองสลึง (Frenulum) นอกจากนี้โครงสร้างภายในองคชาตประกอบด้วยเนื้อเยื่อทรงแท่งยาว 3 ชิ้นโดยเรียงตัวอยู่ด้านบนจำนวน 2 ชิ้น (Corpus Cavernosum) และด้านล่าง 1 ชิ้น (Corpus Spongiosum) ซึ่งเป็นส่วนที่มีหลอดเลือดจำนวนมากทำให้เกิดการคั่งของเลือดและขยายขนาดองคชาตให้แข็งตัวระหว่างการมีความรู้สึกทางเพศ

จากการสำรวจปัจจุบันพบว่า ประชากรเพศชายมีแนวโน้มที่จะมีอายุขัยน้อยกว่าประชากรเพศหญิง โดยพิจารณาได้จากการสำรวจอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม พบว่าอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชากรชายไทยเท่ากับ 71.1 ปี ในขณะที่อายุอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชากรหญิงไทยเท่ากับ 78.1 ปี ซึ่งอาจเป็นผลมาจากรูปแบบการดำรงชีวิตและลักษณะวิถีชีวิตทางสังคมที่แตกต่างกัน โดยผู้ชายมีแนวโน้มในการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า ทั้งนี้ปัญหาสุขภาพด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรเพศชายของไทย ส่วนใหญ่จะเป็นปัญหาเกี่ยวกับการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศหรืออีดี (Erectile Dysfunction หรือ ED) โรคติดเชื้อหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually Transmitted Infections หรือ STIs) และภาวะติดเชื้อหรือมะเร็งในอวัยวะต่างๆ ได้แก่ ทวารหนัก ต่อมลูกหมาก อัณฑะและท่อปัสสาวะ เป็นต้น และทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการรับและแพร่เชื้อเอชไอวี (HIV) ได้มากกว่าปกติ ปัญหาสุขภาพทางเพศที่เกิดการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของผู้ชายที่พบมากในปัจจุบัน 5 อันดับแรก ได้แก่ ซิฟิลิส (Syphilis) หนองใน (Gonorrhea) กามโรคต่อมน้ำเหลืองและท่อน้ำเหลือง (Lymphogranuloma Venereum) หนองในเทียม (Non Gonococcal Urethritis) และแผลริมอ่อน (Chancroid) ตามลำดับ นอกจากนี้ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ได้แก่ เริม (Herpes) และหูด (Acuminata) ที่อวัยวะเพศและทวารหนัก ซึ่งสามารถป้องกันได้โดยการสวมถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น จึงจำเป็นต้องวางแผนในการส่งเสริมป้องกันและควบคุมเพื่อลดอัตราการเกิดโรคต่อไป

จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ปัญหาสุขภาพทางด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้ชายประกอบด้วย โรคหรือความผิดปกติซึ่งเกิดจากอวัยวะสืบพันธุ์ ได้แก่ โรคมะเร็ง (Cancer) ระบบสืบพันธุ์ ซึ่งรวมถึงมะเร็งต่อมลูกหมาก (Prostate Gland Cancer) มะเร็งทวารหนัก (Anal Cancer) เป็นต้น ซึ่งล้วนแต่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ชายจำนวนมากในปัจจุบัน นอกจากนี้ยังมีปัญหาอื่นๆ ได้แก่ โรคติดเชื้อหรือโรคต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually Transmitted Infections หรือ STIs) โรคเอดส์ (AIDS) และภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศหรืออีดี (Erectile Dysfunction หรือ ED) เป็นต้น

การให้ความสนใจในเรื่องของการอนามัยเจริญพันธุ์ในปัจจุบัน นอกจากจะมุ่งเน้นที่สุขภาพทางเพศของทั้งเพศหญิงและเพศชายแล้ว ยังให้ความสำคัญกับความหลากหลายทางเพศ (Sexual Diversity) ที่มากกว่าเพศทางสรีรวิทยา โดยเป็นความชอบหรือรสนิยมทางด้านเพศ (Sexual Orentation) และเป็นบทบาททางเพศ (Gender Roles) ของกลุ่มคนที่มีความหลากหลาย ได้แก่ เกย์ (Gay) เลสเบี้ยน (Lesbian) หรือคนรักสองเพศ (Bisexual) เป็นต้น ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนเรื่องเพศวิถี (Sexuality) สุขภาพทางเพศและการอนามัยเจริญพันธุ์อย่างยั่งยืน

ตอนที่ 4.2 การอนามัยเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น ผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ

4.2.1 การอนามัยเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (อายุระหว่าง 18-35 ปี)

การอนามัยเจริญพันธุ์เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องและเกิดขึ้นกับบุคคลในทุกช่วงวัยของชีวิต ตั้งแต่ระดับการพัฒนาทางด้านร่างกายของระบบสืบพันธุ์และอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับระบบสืบพันธุ์ต่างๆ จนถึงการพัฒนาทางด้านจิตใจ บทบาทความสัมพันธ์และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการอนามัยเจริญพันธุ์ในแต่ละช่วงวัย วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเพศสัมพันธ์ เริ่มมีความต้องการทางเพศและพัฒนาบทบาทและความสัมพันธ์ทางเพศอย่างต่อเนื่องจนเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ ลักษณะพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นและผู้ใหญ่สามารถสรุปได้ดังนี้

1) การไม่ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งจะส่งผลต่อความเสี่ยงเรื่องการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อมและการได้รับเชื้อหรือเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากขึ้น ปัจจุบันการใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นนั้นถือว่ามีแนวโน้มที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น ทั้งในกลุ่มผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ต่างเพศและผู้ที่มีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน ส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเกิดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มีอายุน้อยจำนวนมากจนเป็นปัญหาที่ครอบครัว ชุมชนและสังคมได้รับผลกระทบอย่างมาก สถานการณ์ในปัจจุบันพบว่าอัตราการป่วยจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และเป็นที่น่าสังเกตว่าอายุของผู้ที่ได้รับเชื้อหรือเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์โดยเฉลี่ยมีอายุน้อยลงอย่างมาก ผนวกกับปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ส่งผลให้เกิดภาวะเสี่ยงทางด้านสุขภาพและปัญหาด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ที่มีมากขึ้น

2) การใช้สารเสพติดและสุรา ซึ่งเป็นค่านิยมที่ส่งผลต่อสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงในลักษณะต่างๆ โดยหลายครั้งที่การใช้สารเสพติดและสุรานำไปสู่การสูญเสียความสามารถในการควบคุมร่างกายของตนทำให้ขาดสติหรืออาจมีความต้องการทางเพศสูงขึ้นกว่าปกติ จนนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศโดยปราศจากการป้องกัน รวมทั้งส่งผลต่อปัญหาความรุนแรงต่อร่างกายและจิตใจทั้งที่เกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่นด้วย

3) การมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อยหรือก่อนวัยอันควร ซึ่งเป็นผลกระทบจากค่านิยมเรื่องเพศของวัยรุ่นและเยาวชนที่สัมพันธ์กับการได้รับอิทธิพลจากสื่อต่างๆ รวมทั้งผลกระทบที่เกิดจากความรุนแรงทางเพศที่ถูกนำเสนอหรือปรากฏในสื่อต่างๆ และอินเตอร์เน็ตในลักษณะของภาพอนาจารและเนื้อหาที่กระตุ้นให้เกิดความอยากลองและเลียนแบบ ในปัจจุบันพบว่าวัยรุ่นทั้งเพศหญิงและเพศชายของประเทศไทยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกตั้งแต่อายุเพียง 12-18 ปี โดยเป็นความสัมพันธ์ทางเพศทั้งแบบระยะสั้น คือ มีเพศสัมพันธ์ 1-2 ครั้ง และการมีความสัมพันธ์ต่อเนื่องประมาณ 1-2 เดือน หรือไม่เกิน 4-5 เดือน ก่อนที่จะเลิกลาความสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นมักจะเกิดจากอารมณ์ความรู้สึกชอบ และเป็นความสัมพันธ์ที่ปราศจากการคำนึงถึงความพร้อมและความรับผิดชอบ ซึ่งคู่นอนอาจเป็นคนที่อยู่ในโรงเรียนเดียวกันหรือต่างโรงเรียน รวมทั้งอาจมีเพศสัมพันธ์กับผู้ใหญ่ที่มีอายุมากกว่าทั้งที่มีสถานภาพโสดและสมรสแล้ว ผลกระทบที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดปัญหาเรื่องการตั้งครรภ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการใช้ยาคุมกำเนิด ซึ่งจะเป็นโทษต่อร่าง

กายในระยะยาว นอกจากนี้ การมีวุฒิภาวะที่ไม่เพียงพออาจทำให้วัยรุ่นขาดความรับผิดชอบในการกินยาคุมกำเนิดหรือใช้ยาคุมกำเนิดฉุกเฉินผิดวิธีจนนำไปสู่การตั้งครรภ์และเชื่อในวิธีที่ผิด เช่น เชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์โดยให้หลั่งภายนอกโดยเข้าใจว่าสามารถป้องกันการตั้งครรภ์หรือป้องกันการได้รับเชื้อเอชไอวีได้ รวมทั้งการขาดความรู้ในการป้องกันตนเองและขาดอำนาจในการต่อรองให้อีกฝ่ายสวมหรือใช้ถุงยางอนามัย เป็นต้น

4) การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลายคน เป็นผลมาจากค่านิยมเรื่องการมี "กิ๊ก" (Short-Term Relationship) และทัศคติที่มีต่อการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ผูกมัด โดยเป็นความพึงพอใจที่จะมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่พบเจอหรือรู้จักเพียงชั่วคราวจากกิจกรรมทางสังคมรูปแบบต่างๆ เช่น การพบปะผู้คนแปลกหน้าในแหล่งบันเทิงยามค่ำคืน การพบเจอผ่านทางอินเตอร์เน็ต เฟสบุ้ค (Facebook) ไลน์ (Line) หรือช่องทางการติดต่อสื่อสารผ่านแอพพลิเคชั่น (Chat Applications) เครือข่ายทางสังคมออนไลน์ (Social Network) เป็นต้น แล้วเกิดความพึงพอใจที่จะมีเพศสัมพันธ์กันในลักษณะชั่วคราว ซึ่งพฤติกรรมแบบนี้จะเกิดขึ้นบ่อยครั้งจนเป็นค่านิยมของการ "ล่าแต้ม" (Hunt Scored) หรือสะสมสถิติการมีคู่นอนหลายคน ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่น่าเป็นห่วงสำหรับเยาวชนไทยในปัจจุบัน นอกจากนี้ ผู้ใหญ่บางคนยังมีรสนิยมในการมีเพศสัมพันธ์แบบหลายคู่พร้อมกัน หรือที่เรียกว่า "สวิงกิ้ง" (Swinging) คือร่วมเพศกันมากกว่า 2 คนขึ้นไป และค่านิยมในการแลกเปลี่ยนคู่นอน (Partners Exchange) ที่มีมากขึ้น ซึ่งนับว่าเป็นพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่อาจนำไปสู่ปัญหาทางด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ของทั้งวัยรุ่นและผู้ใหญ่

5) การขายและซื้อบริการทางเพศ โดยจะพบว่าการซื้อขายบริการทางเพศเกิดขึ้นในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่อายุน้อยมากขึ้น เนื่องจากค่านิยมที่มองเรื่องเพศและร่างกายเป็นเสมือนสินค้าที่สามารถขายหรือซื้อเพื่อตอบสนองความพึงพอใจและแลกเปลี่ยนการตอบแทนได้ ความคิดเช่นนี้ส่งผลกระทบอย่างมากทั้งต่อปัญหาสุขภาพทางเพศ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ และปัญหาทางสังคมอื่นๆ ที่สัมพันธ์กับภาวะการอนามัยเจริญพันธุ์ ได้แก่ เด็กถูกทอดทิ้ง การตั้งครรภ์และการทำแท้ง เป็นต้น

จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า การอนามัยเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้นต้องให้ความใส่ใจกับค่านิยมเรื่องเพศสัมพันธ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างต่อเนื่อง วัยรุ่นไทยนิยมมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน และมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดต่อเชื้อเอชไอวีมากขึ้นโดยเฉพาะการขาดความรู้ความเข้าใจและความเชื่อที่ผิดๆ ว่าการมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนที่รู้จักดีในวัยเดียวกันจะไม่มีความเสี่ยงต่อการสัมผัสโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จนนำไปสู่การไม่ป้องกันตนเอง ผู้ใหญ่หลายคนมีค่านิยมเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงานและการเปลี่ยนคู่นอนตามโอกาส และความปรารถนาส่วนบุคคลโดยไม่ให้ความสำคัญกับการป้องกันตนเอง จนนำไปสู่ความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นในการมีโอกาสได้รับเชื้อหรือติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงค่านิยมที่เกิดจากการเลียนแบบสื่อ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทางเพศบนอินเตอร์เน็ตลักษณะต่างๆ ทั้งภาพอนาจาร (Pornography) คลิป (Clip) การพูดคุย (Chat) การร่วมเพศหรือกิจกรรมทางเพศอื่นๆ ก็นำไปสู่การเลียนแบบและสร้างค่านิยมทางเพศในรูปแบบใหม่ที่นับวันจะมีความรุนแรงมากขึ้น จึงจำเป็นต้องให้ความรู้และคำปรึกษาในเรื่องทางเพศ การมีเพศสัมพันธ์อย่างรับผิดชอบและปลอดภัยเพื่อป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ การทำแท้ง โรคติดต่อทาเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ เป็นต้น

4.2.2 การอนามัยเจริญพันธุ์ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (34-64 ปี) และผู้สูงอายุ (65 ปีขึ้นไป)

การอนามัยเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ในทุกช่วงชีวิต ซึ่งถือว่าเป็นเรื่องธรรมชาติและเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตซึ่งสัมพันธ์กับความสุขและความทุกข์ของมนุษย์ทุกคน เมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ร่างกายจะพัฒนามาจนเต็มที่ก่อนที่จะค่อยๆ เสื่อมสภาพลงไปตามอายุที่มากขึ้น การเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะเครียดได้ จึงจำเป็นต้องมีการเตรียมตัวก่อนที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกี่ยวข้องกับอนามัยเจริญพันธุ์ที่สำคัญ ดังนี้

1) ภาวะความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine System) โดยพบว่า มีการทำงานของต่อมต่างๆ เช่น ไทรอยด์ (Thyroid) และพาราไทรอยด์ (Para-Thyroid) ลดลง ตับอ่อนสร้างอินซูลินลดลง ทำให้เป็นเบาหวาน ฮอร์โมนเพศหญิง (Estrogen) หรือฮอร์โมนเพศชาย (Testosterone) จะลดลง ทำให้เข้าสู่ภาวะหมดประจำเดือนหรือวัยทองในเพศหญิง (Menopause) และภาวะวัยทองในเพศชาย (Andropause) ส่งผลต่ออาการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์รวดเร็ว ได้แก่ หงุดหงิดง่าย ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ สมรรถภาพทางเพศลดลง มีอาการร้อนวูบวาบ ไม่สบายตัวและซึมเศร้า เป็นต้น หากมีอาการมากจำเป็นต้องได้รับการให้ฮอร์โมนเอสโตรเจนชนิดสกัดจากธรรมชาติ (Bio-identical Hormone) ทดแทน

2) ภาวะความผิดปกติของระบบปัสสาวะ (Urinary System) และระบบสืบพันธุ์ (Reproductive System) พบว่ามีขนาดไตและการทำหน้าที่ของไตลดลง ถ่ายปัสสาวะบ่อยเนื่องจากกล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะอ่อนแรง กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกานและกล้ามเนื้อกระบังลมหย่อนตัว นอกจากนี้ยังอาจมีภาวะต่อมลูกหมากโตในเพศชายทำให้ปัสสาวะลำบากและมดลูกหรือรังไข่ฝ่อในเพศหญิง ซึ่งบางรายอาจมีอาการของโรคมะเร็งของอวัยวะในระบบสืบพันธุ์และอวัยวะสืบพันธุ์ยืดหยุ่นน้อยลงส่งผลต่อเรื่องเพศสัมพันธ์ของผู้สูงอายุ

3) การเปลี่ยนแปลงทางเพศและเพศสัมพันธ์ (Sexuality) เป็นผลมากจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศ (Sex Hormones) ที่ลดลงซึ่งเกิดขึ้นทั้งในเพศชายและเพศหญิง ทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการทางเพศลดลง โดยในผู้สูงอายุเพศชายอาจมีภาวะการแข็งตัวที่ลดลงหรือไม่แข็งตัวของอวัยวะเพศและขนาดของอวัยวะเพศจะเล็กลงกว่าในวัยหนุ่ม แต่ความต้องการทางเพศทางจิตใจไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก ผู้สูงอายุเพศชายหลายคนอาจเจอปัญหาการหลั่งเร็วและไม่สามารถควบคุมการหลั่งได้ จนนำไปสู่ความต้องการมีกิจกรรมทางเพศหรือเพศสัมพันธ์ที่ลดลง ส่วนในผู้สูงอายุเพศหญิงจะพบการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจเช่นเดียวกับเพศชาย เมื่อมีอายุมากขึ้นจนเข้าสู่วัยสูงอายุแล้วช่องคลอดของผู้หญิงจะผลิตสารหล่อลื่นน้อยลงทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บขณะร่วมเพศจนนำไปสู่ความต้องการทางเพศที่ลดลง นอกจากนี้ ผู้สูงอายุบางคนต้องสูญเสียคู่ของตนเองไปจากการเสียชีวิตทั้งทางธรรมชาติและโรคต่างๆ ทำให้ต้องอยู่คนเดียว โดยเฉพาะผู้สูงอายุเพศหญิงซึ่งมีอายุขัยเฉลี่ยมากกว่าเพศชาย นำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าได้

เพศสัมพันธ์ในผู้สูงอายุมักถูกสังคมมองว่าเป็นเรื่องน่าอาย หรือไม่ปกติ โดยในหลายๆ สังคมคิดว่า เมื่อเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุแล้วควรจะยุติการมีเพศสัมพันธ์ ในผู้หญิงหลังจากมีภาวะการหมดประจำเดือนและผู้ชายก็ควรงดกิจกรรมทางเพศแล้วหันหน้าเข้าวัด ซึ่งอาจพิจารณาได้จากวาทกรรมหรือภาษาที่เป็นภาพ

สะท้อนให้เห็นอุดมคติเหล่านั้น ได้แก่ การเรียกผู้สูงวัยที่มีความสัมพันธ์ทางเพศกับบุคคลอื่นว่า "เฒ่าหัวงู" "ตัณหากลับ" หรือ "วัวแก่อยากกินหญ้าอ่อน" เป็นต้น ซึ่งส่งผลต่อการแสดงออกทางเพศวิถีของผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงเป็นอย่างมาก ดังนั้นการดำเนินงานด้านการส่งเสริมการอนามัยเจริญพันธุ์ในผู้สูงอายุจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนให้เป็นความคิดและทัศนคติเชิงบวก ตลอดจนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ในเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ เพศสัมพันธ์และกิจกรรมทางเพศที่เหมาะสม

ผู้สูงอายุจำเป็นต้องเอาใจใส่ดูแลทั้งจากตนเองและจากคนรอบข้างมากขึ้นทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้สูงอายุอาจส่งผลต่อการปรับตัวและความคับข้องใจที่เกิดขึ้นจนนำไปสู่การไม่มีความสุข และมีปัญหาสุขภาพมากขึ้น สุขภาวะของผู้สูงอายุต้องได้รับความสมดุลทั้งสุขภาพทางกายและสุขภาพทางด้านของจิตใจ ผู้สูงอายุจำเป็นต้องดูแลสุขภาพ ตั้งแต่การรับประทานอาหารที่เหมาะสมและมีคุณค่ากับร่างกาย การพักผ่อนที่เพียงพอ ได้รับการตรวจสุขภาพอย่างต่อเนื่องและมีกิจกรรมทางสังคมเพื่อให้มีสุขภาพทางจิตใจและสังคมที่สมบูรณ์

เป้าหมายของการอยู่ดีมีสุข (Well-Being) ของผู้สูงอายุคือการส่งเสริมให้เป็นผู้สูงอายุที่สูงวัยอย่างมีคุณค่าและมีความสุข โดยจะต้องเชื่อมโยงกับสุขภาวะมิติต่างๆ อย่างสมดุล ทั้งสุขภาวะทางกายให้มีร่างกายที่แข็งแรง ปราศจากโรค ความเจ็บป่วยเรื้อรัง และความพิการหรือทุพลภาพ รวมทั้งอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังต้องมีสุขภาวะทางจิตใจและอารมณ์ โดยการทำจิตใจให้มีความสุข มีสมาธิ และอารมณ์ที่เหมาะสม และมีสุขภาวะทางสังคมที่สมบูรณ์ ครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง ได้รับความเสมอภาคทางสังคม และสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพโดยเฉพาะทางด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน

นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรไทยที่มีแนวโน้มเข้าสู่สังคมสูงวัย (Ageing Society) ในอนาคต ทำให้จำเป็นต้องพัฒนาระบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุอย่างเร่งด่วน ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization หรือ WHO) ได้มีนโยบายสนับสนุนให้ทุกประเทศทั่วโลกพัฒนาให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเองได้ ตลอดจนมีศักยภาพและสามารถทำประโยชน์ให้แก่ตนเอง ครอบครัวและสังคม ซึ่งเป็นหลักของแนวคิดเรื่อง "พฤฒพลัง" (Active Ageing) โดยมุ่งเน้นที่การพัฒนาสุขภาพที่รวมถึงการอนามัยเจริญพันธุ์ (Health and Reproductive Health) การส่งเสริมความปลอดภัย (Security) และเสริมสร้างการมีส่วนร่วม (Participation) แบบบูรณาการเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี

จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า เมื่อมีอายุมากขึ้นร่างกายและระบบอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการอนามัยเจริญพันธุ์จะเสื่อมสภาพลง เมื่อเข้าสู่วัยสุงอายุการอนามัยเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศของผู้สูงอายุจะได้ผลกระทบจากภาวะการเสื่อมสภาพของอวัยวะและการทำหน้าที่ของระบบต่อมไร้ท่อ ส่งผลทั้งต่อร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ สุขภาพทางเพศของผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษและต่อเนื่อง การทำหน้าที่ถดถอยลงของอวัยวะต่างๆ ของผู้สูงอายุทำให้เกิดความไม่สมดุลในเรื่องเพศสัมพันธ์และภาวะสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมาก จึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของภาวะการเจริญพันธุ์และเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าสู่ภาวะหลังวัยเจริญพันธุ์และวัยสูงอายุ

ตอนที่ 4.3 การอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มผู้พิการและผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์

4.3.1 การอนามัยเจริญพันธุ์ในผู้พิการ

การอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มผู้พิการเป็นประเด็นที่ถูกให้ความสำคัญมากขึ้น ซึ่งเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับบริบททางวัฒนธรรมและบรรทัดฐานทางสังคม ทำให้ผู้พิการถูกมองข้ามและถูกกีดกันออกจากการได้รับการศึกษาหรือความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ โดยพบว่าเมื่อผู้พิการเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์จะมีพัฒนาการทางด้านร่างกาย สรีระ ตลอดจนอารมณ์และความต้องการทางเพศตามธรรมชาติเหมือนกับคนทั่วไป แต่เนื่องจากขาดโอกาสในการได้รับความรู้เรื่องเพศศึกษา การคุ้มครอง ความปลอดภัย และการเข้าถึงบริการสุขภาพด้านเพศ จึงส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ในลักษณะต่างๆ ได้แก่ การถูกล่วงละเมิดทางเพศ การถูกมองว่าเป็นคนไร้บทบาท (Roleless) ไร้ความรู้สึกทางเพศ (Asexual) และไม่ควรตั้งครรภ์หรือเป็น"แม่"เพราะไม่สามารถมีความรับผิดชอบทางสังคม (Social Irresponsibility) เป็นต้น

ผู้พิการ (Disability) คือ บุคคลที่มีข้อจำกัดในการประกอบกิจกรรมในชีวิตอันเนื่องมาจากความผิดปกติหรือบกพร่องของอวัยวะหรือการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายและสติปัญญา ซึ่งตามแนวคิดทางการแพทย์มองว่าความพิการเป็นภาวะที่ต้องได้รับการรักษาและฟื้นฟูทั้งด้านความบกพร่องของร่างกายหรือทางสติปัญญาซึ่งจำเป็นต้องพึ่งพิงและการได้รับการช่วยเหลือในการดำรงชีวิต ส่งผลให้เกิดทัศนคติที่มีต่อเรื่องความแตกต่างระหว่างผู้พิการและคนปกติโดยเชื่อว่าเป็นภาระทางสังคม และการปฏิบัติตนต่อผู้พิการในลักษณะของการตีตรา (Stigma) ที่นำไปสู่การถูกจำกัดบทบาททางสังคมซึ่งรวมถึงบทบาททางเพศและสิทธิในด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ด้วย แนวคิดการจำกัดบทบาทของผู้พิการถูกเชื่อมโยงเข้ากับทฤษฎีเรื่องบทบาทผู้ป่วย (Sick Roles) ของทัลคอทท์ พาร์สัน (Talcott Parsons) ที่อธิบายบรรทัดฐานทางสังคมของผู้ที่อยู่ในภาวะการเจ็บป่วย ซึ่งได้รับการยกเว้นจากบทบาทปกติทางสังคมมาสวมบทบาทของผู้ป่วยชั่วคราว ได้แก่ การละเว้นการปฏิบัติงานหรือกิจกรรมต่างๆ จนกว่าจะกลับสู่ภาวะปกติ โดยความคิดนี้ได้ส่งผลกระทบต่อการตีตราผู้พิการว่าเป็นผู้ป่วยหรือเป็นผู้ที่ไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาทของตนเองได้เหมือนคนปกติจนกลายเป็นกลุ่มคนชายขอบในสังคม (Marginalization)

ภาพที่ 4.5 ทัลคอทท์ พาร์สัน
(ที่มา: quotesgram.com)

ทัศนคติที่มีต่อผู้พิการในหลายๆ ประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะในเรื่องการอนามัยเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศที่ประกอบสร้างความคิดต่อผู้พิการว่าเป็นบุคคลที่ไม่มีความสามารถในเรื่องเพศสัมพันธ์ หรือไม่สามารถมีครอบครัวหรือแต่งงานได้เหมือนคนปกติ และไม่สมควรหรือไม่สามารถมีบุตรได้ ซึ่งเป็นรูปแบบการตีตราผู้พิการเสมือนเป็นบุคคลที่ไร้เพศ (Sexless) รวมทั้งคิดว่าผู้พิการไม่สมควรหรือไม่มีความรู้สึกทางเพศ

(Asexual) จึงนำไปสู่การกีดกันหรือปิดกั้นการเข้าถึงแหล่งข้อมูล ความรู้ และการบริการที่สำคัญสำหรับการอนามัยเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะผู้พิการที่เป็นผู้หญิงมักจะได้รับผลกระทบมากกว่าผู้ชาย ทั้งในเรื่องของบทบาทความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเพศที่ไม่เท่าเทียม และการได้รับความรุนแรงซึ่งเป็นอคติที่ซ้อนทับ (Double Taboo) ทั้งความพิการและความเป็นผู้หญิง ปัญหาการอนามัยเจริญพันธุ์ที่สำคัญของผู้พิการประกอบด้วย

1) การเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ (Inaccessible) ซึ่งเป็นผลมาจากการถูกตีตรา (Stigma) และการเลือกปฏิบัติ (Discrimation) ที่เกิดจากความไม่สมบูรณ์ของร่างกาย บ่อยครั้งที่ผู้พิการต้องเผชิญกับทัศนคติเชิงลบจากผู้ให้บริการที่มองว่าเพศวิถีของผู้พิการเป็นเรื่องไม่ปกติ ทำให้ผู้พิการไม่อยากเข้ารับการบริการสุขภาพและการอนามัยเจริญพันธุ์จนเกิดปัญหารุนแรงต่อสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้การให้บริการสุขภาพและเครื่องมือต่างๆ ยังมีข้อจำกัดสำหรับผู้พิการที่ไม่สามารถมองเห็น ไม่ได้ยิน หรือสื่อสารไม่ได้ด้วย

2) ความรุนแรงทางเพศ (Sexual Violence) โดยผู้พิการมักจะมีโอกาสตกเป็นเหยื่อ (Victim) ทั้งความรุนแรงในครอบครัวและความรุนแรงทางเพศจากบุคคลที่ไม่พิการ ซึ่งผู้พิการเพศหญิงจำนวนมากต้องพบกับปัญหาการข่มขืนและทำร้ายร่างกายจนนำไปสู่ภาวะการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ ทั้งที่เกิดจากคนในครอบครัวและเพื่อนบ้าน นอกจากนี้เด็กชายผู้พิการจำนวนมากก็ได้รับผลกระทบในเรื่องความรุนแรงทางเพศ และความรุนแรงต่อร่างกายที่เกิดจากญาติ เพื่อนหรือรุ่นพี่เพศชายด้วยเช่นกัน

3) เอชไอวีและเอดส์ (HIV and AIDS) ซึ่งผู้พิการเป็นกลุ่มบุคคลที่ได้รับความเสี่ยงสูงต่อการได้รับเชื้อเอชไอวี โดยไม่ใช่เพียงเพราะความพิการทางด้านร่างกายที่ทำให้ตกเป็นเหยื่อเท่านั้น แต่เป็นผลมาจากการขาดการโอกาสในการเข้าถึงความรู้ในเรื่องการดูแลและป้องกันตนเอง และการไม่ได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็น นอกจากนี้ ผู้พิการชายที่รักเพศเดียวกัน (Homosexual) จะได้รับผลกระทบอย่างมากและมีโอกาสในการได้รับเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์เนื่องจากขาดความรู้ และการเข้าถึงวิธีการป้องกันตนเอง ไม่กล้าซื้อถุงยางอนามัยเนื่องจากกลัวถูกตีตราจากสังคม และการขาดโอกาสในการตรวจคัดกรองและรักษาพยาบาล เป็นต้น

การดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้พิการ จำเป็นต้องทำความเข้าใจถึงความต้องการ และความอ่อนไหวทางสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อการถูกตีตราและทัศนคติเรื่องเพศที่มีต่อผู้พิการ โดยสังคมจำเป็นต้องเปิดกว้างในการยอมรับ และคำนึงถึงสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้พิการในฐานะของมนุษยชนทั่วไป และส่งเสริมให้ผู้พิการสามารถเข้าถึงข้อมูล ความรู้และการบริการสุขภาพและบริการที่เกี่ยวข้องกับอนามัยเจริญพันธุ์ที่มีประสิทธิภาพอย่างเท่าเทียม เป็นธรรมและปราศจากอคติ

จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า การอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มผู้พิการที่ถูกตีตรา (Stigma) เสมือนผู้ไม่มีเพศหรือความสามารถเรื่องทางเพศ เป็นปัญหาที่สำคัญที่ส่งผลให้ผู้พิการขาดโอกาสในการได้รับความรู้และการบริการทางสุขภาพด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ที่เหมาะสม จึงจำเป็นต้องเข้าใจปัญหาและความต้องการและมีมุมมองที่เท่าเทียมไม่แตกต่างต่อผู้พิการ เพื่อส่งเสริมให้เกิดสิทธิด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ การเข้าถึงบริการสุขภาพและการอนามัยเจริญพันธุ์อย่างเป็นธรรม และไม่ถูกกีดกันหรือถูกเลือกปฏิบัติใดๆ และป้องกันปัญหาด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ซึ่งรวมถึงสุขภาพทางเพศและความรุนแรงที่มีต่อร่างกายและจิตใจของผู้พิการให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

4.3.2 การอนามัยเจริญพันธุ์ในผู้ป่วยเอชไอวีและเอดส์

เอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus หรือ HIV) และเอดส์ (Acquired Immune Deficiency Syndrome หรือ AIDS) เป็นโรคที่ถูกตีตราทางสังคมว่าเป็นโรคของผู้ที่มีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ดีและเบี่ยงเบนไปจากบรรทัดฐานทางสังคม ได้แก่ การสำส่อนทางเพศ ความเลวทรามทางศีลธรรมทางเพศหรือการขายบริการทางเพศ เป็นต้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อความรู้สึกทางลบต่อครอบครัว ชุมชน และ สังคม ดังนั้นผู้ป่วยเอชไอวีและเอดส์ต้องพบกับความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคและความทุกข์ยากทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณที่เกิดจากการไม่ยอมรับ การรังเกียจ การดูถูก การเหยียดหยาม และถูกกีดกันออกจากครอบครัวและสังคมด้วย ซึ่งแม้ว่าจะมียาต้านไวรัส (Antiviral Drugs) ที่ถูกพัฒนามาอย่างต่อเนื่องจนทำให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตได้อย่างปกติมากขึ้นกว่าในอดีตก็ตาม แต่ผู้ป่วยเอชไอวีจำนวนมากที่ต้องมีชีวิตอย่างทุกข์ยากเพราะกลัวคนอื่นรู้ว่าตนเองป่วยมากกว่าการกลัวตายซึ่งแนวคิดเรื่องตราบาป (Stigma) ได้ประกอบสร้าง (Constructed) มายาคติของเอชไอวีและเอดส์ว่าเป็นโรคที่น่ารังเกียจทั้งๆ ที่ในความเป็นจริงแล้วไม่ได้เป็นเช่นนั้นก็ตาม

แนวคิดเรื่องตราบาปหรือการตีตรา (Stigma) ถูกนำเสนอโดย เออร์วิง กอฟฟ์แมน (Erving Goffman) โดยเป็นปรากฏการณ์เชิงพลวัตทางสังคม (Social Dynamic Process) ที่แสดงถึงลักษณะซึ่งเป็นความแตกต่างอันไม่พึงประสงค์ที่ทำให้บุคคลแตกต่างจากไปจากผู้อื่นจนไม่ได้รับการยอมรับในสังคม

ภาพที่ 4.6 เออร์วิง กอฟฟ์แมน
(ที่มา: eoth.info)

ลักษณะของการตีตราหรือตราบาปอาจมีลักษณะดังนี้

1) การตีตราซึ่งเป็นผลมากจากความผิดปกติของร่างกาย ได้แก่ ความพิการ การสูญเสียความสามารถของตนเอง และการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ เป็นต้น

2) การตีตราซึ่งเป็นผลมากจากพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากบรรทัดฐานทางสังคม ได้แก่ ความผิดปกติทางจิตใจ การขัดต่อระบอบการเมืองหรือกบฏ การว่างงาน การเสพยาเสพติด อาชญากรรม และผู้ที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางเพศ เป็นต้น

3) การตีตราที่เกิดจากเชื้อชาติและศาสนา ได้แก่ กวรเป็นชนกลุ่มน้อย ชาวยิว และกลุ่มชาติพันธุ์ที่แตกต่างจากคนกลุ่มใหญ่ของสังคม หรือคนที่ปฏิบัติตนขัดจากความเชื่อทางศาสนา เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยเอชไอวีหรือเอดส์ต้องเผชิญกับการตีตราทั้งที่เกิดจากความเจ็บป่วยที่สังคมมองว่าเป็นโรคที่น่ารังเกียจและการตีตราที่เกิดจากพฤติกรรมที่ถูกมองว่าเบี่ยงเบน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มชายรักชาย นอกจากนี้ยังเป็นตราบบาปที่ถูกมองว่าเป็นคนไร้ศีลธรรมและมีพฤติกรรมสำส่อนด้วย ซึ่งส่งผลต่อ

การใช้ชีวิตของผู้ป่วยเอชไอวีและเอดส์ในสังคมเพราะถูกมองว่าเป็นกลุ่มคนที่เบี่ยงเบน (Deviance) จนนำไปสู่การดำรงชีวิตที่ไม่มีความสุข ผู้ป่วยบางคนเกิดความเครียดและเกิดภาวะซึมเศร้าและไม่กล้าที่จะเปิดเผยตัวตนเพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาจนนำไปสู่ปัญหาสุขภาพและมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง นอกจากนี้ ยังอาจส่งผลต่อการมีพฤติกรรมทางเพศแบบไม่เหมาะสม ไม่ปลอดภัย การขาดความรู้ในการป้องกันการแพร่เชื้อและรับเชื้อเพิ่ม การไม่กล้าไปตรวจเลือดเมื่อมีความเสี่ยงเพราะความอายและกลัวจะถูกมองว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมไม่ดี และการปกปิดผลเลือดต่อคู่สมรสหรือคู่นอนจนนำไปสู่ความเสี่ยงในการแพร่ระบาดของโรคที่เพิ่มขึ้น

ในปัจจุบันหลายๆ ประเทศทั่วโลกได้เริ่มเห็นความสำคัญของสิทธิการอนามัยเจริญพันธุ์และการให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิต (Quality of Life) ของกลุ่มคนที่ใช้ชีวิตกับเอชไอวีและเอดส์ (People Living with HIV and AIDS) โดยมุ่งเน้นการมีชีวิตที่ยืนยาว (Length of Life) อย่างมีความสุข และผลักดันเรื่องสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน ให้เกิดความเท่าเทียมทั้งในด้านการดำรงชีวิตในสังคมโดยปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติ และการเข้าถึงบริการสุขภาพทางด้านเพศและการอนามัยเจริญพันธุ์ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการป้องกันปัญหาสุขภาพทางเพศและการแพร่ระบาดของเอชไอวีและเอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งกลุ่มคนที่ใช้ชีวิตกับเอชไอวีและเอดส์นั้นไม่ได้มีเพียงผู้ใหญ่เท่านั้นแต่ยังมีเด็กที่ได้รับเชื้อจากมารดาจำนวนมากที่ต้องใช้ชีวิตกับโรคนี้ด้วย จึงจำเป็นต้องเข้าใจความหลากหลายและความอ่อนไหวหรือเปราะบางของกลุ่มคนเหล่านี้

นับตั้งแต่การระบาดของโรคเอชไอวีและเอดส์ในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ.2527 เป็นต้นมา สังคมได้ลดทอนคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์เป็นอย่างมาก เพราะการถูกให้ความหมายและการถูกประกอบสร้างเชิงสัญญะเข้ากับพฤติกรรมที่น่ารังเกียจ สำส่อน และถูกมองว่าเป็นพวกรักร่วมเพศ ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อถูกตัดสินอย่างไร้ค่าจนต้องพยายามปกปิดหรือแปลกแยกตนเองออกจากสังคมทำให้การแก้ไขปัญหาการติดต่อและการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคนั้นไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ซึ่งขัดกับสภาพของความเป็นจริงของสังคมในปัจจุบันที่พบว่าค่านิยมเรื่องเพศของวัยรุ่นและผู้ใหญ่จำนวนมากมีลักษณะที่เสี่ยงต่อการได้รับสัมผัสเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธุ์อื่นๆ อย่างมาก โดยเฉพาะการมีคู่นอนหลายคน และค่านิยมในการมีเพศสัมพันธ์แบบชั่วครั้งชั่วคราว โดยปราศจากการป้องกันหรือการระมัดระวังอย่างเต็มที่ หลายคนแม้จะรู้ว่าตนเองมีพฤติกรรมเสี่ยงแต่ไม่กล้าที่จะเข้ารับการตรวจเลือดเพื่อคัดกรองโรค เพราะกลัวว่าจะถูกสังคมตีตราว่าเป็นผู้มีพฤติกรรมทางเพศไม่ดี หรือน่ารังเกียจ และกลัวว่าถ้าหากทราบผลเลือดแล้วจะถูกตีตราถูกเลือกปฏิบัติ ถูกปฏิเสธและซ้ำเติมจากสังคมมากขึ้น จึงทำให้เกิดแนวโน้มของการมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและการอนามัยเจริญพันธุ์เป็นจำนวนมาก

จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า การดำเนินงานทางด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ของกลุ่มผู้ป่วยเอชไอวีและเอดส์จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับสุขภาพและสุขภาพทางเพศ ตลอดจนส่งเสริมให้สังคมปราศจากอคติทางเพศ (Sexual Taboo) การไม่เท่าเทียมกันทางเพศ (Gender Inequality) และการตีตรา (Stigma) หรือเลือกปฏิบัติ (Discrimination) ใดๆ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสมและป้องกันการได้รับผลกระทบจากปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อสิทธิในด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเอชไอวีและเอดส์

แบบฝึกหัดประจำบทเรียน

คำถาม :

ปัญหาสุขภาพด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ในเพศหญิงและเพศชายที่สำคัญมีอะไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

แนวทางการตอบ:

การอนามัยเจริญพันธุ์ในแต่ละกลุ่มเพศ พบว่า ปัญหาสุขภาพทางด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิง ประกอบด้วยโรคหรือความผิดปกติซึ่งเกิดจากอวัยวะสืบพันธุ์ ได้แก่ โรคมะเร็ง (Cancer) ระบบ สืบพันธุ์ ซึ่งรวมถึงมะเร็งเต้านม (Breast Cancer) มะเร็งปากมดลูก (Cervical Cancer) มะเร็งเยื่อบุมดลูก (Endometrial Cancer) และรังไข่ (Uterine Cancers) เป็นต้น ซึ่งล้วนแต่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพและภาวะทุกข์ยากของผู้หญิงจำนวนมาก นอกจากนี้ยังมีปัญหาอื่นๆ เช่น ภาวะการหมดประจำเดือน (Menopause) ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (Urinary Incontinence) การตั้งครรภ์และการดูแลก่อนตั้งครรภ์ (Pregnancy and Preconception Care) ภาวะการมีบุตรยาก (Infertility) การแท้ง (Abortion) โรคเอดส์ (AIDS) และโรคติดเชื้อหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually Transmitted Infections หรือ STIs) รวมทั้งการได้รับความรุนแรงทางเพศและการล่วงละเมิดต่อร่างกายและจิตใจของผู้หญิงในรูปแบบต่างๆ ส่วนปัญหาสุขภาพทางด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้ชายประกอบด้วยโรคหรือความผิดปกติซึ่งเกิดจากอวัยวะสืบพันธุ์ ได้แก่ โรคมะเร็ง (Cancer) ระบบสืบพันธุ์ ซึ่งรวมถึงมะเร็งต่อมลูกหมาก (Prostate Gland Cancer) มะเร็งทวารหนัก (Anal Cancer) เป็นต้น โดยล้วนแต่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ชาย จำนวนมากในปัจจุบัน นอกจากนี้ยังมีปัญหาอื่นๆ ได้แก่ โรคต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually Transmitted Infections หรือ STIs) โรคเอดส์ (AIDS) และภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศหรืออีดี (erectile dysfunction หรือ ED) เป็นต้น ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือและป้องกัน

บรรณานุกรม

Anderson, Barbara A. (2005). *Reproductive health: women and men's shared responsibility.* New York: Sudbury, Mass. Jones and Bartlett.

Bucciere, R. A, and Reel, J. J. (2009). *Ableism and body image: conceptualizing how individuals marginalized.* USA.

Chandiramani, R.. et al. (2002). *Sexuality and Sexual Behaviour: A Critical Review of Selected Studies* (1990–2000). New Delhi: CREA.

Goffman E. 1963. *Stigma. Notes on the management of spoiled identities*. New Jersey: Prentice Hall, Englewood Cliff.

Guttmacher Ins. (2006). *Meeting Sexual and Reproductive Health Needs of People Living with HIV.* New York: UNAIDS.

Miller, Alice M. (2000). Sexual but not reproductive: Exploring the junction and disjunction of sexual and reproductive rights. *Health and Human Rights*. 4(2), 69-109.

Misra, G. and Chandiramani, R. (Eds.). (2005). *Sexuality, Gender and Rights: Exploring Theory and Practice in South and Southeast Asia*. London: SAGE Publications.

Rubin, Gayle. (1999). Thinking sex: Notes for a radical theory of the politics of sexuality. In Parker, R. & Aggleton, P. (Editions.). *Culture, Society and Sexuality: A Reader*. United Kingdom: UCL Press.

Woman's Health, HHS. (n.d.). *Reproductive Health: The healthy woman, A complete guide for all ages.* Washington, DC: HHS.

World Health Organization. (2011). *The Sexual and Reproductive Health of Younger Adolescents: Research Issues in Developing Country.* Geneva: WHO.

กรมควบคุมโรค. (2558). *แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ.2558.* นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

กฤตยา อาชวนิจกล. (2547). *ผู้หญิงในวาทกรรมการเมืองเรื่องเพศและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์.* เชียงใหม่: ศูนย์สตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กาญจนา แก้วเทพ และคณะ. (2548). *ทั้งรัก ทั้งใคร่ ทั้งใช้ความรุนแรงต่อผู้หญิง.* เชียงใหม่: ศูนย์สตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เกษร สำเภาทอง. (ม.ป.ป.). *การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุไทยภายใต้กรอบแนวคิดพฤฒพลัง.* ปทุมธานี: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

จิตติมา ภวณุเตชะ และคณะ. (2550). *สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ หัวใจสำคัญของสุขภาพผู้หญิง.* กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ.

นิพนธ์ ดาราวุฒิมาประกรณ์. (ม.ป.ป.). *การตีตราชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในกระบวนการดำเนินงานแก้ปัญหาเอดส์*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรศาสตร์และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

บุปผา ศิริรัศมี, เบญจา ยอดดำเนิน, เอื้อมพร ทองกระจาย, เรณี อรรฐาเมศร์, อมรา สุนทรธาดา. (ม.ป.ป.). *คู่มือการอบรมเชิงปฏิบัติการโครงการพัฒนา งานวิจัยด้านเพศภาวะ มิติทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรศาสตร์และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

บรรลุ ศิริพาณิช. (2543). *ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ไว้ลาย.

พรทิพย์ เกยุรานนท์. (2551). *จิตสังคมผู้สูงอายุ: การสร้างความสุขในผู้สูงอายุ*. นนทบุรี: สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

พิษนุ อภิสมาจารโยธิน และสุวรรณี หาญมุสิกวัฒน์กูร บรรณาธิการ : Asian-Pacific Resource & Research Centre for Women. (2550). มุมมองเกี่ยวกับเพศภาวะและสิทธิของผู้หญิงในนโยบายและแผนด้านสุขภาพ. *ARROWs เพื่อการเปลี่ยนแปลง (ฉบับภาษาไทย)*. 13(2). 1-20.

พิษนุ อภิสมาจารโยธิน. (2555). *Medical Tetminology: ศัพท์เทคนิคทางการแพทย์สำหรับหลักสูตรนานาชาติ*. China: BLS, X'IAN.

พิษนุ อภิสมาจารโยธิน. (2558). *เอกสารประกอบการสอนกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยามนุษย์: สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ สาธารณสุขศาสตร์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. ศรีษะเกษ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา.

เพ็ญจันทร์ ประดับมุข-เชอร์เรอร์. (2551). เพศวิถีและอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิงพิการ. ใน ธวัชชัย พาชื่น และพิมพวัลย์ บุญมงคล (บรรณาธิการ). *เพศวิถีศึกษาในสังคมไทย : วิพากษ์องค์ความรู้และธรรมเนียมปฏิบัติเรื่องเพศวิถีศึกษาในสังคมไทย*. นครปฐม: โครงการจัดตั้งสำนักงานศึกษานโยบายสาธารณสุขฯ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

เพ็ญจันทร์ ประดับมุข-เชอร์เรอร์. (ม.ป.ป.). *สิทธิการเจริญพันธุ์ของผู้หญิงพิการ*. นครปฐม: คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และประเสริฐ ไพบูลย์รุ่งโรจน์. (2556). ตราบาป: การประยุกต์ใช้ทางการพยาบาลเพื่อลดผลกระทบสำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์. *วารสารกองการพยาบาล*. 40(3), 114-125.

ศรีนวล สถิตวิทยานันท์. (2552). *สุขภาวะผู้สูงอายุ: จิตสังคมผู้สูงอายุ*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2557). *ประชากรและสังคม 2557*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุรัชดา กองศรี และคณะ. (ม.ป.ป.). *ข้อค้นพบและแนวโน้มอนามัยเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นไทย : แม่วัยรุ่นขาดความรู้ ขาดการป้องกัน*. กรุงเทพมหานคร: IHPP Thailand.

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. (ม.ป.ป.). *การให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

อมรา สุนทรธาดา และอักษราภัค หลักทอง. (ม.ป.ป.). *สตรี ผู้พิการและการเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ : ประชากรชายขอบและความเป็นธรรมในสังคมไทย*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

บรรณานุกรม

Anderson, Barbara A. (2005). *Reproductive health: women and men's shared responsibility.* New York: Sudbury, Mass. Jones and Bartlett.

Bucciere, R. A, and Reel, J. J. (2009). *Ableism and body image: conceptualizing how individuals marginalized.* USA.

Chandiramani, R.. et al. (2002). *Sexuality and Sexual Behaviour: A Critical Review of Selected Studies* (1990-2000). New Delhi: CREA.

Goffman E. 1963. *Stigma. Notes on the management of spoiled identities.* New Jersey: Prentice Hall, Englewood Cliff.

Guttmacher Ins. (2006). *Meeting Sexual and Reproductive Health Needs of People Living with HIV.* New York: UNAIDS.

Miller, Alice M. (2000). Sexual but not reproductive: Exploring the junction and disjunction of sexual and reproductive rights. *Health and Human Rights.* 4(2), 69-109.

Misra, G. and Chandiramani, R. (Eds.). (2005). *Sexuality, Gender and Rights: Exploring Theory and Practice in South and Southeast Asia.* London: SAGE Publications.

Rubin, Gayle. (1999). Thinking sex: Notes for a radical theory of the politics of sexuality. In Parker, R. & Aggleton, P. (Editions.). *Culture, Society and Sexuality: A Reader.* United Kingdom: UCL Press.

Woman's Health, HHS. (n.d.). *Reproductive Health: The healthy woman, A complete guide for all ages.* Washington, DC: HHS.

World Health Organization. (2011). *The Sexual and Reproductive Health of Younger Adolescents: Research Issues in Developing Country.* Geneva: WHO.

กรมควบคุมโรค. (2558). *แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ.2558.* นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

กฤตยา อาชวนิจกล. (2547). *ผู้หญิงในวาทกรรมการเมืองเรื่องเพศและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์.* เชียงใหม่: ศูนย์สตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กาญจนา แก้วเทพ และคณะ. (2548). *ทั้งรัก ทั้งใคร่ ทั้งใช้ความรุนแรงต่อผู้หญิง.* เชียงใหม่: ศูนย์สตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เกษร สำเภาทอง. (ม.ป.ป.). *การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุไทยภายใต้กรอบแนวคิดพฤฒพลัง.* ปทุมธานี: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

จิตติมา ภวณุเตชะ และคณะ. (2550). *สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ หัวใจสำคัญของสุขภาพผู้หญิง.* กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ.

นิพนธ์ ดาราวุฒิมาประกรณ์. (ม.ป.ป.). *การตีตราชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในกระบวนการดำเนินงานแก้ปัญหาเอดส์.* นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรศาสตร์และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

บุปผา ศิริรัศมี, เบญจา ยอดดำเนิน, เอื้อมพร ทองกระจาย, เรณี อรรฐาเมศร์, อมรา สุนทรธาดา. (ม.ป.ป.). *คู่มือการอบรมเชิงปฏิบัติการโครงการพัฒนา งานวิจัยด้านเพศภาวะ มิติทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์.* นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรศาสตร์และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

บรรลุ ศิริพาณิช. (2543). *ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ.* กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ไว้ลาย.

พรทิพย์ เกยุรานนท์. (2551). *จิตสังคมผู้สูงอายุ: การสร้างความสุขในผู้สูงอายุ.* นนทบุรี: สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

พิษนุ อภิสมาจารโยธิน และสุวรรณี หาญมุสิกวัฒน์กูร บรรณาธิการ : Asian-Pacific Resource & Research Centre for Women. (2550). มุมมองเกี่ยวกับเพศภาวะและสิทธิของผู้หญิงในนโยบายและแผนด้านสุขภาพ. *ARROWs เพื่อการเปลี่ยนแปลง (ฉบับภาษาไทย).* 13(2). 1-20.

พิษนุ อภิสมาจารโยธิน. (2555). *Medical Tetminology: ศัพท์เทคนิคทางการแพทย์สำหรับหลักสูตรนานาชาติ.* China: BLS, X'IAN.

พิษนุ อภิสมาจารโยธิน. (2558). *เอกสารประกอบการสอนกายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยามนุษย์: สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ สาธารณสุขศาสตร์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ.* ศรีษะเกษ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา.

เพ็ญจันทร์ ประดับมุข-เชอร์เรอร์. (2551). เพศวิถีและอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิงพิการ. ใน ธวัชชัย พาชื่น และพิมพวัลย์ บุญมงคล (บรรณาธิการ). *เพศวิถีศึกษาในสังคมไทย : วิพากษ์องค์ความรู้และธรรมเนียมปฏิบัติเรื่องเพศวิถีศึกษาในสังคมไทย.* นครปฐม: โครงการจัดตั้งสำนักงานศึกษานโยบายสาธารณสุขฯ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

เพ็ญจันทร์ ประดับมุข-เชอร์เรอร์. (ม.ป.ป.). *สิทธิการเจริญพันธุ์ของผู้หญิงพิการ.* นครปฐม: คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และประเสริฐ ไพบูลย์รุ่งโรจน์. (2556). ตราบาป: การประยุกต์ใช้ทางการพยาบาลเพื่อลดผลกระทบสำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์. *วารสารกองการพยาบาล.* 40(3), 114-125.

ศรีนวล สถิตวิทยานันท์. (2552). *สุขภาวะผู้สูงอายุ: จิตสังคมผู้สูงอายุ.* นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2557). *ประชากรและสังคม 2557.* นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุรัชดา กองศรี และคณะ. (ม.ป.ป.). *ข้อค้นพบและแนวโน้มอนามัยเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นไทย : แม่วัยรุ่นขาดความรู้ ขาดการป้องกัน.* กรุงเทพมหานคร: IHPP Thailand.

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. (ม.ป.ป.). *การให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข.* กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

อมรา สุนทรธาดา และอักษราภัค หลักทอง. (ม.ป.ป.). *สตรี ผู้พิการและการเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ : ประชากรชายขอบและความเป็นธรรมในสังคมไทย.* นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

เนื้อหาหลัก

เนื้อหาในบทที่ 5 **พฤติกรรมสุขภาพและการศึกษาทางระบาดวิทยาในด้านการอนามัยเจริญพันธุ์** ประกอบด้วย 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 5.1 ความหมายของพฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพ

ตอนที่ 5.2 ความหมายและองค์ประกอบการการศึกษาทางระบาดวิทยา

ตอนที่ 5.3 การศึกษาทางระบาดวิทยาและการดำเนินงานด้านการอนามัยเจริญพันธุ์

เมื่ออ่านจบบทเรียนแล้วขอให้นิสิตทดลองทำแบบฝึกหัดเพื่อเป็นการทบทวนความรู้

บทที่ 5
พฤติกรรมสุขภาพและการศึกษาทางระบาดวิทยาในด้านการอนามัยเจริญพันธุ์

แนวคิดและวัตถุประสงค์ประจำบทเรียน

สรุปแนวคิด

1. พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) เป็นพฤติกรรมที่ส่งผลต่อภาวะทางสุขภาพของปัจเจกบุคคลในลักษณะต่างๆ ได้แก่ การส่งเสริม ป้องกัน หรือรักษาสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพขึ้นอยู่กับความรู้ ทัศนคติ ค่านิยม แรงจูงใจและปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ซึ่งส่งผลต่อการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง

2. การศึกษาทางระบาดวิทยา (Epidemiology) เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการกระจายของโรค และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกระจายตัวของโรค โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ สิ่งก่อโรค (Agent) สิ่งมีชีวิตหรือมนุษย์ (Host) และสิ่งแวดล้อม (Environment) โดยการมีสุขภาพที่ดีจะเกิดขึ้นจากความสมดุลขององค์ประกอบทั้งสามประการ

3. การอนามัยการเจริญพันธุ์เป็นเรื่องของระบบสืบพันธุ์ของทุกเพศและทุกวัย ทั้งในด้านหน้าที่และกระบวนการเจริญพันธุ์ และพฤติกรรมทางเพศที่รับผิดชอบ ซึ่งเป็นผลจากปัจจัยด้านพันธุกรรม เศรษฐกิจและสังคม พฤติกรรมของบุคคลและบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข การอนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทยมีขอบเขตกว้างขวางใน 10 ประเด็น ซึ่งแต่ละประเด็นมีความเกี่ยวข้องกัน ได้แก่ งานอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว โรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภาวะการมีบุตรยาก การแท้ง และภาวะแทรกซ้อนมะเร็งระบบสืบพันธุ์ เพศศึกษา อนามัยวัยรุ่นและภาวะหลังวัยเจริญพันธุ์และสูงอายุ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้นิสิตสามารถ

1. เข้าใจความหมายของพฤติกรรมและพฤติกรรมสุภาพ
2. อธิบายความหมายและองค์ประกอบของการศึกษาทางระบาดวิทยา
3. เข้าใจรูปแบบการศึกษาทางระบาดวิทยาและการดำเนินงานด้านการอนามัยเจริญพันธุ์

ตอนที่ 5.1 ความหมายของพฤติกรรมและพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง การปฏิบัติ หรือกระทำกิจกรรมใดๆ ของปัจเจกบุคคล ทั้งที่สามารถสังเกตได้และไม่สามารถสังเกตได้ การกระทำดังกล่าวสามารถแสดงออกมาใน 2 ลักษณะ คือ การกระทำหรือพฤติกรรมภายในและภายนอก โดยที่พฤติกรรมภายในตัวบุคคลอื่นนั้นเราไม่สามารถสังเกตเห็นได้โดยตรง จึงต้องใช้เครื่องมือเข้าช่วยในการวัดหรือประเมินพฤติกรรม ส่วนพฤติกรรมภายนอกเป็นพฤติกรรมที่ผู้อื่นสามารถสังเกตเห็นได้

คาร์เตอร์ วี กู้ด (Carter V.Good) ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอก พฤติกรรมสุขภาพเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายใน (Covert Behavior) และภายนอก (Overt Behavior) พฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้และการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตไม่ได้แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น พฤติกรรมภายในเป็นปฏิกิริยาภายในตัวบุคคลมีทั้งเป็นรูปธรรมและนามธรรม ที่เป็นรูปธรรมซึ่งสามารถใช้เครื่องมือบางอย่างเข้าวัดหรือสัมผัสได้ เช่น การเต้นของหัวใจ การบีบตัวของลำไส้ เป็นต้น พฤติกรรมเหล่านี้เป็นปฏิกิริยาที่มีอยู่ตามสภาพของร่างกายส่วนที่เป็นนามธรรมได้แก่ ความคิด ความรู้สึก เจตคติ ค่านิยม เป็นต้น พฤติกรรมภายในนี้ไม่สามารถสัมผัสได้เนื่องจากไม่มีตัวตนแต่จะทราบได้เมื่อมีการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ออกมา พฤติกรรมภายนอกเป็นปฏิกิริยาต่างๆ ของบุคคลที่แสดงออกมาทั้งทางวาจาและการกระทำ ซึ่งปรากฏให้บุคคลอื่นเห็นหรือสังเกตได้ ได้แก่ อาการ หรือคำพูดที่แสดงออก สีหน้า หรือท่าทาง เป็นต้น

ภาพที่ 5.1 คาร์เตอร์ วี กู้ด
(ที่มา: libraries.uc.edu)

องค์ประกอบหรือปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพนั้น ได้แก่ องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา องค์ประกอบทางด้านสังคมและวัฒนธรรม และองค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจ ซึ่งส่งผลต่อทัศนคติและการปฏิบัติตนในด้านพฤติกรรมสุขภาพดังนี้

1. องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา ประกอบด้วย วุฒิภาวะ ความต้องการ ทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม ความสนใจ การจูงใจ และความคับข้องใจ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งในยามปกติและในยามเจ็บป่วย ความเชื่อมีบทบาทต่อพฤติกรรมการอนามัยของบุคคลเป็นอย่างมาก โดยการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคนั้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอนามัยของบุคคล การที่บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน เนื่องจากมีการรับรู้ต่อโอกาสของการเป็นโรคที่แตก

ต่างกัน ดังนั้นบุคคลมีความเชื่อว่าโรคนั้นๆ มีอันตรายและป้องกันโรคได้อย่างแน่นอน ย่อมมีความต้องการที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีมากกว่า

2. องค์ประกอบด้านสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย ครอบครัว กลุ่มบุคคลในสังคม สถานภาพทางสังคม วัฒนธรรม และศาสนา เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนแต่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ การพัฒนาความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพของบุคคลดังนี้

2.1 *ครอบครัว* พฤติกรรมสุขภาพบางอย่างได้รับอิทธิพลจากสถาบันครอบครัวโดยตรง บางครอบครัวพ่อแม่อาจจะปลูกฝังนิสัยในการรับประทานอาหารบางอย่าง หรือการหลีกเลี่ยงไม่ให้บุตรรับประทานอาหาร ได้แก่ ไม่รับประทานเนื้อสัตว์ ไม่รับประทานผัก หรือรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ เป็นต้น นอกจากเรื่องอาหารแล้วครอบครัวยังมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติอื่นๆ ได้แก่ การนอน การพักผ่อน การออกกำลังกาย การรักษาความสะอาดของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย เป็นต้น อันเป็นผลมากจากอิทธิพลการชักจูง แนะนำ และการปฏิบัติของพ่อแม่หรือของสมาชิกคนอื่นในครอบครัวเป็นแบบอย่าง ซึ่งจะมีผลอย่างมากต่อพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

2.2 *กลุ่มบุคคลในสังคม* จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพได้มากเช่นกัน ในกลุ่มเด็กที่มีอายุรุ่นราวคราวเดียวกันมักจะมีความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติคล้ายๆ กับกลุ่มของตน โดยเฉพาะกลุ่มเด็กวัยรุ่น ซึ่งมักจะยึดถือพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกในกลุ่มของตนเอง

2.3 *สถานภาพทางสังคม* ซึ่งสถานภาพทางสังคมที่แตกต่างกัน จะมีผลทำให้แต่ละบุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพของตนเองแตกต่างกัน ได้แก่ ค่านิยมในการบริโภคอาหารของบุคคลที่อยู่ในสังคมชั้นสูงจะแตกต่างไปจากลักษณะของการบริโภคอาหารของบุคคลโดยทั่วๆ ไป เป็นต้น นอกจากนี้สมาชิกในชุมชนที่มีสถานภาพทางสังคมแตกต่างกันทั้งในด้านตำแหน่งหน้าที่ ระดับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจ ก็จะทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน

2.4 *วัฒนธรรม* เป็นมรดกทางสังคมที่ครอบคลุมถึงทุกสิ่งทุกอย่างที่แสดงออกถึงวิถีชีวิตของมนุษย์ในสังคมใดสังคมหนึ่ง วัฒนธรรมของชาวไทยที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพนั้นมีหลายอย่าง ได้แก่ ชาวเขาไม่นิยมอาบน้ำเพราะกลัวเครื่องแต่งกายและเครื่องประดับของตนจะเก่าเร็ว การงดของแสลงหรือ “ขะลำ” ของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ไม่ให้กินกับข้าวมาก การงดอาหารปกติทุกชนิดในคนป่วย หรืองดในหญิงหลังคลอดใหม่ๆ ที่กินได้เฉพาะข้าวกับเกลือของคนในภาคเหนือ ซึ่งข้อห้ามเหล่านี้มีผลกระทบโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่เชื่อถือ แต่บางข้อห้ามก็เกิดผลดีต่อสุขภาพ ได้แก่ การให้หญิงหลังคลอดดื่มน้ำต้มสุก ห้ามหญิงตั้งครรภ์นั่งบนบันได หรือข้อห้ามหญิงมีครรภ์ดูการฆ่าสัตว์ เป็นต้น

2.5 *ศาสนา* มีอิทธิพลอย่างมากต่อการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่อย่างมาก และมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนด้วย ได้แก่ คำสอนในพุทธศาสนาที่กล่าวถึงการรับประทานอาหารควรไม่ให้น้อยเกินไปหรืออิ่มจนเกินไป หลักธรรมที่กล่าวถึงการปรับตัวทางด้านจิตใจ อารมณ์ ข้อปฏิบัติของศาสนาอิสลามก่อนทำ “ละหมาด” ที่จะต้องมีการชำระร่างกายให้สะอาด จะเห็นว่าหลักคำสอนและข้อปฏิบัติดังกล่าวมีผลต่อสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งสิ้น

3. องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจ มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยเฉพาะในกลุ่มของประชาชนที่มีฐานะเศรษฐกิจไม่ดีมักจะมีความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องทางด้านสุขภาพ ในทางตรงกันข้ามถ้าฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชนดีโอกาสที่จะได้รับการศึกษาที่ดีก็มีมากกว่า การศึกษาช่วยให้บุคคลมีความรู้ที่ถูกต้องและสามารถเลือกการปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ถูกต้องจึงนับว่าเป็นสิ่งสำคัญ

นอกจากนี้ ยังมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ องค์ประกอบทางด้านการเมืองซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ทั้งด้านความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ เพราะนโยบายของประเทศนั้นจะชี้ให้เห็นถึงจำนวนและความเพียงพอของบริการด้านการรักษาพยาบาล องค์ประกอบทางด้านการศึกษาโดยระดับการศึกษาของประชาชนที่แตกต่างกันมีผลต่อความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติทางสุขภาพอนามัยของประชาชน ประชาชนที่มีการศึกษาที่ดีกว่าย่อมมีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติทางสุขภาพที่ถูกต้องกว่าที่ผู้ไม่มีการศึกษา และองค์ประกอบเชิงสัญญะ ได้แก่ สื่อ ภาพยนตร์ บุคคลที่มีชื่อเสียง ความเป็นเพศ และการเหลื่อมล้ำระหว่างกลุ่มต่างๆ ทางสังคม ล้วนแต่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของปัจเจกบุคคลทั้งสิ้น

ตัวกำหนด (Common Determinants) พฤติกรรมสุขภาพของสังคมไทย ที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพอนามัยในด้านต่างๆ สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ตัวกำหนดระดับตัวบุคคล ระดับครอบครัว และระดับสังคม ดังตาราง

ตารางที่ 5.1 ตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ (ผู้เขียนประยุกต์มาจาก: เบญจา ยอดดำเนินและคณะ, 2542)

ตัวกำหนดระดับบุคคล	ตัวกำหนดระดับครอบครัว	ตัวกำหนดระดับสังคม
ปัจจัยด้านประชากร		
- เพศ	- ขนาดครอบครัว	- โครงสร้างทางอายุ
- อายุ	- ลักษณะครอบครัว (เดี่ยว/ขยาย)	- โครงสร้างด้านเพศ
- การย้ายถิ่น	- ความสัมพันธ์ในครอบครัว	- โรคระบาด/ปัญหาสุขภาพ
- แบบแผนด้ารอาชีพ	- บทบาทหญิงชาย	- โครงสร้างแบบปิตาธิปไตย
- เพศภาวะและเพศวิถี		
- บทบาททางเพศของตนเอง		
ปัจจัยด้านวัฒนธรรม		
- วิถีชีวิตและค่านิยม	- วิถีชีวิตและค่านิยมของครอบครัว	- วิถีชีวิตและค่านิยม
- ความเชื่อ	- ความเชื่อของครอบครัว	- บรรทัดฐานสังคม
- วัฒนธรรมย่อยของบุคคล	- วัฒนธรรมเฉื่อย	- วัฒนธรรมย่อยของสังคม
	- วัฒนธรรมย่อยของครอบครัว	- ความสัมพันธ์เชิงอำนาจ

ตารางที่ 5.1 ตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ (ต่อ)

ตัวกำหนดระดับบุคคล	ตัวกำหนดระดับครอบครัว	ตัวกำหนดระดับสังคม
ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม และจิตวิทยา		
- เชื้อชาติ/ชาติพันธุ์	- ฐานะทางเศรษฐกิจ	- การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม
- สถานภาพการสมรส	- ความสัมพันธ์ภายใน	- ความเป็นเมือง
- ความพึงพอใจทางเพศ	- ระดับการศึกษาของสมาชิก	- ความเป็นอุตสาหกรรม
- อาชีพ	- แบบแผนการเลี้ยงดูบุตร	- ความเป็นโลกาภิวัตน์
- รายได้	- อิทธิพลของเทคโนโลยีและการสื่อสารสมัยใหม่	- การมีส่วนร่วมของประชากร
- ประสบการณ์		- ทุนนิยมและชายเป็นใหญ่
- ความรู้		
- ทัศนคติ/จิตสำนึก		
- ระดับสติปัญญา/การศึกษา		
- ความเชื่ออำนาจในตน/นอกตน		
		ปัจจัยด้านด้านสถาบัน
		- ระบบการเมือง
		- ระบบการศึกษา
		- ระบบเศรษฐกิจ
		- ระบบศาสนา/ความเชื่อ
		- ระบบบริการสุขภาพ
		- ระบบเทคโนโลยี

หากพิจารณาแนวคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ สามารถทำความเข้าใจได้จากความคิดของ เฮอร์เบริท ซี เคลแมน (Herbert C. Kelman) ซึ่ง เชื่อว่ามีการเปลี่ยนแปลงอยู่ 3 ลักษณะ คือ การเปลี่ยนแปลงโดยการถูกบังคับ การเปลี่ยนแปลงโดยการเลียนแบบตาม และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความต้องการที่อยากจะเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากการมองเห็นความสำคัญของสิ่งที่เปลี่ยนแปลงนั้นๆ

ภาพที่ 5.2 เฮอร์เบริท ซี เคลแมน
(ที่มา: um2017.org)

1) *การเปลี่ยนแปลงโดยการถูกบังคับ* การบังคับนั้นอาจจะเป็นลักษณะของการใช้ระเบียบกฎข้อบังคับหรือกฎหมาย หรือการบังคับจากตัวบุคคลโดยตรง การเปลี่ยนแปลงชนิดนี้ผู้เปลี่ยนแปลงจะเปลี่ยนเฉพาะการปฏิบัติเท่านั้น ส่วนแนวความคิดความเชื่อยังคงไม่เปลี่ยนแปลง บุคคลจะยอมทำตามในบางสิ่งบางอย่างก็ต่อเมื่อเขาอยู่ในภาวะที่ผู้มีอิทธิพลที่จะบังคับเขาคอยจับตาดูอยู่เท่านั้น

การออกกฎหมาย หรือการออกกฎเกณฑ์ข้อบังคับให้ประชาชนปฏิบัตินั้นในกรณีปัญหาเร่งด่วนอาจได้ผลรวดเร็ว ได้แก่ เมื่อมีการระบาดของโรค รัฐบาลอาจออกกฎหมายให้ประชาชนไปรับภูมิคุ้มกันโรคถ้าพบว่าใครไม่ได้ไปรับบริการก็จะถูกปรับ เป็นต้น ในทางทฤษฎีนั้นกล่าวว่า การบังคับหรือออกกฎหมายเพื่อมุ่งหวังที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นจะเกิดผลต่อการปฏิบัติได้ชั่วคราวเท่านั้น แต่ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ มักจะไม่เปลี่ยนแปลงตราบใดที่เขาคิดว่าสิ่งที่มาบังคับเขาหรือผลที่เกิดจากการไปปฏิบัตินั้นๆ ไม่ได้น่ากลัวหรือเป็นอันตรายสำหรับเขา พฤติกรรมที่เกิดขึ้นจะไม่ยืนยาวถาวร การบังคับนั้นนอกจากจะเป็นการบังคับโดยการออกกฎหมายแล้ว ยังมีการบังคับในลักษณะกระทำพฤติกรรมเนื่องจากความยำเกรง ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างแม่กับลูก พี่กับน้อง เป็นต้น

2) *การเปลี่ยนแปลงโดยการเลียนแบบ* เป็นภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลยอมรับสิ่งเร้าหรือการกระตุ้น ซึ่งการยอมรับนี้เป็นผลจากการต้องการจะสร้างความสัมพันธ์ที่ดีที่พึงพอใจระหว่างตัวเขากับบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ความสัมพันธ์นี้ซึ่งอาจแสดงออกมาในรูปของการรับเอาบทบาททั้งหมดของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลมาเป็นของตน หรือแลกเปลี่ยนบทบาทซึ่งกันและกัน บุคคลมักจะเชื่อในสิ่งที่เขารับมาปฏิบัติหรือเลียนแบบนั้น จากการเลียนแบบนี้การปฏิบัติ ทัศนคติ และความรู้เกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ จะเปลี่ยนไปมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสิ่งเร้าให้เกิดการเลียนแบบนั้นว่าเป็นสิ่งที่ดึงดูดความสนใจและเชื่อถือได้มากน้อยเพียงใด

ในแง่ของพฤติกรรมสุขภาพก็เช่นเดียวกัน บุคคลเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติทางสุขภาพโดยการเลียนแบบบุคคลที่เขาชอบและยกย่องนับถือ หรือบุคคลที่จะยอมรับเข้าเป็นสมาชิกกลุ่ม หรือเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ตัวอย่างพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ นิสัยในการรับประทานอาหาร การแสดงออกทางอารมณ์ การพูดจา การรักษาความสะอาดของร่างกาย การแปรงฟัน ทัศนคติต่อแพทย์ ทันตแพทย์ และความรู้ทางด้านสุขภาพอนามัยและสุขภาพทางเพศ เป็นต้น

3) *การเปลี่ยนแปลงเนื่องมาจากมองเห็นความสำคัญของสิ่งที่เปลี่ยนแปลง* การเปลี่ยนแปลงแบบนี้เกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลได้ยอมรับและรู้สึกตนเองว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสมกับตนเอง และสามารถแก้ไขปัญหาของตนเองได้ เมื่อบุคคลรับรู้ถึงประโยชน์ที่ตนเองจะได้รับเมื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยเฉพาะการลดความเสี่ยงต่อการสัมผัส การได้รับเชื้อ การติดต่อหรือสามารถลดความรุนแรงที่เกิดจากโรคได้ บุคคลก็จะเปลี่ยนพฤติกรรมของตนให้เสี่ยงน้อยลงหรือปราศจากความเสี่ยง

จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) เป็นพฤติกรรมที่ส่งผลต่อภาวะทางสุขภาพของปัจเจกบุคคลในลักษณะต่างๆ ได้แก่ การส่งเสริม ป้องกัน หรือรักษาสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพขึ้นอยู่กับความรู้ ทัศนคติ ค่านิยม แรงจูงใจและปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ซึ่งส่งผลให้บุคคลแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง

ตอนที่ 5.2 ความหมายและองค์ประกอบของการศึกษาทางระบาดวิทยา

ระบาดวิทยา (Epidemiology) หมายถึง การศึกษาเกี่ยวกับการกระจายของโรค และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกระจายตัวของโรค โดยมาจากรากศัพท์ ภาษากรีกของ "Epidemiology" ประกอบด้วย "Epi" หมายถึง "Upon" กับ "Demos" หมายถึง "People" และ "Logos" หมายถึง "Knowledge"

ระบาดวิทยาเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการกระจายตัวของโรคใน 3 ลักษณะ ได้แก่

1) โรคประจำถิ่น (Endemic) หมายถึง โรคที่ปรากฏอยู่โดยทั่วไปในกลุ่มประชากรของท้องถิ่นหรือประเทศ *(Endemic refers to a disease that is normally occurring in a population.)*

2) โรคระบาด (Epidemic) หมายถึง โรคหรือการติดเชื้อที่เพิ่มจำนวนหรือขยายขอบเขตมาสู่ประชากรของท้องถิ่นหรือประเทศนั้นๆ โดยไม่ใช่โรคที่เคยปรากฏอยู่โดยทั่วไปแต่เดิม *(Epidemic refers to an increase in a particular disease or infection in a group of people over what is normally occurring in the particular population.)*

3) โรคระบาดทั่วโลก (Pandemic) หมายถึง โรคหรือการติดเชื้อที่เพิ่มจำนวนหรือขยายขอบเขตเป็นวงกว้างไปสู่ประชากรในระดับโลก *(Pandemic refers to an increase of a particular disease or infection over what is normally occurring in the worldwide population.)*

ภาพที่ 5.3 สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก

บุคคลสำคัญของประเทศไทยในด้านการสาธารณสุข โดยเฉพาะในเรื่องระบาดวิทยา ซึ่งเป็นผู้ที่วางรากฐานของระบบการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทยให้พัฒนา และมีความเจริญก้าวหน้ามาจนถึงปัจจุบัน คือ **สมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก** พระองค์ทรงมุ่งมั่นไปเรียนต่อทางด้านการสาธารณสุขและการแพทย์ จนจบทั้งสองปริญญา ณ มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยเหตุผลที่พระองค์ท่านตัดสินใจเรียนการสาธารณสุขด้วยก็เพราะทรงตระหนักดีว่าการป้องกันดีกว่าการรักษานั่นเอง

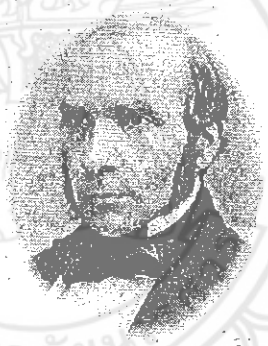
(ที่มา: si.mahidol.ac.th)

สิ่งที่เกี่ยวข้องกับระบาดวิทยาที่สำคัญ ได้แก่ การหาสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค การสืบสวนการระบาดและการเฝ้าระวังโรค การบริการการแพทย์และสาธารณสุข งานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย งานวิจัยทางสาธารณสุข และรวมถึงงานด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ด้วย

แนวคิดเกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้เกิดโรคนั้นมีวิวัฒนาการมาอย่างยาวนานและมีความต่อเนื่อง ในช่วงต้นคริสศตวรรษที่ 19 ฟลอเรนซ์ ไนติงเกล (Florence Nightingale) ได้พบว่า โรค (Sickness) คือ ภาวะไม่สมดุลของร่างกาย เช่น มีไข้ อาเจียร เหงื่อออก ท้องร่วง เป็นต้น จึงนำไปสู่การป้องกันโรคโดยหลีกเลี่ยง

สิ่งที่ทำให้เกิดความไม่สมดุล ได้แก่ การอยู่ในที่ที่มีอากาศถ่ายเทดี มีน้ำสะอาด มีสุขาภิบาลที่ดี และการรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ และมุ่งเน้นการการรักษาโดยการทำให้เหงื่อออก การทำให้อาเจียร หรือการเอาเลือดที่เสียคั่งออกมา เป็นต้น เมื่อเข้าสู่ช่วงกลางคริสศตวรรษที่ 19 ก็เริ่มพบว่าการการเอาเลือดที่เสียคั่งออกมาไม่มีผลต่อการรักษาและได้มีผู้ค้นพบวิธีการในการศึกษาทางการระบาดวิทยาคนสำคัญซึ่งก็คือ จอห์น สโนว์ (John Snow) ซึ่งเป็นผู้ค้นพบว่าการระบาดของโรคอหิวาตกโรคเกิดจากดื่มน้ำที่ปนเปื้อนสิ่งปฏิกูล สโนว์ทำสิ่งที่เรียกว่าการสอบสวนโรคในชุมชน โดยเขาไปเดินในชุมชนที่มีคนตายจากอหิวาตกโรค ทำการเคาะประตูบ้านและแจงนับผู้ป่วยในแต่ละถนนและนำมาจุดบนแผนที่ (Spot Map) โดยสังเกตพบว่าบางพื้นที่มีผู้ป่วยมากโดยเฉพาะที่ถนน "Broadstreet" ซึ่งมีปั๊มโยกน้ำและตรวจสอบว่าน้ำนั้นมาจากแม่น้ำที่เน่าเสีย สโนว์ได้ทำสิ่งที่ปัจจุบันเราเรียกว่า "การควบคุมโรคระบาด" โดยเมื่อเห็นว่าน้ำจากปั๊มอาจเป็นสาเหตุของการแพร่ระบาด สโนว์ก็สั่งให้ถอดปั๊มคันโยกออกและเฝ้าสังเกตจำนวนผู้ป่วยซึ่งลดน้อยลงไปเรื่อยๆ จนมาถึงปลายคริสศตวรรษที่ 19 หลุยส์ ปาสเตอร์ (Louis Pasteur) ได้ค้นพบทฤษฎีเชื้อก่อโรค (Germ Theory) ซึ่งทำให้เห็นว่าการเจ็บป่วยเกิดจากการได้รับเชื้อโรค แต่อย่างไรก็ตามสิ่งที่ยังไม่พบในยุคนั้นคือเพราะเหตุใดผู้ที่สัมผัสเชื้อบางคนจึงไม่เป็นโรค

ภาพที่ 5.4 ฟลอเรนซ์ ไนติงเกล
(ที่มา:biography.com)



ภาพที่ 5.5 จอห์น สโนว์
(ที่มา:moph.go.th)

ภาพที่ 5.6 หลุยส์ ปาสเตอร์
(ที่มา:th.wikipedia.org)

ความก้าวหน้าขององค์ความรู้ด้านระบาดวิทยาในปัจจุบันทำให้สามารถพบสาเหตุของโรคต่างๆ และเข้าใจธรรมชาติของโรคมากยิ่งขึ้น การเกิดโรคบางโรคมีสาเหตุร่วมหลายประการ ได้แก่ เชื้อโรค พฤติกรรมของผู้ป่วย และสิ่งแวดล้อม ซึ่งจุดมุ่งหมายหลักของระบาดวิทยาคือการหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคหรือภัยที่คุกคามสุขภาพซึ่งประกอบด้วย เหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหรือภัยสุขภาพ (Determinants) การกระจายของโรค (Distribution) และธรรมชาติของโรค (Natural of Diseases) เพื่อประโยชน์ในการวินิจฉัยโรคและหาสาเหตุและการป้องกันโรค ซึ่งธรรมชาติของโรคสามารถแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่

1) ระยะมีความไวต่อการเกิดโรค (Stage of Susceptibility) ในระยะนี้โรคยังไม่เกิดขึ้นแต่มีปัจจัยต่างๆที่ส่งเสริมต่อการเกิดโรคหรือเป็นสาเหตุของโรค ได้แก่ คนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจะมีโอกาสเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากกว่าคนที่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง เป็นต้น ระยะนี้เป็นระยะก่อนมีพยาธิสภาพ ซึ่งโรคติดเชื้อมักมีระยะฟักตัวสั้น ส่วนโรคไร้เชื้อมักมีระยะฟักตัวยาว

2) ระยะก่อนมีอาการของโรค (Stage of Preclinical Disease) เริ่มมีพยาธิสภาพของโรคเกิดขึ้นแล้ว แต่ยังไม่มีอาการของโรค อาจพบได้จากการตรวจสอบโดยการตรวจคัดกรองโรคหรือการตรวจสุขภาพ เช่น การตรวจปากมดลูกเพื่อหามะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก เป็นต้น

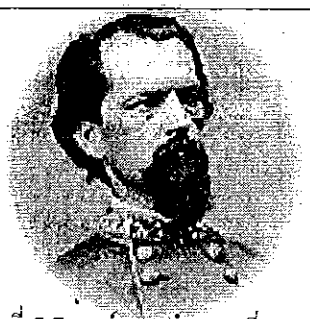
3) ระยะมีอาการของโรค (Stage of Clinical Disease) เป็นระยะที่มีพยาธิสภาพของโรคเกิดมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับลักษณะและหน้าที่ของส่วนต่างๆ ของร่างกาย มีอาการของโรคเกิดขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมาพบแพทย์ในระยะนี้เนื่องจากมีอาการผิดปกติต่างๆ

4) ระยะมีความพิการของโรค (Stage of Disability) เป็นระยะหลังจากที่มีอาการของโรคเกิดขึ้นแล้ว ทำให้เสียสมรรถภาพการทำงานของอวัยวะนั้นไปได้ อาจแยกออกเป็น 3 ลักษณะ คือ หายสนิท มีความพิการเกิดขึ้นในระยะสั้นหรือระยะยาว และมีอาการมากจนถึงแก่กรรม

การศึกษาทางระบาดวิทยาจะให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ของ 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ สิ่งก่อโรค (Agent) สิ่งมีชีวิตหรือมนุษย์ (Host) และสิ่งแวดล้อม (Environment) ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 3 ประการสามารถพิจารณาได้ดัง ตาราง

ตารางที่ 5.2 องค์ประกอบของตัวก่อโรค (Agent) สิ่งมีชีวิต (Host) และสิ่งแวดล้อม (Environment)

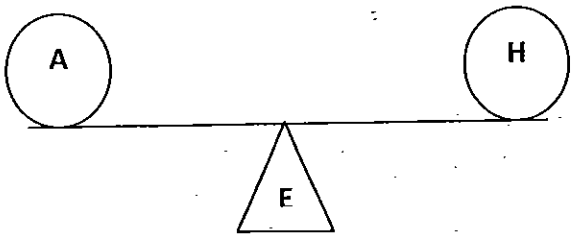
สิ่งก่อโรค (Agent)	สิ่งมีชีวิต (Host)	สิ่งแวดล้อม (Environment)
การได้รับเชื้อ (Infectious) - แบคทีเรีย (Bacteria) - ไวรัส (Viruses) - ปรสิต (Parasite) **สารเคมี (Chemical)** - สารพิษ (Poisons) - สิ่งภูมิแพ้ (Allergens) **ปัจจัยกายภาพ (Physical)** - รังสี (Radiation) - การกระทบ (Impact)	- ปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetic) - บุคลิกภาพ (Personality) - อายุ (Age) - เพศ (Gender) - เชื้อชาติ (Race) - ภูมิคุ้มกัน (Immunities) - พฤติกรรม (Behavior) - วิถีชีวิต (Lifestyle) เป็นต้น	**ปัจจัยทางสังคม (Social)** - สังคมและเศรษฐกิจ (Social-Economic) - วัฒนธรรมและมานุษยวิทยา (Cultural-Anthropology) - ชนชาติ (Residence Country) **ลักษณะกายภาพ (Physical)** - มลภาวะ (Pollution) - ความร้อน/เย็น (Heat/Cold) - แสง (Light) - ภัยพิบัติ (Disaster)



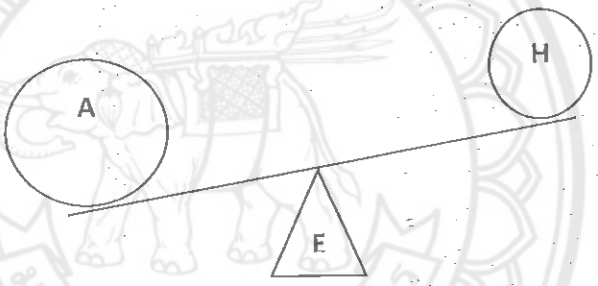
ภาพที่ 5.7 จอห์น กอร์ดอน *(ที่มา: padresteve.com)*

ตามแนวคิดของ จอห์น กอร์ดอน (John Gordon) อธิบายการเกิดโรคจากความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งมีชีวิต (Host) สิ่งที่ก่อโรค (Agent) และ สิ่งแวดล้อม (Environment) โดยได้เปรียบเทียบสิ่งมีชีวิตกับสิ่งก่อโรคเป็นตุ้มน้ำหนักถ่วงบนคาน (Balance) ทั้งสองข้าง โดยมีสิ่งแวดล้อมเป็นจุดหมุน (Fulcum) ดังนี้

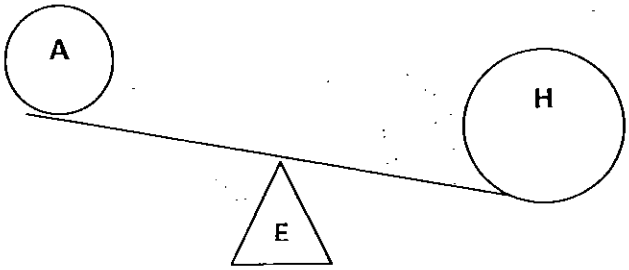
1) เมื่อสิ่งก่อโรค (Agent) สิ่งมีชีวิตหรือมนุษย์ (Host) และสิ่งแวดล้อม (Environment) องค์ประกอบทั้งสามอยู่ในภาวะสมดุล สุขภาพของบุคคลหรือชุมชนจะอยู่ในสภาวะปกติหรือสุขภาพแข็งแรง



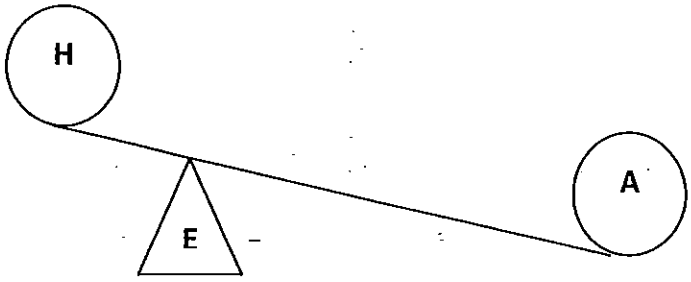
2) เมื่อสิ่งก่อโรค (Agent) มีจำนวนมากขึ้นในสิ่งแวดล้อม (Environment) เดิม จะทำให้คนเกิดโรคเนื่องจากสิ่งก่อโรคแพร่กระจายไปสู่มนุษย์ (Host) เพิ่มขึ้น ได้แก่ การที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้ามาในประเทศทำให้โรคนี้ระบาดในประเทศไทยและมีการกลายพันธุ์ (Mutation) ทำให้เชื้อมีความรุนแรงมากขึ้น



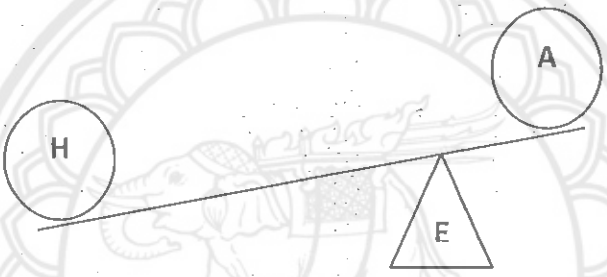
3) เมื่อมนุษย์ (Host) มีภูมิคุ้นกันโรคลดลงหรือมีพฤติกรรมที่เสี่ยงเพิ่มมากขึ้นในสิ่งแวดล้อม (Environment) เดิม ทำให้เกิดโรค ได้แก่ พฤติกรรมของชายไทยที่สำส่อนทางเพศหรือนักเที่ยวกลางคืนซื้อบริการทางเพศและไม่นิยมใช้ถุงยางอนามัยป้องกัน ทำให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่างๆ ได้



4) เมื่อสิ่งแวดล้อม (Environment) เปลี่ยนแปลงไปจะส่งผลให้มีสิ่งก่อโรค (Agent) เพิ่มขึ้น ทำให้มนุษย์ (Host) ป่วย ได้แก่ ในฤดูฝนทำให้มีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายมากขึ้น นำไปสู่ภาวะยุงชุม โดยที่ยุงเป็นพาหะของเชื้อไข้เลือดออก จนนำไปสู่การระบาดของโรคไข้เลือดออกมากขึ้น เป็นต้น



5) เมื่อสิ่งแวดล้อม (Environment) เปลี่ยนแปลง ส่งผลให้มนุษย์ (Host) เสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยมีภูมิคุ้มกันต่อโรคลดลงหรือมีพฤติกรรมเสี่ยงเพิ่มขึ้น ได้แก่ ความเจริญทางด้านอุตสาหกรรมของเมืองใหญ่ จนเกิดการอบยพของประชาชนเข้ามาเพื่อการประกอบอาชีพด้านอุตสาหกรรม ทำให้เกิดสภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยในลักษณะของชุมชนแออัด จึงนำไปสู่การเกิดโรคมากขึ้น เป็นต้น



นอกจากนี้ การศึกษาทางระบาดวิทยายังเกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวัง (Surveillance) ซึ่งเป็นกระบวนการติดตามสังเกตโดยพิจารณาลักษณะการเปลี่ยนแปลงของการเกิดโรค การกระจายของโรค และเหตุการณ์หรือปัญหาทางสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงนั้นๆ อย่างต่อเนื่องเพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติงานและควบคุมป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม เมื่อเกิดปัญหาทางสุขภาพขึ้นจะนำไปสู่การสอบสวนทางระบาดวิทยา (Investigation) โดยการดำเนินงานหรือกิจกรรมเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการเกิดโรคหรือความผิดปกติที่เป็นปัญหาทางสุขภาพด้วยวิธีการรวบรวมข้อมูลเพื่อให้เพียงพอต่อการสรุปอธิบายถึงสาเหตุของการเกิดปัญหาเหล่านั้น โดยอาศัยหลักการทางวิทยาศาสตร์และหลักสถิติที่เชื่อถือได้ แต่สิ่งที่ไม่สามารถมองข้ามได้คือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความละเอียดอ่อนทางด้านสังคมและวัฒนธรรม โดยเฉพาะในเรื่องของเพศวิถีและเพศภาวะที่มีความหลากหลายและแตกต่าง ในบางครั้งไม่สามารถที่จะใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์ในการพิจารณาได้เท่ากับการศึกษาเชิงคุณภาพผ่านการวิเคราะห์ประสบการณ์

จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ระบาดวิทยา (Epidemiology) เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการกระจายของโรค และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกระจายตัวของโรค โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ สิ่งก่อโรค (Agent) สิ่งมีชีวิตหรือมนุษย์ (Host) และสิ่งแวดล้อม (Environment) โดยการมีสุขภาพที่ดีจะเกิดขึ้นจากความสมดุลขององค์ประกอบทั้งสามประการ แต่หากมีองค์ประกอบใดที่ไม่สมดุลก็จะนำไปสู่การเจ็บป่วยในที่สุด

ตอนที่ 5.3 การศึกษาทางระบาดวิทยาและการดำเนินงานด้านอนามัยเจริญพันธุ์

กรมอนามัย และกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักของประเทศไทยที่ดำเนินการด้านการศึกษาทางระบาดวิทยาและการดำเนินงานด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ โดยดำเนินงานตามนโยบายการอนามัยเจริญพันธุ์ซึ่งมีการกำหนดขอบเขตด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ไว้ 10 ประเด็น ประกอบด้วย การอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว โรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภาวะการมี บุตรยาก ภาวะการแท้งและภาวะแทรกซ้อน การเกิดโรคมะเร็งในระบบสืบพันธุ์ เพศศึกษา อนามัยวัยรุ่น ภาวะหลังวัยเจริญพันธุ์และผู้สูงอายุ โดยจำเป็นต้องพัฒนาควบคู่ไปกับสิทธิด้านการอนามัยเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ โดยจากการสรุปผลของสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีรายละเอียดดังนี้

1) *การวางแผนครอบครัว* เพื่อสนับสนุนให้ประชาชนไทยมีขนาดครอบครัวที่เหมาะสมได้ตามความต้องการหรือศักยภาพของแต่ละครอบครัว จากการศึกษาข้อมูลทางระบาดวิทยาพบว่า ในปัจจุบันประเทศไทยประสบความสำเร็จในการวางแผนครอบครัวเพิ่มมากขึ้น โดยอัตราการคุมกำเนิดในหญิงสมรส อายุ 15-49 ปี ได้เพิ่มขึ้นจากประมาณร้อยละ 70 ในปี พ.ศ.2537 ไปเป็นร้อยละ 79.6 ในปี พ.ศ.2552 ซึ่งส่งผลให้ภาวะเจริญพันธุ์ในประเทศไทยลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันพบว่าอายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกลดลง จึงเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการให้เยาวชนทั้งหญิงและชายตระหนักและเข้าถึงบริการคุมกำเนิดที่มีคุณภาพและเหมาะสมโดยความสมัครใจ

2) *งานอนามัยแม่และเด็ก* เพื่อดูแลสุขภาพของผู้หญิงทั้งก่อน ระหว่าง และหลังตั้งครรภ์ให้มีการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย พร้อมทั้งมีบุตรที่สมบูรณ์แข็งแรงและได้รับการเลี้ยงดูอย่างมีคุณภาพ ตามเป้าหมายการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นไปตามข้อตกลงแห่งสหประชาชาติ เพื่อพัฒนาสุขภาพสตรีมีครรภ์ โดยลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาลง 3 ใน 4 ในช่วงระหว่างปี พ.ศ.2533 ถึง พ.ศ.2558 จากข้อมูลรายงานการเสียชีวิตของมารดาในประเทศไทยในปี พ.ศ.2551 มีจำนวนเท่ากับ 23.1 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน จึงจำเป็นต้องเน้นให้การพัฒนาคุณภาพการดูแลสตรีมีครรภ์ให้สามารถค้นหาความเสี่ยงต่อความผิดปกติของทั้งมารดาและทารกในครรภ์ให้เร็วที่สุด ทั้งการดูแลครรภ์คุณภาพ การควบคุมและการป้องกันโรคทางพันธุกรรม การควบคุมและการป้องกันโรคติดต่อ การส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ การส่งเสริมความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและการส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก เพื่อให้มารดามีสุขภาพดีและทารกที่เกิดมาไม่เพียงแต่รอดชีวิตและปลอดภัยเท่านั้น แต่ต้องเป็นประชากรที่มีคุณภาพด้วย

3) *โรคเอดส์* จากรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการในประเทศไทย โดยสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคในปี พ.ศ.2553 รายงานจำนวนผู้ป่วยเอชไอวีทั้งสิ้น 372,874 ราย ซึ่งเสียชีวิตแล้ว 98,153 ราย แนวโน้มของผู้ป่วยและผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ลดลงกว่าในอดีตที่ผ่านมา เนื่องจากมีการรักษาด้วยยาต้านไวรัสทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม พบว่าผู้ป่วยโรคเอดส์ส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงานและวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี รวมกันถึงร้อยละ 93.4 โดยพบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 30-34 ปี ร้อยละ 25.0 รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 25-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 22.0

4) *มะเร็งระบบสืบพันธุ์* หากต้องการลดอัตราการเกิดมะเร็งระบบสืบพันธุ์ ก็จำเป็นต้องลดพฤติกรรมเสี่ยงและหาทางให้มีการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองเพื่อให้ได้รับการรักษาเร็วที่สุด มะเร็งระบบสืบพันธุ์ในผู้หญิงที่พบมากที่สุดคือมะเร็งเต้านม ซึ่งหากผู้หญิงไทยตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำ และได้รับการตรวจเต้านมโดยแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขก็จะตรวจพบความผิดปกติได้เร็วขึ้น จากการสำรวจผู้หญิงอายุ 15-59 ปี พบว่า ร้อยละ 60.7 เคยตรวจคลำเต้านมด้วยตนเอง สำหรับโรคมะเร็งในผู้หญิงที่พบรองลงมาคือ มะเร็งปากมดลูกซึ่งมีสาเหตุสำคัญจากการติดเชื้อ "Human Papilloma Virus" (HPV) ระหว่างปี พ.ศ.2551-2552 พบว่า ผู้หญิงไทยอายุ 15-59 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพียงร้อยละ 42.5

สำหรับโรคมะเร็งระบบสืบพันธุ์ในผู้ชาย ได้แก่ โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก การศึกษาแนวทางการค้นหาความผิดปกติและภาวะเสี่ยงของโรคเกี่ยวกับต่อมลูกหมากในชายไทยในปี พ.ศ.2551 พบความชุกของโรคมะเร็งต่อมลูกหมากเท่ากับ 4.27 ต่อประชากร 100,000 คน แต่ที่น่าคำนึงถึงคือการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุที่จะต้องมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงควรมุ่งเน้นเรื่องของการคัดกรองความผิดปกติของต่อมลูกหมากในประชากรชายไทยด้วย

5) *โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์* จากการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย ทำให้อุบัติการณ์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ลดลง แต่สำหรับในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนอายุระหว่าง 15-24 ปี มีอัตราการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัว ดังรายงานของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ที่พบว่ามีอัตราป่วยจำนวน 41.5 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ.2548 และเพิ่มขึ้นเป็น 79.8 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี พ.ศ.2553

6. *การแท้งและภาวะแทรกซ้อน* การสิ้นสุดการตั้งครรภ์ด้วยการแท้งบุตรเกิดขึ้นได้หลายกรณี ทั้งการแท้งเองตามธรรมชาติ การยุติการตั้งครรภ์ตามกฎหมายอาญามาตรา 305 และการตัดสินใจทำแท้งด้วยวิธีการต่างๆ และการตั้งครรภ์ไม่พร้อม จากการสำรวจสถานการณ์การแท้งในประเทศไทยปี พ.ศ.2542 โดยกองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย พบว่า ร้อยละ 28.5 ของการแท้งทั้งหมดเกิดจากการทำแท้ง ร้อยละ 60 ของผู้ทำแท้งมีอายุต่ำกว่า 25 ปี และร้อยละ 30 เป็นวัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี โดยร้อยละ 40 ของผู้หญิงหลังแท้งต้องเข้ารับการรักษาด้วยภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง การสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2551-2552 เรื่องการแท้งบุตรใน 5 ปีที่ผ่านมา พบประวัติการแท้งบุตรในสตรีอายุ 15-59 ปี ร้อยละ 4.4 และเป็นวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ร้อยละ 15.2 สำหรับสาเหตุการแท้งบุตรในครั้งสุดท้ายของสตรีอายุ 15-29 ปี พบว่าร้อยละ 65.4 เป็นการแท้งตามธรรมชาติ ร้อยละ 22.8 เป็นการแท้งโดยเหตุผลทางการแพทย์ และร้อยละ 10.7 เป็นการทำแท้งเพราะไม่พร้อมที่จะมีบุตร จากข้อมูลรายงานการเฝ้าระวังการแท้งในประเทศไทย ปี พ.ศ.2554 โดยผู้ป่วยแท้งที่ยินยอมในการตอบแบบสอบถามและสามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูล จำนวน 1,425 ราย พบว่า ร้อยละ 32.7 ของการแท้งทั้งหมดเกิดจากการทำแท้ง ร้อยละ 53.0 ของผู้ทำแท้งมีอายุต่ำกว่า 25 ปี ร้อยละ 28.0 เป็นวัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี และร้อยละ 30.2 ของผู้ทำแท้งมีสถานภาพเป็นนักเรียนหรือนักศึกษา

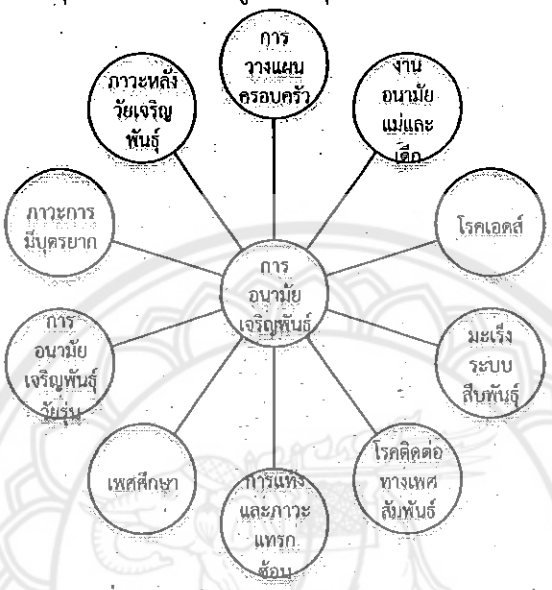
7) *เพศศึกษา* ด้วยเหตุที่ภาวะการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นและเยาวชนไทยเปลี่ยนแปลง เช่น การเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์เร็วขึ้น ปี พ.ศ.2551-2552 พบว่าอายุเฉลี่ยของการมีประจำเดือนครั้งแรกในกลุ่ม อายุ 15-29 ปี เท่ากับ 13.2 ปี อายุ 30-44 ปี เท่ากับ 14.4 ปี และอายุ 45-55 ปี เท่ากับ 15.2 ปี จากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นได้ส่งผลให้เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้น อัตราการคลอดของหญิงอายุ 15-19 ปี มีแนวโน้มสูงขึ้น จาก 50.3 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ในปี พ.ศ.2548 เพิ่มขึ้นเป็น 54.9 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ในปี พ.ศ.2554 วัยรุ่นเป็นวัยที่ควรอยู่ในระบบการศึกษา และควรได้รับการพัฒนาศักยภาพให้เป็นประชากรที่มีคุณภาพ แต่ต้องตั้งครรภ์ในขณะที่ยังไม่พร้อมจึงเป็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไข วิธีที่ดีวิธีหนึ่งคือการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษา โดยเฉพาะเพศศึกษารอบด้านเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องมีการเตรียมพร้อมและพัฒนาทักษะชีวิต มีเป้าหมายชีวิต มีทักษะการเจรจาต่อรอง พร้อมทั้งส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัวตั้งแต่วัยเด็กและเยาวชน ทั้งในและนอกระบบการศึกษา รวมทั้งต้องสอดแทรกและเสริมการเรียนรู้เรื่องเพศให้มีทักษะในการดำรงชีวิตในสังคมปัจจุบันได้อย่างมีสุขภาวะทางเพศ

8. *การอนามัยเจริญพันธุ์วัยรุ่น* เป็นภาพรวมของการดูแลวัยรุ่นให้มีความรู้ เข้าใจและได้รับคำปรึกษาในด้านสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นเรื่องเพศศึกษา รวมทั้งได้รับบริการคุมกำเนิด การมีเพศสัมพันธ์อย่างรับผิดชอบและปลอดภัยเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่ปรารถนา และป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ ซึ่งจำเป็นต้องดำเนินการจัดบริการที่เหมาะสมกับวัยรุ่นในรูปแบบต่างๆ ที่เข้าถึงได้ง่ายและตอบสนองความต้องการของวัยรุ่นได้ ในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ

9. *การมีบุตรยาก* ปัจจุบันผู้ที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ส่วนหนึ่งจะอยู่ในระบบการศึกษานานขึ้นทำให้อายุแรกสมรสสูงขึ้นและภาวะการเจริญพันธุ์ที่ลดน้อยลง ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมมีผลต่อความสามารถในการเลี้ยงดูบุตร จึงส่งผลต่อการตัดสินใจมีบุตรเมื่ออายุมากขึ้น สถานการณ์การมีบุตรยากในประเทศไทยปี พ.ศ.2540 พบหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15-49 ปี มีบุตรยากขั้นปฐมภูมิ ร้อยละ 2.5 และมีบุตรยากขั้นทุติยภูมิร้อยละ 9.9 และการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2551-2552 ในคู่สมรสอายุระหว่าง 15-59 ปี พบว่า มีปัญหาเรื่องการมีบุตรยาก ร้อยละ 11 สำหรับผู้ที่ต้องการมีบุตรจำเป็นต้องปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์ในการให้คำแนะนำการดูแลเบื้องต้น เพื่อค้นหาภาวะการมีบุตรยาก เพื่อการดูแลและรักษาแต่แรกเริ่มและพิจารณาเรื่องการส่งต่อ ซึ่งในปัจจุบันเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ได้มีความก้าวหน้าเป็นอย่างมาก

10. *ภาวะหลังวัยเจริญพันธุ์และผู้สูงอายุ* ผู้หญิงช่วงอายุ 45-59 ปี จะเริ่มเข้าสู่ภาวะหลังวัยเจริญพันธุ์ หรือเรียกว่าผู้ที่อยู่ในวัยหมดประจำเดือน องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้ความหมายว่าเป็นวัยที่ประจำเดือนสิ้นสุดอย่างถาวรเนื่องจากรังไข่หยุดทำงานระดับฮอร์โมนเพศลดลง ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพต่างๆ ได้แก่ กลุ่มอาการหมดระดู กระดูกพรุน เป็นต้น สำหรับผู้ชายการเข้าสู่วัยทองเป็นวัยที่เปลี่ยนแปลงร่างกายหลายๆ อย่างที่ส่งผลต่อสุขภาพทั้งระยะสั้นและระยะยาว ได้แก่ โรคกระดูกพรุน อ้วน เบาหวาน หย่อนสมรรถภาพทางเพศ เป็นต้น การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจสุขภาพ พ.ศ.

2551-2552 พบว่า อายุเฉลี่ยของผู้หญิงเมื่อหมดประจำเดือนหรือสิ้นสุดการมีระดูคืออายุ 47.5 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่สำคัญต่อการสร้างรายได้ ประสบการณ์และมีประสิทธิภาพในการทำงาน จำเป็นต้องดูแลสุขภาพผู้ที่อยู่ในภาวะหลังวัยเจริญพันธุ์ทั้งหญิงและชาย เพื่อป้องกันและลดภาวะความเจ็บป่วยก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุในอนาคต ในขณะที่จำนวนประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2513 มีร้อยละ 4.8 และเพิ่มเป็นร้อยละ 11.8 ใน พ.ศ.2553 และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 22.7 ใน พ.ศ.2573 การสงเสริมสุขภาพผู้ที่อยู่ในวัยทองจะเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีอายุยืนยาวในอนาคต



ภาพที่ 5.8 องค์ประกอบของการอนามัยเจริญพันธุ์

นอกจากนี้ ในปัจจุบันหลายฝ่ายให้ความสำคัญและคำนึงถึงเรื่องของสุขภาวะทางเพศ รวมทั้งการที่จะสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศต้องคำนึงถึงความหลากหลายของวิถีทางเพศของมนุษย์ในสังคม ภาวะความเป็นผู้หญิงและความเป็นผู้ชาย ต้องคำนึงว่าความแตกต่างหลากหลายเหล่านี้ไม่ใช่สิ่งที่ผิดปกติ และเป็นสิ่งที่สามารถแปรเปลี่ยนตามกาลเวลาและประสบการณ์ชีวิต และต้องคำนึงว่า "เพศ" เป็นองค์ประกอบพื้นฐานของการใช้ชีวิต การเคารพซึ่งสิทธิทางเพศของตนและผู้อื่นเป็นส่วนหนึ่งของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และเป็นความจำเป็นสำหรับคนทุกเพศทุกวัยที่จะทำให้สามารถใช้ชีวิตอย่างมีความสุขและมีสุขภาพดีภายใต้สิทธิด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ (Reproductive Rights) ซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ต้องได้รับโดยไม่ถูกเลือกปฏิบัติและไม่มีการบังคับและไม่มีความรุนแรงเกิดขึ้นทั้งต่อร่างกายและจิตใจ

จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า การอนามัยการเจริญพันธุ์นั้นเป็นเรื่องของระบบสืบพันธุ์ของทุกเพศและทุกวัย ทั้งในด้านหน้าที่ กระบวนการเจริญพันธุ์ และพฤติกรรมทางเพศที่รับผิดชอบ ซึ่งเป็นผลจากปัจจัยด้านพันธุกรรม เศรษฐกิจ และสังคม พฤติกรรมของบุคคลและบริการทางการแพทย์สาธารณสุข การส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์จึงควรดำเนินการด้านต่างๆ ไปพร้อมกัน โดยการอนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทยมีขอบเขตกว้างขวางใน 10 ประเด็น ซึ่งแต่ละประเด็นมีความเกี่ยวข้องกัน ได้แก่ งานอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว โรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภาวะมีบุตรยาก การแท้งและภาวะแทรกซ้อน มะเร็งระบบสืบพันธุ์ เพศศึกษา อนามัยวัยรุ่นและภาวะหลังวัยเจริญพันธุ์และผู้สูงอายุ

แบบฝึกหัดประจำบทเรียน

คำถาม :

พฤติกรรมสุขภาพและการศึกษาทางระบาดวิทยาด้านการอนามัยเจริญพันธุ์หมายถึงอะไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

แนวทางการตอบ:

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) เป็นพฤติกรรมที่ ส่งผลต่อภาวะทางสุขภาพของปัจเจกบุคคลในลักษณะต่างๆ ได้แก่ การส่งเสริม ป้องกัน หรือรักษาสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพขึ้นอยู่กับความรู้ ทัศนคติ ค่านิยม แรงจูงใจและปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ซึ่งส่งผลให้บุคคลแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง

การศึกษาทางระบาดวิทยา (Epidemiology) เป็นการศึกษาเกี่ยวกับ การกระจายของโรคและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกระจายตัวของโรค โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ ตัวก่อโรค (Agent) สิ่งมีชีวิตหรือมนุษย์ (Host) และสิ่งแวดล้อม (Environment) โดยการมีสุขภาพที่ดีจะเกิดขึ้นจากความสมดุลขององค์ประกอบทั้งสามประการ การอนามัยการเจริญพันธุ์เป็นเรื่องของทุกเพศและของทุกวัย ทั้งในด้านหน้าที่กระบวนการเจริญพันธุ์ และพฤติกรรมทางเพศที่รับผิดชอบ ซึ่งเป็นผลจากปัจจัยด้าน พันธุกรรม เศรษฐกิจ และสังคม พฤติกรรมของบุคคลและบริการทางการแพทย์สาธารณสุข งานอนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทยมีขอบเขตกว้างขวางใน 10 ประเด็น ซึ่งแต่ละประเด็นมีความเกี่ยวข้องกัน ได้แก่ งานอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว โรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภาวะมีบุตรยาก ภาวะการแท้งและภาวะแทรกซ้อน มะเร็งระบบสืบพันธุ์ เพศศึกษา อนามัยวัยรุ่นและภาวะหลังวัยเจริญพันธุ์และสูงอายุ

บรรณานุกรม

Anderson, Barbara A. (2005). *Reproductive health: women and men's shared responsibility.* New York: Sudbury, Mass. Jones and Bartlett.

Carter V. Good. (1959). Dictionary of Education and Principles of Behavior; An introdunion of Behaovior Theory, New York: MC. Graw-Hill.

Herbert C. Kelman. (1967). *Attitude Change in Compliance, Identification*. New York : John Wiley and Sons Inc.

กฤตยา อาชวนิจกล. (2547). *ผู้หญิงในวาทกรรมการเมืองเรื่องเพศและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์.* เชียงใหม่: ศูนย์สตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กาญจนา แก้วเทพ และคณะ. (2548). *ทั้งรัก ทั้งใคร่ ทั้งใช้ความรุนแรงต่อผู้หญิง.* เชียงใหม่: ศูนย์สตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จิตติมา ภาณุเตชะ และคณะ. (2550). *สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ หัวใจสำคัญของสุขภาพผู้หญิง.* กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ.

บุปผา ศิริรัศมี, เบญจา ยอดดำเนิน, เอื้อมพร ทองกระจาย, เรณี อรรฐาเมศร์, อมรา สุนทรธาดา. (ม.ป.ป.). *คู่มือการอบรมเชิงปฏิบัติการโครงการพัฒนา งานวิจัยด้านเพศภาวะ มิติทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์.* นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรศาสตร์และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

เบญจา ยอดดำเนินและคณะ. (2542). *พฤติกรรมสุขภาพ: ปัญหา ตัวกำหนดและทิศทาง.* กรุงเทพ มหานคร : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประภาเพ็ญ สุรรรณ. (2526). *ทัศนคติ: การจัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย.* พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.

พิษนุ อภิสมาจารโยธิน และสุวรรณี หาญมุสิกวัฒน์กูร บรรณาธิการ : Asian-Pacific Resource & Research Centre for Women. (2550). มุมมองเกี่ยวกับเพศภาวะและสิทธิของผู้หญิงในนโยบายและแผนด้านสุขภาพ. *ARROWs เพื่อการเปลี่ยนแปลง (ฉบับภาษาไทย).* 13(2). 1-20.

พิษนุ อภิสมาจารโยธิน. (2557). *เอกสารประกอบการสอนวิชาระบาดวิทยาและชีวสถิติ.* หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา.

พิษนุ อภิสมาจารโยธิน. (2549). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของนักศึกษาระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยในจังหวัดนครปฐม.* วิทยานิพนธ์หลักสูตรศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.

รังสิมา พัสระ. (2555). *เอกสารประกอบการสอนรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน.* กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยการพยาบาลและสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. (ม.ป.ป.). *การให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข.* กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

บทที่ 6
โรคและปัญหาสุขภาพ
ที่เกี่ยวข้องกับการอนามัยเจริญพันธุ์

แนวคิดและวัตถุประสงค์ประจำบทเรียน

สรุปแนวคิด

1. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually Transmitted Infections หรือ STIs) เป็นกลุ่มโรคที่ติดต่อจากการมีเพศสัมพันธ์หรือจากการสัมผัสทางเพศโดยตรงผ่านช่องทางต่างๆ ได้แก่ ทางปาก ช่องคลอด หรือทางทวารหนักกับผู้ที่เป็นโรคหรือผู้ติดเชื้อและจากมารดาสู่บุตร โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นปัญหาสำคัญ ได้แก่ ซิฟิลิส หนองใน กามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง หนองในเทียม แผลริมอ่อน พยาธิช่องคลอด เริมที่อวัยวะเพศและทวารหนัก หูดอวัยวะเพศและทวารหนักหรือหูดหงอนไก่ หูดข้าวสุก โลน หิด อุ้งเชิงกรานอักเสบหรือปีกมดลูกอักเสบ แบคทีเรียวาจิโนซิสหรือช่องคลอดอักเสบ เชื้อราในช่องคลอด และเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งมีแนวโน้มของปัญหาที่มากขึ้นอย่างต่อเนื่อง และส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพและการอนามัยเจริญพันธุ์ของกลุ่มคนในทุกเพศและทุกวัยในปัจจุบัน

2. โรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือกลุ่มโรคเอ็นซีดี (Non-Communicable diseases หรือ NCDs) ที่นับว่าเป็นปัญหาต่อภาวะสุขภาพด้านการอนามัยเจริญพันธุ์มากที่สุดก็คือโรคมะเร็ง โดยโรคมะเร็งระบบสืบพันธุ์เพศหญิงที่เป็นปัญหาสำคัญ ประกอบด้วย มะเร็งเต้านม (Breast Cancer) มะเร็งปากมดลูก (Cervical Cancer) มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก (Endometrial Cancer) มะเร็งรังไข่ (Ovarian Cancer) และมะเร็งช่องคลอด (Vulvar Cancer) และโรคมะเร็งระบบสืบพันธุ์ของเพศชายที่สำคัญ ประกอบด้วย มะเร็งต่อมลูกหมาก (Prostate Cancer) มะเร็งอัณฑะ (Testicular Cancer) และมะเร็งองคชาต (Penile Cancer)

3. ประสบการณ์ความเจ็บป่วย (Illness Experience) และความทุกข์ยาก (Human Suffering) ของผู้ป่วย จะพบมิติของความทุกข์ซึ่งเป็นมุมมองที่มาจากหลายๆ ส่วนทั้งทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และทางชีววิทยา การมองความเจ็บป่วยตามแบบชีวการแพทย์ (Biomedicine) เพียงมิติเดียวนั้นเป็นการมองแบบภาวะวิสัย (Objective) ซึ่งมุ่งเน้นว่าร่างกายที่เจ็บป่วยว่าต้องวัดได้ (Measurable) จึงมุ่งให้ความสำคัญกับอาการ (Sign) หรืออาการแสดง (Symptom) จนละเลยภาวะอัตวิสัย (Subjective) ของผู้ป่วยที่รวมถึงการบอกเล่าความทุกข์ทรมานความเจ็บป่วย (Illness) ที่เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวัน ดังนั้นร่างกายจึงถูกลดทอนออกเป็นส่วนๆ เท่านั้น

วัตถุประสงค์

เพื่อให้นิสิตสามารถ

1. เข้าใจสาเหตุและผลกระทบของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
2. เข้าใจสาเหตุและผลกระทบของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระบบสืบพันธุ์
3. เข้าใจภาวะทุกข์ยากของผู้ป่วยที่เผชิญกับโรคและปัญหาสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์

เนื้อหาหลัก

เนื้อหาในบทที่ 6 **โรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการอนามัยเจริญพันธุ์** ประกอบด้วย 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 6.1 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ตอนที่ 6.2 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระบบสืบพันธุ์

ตอนที่ 6.3 ภาวะทุกข์ยากของผู้ป่วยที่เผชิญกับโรคและปัญหาสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์

เมื่ออ่านจบบทเรียนแล้วขอให้นิสิตทดลองทำแบบฝึกหัดเพื่อเป็นการทบทวนความรู้

ตอนที่ 6.1 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

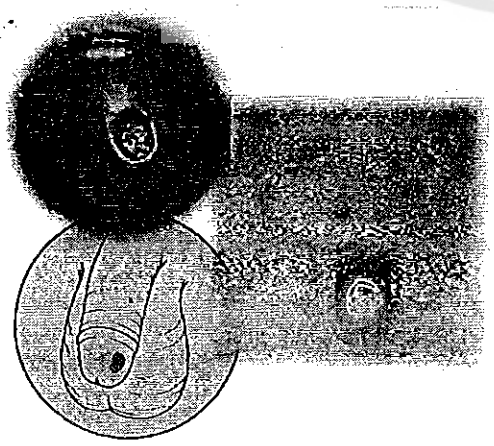
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually Transmitted Diseases หรือ STDs) หรือโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually Transmitted Infections หรือ STIs) หมายถึง กลุ่มโรคที่ติดต่อจากคนสู่คน ซึ่งส่วนใหญ่ติดต่อจากการมีเพศสัมพันธ์หรือติดต่อจากการสัมผัสและถ่ายทอดจากมารดาสู่บุตร การติดเชื้อเกิดจากการติดต่อผ่านทางเพศสัมพันธ์ไม่ว่าจะเป็นการร่วมเพศทางช่องคลอดหรือทางอื่น ได้แก่ ทางปากหรือทางทวารหนักกับผู้ที่เป็นโรคหรือผู้ติดเชื้อ

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นปัญหาในปัจจุบัน 5 โรคหลัก ได้แก่ ซิฟิลิส หนองใน กามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง หนองในเทียม และแผลริมอ่อน นอกจากนี้ยังมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ได้แก่ เริมที่อวัยวะเพศและทวารหนัก หูดที่อวัยวะเพศและทวารหนัก และพยาธิช่องคลอด เป็นต้น โดยสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในปัจจุบันมีแนวโน้มอัตราป่วยที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย

จากการสำรวจสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในทั่วโลกขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization หรือ WHO) แสดงให้เห็นแนวโน้มของผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากถึงประมาณ 500 ล้านราย และจากการสำรวจของศูนย์ควบคุมโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention หรือ CDC) พบว่า มีผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นทั้งในสหรัฐอเมริกาและหลายๆ ประเทศทั่วโลก

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นปัญหาสำคัญ ได้แก่

1) *ซิฟิลิส* (Syphilis) เกิดจากเชื้อแบคทีเรียทรีโพนีมาพาลลิดัม (Treponema pallidum) โดยเชื้อสามารถเข้าสู่ร่างกายผ่านทางเยื่อเมือกในช่องคลอด ท่อปัสสาวะ ช่องปาก เยื่อบุที่บริเวณตา และบริเวณผิวหนังที่มีบาดแผล เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายผ่านช่องทางดังกล่าวแล้วก็จะเข้าสู่กระแสเลือดและอยู่ตามอวัยวะต่างๆ จนนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนหรือเกิดพยาธิสภาพของโรคขึ้น



ภาพที่ 6.1 แผลริมแข็งในระยะปฐมภูมิ

(ที่มา:medical-dictionary.thefreedictionary.com)

โดยปกติแล้วการติดต่อของเชื้อจากคนไปสู่คนจะเกิดจากการสัมผัสแผล "Chancre" ของผู้ป่วยหรือจากการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยในระยะปฐมภูมิ (Primary) เนื่องจากเป็นระยะที่ไม่มีอาการ การเกิดโรคนี้แบ่งออกได้เป็น 4 ระยะ ได้แก่ *ระยะปฐมภูมิ (Primary)* เกิดหลังจากได้รับเชื้อ 10-90 วัน เป็นระยะที่มีอาการต่อมน้ำเหลืองโตและปรากฏรอยโรคเป็นแผลริมแข็ง (Chancre) ซึ่งมักจะเป็นแผลเดียว ไม่เจ็บ ขอบนูน โดยพบบ่อยที่บริเวณอวัยวะเพศชาย อัณฑะ ทวารหนัก ช่องคลอด ลิ้น และริมฝีปาก ซึ่งแผลจะอยู่นาน 1-5 สัปดาห์ก่อนที่จะหายไปเอง แต่ยังคงมีเชื้ออยู่ในกระแสเลือด

ระยะที่สองของซิฟิลิสคือ *ระยะทุติยภูมิ (Secondary)* เป็นระยะที่เกิดหลังจากการได้รับเชื้อ 0.5-6 เดือน จะมีอาการต่อมน้ำเหลืองโตและการปวดตามข้อเนื่องจากมีข้ออักเสบโดยจะมีอาการนาน 2-6 สัปดาห์ก่อนอาการจะหายไป นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีผื่นสีแดงหรือสีน้ำตาลเข้มที่ฝ่ามือฝ่าเท้าแต่ไม่มีอาการคัน หรืออาจพบทั่วร่างกาย และอาจมีอาการอื่นร่วม ได้แก่ ผื่นสีเทาในปาก คอและปากมดลูก หูดที่บริเวณอับชื้น ผมร่วง หรือเป็นไข้

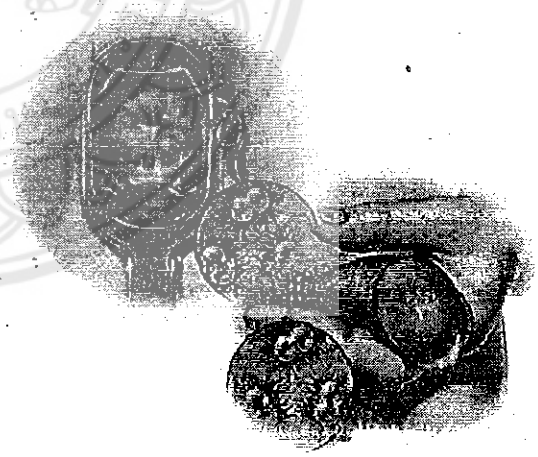
ภาพที่ 6.2 อาการผื่นในระยะทุติยภูมิ

(ที่มา:healthmeplease.com)

ระยะที่สามคือ *ระยะแฝง (Latency)* ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยไม่มีอาการของโรคนานได้ถึง 2-30 ปีหลังจากได้รับเชื้อมา แต่อย่างไรก็ตามในระยะนี้ผู้ป่วยอาจมีอาการผื่นเหมือนกับระยะทุติยภูมิ และสามารถถ่ายทอดเชื้อจากมารดาไปสู่ทารกในครรภ์ได้ สำหรับระยะสุดท้ายคือ *ระยะตติยภูมิ (Tertiary)* เป็นระยะที่เชื้อโรคอาจทำลายอวัยวะต่างๆ ได้แก่ หัวใจ หลอดเลือด สมอง ดวงตา และกระดูก ซึ่งอาจส่งผลที่รุนแรง อย่างไรก็ตาม ผู้ที่มีเชื้อซิฟิลิสในร่างกายจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเอดส์ได้มากขึ้น 2-5 เท่า

2) ***หนองใน*** (Gonorrhea) เกิดจากเชื้อแบคทีเรียนัยซีเรียโกโนเรีย (Neisseria gonorrhea) โดยจะเริ่มมีอาการหลังจากได้รับเชื้อประมาณ 3-5 วันหรืออาจนานถึง 14 วัน การติดเชื้อเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์หรือสัมผัสทางเพศกับผู้ที่เป็นโรคโดยพบเชื้อได้ในอสุจิ หรือการตกขาว และหนองจากช่องคลอดหรือปลายองคชาต

อาการที่พบในผู้ป่วยเพศหญิง ได้แก่ ภาวะตกขาวหรือเป็นหนองร่วมกับการอักเสบในท่อปัสสาวะและช่องคลอด ปากมดลูก และทวารหนัก นอกจากนี้อาจมีการอักเสบของอวัยวะภายในอุ้งเชิงกรานอย่างรุนแรง ซึ่งส่งผลให้ท่อนำไข่ตีบตันและเกิดภาวะเป็นหมัน หรือตั้งครรภ์นอกมดลูกได้ และหากเชื้อแพร่เข้าสู่กระแสโลหิตจะทำให้เกิดอาการอักเสบของข้อต่อต่างๆ ส่วนในเพศชายจะมีอาการหนองไหลออกจากท่อปัสสาวะ มีอาการท่อปัสสาวะตีบตัน ทำให้ต่อมลูกหมากอักเสบ อัณฑะอักเสบ และเป็นหมัน



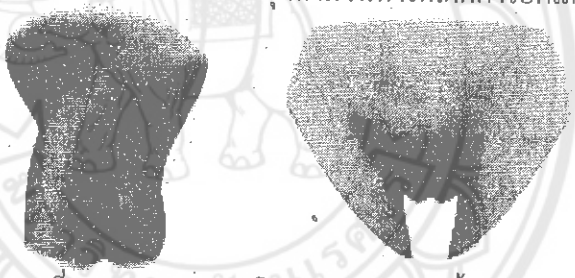
ภาพที่ 6.3 อาการของโรคหนองใน

(ที่มา: mobieg.co.za)

3) ***หนองในเทียม*** (Non-Gonococcal Urethritis) เป็นโรคที่มีสาเหตุทั้งประเภทที่มีเชื้อและไม่มีเชื้อ โดยประเภทที่มีเชื้อเกิดจากเชื้อแบคทีเรียคลาไมเดียทราโคมาทิส (Chlamydia trachomatis) และเชื้อยูเรียพลาสมายูเรียไลทิคุม (Ureaplasma urealyticum) หรือจากเชื้ออื่น ได้แก่ ไวรัส โปรโตซัว และเชื้อรา ส่วนใหญ่ได้รับเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ไม่ว่าจะผ่านทางช่องคลอด ทางทวารหนัก หรือปาก

หลังจากได้รับเชื้อ 1-3 สัปดาห์หรือนานกว่าจะมีอาการของโรค โดยในผู้ป่วยเพศชายจะมีอาการแสบที่ส่วนปลายของท่อปัสสาวะ ร่วมกับปัสสาวะแสบขัดเล็กน้อย บางรายอาจคันหรือระคายเคืองท่อปัสสาวะหรือปวดหน่วงตรงฝีเย็บใกล้ทวารหนัก มีหนองซึมลักษณะเป็นมูกใสหรือมูกขุ่นออกเพียงเล็กน้อย โดยโรคหนองในแท้จะมีหนองที่มีลักษณะข้นมากกว่า ในระยะแรกอาจจะมีอาการเล็กน้อยเฉพาะในช่วงเช้าเท่านั้นแล้วต่อมาจึงจะเริ่มมีอาการมากขึ้น ส่วนในผู้ป่วยเพศหญิงมักจะไม่แสดงอาการ แต่อาจมีเพียงการตกขาวผิดปกติ หรือปัสสาวะแสบในบางครั้งเพียงเล็กน้อย

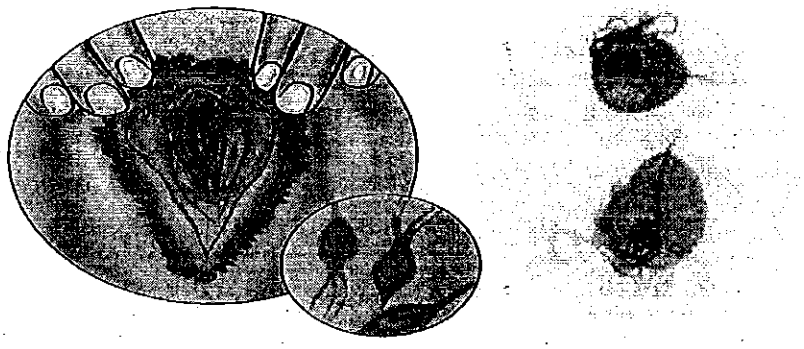
4) ***กามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง*** (Lymphogranuloma Venereum) หรือโรคฝีมะม่วง เกิดจากเชื้อแบคทีเรียคลาไมเดียทราโคมาทิส (Chlamydia trachomatis) ทำให้เกิดภาวะการติดเชื้อเรื้อรังของต่อมน้ำเหลืองที่บริเวณขาหนีบ จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหมือนฝีมะม่วงโตอยู่บริเวณขาหนีบ พร้อมกับมีอาการปวด บางครั้งโรคนี้ถูกเรียกว่าอาการไข่ดันบวม โดยเริ่มแรกจะมีอาการตุ่มนูนหรือตุ่มใสขนาดเล็กทำให้ไม่ทันสังเกตพบที่อวัยวะเพศซึ่งไม่มีอาการปวด และต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบบวมโต และมีหนองไหลร่วมกับอาการท่อปัสสาวะอักเสบ หรือมีการอักเสบของทวารหนัก โดยมีเลือดหรือหนองออกมาจากทวารหนักร่วมกับอาการปวดเบ่งตอนขับถ่าย บางคนอาจมีอาการไข้ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ปวดข้อ และมีผื่นตามตัว ซึ่งฝีจะยุบหายได้เองภายใน 2-3 สัปดาห์หรือนานกว่านั้น แต่บางรายก็อาจมีภาวะฝีแตกจนเกิดแผลเป็นรูหลายรูและมีหนองไหลจนกลายเป็นแผลเรื้อรัง ซึ่งอาจลุกลามจนทำให้เกิดการอักเสบของช่องทวารหนักได้



ภาพที่ 6.4 อาการของกามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง
(ที่มา: mobieg.co.za)

5) ***แผลริมอ่อน*** (Chancroid) เกิดจากเชื้อแบคทีเรียฮีโมฟิลัสดูเครย์ (Haemophilus ducreyi) ซึ่งเป็นโรคที่ติดต่อได้ง่ายจากการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยหรือสัมผัสแผลระหว่างมีเพศสัมพันธ์ และการสัมผัสหนองที่ปนเปื้อนไปยังผิวหนังส่วนอื่น แต่ก็สามารถรักษาให้หายขาดได้ อาการของโรคจะทำให้เกิดแผลที่อวัยวะเพศและต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบบวมโต หรืออาจมีหนองไหลออกมาคล้ายอาการของกามโรคของต่อมน้ำเหลือง ผู้ป่วยจะมีอาการหลังจากได้รับเชื้อแล้วประมาณ 3-10 วัน โดยจะเริ่มมีตุ่มนูนและมีอาการเจ็บโดยเฉพาะบริเวณเส้นสองสลึง และต่อมาจะมีแผลริมอ่อนขอบนูนไม่เรียบเล็กๆ ซึ่งก้นแผลจะมีหนอง และมีอาการเจ็บปวดมาก ลักษณะของแผลจะคล้ายกับแผลริมแข็งในโรคซิฟิลิสแต่แผลจะมีลักษณะนุ่มไม่แข็งเท่า

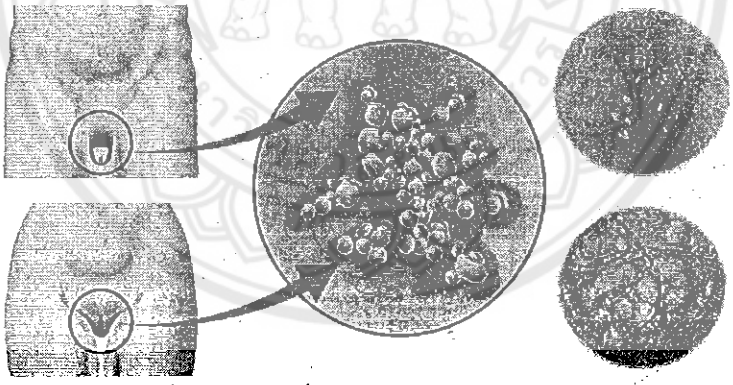
6) ***พยาธิช่องคลอด*** (Vaginal Trichomoniasis) เกิดจากเชื้อโปรโตซัวไตรโคโมแนสวาจินาลิส (Trichomonas vaginalis) เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยมีอาการตกขาวจำนวนมากโดยมีสีเหลืองหรือเขียวปนเทาซึ่งมีกลิ่นและเป็นฟองร่วมกับมีอาการคันบริเวณปากช่องคลอดและภายในช่องคลอด มีอาการปัสสาวะแสบขัดหรือเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ผนังช่องคลอดอาจมีการอักเสบเป็นสีแดงด้วย



ภาพที่ 6.5 พยาธิช่องคลอด

(ที่มา:body-disease.com)

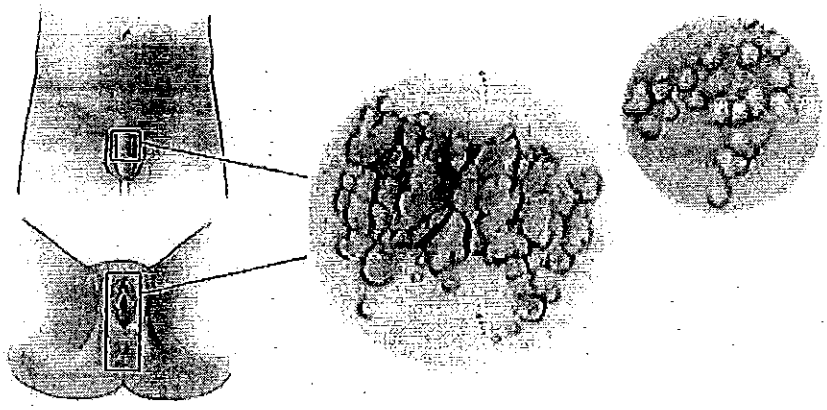
7) ***เริมที่อวัยวะเพศและทวารหนัก*** (Genital Herpes) เกิดจากเชื้อไวรัสเฮอร์ปีส์ ซิมเพลกซ์ (Herpes simplex virus) ซึ่งติดต่อได้โดยการมีเพศสัมพันธ์หรือสัมผัสบริเวณที่มีแผลของผู้ป่วย รวมทั้งการคลอดของทารกผ่านช่องคลอดของมารดาที่มีเชื้อเริม ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมีเชื้อเริมในร่างกายจะไม่สามารถรักษาเชื้อได้ทั้งหมดเนื่องจากเชื้อจะอยู่ในปมประสาทตลอดชีวิต และจะมีอาการเมื่อมีภูมิต้านทานโรคต่ำ ดังนั้นการรักษาจึงเป็นการใช้ยาเพื่อจัดการกับเชื้อในระยะที่ปรากฏอาการและประคับประคองตามอาการ ได้แก่ ภาวะอาการปวด เป็นต้น สำหรับอาการของโรคโดยทั่วไปจะมีตุ่มพองเป็นหนองร่วมกับอาการเจ็บ บางรายอาจมีอาการไข้ร่วมด้วย ซึ่งหากเชื้อเข้าสู่ดวงตาก็จะส่งผลต่อการมองเห็นได้ รวมทั้งโรคอาจลุกลามไปเป็นการติดเชื้อของเยื่อหุ้มสมองหรือสมองทำให้เกิดภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบหรือโรคสมองอักเสบถึงขั้นโคมาได้



ภาพที่ 6.6 โรคเริมที่อวัยวะเพศและทวารหนัก

(ที่มา:medguidance.com)

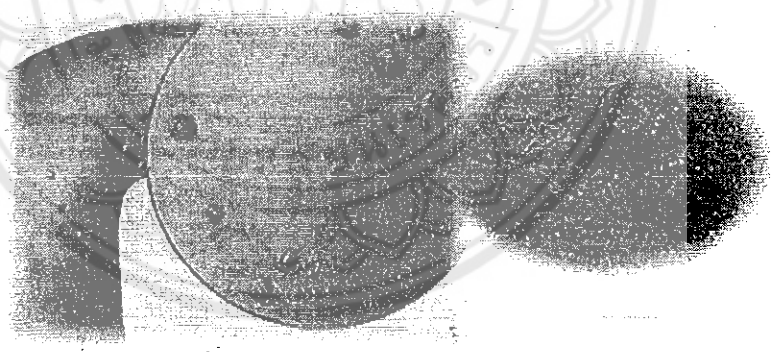
8) ***หูดอวัยวะเพศและทวารหนักหรือหูดหงอนไก่*** (Condyloma Acuminota หรือ Genital Warts) เกิดจากเชื้อไวรัสฮิวแมน พาพิลโลมา (Human Papilloma Virus หรือ HPV) ที่ได้รับจากการมีเพศสัมพันธ์หรือสัมผัสทางเพศกับผู้ป่วย โดยจะมีระยะเวลาในการฟักตัวของเชื้อประมาณ 3 เดือน ผู้ป่วยจะมีอาการของหูดที่บริเวณอวัยวะเพศ ซึ่งมีลักษณะเป็นเนื้องอกหรือตุ่มขึ้นบริเวณอวัยวะเพศหรือทวารหนักโดยไม่มีอาการเจ็บ หูดที่เกิดจากเชื้อดังกล่าวอาจเกิดขึ้นที่ใดก็ได้บริเวณอวัยวะเพศซึ่งรวมถึงภายในช่องคลอด ถุงอัณฑะ ในทวารหนัก และมีโอกาสเกิดหูดขึ้นที่ในช่องปากได้



ภาพที่ 6.7 หูดที่อวัยวะเพศและทวารหนักหรือหูดหงอนไก่

(ที่มา:unitedhealthdirectory.com)

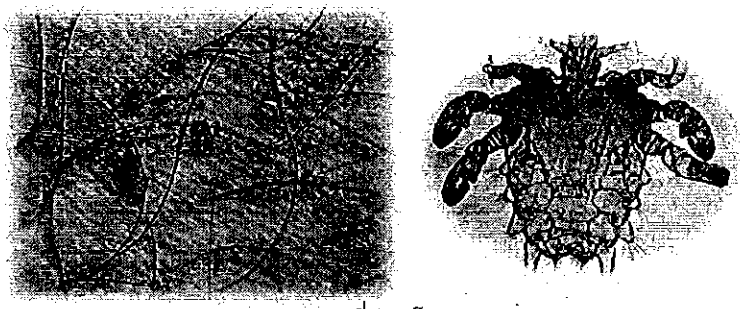
9) *หูดข้าวสุก* (Molluscum Contagiosum) เกิดจากเชื้อไวรัสพอกซ์ (Poxvirus) หรือไวรัสมอลลัสคุม คอนทาจิโอซุม (Molluscum Contagiosum Virus หรือ MCV) ซึ่งมีระยะฟักตัวของโรค 2-7 สัปดาห์ เกิดจากการสัมผัสรอยโรคโดยตรงหรือใช้สิ่งของส่วนตัวร่วมกับผู้ป่วยและจากการมีเพศสัมพันธ์ โดยรอยของโรคเมื่อเป็นแล้วจะสามารถกระจายจากบริเวณหนึ่งไปสู่อีกบริเวณอื่นทั่วร่างกายได้โดยการเกา โรคนี้จะส่งผลโดยตรงต่ออาการทางผิวหนังเท่านั้นและไม่มีการติดเชื้อลุกลามไปสู่กระแสโลหิต หรือไปสู่ระบบประสาท แต่จะส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ที่ปรากฏต่อสาธารณะของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ลักษณะของหูดข้าวสุกมีขนาดเล็กประมาณ 2-5 มิลลิเมตรป็นตุ่มที่ตรงกลางจะบุ๋มลงคล้ายสะดือภายในมีสีขาวคล้ายข้าวสุก



ภาพที่ 6.8 หูดที่ข้าวสุก

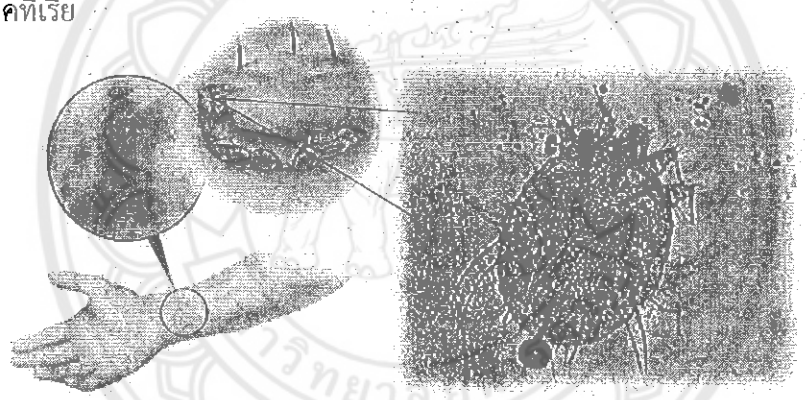
(ที่มา:akronchildrens.org)

10) *โลน* (Pediculosis) เกิดจากตัวโลน (Phthirus Pubis หรือ Crab Louse) ซึ่งติดต่อได้โดยการสัมผัสทางเพศ การใช้ของส่วนตัวร่วมกับผู้ป่วย หรือการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วย ตัวโลนจะมีขนาดเล็กประมาณ 1 มิลลิเมตรตัวสีน้ำตาลดำ โดยจะเกาะที่ขนอ่อนบริเวณอวัยวะเพศและใช้ปากกัดและดูดเลือดเป็นอาหาร และแพร่พันธุ์อยู่เสมอ ซึ่งมักจะพบเมื่อมีตัวโลนจำนวนมากแล้วและเป็นมานาน ผู้ป่วยจะมีอาการคันไม่มากนักหรืออาจไม่คัน โดยจะพบจุดเลือดแห้งขนาดเล็กตามกางเกงชั้นใน และพบจุดสีน้ำตาลแดงเกาะอยู่ตามเส้นขนอ่อนหรือเกิดตุ่มหนองบริเวณรากขน



ภาพที่ 6.9 โลน
(ที่มา: skinanswer.org)

11) *หิด* (Scabies) เกิดจากตัวหิด (Sarcobtis scabii var fiominis) ติดต่อโดยการสัมผัสใกล้ชิดและการมีเพศสัมพันธ์ ตัวหิดจะมีระยะฟักตัวประมาณ 1-2 สัปดาห์ โดยจะไชเข้าสู่ผิวหนังที่อ่อน ได้แก่ อวัยวะเพศ เนินหัวเหน่า รอบสะดือ ง่ามนิ้วมือ แล้วจะสร้างอุโมงค์เล็กๆ เมื่อมีอาการของโรคผู้ป่วยจะมีตุ่มแดงคัน ซึ่งอาจจะมีตุ่มน้ำใสร่วมด้วย และอาจจะสังเกตุเห็นอุโมงค์เป็นรอยเส้นสีแดงตามง่ามนิ้วมือ อวัยวะเพศและสะดือ ซึ่งมักจะมีอาการคันมากในเวลากลางคืน และอาจเกิดเป็นตุ่มหนองในบริเวณดังกล่าว เนื่องจากติดเชื้อแบคทีเรีย



ภาพที่ 6.10 หิด
(ที่มา: md.chula.ac.th)

12) *อุ้งเชิงกรานอักเสบหรือปีกมดลูกอักเสบ* (Pelvic Inflamatory Disease หรือ PID) เป็นภาวะของการติดเชื้อแบคทีเรียผ่านการมีเพศสัมพันธ์หรือการติดเชื้อโดยธรรมชาติ ได้แก่ แบคทีเรียโกโนเรีย (Gonorrhea) และคลาไมเดีย (Chlamydia) บริเวณมดลูก รังไข่ หรือท่อรังไข่ โดยอาจเป็นการติดเชื้อที่รุนแรงจนทำให้เสียชีวิตได้ การติดเชื้อดังกล่าวอาจจะทำลายท่อรังไข่ รังไข่หรืออวัยวะใกล้เคียง จนนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การเป็นหมันหรือเสียชีวิต ผู้ป่วยจะมีอาการปวดแน่นบริเวณท้องน้อย และแสบในท่อปัสสาวะหรือปวดเวลาปัสสาวะ นอกจากนี้อาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีเลือดออกผิดปกติที่อวัยวะเพศ มีภาวะตกขาวมากขึ้น ตลอดจนมีอาการปวดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ และอาจมีไข้สูงหรือหนาวสั่น

13) *แบคทีเรียวาจิโนซิส* (Bacterial Vaginosis หรือ BV) ทำให้เกิดภาวะช่องคลอดอักเสบ โดยปกติในช่องคลอดจะมีแบคทีเรียแลคโตบาซิลัส (Lactobacillus) ที่สร้างกรดแลคติก (Lactic Acids) ทำให้ภายในช่องคลอดมีสภาวะเป็นกรดอ่อนๆ ช่วยป้องกันจากแบคทีเรียอื่นๆ เมื่อมีการเพิ่มจำนวนที่มาก

เกินไปของแบคทีเรียวาจิโนซิส (BV) ก็จะเกิดความไม่สมดุลและทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของของเหลวที่หลั่งออกมาจากภายในช่องคลอด มีกลิ่นเหม็นเหมือนคาวปลาและเกิดการอักเสบ สาเหตุของการติดเชื้ออาจเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่มีเชื้อนี้อยู่ นอกจากนี้ช่วงภายใน 36 ชั่วโมงหลังจากที่มีเพศสัมพันธ์ภายในช่องคลอดจะถูกเปลี่ยนจากสภาวะกรดอ่อนไปเป็นด่างเล็กน้อย ซึ่งเป็นสภาวะที่ทำให้แบคทีเรียเจริญเติบโตและเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็ว

14) ***เชื้อราในช่องคลอด*** (Vaginal Candidiasis) เกิดจากเชื้อแคนดิดา อัลบิแคนส์ (Candida albicans) ซึ่งเป็นเชื้อราที่พบได้ปริมาณน้อยๆ ในช่องคลอดของผู้หญิง รวมทั้งในปาก ทางเดินอาหารและผิวหนังโดยไม่ก่อให้เกิดโรคแต่จะทำให้เกิดอาการผิดปกติเมื่อมีปริมาณเชื้อมากขึ้นกว่าปกติจากสาเหตุ ได้แก่ สภาพแวดล้อมในช่องคลอดเปลี่ยนแปลงไป เช่น การทานยานปฏิชีวนะเป็นเวลานานๆ การเปลี่ยนของฮอร์โมน การตั้งครรภ์หรือสุขอนามัยไม่เหมาะสม ทำให้เชื้อเจริญได้มากขึ้นจนทำให้เชื้อประจำถิ่น (Normal Flora) ของช่องคลอดชนิดอื่นๆ ลดปริมาณลงจนเสียสมดุล นอกจากนี้ยังเกิดได้จากการติดต่อผ่านการมีเพศสัมพันธ์และสัมผัสทางเพศ หรือภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง โดยผู้ป่วยจะมีอาการตกขาวผิดปกติ มีสีขาวข้นและเป็นก้อนหนา มีอาการอักเสบของผิวหนังบริเวณช่องคลอด เจ็บปวดเวลามีเพศสัมพันธ์และเวลาปัสสาวะและอาจมีรอยแดงที่มีอากาสแสบและคันบริเวณปากช่องคลอด

15) *เอชไอวี/เอดส์* โรคเอดส์ (Acquired Immune Deficiency Syndrome หรือ AIDS) เป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus หรือ HIV) ซึ่งจะเข้าไปทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายหรือเม็ดเลือดขาวซึ่งเป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรคทำให้ไม่สามารถป้องกันจากโรคติดเชื้ออื่นๆ หรือโรคมะเร็งบางชนิดได้ โดยเมื่อเข้าสู่ภาวะเอดส์ (ระดับ CD4 หรือ T helper cells น้อยกว่า 200 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร) แล้วมักจะมีอาการรุนแรงเนื่องจากเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน เช่น วัณโรค ปอดบวม เยื่อหุ้มสมองอักเสบ หรือเป็นมะเร็งบางชนิดได้ง่ายกว่าคนปกติ อาการจะรุนแรงและเสียชีวิตได้ในที่สุด แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยสามารถมีชีวิตได้ยาวนานขึ้นหากได้รับการรักษาโดยการใช้ยาต้านไวรัส (Anti-Retro-Viral Drug หรือ ARV) อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ซึ่งจะช่วยเพิ่มระดับระดับ CD4 หรือ T helper cells ให้สามารถมีภูมิคุ้มกันที่เพิ่มมากขึ้นและลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น

สำหรับช่องทางการติดต่อโรคเอชไอวี/เอดส์มี 3 ช่องทางหลัก ได้แก่

1) *ทางเลือด* ได้แก่ การได้รับเลือดที่มีเชื้อเอชไอวี รวมทั้งใช้เข็มฉีดยาร่วมกันในกลุ่มผู้เสพยาเสพติดที่ป่วยเป็นโรคเอชไอวี/เอดส์ การใช้เครื่องมือต่างๆ ที่สัมผัสเลือดจากบาดแผลของผู้ป่วย และการได้รับเลือดจากการบริจาคโลหิตของผู้ป่วย เป็นต้น

2) *ทางเพศสัมพันธ์* ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับหญิง ชายกับชาย หญิงกับหญิงที่มีเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ไม่ว่าจะเป็นการร่วมเพศทางช่องคลอดหรือทางทวารหนักซึ่งรวมไปถึงการมีเพศสัมพันธ์ทางปาก (Oral Sex) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ปากกับอวัยวะเพศชายหรือหญิงที่มีเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันนับว่ามีโอกาสเสี่ยงในการแพร่และรับเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้มากที่สุด

3) *จากมารดาไปสู่ทารก* ได้แก่ โดยผ่านทางรกในขณะที่ทารกอยู่ในครรภ์ และการได้รับเชื้อเอชไอวี/เอดส์ขณะคลอด เนื่องจากทารกจะต้องสัมผัสกับเลือดและน้ำในช่องคลอดของมารดา นอกจากนี้ช่วงหลังคลอด ทารกอาจจะได้รับเชื้อเอชไอวี/เอดส์จากน้ำนมของมารดาได้

โรคเอชไอวี/เอดส์เป็นโรคที่ถูกประกอบสร้างทางสังคม (Social Construction of Disease) เพราะนอกจากผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบจากอาการของโรคทางร่างกายแล้ว ยังต้องพบกับปัญหาและผลกระทบทางด้านจิตใจและสังคมอย่างหลีกเลี่ยงได้ยาก ซึ่งปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยมีดังนี้

1) ผู้ที่ได้รับเชื้อเอชไอวี/เอดส์นั้นจะมีภูมิต้านทานโรคที่ต่ำจึงทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนขึ้นได้มากมาย ได้แก่ ภาวะปอดบวม โรควัณโรค โรคมะเร็ง และโรคผิวหนัง เป็นต้น จึงจำเป็นต้องสูญเสียเงินกับการรักษาสุขภาพของตนเองจำนวนมาก ทำให้ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตในระยะยาว

2) ผู้ที่ได้รับเชื้อเอชไอวี/เอดส์มักจะถูกสังคมรังเกียจหรือไม่ต้องการคบหาสมาคมด้วย ถึงแม้จะมีการให้ความรู้กันอย่างมากว่าโรคเอชไอวี/เอดส์ไม่ใช่โรคที่ติดต่อกันได้ง่ายๆ แต่คนส่วนใหญ่ก็ยังคงรังเกียจและกลัว รวมทั้งไม่ต้องการให้ผู้ที่มีเชื้อเอชไอวี/เอดส์ดำรงชีวิตอยู่ร่วมในสังคม ซึ่งรวมไปถึงคนในครอบครัวของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ก็จะได้รับผลกระทบไปด้วย

3) ผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์หลายรายต้องออกจากงาน ทำให้ไม่มีรายได้เพียงพอกับการดูแลตนเองและอาจทำให้ไม่มีที่พักอาศัย ขาดคนดูแล และทำให้เกิดปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพและยาที่จำเป็นและเกิดภาวะทุกข์ยากในการดำรงชีวิต

4) การเจ็บป่วยด้วยโรคเอชไอวี/เอดส์อาจส่งผลให้ครอบครัวแตกแยกหรือเกิดความรุนแรง และหากมีการแพร่เชื้อไปยังคู่สามีหรือภรรยาและเสียชีวิต ก็จะทำให้บุตรต้องกลายเป็นเด็กกำพร้าและถูกสังคมรังเกียจ ตลอดจนเกิดปมด้อยในอนาคต

5) ทารกหรือเด็กที่ได้รับเชื้อเอชไอวี/เอดส์จากมารดาจะได้รับปัญหาซ้ำซ้อนมากมาย ได้แก่ การเป็นเด็กกำพร้าหากพ่อแม่เสียชีวิต การขาดคนเลี้ยงดูเนื่องจากการมีเชื้อเอชไอวี/เอดส์ติดตัว จึงทำให้เด็กเหล่านี้อาจมีชีวิตอยู่ได้ไม่นานเท่าที่ควร

นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคเอชไอวี/เอดส์ที่ไม่ทราบว่าตนเองได้รับเชื้อ หรือทราบแต่มีพฤติกรรมเสี่ยงโดยปราศจากการป้องกันการแพร่เชื้อ ก็อาจจะนำไปสู่การเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้นได้ในอนาคต

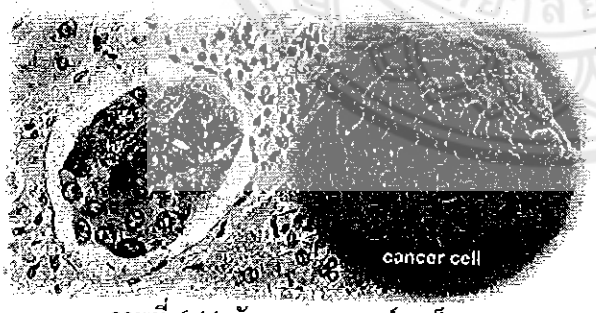
จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually Transmitted Infections หรือ STIs) เป็นกลุ่มโรคที่ติดต่อจากการมีเพศสัมพันธ์หรือจากการสัมผัสทางเพศโดยตรงผ่านช่องทางต่างๆ ได้แก่ ทางช่องคลอด ทางปากหรือทางทวารหนักกับผู้ที่เป็นโรคหรือผู้ติดเชื้อและจากมารดาสู่บุตร โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นปัญหาสำคัญ ได้แก่ ซิฟิลิส หนองใน กามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง หนองในเทียม แผลริมอ่อน พยาธิช่องคลอด เริมที่อวัยวะเพศและทวารหนัก หูดอวัยวะเพศและทวารหนักหรือหูดหงอนไก่ หูดข้าวสุก โลน หิด อุ้งเชิงกรานอักเสบหรือปีกมดลูกอักเสบ แบคทีเรียวาจิโนซิสหรือช่องคลอดอักเสบ เชื้อราในช่องคลอด และเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งมีแนวโน้มของปัญหามากขึ้นและส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการอนามัยเจริญพันธุ์ของกลุ่มคนในทุกเพศและทุกวัยในปัจจุบัน

ตอนที่ 6.2 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระบบสืบพันธุ์

6.2.1 ความหมายของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคมะเร็ง

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือกลุ่มโรคเอ็นซีดี (Non-Communicable diseases หรือ NCDs) หมายถึง กลุ่มโรคที่ไม่ได้มีสาเหตุโดยตรงมาจากการติดเชื้อ และไม่สามารถติดต่อระหว่างคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่งได้โดยผ่านการสัมผัส คลุกคลีหรือพาหะนำโรคใดๆ แต่เป็นโรคที่เกิดจากปัจจัยต่างๆ ภายในร่างกายอันเป็นผลมาจากพฤติกรรมของการดำรงชีวิตของแต่ละบุคคล ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีสิ่งเจือปนและสารเคมีสะสมเป็นเวลานาน การดื่มสุรา สูบบุหรี่ การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เสี่ยง และความเครียด เป็นต้น จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization หรือ WHO) พบว่า สาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกมากกว่าร้อยละ 70 เกิดจากสาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงอย่างมากและส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของแต่ละประเทศ โดยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 อันดับแรกที่มีอัตราผู้ป่วยเสียชีวิตสูงสุด ได้แก่ โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ (Cardiovascular and Cerebrovascular Diseases) โรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema) โรคมะเร็ง (Cancer) และโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) ตามลำดับ ซึ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่นับว่าเป็นปัญหาต่อภาวะสุขภาพด้านการอนามัยเจริญพันธุ์มากที่สุดก็คือโรคมะเร็ง

โรคมะเร็ง (Cancer) เป็นกลุ่มของโรคที่เกิดจากภาวะที่เซลล์ในร่างกายมีความผิดปกติในสารพันธุกรรม (DNA) ส่งผลให้เซลล์มีการแบ่งตัวเพิ่มขึ้นหรือเจริญขึ้นโดยเร็วจนผิดปกติ และเมื่อเซลล์เหล่านั้นมีขนาดใหญ่ขึ้นจะเกิดภาวะการขาดเลือดไปหล่อเลี้ยงและทำให้กลุ่มก้อนเซลล์เหล่านั้นตาย จนกลายเป็นก้อนเนื้องอกที่ไปทำลายเซลล์บริเวณใกล้เคียงและค่อยๆ กระจายไปยังส่วนอื่นๆ ของร่างกายผ่านระบบการไหลเวียนของโลหิตและระบบน้ำเหลือง



ภาพที่ 6.11 ลักษณะของเซลล์มะเร็ง

(ที่มา: เกร็ดความรู้.net)

การแบ่งความรุนแรงของโรคมะเร็งนั้นสามารถแบ่งออกได้เป็นระยะต่างๆ ดังนี้

ระยะที่ 0 เซลล์มะเร็งยังไม่แทรกเข้าเนื้อเยื่อปกติ

ระยะที่ 1 เซลล์มะเร็งมีขนาดเล็กยังไม่กระจายตัว

ระยะที่ 2 เซลล์มะเร็งกระจายไปบริเวณใกล้เคียง

ระยะที่ 3 เซลล์มะเร็งกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง

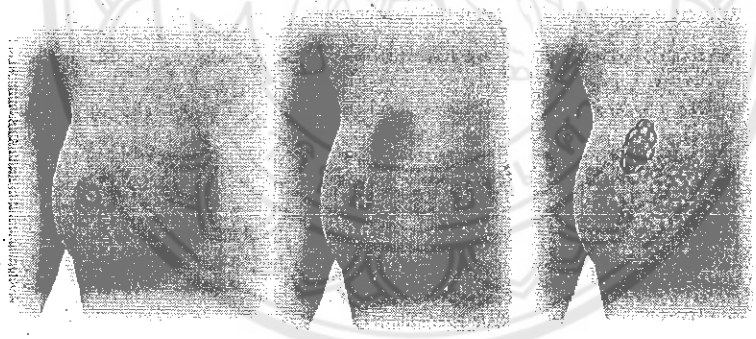
ระยะที่ 4 เซลล์มะเร็งกระจายลุกลามไปอวัยวะอื่น

สาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งนั้นมีทั้งที่เกิดจากปัจจัยภายในร่างกาย ได้แก่ ความผิดปกติทางพันธุกรรมแต่กำเนิด หรือร่างกายมีภูมิคุ้มกันบกพร่อง เป็นต้น และสาเหตุจากปัจจัยภายนอกได้แก่ การได้รับเชื้อไวรัสตับอักเสบบี การเป็นพยาธิในช่องคลอด การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การได้รับรังสีเป็นเวลา นาน การรับประทานอาหารที่มีการปนเปื้อนสารอะฟลาทอกซิน (Aflatoxins) ในอาหารประเภทถั่ว และการได้รับสารก่อมะเร็งจากอาหารประเภทปิ้ง ย่าง ทอด และสารเคมีต่างๆ เป็นต้น

6.2.2 โรคมะเร็งในระบบสืบพันธุ์เพศหญิง

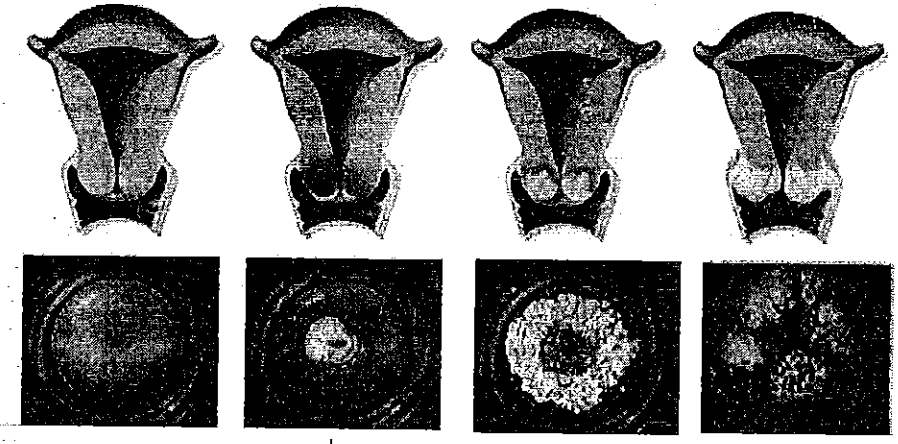
ระบบสืบพันธุ์เพศหญิงประกอบด้วย อวัยวะสืบพันธุ์ภายใน ได้แก่ รังไข่ (Ovary) มดลูก (Uterus) ปีกมดลูกและท่อนำไข่ (Oviduct) ช่องคลอด (Vagina) และอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ได้แก่ แคมใหญ่ (Labia Majora หรือ Outer) แคมเล็ก (Labia Minora หรือ Inner) และคลิทอริส (Clitoris) และรวมถึงเต้านม (Breast) ซึ่งมีหน้าที่สำคัญต่อภาวะการอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิง โดยโรคมะเร็งของระบบสืบพันธุ์เพศหญิงที่เป็นปัญหาสำคัญ ประกอบด้วย

1) **มะเร็งเต้านม** (Breast Cancer) เป็นโรคมะเร็งที่พบมากที่สุดในผู้หญิง โดยปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ได้แก่ อายุ พันธุกรรม ฮอร์โมน ประวัติการได้รับการฉายรังสี และปัจจัยด้านพฤติกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหาร และการสูบบุหรี่ เป็นต้น การตรวจพบมะเร็งเต้านมตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ซึ่งอาจพบก้อนเนื้อขนาดเล็กอยู่เฉพาะที่เต้านมและยังไม่แพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองนั้นจะมีโอกาสหายได้มากขึ้น อาการของผู้ป่วยในระยะแรกมักจะไม่มีอาการมากนักแต่อาจจะคลำได้ก้อนเนื้อที่เต้านมและบริเวณรักแร้ อาจมีการเปลี่ยนแปลงผิวและขนาดของเต้านม เจ็บบริเวณหัวนมและมีน้ำไหลออกจากหัวนม เป็นต้น และหากมีอาการมากเนื่องจากมีการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งจะมีอาการปวดกระดูก น้ำหนักลด แขนบวม และจะพบแผลที่ผิวหนัง เป็นต้น ซึ่งการตรวจชิ้นเนื้อที่สงสัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมจะช่วยให้สามารถประเมินได้ว่าเป็นมะเร็งเต้านมอยู่ในระยะใดและมีการแพร่กระจายไปหรือไม่ โดยจะช่วยในเรื่องการวางแผนการรักษาต่อไป ซึ่งอาจทำได้โดยการผ่าตัด เคมีบำบัด ฉายรังสีและใช้ฮอร์โมน



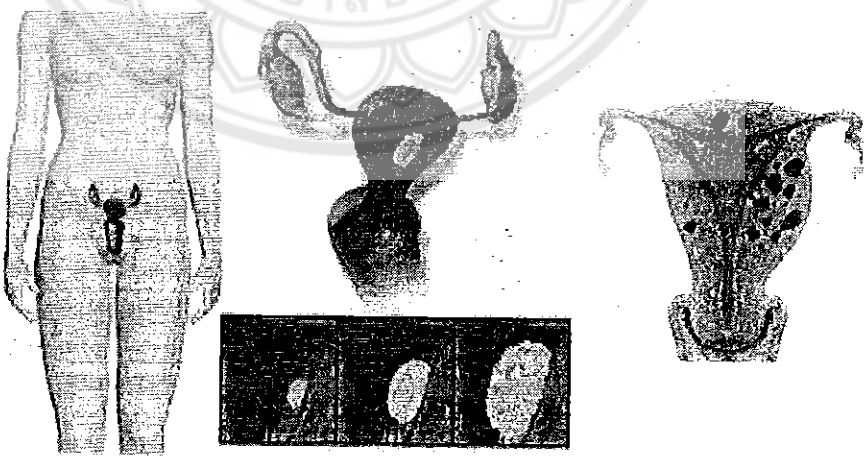
ภาพที่ 6.12 ลักษณะของมะเร็งเต้านม
(ที่มา:1ourvoicemag.com)

2) **มะเร็งปากมดลูก** (Cervical Cancer) เป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับสองในผู้หญิง โดยมีสาเหตุสำคัญมาจากการได้รับเชื้อไวรัสเอชพีวี (Human Papilloma Virus หรือ HPV) ซึ่งติดต่อได้จาก **การมีเพศสัมพันธ์** ผู้ป่วยจะมีอาการเลือดออกผิดปกติในช่วงวัยหมดประจำเดือน มีเลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติ โดยเฉพาะหลังการมีเพศสัมพันธ์ และมีการตกขาวผิดปกติเรื้อรัง เป็นต้น อย่างไรก็ตามผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มต้นอาจจะไม่มีอาการผิดปกติใดๆ แต่อาจจะตรวจพบได้โดยบังเอิญจากการตรวจภายใน (Papsmear) ประจำปี โดยเก็บเอาเซลล์เนื้อเยื่อบริเวณปากมดลูกไปตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์ซึ่งปัจจุบันมีความแม่นยำและได้ผลการวินิจฉัยที่รวดเร็วมากขึ้น สำหรับการรักษานั้นขึ้นอยู่กับระยะของความรุนแรงจากโรค โดยอาจทำได้โดยการตัดชิ้นเนื้อ ตัดปากมดลูก ตัดมดลูกออก การฉายรังสีและเคมีบำบัด



ภาพที่ 6.13 ลักษณะของมะเร็งปากมดลูก
(ที่มา: gettyimages.com)

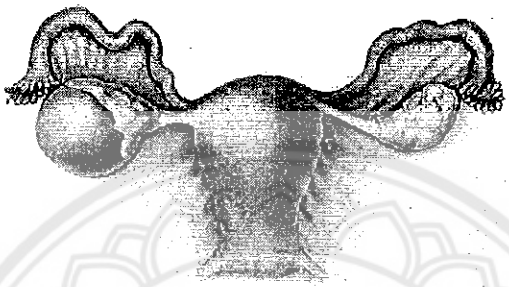
3) **มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก** (Endometrial Cancer) เป็นโรคมะเร็งที่พบได้มากในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน ซึ่งสาเหตุที่นำไปสู่ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) อย่างเดียวเป็นเวลานาน ภาวะอ้วน และโรคเบาหวาน เป็นต้น นอกจากนี้ผู้หญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมและได้รับการรักษาโดยใช้ยากลุ่มเอสอีอาร์เอ็ม (SERM หรือ Selective Estrogen Receptor Modulators) ก็ทำให้มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกด้วย อาการของผู้ป่วยจะมีเลือดออกผิดปกติหลังวัยหมดประจำเดือน หรืออาจมีการตกขาวผิดปกติ โดยสามารถตรวจวินิจฉัยได้โดยการขูดเอาเนื้อเยื่อบุปากมดลูกด้านในและเยื่อบุโพรงมดลูกไปตรวจ ซึ่งเป็นรูปแบบของการขูดมดลูกแบบแยกส่วน (Fractional and Curettage) หรือ อาจใช้วิธีดูดเอาเยื่อบุโพรงมดลูกมาตรวจ (Endometrial Aspiration) ก็ได้ สำหรับการรักษานั้นสามารถทำได้โดยการผ่าตัดร่วมกับการฉายรังสี หรือการให้เคมีบำบัด ซึ่งต้องพิจารณาตามระยะของความรุนแรงของโรค



ภาพที่ 6.14 ลักษณะของมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก
(ที่มา:en.wikipedia.org)

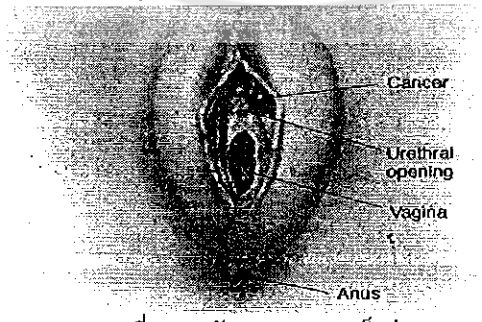
4) **มะเร็งรังไข่** (Ovarian Cancer) เป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยในผู้หญิงอายุระหว่าง 54-64 ปี โดยปัจจัยเสี่ยงได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยโรคมะเร็งรังไข่ของคนในครอบครัว ภาวะอ้วน และผู้หญิงที่ไม่เคย

มีบุตรมาก่อน โดยอาการผิดปกติประกอบด้วยอาการแน่นท้อง ท้องอืด เบื่ออาหาร น้ำหนักลด คลื่นไส้ อาเจียน คลำพบก้อนบริเวณท้องน้อย และมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด เป็นต้น โรคมะเร็งรังไข่มักจะไม่แสดงอาการผิดปกติในระยะที่ไม่มีความรุนแรงมากนัก แต่จะมีอาการผิดปกติในระยะที่มีความรุนแรงมากแล้ว จึงควรทำการตรวจคัดกรองทางการแพทย์เพื่อประเมินระยะของความผิดปกติของโรคได้ตั้งแต่ในระยะที่ยังไม่มีความรุนแรงมากนัก ซึ่งทำได้โดยการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงหรือการเจาะเลือดเพื่อทำการตรวจหาระดับสารเคมีในเลือด สำหรับการรักษานั้นทำได้โดยการผ่าตัดเอาเนื้อเยื่อที่เป็นมะเร็งออกร่วมกับการใช้เคมีบำบัดหรือการฉายรังสี



ภาพที่ 6.15 ลักษณะของมะเร็งรังไข่
(ที่มา:healthline.com)

5) มะเร็งช่องคลอด (Vulvar Cancer) เป็นมะเร็งที่พบได้น้อยมาก เพราะโดยปกติแล้วมักจะเกิดจากการกระจายตัวของเซลล์มะเร็งในอวัยวะของระบบสืบพันธุ์อื่นๆ มาสู่บริเวณปากช่องคลอด ได้แก่ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่ามีปัจจัยเสี่ยงที่เกิดจากเชื้อไวรัสเอชพีวี (Human Papilloma Virus หรือ HPV) ซึ่งติดต่อได้จากการมีเพศสัมพันธ์ โดยอาการผิดปกติของโรคได้แก่ การมีภาวะตกขาวผิดปกติและมีเลือดปน หรืออาจมีเลือดออกทางช่องคลอดหลังจากมีเพศสัมพันธ์ มีอาการปวดบริเวณท้องน้อยร่วมด้วย สำหรับการตรวจวินิจฉัยสามารถทำได้โดยการส่องตรวจในช่องคลอดร่วมกับการตรวจช่องทวารหนักหรืออาจใช้วิธีการตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจเพื่อยืนยันผลด้วย การรักษาสามารถทำได้โดยการฉายรังสีร่วมกับการใช้เคมีบำบัด



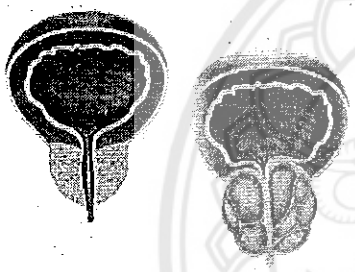
ภาพที่ 6.15 ลักษณะของมะเร็งช่องคลอด
(ที่มา:drugs.com)

จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปได้ว่าโรคมะเร็งของระบบสืบพันธุ์เพศหญิงที่เป็นปัญหาสำคัญประกอบด้วย มะเร็งเต้านม (Breast Cancer) มะเร็งปากมดลูก (Cervical Cancer) มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก (Endometrial Cancer) มะเร็งรังไข่ (Ovarian Cancer) และมะเร็งช่องคลอด (Vulvar Cancer)

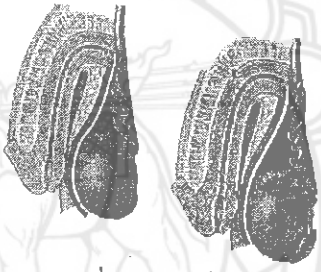
6.2.3 โรคมะเร็งในระบบสืบพันธุ์เพศชาย

ระบบสืบพันธุ์เพศชาย ประกอบด้วย อัณฑะ (Testis) ถุงอัณฑะ (Scrotum) หลอดเก็บอสุจิ (Epididymis) ต่อมสร้างน้ำเลี้ยงอสุจิ (Seminal Vesicle) ต่อมลูกหมาก (Prostate Gland) หลอดนำอสุจิ (Vas Deferens) และองคชาต (Penis) ซึ่งมีหน้าที่สำคัญต่อภาวะการอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้ชาย โดยโรคมะเร็งของระบบสืบพันธุ์เพศชายที่เป็นปัญหาสำคัญ ประกอบด้วย

1) **มะเร็งต่อมลูกหมาก** (Prostate Cancer) เป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยในเพศชาย ซึ่งมักมีการเจริญอย่างช้าๆ ดังนั้นหากมีการตรวจพบตั้งแต่ในระยะแรกๆ ก็จะมีโอกาสรักษาให้หายได้ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคได้แก่ ภาวะอ้วน กรรมพันธุ์ และการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เป็นต้น อาการของมะเร็งต่อมลูกหมากจะมีลักษณะไม่จำเพาะ โดยอาจมีอาการต่างๆ ได้แก่ การปัสสาวะลำบาก อาจพบว่ามีเลือดปนอยู่ในน้ำปัสสาวะหรือน้ำอสุจิ และมีอาการปวดบริเวณเชิงกราน สำหรับการตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งต่อมลูกหมากทำได้โดยการตรวจเลือดหาแอนติเจนจำเพาะ (Prostate Specific Antigen หรือ PSA) การคลำต่อมลูกหมากทางทวารหนัก และสามารถรักษาได้โดยการผ่าตัด การฉายรังสี เคมีบำบัด และการใช้ฮอร์โมน



ภาพที่ 6.16 มะเร็งต่อมลูกหมาก
(ซ้าย:ปกติ / ขวา:มะเร็ง) (ที่มา:usmdpcc.com)



ภาพที่ 6.17 มะเร็งอัณฑะ
(ซ้าย:ปกติ / ขวา:มะเร็ง) (ที่มา:mayoclinic.org)

ภาพที่ 6.18 มะเร็งองคชาต
(ที่มา:medicalency.com)

2) **มะเร็งอัณฑะ** (Testicular Cancer) เป็นมะเร็งที่พบได้น้อย ส่วนใหญ่จะเกิดกับชายวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งปัจจัยเสี่ยงของโรคคือประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งอัณฑะของคนในครอบครัว และปัจจัยด้านอายุ อาการของมะเร็งอัณฑะ ได้แก่ การคลำพบก้อนเนื้อบริเวณอัณฑะ รู้สึกไม่สบายบริเวณอัณฑะหรือถุงหุ้มอัณฑะ อัณฑะขยายขนาดหรือมีของเหลวสะสมอยู่ภายใน สำหรับการวินิจฉัยสามารถทำได้โดยการอัลตราซาวน์ร่วมกับการเอกซเรย์ และรักษาได้โดยการผ่าตัด การใช้เคมีบำบัด และการฉายรังสี

3) **มะเร็งองคชาต** (Penile Cancer) เป็นมะเร็งที่พบได้น้อยมาก เกิดจากการพัฒนาของเซลล์มะเร็งในเนื้อเยื่อขององคชาต โดยปัจจัยเสี่ยงของการเป็นโรคนี้ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ การไม่ดูแลรักษาความสะอาดขององคชาต และการสูบบุหรี่ รวมทั้งการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (Human Papilloma Virus หรือ HPV) ซึ่งติดต่อได้จากการมีเพศสัมพันธ์ อาการของมะเร็งองคชาต ได้แก่ การพบก้อนเนื้อหรือปวดบริเวณองคชาต อาการคัน และบวมแดง เป็นต้น สำหรับการวินิจฉัยทำได้โดยการทำซีทีสแกน (Computed Tomography หรือ CT) และรักษาได้โดยการผ่าตัด การฉายรังสีและใช้เคมีบำบัดร่วมด้วย

จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า โรคมะเร็งระบบสืบพันธุ์เพศชายที่สำคัญ ได้แก่ มะเร็งต่อมลูกหมาก (Prostate Cancer) มะเร็งอัณฑะ (Testicular Cancer) และมะเร็งองคชาต (Penile Cancer)

ตอนที่ 6.3 ภาวะทุกข์ยากของผู้ป่วยที่เผชิญกับโรคและปัญหาสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์

6.3.1 แนวคิดเกี่ยวกับการตีตราหรือตราบาปทางสังคม

ประสบการณ์ความเจ็บป่วยของปัจเจก อาจทำให้ได้รับผลกระทบจากความรู้สึกเป็นตราบาป (Stigma) ความอับอาย (Shame) และการสูญเสียตัวตน (Loss of Self) ซึ่งสะท้อนออกมาจากการเล่าเรื่อง (Illness Narrative) ที่แสดงให้เห็นว่าความเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อตัวตนและอัตลักษณ์ของบุคคล และทำให้สูญเสียความเป็นตัวเอง ตลอดจนเป็นการขัดจังหวะชีวิต (Biographical Disruption) ของบุคคลเหล่านั้น

การศึกษาเรื่องเล่า (Narratives) จะช่วยให้เข้าใจเรื่องราวที่เกี่ยวกับตราบาปและความอับอาย ซึ่งเกิดจากการตีความหมายของความเจ็บป่วยในด้านลบ และความรู้สึกแบ่งแยกกีดกัน (Discrimination) ของบุคคลที่ทุกข์ยากจากความเจ็บป่วย ความรู้สึกเหล่านี้สัมพันธ์กับตัวแปรทางสังคม (Social Variables) ต่างๆ ได้แก่ อายุ เพศ และชนชั้นทางสังคม เป็นต้น

การตีตรา (Stigma) **หรือตราบาป** หมายถึง ลักษณะซึ่งทำให้บุคคลสูญเสียชื่อเสียงหรือเกิดความอับอาย และทำให้มีคุณค่าลดลงในสายตาของสังคม นอกจากนี้ ผู้ที่ถูกตีตราจะเกิดความรู้สึกว่าตนมีความแตกต่างจากบุคคลอื่นและเสมือนเป็นที่ไม่ต้องการของสังคม การตีตราเป็นมุมมองของสังคมว่ามีความแตกต่าง (Difference) หรือแปลกแยกไปจากปกติ (Deviance) ส่งผลให้เกิดการต่อต้านจากสังคม โดยผู้ที่ถูกตีตราอาจจะถูกมองจากคนในสังคมว่าเป็นผู้ที่ทำให้เกิดความเสื่อมเสีย (Spoiled Identity) การให้นิยามการตีตราตามแนวคิดของเออร์วิง กอฟฟ์แมน (Erving Goffman) แสดงให้เห็นลักษณะที่เป็นด้านลบ ซึ่งทำให้ผู้ที่ถูกตีตราบาปเป็นผู้ที่ถูกสังคมตีค่าไปในทางด้านลบ โดยธรรมชาติของการตีตรามีดังนี้

1) การตีตราเป็นสิ่งที่เป็นไปตามบริบทหรือสภาพแวดล้อม (Stigma is Contextual) และเป็นเรื่องของประวัติศาสตร์ (Stigma is Historical) การตีตราจะเกิดและถูกหล่อหลอมตัวขึ้นภายใต้บริบทที่เฉพาะของวัฒนธรรมและอำนาจ (Culture and Power) ซึ่งได้รับอิทธิพลมาจากประวัติศาสตร์ในอดีต ดังนั้น การทำความเข้าใจเกี่ยวกับประวัติศาสตร์และที่มาของการตีตรา จะช่วยให้สามารถพัฒนาวิธีการแก้ไขและลดปัญหาได้มากขึ้น

2) การตีตราทำให้เกิดความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เท่าเทียมกันของบุคคล (Stigma Produces and Reproduces Social Relation and Inequality) จึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจว่าบุคคล ชุมชนและสังคม มีการใช้ตราบาปหรือการตีตราในลักษณะใดบ้างที่ทำให้เกิดความไม่เท่าเทียม

3) การตีตราเป็นกลไกของการจัดการทางสังคม (Stigma is Strategically Deployed) จึงต้องทำความเข้าใจกับการตีตราและการแสดงความรังเกียจในมุมมองที่เป็นกระบวนการทางสังคมนั้นๆ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการสร้างการตีตราในภาพใหญ่ของสังคม

รูปแบบของการตีตราสามารถแบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ ระดับสถาบัน (Institutional Level) โดยใช้กฎหมายหรือนโยบายเป็นเครื่องมือ ระดับชุมชน (Community Level) โดยเป็นรูปแบบของการปฏิเสธอย่างไม่เป็นทางการ การไม่ยอมรับหรือไม่มีปฏิสัมพันธ์ด้วย และระดับสังคม (Social Level)

เป็นรูปแบบการผลิตซ้ำทัศนคติเชิงลบผ่านสถาบันต่างๆ ได้แก่ สื่อมวลชน ความเชื่อและศาสนา เป็นต้น นอกจากนี้ การตีตรายังมีความเชื่อมโยงกับความไม่เท่าเทียมกันในสังคม (Social Inequalities) รวมทั้งโครงสร้างของความไม่เท่าเทียมกันในสังคม (Structural Inequalities) ซึ่งนำไปสู่ความแตกต่างทางสังคม โดยมีอิทธิพลแทรกแซงในโครงสร้างของความไม่เท่าเทียมกันในลักษณะต่างๆ ที่ปรากฏอยู่ในปัจจุบัน เช่น ชนชั้น เพศ เชื้อชาติ และลักษณะหรือความสนใจทางเพศ เป็นต้น การตีตราเป็นการลดทอนสถานภาพของบุคคลในมุมมองของสังคม บุคคลที่ถูกตีตราจะรู้สึกว่าตนเองถูกมองด้วยสายตาที่รังเกียจ ซึ่งสาเหตุของการถูกตีตราอาจเกิดจากความพิการทางร่างกายที่มองเห็นได้ชัด หรือปัจจัยด้านความคิดที่มีต่อมิติเพศ ได้แก่ อคติที่มีต่อกลุ่มคนรักเพศเดียวกัน โสเภณี ผู้ป่วยโรคร้ายแรง และผู้ป่วยโรคเอดส์ เป็นต้น

การตีตรา (Stigma) เกี่ยวข้องกับการเลือกปฏิบัติ (Discrimination) เนื่องจากถูกเชื่อมโยงกับโครงสร้างอำนาจในสังคม โดยเฉพาะเรื่องของความไม่เท่าเทียมกัน ไม่เป็นธรรม และการกีดกัน โดยการเลือกปฏิบัติ (Discrimination) คือการปฏิบัติต่อคนกลุ่มหนึ่งอย่างไม่เหมือนหรือไม่เท่าเทียมกับคนกลุ่มอื่นซึ่งเป็นผลอันเนื่องมาจากตราบาป (Enacted Stigma) ซึ่งการเลือกปฏิบัติมักมีลักษณะของการถูกปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม (Treating Unfairly) มุมมองในลักษณะนี้นำไปสู่ปัญหาการรังเกียจและทำให้เกิดแบบแผนของการครอบงำ (Dominance) และการกดขี่ข่มเหง (Oppression) โดยการรังเกียจเป็นการแสดงออกในรูปของอำนาจ (Power) และการมีอภิสิทธิ์ (Privilege) นั่นเอง นอกจากนี้การตีตรายังเป็นการประกอบสร้างทางสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งการให้ความหมายทางวัฒนธรรม (Cultural meaning) เป็นความเข้าใจหรือความเชื่อร่วมกันของคนในสังคมที่มีต่อบุคคลหรือกลุ่มคน หรือพฤติกรรมของบุคคลที่ไม่เป็นไปตามบรรทัดฐานทางสังคมหรือพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากสิ่งที่สังคมกำหนด ทำให้ถูกสังคมลดคุณค่า (Disqualified) ลดสถานภาพ (Disgrace) และเลือกปฏิบัติ (Discrimination) ในที่สุด

จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่เผชิญกับโรคและปัญหาสุขภาพด้านการอนามัยเจริญพันธุ์จะได้รับผลกระทบจากการตีตรา ได้แก่ การตีตราสัมพันธ์กับลักษณะเพศของเพศวิถี (Stigma in Relation to Sexuality) และการตีตราที่สัมพันธ์กับความเป็นเพศ (Stigma in Relation to Gender) โดยเฉพาะโรคเอชไอวีหรือเอดส์ ซึ่งถือเป็นโรคที่มีสถานะแห่งการตีตราสูงมากโดยมีรูปแบบที่หลากหลายทั้งในเรื่องความไม่เท่าเทียม การกีดกัน ตราบาป การรังเกียจ และการปฏิเสธจากสังคม ความเข้าใจด้านลบเกี่ยวกับลักษณะเฉพาะของเอชไอวีหรือเอดส์ นำไปสู่การเปรียบเทียบโรคดังกล่าวว่าเป็นเสมือนความตาย (as Death) ความน่ากลัว (as Horror) การถูกลงโทษ (as Punishment) และความน่าอาย (as Shameful) เป็นต้น จนนำไปสู่การสร้างการตีตราและการรังเกียจของคนในสังคม โดยเป็นผลมากจากการให้ความหมายทางสังคมต่อโรคเอชไอวีหรือเอดส์ในลักษณะต่างๆ ได้แก่ เป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต เป็นโรคที่ประชาชนกลัวการได้รับเชื้อจากผู้ป่วย เป็นโรคเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่สังคมไม่ยอมรับ และความเชื่อว่าเป็นผลของการประพฤติผิดศีลธรรมและควรได้รับการลงโทษ เป็นต้น ด้วยเหตุที่การติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์มักจะเกิดในผู้ที่ถูกตีตราบาปหรือเป็นกลุ่มชายขอบ ได้แก่ คนขายบริการทางเพศ ผู้เสพสารเสพติด และผู้ที่มีพฤติกรรมทางเพศที่เบี่ยงเบนจากบรรทัดฐานทางสังคม เป็นต้น จึงส่งผลให้เกิดการตีตราคนเหล่านี้มาอย่างต่อเนื่อง

6.3.2 แนวคิดเกี่ยวกับประสบการณ์การความเจ็บป่วยและภาวะทุกข์ยาก

ในมิติของสุขภาพนั้น โรคและการบาดเจ็บได้ก่อให้เกิดความทุกข์ยากของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ซึ่งนอกจากจะเป็นความทุกข์ยากที่เกิดจากอาการของโรคที่เป็นแล้ว ในหลายๆ ครั้งยังได้รับผลกระทบจากประสบการณ์ทางสังคมที่เป็นตัวผลักดันให้เกิดความทุกข์ยากต่อผู้ป่วยและกลุ่มผู้ป่วยอีกด้วย

ภาวะทุกข์ยาก (Suffering) หมายถึง ความเจ็บปวดซึ่งเป็นประสบการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อการไม่มีความสุข และเกี่ยวข้องกับความไม่พึงพอใจ ซึ่งทำอันตรายหรือคุกคามในระดับบุคคลไม่ว่าจะเป็นการอดทนต่อความเจ็บปวดจากโรคภัยไข้เจ็บ และความวิตกกังวลที่เป็นผลเนื่องมาจากบุคคลนั้นได้รับการคุกคามต่อศักดิ์ศรีและความเป็นบุคคล ซึ่งอาจจะเป็นผลที่ต่อเนื่องจากความกลัวว่าจะถูกไม่ได้รับการยอมรับ กลัวการถูกแยกตัวหรือความสูญเสีย เป็นต้น

ความทุกข์ยากของสังคม (Social Suffering) จะมีความแตกต่างจากความทุกข์ยากทางกาย โดยรวมถึงการเจ็บป่วยทางจิตใจ อาเธอร์ ไคลน์แมน (Arthur Kleinman) ได้อธิบายให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมว่าส่งผลต่อความทุกข์ยากของสังคม โดยให้ความสำคัญกับปัจจัยทางโครงสร้าง ซึ่งในการพิจารณาประสบการณ์ความทุกข์ยากของปัจเจกบุคคลที่มีต่อการเจ็บป่วย (Illness) พบว่าในระบบการแพทย์ที่มีความเหลื่อมล้ำของกลุ่มต่างๆ ได้แก่ ประชาชนส่วนใหญ่ (Popular) ชาวบ้าน (Folk) และผู้เชี่ยวชาญ (Professional) โดยพบว่า ความทุกข์ยากของสังคม (Social Suffering) เป็นประสบการณ์ของสังคมที่มีต่อบริบททางการเมือง เศรษฐกิจ อำนาจของสถาบัน และความทุกข์ทรมานจากการถูกประทุษร้ายของประชาชน ซึ่งสิ่งเหล่านี้ได้ส่งผลกระทบไม่ใช่แค่เพียงมีผลต่อสภาวะทางสุขภาพ แต่ยังส่งผลกระทบต่อกระบวนการทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้วย ได้แก่ การจัดสวัสดิการ (Welfare) กฎหมาย (Legal) จริยธรรมและคุณธรรม (Moral) วัฒนธรรม (Culture) และศาสนา (Religious) เป็นต้น ปัญหาภายใต้ความทุกข์ยากทางสังคมประกอบด้วย ภาวะของความชอกช้ำ (Trauma) เจ็บปวด (Pain) และโรคภัย (Disorders) ได้ส่งผลกระทบต่อสถานะทางสุขภาพของประชาชนเป็นอย่างมาก ความทุกข์ยากอาจจะเกิดขึ้นในทั้งระดับร่างกายและจิตใจ ได้แก่ ความเจ็บปวด (Pain) จากโรคมะเร็งระบบสืบพันธุ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งเป็นความทุกย์ยากทางกาย และความทุกข์ยากทางจิตใจ ได้แก่ ความร้อนใจ (Anxiety) ความเศร้าโศก (Grief) การถูกรังเกียจ (Hatred) และความเบื่อหน่าย (Boredom) เป็นต้น

ภาพที่ 6.19 อาเธอร์ ไคลน์แมน
(ที่มา:nihrecord.nih.gov)

ประสบการณ์ความเจ็บป่วยและความทุกข์ยาก (Human Suffering) ของผู้ป่วยมีความแตกต่างจากแนวคิดบทบาทผู้ป่วย (Sick Role) แนวคิดเรื่องเรื่องประสบการณ์การเจ็บป่วย (Illness Experience) และความทุกข์ยาก (Human Suffering) เป็นการมองที่ก้าวผ่านจากวิธีคิดของบทบาทผู้ป่วย (Sick Role) ที่มองว่าเมื่อเจ็บป่วยแล้วต้องปฏิบัติตนอย่างไร แต่ประสบการณ์การเจ็บป่วยเป็นการมองในบริบทภายในของผู้ป่วย โดยสนใจว่าเมื่อเจ็บป่วยแล้วจะปฏิบัติตนอย่างไร ดูแลตนเองอย่างไร รักษาอย่างไรและจัดการกับการใช้ชีวิตอย่างไร รวมทั้งพิจารณาว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่ส่งผลกระทบต่อความทุกข์ยากของผู้ป่วย เมื่อเจ็บป่วยแล้วผู้ป่วยมีการเผชิญกับความทุกข์ยากและการจัดการกับความทุกข์ยากและการให้ความหมายกับความทุกข์ยากและความตายของตนเองอย่างไร ประสบการณ์ความเจ็บป่วยของมนุษย์เกี่ยวข้องกับเรื่องของการให้ความหมายซึ่งจะส่งผลต่อเรื่องของรูปแบบการจัดการกับโรคทั้งการหาทางรักษาและขอคำปรึกษาจากผู้ที่เชี่ยวชาญ ในขณะเดียวกัน ประสบการณ์ความเจ็บป่วยนั้นยังมีผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งเป็นตัวก่อรูปอัตลักษณ์ของปัจเจกบุคคล วิธีคิดแบบบทบาทผู้ป่วยไม่ได้มีจุดยืนอยู่ที่มุมมองและประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยและได้ก่อให้เกิดการสูญเสียตัวตนของผู้ป่วย โดยพบว่าการเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นพื้นฐานสำคัญของการสูญเสียตัวตน ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยโรคเอดส์ไม่ได้อยู่ในฐานะของการเป็นผู้ป่วยปกติ แต่ถูกจัดเข้าไปรวมกับการให้ความหมายทางสังคมว่าเป็นโรคที่เชื่อมโยงกับความตาย จึงทำให้คนเกิดการตีตรา ซึ่งร่างกายก็ถูกตีตราถึงพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปกติจากบรรทัดฐานทางสังคมด้วย ได้แก่ พฤติกรรมรักเพศเดียวกัน และการสำส่อนหรือมีคู่นอนหลายคน เป็นต้น ความทุกข์ยากในรูปแบบเรื่องเล่า (Narratives หรือ Plots of Suffering) ของผู้ป่วยโรคเอดส์ แสดงให้เห็นว่าโรคเอดส์ในระยะแรกนั้นได้เกิดขึ้นในกลุ่มชายรักเพศเดียวกัน (Gay) ในสหรัฐอเมริกา และได้แพร่กระจายไปในกลุ่มชายรักเพศเดียวกันทั่วโลกเป็นส่วนใหญ่ ทำให้คนกลุ่มนี้ต้องได้รับความทุกข์ยากไม่ใช่เพียงแต่ความทุกข์ทางร่างกายตั้งแต่การกลายเป็นคนป่วย (Becoming Ill) และเมื่อเป็นผู้ป่วย (Being Ill) ที่ถูกจำกัดกิจกรรม และถูกตีตรา (Stigmatized) แต่ยังส่งผลต่อความรังเกียจและความกลัวของบุคคลที่มีต่อผู้ป่วยโรคเอดส์ เป็นอย่างมาก และเนื่องจากสังคมรับรู้และเข้าใจว่าโรคเอดส์เป็นโรคของกลุ่มชายรักเพศเดียวกันเพราะกลุ่มดังกล่าวเป็นกลุ่มแรกที่ติดและแพร่เชื้อ จึงส่งผลกระทบต่อความคิดสังคมซึ่งแสดงออกมาในลักษณะของการรังเกียจ ดูหมิ่น ไม่ต้อนรับหรือไม่ต้องการที่จะร่วมคบหาสมาคมด้วย จึงได้สร้างความทุกข์ยากให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นอย่างยิ่ง และสร้างการตีตรากลุ่มคนรักเพศเดียวกันในหลายๆ ประเทศทั่วโลก

จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ประสบการณ์ความเจ็บป่วย (Illness Experience) และความทุกข์ยาก (Human Suffering) ของผู้ป่วย จะพบมิติของความทุกข์ซึ่งเป็นมุมมองที่มาจากหลายๆ ส่วนทั้งทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และทางชีววิทยา การมองความเจ็บป่วยตามแบบชีวการแพทย์ (Biomedicine) เพียงมิติเดียวนั้นเป็นการมองแบบภาวะวิสัย (Objective) ซึ่งมุ่งเน้นว่าร่างกายที่เจ็บป่วยต้องวัดได้ (Measurable) จึงมุ่งให้ความสำคัญกับอาการ (Sign) หรืออาการแสดง (Symptom) จนละเลยภาวะอัตวิสัย (Subjective) ของผู้ป่วยที่รวมถึงการบอกเล่าความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย (Illness) ที่เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวัน ดังนั้นร่างกายจึงถูกลดทอนออกเป็นส่วนๆ เท่านั้น

6.3.3 ภาวะทุกข์ยากของผู้ป่วยกับการแสวงหาบริการสุขภาพ

ภาวะทุกข์ยากของผู้ป่วย (Suffering) มีความสำคัญต่อพฤติกรรมการแสวงหาบริการและการจัดการระบบสุขภาพของผู้ป่วย เนื่องจากแม้ว่าระบบบริการสาธารณสุขและสวัสดิการสังคมของภาครัฐมีความพร้อมและศักยภาพในระดับหนึ่ง แต่ยังพบปัญหาจากการขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การไม่ให้ข้อมูลด้านสวัสดิการและสิทธิผู้ป่วย บุคลากรของรัฐไม่ตระหนักถึงปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ การมีทัศนคติที่เป็นลบต่อผู้รับบริการ และหลายกรณีเกิดปัญหาสุขภาพเนื่องจากการขาดคุณภาพของบุคลากรทางการแพทย์ หรือความไม่รับผิดชอบต่อวิชาชีพและจรรยาบรรณของบุคลากรทางการแพทย์บางคน นอกจากนี้โรงพยาบาลหลายแห่งยังใช้เงื่อนไขทางเศรษฐกิจมาเป็นตัวตัดสินในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยหรือถือเอาเรื่องเงินเป็นเรื่องใหญ่และสำคัญกว่าชีวิตคนไข้ ยิ่งทำให้เกิดความทุกข์ยากของผู้ป่วยมากขึ้นอีกด้วย

กรณีตัวอย่างภาวะความทุกข์ยากของผู้ป่วยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพและการจัดการระบบสุขภาพของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ความกลัวและความทุกข์ยาก (Suffering) จากผลกระทบของโรคมะเร็งซึ่งนับเป็นปัญหาที่สำคัญปัญหาหนึ่งและมีผลต่อการรักษาโรคอย่างมากมาย โรคมะเร็งได้กลายเป็นภาวะที่ส่งผลต่อภาวะวิตกกังวล รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของตนเองลดลง ซึ่งผู้ป่วยบางรายคิดว่าโรคนี้เกิดจากบาปกรรมทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทางจิตใจด้วย โดยความกลัวในเรื่องความตาย กลัวถูกแปลกแยก ถูกทอดทิ้ง ความพิการและทุพพลภาพ รวมทั้งยังคิดว่าเมื่อเป็นโรคมะเร็งแล้วจะทำให้ตนเองรู้สึกไร้ค่า ไม่เป็นอิสระ เกิดความเจ็บปวด เสียรูปร่างหรือภาพลักษณ์ ตลอดจนกลัวจะไม่มีความสุขสบายอย่างมากอันเนื่องจากการรักษา เป็นต้น โรคมะเร็งนั้นได้ก่อให้เกิดความทุกข์ยากเป็นอย่างมาก เพราะการรับรู้ว่าเป็นมะเร็งทำให้รู้สึกว่าเป้าหมายในชีวิตนั้นต้องเปลี่ยนแปลงไปและจะจบลงเมื่อไรไม่สามารถคาดการณ์ได้ ผู้ป่วยหลายคนเกิดความทุกข์และสิ้นหวัง วิตกกังวล และลังเล จนบางคนถึงกลับปฏิเสธการรักษา นอกจากนี้ผู้ป่วยบางคนยังกังวลว่าความตายได้ใกล้เข้ามาถึงแล้ว และสูญเสียความมีคุณค่าของตนเองและหมดหวัง การรักษาด้วยวิธีการต่างๆ โดยเฉพาะการใช้เคมีบำบัดซึ่งมุ่งเน้นที่การรักษาร่างกายได้ทำให้เกิดผลข้างเคียงจากการรักษา ได้แก่ อาการผมร่วง หรือการถูกตัดอวัยวะ เช่น เต้านมออกไป เป็นต้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อความทุกข์ยากของบุคคลอันเนื่องมาจากอาการที่ปรากฏ และความทุกข์ที่เกิดขึ้นกับครอบครัวหรือเกิดจากครอบครัว ยังส่งผลต่อความทุกข์ยากของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวอีกด้วย

อาเธอร์ ไคลน์แมน (Arthur Kleinman) ได้อธิบายรูปแบบของการอธิบาย (Explanatory Model) ซึ่งเกี่ยวข้องกับโรคและวิธีการรักษาระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วย หรือผู้ใกล้ชิดผู้ป่วย โดยจะมีการตีความและใช้ทางเลือกที่เกี่ยวข้องกับโรคและวิธีการรักษา และการดำรงอยู่ของความหลากหลายทางวัฒนธรรมสุขภาพในสังคมหนึ่งๆ ในลักษณะของ "พหุลักษณ์ทางการแพทย์" (Pluralistic Medicine) ซึ่งเป็นระบบการแพทย์ที่หลากหลายผสมผสานอยู่ในสังคมวัฒนธรรมที่แตกต่างกันไป โดยสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ระบบใหญ่ ได้แก่ ระบบการแพทย์แผนตะวันตก (Western Medicine) หรือเรียกว่าการแพทย์แผนปัจจุบัน (Modern Medicine) และระบบการแพทย์ดั้งเดิมหรือการแพทย์ท้องถิ่น หรือเรียกว่าการ

แพทย์พื้นบ้าน (Traditional Medicine) ซึ่งกำลังได้รับความนิยมเพิ่มขึ้น โดยได้รวมระบบการแพทย์แผนตะวันออกไว้ด้วย ได้แก่ การแพทย์แผนจีน และอายุรเวทของอินเดีย เป็นต้น และยังมีระบบการแพทย์อื่นๆ ที่เรียกรวมว่าการแพทย์ทางเลือก (Alternative Medicine) ด้วย การเกิดขึ้นของการแพทย์พหุลักษณ์แบบผสมผสาน (Integrative Medicine) เป็นผลมาจากการที่ปรัชญาการแพทย์ตะวันออกและตะวันตกต่างก็มีจุดเด่นและจุดด้อยในตัวเอง ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจำเป็นต้องพยายามที่จะผสานความแตกต่างระหว่างปรัชญาการแพทย์ตะวันออกและตะวันตกเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ

ภาพที่ 6.20 ระบบสุขภาพของอาเธอร์ ไคลน์แมน

แม้ว่าการแพทย์ตะวันตกจะมีวิธีการและแนวคิดการรักษา ซึ่งทำให้เกิดความเชื่อมั่นเนื่องจากสามารถประสบความสำเร็จในการป้องกัน รักษา และบรรเทาความทรมานของผู้ป่วย รวมทั้งสามารถเพิ่มอายุขัยให้กับมนุษย์ได้ ปัญหาของโรคบางโรคนั้นสามารถรักษาได้สำเร็จโดยการแพทย์สมัยใหม่ ได้แก่ โรคที่เคยมีอัตราการทำลายชีวิตสูงอย่างเช่นโรคติดเชื้อจากแบคทีเรียต่างๆ รวมถึงการลดอัตราการตายของมารดาและทารกและเพิ่มอายุขัยเฉลี่ยได้ แต่ไม่สามารถรักษาโรคเรื้อรังต่างๆ ให้หายขาดได้ทั้งหมด และมีค่าใช้จ่ายด้านเทคโนโลยี และยาเป็นจำนวนมากด้วย นอกจากนี้ในการรักษายังไม่สามารถจัดการกับโรคติดเชื้อบางโรคแม้จะเป็นไวรัสหรือเชื้อโรคก็ตาม ตัวอย่างที่เห็นชัดคือโรคเอชไอวีหรือเอดส์ (HIV/AIDS) และโรคมะเร็งที่ผู้ป่วยจำนวนมากที่ได้รับผลข้างเคียงจากการรักษา หรือมีความเชื่อในการใช้การแพทย์รูปแบบอื่น จึงหันไปใช้การแพทย์ทางเลือกหรือการแพทย์แบบผสมผสานที่นอกเหนือจากการแพทย์แผนปัจจุบันในการรักษาเพื่อป้องกันผลข้างเคียงจากการใช้ยา หรือเคมีบำบัด และต้องการมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น และมีความต้องการที่จะลดหรือป้องกันภาวะทุกข์ยากที่ตนได้รับจากการเจ็บป่วยของตนเองด้วย

จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ในสังคมต่างๆ ประชาชนที่เจ็บป่วยและได้รับความทุกข์ยากจากการเจ็บป่วยของตนเองหรือไม่สามารถช่วยเหลือได้ด้วยการรักษาฟื้นฟูสุขภาพด้วยตนเองจะใช้ทางเลือกในการเข้ารับการปรึกษาจากระบบการแพทย์ภาคประชาชน ระบบการแพทย์พื้นบ้าน หรือผู้เชี่ยวชาญแบบแผนตะวันตกโดยพิจารณาในบริบทของสิ่งหรือวิธีการที่เกี่ยวข้องในการรักษา การเจ็บป่วยของประชาชนจำมากได้นำไปสู่รูปแบบการเลือกผู้รักษา (Healer) และวิธีการรักษา (Healing) ในลักษณะสองทางเลือกหรือมากกว่าเพื่อจัดการกับความเจ็บป่วยและความทุกข์ยากของตนเอง

แบบฝึกหัดประจำบทเรียน

คำถาม :

ผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีภาวะทุกข์ยากอย่างไร อธิบายและยกตัวอย่าง

แนวทางการตอบ:

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually Transmitted Infections หรือ STIs) เป็นกลุ่มโรคที่ติดต่อจากการมีเพศสัมพันธ์หรือจากการสัมผัสทางเพศโดยตรงผ่านช่องทางช่องคลอด ทางปาก หรือทางทวารหนักกับผู้ที่เป็นโรคหรือผู้ติดเชื้อและจากมารดาสู่บุตร โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นปัญหาสำคัญได้แก่ ซิฟิลิส หนองใน กามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง หนองในเทียม แผลริมอ่อน พยาธิช่องคลอด เริมที่อวัยวะเพศและทวารหนัก หูดอวัยวะเพศและทวารหนักหรือหูดหงอนไก่ หูดข้าวสุก โลน หิด อุ้งเชิงกรานอักเสบหรือปีกมดลูกอักเสบ แบคทีเรียวาจิโนซิสหรือช่องคลอดอักเสบ เชื้อราในช่องคลอด และเอชไอวี/เอดส์ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือกลุ่มโรคเอ็นซีดี (Non-Communicable diseases หรือ NCDs) ที่นับว่า เป็นปัญหาต่อภาวะสุขภาพด้านการอนามัยเจริญพันธุ์มากที่สุดก็คือโรคมะเร็ง โดยโรคมะเร็งระบบสืบพันธุ์เพศหญิงที่เป็นปัญหาสำคัญ ประกอบด้วย มะเร็งเต้านม (Breast Cancer) มะเร็งปากมดลูก (Cervical Cancer) มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก (Endometrial Cancer) มะเร็งรังไข่ (Ovarian Cancer) และมะเร็งช่องคลอด (Vulvar Cancer) และโรคมะเร็งระบบสืบพันธุ์ของเพศชายที่สำคัญ ประกอบด้วย มะเร็งต่อมลูกหมาก (Prostate Cancer) มะเร็งอัณฑะ (Testicular Cancer) และมะเร็งองคชาต (Penile Cancer) ซึ่งมีแนวโน้มของปัญหามากขึ้นอย่างต่อเนื่องและส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ และการอนามัยเจริญพันธุ์ในปัจจุบัน ผู้ป่วยที่เผชิญกับโรคและปัญหาสุขภาพด้านการอนามัยเจริญพันธุ์จะได้รับผลกระทบจากการตีตรา ได้แก่ การตีตราสัมพันธ์กับลักษณะเพศของเพศวิถี (Stigma in Relation to Sexuality) และการตีตราที่สัมพันธ์กับความเป็นเพศ (Stigma in Relation to Gender) โดยเฉพาะโรคเอชไอวีหรือเอดส์ ซึ่งถือเป็นโรคที่มีสถานะแห่งการตีตราสูงมากโดยมีรูปแบบที่หลากหลายทั้งในเรื่องความไม่เท่าเทียม การกีดกัน การตีตรา การรังเกียจ และการปฏิเสธจากสังคม ความเข้าใจด้านลบเกี่ยวกับลักษณะเฉพาะของเอชไอวีหรือเอดส์ นำไปสู่การเปรียบเทียบโรคดังกล่าวว่าเป็นเสมือนความตาย (as Death) ความน่ากลัว (as Horror) การถูกลงโทษ (as Punishment) และความน่าอาย (as Shameful) เป็นต้นจนนำไปสู่การสร้างการตีตราและภาวะทุกข์ยากของผู้ป่วย โดยเป็นผลมากจากการให้ความหมายทางสังคมต่อโรคเอชไอวีหรือเอดส์ในลักษณะต่างๆ ได้แก่ เป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิต ประชาชนกลัว การได้รับเชื้อจากผู้ป่วยเป็นโรคเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่สังคมไม่ยอมรับ และความเชื่อว่าเป็นผลของการ ประพฤติผิดศีลธรรมและควรได้รับการลงโทษ เป็นต้น ทำให้คนกลุ่มนี้ต้องได้รับความทุกข์ยากไม่ใช่เพียงแต่ความทุกข์ทางร่างกายตั้งแต่การกลายเป็นคนป่วย (Becoming Ill) และเมื่อเป็นผู้ป่วย (Being Ill) ที่ถูกจำกัดกิจกรรม และถูกตีตรา (Stigmatized) แต่ยังส่งผลต่อความรังเกียจและความกลัวของบุคคลที่มีต่อผู้ป่วยโรคเอดส์ เป็นอย่างมาก และเนื่องจากสังคมรับรู้และเข้าใจว่าโรคเอดส์เป็นโรคของกลุ่มชายรักเพศเดียวกันเพราะกลุ่มดังกล่าวเป็นกลุ่มแรกที่ติดและแพร่เชื้อ จึงส่งผลกระทบต่อความคิดสังคมซึ่งแสดงออกมาในลักษณะของการรังเกียจ ดูหมิ่น ไม่ต้อนรับหรือไม่ร่วมสมาคม จึงได้สร้างความทุกข์ยากให้แก่พวกเค้าเป็นอย่างยิ่ง และสร้างการตีตรากลุ่มคนรักเพศเดียวกันในหลายๆ ประเทศทั่วโลก

บรรณานุกรม

Anderson, Barbara A. (2005). *Reproductive health: women and men's shared responsibility.* New York: Sudbury, Mass. Jones and Bartlett.

Centers for Disease Control and Prevention. (2014). *Reported STDs in the United States 2013 national data for chlamydia, gonorrhea, and syphilis*. US: CDC.

Goffman, Erving. (1963). *Stigma; notes on the management of spoiled identity.* Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

World Health Organization. (2013). *Baseline report on global sexually transmitted infection surveillance 2012.* Geneva: World Health Organization.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (2550). *สุขภาพไทย : วัฒนธรรมไทย.* กรุงเทพมหานคร: สำนักงานวิจัยสังคมและสุขภาพ.

กฤตยา อาชวนิจกล. (2547). *ผู้หญิงในวาทกรรมการเมืองเรื่องเพศและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์.* เชียงใหม่: ศูนย์สตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กาญจนา แก้วเทพ และคณะ. (2548). *ทั้งรัก ทั้งใคร่ ทั้งใช้ความรุนแรงต่อผู้หญิง.* เชียงใหม่: ศูนย์สตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บุปผา ศิริรัศมี, เบญจา ยอดดำเนิน, เอื้อมพร ทองกระจาย, เรณี อรรฐาเมศร์, อมรา สุนทรธาดา. (ม.ป.ป.). *คู่มือการอบรมเชิงปฏิบัติการโครงการพัฒนา งานวิจัยด้านเพศภาวะ มิติทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์.* นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรศาสตร์และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประเวศ วะสี. (2547). *ทฤษฎีใหม่ทางการแพทย์.* นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.

มงคล เบญจาภิบาล. (ม.ป.ป.). *มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี.* กรุงเทพมหานคร:ภาควิชาสูติศาสตร์นารีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

พิษนุ อภิสมาจารโยธิน. (2558). *เอกสารประกอบการบรรยายรายวิชาโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ* และ *รายวิชาเภสัชวิทยาเบื้องต้น.* คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา.

พิษนุ อภิสมาจารโยธิน. (2555). วาทกรรม การปะทะ ต่อต้าน ของการแพทย์แผนไทย กรณีศึกษาของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครปฐม. (ฉบับภาษาอังกฤษ). วิทยานิพนธ์หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.

พิษนุ อภิสมาจารโยธิน. (2555). *Medical Tetminology: ศัพท์เทคนิคทางการแพทย์ฯ.* China: BLS, X'IAN.

พิษนุ อภิสมาจารโยธิน. (2553). *เอกสารประกอบการนำเสนอหัวข้อภาวะทุกข์ยากและการตีตราทางสังคม.* หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2558). *แนวทางการดูแลโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พุทธศักราช 2558.* นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. (ม.ป.ป.). *การให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข.* กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

อังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย. (2553). *แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2553.* กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สานักงา พระพุทธศาสนาแห่งชาติ.

อังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย. (2556). *เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์.* นนทบุรี: กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค.

บทที่ 7
ทฤษฎีทางสังคมวิทยาที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงประชากรและสังคม

แนวคิดและวัตถุประสงค์ประจำบทเรียน

สรุปแนวคิด

1. มนุษย์เป็นสัตว์สังคมที่มีการอยู่ร่วมกันโดยกำหนดโครงสร้างความสัมพันธ์และวัฒนธรรมขึ้นมา เพื่อจัดการระบบความสัมพันธ์และวิธีการดำรงชีวิตของผู้คนในสังคมนั้นๆ สังคมและวัฒนธรรมของมนุษย์มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง โดยปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรมมีความสัมพันธ์หรือส่งผลโดยตรงต่อแบบแผนพฤติกรรมของมนุษย์และสุขภาพที่รวมถึงการอนามัยเจริญพันธุ์ ดังนั้นการจัดการปัญหาด้านการอนามัยเจริญพันธุ์จึงไม่สามารถมองข้ามบริบททางด้านสังคมและวัฒนธรรม

2. ในการศึกษาปรากฏการณ์ทางสังคมนั้นจำเป็นต้องใช้ทฤษฎี (Theory) ซึ่งเป็นข้อสรุปเพื่ออธิบายปรากฏการณ์หรือพฤติกรรมของคนในสังคมอย่างเป็นระบบ โดยทฤษฎีทางสังคมวิทยาที่สามารถอธิบายเกี่ยวกับสังคมและการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ได้แก่ ทฤษฎีวิวัฒนาการหรือวัฒนนิยม (Evolutionism) ทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่นิยม (Structural-Functionalism) ทฤษฎีความขัดแย้ง (Conflict Theory) และแนวคิดเศรษฐศาสตร์การเมือง (Political-Economy) ทฤษฎีปริวรรตนิยมหรือการแลกเปลี่ยน (Exchange Theory) ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ (Symbolic Interaction) ทฤษฎีปรากฏการณ์นิยม (Phenomenology) ทฤษฎีหลังทันสมัยนิยม (Post-Modernism) นอกจากนี้ยังมีแนวคิดเรื่องชาติพันธุ์ (Ethnicity) แนวคิดสตรีนิยม (Feminism) ซึ่งสามารถนำมาวิเคราะห์ปรากฏการณ์และปัญหาทางด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ได้

วัตถุประสงค์

เพื่อให้นิสิตสามารถ

1. เข้าใจแนวคิดเบื้องต้นเกี่ยวกับมนุษย์ สังคม และวัฒนธรรม
2. เข้าใจทฤษฎีทางสังคมวิทยาที่เกี่ยวกับสังคมและการเปลี่ยนแปลง

เนื้อหาหลัก

เนื้อหาในบทที่ 7 **ทฤษฎีทางสังคมวิทยาที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงประชากรและสังคม** ประกอบด้วย 2 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 7.1 แนวคิดเบื้องต้นเกี่ยวกับมนุษย์ สังคม และวัฒนธรรม

ตอนที่ 7.2 ทฤษฎีทางสังคมวิทยาที่เกี่ยวกับสังคมและการเปลี่ยนแปลง

เมื่ออ่านจบบทเรียนแล้วขอให้นิสิตทดลองทำแบบฝึกหัดเพื่อเป็นการทบทวนความรู้

ตอนที่ 7.1 แนวคิดเบื้องต้นเกี่ยวกับมนุษย์ สังคม และวัฒนธรรม

มนุษย์ (Human) คือ สัตว์สังคมประเภทหนึ่ง ซึ่งจัดอยู่ในสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมประเภทออร์เดอร์ไพรเมต (Order Primate) กลุ่มแอนโทรพอยด์ (Anthropoid) ซึ่งมีลักษณะคือมีนิ้ว 5 นิ้ว นิ้วยาว ปลายนิ้วมีเล็บแบน นิ้วหัวแม่มือพับขวางกับนิ้วอื่นได้ดี มีสมองใหญ่ จมูกสั้น ตาชิดกันทำให้สามารถมองภาพจากสองตามาซ้อนกันเกิดเป็นภาพสามมิติ มีขากรรไกรห้อยต่ำและไม่มีหาง โดยสิ่งที่ทำให้มนุษย์แตกต่างจากสัตว์ชนิดอื่นคือการมีวิวัฒนาการทางด้านร่างกาย และการเรียนรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เข้ากับสภาพแวดล้อม รวมทั้งมีความสามารถในการสร้างและถ่ายทอดวัฒนธรรมและความรู้ได้

อริสโตเติล (Aristotle) กล่าวว่า "มนุษย์เป็นสัตว์สังคม" (Social Animal) ซึ่งจะมีชีวิตอยู่ร่วมกันเป็นหมู่เหล่า และเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิกจึงก่อให้เกิดสังคมขึ้นมาในที่สุด มนุษย์เป็นสัตว์สังคมเนื่องจากความจำเป็น อันเป็นผลมาจากการมีระยะห่างในระยะการเป็นทารกที่ยาวนานเมื่อเทียบกับสัตว์ประเภทอื่น ทำให้จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ตลอดจนความสามารถสร้างสรรค์วัฒนธรรมและความสามารถด้านสมองในการคิดค้นสิ่งต่างๆ ในการดำรงชีวิต ซึ่งสิ่งเหล่านี้ไม่สามารถทำได้ด้วยตัวคนเดียว จึงจำเป็นต้องมีการแบ่งหน้าที่และช่วยเหลือกัน ตลอดจนมีการถ่ายทอดไปยังรุ่นต่อๆ ไป

สังคม (Social) หมายถึง การรวมกลุ่มของมนุษย์ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปในพื้นที่อาณาบริเวณเดียวกัน และมีปฏิสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมหรือแบบแผนในการดำรงชีวิต โดยมีจุดมุ่งหมายและวัฒนธรรมร่วมกันในรูปแบบของภาษา หรือระเบียบแบบแผนและข้อกำหนดทางสังคม

การแบ่งประเภทของสังคม สามารถแบ่งออกได้เป็นสังคมเกษตรกรรม (Agricultural Society) สังคมอุตสาหกรรม (Industrial Society) สังคมพัฒนา (Developed Society) กำลังพัฒนา (Developing Society) และสังคมเมือง (Urban) สังคมชนบท (Rural) เป็นต้น โดยสังคมพัฒนา (Developed Society) จะเป็นสังคมที่มีความเจริญก้าวหน้าทางด้านวัตถุ รูปแบบและระบบที่มีมาตรฐานทางเศรษฐกิจ รายได้ การศึกษาและสุขภาพที่อยู่ในระดับดี ส่วนสังคมกำลังพัฒนา (Developing Society) มีมาตรฐานในการดำรงชีวิตระดับปานกลาง-ต่ำ อาชีพส่วนใหญ่เป็นสังคมเกษตรกรรมที่มีรายได้ต่ำ ยากจน มีการศึกษา อายุขัย และการออมหรือการสะสมทุนอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้สังคมเมือง (Urban) หรือสังคมสมัยใหม่ (Modern) จะมีลักษณะความสัมพันธ์ของประชาชนในลักษณะแบบทุติยภูมิซึ่งมีความผูกพันธ์กันน้อย และเป็นแบบทางการ มีอาชีพหลากหลาย มีผู้คนจำนวนมาก และมีความซับซ้อนและแตกต่าง ส่วนสังคมชนบท (Rural) หรือสังคมแบบวิถีชาวบ้าน (Folk) ถือว่ามีความสำคัญที่สุดสำหรับสังคมไทย ซึ่งมีลักษณะของความสัมพันธ์แบบปฐมภูมิ ครอบครัวใกล้ชิดกัน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และยึดมั่นในศาสนาและประเพณี

วอลท์ดับเบิ้ลยู รอสทาว (Walt W. Rostow) แบ่งขั้นความเจริญทางสังคมเป็น 5 ระดับ ได้แก่

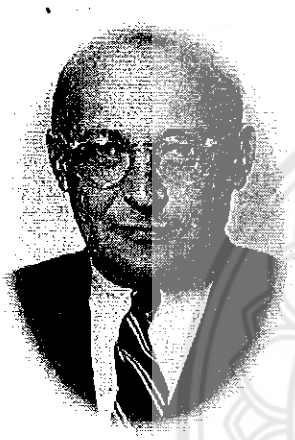
1) สังคมดั้งเดิม (Traditional Society) ที่เป็นสังคมประเพณีที่มีการผลิตโดยใช้เทคโนโลยีง่ายๆ

2) สังคมขึ้นเตรียมการ (Precondition for Take-Off) หรือทะยานขึ้น เป็นสังคมที่มีการใช้วิทยาการความรู้ใหม่ๆ ทั้งภาคการเกษตรและอุตสาหกรรม

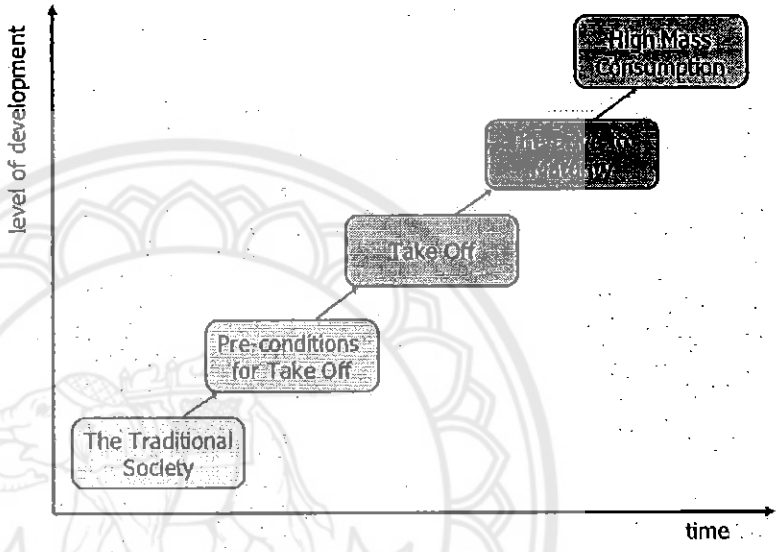
3) สังคมขึ้นทะยานขึ้น (Take-Off) เป็นสังคมที่มีความเจริญทางด้านเศรษฐกิจ โดยสามารถขจัดอุปสรรค์ของความเจริญไปได้

4) สังคมขั้นเจริญ (Drive to Maturity) เป็นสังคมมีความเจริญทางเศรษฐกิจมาก และมีการพัฒนาเทคโนโลยีแบบใหม่เรื่อยๆ

5) สังคมขั้นอุดมบริโภค (the Age of High Mass-Consumption) เป็นสังคมที่ประชาชนมีการบริโภคในระดับสูงและดีเป็นส่วนใหญ่



ภาพที่ 7.1 วอลท์ ดับเบิ้ลยู รอสทาว
(ที่มา:economist.com)



ภาพที่ 7.2 ลำดับขั้นความเจริญทางสังคมของรอสทาว
(ที่มา:emaze.com)

การอยู่ร่วมกันของมนุษย์ในสังคมจะมีลักษณะของการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันด้วยความรู้สึกเป็นสมาชิกของกลุ่มทางสังคม (Social Group) โดยมีเป้าหมายและบทบาทหน้าที่หรือค่านิยมเป็นแนวเดียวกัน ซึ่งค่านิยม (Values) เป็นความคิดของคนในกลุ่มเกี่ยวกับพฤติกรรมหรือความคิดว่าสิ่งใดที่ถูกต้องเหมาะสมโดยสัมพันธ์กับอุดมการณ์ (Ideology) หรือระบบความเชื่อ เจตคติ และความคิดเห็นที่ยึดติดอยู่กับค่านิยมศูนย์กลางหรือจุดยืนทางการเมือง นอกจากนี้ยังสัมพันธ์กับระยะห่างระหว่างสังคม (Social Distance) ซึ่งเป็นความรู้สึกหรือทัศนคติที่แสดงการแบ่งแยกหรือใกล้ชิดระหว่างคนในกลุ่มสังคมหนึ่งกับอีกสังคมหนึ่ง โดยเกี่ยวข้องกับการยอมรับและอคติ ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบต่างๆ ดังนี้

1) กลุ่มเกไมน์ชาฟน์ (Gemeinshaft) คือ กลุ่มที่มีความสัมพันธ์แบบปฐมภูมิหรือใกล้ชิด

2) กลุ่มเกเซลชาฟน์ (Geselishaft) คือ กลุ่มที่มีความสัมพันธ์แบบทุติยภูมิหรือไม่ใกล้ชิด

3) กลุ่มเพื่อน (Peer) คือ กลุ่มของปัจเจกที่มีความรู้สึกได้รับการยอมรับและเป็นสมาชิกร่วมกัน

4) กลุ่มชาติพันธุ์ (Ethenography) คือ กลุ่มคนที่มีอัตลักษณ์และมีประวัติศาสตร์ร่วมกัน โดยมีขนมธรรมเนียม ประเพณี บรรทัดฐาน ความเชื่อ และวัฒนธรรมเดียวกัน

นอกจากนี้ ดาวิด อีมิล เดอร์ไคหม์ (David Émile Durkheim) ได้พิจารณาสังคมในลักษณะของความจริงทางสังคม (Social Facts) ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วนสำคัญ ได้แก่ *ส่วนที่เป็นโครงสร้าง* (Structure) ซึ่งประกอบด้วยองค์กร สถาบันทางสังคมและกฎระเบียบที่ถูกตั้งขึ้นมาเพื่อดูแลโครงสร้าง และ*ส่วนที่เป็นพลัง* (Forces) ซึ่งเป็น สิ่งที่มนุษย์สร้างขึ้น ได้แก่ ศาสนาและวัฒนธรรม เป็นต้น

ภาพที่ 7.3 ดาวิด อีมิล เดอร์ไคหม์
(ที่มา:economicsociology.org)

ส่วนที่เป็นโครงสร้าง (Structure) ที่สำคัญคือสถาบันทางสังคม (Social Institution) ซึ่งเป็นแบบแผนพฤติกรรมที่มีการจัดระบบบทบาทหน้าที่ ระเบียบความสัมพันธ์ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปในสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานที่จะทำให้สังคมดำรงอยู่ได้ ซึ่งมีองค์ประกอบ ได้แก่ (1) องค์กรทางสังคม (Organization) (2) สถานภาพ (Status) ซึ่งเป็นตำแหน่งที่ได้จากการเป็นสมาชิกในสังคม โดยสัมพันธ์กับเรื่องสิทธิ (Right) และหน้าที่ (Function) (3) บทบาท (Role) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่สังคมกำหนดและคาดหมายให้บุคคลกระทำตามสถานภาพ และ (4) บรรทัดฐานทางสังคม (Norms) ซึ่งประกอบด้วยลักษณะต่างๆ ที่สำคัญ ได้แก่ วิถีประชา (Folkways) ซึ่งเป็นมารยาทหรือธรรมเนียมปฏิบัติ จารีต (Mores) ซึ่งเป็นข้อห้ามหรือหลักทางศีลธรรม และกฎหมาย (Laws) ซึ่งเป็นกฎหรือข้อบังคมของคนในสังคม โดยสถาบันทางสังคมที่สำคัญ ได้แก่

1) *สถาบันครอบครัว* เป็นสถาบันทางสังคมที่สัมพันธ์กับเรื่องเพศ และการสืบสายโลหิต ทำหน้าที่ผลิตสมาชิก ตลอดจนดูแล ป้องกัน อบรม และขัดเกลาทางสังคมให้แก่สมาชิก ซึ่งการสมรสมีทั้งการสมรสภายในกลุ่ม (Endogamy) และ การสมรสนอกกลุ่ม (Exogamy)

2) *สถาบันศาสนา* เป็นสถาบันทางสังคมที่สัมพันธ์กับความเชื่อ และเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ตลอดจนเป็นแหล่งขัดเกลาทางด้านจิตใจและกำหนดศีลธรรม ซึ่งช่วยส่งเสริมการจัดระเบียบในสังคม

3) *สถาบันการศึกษา* เป็นสถาบันทางสังคมที่สัมพันธ์กับการสร้าง และการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ ตลอดจนการขัดเกลา ถ่ายทอดวัฒนธรรม และพัฒนาบุคลิกภาพและการเรียนรู้ที่สำคัญ

4) *สถาบันการเมือง* เป็นสถาบันทางสังคมที่สัมพันธ์กับบรรทัดฐานด้านการใช้อำนาจ เพื่อรักษาความเป็นระเบียบร้อยทางสังคมโดยควบคุมดูแลคนในสังคมให้ปฏิบัติตามบรรทัดฐานของสังคม

5) *สถาบันเศรษฐกิจ* เป็นสถาบันทางสังคมที่สัมพันธ์กับกิจกรรมพื้นฐานของมนุษย์เพื่อความอยู่รอด ได้แก่ การผลิตสินค้าและบริการ ตลอดจนการบริโภค แจกจ่ายหรือจำหน่ายให้แก่สมาชิกในสังคม

ส่วนที่เป็นพลัง (Forces) ที่สำคัญคือวัฒนธรรม (Culture) ตามแนวคิดของ เอ็ดเวอร์ด เบอร์เนตต์ ไทเลอร์ (Edward Burnett Tylor) วัฒนธรรม หมายถึง ทุกอย่างที่มนุษย์สร้างขึ้น ซึ่งรวมไปถึง ความรู้ ความเชื่อ ศิลปะ จริยธรรม กฎหมาย ประเพณี และความสามารถอื่นๆ ของมนุษย์ วัฒนธรรมเป็นสิ่งที่มนุษย์สร้างขึ้นจากประสบการณ์และความรู้ แบ่งเป็นวัฒนธรรมทางวัตถุและวัฒนธรรมที่ไม่ใช่วัตถุ โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญคือ ความรู้ ความเชื่อ บรรทัดฐาน ค่านิยมและภาษา ซึ่งภาษาและสัญลักษณ์จะทำให้วัฒนธรรมนั้นสามารถดำรงอยู่และถ่ายทอดไปได้ต่อไป

ภาพที่ 7.4 เอ็ดเวอร์ด เบอร์เนตต์ ไทเลอร์
(ที่มา:en.wikipedia.org)

ในอดีตนักสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา ได้พยายามศึกษาวัฒนธรรมเพื่อค้นหาประวัติศาสตร์เชิงอารยธรรม (Civilization) ซึ่งมุ่งเน้นศึกษาความเจริญทางสังคมที่รุดหน้า และหลุดพ้นจากความป่าเถื่อน หรือเป็นวัฒนธรรมขั้นสูงที่หลุดพ้นจากสภาพความล้าหลังเมื่อเปรียบเทียบกับสังคมอื่นในสมัยเดียวกัน แต่ในปัจจุบันได้ให้ความสำคัญกับการศึกษาวัฒนธรรมโดยเชื่อว่าวัฒนธรรมในแต่ละสังคมจะเกิดขึ้นภายใต้เงื่อนไขที่ต่างกันโดยใช้วิธีการศึกษาในลักษณะสัมพัทธนิยมเชิงวัฒนธรรม (Cultural Reletivism) ซึ่งไม่อาจเข้าใจหรือตีความได้อย่างครบถ้วนหากไม่สามารถเข้าถึงบริบทในลักษณะของคนใน (Emic View) ของวัฒนธรรมนั้นๆ นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญกับอัตลักษณ์ (Identity) วัฒนธรรมย่อย (Subculture) หรืออนุวัฒนธรรม ซึ่งหมายถึงค่านิยม ทัศนคติ วิถีชีวิตหรือพฤติกรรมของคนกลุ่มย่อยหรือกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งในสังคมที่ไม่ใช่กลุ่มวัฒนธรรมหลักของสังคมนั้นโดยจะมีลักษณะเฉพาะตัวที่แตกต่างตามเชื้อชาติ ภาษา อายุและอาชีพ เป็นต้น

วัฒนธรรมของมนุษย์จะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ ดังนั้นในการศึกษาวัฒนธรรมจำเป็นต้องให้ความสนใจในประเด็นต่างๆ ได้แก่

1) ความเฉื่อยหรือความล้าทางวัฒนธรรม (Culture Lag) คือ ส่วนใดส่วนหนึ่งของวัฒธรรมที่เกี่ยวข้องกันมีการเปลี่ยนแปลงไม่เท่ากัน ก่อให้เกิดการปรับตัวเข้าหากันไม่ได้ ได้แก่ วัฒนธรรมทางวัตถุเจริญรุดหน้าไปเร็วกว่าวัฒนธรรมทางด้านจิตใจ ทำให้เกิดปัญหาสังคมเนื่องจากคนเกิดกิเลส และขาดความเกรงกลัวต่อบาปหรือกฎหมาย ซึ่งนับว่าเป็นช่องว่างทางวัฒนธรรมที่เป็นปัญหา

2) วัฒนธรรมต้านหรือสวนกระแส (Counter Culture) คือ วัฒนธรรมย่อยที่แสดงตัวตนเป็นปฏิปักษ์ต่อวัฒนธรรมหลักของสังคม จนทำให้เกิดการปฏิเสธการใช้ชีวิตเช่นนั้นและมีค่านิยม ความคิด หรือทัศนคติแตกต่างไปจากบรรทัดฐานทางสังคมของคนส่วนใหญ่

3) การผสมผสานทางวัฒนธรรม (Culture Acculturation) คือ กระบวนการในการยอมรับเอาวัฒนธรรมที่แตกต่างกันเข้ามาปฏิบัติ เพื่อลดการขัดแย้งทางด้านวัฒนธรรม ซึ่งอาจเกิดจากการแพร่กระจายวัฒนธรรมอื่นๆ เข้ามาในสังคม

4) การสร้างสรรค์หรือผสมกลมกลืนวัฒนธรรม (Culture Assimilation) คือ การสร้างสรรค์ทางวัฒนธรรมหรือผสมผสานทางวัฒนธรรมที่ไม่มีการแลกเปลี่ยนทั้งรับและให้ทั้งสองฝ่าย จนกลืนกลายและผสมกลมกลืนเข้าด้วยกัน

5) การบูรณาการทางวัฒนธรรม (Culture Integration) คือ การยอมรับความหลากหลายทางวัฒนธรรมและเอกลักษณ์ของแต่ละวัฒนธรรมในลักษณะของการยอมรับซึ่งกันและกัน

6) ความขัดแย้งทางวัฒธรรม (Cultural Conflict) คือ การที่สังคมยึดมั่นรูปแบบวัฒนธรรมที่แตกต่างกับวัฒนธรรมอื่น โดยคิดว่าวัฒนธรรมของตนดีกว่าและพยายามให้อีกฝ่ายยอมรับวัฒนธรรมของตน

7) การชะงักหรือช็อคทางวัฒนธรรม (Cultural Shock) คือ ภาวะที่บุคคลถูกกระทบกระเทือนทางจิตใจอย่างรุนแรงเมื่อเข้าไปอยู่ในวัฒนธรรมอื่นที่แตกต่างจากวัฒนธรรมที่ตนเองอยู่เดิมอย่างในทันที

ในการพิจารณาปัญหาด้านประชากรและการอนามัยเจริญพันธุ์นั้น จำเป็นต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาทางสังคม (Social Problems) ในลักษณะต่างๆ ซึ่งเป็นภาวะที่คนจำนวนมากในสังคมเห็นว่าผิดปกติหรือไม่พึงปรารถนา และต้องได้รับการแก้ไข โดยประกอบด้วยทฤษฎีต่างๆ ที่สำคัญ ได้แก่

1) **ทฤษฎีพยาธิทางสังคม** (Social Pathology) มองสังคมเปรียบเสมือนร่างกายมนุษย์ ดังนั้นหากประชาชนหรือสถาบันทางสังคมไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีดุลยภาพก็จะเกิดปัญหาทางสังคมขึ้น

2) **ทฤษฎีการเสียระเบียบทางสังคม** (Social Disorganization) มองว่าการอพยพผู้คนเข้าสู่เมืองเนื่องจากการพัฒนาทางด้านอุตสาหกรรม ทำให้ไม่สามารถปรับตัวได้ จึงเกิดการเสียระเบียบทางสังคมอันนำไปสู่ความขัดแย้งและการฝ่าฝืนบรรทัดฐานทางสังคมขึ้น

3) **ทฤษฎีความขัดแย้งทางค่านิยม** (Value Conflict) มองว่าพฤติกรรมเบี่ยงเบนของบุคคลเป็นสภาวการณ์ที่ไม่สอดคล้องกับคุณค่าที่คนกลุ่มนั้นยึดถือ จึงเกิดปัญหา

4) **ทฤษฎีพฤติกรรมเบี่ยงเบน** (Deviant Behavior) มองว่าพฤติกรรมของสมาชิกในสังคมจะต้องสอดคล้องกับระเบียบแบบแผนหรือบรรทัดฐานทางสังคมหากไม่สอดคล้องจะถือว่าเป็นปัญหาทางสังคม

5) **ทฤษฎีตีตรา** (Labling) มองว่าปัญหาเกิดจากการที่สังคมระบุว่าการกระทำนั้นเบี่ยงเบนหรือกำหนดว่าสิ่งใดผิดสิ่งใดถูก จนในที่สุดจะนำไปสู่การกีดกันหรือลงโทษและตีตราหรือไม่ได้รับการยอมรับ

พฤติกรรมเบี่ยงเบนเป็นการเปลี่ยนแปลงรูปแบบพฤติกรรมหรือการปฏิบัติของบุคคลที่กลุ่ม หรือสังคมเห็นว่าขัดแย้งไปจากบรรทัดฐานทางสังคมจนทำให้บุคคลไม่ได้รับการยอมรับ และเกิดการต่อต้านหรือได้รับการลงโทษหากก่อให้เกิดความเสียหายขึ้น โดยทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมเบี่ยงเบน ได้แก่

1) ทฤษฎีภาวะแปลกแยก (Alienation) มองว่าการเปลี่ยนแปลงจากความรู้สึกผูกพัน ไปสู่ความรู้สึกไม่เป็นมิตร เป็นปรปักษ์ หรือไม่เป็นที่ยอมรับจนเกิดการต่อต้านต่อบรรทัดฐานและค่านิยมของสังคม ทำให้เกิดความหมดหวังและวิตกกังวล หรือความทุกข์ยากทางสังคม ตัวอย่างเช่น กลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางเพศที่ถูกสังคมมองว่าแตกต่างจนนำไปสู่ความทุกข์ยากในการใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่น เป็นต้น

2) ทฤษฎีไร้บรรทัดฐาน (Anomie) มองว่าการขาดหรือความขัดแย้งของบรรทัดฐานทางสังคมเกิดจากการขาดเครื่องมือหรือความสามารถในการนำไปสู่เป้าหมายทางสังคมได้ จึงเกิดความกดดันและนำไปสู่พฤติกรรมที่เบี่ยงเบนและไม่ยอมรับเป้าหมายของสังคมขึ้นมาทดแทน ตัวอย่างเช่น กลุ่มคนที่ป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์บางคนที่รู้สึกแค้นสังคมเนื่องจากได้รับเชื้อจากผู้อื่นโดยไม่ตั้งใจ และถูกกดดันจากมุมมองของสังคมที่คิดว่าเป็นบุคคลที่มีพฤติกรรมที่ไร้ศีลธรรม สำส่อนและไม่เหมาะสม จนนำไปสู่การต่อต้าน สิ้นหวังจนส่งผลต่อการใช้ชีวิตหรืออาจแสดงออกโดยการแพร่เชื้อให้กับคนอื่นต่อไป เป็นต้น

3) ทฤษฎีการถ่ายทอดทางด้านวัฒนธรรมและการคบหาสมาคมกับกลุ่มที่แตกต่าง (Cultural Transmission and Differential Association) มองว่าเกี่ยวการรับรู้และการเลียนแบบความเบี่ยงเบนซึ่งเป็นผลมาจากการเกิดเจตคติยอมรับพฤติกรรมเบี่ยงเบนตามแบบอย่าง ตัวอย่างเช่น วัยรุ่นเรียนรู้วิธีก่ออาชญากรรมทางเพศและเลียนแบบพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจากอินเทอร์เน็ต (Internet) เป็นต้น

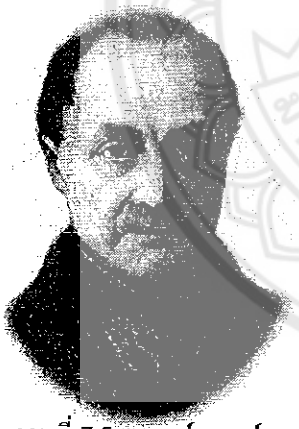
หากพิจารณาประเด็นด้านการอนามัยเจริญพันธุ์จะพบว่า การพัฒนาทางด้านสังคมและวัฒนธรรมในปัจจุบันที่มีความเลื่อนไหลและเปลี่ยนแปลง ตลอดจนเกิดการยอมรับ แลกเปลี่ยน ผสมผสาน และความขัดแย้งในลักษณะต่างๆ ที่รวมถึงโครงสร้างความสัมพันธ์และวิธีชีวิตทั้งที่เกิดจากวัฒนธรรมดั้งเดิมและที่เกิดจากวัฒนธรรมสมัยใหม่ ได้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อปัญหาด้านการอนามัยและเจริญพันธุ์ของประชาชน การไหลบ่าของวัฒนธรรมและวิถีชีวิตในยุคโลกาภิวัตน์ (Globalization) ที่เสมือนไร้พรมแดนได้ส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตทางเพศ ซึ่งผสมผสานกับระบบความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่เท่าเทียมกันของโครงสร้างทางสังคมที่มีมาแต่อดีต ทำให้ปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ได้ทวีความรุนแรงมากขึ้นและมีขอบเขตกว้างขวางมากขึ้น ได้แก่ ค่านิยมทางเพศที่เสี่ยงต่อสุขภาพ เพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การล่วงละเมิดทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย การทอดทิ้งหรือการทำร้ายทารก ปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น การแพร่ระบาดของโรคเอชไอวีและโรคเอดส์ การติดเชื้อหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มะเร็งของระบบอวัยวะสืบพันธุ์และปัญหาด้านอื่นๆ ที่ส่งผลให้ปัจเจกบุคคลจำนวนมากต้องกลายเป็นบุคคลที่ถูกมองว่าเบี่ยงเบน และนำไปสู่การกีดกันหรือเลือกปฏิบัติ ปัญหาเหล่านี้เป็นปัญหาที่มีความเชื่อมโยงกับมิติทางด้านสังคมและวัฒนธรรมที่ดำรงอยู่ในสังคมมนุษย์

จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า มนุษย์เป็นสัตว์สังคมที่มีการอยู่ร่วมกันโดยกำหนดโครงสร้างความสัมพันธ์และวัฒนธรรมขึ้นมา เพื่อจัดการระบบความสัมพันธ์และวิธีการดำรงชีวิตของผู้คนในสังคมนั้นๆ สังคมและวัฒนธรรมของมนุษย์มีการเปลี่ยนแปลงมาอย่างต่อเนื่อง โดยปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรมมีความสัมพันธ์ หรือส่งผลโดยตรงต่อแบบแผนพฤติกรรมของมนุษย์และสุขภาพที่รวมถึงการอนามัยเจริญพันธุ์ ดังนั้นการจัดการปัญหาด้านการอนามัยเจริญพันธุ์จึงไม่สามารถมองข้ามบริบททางด้านสังคมและวัฒนธรรมได้

ตอนที่ 7.2 ทฤษฎีทางสังคมวิทยาที่เกี่ยวกับสังคมและการเปลี่ยนแปลง

สังคมศาสตร์ (Social Sciences) เป็นศาสตร์ที่ใช้ระเบียบวิธีทางวิทยาศาสตร์ในการศึกษาสังคมที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์และพฤติกรรมของคนในสังคม ซึ่งสังคมวิทยา (Sociology) เป็นส่วนหนึ่งของสังคมศาสตร์ โดยเป็นวิชาที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของมนุษย์ในสังคมและพฤติกรรมทางสังคมโดยเชื่อมโยงกับระบบโครงสร้างสังคมเพื่อหาคำอธิบายถึงปรากฏการณ์ทางสังคม การเปลี่ยนแปลงและการดำรงอยู่ของสังคม สังคมวิทยาเป็นศาสตร์แห่งหลักของเหตุและผล (Rationalism) ซึ่งศึกษาโดยใช้ทฤษฎีที่ได้มาจากการวิเคราะห์ข้อมูลตามหลักของตรรกะ (Logic) และเป็นศาสตร์แห่งการพิสูจน์ทดลอง (Empiricism) ที่อาศัยประสบการณ์และข้อเท็จจริงที่สามารถสังเกตุได้ นอกจากนี้ ศาสตร์อีกแขนงหนึ่งที่มีความสำคัญในการศึกษามนุษย์ ก็คือ มานุษยวิทยา (Anthropology) ซึ่งเป็นการศึกษาเกี่ยวกับมนุษย์ทั้งทางด้านกายภาพและวัฒนธรรม โดยสนใจศึกษาเรื่องวัฒนธรรมที่แตกต่างเพื่อทำความเข้าใจแบบแผนวิถีชีวิตของมนุษย์

ในการศึกษาปรากฏการณ์ทางสังคมนั้นจำเป็นต้องใช้ตัวแบบทางสังคม (Model of Society) ซึ่งหมายถึง ภาพของความจริงทางสังคม ซึ่งนักมานุษยวิทยาและนักสังคมวิทยาใช้เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ต่างๆ ทางสังคม โดยมีฐานคิดมาจากทฤษฎี (Theory) ซึ่งหมายถึง ข้อสรุปที่ใช้อธิบายปรากฏการณ์ การกระทำหรือพฤติกรรมของคนในสังคมอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นความคิดและความรู้ที่เป็นระบบที่ได้จากระเบียบวิธีการศึกษาทางวิทยาศาสตร์ในการสร้างข้อสรุปในการอธิบายสังคม



ภาพที่ 7.5 ออกุสท์ คอมท์

(ที่มา:laphamsquarterly.org)

ออกุสท์ คอมท์ (Auguste Comte) ผู้ได้รับการยกย่องให้เป็นบิดาของสังคมวิทยา เนื่องจากเป็นผู้ริเริ่มการใช้ระเบียบวิธีแบบวิทยาศาสตร์ในการศึกษาสังคม ได้กล่าวว่าสังคมวิทยาเป็นการศึกษา 2 ส่วน คือ *สังคมสถิต* (Social Static) ซึ่งเป็นการศึกษากฎระเบียบและองค์ประกอบที่ทำให้สังคมดำรงอยู่ได้ (Action) และ *สังคมพลวัตร* (Social Dynamic) ซึ่งเป็นการศึกษาการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และการพัฒนาแบบแผนของสถาบันทางสังคม ซึ่งก้าวหน้าและมีความเปลี่ยนแปลง (Reaction)

การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เป็นการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของความสัมพันธ์ทางสังคมในระดับโครงสร้างและระบบทางสังคมอันประกอบด้วยสถาบัน บรรทัดฐาน และรูปแบบความสัมพันธ์ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งทั้งในแบบชั่วคราวและถาวร ส่วนการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรม เป็นการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของมนุษย์ในสังคม ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงจากภายนอกและภายในสังคม ซึ่งมีทั้งการเปลี่ยนแปลงทางวัตถุและที่ไม่ใช่วัตถุอันได้แก่ แบบแผนพฤติกรรม ค่านิยม และความเชื่อหรือคุณค่าร่วมกัน แต่อย่างไรก็ตาม *วัฒนธรรมและสังคมมีความใกล้ชิดกันมาก เพราะการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในเรื่องระบบความสัมพันธ์หรือ*

โครงสร้าง ก็จะมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต แบบแผน บรรทัดฐาน ค่านิยม และสัญลักษณ์ เป็นต้น ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมด้วย

ทฤษฎีทางสังคมวิทยาที่อธิบายเกี่ยวกับสังคมและการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ได้แก่

1) **ทฤษฎีวิวัฒนาการหรือวัฒนนิยม** (Evolutionism) เป็นทฤษฎีที่มีแนวคิดว่าสังคมมนุษย์มีวิวัฒนาการจากโครงสร้างง่ายๆ มาสู่สังคมที่มีโครงสร้างซับซ้อนมากขึ้น ซึ่งชาลส์ ดาร์วิน (Charles Darwin) ได้ให้แนวคิดว่าสิ่งมีชีวิตทั้งหลายมีวิวัฒนาการมาจากสิ่งมีชีวิตที่มีโครงสร้างง่ายๆ มามีความซับซ้อนที่มากขึ้น โดยมีหลักสำคัญซึ่งประกอบด้วย

- *การเลือกสรรโดยธรรมชาติ* (Natural Selection) ซึ่งธรรมชาติมักจะเลือกคุณสมบัติที่เหมาะสมแก่การดำรงชีวิตอยู่ไว้ และถ่ายทอดเข้าสู่ร่างกายของสิ่งมีชีวิตในรุ่นต่อมา
- *ชีวิตแข็งแรงที่สุดจึงจะอยู่รอด* (Survival of the Fittest) ซึ่งสิ่งมีชีวิตที่แข็งแรงหรือเหมาะสมที่สุดจะมีโอกาสอยู่รอดและแพร่พันธุ์มากที่สุด

ภาพที่ 7.6 ชาลส์ ดาร์วิน
(ที่มา:en.wikipedia.org)

ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evaluation Theory) มองว่าการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเป็นไปอย่างช้าๆ ค่อยเป็นค่อยไปตลอดเวลา โดยมีทั้งวิวัฒนาการสายเดี่ยว (Unilinear) จากสังคมหรือวัฒนธรรมแบบง่ายๆ ไปสู่ความเจริญที่มีความซับซ้อนมากขึ้นโดยไม่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยภายนอก และวิวัฒนาการหลายสาย (Multilinear) ที่มองว่าสังคมมีการเปลี่ยนแปลงผันผวนตามปัจจัยภายนอกต่างๆ ของสังคมอย่างสม่ำเสมอ

2) **ทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่นิยม** (Structural-Functionalism) นักคิดคนสำคัญได้แก่ ออกุสท์ คอมท์ (Auguste Comte) ดาวิด อีมิล เดอร์ไคหม์ (David Émile Durkheim) ทัลคอทท์ พาร์สัน (Talcott Parsons) เป็นต้น ทฤษฎีนี้มีแนวคิดว่าสังคมเหมือนกับสิ่งมีชีวิต (Biologucal Organism) ซึ่งประกอบด้วยระบบหรือส่วนต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์แบบบูรณาการ (Integration) และทำหน้าที่ให้สังคมดำรงอยู่ได้ โดยมีเป้าหมายร่วมกัน (Utilitary) โครงสร้างต่างๆ จะทำหน้าที่แตกต่างกัน แต่ประสานสัมพันธ์กันอย่างเป็นระบบ และเกิดเป็นดุลยภาพอันเป็นผลมาจากการยึดเหนี่ยวทางสังคม (Solidarity) โดยนับว่าเป็นแนวคิดที่เน้นระเบียบทางสังคม และความสมดุลย์และการรักษาดุลยภาพ

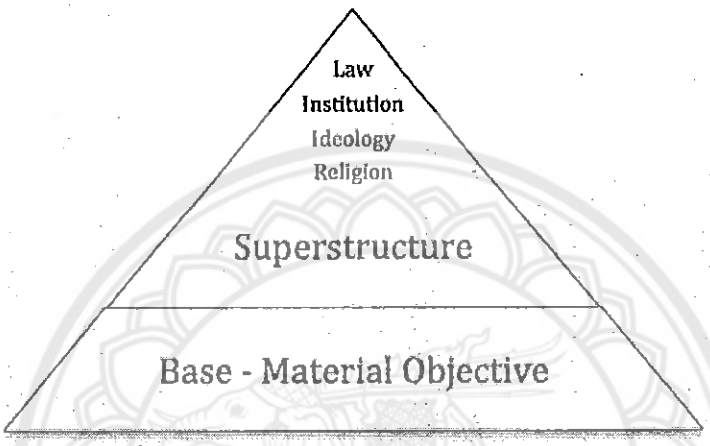
ทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่นิยม (Structural-Functionalism) มองว่าสังคมต้องมีความมั่นคงและไม่ค่อยสนใจการเปลี่ยนแปลง โดยเชื่อว่าถ้าส่วนใดส่วนหนึ่งของสังคมเปลี่ยนไป ส่วนประกอบอื่นๆ ก็จะปรับปรุงเปลี่ยนไปด้วยเพื่อให้สังคมเกิดความมั่นคง และมีแนวโน้มในการรักษาดุลยภาพของสังคมในลักษณะการบูรณาการรวมหน่วย (Integration) ต่างๆ ของสังคม

ทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่นิยม (Structural-Functionalism) ในประเด็นสุขภาพจะมองที่ความสัมพันธ์ทางสังคมในเรื่องของการดูแลสุขภาพเสมือนเป็นผลผลิตของความสอดคล้องทางสังคม ซึ่งสังคมได้นิยามบทบาทและหน้าที่ทางสังคมของบุคคล แนวคิดนี้ให้ความสนใจกระบวนจัดการของแพทย์และผู้เชี่ยวชาญทางด้านการดูแลสุขภาพอื่นๆ ในการดูแลสุขภาพรวมทั้งการจัดการหรือรับมือกับการเจ็บป่วยและโรคที่รวมถึงปัญหาด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ของบุคคล โดยมองคนเจ็บป่วยเสมือนเป็นบุคคลที่ผิดปกติที่ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามความคาดหมายหรือมาตรฐานของสังคม ความเจ็บป่วยเป็นความผิดปกติของสภาพร่างกายมนุษย์ ซึ่งเป็นสาเหตุของความบกพร่องทั้งทางด้านร่างกายและการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคม ดังนั้นบทบาทของผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ก็คือ การจัดการควบคุมทางสังคมและแบ่งแยกระหว่างคนปกติกับคนที่ไม่ปกติ ดังนั้น การแพทย์ในฐานะที่เป็นสถาบันทางสังคมที่ประกอบด้วยแบบแผนหน้าที่ที่ต้องกระทำและกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วย ประชากรที่มีสุขภาพแข็งแรงมีความจำเป็นต่อการดำรงอยู่ของสังคมและการทำหน้าที่ของส่วนต่างๆ ของสังคม การแพทย์มีหน้าที่ในการรักษาความเจ็บป่วย ซึ่งก็คือการทำให้กลับมาสามารถทำหน้าที่ของตนเองในสังคม และอีกด้านหนึ่งการแพทย์มีหน้าที่ควบคุมทางสังคม โดยกระตุ้นให้บุคคลกลับไปทำหน้าที่ตามปกติ และประเมินว่าบุคคลนั้นมีความพร้อมในการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมหรือไม่ แพทย์จึงมีอำนาจในการพิจารณาว่าบุคคลใดสามารถละทิ้งบทบาททางสังคมได้ คือเข้าสู่บทบาทผู้ป่วย และเมื่อใดบุคคลนั้นจะสามารถกลับเข้าสู่บทบาทที่สังคมกำหนดได้ ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยจึงเป็นความสัมพันธ์ที่แต่ละฝ่ายรับรู้บทบาทหน้าที่ของตนเอง โดยเป็นความไม่เท่าเทียมที่แพทย์เปรียบเสมือนผู้เชี่ยวชาญและผู้ป่วยจำเป็นต้องพึ่งพิงแพทย์เพื่อให้ทำการรักษาและชี้ชัดว่าตนเองกลับสู่ภาวะของคนปกติ ซึ่งนับว่าเป็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่เท่าเทียม ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยได้เน้นอำนาจและบทบาทแพทย์ ทำให้แพทย์กลายเป็นวิชาชีพที่สามาถกำหนดและครอบงำทุกอย่างในระบบสุขภาพได้

3) **ทฤษฎีความขัดแย้ง** (Conflict Theory) **และแนวคิดเศรษฐศาสตร์การเมือง** (Political-Economy) นักคิดคนสำคัญได้แก่ คาร์ล มาร์กซ์ (Karl Marx) ราล์ฟ ดาห์เรนดอร์ฟ (Ralf Dahrendorf) อิมมานูเอล คานท์ (Immanuel Kant) เฟรดริช เฮเกล (Friedrich Hegel) เป็นต้น ทฤษฎีนี้มีแนวคิดว่าสังคมยังมีกลไกบางอย่างที่ทำให้เกิดความขัดแย้งอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เช่น บุคคลมีอำนาจไม่เท่าเทียมกันทำให้เกิดการเอาเปรียบและขัดแย้ง นอกจากนี้ สังคมมีทรัพยากรที่จำเป็นอย่างจำกัดและแต่ละกลุ่มทางสังคมมีเป้าหมายที่แตกต่างกันจนนำไปสู่ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นตลอดเวลา และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งความขัดแย้งนั้นจะนำไปสู่ความเปลี่ยนแปลงก้าวหน้าได้ในที่สุด

คาร์ล มาร์กซ์ (Karl Marx) อธิบายว่า การเปลี่ยนแปลงทางสังคมนั้นมีต้นตอมากจากความขัดแย้งของชนชั้นนายทุนหรือกระฎุมพี (Bourgeoisie) กับชนชั้นกรรมาชีพ (Proletarist) และความสัมพันธ์

เชิงอำนาจในลักษณะของความสมดุลย์ที่ถูกกดดันให้สมดุลย์ (Malintegration) ซึ่งในระยะยาวภาวะสมดุลย์ที่ถูกกดดันนี้จะแตกสลายก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ก่อนกลายเป็นสังคมแบบคอมมิวนิสต์ ตามแนวคิดของ คาร์ล มาร์กซ์ (Karl Marx) โครงสร้างส่วนล่าง (Infrastructure หรือ Base) ซึ่งเกิดจากพลังการผลิต (Economic Production) ได้แก่ แรงงาน และ เครื่องมือ กับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการผลิต ได้แก่ ทุนและที่ดิน ซึ่งเป็นความขัดแย้งและรูปแบบการต่อสู้ทางชนชั้นอันเป็นส่วนประกอบของวิถีการผลิต (Mode of Production) นั้นเป็นตัวกำหนดโครงสร้างส่วนบน (Superstructure) ได้แก่ สถาบันทางสังคม (Institution) ความเชื่อ (Belief) ค่านิยม (Values) กฎหมาย (Law) อุดมการณ์ (Ideology) และศาสนา (Religion) เป็นต้น

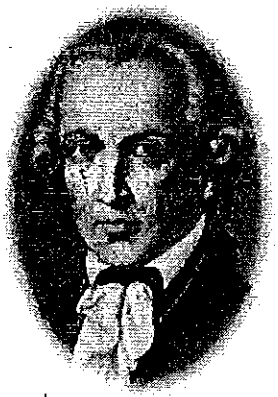


ภาพที่ 7.7 โครงสร้างทางสังคมตามแนวคิดของคาร์ล มาร์กซ์
(ที่มา:globalpolis.org)

ในขณะที่ คาร์ล มาร์กซ์ (Karl Marx) ให้ความสำคัญกับการพิจารณาโครงสร้างส่วนล่าง แมกซ์ เวเบอร์ (Max Weber) นักคิดแนวเศรษฐศาสตร์การเมือง (Political-Economy) มองว่าความแตกต่างของสังคมตะวันตกกับที่อื่นเกิดจากระบบทุนนิยม (Capitalist) และการจัดการระบบชนชั้นในสังคม โดยให้ความสนใจกับโครงสร้างส่วนบน แมกซ์ เวเบอร์ (Max Weber) กล่าวถึงระบบราชการ (Bureaucracy) ซึ่งเชื่อว่าเป็นองค์กรที่ดีที่สุดและมีประสิทธิภาพมากที่สุด โดยยึดหลักการบริหารที่อาศัยความมีเหตุผลและถูกต้องตามกฎหมาย และแบ่งงานกันตามตัวบทกฎหมาย โดยอาศัยความรู้ความสามารถ ซึ่งกลไกการบริหารเป็นกลไกการความคุมที่เชื่อมผู้ถูกปกครองกับผู้ปกครองใน 3 รูปแบบ ได้แก่ อำนาจแบบบารมี อำนาจแบบประเพณีนิยม และอำนาจตามกฎหมาย

ภาพที่ 7.8 แมกซ์ เวเบอร์
(ที่มา:versobooks.com)

ภาพที่ 7.9 ราล์ฟ ดาห์เรนดอร์ฟ
(ที่มา: ksta.de)



ภาพที่ 7.10 อิมมานูเอล คานท์
(ที่มา: en.wikipedia.org)

ภาพที่ 7.11 เฟรดริช เฮเกล
(ที่มา: en.wikipedia.org)

นอกจากนี้ แนวคิดเศรษฐศาสตร์การเมือง (Political-Economy) และทฤษฎีความขัดแย้ง (Conflict Theory) ยังให้ความสนใจในมิติด้านชนชั้นทางสังคมซึ่งสัมพันธ์กับโครงสร้างของอำนาจ โดยสามารถแบ่งลักษณะโครงสร้างของอำนาจได้เป็น (1) แบบพหุนิยม (Pluralism) ซึ่งมองว่าอำนาจของรัฐมีลักษณะกระจายไปยังกลุ่มต่างๆ ภายใต้องค์กรใหญ่หรือรัฐ (2) แบบผู้นำ (Elitism) มองว่าอำนาจกระจุกตัวอยู่ที่คนกลุ่มน้อยซึ่งเป็นชนชั้นปกครองโดยมีประวัติศาสตร์เกี่ยวข้องยาวนาน (3) แบบมาร์กซิสต์ (Marxist) มองว่ารัฐเป็นเครื่องมือของชนชั้นนายทุนหรือกระฎุมพี (Bourgeoisie) ที่มีอำนาจอยู่เหนือชนชั้นกรรมาชีพ (Proletarist) โดยมีการครอบงำเชิงอำนาจของชนชั้นเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา และ (4) แบบบรรษัทนิยม (Corporatism) มองว่าระบบการเมืองนั้นให้อำนาจแก่พลเรือนซึ่งรวมกลุ่มเพื่อแก้ไขปัญหาความขัดแย้งทางด้านผลประโยชน์ในลักษณะของตัวแทน

ทฤษฎีความขัดแย้ง (Conflict Theory) มองว่าการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเกิดจากความขัดแย้ง ความไม่สอดคล้อง การแข่งขัน และการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโดยอาจพิจารณาได้จากประวัติศาสตร์ในทุกยุคสมัยที่เป็นประวัติศาสตร์ความขัดแย้งซึ่งช่วงชั้นทางสังคมก่อให้เกิดการเอารัดเอาเปรียบ ความขัดแย้ง ชิงดี ชิงเด่น การแข่งขัน และความไม่ยุติธรรมเนื่องจากผลประโยชน์ส่วนใหญ่ตกอยู่กับกลุ่มชนจำนวนน้อยซึ่งเป็นนายทุน โดยชนชั้นล่างไม่มีอำนาจในการต่อรองเพราะเกิดความไม่เท่าเทียมกัน จนนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงอันเป็นผลมากจากความขัดแย้งและการเรียกร้องระหว่างชนชั้น

สำหรับสุขภาพตามแนวคิดเศรษฐศาสตร์การเมืองนั้นหมายถึงการควบคุมทรัพยากร ดังนั้นการมีสุขภาพที่ดีหรือการเจ็บป่วย เป็นผลเนื่องมาจากการเข้าถึงการควบคุม แย่งชิง หรือดูดซับทรัพยากรทั้งที่เป็นวัตถุและไม่ใช่วัตถุระหว่างกลุ่มต่างๆ ทางสังคม หรือชนชั้นต่างๆ ทางสังคมโดยบุคคลที่มีความพิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วย และผู้หญิง รวมทั้งชนกลุ่มน้อยต่างๆ ถือว่าเป็นกลุ่มคนชายขอบของสังคม เพราะบุคคลเหล่านี้ไม่สามารถช่วยเหลือสังคมในแง่ของการผลิตและการบริโภคสินค้าและบริการได้ การแพทย์จึงเข้ามามีบทบาทสำคัญในการทำให้ประชาชนมีภาวะสุขภาพที่ดีมากพอที่จะส่งเสริมระบบเศรษฐกิจของสังคมได้ ทั้งนี้ระบบการแพทย์มีแนวโน้มที่จะไม่ดำเนินการใดๆ กับบุคคลที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาหรือไม่สามารถกลับไปเป็นกำลังทางเศรษฐกิจได้ ดังนั้น วิชาชีพแพทย์จึงมีบทบาทในการทำให้ประชาชนมีภาวะสุขภาพดีพอที่จะส่งเสริมระบบเศรษฐกิจในสังคมได้ไม่ว่าจะเป็นคนทำงานหรือคนผลิตหรือผู้บริโภค ซึ่งระบบการแพทย์จะมีแนวโน้มไม่กระทำการใดๆ กับบุคคลที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและกลุ่มบุคคลที่ไม่สามารถกลับไปเป็นกำลังทางเศรษฐกิจได้ ทำให้ระบบการแพทย์กลายเป็นสถาบันที่ส่งเสริมความไม่เท่าเทียมกันทางสังคมมากกว่าการช่วยเหลือสงเคราะห์ และเป็นระบบบริการสุขภาพที่ไร้ประสิทธิภาพ ราคาสูงและควบคุมไม่ได้ ดังนั้นสุขภาพตามระบบแนวคิดแบบทุนนิยมนับว่าเป็นสินค้าชนิดหนึ่งซึ่งใช้แสวงหากำไร

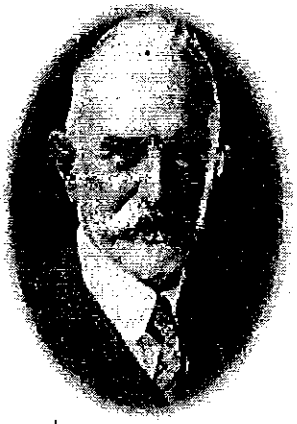
4) **ทฤษฎีปริวรรตนิยมหรือการแลกเปลี่ยน** (Exchange Theory) นักคิดคนสำคัญได้แก่ ปีเตอร์ เอ็ม เบลา (Peter M. Blau) และจอร์จ ซี โฮมันส์ (George C. Homans) เป็นต้น เป็นแนวคิดที่มาจากแนวคิดเชิงเศรษฐศาสตร์ โดยพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยมนุษย์จะพัฒนาความสัมพันธ์ตามที่ตนได้รับประโยชน์มากที่สุด และเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบของบรรทัดฐานที่สัมพันธ์กับการตอบแทน

ซึ่งกันและกันทั้งคุณค่าหรือค่านิยมและความไว้วางใจ ยิ่งบุคคลได้ทำการแลกเปลี่ยนรางวัลระหว่างกันบ่อยครั้งมากขึ้นก็จะมีโอกาสที่ความผูกพันระหว่างกันจะเกิดมากขึ้น และความผูกพันนี้จะกำหนดกิจกรรมแลกเปลี่ยนตามมา ซึ่งรางวัลการตอบแทนกันไม่จำเป็นต้องเป็นสิ่งเดียวกันอาจจะแตกต่างกันได้แต่ทั้งสองฝ่ายต้องเห็นว่าเป็นสิ่งคู่ควรและบ่อยครั้งก็จะสร้างความผูกพันระหว่างกันขึ้น ซึ่งโดยทั่วไปในสังคมจะมีบรรทัดฐานแห่งการตอบแทนกัน (Norm of Reciprocity) ที่บังคับให้บุคคลตอบแทนสิ่งที่ผู้อื่นให้อยู่แล้ว ทำให้ความสัมพันธ์นี้ยืนยาวยิ่งขึ้นจนนำไปสู่การเกิดโครงสร้างสังคมใหม่ขึ้น

ภาพที่ 7.12 ปีเตอร์ เอ็ม เบลา
(ที่มา: en.wikipedia.org)

ภาพที่ 7.13 จอร์จ ซี โฮมันส์
(ที่มา: en.jstor.org)

5) **ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์** (Symbolic Interaction) นักคิดคนสำคัญได้แก่ จอร์จ เฮอร์เบิร์ท มีด (George Herbert Mead) ราล์ฟ ลินตัน (Ralph Linton) เออร์วิง กอฟฟ์แมน (Erving Goffman) เฮอร์เบิร์ท บลูเมอร์ (Herbert Blumer) เป็นต้น เป็นทฤษฎีประเภทจุลภาค (Micro) เพราะให้ความสำคัญต่อมนุษย์แต่ละคนและช่วยให้ความรู้เกี่ยวกับสังคมมนุษย์มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ทฤษฎีนี้มีแนวคิดว่ามนุษย์จะมีการกระทำต่อสิ่งต่างๆ ตามความหมายที่ให้กับสิ่งเหล่านั้น ซึ่งความหมายต่างๆ เกิดขึ้นจากกระบวนการปฏิสังสรรค์ทางสังคม โดยสามารถปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ทางสังคม ดังนั้น มนุษย์จะเรียนรู้เกี่ยวกับความหมายและสัญลักษณ์เพื่อให้เกิดความเข้าใจในการคิด และเข้าใจสภาพแวดล้อม และถ่ายทอดผ่านทางสัญลักษณ์



ภาพที่ 7.14 จอร์จ เฮอร์เบิร์ท มีด
(ที่มา:en.wikipedia.org)

ภาพที่ 7.15 ราล์ฟ ลินตัน
(ที่มา:britannica.com)

ภาพที่ 7.16 เออร์วิง กอฟฟ์แมน
(ที่มา: eoht.info)

ภาพที่ 7.17 เฮอร์เบิร์ท บลูเมอร์
(ที่มา: d.umn.edu)

ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ (Symbolic Interaction) มุ่งเน้นประเด็นทางสังคมในเรื่องของบุคคล และกระบวนการที่บุคคลตีความให้ความหมายต่อการกระทำผ่านการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และเชื่อว่าความจริงนั้นเป็นสิ่งที่มนุษย์สร้างขึ้น โดยผ่านการกระทำและให้ความหมายของบุคคลต่อความจริงนั้นๆ ดังนั้น สังคมจึงเป็นผลรวมของการกระทำของบุคคล การปฏิสัมพันธ์ของบุคคลที่มีต่อบุคคลอื่น การให้ความหมายและการตีความของบุคคล ซึ่งกระบวนการปฏิสัมพันธ์นั้นจะกระทำผ่านกระบวนการตีความท่าทางในเชิงสัญลักษณ์และภาษา ซึ่งหมายถึงการที่บุคคลเข้าใจร่วมกันถึงความหมายเบื้องหลังของการแสดงออกท่าทางนั้นๆ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในเชิงพฤติกรรมของมนุษย์ก็จะสัมพันธ์กับการตีความและการให้ความหมายต่อการกระทำนั้นๆ ของบุคคลนั้นเอง

ปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ในเรื่องของสุขภาพ การเจ็บป่วย และการรักษา เป็นความจริงทางสังคมซึ่งถูกสังคมให้นิยามและความหมายซึ่งขึ้นอยู่กับค่านิยมทางวัฒนธรรมและการตีความ ซึ่งขัดแย้งกับแนวคิดทางชีวการแพทย์ (Biomedicine) ที่เชื่อความเป็นสากล โดยมองว่ากระบวนการสร้างความรู้ทางการแพทย์ไม่ใช่ลักษณะที่เป็นกลาง แต่เป็นการสร้างความรู้บนพื้นฐานของอำนาจและเป็นการใช้ความรู้เพื่อสนับสนุนและคงไว้ซึ่งอำนาจของวิชาชีพแพทย์ สัญลักษณ์นิยมมองว่าสุขภาพและการเจ็บป่วยเป็นอัตวิสัยของบุคคล เป็นสิ่งที่ถูกสร้างขึ้นโดยสังคมซึ่งเปลี่ยนแปลงได้ตามเวลาและบริบททางวัฒนธรรม ซึ่งจะมีความแตกต่างกันและถูกให้ความหมายต่างกันในลักษณะของอาการเจ็บป่วย

6) ทฤษฎีปรากฏการณ์นิยม (Phenomenology) นักคิดคนสำคัญ ได้แก่ เอดมุนด์ ฮัสเสิร์ล (Edmund Husserl) และ อัลเฟรด ชุตต์ (Alfred Schutz) ทฤษฎีนี้มีแนวคิดว่ามนุษย์สร้างความรู้เกี่ยวกับความเป็นจริงในสังคมขึ้นมาจากประสบการณ์ ความรู้ที่มนุษย์สร้างขึ้นนั้นเป็นผลมาจากจิตสำนึกที่จัดระบบประสบการณ์ให้เกิดความชัดเจน จนเป็นสิ่งที่สังคมเชื่อและยึดถือร่วมกัน ธรรมชาติของมนุษย์เป็นนักสร้างสรรค์ มีความคิดความอ่าน เป็นผู้สร้างสิ่งต่างๆ ทั้งที่เป็นวัตถุและไม่ใช่วัตถุ มีการกำหนดความหมายของสิ่งต่างๆ ทำให้เกิดกฎเกณฑ์ต่างๆ และคนรุ่นหลังก็ทำตามกฎเกณฑ์ของคนรุ่นก่อนโดยไม่ได้ตั้งข้อสงสัย แนวคิดนี้ให้ความสำคัญต่อกระบวนการทางจิตหรือปัญญาของมนุษย์ โดยไม่ใช้สมมติฐานเกี่ยวกับสาเหตุหรือผลของกระบวนการทางจิตแต่อย่างใด มนุษย์เป็นผู้ให้ปรากฏการณ์นิยมไม่ใช่ประจักษ์นิยม แต่เป็นกระบวนการพิจารณาหรือการศึกษาค้นคว้าตามหลักเหตุผลและถือว่าจิตเป็นต้นกำเนิดของความคิดโดยไม่อาศัยบริบทแวดล้อม ซึ่งตรงข้ามกับแนวคิดปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ และถือว่าความรู้บางอย่างถูกต้องในตัวของมันเองโดยไม่ต้องอาศัยปรากฏการณ์หรือหลักเหตุผล

7) **ทฤษฎีหลังทันสมัยนิยม** (Post-Modernism) นักคิดคนสำคัญ ได้แก่ แฟร์ดินอง เดอ โซซูร์ (Ferdinand de Saussure) ฌาคส์ แดร์ริดา (Jacques Derrida) และมิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault) เป็นต้น ทฤษฎีนี้ได้รับอิทธิพลมาจากปรัชญาในแนววิพากษ์สังคมหรือวิพากษ์วิธีคิด (Critical Theory) โดยมีแนวคิดที่ "ไม่เชื่อว่าจะมีความรู้หรือความจริงที่มีความเที่ยงแท้แน่นอน" การแสวงหาความรู้ความเข้าใจของนักคิดกลุ่มนี้จะมุ่งเน้นที่การสลายขอบเขตการแยกสาขาของศาสตร์ นักคิดหลังสมัยใหม่จะปฏิเสธทุกศาสตร์ที่อ้างถึงการศึกษาสังคมมนุษย์ด้วยวิทยาศาสตร์โดยจะมีความคิดที่ไม่อยู่ในกรอบของทฤษฎีแบบเดิมๆ

ภาพที่ 7.18 แฟร์ดินอง เดอ โซซูร์
(ที่มา: britannica.com)

ภาพที่ 7.19 ฌาคส์ แดร์ริดา
(ที่มา:humanities.uci.edu)

ภาพที่ 7.20 มิเชล ฟูโกต์
(ที่มา:teetwo.blogspot.com)

ทฤษฎีหลังทันสมัยนิยม (Post-Modernism) เป็นแนวคิดที่ตั้งข้อสงสัยต่อความคิดในการศึกษาสังคมที่เน้นหลักเหตุผลและมีความเป็นนามธรรมหรือความเป็นสากล โดยให้ความสำคัญกับประสบการณ์ อารมณ์และความรู้สึกนึกคิดของมนุษย์ในการแสวงหาความรู้ ความจริง ในการศึกษาสังคมต้องไม่แบ่งแยกระหว่างสิ่งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม โดยต้องให้ความสำคัญทั้งในเรื่องของจิตใจและการกระทำ และให้ความสำคัญในเรื่องของความหลากหลายไร้ระเบียบ และความซับซ้อนของสังคม และวัฒนธรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา นอกจากนี้ ยังให้ความสำคัญกับการวิพากษ์แนวคิดและประวัติศาสตร์เพื่อให้เกิดความเข้าใจ โดยมุ่งเน้นการวิเคราะห์ภาษา วาทกรรม และอำนาจที่ถูกประกอบสร้าง เพราะมนุษย์มีความสลับซับซ้อน เป็นพลวัตร และเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault) เป็นตัวแทนคนสำคัญที่สุดของแนวคิดหลังทันสมัย โดยเสนอแนวคิดว่าอำนาจสร้างความชอบธรรม (Might Makes Right) โดยความรู้คืออำนาจ (Knowledge is Power) ซึ่งสามารถที่จะกำหนดหรือยัดเยียดความคิดต่างๆ ของคนในสังคมที่เกี่ยวกับการประกอบสร้างความถูกต้องชอบธรรมหรือความจริงให้กับคนส่วนใหญ่ยอมรับ มิเชล ฟูโกต์ให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์ ***"วาทกรรม"*** (Discourse) ซึ่งหมายถึง การผลิตความหมายหรือการนิยามเกี่ยวกับความจริงในเรื่องต่างๆ ที่วางอยู่บนมุมมองหนึ่ง ซึ่งหมายรวมถึง การผลิตชุดความรู้ กฎเกณฑ์ และข้อปฏิบัติทางสังคมที่ต่อเนื่องมาจากความรู้นั้น ที่สำคัญก็คือการเปลี่ยนแปลงให้สังคมนิยามตนเองตามความรู้ที่ถูกผลิตออกมา สำหรับ มิเชล ฟูโกต์ แล้ว ความรู้ทุกชนิดที่ถูกผลิตออกมาเกี่ยวโยงกับอำนาจเสมอ และสามารถเปลี่ยนมาเป็นเครื่องมือของอำนาจได้ตลอดเวลาตราบเท่าที่คนหรือสังคมนั้นๆ ยอมรับชุดความรู้ที่ถูกผลิตขึ้น

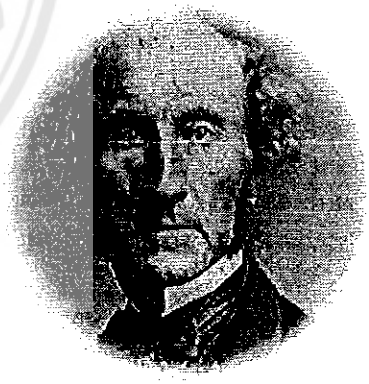
นอกจากนี้ มิเชล ฟูโกต์ ยังได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับ*"อำนาจและเทคนิคการใช้อำนาจ" โดยที่* อำนาจหมายถึง กระบวนการทางประวัติศาสตร์สังคมที่สถาปนาอาณาจักรแห่งความจริง (Regime of Truth) ชุดใดชุดหนึ่งขึ้นมาโดยกลุ่มคนที่มีอำนาจหรือเป็นกระบวนการสร้างและผลิตรูปแบบของความรู้ ความจริง ความเป็นธรรมชาติหรือความเป็นปกติขึ้นมาชุดหนึ่งที่มีผลประโยชน์ต่อผู้มีอำนาจหรือผู้สร้างวาทกรรม และการพยายามเก็บกดปิดกั้นความรู้ความจริงชุดอื่นๆโดยใช้เทคนิคอำนาจที่ซึมลึกที่สุด โดยไม่รู้สึกว่าถูกกระทำ ซึ่งเป็นเรื่องของเทคนิคการใช้อำนาจในการจัดวางตำแหน่งของปัจเจกบุคคลในวาทกรรมชุดนั้นๆ

8) **แนวคิดเรื่องชาติพันธุ์** (Ethnicity) เป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับกลุ่มต่างๆ ทางสังคมที่มีวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ภาษาพูดเดียวกัน และเชื่อว่าสืบเชื้อสายมาจากบรรพบุรุษกลุ่มเดียวกัน ได้แก่ คนไทย พม่า กะเหรี่ยง จีน ลาว เป็นต้น กลุ่มชาติพันธุ์หรือกลุ่มวัฒนธรรมมีลักษณะเด่นคือ เป็นกลุ่มคนที่สืบทอดมาจากบรรพบุรุษเดียวกัน บรรพบุรุษในที่นี้หมายถึงบรรพบุรุษทางสายเลือด ซึ่งมีลักษณะทางชีวภาพและรูปพรรณหรือเชื้อชาติเหมือนกัน รวมทั้งบรรพบุรุษทางวัฒนธรรมด้วย ผู้ที่อยู่ในกลุ่มชาติพันธุ์เดียวกันจะมีความรู้สึกผูกพันทางสายเลือดและทางวัฒนธรรม เป็นความรู้สึกผูกพันที่ช่วยเสริมสร้างอัตลักษณ์ของบุคคลและของชาติพันธุ์ และในขณะเดียวกันก็สามารถสร้างอารมณ์ความรู้สึกให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน โดยผู้ที่อยู่ในกลุ่มชาติพันธุ์มักจะนับถือศาสนาเดียวกัน ความรู้สึกผูกพันนี้อาจเรียกว่าสำนึกทางชาติพันธุ์หรือชาติลักษณ์ (Ethnic Identity)

9) **แนวคิดตรีนิยม** (Feminism) นักคิดคนสำคัญ ได้แก่ จอห์น สจ๊วต มิลล์ (John Stuart Mill) แมรี โวลสโตนคราฟต์ (Mary Wollstonecraft) และ ซีมอน เดอ โบวัวร์ (Simone De Beauvoir) เป็นต้น เป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญกับการยอมรับเรื่องสิทธิมนุษยชน และการเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อเปลี่ยนแปลงความเชื่อตลอดจนสภาพแห่งความไม่เท่าเทียมกันระหว่างเพศ โดยใช้กรอบทางด้านเพศภาวะ (Gender) ในการสะท้อนให้เห็นความเหลื่อมล้ำทางเพศ โดยได้พัฒนาแนวคิดขึ้นมาจากแนวคิดกระแสหลัก ได้แก่ เสรีนิยม (Liberalism) ลัทธิมาร์กซ์ (Marxism) จิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis) และแนวคิดหลังทันสมัย (Post-modernism) โดยเฉพาะประเด็นเรื่องเพศ สิทธิความเสมอภาคทางเพศ และการเคลื่อนไหวเรื่องความรุนแรง การข่มขืน การทำร้ายเด็ก และการทำแท้ง เป็นต้น

ภาพที่ 7.21 แมรี โวลสโตนคราฟต์
(ที่มา:womenshistory.about.com)

ภาพที่ 7.22 ซีมอน เดอ โบวัวร์
(ที่มา:yci.org.uk)



ภาพที่ 7.23 จอห์น สจ๊วต มิลล์
(ที่มา:en.wikipedia.org)

กลุ่มสตรีนิยมแบ่งออกได้เป็นหลายสาย ได้แก่ (1) สตรีนิยมสายเสรีนิยม (Liberal Feminism) ซึ่งเชื่อในเรื่องสิทธิ ความเท่าเทียม ความยุติธรรม และโอกาสที่เท่ากัน (2) สตรีนิยมสายมาร์กซิสม์ (Marxist Feminism) ซึ่งมองว่าสถานะของผู้หญิงถูกกำหนดโดยเงื่อนไขทางเศรษฐกิจโดยส่งผลต่อสภาพความเป็นรองของผู้หญิง นอกจากนี้ ยังถูกเอารัดเอาเปรียบจากระบบเศรษฐกิจที่ไม่เป็นธรรม (3) สตรีนิยมสายก้าวหน้า (Radical Feminism) หรือสายถอนรากถอนโคน ซึ่งมองว่าการกดขี่ผู้หญิงนั้นเกิดจากการระบบของเพศวิถี (Sexuality) ที่ถูกประกอบสร้างขึ้นภายใต้ระบบชายเป็นใหญ่ ซึ่งระบบชายเป็นใหญ่เป็นระบบการกดขี่ครอบงำ

ของผู้ชายตามบทบาทเพศวิถีที่สร้างความเป็นผู้หญิงขึ้นมาเพื่อรับใช้ผู้ชายโดยได้เสนอบทวิเคราะห์ให้เห็นถึงการทารุณทางเพศ การทำร้ายผู้หญิง การข่มขืน ภาพอนาจาร ตลอดจนการทำหมัน การทำแท้ง และกฎหมายการคุมกำเนิด เป็นต้น (4) สตรีนิยมแนวหลังทันสมัย (Post-modern Feminism) ซึ่งมุ่งเน้นความหลากหลายและความแตกต่างของประสบการณ์ของผู้หญิงเพราะความแตกต่างนี้เองไม่ว่าจะเป็นภาวะที่ถูกเบียดขับ กดทับ ถูกละเลยเพิกเฉย การนำเสนอความหลากหลายของประสบการณ์ของผู้หญิงจะช่วยเปิดพื้นที่ให้กับผู้หญิงและกลุ่มคนที่ถูกกดขี่ภายใต้ชุดวาทกรรมกระแสหลักที่ครอบงำได้ยิ่งขึ้น

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางสังคมวิทยาในการวิเคราะห์ปัญหาการอนามัยเจริญพันธุ์

จากแนวคิดและทฤษฎีที่ได้กล่าวมาทั้งหมดข้างต้น สามารถนำมาวิเคราะห์ในประเด็นของการอนามัยเจริญพันธุ์ได้ดังตัวอย่าง

ตัวอย่างปัญหาการอนามัยเจริญพันธุ์ผู้หญิงในเรื่องโรคเอชไอวี (HIV) และเอดส์ (AIDS) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีทางสังคมวิทยา 3 ทฤษฎีหลัก ซึ่งประกอบด้วย

1) แนวคิดทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่นิยม (Structural-Functionalism)

2) แนวคิดทฤษฎีเศรษฐศาสตร์การเมือง (Political-Economy)

3) แนวคิดทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ (The Symbolic Interaction)

โดยนำมาอธิบายปัจจัยการแพร่ระบาดของเอชไอวี (HIV) และเอดส์ (AIDS) ได้แก่ เรื่องเพศวิถี (Sexuality) และความสัมพันธ์ระหว่างเพศ (Gender Relations) ซึ่งเป็นรากฐานของปัญหา ได้ดังนี้

<u>แนวคิดโครงสร้างหน้าที่นิยม (Structural-Functionalism)</u>

แนวคิดโครงสร้างหน้าที่นิยม (Structural-Functionalism) มองว่า สถานภาพและบทบาทของคนเราจะอยู่ในหลายๆ โครงสร้างทางสังคม ซึ่งความเป็นเพศเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างสังคม เป็นการจัดการทางสังคมของความแตกต่างระหว่างเพศในด้านต่างๆ วัฒนธรรมสร้างความเป็นหญิงเป็นชายในสังคมขึ้นเป็นตัวสร้างความเป็นเพศและกำหนดว่าควรปฏิบัติอย่างไร โครงสร้างความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานเรื่องเนื้อตัวร่างกายผู้หญิงคือการสืบพันธุ์และการเจริญพันธุ์ ผู้หญิงจึงถูกนิยามในสถานภาพและบทบาทหลักคือการให้กำเนิด ความเป็นแม่ และทำหน้าที่กิจกรรมทางเพศเพื่อที่จะสนองความต้องการของผู้ชาย ซึ่งเมื่อผู้ชายที่มีเชื้อเอดส์ไม่ได้สวมถุงยางอนามัยก็จะทำให้ผู้หญิงได้รับเชื้อผ่านการมีเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้โรคเอดส์ถือว่าเป็นการผิดปกติทางสังคมในด้านบรรทัดฐานเรื่องเพศในกลุ่มคนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ด้วย ได้แก่ ผู้หญิงขายบริการทางเพศ เป็นต้น

<u>แนวคิดเศรษฐศาสตร์การเมือง (Political-Economy)</u>

แนวคิดเศรษฐศาสตร์การเมือง (Political-Economy) มองว่า ระบบทุนนิยมอุตสาหกรรมทำให้เกิดการแบ่งการทำงานออกเป็นงานบ้านที่ถือว่าเป็นงานที่ไม่ก่อให้เกิดผลผลิต ไม่มีคุณค่าและไม่มีค่าตอบแทน และงานนอกบ้านซึ่งเป็นงานที่ก่อให้เกิดผลผลิตและมีค่าตอบแทน ระบบทุนนิยมพยายามที่จะให้เก็บผู้หญิงไว้ทำงานบ้าน การกระทำเช่นนี้ถือว่าเป็นประโยชน์ต่อทุนนิยมเพราะผู้ชายสามารถทำงานได้อย่างเต็มที่โดยไม่เสีย

เวลาในการทำงานบ้านหรือทำอาหาร และนายทุนไม่จำเป็นต้องจ่ายค่าแรงงานสูงขึ้นเพื่อนำมาจ่ายให้กับคนทำงานบ้านเพราะมีผู้หญิงหรือภรรยาทำให้อยู่แล้ว ในกรณีที่ผู้หญิงได้มีโอกาสทำงานนอกบ้านภายใต้ระบบทุนนิยมที่เป็นอยู่ งานที่ผู้หญิงส่วนใหญ่ทำถูกถือว่าเป็นงานของผู้หญิง ได้แก่ งานการพยาบาล งานเย็บผ้า งานเลขานุการ ซึ่งเชื่อว่าเป็นงานที่คล้ายคลึงกับงานที่ผู้หญิงทำที่บ้าน จึงทำให้งานเหล่านั้นได้รับค่าตอบแทนต่ำเมื่อเทียบกับงานที่ผู้ชายส่วนใหญ่ทำเพราะงานบ้านถูกตัดสินว่าเป็นคนที่ไม่มีคุณค่าในระบบทุนนิยม ระบบเศรษฐกิจโดยเฉพาะเศรษฐกิจแบบทุนนิยมจึงถือว่าเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดของความเป็นรองของผู้หญิง และในความสัมพันธ์ระหว่างหญิงและชายยังมีแง่มุมอื่นๆ ได้แก่ การที่ผู้หญิงรู้สึกว่าด้อยกว่าผู้ชาย ความรู้สึกที่ต้องการพึ่งพิงผู้ชาย ความรู้สึกที่ต้องการมีผู้ชายในชีวิตเพื่อทำให้ชีวิตมีความสมบูรณ์ขึ้น และเรื่องวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ ผู้หญิงไม่กล้าที่จะต่อรองให้คู่ของตนสวมถุงยางอนามัย เนื่องจากความสัมพันธ์เชิงอำนาจภายใต้ระบบทุนนิยมชายเป็นใหญ่ที่ไม่เท่าเทียมกันทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ได้มาก

<u>แนวคิดปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ (The Symbolic Interaction)</u>

แนวคิดปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ (The Symbolic Interaction) มองว่า ระบบความเชื่อและความหมายเรื่องเพศนั้นก็ถูกนิยามและให้ความหมายโดยวัฒนธรรมในสังคม เป็นระบบความคิดที่เริ่มตั้งแต่ความเชื่อในเรื่องเพศอย่างไรจนไปถึงการลงมือปฏิบัติในเรื่องเพศตามความคิดความเชื่อนั้นอย่างไร โดยการมีอวัยวะเพศไม่ได้เอาไว้เพียงแค่ขับถ่ายหรือสืบพันธ์เท่านั้น แต่สังคมได้กำหนดคุณค่าและบทบาทผ่านความหมาย ความคิด ความเชื่อทางวัฒนธรรม ประเพณี เชื่อชาติ ศาสนา และภาษา ซึ่งในเรื่องเพศสัมพันธ์นั้นผู้หญิงต้องเป็นผู้รองรับ ในขณะที่ผู้ชายเป็นผู้ที่ต้องแสดง ระบบความคิดความหมายเรื่องเพศมีความสัมพันธ์กับความไม่เท่าเทียมกัน โดยถูกมองว่าเป็นเครื่องมือในการเอารัดเอาเปรียบทางเพศของผู้ชายที่ผู้หญิงตกเป็นผู้ถูกกระทำโดยเนื้อตัวและร่างกายของผู้หญิงถูกให้ความหมายว่าเป็นเพียงวัตถุที่ตอบสนองความต้องการของผู้ชาย ผู้หญิงถูกให้ความหมายของการเป็นหน่วยของการเจริญพันธุ์ที่ตอบสนองความต้องการของผู้ชาย และหลายคนยินยอมให้เพื่อนชายไม่สวมถุงยางอนามัย เพราะต้องการได้รับความหมายว่าเธอเป็นผู้หญิงที่ดีสะอาดและบริสุทธิ์ และยังมีความหมายถึงการเป็นภรรยาที่ดี จึงไม่กล้าขัดใจหรือร้องขอให้ผู้ชายสวมถุงยางอนามัย เมื่อผู้หญิงมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายที่มีเชื้อเอดส์ โดยไม่ได้สวมถุงยางอนามัยก็จะทำให้ได้รับเชื้อด้วย

จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ในการศึกษาปรากฏการณ์ทางสังคมนั้นจำเป็นต้องใช้ทฤษฎี (Theory) ซึ่งเป็นข้อสรุปเพื่ออธิบายปรากฏการณ์หรือพฤติกรรมของคนในสังคมอย่างเป็นระบบ โดยทฤษฎีฐานรากทางสังคมวิทยาที่อธิบายเกี่ยวกับสังคมและการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ได้แก่ ทฤษฎีวิวัฒนาการหรือวัฒนนิยม (Evolutionism) ทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่นิยม (Structural-Functionalism) ทฤษฎีความขัดแย้ง (Conflict Theory) และแนวคิดเศรษฐศาสตร์การเมือง (Political-Economy) ทฤษฎีปริวรรตนิยมหรือการแลกเปลี่ยน (Exchange Theory) ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ (Symbolic Interaction) ทฤษฎีปรากฏการณ์นิยม (Phenomenology) ทฤษฎีหลังทันสมัยนิยม (Post-Modernism) นอกจากนี้ยังมีแนวคิดเรื่องชาติพันธุ์ (Ethnicity) แนวคิดสตรีนิยม (Feminism) ซึ่งสามารถนำมาวิเคราะห์ปรากฏการณ์และปัญหาทางด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ได้

แบบฝึกหัดประจำบทเรียน

คำถาม :

จงยกตัวอย่างทฤษฎีที่สำคัญทางสังคมวิทยามา 3 ทฤษฎี โดยประยุกต์เพื่อใช้อธิบายเรื่อง *"การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของผู้หญิงไทยในปัจจุบัน"*

แนวทางการตอบ:

แนวคิดโครงสร้างหน้าที่นิยม (Structural-Functionalism) มองว่า สถานภาพและบทบาทของคนเราจะอยู่ในหลายๆ โครงสร้างทางสังคม ซึ่งความเป็นเพศเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างสังคม เป็นการจัดการทางสังคมของความแตกต่างระหว่างเพศในด้านต่างๆ วัฒนธรรมสร้างความเป็นหญิงเป็นชายในสังคมขึ้นเป็นตัวสร้างความเป็นเพศและกำหนดว่าควรปฏิบัติอย่างไร โครงสร้างความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานเรื่องเนื้อตัวร่างกายผู้หญิงคือการสืบพันธุ์และการเจริญพันธุ์ ผู้หญิงจึงถูกนิยามในสถานภาพและบทบาทหลักคือการเป็นแม่และทำหน้าที่กิจกรรมทางเพศเพื่อที่จะสนองความต้องการของผู้ชาย ซึ่งเมื่อผู้ชายที่มีเชื้อเอดส์ไม่ได้สวมถุงยางอนามัยก็จะทำให้ผู้หญิงได้รับเชื้อผ่านการมีเพศสัมพันธ์ดังกล่าว

แนวคิดเศรษฐศาสตร์การเมือง (Political-Economy) มองว่า ระบบทุนนิยมอุตสาหกรรมทำให้เกิดการแบ่งการทำงานออกเป็นงานบ้านที่ถือว่าเป็นงานที่ไม่ก่อให้เกิดผลผลิต ไม่มีคุณค่าและไม่มีค่าตอบแทนและงานนอกบ้านซึ่งเป็นงานที่ก่อให้เกิดผลผลิตมีค่าตอบแทน ระบบทุนนิยมพยายามที่จะให้เก็บผู้หญิงไว้ทำงานบ้าน การกระทำเช่นนี้ถือว่าเป็นประโยชน์ต่อทุนนิยมเพราะผู้ชายสามารถทำงานได้อย่างเต็มที่โดยไม่เสียเวลาในการทำงานบ้านหรือทำอาหาร และนายทุนไม่จำเป็นต้องจ่ายค่าแรงงานสูงขึ้นเพื่อนำมาจ่ายให้กับคนทำงานบ้านเพราะมีผู้หญิงหรือภรรยาทำให้อยู่แล้ว ในกรณีที่ผู้หญิงได้มีโอกาสทำงานนอกบ้านภายใต้ระบบทุนนิยมที่เป็นอยู่ งานที่ผู้หญิงส่วนใหญ่ทำถูกถือว่าเป็นงานของผู้หญิง จึงทำให้งานเหล่านั้นได้รับค่าตอบแทนต่ำเมื่อเทียบกับงานที่ผู้ชายส่วนใหญ่ทำเพราะงานบ้านถูกตัดสินว่าเป็นคนที่ไม่มีคุณค่าในระบบทุนนิยม ระบบเศรษฐกิจโดยเฉพาะเศรษฐกิจแบบทุนนิยมจึงถือว่าเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดของความเป็นรองของผู้หญิง และในความสัมพันธ์ระหว่างหญิงและชายยังมีแง่มุมอื่นๆ ได้แก่ การที่ผู้หญิงรู้สึกว่าด้อยกว่าผู้ชาย ความรู้สึกที่ต้องการพึ่งพิงผู้ชาย ความรู้สึกที่ต้องการมีผู้ชายในชีวิตเพื่อทำให้ชีวิตมีความสมบูรณ์ขึ้น และเรื่องวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ผู้หญิงไม่กล้าที่จะต่อรองให้คู่ของตนสวมถุงยางอนามัย เนื่องจากความสัมพันธ์เชิงอำนาจภายใต้ระบบทุนนิยมชายเป็นใหญ่ที่ไม่เท่าเทียมกันทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ได้มาก

แนวคิดปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ (The Symbolic Interaction) มองว่า ระบบความเชื่อและความหมายเรื่องเพศนั้นก็ถูกนิยามและให้ความหมายโดยวัฒนธรรมในสังคม เป็นระบบความคิดความเชื่อในเรื่องเพศอย่างไรจนไปถึงการลงมือปฏิบัติในเรื่องเพศตามความคิดความเชื่อเหล่านั้นอย่างไร โดยเรื่องของการมีอวัยวะเพศไม่ได้เอาไว้เพียงแค่ขับถ่ายหรือสืบพันธ์เท่านั้น แต่สังคมได้กำหนดคุณค่าและบทบาทผ่านความหมาย ความคิด ความเชื่อทางวัฒนธรรม ประเพณี เชื่อชาติ ศาสนา และภาษา ซึ่งในเรื่องเพศสัมพันธ์นั้นผู้หญิงต้องเป็นผู้รองรับ และถูกมองว่าเป็นเครื่องมือในการเอารัดเอาเปรียบทางเพศของผู้ชายที่ผู้หญิงตกเป็นผู้ถูกกระทำ โดยเนื้อตัวและร่างกายของผู้หญิงถูกให้ความหมายว่าเป็นเพียงวัตถุที่ตอบสนองความต้องการของผู้ชาย ผู้หญิงถูกให้ความหมายของการเป็นหน่วยของการเจริญพันธุ์ที่ตอบสนองความต้องการของผู้ชาย และหลายคนยินยอมให้เพื่อนชายไม่สวมถุงยางอนามัย เพราะต้องการได้รับความหมายว่าเธอเป็นผู้หญิงที่ดีสะอาดและบริสุทธิ์ และยังมีความหมายถึงการเป็นภรรยาที่ดีจึงไม่กล้าขัดใจหรือร้องขอให้ผู้ชายสวมถุงยางอนามัยเมื่อผู้หญิงมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายที่มีเชื้อเอดส์ โดยไม่ได้สวมถุงยางอนามัยก็จะทำให้ได้รับเชื้อด้วย

บรรณานุกรม

Anderson, Barbara A. (2005). *Reproductive health: women and men's shared responsibility.* New York: Sudbury, Mass. Jones and Bartlett.

Anderson, Margaret L. (1993). *Thinking About Women: Sociological Perspectives on Sex and Gender.* 3th edition. New York: Macmillan Publishing Company.

Anthony Giddens. (2006). *Sociology.* 5th edition. Malden: Polity Press, Cambridge.

Arneil, Barbara. (1999). *Politics and Feminism.* United Kingdom : Blackwell Publishers Ltd.

Bell, V. and de la Rue, D. (1995). *Gender Harassment on the Internet.* Prepared for the seminar in Georgia State University College of Law.

Chloe, E.Bird, Peter Conrad, Allen M.Fremont, Stefan Timmermans. (2010). *Handbook of Medical Sociology.* 6th edition. Nashville: Vanderbilr University Press.

Flucher J., Scott J. (1999). *Sociology.* Oxford: University Press.

Foucault, Micheal. (1973). *The Order of Things: An Archaeology of The Human Sciences.* Boston: Vintage.

Foucault, Michel. (1970). *The Order of Discourse in Robert Young ed.* Boston: Routledge.

Foucault, Michel. (1980). *Power and Knowledge.* London: The Harvester Press.

Harcourt, W. (1999). *Women @ Internet: Creating new cultures in cyberspace.* NY: Zed Books.

Jansen, Sue Curry. (1998). Gender and the Information Society : A Socially Structured Silence. *Journal of Communication*, 39 (3), 196-215.

Joy, H. and Simon, U. (2012). *Anthropology: A Beginner's Guide.* England: Oxford.

Ken Browne. (2011). *An Introduction to Sociology.* 4th edition. Malden: Polity Press.

King, L. K. (2000). Gender Issues in Online Community". *The Computer Professionals for Social Responsibility Newsletter,*18 (1).

Theodor, W.Adorno. (2000). *Introduction to Sociology.* California: Stangord University Press.

Primus Lake "Cultural Change and Cultural Continuity: Addressing unsafe male circumcision rituals in Indonesia", The 16th International AIDS Conference, Toronto, Canada., 13-18 August 2006.

Rosalind P. Petchesky. (2006). "Sexuality, Social Policy and AIDS: Case Studies on Sexual Rights and HIV/AIDS", *The 16th International AIDS Conference.* Toronto, Canada, 13-18 August 2006.

Simone De Beauvior. (1972). *The Second Sex*. Translated by H.B. Parshley, Penguin.

Scott, Joan W. (1988). *Gender and the Politics of History*. New York: Columbia University Press.

กฤตยา อาชวนิจกล. (2547). *ผู้หญิงในวาทกรรมการเมืองเรื่องเพศและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์*. เชียงใหม่: ศูนย์สตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กฤษฎา สิริพัฒนโชติกุล. (2549). การจัดระเบียบทางสังคม: *มนุษย์กับสังคม*. มหาสารคาม: สำนักพิมพ์ มมส.

กาญจนา แก้วเทพ. (2544). ผู้หญิง ผู้ชาย ที่บ้าน ที่สาธารณะ: *สตรีศึกษา 2 ผู้หญิงกับประเด็นต่างๆ*. กรุงเทพมหานคร: คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ.

กาญจนา แก้วเทพ และคณะ. (2548). *ทั้งรัก ทั้งใคร่ ทั้งใช้ความรุนแรงต่อผู้หญิง*. เชียงใหม่: ศูนย์สตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

โครงการสารานุกรมไทยฯ. (2553). *สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน เล่มที่ 23*. กรุงเทพมหานคร: โครงการสารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน โดยพระราชประสงค์ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว.

จิตติมา ภาณุเตชะ และคณะ. (2550). *สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ หัวใจสำคัญของสุขภาพผู้หญิง*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ.

ชายไทย รักษาชาติ. (2546). *สื่อกับมานุษยวิทยา: ปรากฏการณ์ความรุนแรงทางเพศต่อผู้หญิงในอินเตอร์เน็ต*. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน).

ถวัลย์ ภูถวัลย์. (2548). *มนุษย์กับสังคม*. มหาสารคาม: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

บุปผา ศิริรัศมี, เบญจา ยอดดำเนิน, เอื้อมพร ทองกระจาย, เรณี อรรฐาเมศร์, อมรา สุนทรธาดา. (ม.ป.ป.). *คู่มือการอบรมเชิงปฏิบัติการโครงการพัฒนา งานวิจัยด้านเพศภาวะ มิติทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรศาสตร์และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

พระศุภกร ธมฺมสาโร. (2547). "บทบาทเพศ" คอลัมภ์เซ็กส์สิกขา: *จุลสารเส้นฟาง*. กรุงเพทมหานคร: ม.ป.ท.

พิษนุ อภิสมาจารโยธิน. (2558). *เอกสารประกอบการบรรยายรายวิชาวัฒนธรรมสุขภาพสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์และสาธารณสุขศาสตร์*. ศรีษะเกษ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา.

เย็นจิตร ถิ่นขาม. (2553). *สรุปแนวคิดสรีนิยม*. สาขาวิชาสังคมวิทยาการพัฒนา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

วิศัลย์ศยา กิติรัตน์ตระการ. (2549). *บทบาทของผู้หญิงในงานวารกรรม*. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วารุณี ภูริสินสิทธิ์.สตรีนิยม. (2545). *ขบวนการและแนวคิดทางสังคมแห่งศตวรรษที่ 20*. กรุงเทพมหานคร: โครงการจัดพิมพ์คบไฟ, 2545.

วารุณี ภูริสินสิทธิ์. (2547). *ความเป็นเพศ*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สมเกียรติ ตั้งนโม. (2544). *ตามรอยแนวคิดทฤษฎีหลังทันสมัย*. กรุงเพทมหานคร: ม.ป.ท.

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. (ม.ป.ป.). *การให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

บทที่ 8
การอนามัยเจริญพันธุ์กับ
การทำให้เป็นเรื่องทางการแพทย์

แนวคิดและวัตถุประสงค์ประจำบทเรียน

สรุปแนวคิด

1. การทำให้เป็นเรื่องทางการแพทย์ (Medicalization) เป็น กระบวนการของการทำให้ประเด็นที่ไม่ใช่ปัญหาทางการแพทย์แต่ถูกให้นิยามหรือกระทำให้เป็นปัญหาทางการแพทย์โดยเฉพาะในประเด็นของการเจ็บป่วยและปัญหาสุขภาพต่างๆ โดยสัมพันธ์กับรูปแบบการครอบงำทางความคิดหรือความรู้ผ่านภาษา และวาทกรรมการแพทย์ (Medical Discourse) ซึ่งได้ก่อรูปของความจริงซึ่งถูกประกอบสร้างมาเพื่ออธิบายโดยอาศัยหลักของเหตุผลแบบวิทยาศาสตร์การแพทย์ จนส่งผลกับการให้ความหมายของสังคมในเรื่องสุขภาพและการเจ็บป่วยในลักษณะของความปกติและไม่ปกติ อันส่งผลต่อรูปแบบของความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างแพทย์ในฐานะผู้เชี่ยวชาญกับผู้ป่วยและการใช้อำนาจในการปกครองชีวญาณ (Governmentality) ให้เกิดร่างกายที่เชื่องซึม (Docile Body) ซึ่งยอมรับความคิดและความรู้เหล่านั้น

2. ภาวะหลังวัยเจริญพันธุ์กับการทำให้เป็นเรื่องทางการแพทย์ที่เห็นได้ชัดเจน ได้แก่ ภาวะหมดประจำเดือน (Menopause) ซึ่งเป็นช่วงหลังวัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิงตามธรรมชาติแต่ถูกทำให้เป็นเรื่องทางการแพทย์ (Medicalization) โดยถูกเชื่อมโยงกับความผิดปกติและโรค หากสังคมยอมรับและเลือกแนวทางตามวิธีคิดของชีวการแพทย์ (Biomedicine) เพียงมิติเดียวซึ่งถูกแปลความหมายว่าเป็นภาวะการเจ็บป่วยทำให้ผู้หญิงต้องรับบทบาทของผู้ป่วยและประกอบสร้างความหมายว่า "ผิดปกติ" ทำให้ผู้หญิงต้องพึ่งพิงการแพทย์ และสูญเสียอำนาจในตัวเอง

วัตถุประสงค์

เพื่อให้นิสิตสามารถ

1. เข้าใจความหมายของการทำให้เป็นเรื่องทางการแพทย์
2. เข้าใจภาวะหลังวัยเจริญพันธุ์กับการทำให้เป็นเรื่องทางการแพทย์

เนื้อหาหลัก

เนื้อหาในบทที่ 8 **การอนามัยเจริญพันธุ์กับการทำให้เป็นเรื่องทางการแพทย์** ประกอบด้วย 2 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 8.1 ความหมายของการทำให้เป็นเรื่องทางการแพทย์

ตอนที่ 8.2 ภาวะหลังวัยเจริญพันธุ์กับการทำให้เป็นเรื่องทางการแพทย์

เมื่ออ่านจบบทเรียนแล้วขอให้นิสิตทดลองทำแบบฝึกหัดเพื่อเป็นการทบทวนความรู้

ตอนที่ 8.1 ความหมายของการทำให้เป็นเรื่องทางการแพทย์

การทำให้เป็นเรื่องทางการแพทย์ (Medicalization) หรือ "แพทยานุวัตร" หมายถึง การขยายพื้นที่ของการแพทย์จนทำให้เรื่องที่ไม่ใช่ปัญหาความผิดปกติของร่างกาย หรือเรื่องที่เป็นวิถีชีวิตการปฏิบัติทางประเพณีตามปกติกลายมาเป็นปัญหาด้านการแพทย์ ได้แก่ การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การมีประจำเดือน การหมดประจำเดือน ความอ้วน ผู้สูงอายุ เป็นต้น การทำให้เป็นเรื่องการแพทย์นั้นไม่ใช่เพียงการครอบงำความรู้และปฏิบัติการโดยผู้เชี่ยวชาญเท่านั้นแต่สังคมทั้งหมดได้เข้ามาทำให้ปัญหาต่างๆ เป็นปัญหาทางการแพทย์ด้วย ซึ่ง อีวาน อีลิช (Ivan Illich) ได้วิพากษ์ชีวการแพทย์ (Biomedicine) ว่าก่อให้เกิดผลต่อสุขภาพ 3 ระดับ ได้แก่

1) ก่อให้เกิดโรคจากการกระทำของแพทย์ (Clinical Iatrogenic Disease) หรือโรคหมอทำ ซึ่งอาจเกิดจากผลข้างเคียงของการใช้ยาและเทคโนโลยีในกระบวนการรักษา

2) การขยายตัวของการแพทย์ชีวภาพเข้าไปสู่ปัญหาสังคมอื่นๆ (Social Iatrogenic Disease) ทำให้เกิดการสร้างขึ้น (Invention) จนกลายเป็นโรคใหม่และมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

3) การทำให้สิ่งที่เป็นเรื่องธรรมชาติของมนุษย์กลายเป็นโรคที่น่าหวาดกลัว (Cultural Iatrogenic Disease) และต้องใช้ชีวการแพทย์ (Biomedicine) เข้าไปควบคุมหรือหาวิธีการรักษา

โดยในที่สุดโรคหมอทำ (Iatrogenic) ทั้งสามระดับได้ขยายและดำรงอยู่ในโครงสร้างสังคมปัจจุบัน ทำให้ประชาชนต้องพึ่งพาอาศัยชีวการแพทย์ (Biomedicine) อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

โดยปกติแล้วในแต่ละสังคมและวัฒนธรรม ได้มีการให้ความหมายของความเจ็บป่วยของร่างกายและจิตใจโดยเชื่อมโยงสัมพันธ์กับบริบททางสังคมและวัฒนธรรม ในลักษณะของการนิยาม "ความเจ็บป่วย" (Illness) ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของแบบแผนความสัมพันธ์ที่เกื้อหนุนและเยียวยาภายใต้ระบบภูมิปัญญาของตน แต่ในปัจจุบัน องค์ความรู้ทางชีวการแพทย์ (Biomedicine) ได้ให้ความหมายของความผิดปกติทางร่างกายและจิตใจโดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างทางด้านสังคมและวัฒนธรรมในลักษณะของการนิยาม "โรค" (Disease) ซึ่ง จอร์จ คันกิลเฮม (Georges Canguilhem) ได้เสนอว่า แนวคิดเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วยไม่ใช่การแยกระหว่าง "ความความปกติ" (Normal) และ "ความไม่เป็นปกติ" (Abnormal) เพราะเป็นไปได้ที่ปัจเจกจะออกไปจากบรรทัดฐานที่ถูกกำหนดไว้ว่าเป็นความปกติชั่วคราวและอาจเป็นไปได้ที่จะสร้างบรรทัดฐานใหม่เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ใหม่หรือยอมรับสิ่งที่แทรกเข้ามาในบรรทัดฐานเดิมโดยขึ้นอยู่กับบริบทที่หลากหลาย

ภาพที่ 8.1 อีวาน อีลิช
(ที่มา: en.wikipedia.org)

ภาพที่ 8.2 จอร์จ คันกิลเฮม
(ที่มา: diaphanes.com)

อาเธอร์ ไคลน์แมน (Arthur Kleinman) ได้เสนอรูปแบบของการอธิบาย (Explanatory Model) ที่เกี่ยวข้องกับโรคและวิธีการรักษาโดยจำแนกระหว่างโรค (Disease) ที่เป็นความผิดปกติทางพยาธิสภาพและกลไกทางร่างกายซึ่งเป็นรูปแบบของการอธิบาย (Explanatory Model) ของแพทย์ และความเจ็บป่วย (Illness) ที่เป็นความผิดปกติที่เกิดจากการรับรู้หรือประสบการณ์ความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยตีความซึ่งเป็นรูปแบบของการอธิบาย (Explanatory Model) ของผู้ป่วย โดยความเจ็บป่วยของปัจเจกบุคคลยังมีความเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันด้วย ดังนั้น จึงมีความเป็นไปได้ที่ผู้ป่วยจะสร้างคำอธิบายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจากประสบการณ์ชีวิตของตนเอง ซึ่งอาจมีความแตกต่างจากคำอธิบายของแพทย์

แอนโทนี กิดเดนส์ (Anthony Giddens) ได้เสนอว่า ในสังคมทันสมัย (Modern Society) หรือสมัยใหม่มนุษย์จะมีความคิดที่แปรเปลี่ยนตลอดเวลาไปตามประสบการณ์และวิถีชีวิตของตนเอง โดยมีแนวคิดหลัก ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงเวลาและพื้นที่ (Time and Space) ซึ่งเป็นผลกระทบมาจากความเป็นโลกาภิวัตน์ (Globalization) โดยความสัมพันธ์ทางสังคมและประสบการณ์ของประชาชนจะสัมพันธ์กับเวลาและพื้นที่ ซึ่งกิจกรรมและข้อมูลข่าวสารจะถูกถอดถอนจากพื้นที่และบริบทเฉพาะแล้วสร้างความสัมพันธ์ชุดใหม่ที่มีลักษณะกว้างขวางไปยังพื้นที่ที่อยู่ห่างไกล ทำให้เกิดการหล่อหลอมและยอมรับความรู้เดียวกัน ซึ่งเป็นกลไกการแยกขาดจากกัน (Disembedding Mechanism) ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของเวลาและพื้นที่ เป็นผลให้ความสัมพันธ์ทางสังคมและประสบการณ์ของประชาชนหลุดออกจากสถานที่เฉพาะ และขยายไปสู่ที่อื่นตามกระบวนการโลกาภิวัฒน์ (Globalization) และทำให้การพัฒนาของระบบผู้เชี่ยวชาญ (Expert System) เป็นนามธรรมโดยเฉพาะชีวการแพทย์ (Biomedicine) นั้นถูกยอมรับอย่างกว้างขวาง นอกจากนี้ ความรู้และสถาบันต่างๆ เป็นตัวสนับสนุนระบบนามธรรมที่เกิดขึ้นจนกลายเป็นเรื่อง "ปกติ" โดยผู้เชี่ยวชาญได้สร้างความรู้ขึ้นมาและนำมาใช้อย่างต่อเนื่องทำให้เกิดการพึ่งพิงความรู้ของผู้เชี่ยวชาญซึ่งสนับสนุนระบบนั้น

นอกจากนี้ มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault) ได้กล่าวถึงทัศนะในเรื่องของอำนาจ (Power) โดยเสนอว่าแพทย์เป็นผู้ที่มีอำนาจชี้ว่าป่วยหรือไม่ป่วย สถาบันการแพทย์ได้เข้าไปประกอบสร้างความหมายของการเจ็บป่วยโดยทำให้กลายเป็นเรื่องปัญหาทางการแพทย์ (Medicalization) การขยายพื้นที่ของการแพทย์จนทำให้เรื่องที่ไม่ใช่ปัญหาของความผิดปกติของร่างกาย กลายเป็นปัญหาด้านการแพทย์ลักษณะต่างๆ ตั้งแต่การตั้งครรภ์ การคลอดลูก ภาวะหมดประจำเดือน และความพิการ เป็นต้น ทำให้กระบวนการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติในร่างกาย กลายเป็นปัญหาทางการแพทย์ที่คนในสังคมยอมรับ และปล่อยให้ผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญทางการแพทย์เป็นผู้แก้ไขเยียวยา โดยร่างกาย (Body) ของมนุษย์ถูกประกอบสร้าง (Constructed) โดยอำนาจ ไม่มีร่างกายของมนุษย์ที่เป็นสารัตถะ (Essential) หรือเนื้อแท้ที่เป็นตัวของตัวเองอยู่นอกวาทกรรมทางการแพทย์ (Medical Discourse) หรือปฏิบัติการ (Discursive Practice) ของวาทกรรมทางการแพทย์ ดังนั้นร่างกายมนุษย์จึงถูกจับจ้องทางการแพทย์ (Medical Gaze) อยู่ตลอดเวลา โดยอำนาจทางการแพทย์จะเข้าไปจัดระเบียบร่างกายมนุษย์ผ่านการปฏิบัติการของความรู้ทางด้านการแพทย์อย่างปราศจากข้อสงสัย (Disciplinary Power) และกลายเป็นร่างกายที่เชื่องซึม (Docile Body) ทำให้ผู้คนปฏิบัติตาม จนนำไปสู่การควบคุมและจัดการร่างกายให้เป็นไปตามความรู้ของชีวการแพทย์ (Biomedicine)

ในลักษณะของความสัมพันธ์เชิงอำนาจ (Power Relation) ที่เป็นกลไกการควบคุม ซึ่งแตกต่างจากการปกครองโดยใช้กำลังหรือกฎหมายแต่เป็นกลไกความสัมพันธ์ผ่านอำนาจที่มีรูปแบบที่หลากหลาย ได้แก่ ภาษา วาทกรรม ความรู้ และสถาบันทางสังคมต่างๆ เป็นต้น

ภาพที่ 8.3 แอนโทนี กิดเดนส์
(ที่มา: sustainability.com)

ภาพที่ 8.4 มิเชล ฟูโกต์
(ที่มา: ub.edu)

มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault) ได้เสนอแนวคิดเรื่องการปกครองชีวญาณ (Governmentality) ซึ่งเป็นการรวมของคำว่า "การปกครอง" (Gouverne หรือ Govern) และ "สภาวะจิตใจ" (Mentalite หรือ Mentality) ซึ่งหมายถึงการครอบงำความคิด ความรู้ และความนับถือร่วมกันของประชาชน โดยในยุคทันสมัยนั้น "รัฐ" ไม่ได้มีอำนาจแบบกระจุกตัวอยู่ แต่รัฐเป็นรูปแบบของการสถาปนาความเป็นจริง (Reality) ที่มีความซับซ้อนและมีความเป็นนามธรรมโดยแฝงด้วยมายาคติ (Myth) ที่มีรากฐานมาจากสถาบันและความรู้ (Knowledge) เพื่อจัดการประชาชน ซึ่งการปกครองชีวญาณถูกนำไปใช้ควบคุมให้ประชาชนหรือพลเมืองอยู่ในกระบวนการของ "การทำให้เป็นปกติ" (Normalization) เพื่อสร้างร่างกายที่เชื่องซึม (Docile Body) ที่มีลักษณะคล้ายเครื่องจักรกลโดยมีวิธีการใช้อำนาจควบคุมร่างกาย 2 ระดับได้แก่ การปกครองทางกายภาพ (Anatomo-Politics) หรือการเข้าไปควบคุมเพื่อจัดระเบียบวินัย (Regulatory Controls) ซึ่งเป็นอำนาจเหนือร่างกายของปัจเจก และการปกครองชีวภาพ (Bio-Politics) หรือการใช้อำนาจเพื่อการแทรกแซงกับประชากรโดยรวม โดยเน้นกระบวนการทางด้านชีววิทยาของมนุษย์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับเรื่องการสืบพันธุ์ การเกิด การตาย และสุขภาพ เป็นต้น การทำให้เป็นเรื่องทางการแพทย์เป็นกระบวนการและวิธีการที่แยบยลในการทำให้เกิดการยอมรับการควบคุมและแทรกแซงอำนาจเหนือร่างกายของปัจเจก โดยปฏิบัติการผ่านความรู้และความเชี่ยวชาญที่เข้ามาควบคุม ดูแลและจัดการสุขภาพหรือใช้การแพทย์เป็นเครื่องมือในการปกครองนั่นเอง

จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า การทำให้เป็นเรื่องทางการแพทย์ (Medicalization) เป็นกระบวนการของการทำให้ประเด็นที่ไม่ใช่ปัญหาทางการแพทย์ถูกให้นิยาม หรือกระทำให้เป็นปัญหาทางการแพทย์โดยเฉพาะในประเด็นของการเจ็บป่วยและปัญหาสุขภาพต่างๆ โดยสัมพันธ์กับรูปแบบการครอบงำของความรู้ผ่านทางภาษาและวาทกรรมทางการแพทย์ (Medical Discourse) ซึ่งได้ก่อรูปของความจริงซึ่งถูกประกอบสร้างมาเพื่ออธิบาย โดยอาศัยหลักของเหตุผลแบบวิทยาศาสตร์การแพทย์ จนส่งผลกับการให้ความหมายของสังคมในเรื่องสุขภาพและการเจ็บป่วยในลักษณะของความปกติและไม่ปกติ อันส่งผลต่อรูปแบบของความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างแพทย์ในฐานะผู้เชี่ยวชาญกับผู้ป่วย และการใช้อำนาจในการปกครองชีวญาณ (Governmentality) ให้เกิดร่างกายที่เชื่องซึม (Docile Body) ซึ่งยอมรับความคิดและความรู้เหล่านั้น

ตอนที่ 8.2 ภาวะหลังวัยเจริญพันธุ์กับการทำให้เป็นเรื่องทางการแพทย์

ช่วงหลังวัยเจริญพันธุ์ (Post-Reproductive Stage) เป็นช่วงที่เข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งในปัจจุบันมีแนวโน้มว่าสังคมไทยจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ เพราะมีประชากรที่อยู่ในช่วงหลังวัยเจริญพันธุ์เป็นจำนวนมากเมื่อเทียบกับประชากรทั้งหมด โดยผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจหลายด้าน โดยเฉพาะการเสื่อมของอวัยวะในระบบสืบพันธุ์ ซึ่งตัวอย่างภาวะหลังวัยเจริญพันธุ์ที่ถูกทำให้เป็นเรื่องทางการแพทย์ที่เห็นได้ชัดเจนคือ **ภาวะหมดประจำเดือน** (Menopause) หรือวัยทองของผู้หญิง

ภาวะหมดประจำเดือนเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงจากวัยผู้ใหญ่ตอนปลายเข้าสู่วัยสูงอายุของผู้หญิง โดยจะมีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนเพศที่ลดลง ส่งผลให้มีสภาพร่างกายและจิตใจเปลี่ยนแปลงโดยมีอาการต่างๆ ได้แก่ อาการร้อน วูบวาบ และเหงื่อออกตอนกลางคืน บางคนมีอาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร หงุดหงิดง่าย น้อยใจ ซึมเศร้า ตามภาษาชาวบ้านให้ความหมายว่าเป็น "อาการเลือดจะไปลมจะมา" และรู้สึกสูญเสียความเป็นเพศแม่ หรือหมดความภาคภูมิใจในความเป็นผู้หญิงเพราะไม่สามารถมีบุตรได้อีกต่อไป บางคนอาจกังวลเกี่ยวกับผิวหนังที่เหี่ยวย่นและชรา ภาวะหมดประจำเดือนเป็นการแสดงออกทางร่างกายที่สัมพันธ์กับการเข้าสู่วัยชราหรือวัยสูงอายุ เมื่อเปรียบเทียบกับคำว่าเป็นประจำเดือนซึ่งสัมพันธ์กับการเป็นวัยเจริญพันธุ์ แต่ในความเป็นจริงการหมดประจำเดือนไม่ได้เป็นเพียงกระบวนการทางร่างกาย แต่เชื่อมโยงถึงปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม การหมดประจำเดือนเป็นปรากฏการณ์ที่สัมพันธ์กับความเชื่อ ความคาดหวังและวัฒนธรรม ในหลายสังคมภาวะการหมดประจำเดือนเป็นสัญลักษณ์ของการเปลี่ยนแปลงบทบาทและสถานภาพของผู้หญิง การรับรู้ภาวะการหมดประจำเดือนในเชิงบวกจะให้ความหมายว่าเป็นการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่วัยสูงอายุซึ่งเป็นสัญลักษณ์ของการเปลี่ยนแปลงบทบาทและสถานภาพทางสังคม ซึ่งบางวัฒนธรรมจะเป็นการเข้าสู่บทบาทของการเป็น "แม่ใหญ่" ในผู้หญิง และเป็น "พ่อใหญ่" ในผู้ชาย โดยจะได้รับการเคารพยกย่อง ซึ่งการรับรู้ในแง่นี้จะทำให้เกิดความรู้สึกยินดีและมีสุขภาพดี โดยไม่เป็นภาวะของ "โรค" ส่วนการรับรู้ภาวะการหมดประจำเดือนในเชิงลบจะให้ความหมายว่าเป็นสัญลักษณ์ของความแก่ หรือผู้ที่ไม่มีความหมาย ไร้ซึ่งความสามารถ ร่างกายเสื่อมโทรม และเกิดปัญหาสุขภาพในลักษณะของการเจ็บป่วยซึ่งเป็นการให้ความหมายโดยตั้งอยู่บนแนวคิดของการทำให้เป็นเรื่องทางการแพทย์

ชีวการแพทย์ (Biomedicine) หรือวิทยาศาสตร์การแพทย์ (Medical Sciences) นิยามภาวะหมดประจำเดือนโดยอธิบายผ่านแนวคิดทางสรีรวิทยาว่าเป็นการเสื่อมของรังไข่ ซึ่งมีหน้าที่ในการผลิตฮอร์โมนโดยเชื่อว่าเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอาการผิดปกติทั้งทางร่างกายและจิตใจ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization หรือ WHO) ได้ให้ความหมายของการหมดระดูหรือการหมดประจำเดือนว่าเป็นภาวะของการหยุดเลือดระดูหรือประจำเดือน (Menses) อย่างถาวร และรังไข่ (Ovary) ซึ่งเป็นอวัยวะสืบพันธุ์ภายในของผู้หญิงทำหน้าที่สร้างฮอร์โมนเพศน้อยลงและยุติความสามารถในการมีบุตร

นักสังคมวิทยาและนักมานุษยวิทยามองว่าอาการเฉพาะตัวของผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน ได้แก่ การร้อนวูบวาบ เป็นต้น อาจจะพบในผู้หญิงบางคนและในบางสังคมเท่านั้นซึ่งจะแตกต่างกันไป โดยเป็นผลที่

ถูกกำหนดโดยบริบททางสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ บทบาทความเป็นแม่ และสถานะทางสังคม มีอิทธิพลต่อความรุนแรงของอาการ โดยการมีหรือไม่มีอาการในภาวะการหมดประจำเดือนเป็นผลมากจากสถานภาพทางสังคมของผู้หญิงในช่วงเวลานั้น ซึ่งหากขาดความมั่นคงในชีวิตหรืออยู่ในสถานภาพที่ด้อยลงก็จะส่งผลให้เกิดอาการของภาวะหมดประจำเดือนที่มากและรุนแรงได้

ภาวะหมดประจำเดือนซึ่งเป็นภาวะตามธรรมชาติของผู้หญิง ได้ถูกทำให้กลายเป็นภาวะของโรค โดยสามารถพิจารณาได้จากการผลิตซ้ำความหมายที่ปรากฏตามสื่อต่างๆ ในสังคมไทย โดยเป็นการประกอบสร้างวาทกรรมทางการแพทย์ ได้แก่ "แพทย์เตือนหญิงวัยหมดประจำเดือนมีความเสี่ยงต่อโรคกระดูกพรุน" หรือ "เคล็ดลับสุขภาพหญิงวัยทองต้องไม่ห่างแพทย์" เป็นต้น ซึ่งวาทกรรมทางการแพทย์เหล่านี้ได้ประกอบสร้างความหมายของภาวะธรรมชาติที่ผู้หญิงหมดประจำเดือนซึ่งเป็นวัยที่ได้รับการเคารพยกย่องในทางสังคมและวัฒนธรรม ให้กลายเป็นโรคที่เกิดจากการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) ที่อาจส่งผลต่อความเจ็บป่วย โดยอาจมีอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ (Automatic Nerve System) ได้แก่ อาการร้อนวูบวาบ อาการทางจิตที่ไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด และส่งผลให้เกิดอาการซึมเศร้า เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย หงุดหงิด นอนไม่หลับ ปวดเมื่อย วิงเวียน และอาการผิดปกติต่อระบบปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ เป็นต้น นอกจากนี้ยังทำให้เกิดอาการอื่นๆ ได้แก่ ภาวะกระดูกพรุนและอาการของระบบหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากแพทย์หรืออาจต้องได้รับฮอร์โมนที่ถูกสกัดจากธรรมชาติ (Bio-Identical Hormone) ทดแทน ทำให้สังคมเปลี่ยนแปลงความคิดที่มีเกี่ยวกับภาวะหมดประจำเดือนและหาทางจัดการกับปัญหาโดยต้องพึ่งพิงการแพทย์ การหมดประจำเดือนได้ถูกนิยามไว้ในทฤษฎีฮอร์โมนว่าเป็นโรคที่ต้องได้รับการดูแลโดยแพทย์ ซึ่งการใช้ฮอร์โมนทดแทน (Hormonal Replacement Therapy หรือ HRT) ได้ถูกให้ความหมายว่าเป็นการรักษาอาการที่เกิดขึ้นเบื้องต้นของการหมดประจำเดือน และเพื่อป้องกันการเกิดโรคในระยะยาว ซึ่งตามทฤษฎีของการใช้ฮอร์โมนทดแทนนี้เหมือนกับว่า "ร่างกายผู้หญิงจะมีฮอร์โมนเอสโตรเจนในร่างกายตลอดเวลา" แต่ในขณะเดียวกันได้มีข้อมูลทางระบาดวิทยาของการใช้ฮอร์โมนซึ่งแสดงให้เห็นผลข้างเคียงของฮอร์โมนทดแทนต่อสุขภาพโดยจะทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมและมะเร็งเยื่อบุมดลูกได้

ภาวะหมดประจำเดือนถูกตีตราโดยวาทกรรมทางการแพทย์ว่าเป็นโรควัยทอง (Menopausal Syndrome) ต้องได้รับการรักษาโดยแพทย์เพื่อหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยต่างๆ การรับรู้ภาวะหมดประจำเดือนว่าเป็นโรคทำให้ผู้หญิงต้องทนทุกข์ทรมานจากกลุ่มอาการที่เกิดจากภาวะการหมดประจำเดือน ส่งผลให้ผู้หญิงสูญเสียความสามารถที่จะควบคุมร่างกายของตนเองภายใต้กรอบทางวัฒนธรรมและธรรมชาติ และถูกครอบงำด้วยกรอบวาทกรรมภายใต้การควบคุมทางการแพทย์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบัน

จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ภาวะหมดประจำเดือน (Menopause) ซึ่งเป็นช่วงหลังวัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิงตามธรรมชาติได้ถูกทำให้เป็นเรื่องทางการแพทย์ (Medicalization) โดยถูกเชื่อมโยงกับความผิดปกติและโรค หากสังคมยอมรับและเลือกแนวทางตามวิธีคิดทางชีวการแพทย์ (Biomedicine) ซึ่งถูกแปลความหมายว่าเป็นภาวะการเจ็บป่วย จะทำให้ผู้หญิงต้องรับบทบาทของผู้ป่วย และประกอบสร้างความหมายว่า "ผิดปกติ" ทำให้ผู้หญิงต้องพึ่งพิงการแพทย์และสูญเสียอำนาจในตัวเอง

แบบฝึกหัดประจำบทเรียน

คำถาม :

การทำให้เป็นเรื่องทางการแพทย์หมายถึงอะไร พร้อมยกตัวอย่างภาวะหลังวัยเจริญพันธุ์ที่ถูกทำให้เป็นเรื่องทางการแพทย์

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

แนวทางการตอบ:

การทำให้เป็นเรื่องทางการแพทย์ (Medicalization) เป็นกระบวนการของการทำให้ประเด็นที่ไม่ใช่ปัญหาทางการแพทย์ถูกให้นิยาม หรือกระทำให้เป็นปัญหาทางการแพทย์ โดยเฉพาะในประเด็นของการเจ็บป่วยและปัญหาสุขภาพต่างๆ โดยสัมพันธ์กับรูปแบบการครอบงำของความรู้ ผ่านทางภาษา และวาทกรรมทางการแพทย์ (Medical Discourse) ซึ่งได้ก่อรูปของความจริงซึ่งถูกประกอบสร้างมาเพื่ออธิบายโดยอาศัยหลักของเหตุผลแบบวิทยาศาสตร์การแพทย์ จนส่งผลกับการให้ความหมายของสังคมในเรื่องของสุขภาพและการเจ็บป่วยในลักษณะของความปกติและไม่ปกติ อันส่งผลต่อความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างแพทย์ในฐานะผู้เชี่ยวชาญกับผู้ป่วยและการใช้อำนาจในการปกครองชีวญาณ (Governmentality) ให้เกิดร่างกายที่เชื่องซึม (Docile Body) ที่ยอมรับความคิดและความรู้เหล่านั้น

ตัวอย่างภาวะหลังวัยเจริญพันธุ์ที่ถูกทำให้เป็นเรื่องทางการแพทย์ ได้แก่ ภาวะหมดประจำเดือน (Menopause) ซึ่งเป็นช่วงหลังวัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิงตามธรรมชาติแต่ได้ถูกทำให้เป็นเรื่องทางการแพทย์ (Medicalization) โดยถูกเชื่อมโยงกับความผิดปกติและโรค หากสังคมยอมรับและเลือกแนวทางตามวิธีคิดทางชีวการแพทย์ (Biomedicine) ซึ่งถูกแปลความหมายว่าเป็นภาวะการเจ็บป่วย ให้ผู้หญิงต้องรับบทบาทของผู้ป่วยและประกอบสร้างความหมายว่า "ผิดปกติ" และส่งผลให้ผู้หญิงต้องพึ่งพิงการแพทย์และสูญเสียอำนาจในตัวเอง

บรรณานุกรม

Anderson, Barbara A. (2005). *Reproductive health: women and men's shared responsibility.* New York: Sudbury, Mass. Jones and Bartlett.

Foucault, Micheal. (1973). *The Order of Things: An Archaeology of The Human Sciences.* Boston: Vintage.

Foucault, Michel. (1970). *The Order of Discourse in Robert Young ed.* Boston: Routledge.

Foucault. Michel. (1980). *Power and Knowledge.* London: The Harvester Press.

Georges Canguilhem. (1991). *The Normal and The Pathological.* New York: Urzone Inc.

Ivan Illich. (1975). *Medical Nemesis: The Expropriation of Health.* New York: Pantheon Books.

Morison, A. (1948). *Outlines of Lectures on the Nature, Causes and Treatment of Insanity.* London: Longman.

Peter Conrad. (1992). Medicalization and Social Control. *Annu. Rev. Social.* 18(1), 209-232.

กฤตยา อาชวนิจกล. (2547). *ผู้หญิงในวาทกรรมการเมืองเรื่องเพศและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์.* เชียงใหม่: ศูนย์สตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กาญจนา แก้วเทพ และคณะ. (2548). *ทั้งรัก ทั้งใคร่ ทั้งใช้ความรุนแรงต่อผู้หญิง.* เชียงใหม่: ศูนย์สตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จิตติมา ภาณุเตชะ และคณะ. (2550). *สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ หัวใจสำคัญของสุขภาพผู้หญิง.* กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ.

ชิเกฮารุ ทานาเบ. (2551). *ชุมชนกับการปกครองชีวญาณ : กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในภาคเหนือของไทย.* กรุงเทพมหานคร: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน).

บุปผา ศิริรัศมี, เบญจา ยอดดำเนิน, เอื้อมพร ทองกระจาย, เรณี อรรฐาเมศร์, อมรา สุนทรธาดา. (ม.ป.ป.). *คู่มือการอบรมเชิงปฏิบัติการโครงการพัฒนา งานวิจัยด้านเพศภาวะ มิติทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์.* นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรศาสตร์และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

พิษนุ อภิสมาจารโยธิน และสุวรรณี หาญมุสิกวัฒน์กูร บรรณาธิการ : Asian-Pacific Resource & Research Centre for Women. (2550). มุมมองเกี่ยวกับเพศภาวะและสิทธิของผู้หญิงในนโยบายและแผนด้านสุขภาพ. *ARROWs เพื่อการเปลี่ยนแปลง (ฉบับภาษาไทย).* 13(2). 1-20.

พิษนุ อภิสมาจารโยธิน. (2558). *เอกสารประกอบการบรรยายรายวิชาวัฒนธรรมสุขภาพสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์และสาธารณสุขศาสตร์.* คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2558). *ศัพทานุกรมการวิจัยทางประชากรและสังคม.* นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. (ม.ป.ป.). *การให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข.* กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

บทที่ 9
การอนามัยเจริญพันธุ์กับ บริบททางด้านสังคมและวัฒนธรรม

แนวคิดและวัตถุประสงค์ประจำบทเรียน

สรุปแนวคิด

1. การเข้าใจบริบททางด้านสังคมและวัฒนธรรม มีความสำคัญต่อการวิเคราะห์ปัญหาด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ในแต่ละสังคมและวัฒนธรรม เพราะการเข้าใจปรากฏการณ์ทางสังคมและรูปแบบความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะการเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างเพศภายใต้วัฒนธรรมชายเป็นใหญ่ (Patriarchy) จะช่วยสะท้อนให้เห็นความเป็นมาอันซับซ้อนและหลากหลาย เนื่องจากมิติทางสังคมและวัฒนธรรมเป็นตัวหล่อหลอมรูปแบบความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวและสังคม ซึ่งมีผลต่อแบบแผนความเชื่อ ค่านิยม บรรทัดฐานและพฤติกรรมของคนในสังคม โดยบริบททางสังคมและวัฒนธรรมจะมีผลอย่างมากต่อการอนามัยเจริญพันธุ์

2. ปัญหาด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิงในกลุ่มประเทศอาเซียนมีความซับซ้อนและเชื่อมโยงกับบริบททางด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และศาสนาของแต่ละประเทศ โดยส่งผลกระทบโดยตรงต่อเพศภาวะ (Gender) และเพศวิถี (Sexuality) ซึ่งสะท้อนให้เห็นความเหลื่อมล้ำทางสังคมภายใต้มิติทางด้านสังคมและวัฒนธรรม และเศรษฐกิจ ทำให้ปัญหาด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิงในกลุ่มประเทศอาเซียนมีแนวโน้มที่ยังรุนแรง และจำเป็นต้องได้รับการวางแผนเพื่อแก้ไขอย่างต่อเนื่อง โดยประเด็นสำคัญที่ต้องให้ความสนใจ ได้แก่ ปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ การอนามัยแม่และเด็กที่ไม่มีประสิทธิภาพ การเข้าถึงบริการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิดที่ไม่มีคุณภาพ การเข้าถึงการให้บริการคลอดบุตรที่ไม่ปลอดภัย การตั้งครรภ์ของหญิงวัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 20 ปี การเข้าถึงการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย ความรุนแรงต่อผู้หญิงและเด็ก การเลือกปฏิบัติ และกีดกันการเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ของคนแรงงานข้ามชาติ พนักงานบริการทางเพศ และเยาวชน โดยจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์การดำเนินงานที่ไม่สามารถใช้แนวทางของการแพทย์เพียงมิติเดียวแต่ต้องขจัดช่องว่างทางสังคมและวัฒนธรรมด้วย

วัตถุประสงค์

เพื่อให้นิสิตสามารถ

1. อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างสังคมและวัฒนธรรมกับการอนามัยเจริญพันธุ์
2. เข้าใจปัญหาการอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิงในกลุ่มประเทศอาเซียน

เนื้อหาหลัก

เนื้อหาในบทที่ 9 **การอนามัยเจริญพันธุ์กับบริบททางด้านสังคมและวัฒนธรรม**ประกอบด้วย 2 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 9.1 ความสัมพันธ์ระหว่างสังคมและวัฒนธรรมกับการอนามัยเจริญพันธุ์

ตอนที่ 9.2 ปัญหาการอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิงในกลุ่มประเทศอาเซียน

เมื่ออ่านจบบทเรียนแล้วขอให้นิสิตทดลองทำแบบฝึกหัดเพื่อเป็นการทบทวนความรู้

ตอนที่ 9.1 ความสัมพันธ์ระหว่างสังคมและวัฒนธรรมกับการอนามัยเจริญพันธุ์

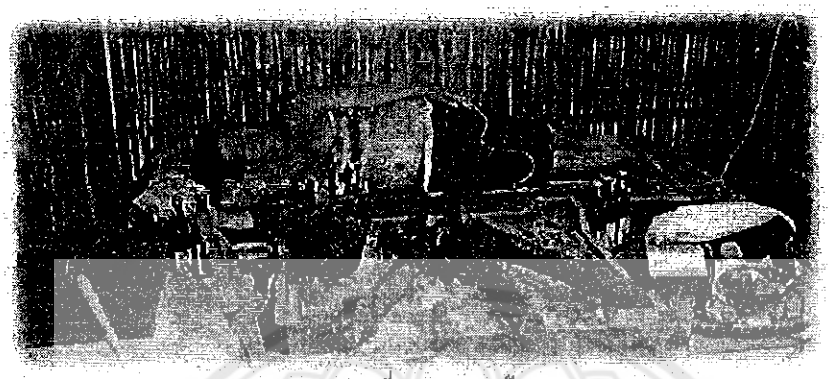
ระบบสังคมและวัฒนธรรมมีอิทธิพลโดยตรงต่อวิถีชีวิต โดยเกี่ยวข้องกับการก่อรูปค่านิยมและแบบแผนความเชื่อที่มีต่อการเจริญพันธุ์ซึ่งปรากฏให้เห็นตั้งแต่ระดับครอบครัว ซึ่งสะท้อนให้เห็นได้จากในพิธีกรรมประเพณี และแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางเพศและการอนามัยเจริญพันธุ์ ได้แก่

1) *การแต่งงาน* เป็นพิธีกรรมที่แสดงถึงการเปลี่ยนผ่าน (Rite of Passage) จากสถานะโสดไปสู่สถานะการมีคู่ครองแล้ว การแต่งงานถือเป็นขั้นตอนหนึ่งของการสร้างชีวิตครอบครัว การแต่งงานจึงเป็นทั้งความสัมพันธ์ทางเพศ ความสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจ และการเมืองระหว่างสามีและภรรยา ซึ่งอาจมีรูปแบบและพิธีการแตกต่างกันออกไปในแต่ละสังคมวัฒนธรรม ในบางสังคมวัฒนธรรมการแต่งงานเป็นการตัดสินใจเด็ดขาดของครอบครัวและวงศ์ตระกูลซึ่งอาจมีลักษณะของการคลุมถุงชน นอกจากนี้การแต่งงานเป็นการสร้างเสริมความสัมพันธภาพอันดีระหว่างครอบครัวสองครอบครัว หรืออาจเป็นการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจโดยตรงในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ การให้สินสอดแก่ฝ่ายหญิง (Bride Wealth) การแลกเปลี่ยนผู้หญิงระหว่างกลุ่ม (Exchange of Women) หรือการให้สินสอดแก่ฝ่ายชาย (Dowry) เป็นต้น และสังคมส่วนใหญ่มีกฎเกณฑ์การแต่งงานแบบภายนอกวงศ์วาน (Exogamy) ซึ่งญาติพี่น้องจะแต่งงานกันไม่ได้ หรืออาจมีกฎเกณฑ์การแต่งงานภายในวงศ์วาน (Endogamy) เพื่อดำรงไว้ซึ่งเผ่าพันธุ์และวรรณะทางสังคมของตนเอง นอกจากนี้ ในสังคมและวัฒนธรรมดั้งเดิมจะมีกลไกการควบคุมโดยใช้อุดมคติเรื่องการรักนวลสงวนตัว โดยความสัมพันธ์ระหว่างชายหญิงจะต้องอยู่ในสายตาของผู้ใหญ่ เพื่อป้องกันการ "ผิดผี" (Fornicate) เพราะเชื่อว่าเป็นการทำผิดต่อวิญญาณบรรพบุรุษของฝ่ายหญิง และหากมีการผิดผีเกิดขึ้นจะต้องมีการขอขมาและมีการแต่งงาน จะมีการสู่ขอโดยผู้ใหญ่ฝ่ายชายจะนำเงิน "ค่าใส่ผี" (Wealth) ไปให้ครอบครัวฝ่ายหญิงเพื่อบอกกล่าวแก่ผีบรรพบุรุษ ซึ่งเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับกลไกการควบคุมเพศวิถีทางสังคม

2) *การตั้งครรภ์* เป็นบทบาทสำคัญของผู้หญิงที่สังคมคาดหวัง ในหลายๆ สังคมได้กำหนดข้อห้ามในการปฏิบัติสำหรับผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ เพื่อการป้องกันปัญหาสุขภาพและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับมารดาและบุตรในครรภ์ ได้แก่ การห้ามทำบาป ห้ามฆ่าสัตว์ ห้ามไปเยี่ยมคนที่ป่วยหนัก ห้ามไปงานศพ ห้ามอาบน้ำตอนกลางคืน ห้ามรับประทานอาหารรสจัด ห้ามหาบน้ำ ห้ามยกของหนัก และห้ามยืนขวางหน้าบันไดหรือคาประตู เป็นต้น ซึ่งล้วนแต่เป็นการให้ความหมายในลักษณะของความเชื่อซึ่งอยู่บนพื้นฐานของการปฏิบัติตนในการละเว้นสิ่งที่เป็นผลเสียที่อาจเกิดขึ้นและเป็นอันตรายต่อทั้งมารดาและบุตรในครรภ์

3) *การดูแลมารดาขณะคลอดและหลังคลอด* ในสังคมและวัฒนธรรมดั้งเดิมการเตรียมการคลอดของหญิงตั้งครรภ์เมื่อท้องแก่ สามีจะมีบทบาทสำคัญในการทำงานบ้านแทนภรรยา และต้องเตรียมฟืนไว้เพื่อใช้ในการอยู่ไฟ หญิงตั้งครรภ์บางคนโดยเฉพาะผู้ที่มีบุตรคนแรกจะกลับไปคลอดที่บ้านแม่ของตนเอง โดยจะเตรียมห้องคลอดโดยอาจมีสายสิญจน์คล้องรอบห้องเพื่อป้องกันไม่ให้วิญญาณหรือผีมารบกวน และมีพิธีไหว้ผีบ้านผีเรือนและวิญญาณบรรพบุรุษเพื่อช่วยปกป้องรักษาให้คลอดง่าย เมื่อคลอดบุตรออกมาสามีจะมีบทบาท

ในการเตรียมน้ำร้อนเพื่ออาบให้ทารก และเป็นผู้นำรกไปฝังใต้บันไดเพราะเชื่อว่าเมื่อบุตรโตขึ้นจะเป็นคนรักบ้าน และมารดหลังคลอดจะมีการอยู่ไฟหรืออยู่กรรมเพื่อเป็นการพักฟื้นร่างกายและให้มดลูกกลับเข้าอู่เร็วขึ้นและมีสุขภาพดี มีน้ำนมมาก รวมทั้งให้สามีได้มีบทบาทในการดูแลเอาใจใส่ และมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูบุตรซึ่งช่วยผ่อนคลายความเหนื่อยล้าและความวิตกกังวลให้กับมารดาได้



ภาพที่ 9.1 การอยู่ไฟ
(ที่มา: esan108.com)

4) *การเกิด* เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการอนามัยเจริญพันธุ์ที่ทุกสังคมให้ความสำคัญโดยมีความเชื่อและรูปแบบการปฏิบัติที่แฝงไปด้วยนัยยะของความปลอดภัย และการให้ความรัก และเอาใจใส่ในการเลี้ยงดูบุตรตั้งแต่คลอดจนกระทั่งเติบโต โดยประเพณีของสังคมและวัฒธรรมดั้งเดิมที่สำคัญ ได้แก่ ประเพณีการผูกเปลที่มีพิธีการเชิญแม่ซื้อหรือแม่เปลเพื่อคอยดูแลคุ้มครองทารกให้ปลอดภัย พิธีการทำขวัญเดือนหรือโกนผมไฟเมื่อเด็กมีอายุครบ 1 เดือนเพื่อปัดเป่าสิ่งชั่วร้ายและเสริมความเป็นมงคลให้แก่เด็ก เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีความเชื่อเกี่ยวกับการใช้หัวไพลที่เสกอาคมมาผูกข้อมือเด็กเพื่อป้องกันวิญญาณร้าย การวางเด็กในกระด้งที่มีผ้านุ่งของแม่ฉีกเป็นผ้าอ้อม โดยมีการวางสมุดและดินสอไว้สำหรับทารกเพศชายเพื่อให้เติบโตมาเป็นคนรักการเรียนหรือรักการเขียนการอ่าน และวางเข็มกับด้ายเอาไว้สำหรับทารกเพศหญิงเพื่อให้เติบโตมาเป็นคนรักงานบ้านงานเรือน ซึ่งเป็นรูปแบบการให้ความหมายของบทบาททางเพศตามเพศสรีระอย่างชัดเจน นอกจากนี้ยังมีการตั้งชื่อทั้งชื่อจริงและชื่อเล่นเพื่อให้มีความหมายที่ดีและสอดคล้องกับเพศสรีระของเด็กด้วย

ภาพที่ 9.2 การวางเด็กในกระด้ง
(ที่มา: lib.ubu.ac.th)

5) *การเจริญพันธุ์ของผู้หญิง* เป็นการให้ความหมายของความพร้อมในการให้กำเนิดบุตร โดยใช้การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายผู้หญิงเป็นตัวกำหนดโดยเฉพาะเรื่องของการมี "ประจำเดือน" (Menstruation) ความหมายด้านบวกของการมีประจำเดือนของผู้หญิงจะหมายถึงความสามารถในการเจริญพันธุ์ซึ่งเป็นช่วงชีวิตที่เหมาะสมสำหรับการแต่งงาน การตั้งครรภ์และให้กำเนิดบุตรได้ แต่ในหลายๆ สังคมและวัฒนธรรมได้มีการให้ความหมายด้านลบของการมีประจำเดือนว่าเป็น "สิ่งสกปรก" ทำให้ผู้หญิงที่มีประจำเดือนถูกห้ามไม่ให้เข้าร่วมในพิธีกรรมทางศาสนาหรือห้ามเข้าในพื้นที่ศักดิ์สิทธิ์ ได้แก่ ห้ามเดินทับเงาเจดีย์ หรือเงาของพระสงฆ์ ห้ามเข้าโบสถ์หรือเหยียบบ่อน้ำศักดิ์สิทธิ์เพราะเชื่อว่าประจำเดือนจะทำให้เวทมนต์คาถาเสื่อม การให้นิยามในแง่ลบต่อประจำเดือนของผู้หญิงว่าเป็นสิ่งสกปรก ได้ส่งผลต่อการประกอบสร้างความคิดและอุดมการณ์เชิงอำนาจที่เข้ามาควบคุมร่างกายของผู้หญิงโดยเหมารวมให้ผู้หญิงเป็นเพศที่ต่ำกว่าเพศชาย และถูกห้ามไม่ให้เข้าร่วมในพิธีกรรมสำคัญต่างๆ ของสังคม โดยลดบทบาททางเพศของผู้หญิง ซึ่งเป็นการให้ความหมายแบบตีตราและจำกัดพื้นที่ของผู้หญิงที่ไม่เท่าเทียมกับผู้ชาย

6) *การสืบทอดสกุลของผู้ชาย* ในหลายๆ สังคมและวัฒนธรรมได้กำหนดให้บุตรชายเป็นผู้สืบทอดสกุลหรือตระกูลของบรรพบุรุษโดยตรง โดยผู้หญิงเมื่อแต่งงานแล้วจะถูกให้ความหมายว่าได้เข้ามาอยู่ในวงศ์ตระกูลของผู้ชาย ซึ่งต้องใช้นามสกุลตามสามีหรือย้ายเข้ามาอยู่ในบ้านของฝ่ายสามี ทำให้ผู้หญิงเปรียบเสมือนสมบัติของผู้ชายที่เป็นคู่สมรสของตนเอง ดังนั้น ในบางวัฒนธรรมจึงให้ความสำคัญกับการมีบุตรชายเพื่อสืบสกุล ซึ่งหากสะใภ้หรือภรรยาคนใดสามารถมีบุตรชายได้ก็จะทำให้ตนเองได้เลื่อนสถานะขึ้นภายในครอบครัวและรู้สึกมั่นคงในชีวิตครอบครัวมากกว่าการมีบุตรสาว นอกจากนี้ ในบางสังคมและวัฒนธรรมการมีบุตรสาวถือว่าเป็นเรื่องที่ไม่พึงปรารถนาทำให้มีการฆ่าทารกเพศหญิงหรือทำแท้งเกิดขึ้น ในสังคมและวัฒนธรรมดั้งเดิมมโนคติเกี่ยวกับการสืบทอดสกุลของผู้ชาย ได้ส่งผลกระทบโดยตรงต่อสถานภาพของผู้หญิงในครอบครัว โดยผู้หญิงเป็นเสมือนผู้บริการและไร้ซึ่งสิทธิพิเศษ ได้แก่ การไม่ได้รับการศึกษา การทำหน้าที่ดูแลงานบ้าน การแยกโต๊ะรับประทานอาหารและการรับประทานอาหารหลังจากที่พ่อและลูกชายรับประทานเสร็จแล้ว เป็นต้น ซึ่งแสดงให้เห็นสถานภาพที่เป็นรองภายใต้ระบบวัฒนธรรมแบบปิตาธิไตยหรือชายเป็นใหญ่ (Patriarchy) ที่ให้ความสำคัญกับเพศชายมากกว่าเพศหญิงอย่างชัดเจน

7) *มุมมองของศาสนาที่มีต่อผู้หญิง* ในหลายๆ มิติทางศาสนาจะพบได้ว่าผู้หญิงถูกกีดกันหรือแยกออกจากพิธีกรรมที่สำคัญ ได้แก่ การไม่ให้ผู้หญิงบวช หรือบวชได้แต่มีลักษณะที่แตกต่างและลำดับขั้นต่ำกว่าการบวชของผู้ชาย การห้ามผู้หญิงเข้าร่วมพิธีกรรมบางอย่าง การห้ามผู้หญิงแตะต้องโดนนักบวช หรือเครื่องรางของขลัง การห้ามผู้หญิงที่มีประจำเดือนเข้าพื้นที่ศักดิ์สิทธิ์ทางศาสนา การห้ามผู้หญิงแตะต้องศีรษะของผู้ชายเพราะถือว่าไม่เหมาะสม และการแยกพื้นที่ในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาระหว่างผู้หญิงและผู้ชาย เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เป็นภาพตัวแทนที่แสดงให้เห็นถึงบทบาทและสถานภาพทางเพศที่ไม่เท่าเทียมกันได้มากขึ้น ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำทางเพศซึ่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตและการอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิง

กระบวนการถ่ายทอดทางวัฒนธรรมได้สืบต่อรูปแบบความสัมพันธ์ และบทบาทระหว่างผู้ชายและผู้หญิง ที่มีลักษณะของความสัมพันธ์ทางเพศที่กำหนดหน้าที่ของผู้หญิงและผู้ชายภายใต้บริบททางสังคมและ

วัฒนธรรมแบบชายเป็นใหญ่ (Patriarchy) ซึ่งเป็นรูปแบบความสัมพันธ์ที่มีนัยยะของความไม่เท่าเทียมกันและถูกยอมรับ และผลิตซ้ำจนกลายเป็นรูปแบบธรรมชาติของความสัมพันธ์ที่ผู้หญิงต้องได้รับผลกระทบในลักษณะของการเป็นเพศที่อ่อนแอ ต่ำต้อย และด้อยคุณค่ากว่ามาตั้งแต่ในอดีต

วัฒนธรรมชายเป็นใหญ่ (Patriarchy) หรือปิตาธิปไตย หมายถึง ระบบชายเป็นใหญ่ในสังคม เป็นระบบการควบคุมและครอบครองโดยใช้อำนาจของผู้ชายซึ่งถูกยกย่องเสมือนเป็นผู้ปกครอง ทำให้ผู้หญิงต้องตกเป็นเบี้ยล่างหรือมีความไม่เสมอภาคระหว่างเพศ การก่อรูปของวัฒนธรรมชายเป็นใหญ่ได้มีมาตั้งแต่อดีตต่อเนื่องเป็นเวลานานและถูกผลิตซ้ำถ่ายทอดผ่านกระบวนการขัดเกลาทางสังคม (Socialization) วาทกรรม (Discourse) และการศึกษา (Education) จนฝังลึกอยู่ในสังคมและวัฒนธรรมในปัจจุบัน ระบบชายเป็นใหญ่ได้เกิดขึ้นผ่านการดำรงอยู่ของการจัดระดับชั้นทางเพศในสังคมและได้ถูกสืบทอด วัฒนธรรมชายเป็นใหญ่ถูกนิยามจากความต้องการของระบบทุนนิยม ซึ่งทำให้เกิดการจัดระดับชั้นทางเพศโดยผู้หญิงอยู่ในสถานะที่เป็นรอง ระบบทุนนิยมอุตสาหกรรมทำให้เกิดการแบ่งการทำงานออกเป็นงานบ้านที่ถือว่าเป็นงานที่ไม่ก่อให้เกิดผลผลิต ไม่มีคุณค่า และงานนอกบ้านซึ่งเป็นงานที่ก่อให้เกิดผลผลิตมีค่าตอบแทน ผู้หญิงถูกกำหนดให้ทำงานในบ้าน การกระทำเช่นนี้ถือว่าเป็นประโยชน์ต่อทุนนิยมเพราะผู้ชายสามารถทำงานนอกบ้านได้อย่างเต็มที่โดยไม่เสียเวลาทำงานบ้าน การให้ความหมายทางสังคมต่อความเป็นเพศนั้นเป็นผลจากสถาบันทางเศรษฐกิจและสถาบันทางการเมือง การแบ่งหน้าที่ของผู้หญิงและผู้ชายออกจากกันเกิดจากระบบวิธีคิดที่แบ่งแยกสังคมออกเป็นสองส่วนคือส่วนที่เป็นสาธารณะ (Public) ได้แก่ เรื่องนอกบ้านหรือเรื่องที่เกี่ยวกับเศรษฐกิจและการเมืองโดยกำหนดเป็นสังคมของผู้ชาย และส่วนที่เป็นบริเวณส่วนตัว (Private) ได้แก่ เรื่องในบ้าน หรือการดูแลงานบ้านและสมาชิกภายในครอบครัวซึ่งกำหนดให้เป็นสังคมของผู้หญิง ดังนั้นระบบเศรษฐกิจโดยเฉพาะเศรษฐกิจแบบทุนนิยมจึงถือว่าเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดของความเป็นรองของผู้หญิง ซึ่งผลิตซ้ำอุดมการณ์ทางความคิดของความไม่เท่าเทียมกันทางเพศผสมผสานกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมมาอย่างต่อเนื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้หญิงและผู้ชาย จะมีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงอำนาจของวัฒนธรรมชายเป็นใหญ่ (Patriarchy) หรือปิตาธิปไตย โดยเกี่ยวข้องกับการควบคุมการสืบพันธุ์และการเจริญพันธุ์ของผู้หญิง ดังนั้นผู้หญิงจึงถูกนิยามในสองสถานภาพและบทบาทหลัก ได้แก่ ความเป็นแม่ซึ่งเป็นอุดมการณ์ที่ควบคุมกำกับบทบาทให้ผู้หญิงต้องตั้งครรภ์ ให้กำเนิด และเลี้ยงดูบุตร และสถานภาพที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่รักษาพรหมจรรย์และกิจกรรมทางเพศเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ชาย

จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า การเข้าใจบริบททางด้านสังคมและวัฒนธรรมมีความสำคัญต่อการวิเคราะห์ปัญหาด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ในแต่ละสังคมและวัฒนธรรม เพราะการเข้าใจปรากฏการณ์ทางสังคมและรูปแบบความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะการเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างเพศภายใต้วัฒนธรรมชายเป็นใหญ่ (Patriarchy) จะช่วยสะท้อนให้เห็นความเป็นมาอันซับซ้อนและหลากหลาย เนื่องจากมิติทางสังคมและวัฒนธรรมเป็นตัวหล่อหลอมรูปแบบความสัมพันธ์ของผู้คนในครอบครัวและสังคม ซึ่งมีผลต่อแบบแผน ความเชื่อ ค่านิยม บรรทัดฐาน และพฤติกรรมของคนในสังคม โดยบริบททางสังคมและวัฒนธรรมจะมีผลอย่างมากต่อการอนามัยเจริญพันธุ์

ตอนที่ 9.2 ปัญหาการอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิงในกลุ่มประเทศอาเซียน

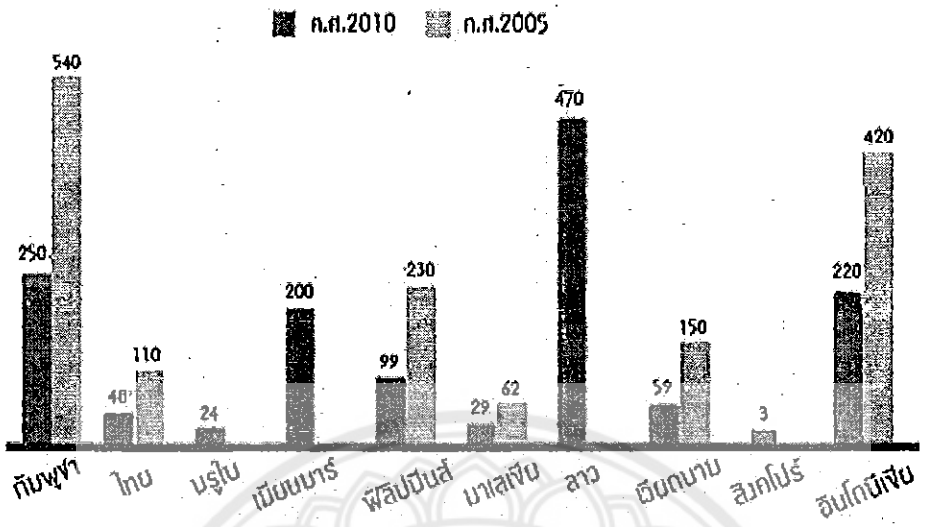
อาเซียน (ASEAN) หรือสมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Association of South East Asian Nations) ประกอบด้วยสมาชิก 10 ประเทศ คือ ประเทศไทย ลาว มาเลเซีย เมียนมาร์ ฟิลิปปินส์ บรูไนดารุสซาลาม กัมพูชา อินโดนีเซีย สิงคโปร์ และเวียดนาม โดยจัดตั้งขึ้นเพื่อสร้างความร่วมมือด้านความมั่นคงทางการเมือง ด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคมและวัฒนธรรม ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community) เป็นความร่วมมือในการแลกเปลี่ยนวัตถุดิบในการผลิต การแลกเปลี่ยนสินค้าและบริการ ตลอดจนการเคลื่อนย้ายแรงงานที่มีความแตกต่างทั้งด้านโครงสร้าง ชาติพันธุ์ ศาสนา และวัฒนธรรม จากรายงานของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า ปัจจุบันอัตราการเจริญพันธุ์ของแต่ละประเทศในอาเซียนมีความแตกต่างกัน ซึ่งประเทศที่มีอัตราการเจริญพันธุ์อยู่ในระดับสูง ได้แก่ ลาว ฟิลิปปินส์ และกัมพูชา ตามลำดับ ประเทศที่มีอัตราการเจริญพันธุ์ในระดับปานกลาง ได้แก่ มาเลเซีย อินโดนีเซีย และเมียนมาร์ ตามลำดับ ประเทศที่มีอัตราการเจริญพันธุ์ระดับต่ำ ได้แก่ เวียดนาม บรูไนดารุสซาลาม และไทย ตามลำดับ และประเทศที่มีอัตราการเจริญพันธุ์น้อยที่สุด ได้แก่ สิงคโปร์

นอกจากนี้ บริบททางชาติพันธุ์และความแตกต่างทางสังคมวัฒนธรรมของกลุ่มประเทศอาเซียนได้ส่งผลให้เกิดความแตกต่างทางด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ ตลอดจนสิทธิด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรเพศหญิงในกลุ่มสมาชิกของอาเซียน ซึ่งปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศอาเซียนมีความซับซ้อนและสัมพันธ์กับการพัฒนาทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และวิถีการดำรงชีวิต ตลอดจนความไม่เป็นธรรมที่เกิดจากเพศภาวะและเพศวิถีที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้หญิงโดยเฉพาะความเหลื่อมล้ำทางสังคม จากรายงานของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า ปัญหาด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิงในอาเซียนที่สำคัญประกอบด้วย

1) **การติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์** พบว่า ประเทศไทย เมียนมาร์ เวียดนาม และลาว มีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีของเยาวชนอายุระหว่าง 15-24 ปี ที่สูงกว่าประเทศอื่นในอาเซียน และพบแนวโน้มของการติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ที่เพิ่มขึ้นในประชากรอายุระหว่าง 15-49 ปี ของประเทศฟิลิปปินส์ และอินโดนีเซีย ส่วนประเทศที่มีแนวโน้มการติดเชื้อในประชากรอายุระหว่าง 15-49 ปี ลดลง ได้แก่ ไทย เวียดนาม กัมพูชา เมียนมาร์ และมาเลเซีย นอกจากนี้ยังพบว่าประชากรอายุระหว่าง 15-24 ปี ในกลุ่มประเทศอาเซียนยังมีความรู้เรื่องโรคเอดส์ระดับน้อยโดยมีเยาวชนที่มีความรู้เรื่องโรคเอดส์ในระดับดีไม่ถึงร้อยละ 50 ของประชากรในเกือบทุกประเทศ และยังพบปัญหาเรื่องการเลือกปฏิบัติต่อผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ในอาเซียนด้วย

2) **การอนามัยแม่และเด็ก** พบว่า ประเทศในกลุ่มอาเซียนมีอัตราเฉลี่ยของผู้หญิงตั้งครรภ์ผ่านการคลอดกับผดุงครรภ์หรือแพทย์จำนวนร้อยละ 75.5 และมีสัดส่วนการเสียชีวิตโดยเฉลี่ยของมารดาจากการคลอดเท่ากับ 154.7 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ราย โดยอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เฉลี่ยเท่ากับ 32.6 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย ซึ่งประเทศที่มีอัตราการตายของมารดาสูง ได้แก่ ประเทศลาว กัมพูชา ฟิลิปปินส์ ไทย และอินโดนีเซีย แต่ก็สามารถลดอัตราการตายของมารดาลงมากกว่าในอดีตที่ผ่านมา อย่างไร

ก็ตามประเทศเหล่านี้ยังมีอัตราการตายของมารดาสูงเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว ได้แก่ สิงคโปร์ โดยมีสถิติการตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพของทารกในกลุ่มประเทศอาเซียนดังภาพ



ภาพที่ 9.3 การตายของมารดาต่อการเกิดมีชีพ 10,000 ราย ของอาเซียนในปี ค.ศ.2005 และ 2010
(ที่มา: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556)

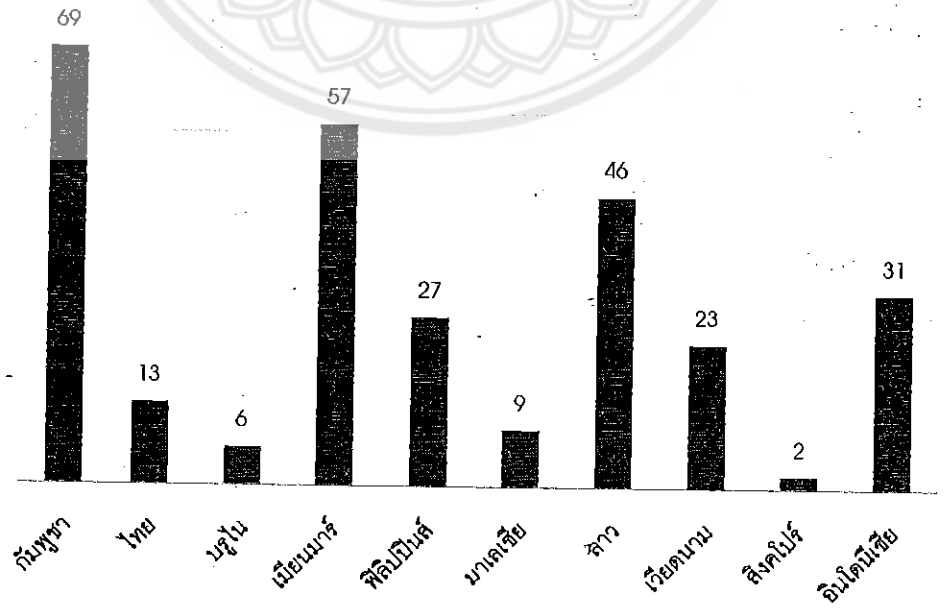
3) การเข้าถึงบริการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด พบว่า สมาชิกประชาคมอาเซียนร่วมประกาศเจตนารมณ์ว่าจะจัดบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ และบริการวางแผนครอบครัวอย่างครอบคลุม มีคุณภาพและปลอดภัยแก่ประชากรในประเทศของตนแต่พบว่าผู้หญิงทั้งในประเทศฟิลิปปินส์และอินโดนีเซียยังประสบกับปัญหาเรื่องเข้าไม่ถึงเทคโนโลยีในการคุมกำเนิดที่ทันสมัย เพราะเหตุผลด้านศาสนา วัฒนธรรม และความเชื่อ โดยเฉพาะประเทศฟิลิปปินส์ไม่สนับสนุนให้ผู้หญิงใช้เทคโนโลยีการคุมกำเนิดสมัยใหม่ แต่สนับสนุนวิธีคุมกำเนิดแบบธรรมชาติที่มีประสิทธิภาพต่ำกว่า เพราะได้รับอิทธิพลมาจากความเชื่อของศาสนาคริสต์นิกายคาทอลิกที่ต่อต้านการคุมกำเนิดเพราะถือว่าเป็นบาป และเข้าใจว่าการคุมกำเนิดเป็นการกระทำที่ต่อต้านเจตจำนงของพระเจ้า ซึ่งสถานการณ์การคุมกำเนิดของประเทศอาเซียนสามารถพิจารณาได้ดังภาพ

ประเทศ	อัตราการใช้วิธีคุมกำเนิดทุกวิธี ของผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์ ค.ศ. 2011	อัตราการใช้วิธีคุมกำเนิดสมัยใหม่ ของผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์ ค.ศ. 2011	อัตราการเข้าไม่ถึงบริการคุมกำเนิดค.ศ.2011
กัมพูชา	51	35	25
ไทย	80	78	3
บรูไน-ดารุสซาลาม	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
เมียนมาร์	41	38	19
ฟิลิปปินส์	51	34	22
มาเลเซีย	49	32	ไม่มีข้อมูล
ลาว	38	35	27
เวียดนาม	78	60	4
สิงคโปร์	62	55	ไม่มีข้อมูล
อินโดนีเซีย	61	57	13

ภาพที่ 9.4 สถานการการคุมกำเนิดของประชากรในประเทศอาเซียนปี ค.ศ.2011
(ที่มา: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556)

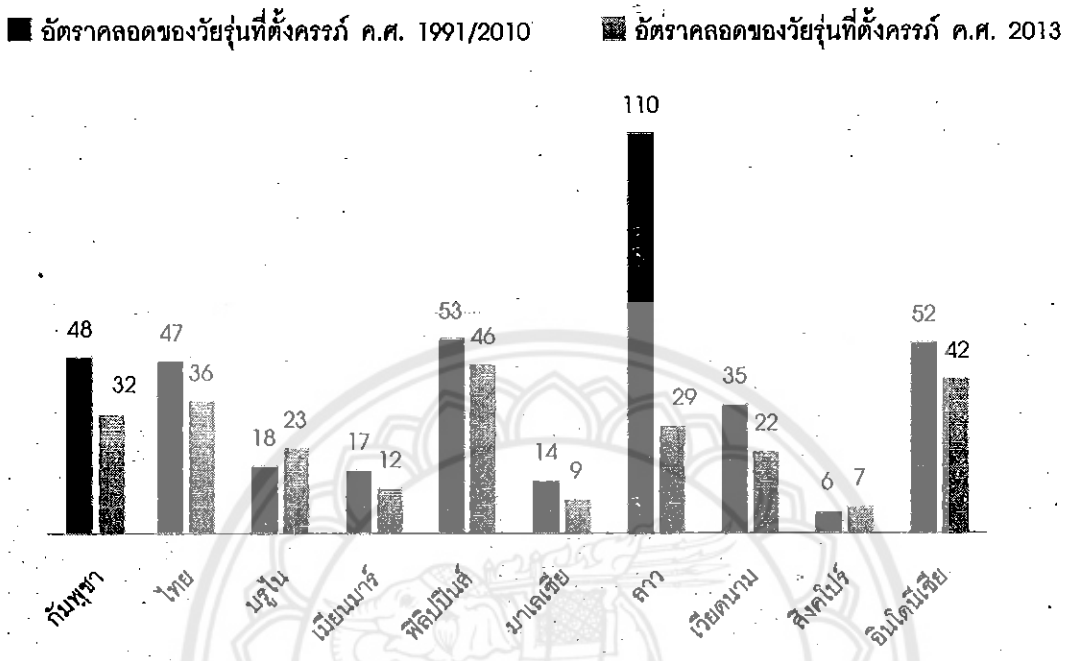
ประเทศที่มีอัตราการใช้วิธีคุมกำเนิดสมัยใหม่ต่ำที่สุด ได้แก่ ประเทศมาเลเซีย ฟิลิปปินส์ ลาว และกัมพูชา ตามลำดับ โดยประเทศไทยมีอัตราการใช้วิธีคุมกำเนิดสมัยใหม่ในสัดส่วนที่สูงที่สุด ซึ่งประมาณ 1 ใน 4 ของประชากรโดยเฉพาะอย่างยิ่งแรงงานข้ามชาติ เยาวชน คนพลัดถิ่น และผู้พิการในอาเซียนยังเข้าไม่ถึงอุปกรณ์คุมกำเนิด และภาระการคุมกำเนิดในกลุ่มประเทศสมาชิกอาเซียนยังเป็นของผู้หญิงเป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้ประเทศอินโดนีเซียยังมีกฎหมายและการปฏิบัติหลายอย่างที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงวิธีการคุมกำเนิดของผู้หญิง ได้แก่ ผู้หญิงไม่สามารถตัดสินใจใช้วิธีการคุมกำเนิดได้เอง โดยมีกฎหมายกำหนดให้ต้องได้รับความยินยอมจากสามีก่อน และยังปิดกั้นโอกาสของผู้หญิงที่ยังไม่แต่งงานแต่มีเพศสัมพันธ์ไม่ให้เข้าถึงวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ด้วย โดยประเทศฟิลิปปินส์และอินโดนีเซียไม่ให้ทางเลือกในการคุมกำเนิดด้วยวิธียุติการตั้งครรภ์เพราะเป็นเรื่องผิดกฎหมาย ยกเว้นกรณีเดียวคือการตั้งครรภ์เป็นอันตรายต่อมารดา และในประเทศกัมพูชาและลาว พบว่า ผู้หญิง 1 ใน 4 ที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ของประเทศ ไม่สามารถเข้าถึงหรือไม่ได้ใช้วิธีการคุมกำเนิด และในประเทศไทยพบว่าการเข้าไม่ถึงบริการคุมกำเนิดในผู้หญิงที่ยังไม่แต่งงานโดยเฉพาะเยาวชนมีจำนวนมากเช่นเดียวกัน

4) การเข้าถึงการให้บริการคลอดบุตรที่ปลอดภัย พบว่า มีการตั้งเป้าหมายในการส่งเสริมให้การคลอดทุกรายได้รับการดูแลโดยผดุงครรภ์ แพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรม แต่มีเพียงสามประเทศ ได้แก่ ประเทศสิงคโปร์ บรูไนดารุสซาลาม และมาเลเซีย ที่สามารถดำเนินการได้ โดยประเทศลาวมีความสำเร็จต่ำที่สุด เหตุผลสำคัญที่ทำให้หลายๆ ประเทศในอาเซียนไม่สามารถบรรลุเป้าหมายในการส่งเสริมให้ผู้หญิงเข้าถึงบริการทำคลอดที่ปลอดภัย คือ การขาดระบบบริการด้านสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ที่มีคุณภาพและครอบคลุมทั้งประเทศ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทห่างไกล ซึ่งหลายประเทศ ได้แก่ ประเทศลาว เมียนมาร์ ฟิลิปปินส์ อินโดนีเซีย กัมพูชา และเวียดนามต่างประสบกับปัญหาเหล่านั้น ซึ่งส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิตของมารดาและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีจำนวนมาก ซึ่งสามารถพิจารณาได้ดังภาพ



ภาพที่ 9.5 การตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ต่อการเกิดมีชีพ 10,000 ราย ของอาเซียนในปี ค.ศ.2010-2015
(ที่มา: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556)

5) **การตั้งครรภ์ของหญิงวัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 20 ปี** พบว่า การตั้งครรภ์และอัตราการคลอดของผู้หญิงวัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 20 ปี ในกลุ่มประเทศอาเซียนมีแนวโน้มที่ลดลง โดยมีอัตราการคลอดของแม่วัยรุ่นน้อยที่สุดในประเทศสิงคโปร์ ซึ่งสามารถพิจารณาได้ดังภาพ



ภาพที่ 9.6 การคลอดของมารดาวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีต่อประชากรหญิงในวัยเดียวกัน 1,000 ราย ค.ศ.2010 และ 2013
(ที่มา: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556)

นอกจากนี้ยังพบว่าหลายประเทศในอาเซียน ได้แก่ ไทย ฟิลิปปินส์ อินโดนีเซีย มาเลเซีย และลาวได้กำหนดให้ปัญหาการตั้งครรภ์ของหญิงวัยรุ่นเป็นนโยบายเร่งด่วนในระดับชาติ แต่อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานที่ผ่านมายังเป็นการจัดการกับปัญหาดังกล่าวในลักษณะของการอนุรักษ์นิยมในเรื่องจารีตประเพณีอย่างเคร่งครัดเกี่ยวกับการควบคุมเรื่องเพศของเยาวชนมากกว่าที่จะให้ความสำคัญในการปกป้องสุขภาพการอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิง และหลายๆ ประเทศยังคงคิดว่าการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาและการให้บริการคุมกำเนิดจะกระตุ้นให้เยาวชนมีเพศสัมพันธ์กันมากขึ้น นอกจากนี้ วัฒนธรรมทางเพศและเพศภาวะในสังคมอาเซียนยังมีความซับซ้อนและละเอียดอ่อน จึงเป็นเรื่องที่ยุ่งยากและท้าทายสำหรับการบริหารจัดการ

6) **การเข้าถึงการทำแท้งที่ปลอดภัย** พบว่า มีเพียงบางประเทศในอาเซียนที่อนุญาตให้ผู้หญิงทำแท้งหรือยุติการตั้งครรภ์ได้ตามความต้องการหรือการร้องขอของผู้หญิง ได้แก่ ประเทศสิงคโปร์ เวียดนาม และกัมพูชา ซึ่งกฎหมายที่เข้มงวดและการตีตรา (Stigma) ของสังคมได้ส่งผลให้ผู้หญิงส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงการให้บริการทำแท้งที่ปลอดภัย ทำให้มีอัตราการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่เกิดจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยจำนวนมากถึงร้อยละ 15 ของหญิงตั้งครรภ์ที่ทำแท้งในประเทศอาเซียน โดยมากกว่าร้อยละ 20 ของหญิงตั้งครรภ์ที่ทำแท้งในประเทศอาเซียนใช้วิธีการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งพบได้มากในประเทศลาว ไทย และฟิลิปปินส์ เพราะมีวัฒนธรรมทางเพศแบบสองมาตรฐานภายใต้ระบบวัฒนธรรมชายเป็นใหญ่

โดยสามารถพิจารณาเหตุผลที่กฎหมายในแต่ละประเทศในอาเซียนอนุญาตให้หญิงตั้งครรภ์ยุติการตั้งครรภ์หรือทำแท้งได้ดังภาพ

ประเทศ	เหตุผลที่อนุญาตให้ยุติการตั้งครรภ์ได้						
	รักษาชีวิตแม่	แม่มีปัญหาสุขภาพกาย	แม่มีปัญหาสุขภาพจิต	ถูกข่มขืน	ทารกมีความพิการ	มีปัญหาเศรษฐกิจหรือสังคม	ความต้องการของผู้หญิง
กัมพูชา	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ไทย	✓	✓	✓	✓			
บรูไน - ดารุสซาลาม	✓						
เมียนมาร์	✓						
ฟิลิปปินส์	✓						
มาเลเซีย	✓	✓	✓				
ลาว	✓	✓					
เวียดนาม	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
สิงคโปร์	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
อินโดนีเซีย	✓						

ภาพที่ 9.7 เหตุผลที่กฎหมายในประเทศอาเซียนอนุญาตให้ทำแท้ง
(ที่มา: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556)

อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าในประเทศเวียดนามและกัมพูชาจะมีกฎหมายอนุญาตให้ผู้หญิงตัดสินใจทำแท้งเพื่อยุติการตั้งครรภ์ได้ในทุกกรณี แต่ผู้หญิงจำนวนมากยังไม่สามารถเข้าถึงบริการการทำแท้งที่ปลอดภัยและได้มาตรฐานได้ทั้งหมด เพราะมีนโยบายที่อนุญาตให้หญิงตั้งครรภ์ทำแท้งเพียงเพื่อประโยชน์ในการควบคุมจำนวนประชากรโดยไม่ใส่ใจต่อการจัดบริการที่ปลอดภัยและขาดบุคลากรที่เชี่ยวชาญในพื้นที่ห่างไกล

7) **ความรุนแรงต่อผู้หญิง** พบว่า ในกลุ่มประเทศอาเซียนยังพบความรุนแรงในรูปแบบต่างๆ ที่มีต่อผู้หญิงซึ่งเชื่อมโยงกับแบบแผนความเชื่อ ประเพณี และวัฒนธรรมในระบบชายเป็นใหญ่ โดยเป็นความรุนแรงเชิงโครงสร้างสังคมและวัฒนธรรมที่นำไปสู่การแสดงออกที่รุนแรงต่อผู้หญิง ได้แก่ ความรุนแรงภายในครอบครัว การทำร้ายร่างกายผู้หญิง การทุบตีภรรยา การข่มขืน การคุกคามทางเพศ การลวนลามทางเพศ การบังคับให้แต่งงาน การฉุดผู้หญิง และการทำแท้งทารกเพศหญิง เป็นต้น โดยพบว่าในประเทศเวียดนามและอินโดนีเซียมีการทำร้ายร่างกายภรรยาโดยสามีของตนเองมากถึงร้อยละ 95 และ 96 ตามลำดับ และพบผู้หญิงไทยมากกว่าร้อยละ 40 เคยถูกสามีหรือคู่ของตนทำร้ายร่างกายหรือทำร้ายทางเพศ นอกจากนี้ผู้หญิงในมาเลเซียจำนวนมากกว่าร้อยละ 50 ที่ถูกสามีหรือคนรักทำร้ายร่างกายตั้งแต่ปีแรกของความสัมพันธ์ และในประเทศอื่นๆ ได้แก่ ลาว เวียดนาม ฟิลิปปินส์และกัมพูชาพบคดีการทำร้ายร่างกาย และการข่มขืนจำนวนมากโดยส่วนใหญ่เป็นการกระทำที่เกิดจากคนรู้จักหรือใกล้ชิด ซึ่งส่งกระทบอย่างมากต่อทั้งร่างกายและจิตใจของผู้หญิงและเด็กในกลุ่มประเทศอาเซียน

8) **การอนามัยเจริญพันธุ์ของแรงงานข้ามชาติ** พบว่า แรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่จะอพยพเข้ามาเพื่อประกอบอาชีพในโรงงานอุตสาหกรรม งานก่อสร้าง และงานบริการแม่บ้าน เป็นต้น ซึ่งนโยบายของหลายประเทศที่มีลักษณะเป็นการเลือกปฏิบัติ โดยเฉพาะการมีนโยบายส่งแรงงานข้ามชาติที่ตั้งครรภ์กลับประเทศของตน ได้ส่งผลให้แรงงานข้ามชาติหญิงจำนวนมากต้องไปใช้บริการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย นอกจากนี้บางประเทศมีกฎหมายห้ามแรงงานข้ามชาติมีความสัมพันธ์ทางเพศระยะยาว หรือแต่งงานกับพลเมืองในประเทศของตน หรือมีนโยบายห้ามแรงงานข้ามชาตินำภรรยาหรือครอบครัวเข้ามาในประเทศ และอาจมีการบังคับให้ตรวจเอชไอวีและเอดส์โดยไม่มีสิทธิได้รับยาต้านไวรัส (Anti-retrovirals หรือ ARV) เพราะไม่ได้รวมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของการประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ทำให้ส่งผลต่อการเข้าไม่ถึงการบริการสุขภาพและปัญหาสุขภาพการอนามัยเจริญพันธุ์ของกลุ่มแรงงานข้ามชาติจำนวนมาก

9) **การอนามัยเจริญพันธุ์ของพนักงานบริการทางเพศ** พบว่า ผลกระทบของค่านิยมและการให้ความหมายเชิงสัญลักษณ์ที่มีต่ออาชีพขายบริการทางเพศว่าเป็นบาปและผิดศีลธรรมในทุกสังคมได้ส่งผลให้หญิงและชายที่เป็นพนักงานบริการทางเพศกลายเป็นอาชีพที่ไร้ตัวตนในสังคม และถูกตีตราหรือเลือกปฏิบัติ โดยในหลายประเทศพนักงานบริการทางเพศไม่ถูกรวมเป็นกลุ่มเป้าหมายในการจัดบริการด้านการอนามัยเจริญพันธุ์และผลกระทบจากการตีตราหรือตราบาปทางสังคมทำให้พนักงานบริการทางเพศไม่กล้าเข้ารับบริการ

10) **การอนามัยเจริญพันธุ์ของเยาวชน** พบว่า วัฒนธรรมของหลายประเทศให้ความสำคัญกับจารีตของผู้หญิงและความบริสุทธิ์ของผู้หญิง ทำให้การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรกลายเป็นข้อห้ามและสิ่งที่ผิดต่อบรรทัดฐานทางสังคม และไม่มีการสนับสนุนให้เยาวชนใช้ถุงยางอนามัยเพราะความกลัวว่าจะไปกระตุ้นหรือส่งเสริมให้เยาวชนมีเพศสัมพันธ์กันมากขึ้น โดยในบางประเทศ ได้แก่ อินโดนีเซียและเวียดนามมีการออกกฎหมายห้ามการให้บริการวางแผนครอบครัวแก่เยาวชน และหลายประเทศปฏิเสธที่จะให้ความรู้เรื่องเพศกับเยาวชนทำให้เกิดปัญหาการขาดความรู้เรื่องเพศและสุขภาพทางเพศของเยาวชน ส่งผลต่อปัญหาการตั้งครรภ์ การทำแท้ง การเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่างๆ ในหลายประเทศ

จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ปัญหาด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิงในกลุ่มประเทศอาเซียนมีความซับซ้อนและเชื่อมโยงกับบริบททางด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และศาสนาของแต่ละประเทศ โดยส่งผลกระทบโดยตรงต่อเพศภาวะ (Gender) และเพศวิถี (Sexuality) ซึ่งสะท้อนให้เห็นความเหลื่อมล้ำทางสังคมภายใต้มิติทางด้านสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ ส่งผลให้ปัญหาด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิงในกลุ่มประเทศอาเซียนมีแนวโน้มที่ยังรุนแรง และจำเป็นต้องได้รับการวางแผนเพื่อแก้ไขอย่างต่อเนื่อง โดยประเด็นสำคัญที่ต้องให้ความสนใจ ได้แก่ ปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ การอนามัยแม่และเด็กที่ไม่มีประสิทธิภาพ การเข้าถึงบริการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิดที่ไม่มีคุณภาพ การเข้าถึงการให้บริการคลอดบุตรที่ไม่ปลอดภัย การตั้งครรภ์ของหญิงวัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 20 ปี การเข้าถึงการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย ความรุนแรงต่อผู้หญิงและเด็ก การเลือกปฏิบัติและกีดกันการเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ของแรงงานข้ามชาติ พนักงานบริการทางเพศ และเยาวชน โดยจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ของการดำเนินงานที่ไม่สามารถใช้แนวทางของการแพทย์เพียงมิติเดียวแต่ต้องขจัดช่องว่างทางสังคมและวัฒนธรรมด้วย

แบบฝึกหัดประจำบทเรียน

คำถาม :

บริบททางสังคมและวัฒนธรรมมีความสัมพันธ์กับการอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มประเทศอาเซียนอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

แนวทางการตอบ:

การเข้าใจบริบททางสังคมและวัฒนธรรม มีความสำคัญต่อการวิเคราะห์ปัญหาด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ในแต่ละสังคมและวัฒนธรรม เพราะการเข้าใจปรากฏการณ์ทางสังคมและรูปแบบความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะการเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างเพศภายใต้ระบบวัฒนธรรมเป็นใหญ่ (Patriarchy) จะช่วยสะท้อนให้เห็นความเป็นมาอันซับซ้อนและหลากหลาย เนื่องจากมิติทางสังคมและวัฒนธรรมเป็นตัวหล่อหลอมรูปแบบความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวและสังคม ซึ่งมีผลต่อแบบแผนความเชื่อ ค่านิยม บรรทัดฐานและพฤติกรรมของคนในสังคม โดยบริบททางสังคมและวัฒนธรรมจะมีผลอย่างมากต่อการอนามัยเจริญพันธุ์

ปัญหาด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิงในประเทศอาเซียนมีความซับซ้อน และเชื่อมโยงกับบริบททางด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ความเชื่อและศาสนาของแต่ละประเทศ โดยส่งผลกระทบโดยตรงต่อเพศภาวะ (Gender) และเพศวิถี (Sexuality) ซึ่งสะท้อนให้เห็นความเหลื่อมล้ำทางสังคมภายใต้มิติทางด้านสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ ทำให้ปัญหาด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิงในกลุ่มประเทศอาเซียนมีแนวโน้มที่ยังรุนแรง และจำเป็นต้องได้รับการวางแผนเพื่อแก้ไขอย่างต่อเนื่อง โดยประเด็นสำคัญที่ต้องให้ความสนใจ ได้แก่ ปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ การอนามัยแม่และเด็กที่ไม่มีประสิทธิภาพ การเข้าถึงบริการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิดที่ไม่มีคุณภาพ การเข้าถึงการให้บริการคลอดบุตรที่ไม่ปลอดภัย การตั้งครรภ์ของหญิงวัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 20 ปี การเข้าถึงการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย ความรุนแรงต่อผู้หญิงและเด็ก การเลือกปฏิบัติและการกีดกันการเข้าถึงบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของแรงงานข้ามชาติ พนักงานบริการทางเพศ และเยาวชน โดยจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์การดำเนินงานที่ไม่สามารถใช้แนวทางของการแพทย์เพียงมิติเดียวแต่ต้องขจัดช่องว่างทางสังคมและวัฒนธรรมด้วย

บรรณานุกรม

Anderson, Barbara A. (2005). *Reproductive health: women and men's shared responsibility.* New York: Sudbury, Mass. Jones and Bartlett.

Anderson, Margaret L. (1993). *Thinking About Women: Sociological Perspectives on Sex and Gender.* 3th edition. New York: Macmillan Publishing Company.

Bouossac, Paul. (1988). *Encyclopedia of Semiotics.* New York: Oxford University Press.

Milner, A. (1996). *Comparing Culture (Australia in Asia).* Melbourne: Oxford University Press.

Van Esterik, P. (2000). *Materializing Thailand.* New York: Berg.

World Health Organization. (1997). *Monitoring Reproctive Health: Selection a Short List of National and Global Indicators.* Geneva: WHO.

กฤตยา อาชวนิจกล. (2547). *ผู้หญิงในวาทกรรมการเมืองเรื่องเพศและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์.* เชียงใหม่: ศูนย์สตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กาญจนา แก้วเทพ และคณะ. (2548). *ทั้งรัก ทั้งใคร่ ทั้งใช้ความรุนแรงต่อผู้หญิง.* เชียงใหม่: ศูนย์สตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บุปผา ศิริรัศมี, เบญจา ยอดดำเนิน, เอื้อมพร ทองกระจาย, เรณี อรรฐาเมศร์, อมรา สุนทรธาดา. (ม.ป.ป.). *คู่มือการอบรมเชิงปฏิบัติการโครงการพัฒนา งานวิจัยด้านเพศภาวะ มิติทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์.* นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรศาสตร์และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปริตตา เฉลิมเผ่า. (2541). *เผยร่างพรางกาย: ทดลองมองร่างกายในศาสนา ปรัชญาการเมือง ประวัติศาสตร์ศิลปะและมานุษยวิทยา.* กรุงเทพมหานคร: คบไฟ.

ยศ สันตสมบัติ. (2548). *มนุษย์กับวัฒนธรรม.* กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

พิษนุ อภิสมาจารโยธิน และสุวรรณี หาญมุสิกวัฒน์กูร บรรณาธิการ : Asian-Pacific Resource & Research Centre for Women. (2550). มุมมองเกี่ยวกับเพศภาวะและสิทธิของผู้หญิงในนโยบายและแผนด้านสุขภาพ. *ARROWs เพื่อการเปลี่ยนแปลง (ฉบับภาษาไทย).* 13(2). 1-20.

เพ็ญศรี จุลกาญจน์. (2541). *การผลิตซ้ำอุดมการณ์เกี่ยวกับบทบาทและสถานภาพทางเพศของหญิงชาย การศึกษานอกระบบ.* เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วิศัลย์ศยา กิติรัตน์ตระการ. (2549). *บทบาทของผู้หญิงในงานวรรณกรรม.* เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วารุณี ภูริสินสิทธิ์. (2545). *สตรีนิยม ขบวนการและแนวคิดแห่งศตวรรษที่ 20.* กรุงเทพมหานคร: คบไฟ.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม โดย สุชาดา ทวีสิทธิ์และคณะ (บรรณาธิการ). (2556). *ประชากรและสังคม 2556 (ประชากรและสังคมในอาเซียน: ความท้าทายและโอกาส).* นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.

อมรา พงศาพิชญ์. (2548). *เพศสถานะและเพศวิถีในสังคมไทย.* กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บทที่ 10
เพศภาวะและเพศวิถีกับการอนามัยเจริญพันธุ์

แนวคิดและวัตถุประสงค์ประจำบทเรียน

สรุปแนวคิด

1. เพศภาวะ (Gender) เป็นการประกอบสร้างความหมายให้กับความแตกต่างระหว่างเพศทางร่างกาย โดยเป็นความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ การเมือง และบรรทัดฐานระหว่างความเป็นผู้หญิงและผู้ชาย เพศภาวะเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างทางสังคมและเป็นแบบแผนพฤติกรรมที่ถูกประกอบสร้างผ่านความรู้และเป็นเสมือนความคาดหวังของสังคม โดยเป็นการประกอบสร้างขึ้นผ่านกระบวนการทางสังคมและวัฒนธรรม เพศภาวะเป็นเรื่องเกี่ยวกับการแสดงถึงความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างระหว่างผู้ชายและผู้หญิง มิติบทบาทชายหญิงถูกมองว่าเป็นปัญหาที่มีมาอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะเมื่อมีปัญหาการขายบริการทางเพศของเยาวชนและการมีเพศสัมพันธ์ของบุคคลที่มีอายุน้อย รวมถึงความรุนแรงทางเพศในลักษณะต่างๆ ปัญหาเหล่านี้ยังเชื่อมโยงไปสู่ปัญหาอื่นๆ อีกมากมาย ได้แก่ ปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์และสุขภาพทางเพศ รวมถึงการแสดงออกของความเป็นตัวตนของวัยรุ่นด้วยการสร้างค่านิยมใหม่ๆ ที่ส่งผลเสียต่อตนเอง ปัญหาเหล่านี้มีความซับซ้อนภายใต้ความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างเพศ ความเป็นเพศเป็นพฤติกรรมที่ถูกเรียนรู้ทางสังคมและเป็นความคาดหวังของสังคม ซึ่งสัมพันธ์กับบทบาทของผู้หญิงและผู้ชายและมักถูกเชื่อมโยงไปสู่เรื่องของวิถีทางเพศหรือเพศวิถี (Sexuality) เพศวิถีเป็นแนวพฤติกรรมหรือการปฏิบัติของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับกามารมณ์และแรงปรารถนาจากส่วนลึกที่รวมถึงการแสดงออกของบุคคลนั้น เพศวิถีเป็นค่านิยม บรรทัดฐานและระบบความคิดและวิธีปฏิบัติที่เกี่ยวกับความปรารถนาและการแสดงออกทางเพศ นอกจากนี้ยังรวมถึงความคิดเกี่ยวกับคู่รักหรือคู่ชีวิตในอุดมคติที่เป็นการสร้างความหมายทางสังคม เพศวิถีมีความสัมพันธ์กับเศรษฐกิจ การเมือง สังคมและวัฒนธรรมที่กำหนดและสร้างความหมายเกี่ยวกับเรื่องเพศ ได้แก่ ความปกติของการเป็นคนรักต่างเพศ และความผิดปกติของการเป็นคนรักเพศเดียวกัน ผู้หญิงดีคือผู้หญิงที่อ่อนประสบการณ์ทางเพศหรือเป็นฝ่ายรับ (Passive) ในเรื่องเพศ และเพศสัมพันธ์รูปแบบต่างๆ ทั้งการมีเพศสัมพันธ์เพียงคนเดียวหรือหลายคน การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยและไม่ปลอดภัย รักต่างวัย รักนอกสมรส เป็นต้น ซึ่งเป็นตัวอย่างของเพศวิถีที่มีความหลากหลายและแปรเปลี่ยนไปในแต่ละวัฒนธรรม

2. การประกอบสร้างความจริงทางสังคม (Social Construction of Reality) เป็นการทำให้ความจริงเป็นสิ่งที่ถูกผลิตขึ้นมา โดยสิ่งที่เรียกว่าความจริง (Reality) นั้นไม่ได้เป็นสิ่งที่มีอยู่แล้วแต่ความเป็นจริงนั้นเป็นสิ่งที่ถูกสร้าง (Construct) หรือนิยาม (Definition) ขึ้น ซึ่งมิติเรื่องเพศวิถี เพศภาวะและวาทกรรมเรื่องเพศถูกนำมาใช้ในการจัดการกับประชากร โดยเชื่อมโยงอำนาจกับความรู้ที่เข้ามาจัดการกับคนในสังคมในเรื่องเพศวิถี สุขภาพทางเพศ และการอนามัยเจริญพันธุ์ ซึ่งมีผลต่อรูปแบบการปฏิบัติทางเพศ (Sexual Practice) ซึ่งเป็นการแบ่งแยกว่าสิ่งใดถูกหรือสิ่งใดผิด สิ่งใดที่ควรปฏิบัติและไม่ควรปฏิบัติ โดยสิ่งต่างๆ เหล่านี้จะเป็นตัวกำหนดและสถาปนาความจริง (Truth) สิ่งที่เรียกว่าความจริงเกี่ยวกับเรื่องมิติเพศ เพศภาวะ และเพศวิถีเป็นเพียงมายาคติที่ถูกสร้างผ่านวาทกรรมภายใต้การประกอบสร้างทางสังคม โดยมีวัฒนธรรมและบรรทัดฐานทางสังคมเป็นเครื่องมือ

3. บทบาททางเพศ (Gender Roles) เป็นความคิดความ รู้สึกและการกระทำที่เหมาะสมสำหรับผู้หญิงและผู้ชาย โดยบทบาทเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบที่มีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพและการอนามัยเจริญพันธุ์โดยสะท้อนให้เห็นความไม่เท่าเทียมกันระหว่างเพศจึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนความคิด (Rethinking) โดยคำนึงถึงสิทธิและความเป็นธรรมในบทบาททางเพศ เพราะการอนามัยเจริญพันธุ์ถือเป็นความรับผิดชอบร่วมกันในทุกเพศ จึงควรส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจในด้านเพศภาวะ เพศวิถี และบทบาททางเพศในเชิงบวกและรอบด้าน เพื่อป้องกันปัญหาด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ในลักษณะต่างๆ อย่างมีส่วนร่วมและปราศจากอคติหรือการเลือกปฏิบัติ โดยต้องมีความเสมอภาคและเท่าเทียมในการเข้าถึงความรู้และบริการสุขภาพทางเพศและมีอำนาจในการตัดสินใจบนพื้นฐานของความรับผิดชอบของตนเอง

วัตถุประสงค์

เพื่อให้นิสิตสามารถ

1. เข้าใจความหมายของเพศภาวะและเพศวิถี
2. เข้าใจมิติทางเพศกับการประกอบสร้างทางสังคม
3. อธิบายผลกระทบของบทบาททางเพศกับการอนามัยเจริญพันธุ์

เนื้อหาหลัก

เนื้อหาในบทที่ 10 **เพศภาวะและเพศวิถีกับการอนามัยเจริญพันธุ์** ประกอบด้วย 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 10.1 ความหมายของเพศภาวะและเพศวิถี

ตอนที่ 10.2 มิติทางเพศกับการประกอบสร้างทางสังคม

ตอนที่ 10.3 บทบาททางเพศกับการอนามัยเจริญพันธุ์

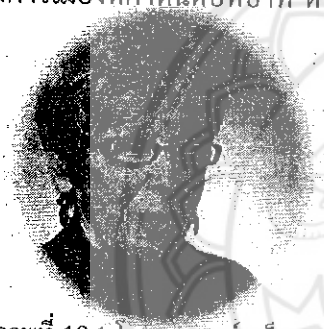
เมื่ออ่านจบบทเรียนแล้วขอให้นิสิตทดลองทำแบบฝึกหัดเพื่อเป็นการทบทวนความรู้

ตอนที่ 10.1 ความหมายของเพศภาวะและเพศวิถี

10.1.1 ความหมายของเพศภาวะ

เพศภาวะ (Gender) หรือเพศสภาพ หมายถึง การประกอบสร้างความหมายให้กับความแตกต่างระหว่างเพศทางร่างกาย โดยเป็นความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ การเมือง และความเชื่อระหว่างความเป็นผู้หญิงและผู้ชาย เพศภาวะเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างทางสังคม และเป็นแบบแผนพฤติกรรมที่ถูกประกอบสร้างผ่านความรู้และเป็นความคาดหวังของสังคมซึ่งผันแปรไปตามเวลา

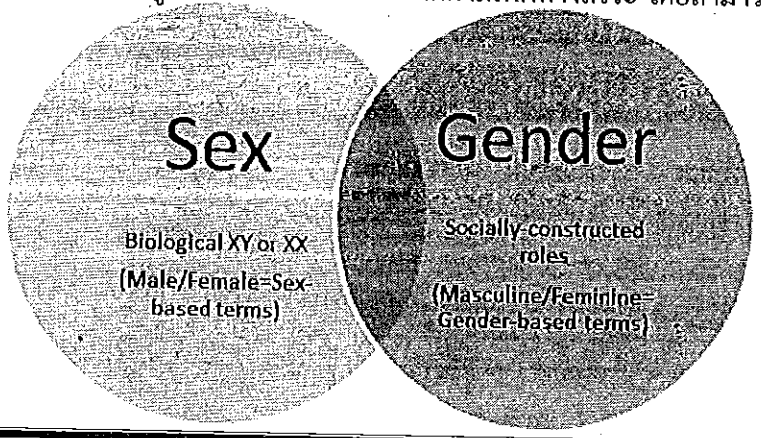
เพศภาวะ (Gender) เป็นแนวคิดที่มีต่อความแตกต่างระหว่างบทบาทของเพศชายและเพศหญิงและภาระหน้าที่ที่ถูกกำหนดโดยสังคมซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามเวลาและวัฒนธรรม นอกจากจะมีเพศทางสรีระแล้วยังมีเพศซึ่งเป็นบทบาทที่เกิดจากการเรียนรู้ และคาดหวังให้เกิดลักษณะของความเป็นชาย (Masculinity) และลักษณะความเป็นหญิง (Femininity) ซึ่งเกี่ยวข้องกับระบบเศรษฐกิจ สังคม และตัวแปรทางการเมืองที่กำหนดบทบาท หน้าที่ ข้อบังคับและบรรทัดฐานของคนในสังคม



ภาพที่ 10.1 โจน วอลเลซ์ สก๊อท
(ที่มา: prelectur.stanford.edu)

โจน วอลเลซ์ สก๊อท (Joan Wallach Scott) ได้วิเคราะห์เพศภาวะ โดยพบว่า เพศภาวะเป็นการสร้างรูปแบบในเชิงหลักฐานที่สามารถนำมาตีความและอธิบายได้โดยวิเคราะห์ประวัติศาสตร์ โดยรูปแบบของภาพตัวแทน ได้เปิดเผยให้เห็นบางส่วนของความเป็นมาทางประวัติศาสตร์ ภาพตัวแทนของเพศภาวะนั้นไม่ได้เพียงเป็นตัวแสดงให้เห็นว่ามีเพศที่แตกต่างกันอย่างไร แต่ยังบ่งชี้ให้เห็นถึงชนชั้นที่ถูกทำให้มีความแตกต่างกันด้วย

หากพิจารณาความเหมือนและความแตกต่างของ "เพศ" และเพศภาวะ สามารถกล่าวได้ว่า เพศ (Sex) เป็นลักษณะทางชีววิทยา (Biological) ที่ถูกกำหนดโดยโครโมโซมเพศ (XY = ชาย หรือ XX = หญิง) ซึ่งนำไปสู่ลักษณะพื้นฐาน (Based Terms) ของความแตกต่างทางสรีระวิทยาระหว่างเพศชายและเพศหญิง ส่วนเพศภาวะ (Gender) เป็นบทบาทที่ถูกประกอบสร้างทางสังคม (Socially-Constructed Roles) ที่นำไปสู่ลักษณะพื้นฐาน (Based Terms) ของความแตกต่างระหว่างลักษณะความเป็นชาย (Masculinity) และลักษณะความเป็นหญิง (Femininity) โดยอาจมีความทับซ้อนกันตามลักษณะพื้นฐานของความเป็นเพศทางสรีระและส่วนที่ถูกประกอบสร้างที่ไม่ยึดติดตามเพศทางสรีระ โดยสามารถพิจารณาได้ดังภาพ



ภาพที่ 10.2 "เพศ" และ "เพศภาวะ"
(ที่มา: ttuhsc.edu)

ปัจจัยทางชีววิทยา ทำให้เห็นความแตกต่างทางเพศด้านกายภาพระหว่างเพศชายและเพศหญิงตามลักษณะโครงสร้างของร่างกายและอวัยวะเพศโดยเบื้องต้น ทำให้เพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างกันโดยธรรมชาติ แต่เพศภาวะหรือความเป็นหญิงชายไม่ได้ถูกกำหนดโดยปัจจัยทางชีววิทยา แต่ถูกกำหนดโดยปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมทำให้สังคมเกิดความคาดหวังต่อความเป็นหญิงและชายในแง่มุมต่างๆ เรื่องของความเป็นผู้หญิงและผู้ชายถูกกำหนดความคาดหวังในแง่มุมเฉพาะต่างๆ และกำหนดความเชื่อ (Belief) ทัศนคติ (Attitude) และมายาคติ (Myth) รวมทั้งแบบแผนปฏิบัติทางประเพณีต่างๆ ที่ถูกทำให้กลายเป็นบรรทัดฐานของสังคม (Social Norms) เพศภาวะนอกจากจะเปลี่ยนแปลงไปตามสังคมและวัฒนธรรมเรื่องสถานะของบุคคลในสังคมแล้วยังผันแปรไปตามช่วงชีวิตหรือตามวัยของแต่ละบุคคลด้วย ความเป็นเพศเป็นพฤติกรรมที่ถูกเรียนรู้ทางสังคม ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมได้สร้างความเป็นเพศขึ้นโดยกำหนดว่าควรปฏิบัติอย่างไร ผู้หญิงและผู้ชายควรจะต้องมีหน้าที่อย่างไร การที่สังคมได้ประกอบสร้างความเป็นเพศขึ้นโดยให้ผู้หญิงมีคุณลักษณะบางอย่างและผู้ชายมีคุณลักษณะบางอย่าง และเชื่อว่าเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้นำไปสู่การกำหนดบทบาทหน้าที่รวมทั้งสถานะสูงต่ำที่แตกต่างกันระหว่างเพศ ผู้หญิงอยู่ในสภานะที่ด้อยกว่าและเป็นผู้ถูกกำหนดในขณะที่ผู้ชายอยู่ในสถานะที่เหนือกว่าหรือเป็นผู้กำหนด ซึ่งการที่ผู้หญิงมีอำนาจในการต่อรองทางเพศน้อยจะนำไปสู่ปัญหาด้านอนามัยเจริญพันธุ์ได้ โดยเฉพาะในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยและความรุนแรงทางเพศต่างๆ นอกจากนี้ เพศภาวะและเพศวิถีรวมทั้งความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเพศยังเป็นตัวกำหนดที่สำคัญต่อพฤติกรรมทางเพศด้วย

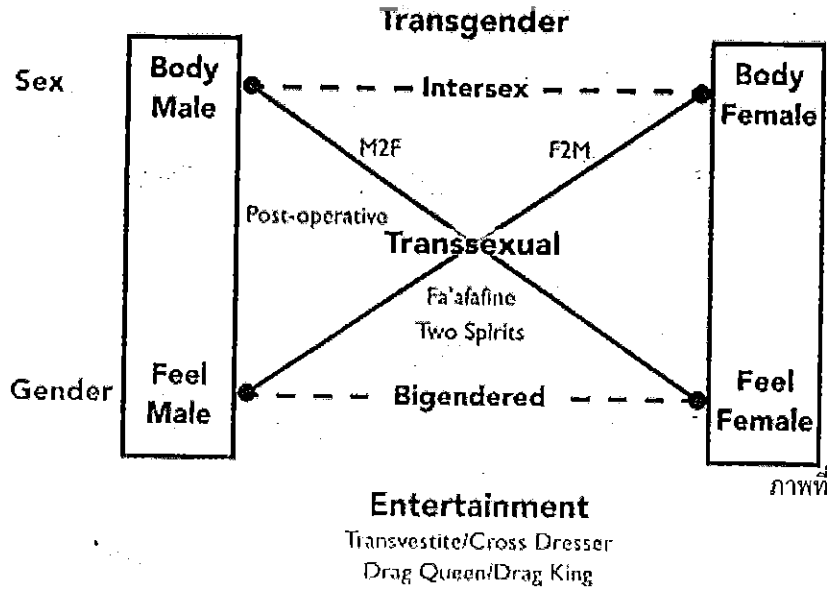
เมื่อความเป็นหญิงและความเป็นชายถูกสร้างให้มีความแตกต่าง ทำให้ผู้หญิงอยู่ในสถานะที่ด้อยโอกาสกว่าผู้ชายทั้งด้านเศรษฐกิจ การเมือง และสังคม การมองเรื่องเพศในทางลบมักจะเกี่ยวข้องกับความไม่เท่าเทียมและการรองรับการกดขี่ ทำให้กิจกรรมที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างเพศของผู้ชายและผู้หญิงถูกมองว่าเป็นเครื่องมือในการกดขี่เอารัดเอาเปรียบทางเพศที่ผู้หญิงต้องตกเป็นผู้ถูกกระทำ

จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า เพศภาวะ (Gender) เป็นการประกอบสร้างความหมายให้กับความแตกต่างระหว่างเพศทางร่างกาย โดยเป็นความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ การเมือง และความเชื่อระหว่างความเป็นผู้หญิงและผู้ชาย เพศภาวะเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างสังคมและเป็นแบบแผนพฤติกรรมที่ถูกประกอบสร้างผ่านความรู้ และเป็นเสมือนความคาดหวังของสังคมโดยเป็นการประกอบสร้างผ่านกระบวนการทางสังคมและวัฒนธรรม เพศภาวะเป็นเรื่องเกี่ยวกับการแสดงถึงความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างระหว่างผู้ชายและผู้หญิง มิติบทบาทชายหญิงถูกมองว่าเป็นปัญหาที่มีมาอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะเมื่อมีข่าวการขายบริการทางเพศของเยาวชน และการมีเพศสัมพันธ์ของบุคคลอายุน้อยรวมถึงมีความรุนแรงทางเพศในลักษณะต่างๆ ปัญหาเหล่านี้ยังเชื่อมโยงไปสู่ปัญหาอื่นอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และปัญหาสุขภาพ รวมถึงการแสดงออกของความเป็นตัวตนของวัยรุ่นด้วยการสร้างค่านิยมใหม่ๆ ที่ส่งผลเสียต่อตนเอง ปัญหาเหล่านี้มีความซับซ้อนภายใต้ความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างเพศ ความเป็นเพศเป็นพฤติกรรมที่ถูกเรียนรู้ทางสังคมและเป็นความคาดหวังของสังคมซึ่งสัมพันธ์กับบทบาทของผู้หญิงและผู้ชายและมักถูกเชื่อมโยงไปสู่เรื่องวิถีทางเพศหรือเพศวิถี (Sexuality)

10.1.2 ความหมายของเพศวิถี

เพศวิถี (Sexuality) หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมการปฏิบัติของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับกามารมณ์และแรงปรารถนาจากส่วนลึกที่รวมถึงการแสดงออกของบุคคลนั้น เพศวิถีเป็นค่านิยม บรรทัดฐาน และระบบวิธีคิดและวิธีปฏิบัติที่เกี่ยวกับความปรารถนาและการแสดงออกทางเพศ นอกจากนี้ยังรวมถึงความคิดเกี่ยวกับคู่รักหรือคู่ชีวิตในอุดมคติที่เป็นการสร้างความหมายทางสังคม เพศวิถีมีความสัมพันธ์กับเศรษฐกิจ การเมือง สังคมและวัฒนธรรมที่กำหนดและสร้างความหมายเกี่ยวกับเรื่องเพศ ได้แก่ ความปกติของการเป็นคนรักต่างเพศและความผิดปกติของการเป็นคนรักเพศเดียวกัน ผู้หญิงดีคือผู้หญิงที่อ่อนประสบการณ์ทางเพศหรือเป็นฝ่ายรับ (Passive) ในเรื่องเพศ และเพศสัมพันธ์รูปแบบต่างๆ ทั้งการมีเพศสัมพันธ์เพียงคนเดียวหรือหลายคน การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยและไม่ปลอดภัย รักต่างวัย รักนอกสมรส เป็นต้น

เพศวิถี (Sexuality) เป็นการแสดงออกทางเพศ ความปรารถนาทางเพศและพฤติกรรมทางเพศ ซึ่งสังคมส่วนใหญ่ได้กำหนดรูปแบบของเพศวิถีผ่านทางวาทกรรมจารีต (Tradition Discourse) โดยกำหนดว่าเพศวิถีใดที่ต้องห้ามหรือไม่ควรปฏิบัติ เพศวิถีมีลักษณะเป็นข้อห้าม (Taboo) ที่เกี่ยวข้องกับความอับอายไม่ให้แสดงออก การประกอบสร้างทางสังคมในเรื่องเพศวิถีเป็นเรื่องเกี่ยวกับกระบวนการคิด พฤติกรรมและเงื่อนไขในเรื่องเพศซึ่งถูกตีความและให้เหตุผลโดยระบบความหมายเชิงวัฒนธรรม ซึ่งกระบวนการประกอบสร้างทางสังคมในเรื่องเพศวิถียังเชื่อมโยงสู่แนวคิดทางวัฒนธรรมเรื่องลักษณะความเป็นชาย (Masculinity) และลักษณะความหญิง (Femininity) ด้วย ในแต่ละสังคมลักษณะความเป็นชายและลักษณะความเป็นหญิงได้ถูกขัดเกลาในเรื่องเพศแตกต่างกัน ซึ่งส่งผลให้ความหมายของเพศหญิงและเพศชายแตกต่างตรงข้ามกัน รวมทั้งแสดงพฤติกรรมทางเพศที่แตกต่างกันด้วย เรื่องเพศจึงเป็นเรื่องที่มีความซับซ้อน เป็นวิถีทางเพศที่สังคมและวัฒนธรรมกำหนด เพศวิถีจึงมีความหมายที่มากเกินกว่าเฉพาะพฤติกรรมทางเพศแต่รวมถึงความต้องการและความพึงพอใจในเรื่องทางเพศ (Sexual Oriented) อัตลักษณ์ทางเพศ (Sexual Identity) และเพศภาวะ (Gender) ซึ่งเป็นผลผลิตทางสังคมที่ถูกประกอบสร้างขึ้นภายใต้สังคมและวัฒนธรรมหนึ่งๆ ซึ่งมีหลายมิติและเป็นพลวัตร แต่อย่างไรก็ตามเพศวิถีอาจเป็นสิ่งที่แต่ละบุคคลกำหนดขึ้น โดยไม่จำเป็นต้องเป็นไปตามที่สังคมคาดหวังก็ได้โดยเลือกมีรสนิยมทางเพศตามบุคลิกภาพและความพึงพอใจของแต่ละบุคคล



ภาพที่ 10.3 ลักษณะของเพศวิถีในปัจจุบัน
(ที่มา:rancom.wordpress.com)

จากภาพได้แสดงให้เห็นความหมายโดยนัยของเรื่องเพศวิถีในปัจจุบันที่ไม่ได้เป็นแค่เพียงเรื่องของเพศชายและเพศหญิงเพศใดเพศหนึ่งเท่านั้น แต่ในสังคมมีบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศและมีความซับซ้อนและลื่นไหลแปรเปลี่ยนไปตามบริบททางด้านเวลาและสังคมวัฒนธรรม ความหลากหลายทางเพศจะมีรูปแบบที่ไม่แน่นอนตายตัวโดยไม่ได้ยึดติดกับเพศทางสรีระ (Sex) ที่แบ่งแยกร่างกายของผู้ชาย (Body Male) หรือร่างกายของผู้หญิง (Body Female) รวมทั้งไม่ได้ยึดติดกับเพศภาวะ (Gender) ที่ถูกประกอบสร้างทางสังคมในลักษณะของการรู้สึกหรือรับรู้ความเป็นชาย (Feel Male) หรือการรู้สึกหรือรับรู้ความเป็นหญิง (Feel Female) เพียงเท่านั้น แต่ยังมีเพศวิถีที่แตกต่างหลากหลายและผันแปรได้ในลักษณะต่างๆ ได้แก่

1) **รักต่างเพศ** (Heterosexual) คือ บุคคลที่มีลักษณะของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับหญิง และหญิงที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย หรือการรักต่างเพศ

2) **คนเปลี่ยนผ่านเพศ** (Transgender) คือ บุคคลที่มีเพศภาวะไม่สัมพันธ์กับเพศสรีระของตนเอง โดยอาจแสดงตัวตนในหลายลักษณะ ได้แก่ การข้ามเพศจากชายเป็นหญิง (Male to Female หรือ M2F) การข้ามเพศจากหญิงเป็นชาย (Female to Male หรือ F2M) การรักเพศเดียวกัน (Homosexual) การรักทั้งสองเพศ (Bisexual) การรักหลายเพศ (Pansexual) หรืออาจไม่ประสงค์เรื่องทางเพศ (Asexual) ก็ได้

3) **คนที่มีเพศกำกวม** (Intersex) คือ บุคคลที่มีลักษณะเฉพาะทางเพศที่ไม่ได้กำหนดว่าเป็นเพศหญิงหรือเพศชายอย่างชัดเจน หรือคนที่มีเพศสรีระที่ได้มาแต่กำเนิดไม่ตรงกับที่ตัวตนเป็นจริงๆ

4) **คนที่เปลี่ยนแปลงเพศ** (Transexual) คือ บุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงทางเพศหรือแปลงเพศ ซึ่งคำนี้เป็นคำใหม่ที่ถูกใช้เรียกเพศที่สามที่มีการผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนแปลงเพศของตนเอง (Post-Operative) โดยถูกใช้แทนคำต่างๆ ที่มีลักษณะตีตรา ได้แก่ กระเทยแปลงเพศ ทอมแปลงเพศ หรือเพศที่สาม เป็นต้น

5) **คนที่มีอัตลักษณ์ทั้งสองเพศ** (Bigendered) คือ บุคคลที่สามารถแสดงออกได้ทั้งในลักษณะความเป็นหญิงและลักษณะของความเป็นชายโดยไม่ได้ขึ้นอยู่กับเรื่องของรสนิยมด้านเพศสัมพันธ์ โดยแสดงออกในลักษณะของการแต่งกายข้ามเพศ (Cross Dersser) หรือ "ชายแท้แต่งหญิง" หรือ "หญิงแท้แต่งชาย" และกลุ่มชายรักเพศเดียวกันหรือเกย์ (Gay) ที่ชอบแต่งตัวเป็นผู้หญิง (Dragqueen) หรือหญิงรักเพศเดียวกันหรือเลสเบี้ยน (Lesbian) ที่ชอบแต่งตัวเป็นผู้ชาย (Dragking) และคนที่ชอบแต่งกายเป็นเพศตรงข้าม (Trans vestite) เพื่อความพึงพอใจส่วนตัว โดยบ่อยครั้งจะพบกลุ่มชายแท้หรือหญิงแท้ที่มีการแสดงออกเช่นนั้น

6) **คนที่มีเพศเป็นกลาง** (Fa'afafine) คือ บุคคลที่แสดงพฤติกรรมข้ามเพศจากชายเป็นหญิงโดยจะเลือกเพศภาวะของตนเองเมื่ออายุมากขึ้น ได้แก่ เพศชายที่เลือกเพศภาวะเป็นหญิง หรือเพศหญิงที่เลือกเพศภาวะเป็นชาย โดยอาจแสดงออกในลักษณะต่างๆ ได้แก่ บุคคลที่มีเพศภาวะหญิงในร่างกายของเพศชาย คือบุคคลที่มีเพศสรีระเป็นชายแต่แสดงบทบาทแบบผู้หญิงโดยแต่งกายและมีพฤติกรรมแบบผู้หญิง แต่อาจไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

7) **คนที่มีเพศผสม** (Gender-Mixing Status) หรือ "ไม่ใช่ชาย ไม่ใช่หญิง" คือ บุคคลที่มีเปลี่ยนแปลงเพศของตนเองโดยไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องของอวัยวะเพศ เพราะมีวิญญาณทั้งผู้หญิงและผู้ชายอยู่รวมกัน (Two-Spirit) โดยเปลี่ยนหรือสลับเพศภาวะ (Gender Reversal) จากชายเป็นหญิงหรือจากหญิงเป็นชาย

8) **คนที่มีเพศนอกกรอบ** (Queer) คือ บุคคลที่อัตลักษณ์ทางเพศที่แตกต่างจากบรรทัดฐานสังคม กล่าวคือเป็นคำที่ไม่นิยามตนว่าเป็นกลุ่มคนที่มีเพศวิถีในลักษณะแบบคนรักต่างเพศ แต่มีเพศวิถีที่หลากหลาย ได้แก่ หญิงรักหญิง ชายรักชาย ผู้ที่รักสองเพศ และผู้ที่ข้ามเพศ (Lesbian Gay Bisexual and Transgender หรือ LGBT) หรือหมายความถึงคนที่มีความหลากหลายทางเพศ (Gender Diversity) โดยอธิบายถึงผู้ที่มีรสนิยมทางเพศหรือการแสดงออกทางเพศที่นอกเหนือจากคนรักต่างเพศเท่านั้น

เพศวิถีในสังคมไทยมีความหลากหลายและลื่นไหลอย่างมาก โดยในปัจจุบันความหลากหลายทางเพศมีรูปแบบที่ลื่นไหลมากกว่าจะชี้ชัดหรือระบุนิยามได้อย่างชัดเจน ซึ่งจะสังเกตได้จากการให้คำนิยามคำศัพท์ใหม่ๆ ของสังคมไทยอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ***เลสเบี้ยน*** ("Lesbian"ผู้หญิงที่ชอบผู้หญิงด้วยกัน) ***ทอม*** ("Tom" ผู้หญิงที่มีลักษณะเป็นผู้ชายหรือสาวหล่อและชอบผู้หญิงหรือดี้) ***ดี้*** ("Dy"ผู้หญิงที่ชอบสาวหล่อหรือหญิงห้าว) ***ทอมเกย์*** ("Tomgay"ทอมที่คบทั้งผู้หญิงหรือทอมด้วยกัน) ***เกย์คิง*** ("King"ผู้ชายที่ผู้ชอบชายโดยเป็นฝ่ายรุก) ***เกย์ควีน*** ("Queen"ผู้ชายที่ชอบผู้ชายโดยเป็นฝ่ายรับ) ***โบ้ท*** ("Both"เกย์ที่เป็นทั้งเกย์คิงและเกย์ควีน) ***ไบ*** ("Bi"ผู้ชายที่ชอบได้ทุกเพศและทุกแบบ) ***สามย่าน*** ("Gender III"ผู้หญิงที่ชอบทุกเพศและทุกแบบ) ***กระเทย*** ("Tudzy"ผู้ชายที่อยากเป็นผู้หญิง) ***อดัม*** ("Adam"ผู้ชายที่ชอบทอม) ***แองจี้*** ("Angie"กระเทยที่ขอบทอม) ***เชอร์รี่*** ("Cherry"ผู้หญิงที่ชอบเกย์หรือกระเทย) เป็นต้น ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความหลากหลายและความลื่นไหลแตกต่างได้อย่างชัดเจน จึงจำเป็นต้องเปิดมุมมองและให้การยอมรับความหลากหลายในเชิงบวก

แนวคิดหลังทันสมัย (Post-Modern Prospective) ได้แสดงให้เห็นว่าความเป็นชนชั้นและเชื้อชาติมีความสัมพันธ์กับเพศภาวะ และสามารถสร้างรูปแบบของการกดขี่ทางเพศที่หลากหลาย โดยเป็นภาพตัวแทนทางวัฒนธรรม (Cultural Representative) ที่แสดงให้เห็นถึงทัศนะของความเป็นอื่น (Otherness) โดยเฉพาะการมองผู้หญิงและบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศเป็นเสมือนผู้ที่เบี่ยงเบน (Deviance) หรือเป็นเสมือนคนชายขอบของสังคม (Marginal People) ความเป็นชายขอบเป็นผลมาจากการจัดวางตำแหน่งในสังคมหรือความเป็นอื่นที่ถูกให้ความหมายโดยสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากเพศภาวะ เพศวิถี ชนชั้น ชาติพันธุ์ ได้แก่ ผู้หญิง ผู้สูงอายุ คนจน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้พิการ คนอ้วน และคนรักเพศเดียวกัน เป็นต้น ซึ่งสถานภาพการเป็นชายขอบจะทำให้บุคคลเหล่านั้นถูกกำหนดว่าเป็นส่วนเกินของสังคม และถูกมองอย่างเป็นอคติ (Bias)

จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ระบบความคิดความเชื่อเรื่องเพศผ่านการประกอบสร้างทางสังคม เป็นกระบวนการทางสังคมวัฒนธรรมที่ถูกกำหนดขึ้นมาเพื่อจัดการกำกับควบคุม รวมทั้งส่งผลต่อการแสดงออกเกี่ยวกับรสนิยมทางเพศ ความปรารถนา ความพึงพอใจในเรื่องเพศ การแสดงท่าทีที่เกี่ยวกับเรื่องเพศ การแต่งกาย ความสนใจทางเพศ และการสร้างจินตนาการที่เกี่ยวกับเรื่องเพศ จนถึงการออกกฎเกณฑ์ระเบียบกฎหมายต่างๆ ที่มาควบคุมหรือกำกับดูแลเรื่องเพศของคนในสังคม เพศวิถี (Sexuality) เป็นวิถีทางเพศของคนทั้งในระดับปัจเจกบุคคลและในระดับสังคม ซึ่งโดยทั่วไปแล้วสังคมจะสร้างบรรทัดฐานชุดหนึ่งที่ยอมรับหรือให้ความชอบธรรมกับเพศวิถีที่กำหนดขึ้นเท่านั้น โดยถูกสร้างขึ้นผ่านความรู้ วาทกรรมและกฎระเบียบต่างๆ ซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกายของบุคคล โดยพื้นฐานของอำนาจความรู้ (Power Knowledge) มีความสัมพันธ์กับการสร้างความจริงของเพศวิถีว่าอะไรคือความ "ปกติ" และอะไรคือความ "เบี่ยงเบน"

ตอนที่ 10.2 มิติทางเพศกับการประกอบสร้างทางสังคม

แนวคิดการประกอบสร้างทางสังคม (Social Construction Perspective) ของมิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault) ได้แสดงให้เห็นรูปแบบของการประกอบสร้างความจริงทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องอำนาจและการครอบงำความรู้รวมทั้งการปฏิบัติการ (Practice) และทำให้เป็นเรื่องปัญหาทางการแพทย์ (Medicalization) โดยเชื่อมโยงให้เห็นประเด็นเรื่องเพศภาวะและเพศวิถีและปัญหาการอนามัยเจริญพันธ์

การประกอบสร้างทางสังคม (Social Construction) เป็นการสร้างความจริงผ่านวาทกรรม (Discourse) และการปฏิบัติการของวาทกรรม (Discursive Practice) ซึ่งเป็นความรู้ ความคิดที่มีอำนาจในการอธิบายให้สังคมเชื่อ ปัจจุบันเราเชื่อความรู้ความคิดของวิทยาศาสตร์แบบตะวันตกมากกว่าอย่างอื่น แนวคิดใดก็ตามที่ไม่ตรงกับของวิทยาศาสตร์กระแสหลักแนวคิดเหล่านั้นจะถูกปฏิเสธ ดังนั้นวิทยาศาสตร์จึงเป็นวาทกรรมหลักในยุคทันสมัยซึ่งนำไปสู่การประกอบสร้างความจริง (Constructing Truth) ในที่สุด

ประกอบสร้างความจริงทางสังคม (Social Construction of Reality) เชื่อว่า ความจริงนั้นเป็นสิ่งที่ถูกสร้างขึ้นมา สิ่งที่เรียกว่าความจริง (Reality) นั้นไม่ได้เป็นสิ่งที่มีอยู่แล้วแต่ความเป็นจริงนั้นเป็นสิ่งที่ถูกสร้าง (Construct) หรือถูกนิยาม (Definition) ขึ้นมา

แนวคิดของมิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault) ที่พูดถึงเรื่องของ "ความจริง" โดยให้ความคิดว่าความจริงเป็นเพียงสิ่งประกอบสร้างเท่านั้น (Constructing Truth) ซึ่งสร้างขึ้นมาโดยคนที่มีอำนาจ ไม่ใช่ความจริงที่เป็นสัจธรรม ความจริงสามารถที่จะสร้างขึ้นมาได้ผ่านทางวาทกรรม (Discourse)

มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault) วิเคราะห์รูปลักษณ์หรือเรือนร่างของความรู้ในลักษณะของความสัมพันธ์กับอำนาจ การสร้างกระบวนการข้อสรุปที่ผ่านเหตุผลแวดล้อม (Discursive Formation หรือ Apparatus) เนื้อหาความรู้ชุดหนึ่งที่ออกแบบขึ้นเพื่อประโยชน์เฉพาะอย่างปฏิบัติการผ่านการสร้างถ้อยคำหรือภาษา (Language) ซึ่งได้นิยามระบบของความรู้ความจริงเฉพาะขึ้นมา ความจริงเป็นเรื่องของอำนาจไม่ได้เป็นเรื่องธรรมชาติ ซึ่งระบบของความจริงได้รับการทำให้เป็นรูปเป็นร่างขึ้นและได้รับการดำรงรักษาไว้ หรืออาจกล่าวได้ว่า *ความจริงไม่ได้เป็นสิ่งที่ถูกค้นพบแต่เป็นความจริงที่ถูกสร้างขึ้น* (Truth is not discovered but produce.)

มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault) ได้เสนอแนวคิดเรื่องเพศภาวะ (Gender) และเพศวิถี (Sexuality) ว่าผู้หญิง ผู้ชาย หรือคนรักเพศเดียวกันจะถูกสร้างเส้นแบ่งชัดเจนหรือถูกนิยามจากความรู้ทางชีววิทยาและการแพทย์ว่าเพศเป็นสิ่งที่มีมาตั้งแต่กำเนิด ความจริงที่นิยามนั้นก็จะกลายเป็นสิ่งที่มีอำนาจมาจำกัดหรือควบคุมให้ปฏิบัติไปตามที่ถูกทำให้เชื่อว่าเป็นจริง นั่นคือเมื่อยอมรับก็จะถูกกำหนดโดยนิยามนั้นทันที ซึ่งอิทธิพลของวาทกรรมถูกนำมาใช้ในการจัดการกับพฤติกรรมทางเพศของคนในสังคม จึงทำให้เพศกลายเป็นรูปแบบของการประกอบสร้างทางสังคม (Sex as Social Construct)

เรื่องเพศวิถี เพศภาวะและวาทกรรมเรื่องเพศถูกนำมาใช้ในการจัดการกับประชากร โดยเชื่อมโยงอำนาจกับความรู้ที่เข้ามาจัดการกับสังคมในเรื่องเพศวิถี สุขภาพทางเพศและการอนามัยเจริญพันธุ์

ซึ่งมีผลต่อรูปแบบการปฏิบัติการทางเพศ (Sexual Practice) โดยเป็นการแบ่งแยกว่าอะไรถูกหรืออะไรผิด อะไรควรปฏิบัติและไม่ควรปฏิบัติ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเป็นตัวกำหนดและสถาปนาความจริง (Truth) สิ่งที่เรียกว่าความจริงเกี่ยวกับเรื่องมิติทางเพศ เพศภาวะ และเพศวิถีจึงเป็นเพียงมายาคติที่ถูกสร้างผ่านวาทกรรมภายใต้การประกอบสร้างทางสังคมโดยการใช้วัฒนธรรม ศาสนา และบรรทัดฐานทางสังคมเป็นเครื่องมือ

มิติเรื่องความเป็นเพศหรือบทบาทหญิงชาย ได้แสดงให้เห็นถึงโครงสร้างทางสังคมของไทยโดยถูกกำหนดผ่านบรรทัดฐานทางสังคมที่เป็นกรอบในการแสดงออกทางเพศหรือเพศวิถีซึ่งส่งผลกระทบต่อเพศวิถีของกลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางเพศ เรื่องความรักระหว่างเพศเดียวกันไม่ว่าเป็นความรักระหว่างชายรักชายหรือหญิงรักหญิงซึ่งยังไม่เป็นที่ยอมรับในวงกว้างของสังคม ได้ส่งผลต่อตัวตนและการดำรงชีวิตของกลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางเพศ โดยได้สร้างความรู้สึกผิดหากตนเองกำลังสับสนในเรื่องความรัก รู้สึกแปรปรวนเมื่อถูกทักว่าเบี่ยงเบน รู้สึกว่าเป็นเรื่องที่ยอมรับได้ยากและสังคมยังไม่เข้าใจ เป็นต้น ดังนั้นการดำเนินชีวิตของกลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางเพศจำนวนมากจึงเป็นไปในทางลักษณะปกปิดซ่อนเร้นความรู้สึกและแอบซ่อนความคิดความต้องการส่วนลึกไว้ในใจ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าบริบททางสังคมนั้นเป็นตัวกำหนดให้ปัจเจกบุคคลเป็นไปตามที่สังคมคาดหวัง

ประเด็นเรื่องกลุ่มคนรักเพศเดียวกันในสังคมไทยมักเกี่ยวข้องกับเรื่องของพื้นที่ทางสังคม ซึ่งมีลักษณะแอบซ่อนและแนวคิดเรื่องการทำให้เป็นสิ่งผิดปกติ จึงมีลักษณะที่เรียกว่าเบี่ยงเบนจากบรรทัดฐานทางสังคม (Deviant Behavior) ซึ่งจะทำให้ปัจเจกบุคคลรู้สึกกดดันจากความคาดหวังและต้องรู้สึกถึงภาวะความเครียดที่ต้องมีพฤติกรรมให้เป็นไปอย่างที่สังคมนั้นต้องการ ปัจจุบันนักสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาได้พยายามรื้อสร้างความจริง (Deconstruction) เรื่องความรักที่นอกเหนือจากความรักแบบเพื่อน รักแบบครอบครัว และความรักแบบชายหญิง โดยสะท้อนให้เห็นเพศวิถีที่ลื่นไหลที่ถูกทำให้เป็นความรักนอกกรอบ ได้แก่ ความรักระหว่างชายรักชาย หรือหญิงรักหญิง เป็นต้น โดยนำเสนอในทิศทางที่ไม่ใช่เรื่องความใคร่ (Erotic) ดังนั้นจึงสามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจนว่าความรักและความใคร่เป็นคนละเรื่องกัน แต่อย่างไรก็ตามการประกอบสร้าง (Construct) ความรักแบบเพศเดียวกันนั้นยังคงถูกสังคมมองว่าเป็นความรักแบบชายขอบและไม่เป็นไปตามที่สังคมคาดหวัง จึงนำไปสู่การตีตรา (Stigma) ซึ่งทำให้สูญเสียชื่อเสียง หรือเกิดความอับอาย และทำให้ผู้ถูกตีตรามีคุณค่าลดลงในสายตาของสังคม ทั้งนี้ บุคคลที่ได้รับตราบาป หรือถูกตีตราบาปจะเป็นผู้ที่เกิดความรู้สึกว่าตนมีความแตกต่างจากบุคคลอื่นโดยเป็นที่ไม่ต้องการ ทำให้กลายเป็นผู้ที่แตกต่าง (Difference) หรือแปลกไปจากปกติและมีลักษณะที่ทำให้เสื่อมเสีย (Spoiled Identity)

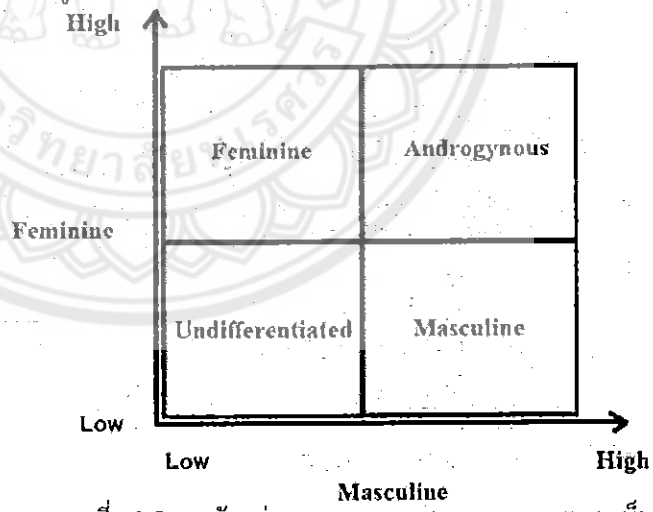
จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปได้ว่าการควบคุมร่างกายผ่านการประกอบสร้างทางสังคม เป็นรูปแบบของอำนาจการครอบงำที่ซับซ้อน ระบบวัฒนธรรมได้ส่งผลต่อการกำหนดระบบความคิดความเชื่อและพฤติกรรมเรื่องเพศซึ่งเป็นมุมมองที่ไม่หยุดนิ่ง เรื่องทางเพศของกลุ่มคนที่หลากหลายถูกมองบนพื้นฐานของการต่อสู้ในเชิงสัญลักษณ์หรือความหมายทางสังคมและวัฒนธรรมซึ่งยังคงดิ้นรน ต่อสู้ ต่อต้านและให้นิยามความหมายของอัตลักษณ์หรือตัวตนใหม่เพื่อให้มีอำนาจในการต่อรอง ทำให้เกิดการรื้อสร้างตัวตนและอาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงความคิด ความเชื่อในเรื่องมิติเพศ เพศภาวะและเพศวิถีได้

ตอนที่ 10.3 บทบาททางเพศกับการอนามัยเจริญพันธุ์

บาททางเพศ (Gender Role) หมายถึง ความรู้สึก ความคิด และการกระทำที่สังคมเห็นว่ามีความเหมาะสมสำหรับผู้หญิงและผู้ชาย บทบาทเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบที่สัมพันธ์กับโครงสร้างทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม โดยถูกกำหนดขึ้นอย่างเชื่อมโยงกับความเป็นเพศและลักษณะของหญิงและชาย รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้หญิงและผู้ชาย

ซานดรา เบ็ม (Sandra Bem) ได้แบ่งลักษณะบทบาททางเพศตามระดับของความเป็นชาย (Masculinity) และความเป็นหญิง (Femininity) ของแต่ละบุคคล ซึ่งหากมีระดับความเป็นชายสูงและมีระดับความเป็นหญิงต่ำบุคคลนั้นจะมีความเป็นชายสูง ส่วนบุคคลมีระดับความเป็นหญิงสูงและมีระดับความเป็นชายต่ำบุคคลนั้นจะมีความเป็นหญิงสูง แต่หากมีระดับของทั้งความเป็นชาย และความเป็นหญิงต่ำบุคคลนั้นจะมีลักษณะไม่ชัดเจน (Undifferentiated) นอกจากนี้ หากมีระดับความเป็นหญิงและระดับความเป็นชายสูงทั้งคู่บุคคลนั้นจะมีทั้งความเป็นชายและความเป็นหญิงสูง (Androgyny) ซึ่งมาจากภาษากรีกสองคำ ได้แก่ “andro” หมายถึง ผู้ชาย และ “gyny” หมายถึง ผู้หญิง โดยนักสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาบางคนเห็นว่าลักษณะผสมทั้งชายและหญิงนั้นเป็นคุณสมบัติที่สังคมต้องการ (Socially Desirable) โดยลักษณะพฤติกรรมได้แก่ การพูดเสียงดัง ชอบนำ ชอบการท้าทาย เสียง เด็ดเดี่ยว เข้มแข็ง ก้าวร้าว และใช้ความรุนแรงในการแก้ปัญหาถูกมองว่าเป็นลักษณะของความเป็นชาย ส่วนการเป็นผู้ฟัง ผู้ตาม อ่อนโยน เอาใจใส่ดูแลผู้อื่น ความละเอียดอ่อน และสันติวิธีถูกมองว่าเป็นลักษณะของความเป็นหญิง เป็นต้น

ภาพที่ 10.4 ซานดรา เบ็ม
(ที่มา: feministvoices.com)



ภาพที่ 10.5 การจัดกลุ่มบทบาททางเพศของซานดรา แอล เบ็ม
(ที่มา: Sandra Lipsitz Bem, 1985)

บทบาททางเพศในมิติด้านการอนามัยเจริญพันธุ์เป็นเรื่องของความร่วมรับผิดชอบทางเพศและการได้สิทธิประโยชน์เท่าเทียมกันโดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ หรือให้ความเท่าเทียมกันซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของแนวคิดเรื่องเพศภาวะและบทบาททางเพศในมิติของการอนามัยเจริญพันธุ์

ในสังคมไทย ผู้ชายมักจะถูกเลี้ยงดูมาในลักษณะของการมีสภานภาพและอำนาจทางเพศที่มากกว่าผู้หญิงซึ่งเป็นผลมาจากวัฒนธรรมแบบปิตาธิปไตย (Patriarchy) ซึ่งสะท้อนให้เห็นในเรื่องของการแสดง

ออกทางเพศและพฤติกรรมด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ลักษณะต่างๆ ได้แก่ การไม่มีอำนาจต่อรองเรื่องเพศ ความรู้สึกรับผิดชอบหรือไม่รับผิดชอบต่อการกระทำทางเพศ การใช้หรือไม่ใช้วิธีการคุมกำเนิดของผู้ชายแต่กลายเป็นภาระความรับผิดชอบของผู้หญิงเป็นหลัก รวมถึงการป้องกันหรือไม่ป้องกันโรคติดต่อจากการมีเพศสัมพันธ์ด้วยการสวมหรือไม่สวมถุงยางอนามัย เป็นต้น หลายครั้งที่บทบาททางเพศได้รับอิทธิพลมาจากความเชื่อและทัศนคติทางวัฒนธรรม และเป็นตัวกำหนดบทบาททางเพศระหว่างเพศชายและเพศหญิง ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศในหลายลักษณะ ได้แก่ ผู้ชายและผู้หญิงได้รับการอบรมสั่งสอนและให้ความรู้ในเรื่องเพศตลอดจนการยอมรับแบบแผนพฤติกรรมทางเพศและการอนามัยเจริญพันธุ์ที่แตกต่างกัน โดยสังคมยอมรับให้ผู้ชายมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานเพราะเชื่อว่า "เป็นชายเต็มตัว" แต่การมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานของผู้หญิงถือว่าเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้องและไม่ยอมรับเพราะเชื่อว่า "เป็นมลทิลหรือเป็นตราบาปติดตัว" สังคมมีทัศนคติต่อความรู้สึกทางเพศของผู้ชายว่าเป็นเรื่องที่สามารถพูดถึงหรือ "เปิดเผยได้" แต่เป็นเรื่องที่ "ต้องปกปิดซ่อนเร้นและน่าอับอาย" ของผู้หญิง โดยเพศสัมพันธ์ไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อ "ชื่อเสียง" ของผู้ชาย แต่ส่งผลต่อความ "เสื่อมเสีย" ของผู้หญิงและผลักภาระการปฏิบัติหรือความรับผิดชอบใน "การคุมกำเนิด" ให้ผู้หญิงเป็นผู้รับผิดชอบ ส่วนผู้ชายจะใช้ถุงยางอนามัยเพื่อ "ป้องกันโรคติดต่อ" กับหญิงขายบริการเท่านั้น เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้หญิงในชนบทมีโอกาสในการเข้าถึงและรับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงวิธีการคุมกำเนิดและการต่อรองในการใช้ถุงยางอนามัยน้อยกว่าผู้ชาย โดยพบปัญหาเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของผู้หญิงในชนบทซึ่งเป็นผลมาจากการขาดความรู้เรื่องต่างๆ ได้แก่ การต่อรองหรือเจรจาให้คู่นอนสวมใส่ถุงยางอนามัย และไม่กล้าปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่เต็มใจ เพราะเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความหมายของการไม่ไว้วางใจคู่ของตนเอง หรือการไม่กล้าเปิดเผยหรือปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์เมื่อตนเองสงสัยว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพราะกลัวว่าจะถูกมองอย่างมีอคติหรือถูกตีตราว่าเป็นผู้หญิงไม่ดี และกลัวว่าความลับจะถูกเปิดเผย หรืออาจจะเข้าใจความความผิดปกติบางอย่าง ได้แก่ การตกขาวเป็นเรื่องปกติธรรมดาจึงไม่จำเป็นต้องไปพบแพทย์ และในบางครั้งอาจไม่กล้าเปิดเผยกับสามีเพราะกลัวถูกเข้าใจผิด เป็นต้น จึงจำเป็นต้องส่งเสริมพลังอำนาจและบทบาททางเพศที่เท่าเทียมกันเพื่อให้เกิดศักยภาพในการตอบสนองความพึงพอใจทางเพศ และสามารถควบคุมพฤติกรรมทางเพศหรือสุขภาพและการอนามัยเจริญพันธุ์ของตนเองได้อย่างเต็มที่โดยปราศจากความกลัว ความอับอาย รู้สึกผิดหรือมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง

จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า บทบาททางเพศ (Gender Roles) เป็นความคิด ความรู้สึกและการกระทำที่เหมาะสมสำหรับผู้หญิงและผู้ชาย โดยบทบาทเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบที่มีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพและการอนามัยเจริญพันธุ์ โดยสะท้อนให้เห็นความไม่เท่าเทียมกันระหว่างเพศ จึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนความคิด (Rethinking) โดยคำนึงถึงสิทธิและความเป็นธรรมในบทบาททางเพศเพราะการอนามัยเจริญพันธุ์ถือเป็นความรับผิดชอบร่วมกันในทุกเพศ จึงควรส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจในด้านเพศภาวะ เพศวิถี และบทบาททางเพศในเชิงบวกและรอบด้าน เพื่อป้องกันปัญหาด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ในลักษณะต่างๆ อย่างมีส่วนร่วมและปราศจากอคติหรือการเลือกปฏิบัติโดยต้องมีความเสมอภาคและเท่าเทียมในการเข้าถึงความรู้และบริการสุขภาพทางเพศ และการตัดสินใจบนพื้นฐานของความรับผิดชอบของตนเอง

แบบฝึกหัดประจำบทเรียน

คำถาม :

เพศภาวะและบทบาททางเพศมีผลกระทบต่อการอนามัยเจริญพันธุ์อย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

แนวทางการตอบ:

เพศภาวะและเพศวิถีนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากเป็นเรื่องที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในหลายแม่มุม เพราะทัศนคติและพฤติกรรมทางเพศมีอิทธิพลต่อการยอมรับ การเลือก และสุขภาพทางเพศ รวมทั้งเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมทางเพศซึ่งประกอบสร้างขึ้นจากการกระทำอย่างเป็นระบบ เพศภาวะถูกนำมาใช้อธิบายและสร้างความเข้าใจปัญหาสุขภาพทางเพศในบริบทของสังคมไทย โดยความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ฝังและแฝงอยู่ในวิถีชีวิตทางเพศและสะท้อนอยู่ในสังคมและวัฒนธรรมไทย การแบ่งแยกบทบาทเพศภาวะระหว่างหญิงและชาย รวมทั้งการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบ และสิทธิของแต่ละเพศทั้งในระดับครอบครัวและระดับสังคม มีผลต่อภาวะสุขภาพโดยเฉพาะในด้านอนามัยเจริญพันธ์ซึ่งเป็นพื้นฐานในการพัฒนาสุขภาพ ประเด็นเรื่องเพศมักมีความสัมพันธ์กับบริบทวัฒนธรรม ประเด็นเรื่องความเป็นหญิงและความเป็นชายมีอิทธิพลสำคัญในการกำหนดประเด็นเรื่องเพศ (Sexuality) ซึ่งประเด็นเรื่องเพศในวัฒนธรรมไทยเป็นเรื่องของความเป็นหญิงและความเป็นชายบนบรรทัดฐานของพฤติกรรมทางเพศที่แตกต่างกัน ความเป็นเพศเป็นพฤติกรรมที่ถูกเรียนรู้ทางสังคม ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมได้สร้างความเป็นเพศขึ้นโดยกำหนดว่าควรปฏิบัติอย่างไร ผู้หญิงและผู้ชายควรจะต้องมีหน้าที่อย่างไร การที่สังคมได้ประกอบสร้างความเป็นเพศขึ้นโดยให้ผู้หญิงมีคุณลักษณะบางอย่าง และผู้ชายมีคุณลักษณะบางอย่าง และเชื่อว่าเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ นำไปสู่การกำหนดบทบาทหน้าที่รวมทั้งสถานะสูงต่ำที่แตกต่างกันระหว่างเพศ ผู้หญิงอยู่ในสภาพเป็นผู้ที่ด้อยกว่าและเป็นผู้ถูกกำหนดในขณะที่ผู้ชายอยู่ในฐานะที่เหนือกว่าจะเป็นผู้กำหนด ซึ่งการที่ผู้หญิงมีอำนาจในการต่อรองทางเพศต่ำจะนำไปสู่ปัญหาด้านอนามัยเจริญพันธ์ได้ โดยเฉพาะในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยและความรุนแรงทางเพศต่างๆ นอกจากนี้เพศภาวะและเพศวิถีรวมทั้งความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเพศยังเป็นตัวกำหนดที่สำคัญต่อพฤติกรรมทางเพศด้วย

บรรณานุกรม

Amnesty International. (2011). *Making the Fair Choice: Key steps to improve maternal health in ASEAN: Briefing to the ASEAN Intergovernmental Commission on Human Rights*. Indonesia, Philippine UNHCR.

Anderson, Barbara A. (2005). *Reproductive health: women and men's shared responsibility*. New York: Sudbury, Mass. Jones and Bartlett.

Anderson, Margaret L. (1993). *Thinking About Women: Sociological Perspectives on Sex and Gender*. 3th edition. New York: Macmillan Publishing Company.

Bem, Sandra L. (1985). Gender schema theory: A cognitive account of sex typing source. *Psychological Review*. 88 (1), 354.

Carroll, Janell L. (1996). Sexuality and Gender in Society. New York : HarperCollins.

Forgel, C. and Lauver, D. (1990). *Sexual Health Promotion*. Philadelphia: W.B. Saunders.

Foucault, Micheal. (1973). *The Order of Things: An Archaeology of The Human Sciences*. Boston: Vintage.

Foucault, Michel. (1970). *The Order of Discourse in Robert Young ed*. Boston: Routledge.

Foucault. Michel. (1980). *Power and Knowledge*. London: The Harvester Press.

Gray, A. and et.al. (1999). *Gender, Sexuality and Reproductive Health in Thailand*. Institute for Population and Social Research: Mahidol University.

Jansen, Sue Curry. (1998). Gender and the Information Society : A Socially Structured Silence. *Journal of Communication*. 39 (3), 196-215.

National Economic and Social Development Board (NESDB) and the United Nations Population Fund. (2011). *Impact of Demographic Change in Thailand*. Thailand: United Nations Population Fund.

Primus, Lake. (2006). *Cultural Change and Cultural Continuity: Addressing unsafe male circumcision rituals in Indonesia*. The 16th International AIDS Conference, Toronto, Canada, 13-18 August 2006.

Rosalind, P. Petchesky. (2006). *Sexuality, Social Policy and AIDS: Case Studies on Sexual Rights and HIV/AIDS"* The 16th International AIDS Conference, Toronto, Canada, 13-18 August 2006.

Sciortino, R. (2013). Sexual and Reproductive Rights Are Migrants' Rights: Contesting Policies for Low - Skilled Migrants in Southeast Asia. *Asian - Pacific Resource & Research Centre for Women. Arrows for Change*. 19 (1), 5 - 7.

Scott, Joan W. (1988). *Gender and the Politics of History*. New York: Columbia University Press.

Thanenthiran, S., & Racherla, S. J. (2008). *Reclaiming & Defining Rights: ICPD+15: Status of Sexual and Reproductive Health and Rights in Asia. Asia-Pacific Resource and Research Center for Women*. Malaysia: Asian-Pacific Resource & Research Centre for Women (ARROWs).

Tsui, A. and et.al. (1997). *Reproductive Health in Developing Countries : Expanding Dimension Buliding Solution*. Washington D.C.: National Academy Press.

UNFPA. (2012). *State of World Population 2012: By Choice, Not By Chance: Family Planning, Human Rights, and Development*. New York: United Nations Population Fund.

Van Esterik, P. (2000). *Materializing Thailand*. New York: Berg.

World Health Organization. (2003). *Sexual and Reproductive Health Research Priority for the period 1998-2003. (Woeld Draft)*. HRP. UNDP / WHO/ UNFPA / World Bank, 7th May. Geneva: WHO.

World Health Organization. (1997). *Monitoring Reproductive Health : Selecting a Short List of National and Global Indicators*. Geneva: WHO.

กฤตยา อาชวนิจกล. (2547). *ผู้หญิงในวาทกรรมการเมืองเรื่องเพศและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์*. เชียงใหม่: ศูนย์สตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กฤตยา อาชวนิจกุล และ กนกวรรณ ธราวรรณ. (2550). *วิเคราะห์วิธีคิดวิทยาเพศภาวะและเพศวิถีในเอดส์ศึกษา*. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง.

กิตวิภา สุวรรณรัตน์. (2545). การสร้างพลังอำนาจในตนเองของสตรีที่ประสบปัญหาความรุนแรงในครอบครัว : ศึกษาเฉพาะกรณีศูนย์พิทักษ์สิทธิสตรี มูลนิธิเพื่อนหญิง. วิทยานิพนธ์หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

กรมอนามัย. (2546). *คู่มือการสอนเพศศึกษา*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

กาญจนา แก้วเทพ. (2545). *สื่อสารมวลชน: ทฤษฎีและแนวทางการศึกษา*. กรุงเทพมหานคร: ศาลาแดง.

กาญจนา แก้วเทพ และคณะ. (2548). *ทั้งรัก-ทั้งใคร่ ทั้งใช้ความรุนแรงต่อผู้หญิง*. เชียงใหม่: ศูนย์สตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กำจร หลุยยะพงศ์. (2547). *เอกสารประกอบการเสวนาเรื่องเพศวิถีที่ซ่อนเร้นในแผ่นฟิล์ม* ใน เทศกาลหนังม่านรูด ระหว่างวันที่ 13-15 กุมภาพันธ์ 2547.

จิตติมา ภาณุเตชะ และคณะ. (2550). *สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ หัวใจสำคัญของสุขภาพผู้หญิง*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ.

ฉลาดชาย รมิตานนท์ และอานันท์ กาญจนพันธุ์ บรรณาธิการ. (2549). *อยู่ชายขอบมองลอดความรู้ : รวมบทความเนื่องในวาระครบรอบ 60 ปี.* กรุงเทพมหานคร : มติชน

ชายไทย รักษาชาติ. (2546). *สื่อกับมานุษยวิทยา: ปรากฏการณ์ความรุนแรงทางเพศต่อผู้หญิงในอินเตอร์เน็ต.* กรุงเทพมหานคร : ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน).

บุปผา ศิริรัศมี, เบญจา ยอดดำเนิน, เอื้อมพร ทองกระจาย, เรณี อรรฐาเมศร์, อมรา สุนทรธาดา. (ม.ป.ป.). *คู่มือการอบรมเชิงปฏิบัติการโครงการพัฒนา งานวิจัยด้านเพศภาวะ มิติทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์.* นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรศาสตร์และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปริตตา เฉลิมเผ่า (บรรณาธิการ). (2541). *เผยร่างพรางกาย: ทดลองมองร่างกายในศาสนา ปรัชญาการเมือง ประวัติศาสตร์ ศิลปะ และมานุษยวิทยา.* กรุงเทพมหานคร: คบไฟ.

พิมพวัลย์ บุญมงคล. (2553). *การบูรณาการมิติเพศภาวะ (Gender) ในการป้องกัน รักษา ดูแล และสนับสนุนด้านเอชไอวี/เอดส์.* โครงการจัดตั้งสำนักงานศึกษานโยบายสาธารณสุข สวัสดิการและสังคม.

พิษนุ อภิสมาจารโยธิน และสุวรรณี หาญมุสิกวัฒน์กูร บรรณาธิการ : Asian-Pacific Resource & Research Centre for Women. (2550). มุมมองเกี่ยวกับเพศภาวะและสิทธิของผู้หญิงในนโยบายและแผนด้านสุขภาพ. *ARROWs เพื่อการเปลี่ยนแปลง (ฉบับภาษาไทย).* 13(2). 1-20.

พิษนุ อภิสมาจารโยธิน. (2550). วัยรุ่นหญิงกับการติดเชื้อ HIV จากการตกเป็นเหยื่อของความสำราญทางเพศผ่านสื่ออินเตอร์เน็ตในระบบทุนนิยมชายเป็นใหญ่. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. www.si.mahidol.ac.th/th/education/admin/news_files/224_1.doc

เพ็ญจันทร์ ประดับมุข-เชอร์เรอร์. (2551). เพศวิถีและอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิงพิการ. ใน ธวัชชัย พาชื่น และพิมพวัลย์ บุญมงคล (บรรณาธิการ). *เพศวิถีศึกษาในสังคมไทย : วิพากษ์องค์ความรู้และธรรมเนียมปฏิบัติเรื่องเพศวิถีศึกษาในสังคมไทย.* นครปฐม: โครงการจัดตั้งสำนักงานศึกษานโยบายสาธารณสุขฯ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

วารุณี ภูริสินสิทธิ์. (2547). *ความเป็นเพศ.* เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วิศัลย์ศยา กิติรัตน์ตระการ. (2459). *บทบาทของผู้หญิงในงานวรรณกรรม.* เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม โดย สุชาดา ทวีสิทธิ์และคณะ (บรรณาธิการ). (2556). *ประชากรและสังคม 2556 (ประชากรและสังคมในอาเซียน: ความท้าทายและโอกาส).* นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ. (2550). *สารคดี "วิถีชีวิตสิทธิมนุษยชน" : สิทธิมนุษยชนบนความหลากหลายทางเพศ.* กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ.

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. (ม.ป.ป.). *การให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข.* กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

อมรา พงศาพิชญ์. (2548). *เพศสถานะและเพศวิถีในสังคมไทย.* กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อมรา สุนทรธาดา และอักษราภัค หลักทอง. (ม.ป.ป.). *สตรี ผู้พิการและการเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ : ประชากรชายขอบและความเป็นธรรม.* สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

บทที่ 11
ความสัมพันธ์เชิงอำนาจกับการอนามัยเจริญพันธุ์

แนวคิดและวัตถุประสงค์ประจำบทเรียน

สรุปแนวคิด

1. อำนาจ (Power) เป็นพลังของความสามารถ (Action) เป็นสิทธิในการควบคุม (Control) เป็นปฏิสัมพันธ์เชิงโครงสร้าง (Structure) และทรัพยากร (Resourse) เป็นการครอบงำ (Donination) และครอบครอง (Hegemony) เป็นความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relation) เป็นวัฒนธรรมเชิงสัญญะ (Symbolic) เป็นวาทกรรมและความรู้ (Discourse and Knowledge) และเป็นเรื่องของการกดขี่ทางเพศ (Sexual Exploitation) อำนาจเป็นความสัมพันธ์ที่อยู่บนพื้นฐานของความไม่เท่าเทียม โดยจะเห็นได้จากปัญหาความไม่เท่าเทียมกันระหว่างเพศ ซึ่งนำไปสู่รูปแบบของการกดขี่และใช้ความรุนแรง และขณะเดียวกันอำนาจก็เป็นเงื่อนไขที่คอยกำหนดความสัมพันธ์ทางสังคมซึ่งมีลักษณะแตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นการบังคับ การครอบงำ การต่อรอง ต่อต้าน และการช่วงชิงภายใต้ระบบความสัมพันธ์นั้น โครงสร้างความสัมพันธ์เชิงอำนาจ (Power Relation) ของวัฒนธรรมแบบปิตาธิปไตย ซึ่งเกี่ยวข้องกับการควบคุมร่างกายผู้หญิง ได้แก่ การควบคุมการสืบพันธุ์และการเจริญพันธุ์ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจในเรื่องเพศสัมพันธ์ โดยสังคมกำหนดให้ผู้หญิงเป็นผู้รองรับทำให้เปราะบางต่อปัญหาด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ การตั้งครรภ์และการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของผู้หญิงซึ่งมีมากขึ้นเพราะขาดความสามารถในการต่อรองในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

2. ปัญหาด้านการอนามัยเจริญพันธุ์เป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน เพราะเกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อและวัฒนธรรม โดยโครงสร้างทางสังคมได้ส่งผลต่อแบบแผนพฤติกรรมทางเพศและความสัมพันธ์เชิงอำนาจในรูปแบบต่างๆ ที่มีความไม่เท่าเทียมหรือขาดความเสมอภาค ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ ได้แก่ การล่วงละเมิดทางเพศ การกดขี่ ความรุนแรงทางเพศ การปิดกั้นหรือกีดกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและการเลือกปฏิบัติในลักษณะต่างๆ เป็นต้น นอกจากนี้พฤติกรรมทางเพศและการอนามัยเจริญพันธุ์ยังได้รับอิทธิพลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในการให้คุณค่าและค่านิยมทางเพศ ซึ่งในปัจจุบันเรื่องเพศไม่ได้มีเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างหญิงและชายเท่านั้น แต่ยังรวมถึงความสัมพันธ์ในลักษณะที่หลากหลายและลื่นไหลเปลี่ยนแปลง ได้แก่ การรักเพศเดียวกัน หรือการรักสองเพศ เป็นต้น จึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจรูปแบบของความสัมพันธ์ที่หลากหลาย และเปิดพื้นที่ให้บุคคลเหล่านั้นได้มีบทบาทและความรับผิดชอบ และมีการอนามัยเจริญพันธุ์ที่สมบูรณ์

วัตถุประสงค์

เพื่อให้นิสิตสามารถ

1. เข้าใจความหมายของความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเพศ
2. อธิบายความเกี่ยวข้องระหว่างความสัมพันธ์เชิงอำนาจกับการอนามัยเจริญพันธุ์

เนื้อหาหลัก

เนื้อหาในบทที่ 11 **ความสัมพันธ์เชิงอำนาจกับการอนามัยเจริญพันธุ์** ประกอบด้วย 2 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 11.1 ความหมายของความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเพศ

ตอนที่ 11.2 ความสัมพันธ์เชิงอำนาจกับการอนามัยเจริญพันธุ์

เมื่ออ่านจบบทเรียนแล้วขอให้นิสิตทดลองทำแบบฝึกหัดเพื่อเป็นการทบ**ทวนความรู้**

ตอนที่ 11.1 ความหมายของความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเพศ

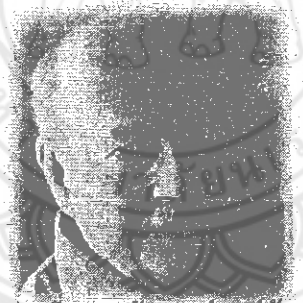
อำนาจ (Power) เป็นมโนทัศน์ (Concept) ที่มีความหมายในหลากหลายมิติ โดยมีนักสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาจำนวนมากที่ให้ความหมายของอำนาจในมิติต่างๆ ได้แก่

1) อำนาจเป็นความสามารถที่เหนือกว่า (Power Over) โดยสตีเวน ลุ๊คส์ (Steven Lukes) เสนอว่าอำนาจคือการก่อให้เกิดผลตามมา ซึ่งมีนัยเป็นอำนาจในฐานะที่เป็นพลังหรือความสามารถที่เหนือกว่า (Power Over) ในการกำหนดและตัดสินใจ (Decision-Making) ในประเด็นสำคัญ (Key Issues) ให้เกิดผลประโยชน์มากที่สุด ซึ่งการใช้อำนาจที่มีประสิทธิภาพสูงสุดคือการสามารถป้องกันไม่ให้เกิดความขัดแย้งขึ้น

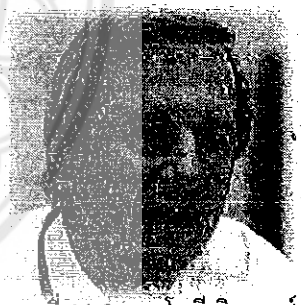
2) อำนาจเป็นสิทธิในการควบคุม (Control) โดยทัลคอทท์ พาร์สัน (Talcott Parsons) เสนอว่าอำนาจเกิดจากการยินยอม (Consent) จึงมีความชอบธรรมของการใช้อำนาจ (Legitimate Power) โดยเป็นการแสดงออกตามพันธะหน้าที่ซึ่งได้รับการรับรองบนเป้าหมายร่วมกัน และหากมีการต่อต้านจากบางส่วนก็จำเป็นต้องมีการการบังคับใช้ตามกฎหมายหรือใช้มาตรการควบคุมเพื่อให้กลับสู่ความสมดุลของระบบ

3) อำนาจเป็นปฏิสัมพันธ์ทางโครงสร้างสังคม (Structure) *และผู้กระทำการ* (Agency) โดยแอนโทนี กิดเดนส์ (Anthony Giddens) เสนอว่าอำนาจเป็นระบบปฏิสัมพันธ์ทางโครงสร้างสังคม (Structure) กับปัจเจกหรือคนที่เป็นผู้ตัดสินใจหรือผู้กระทำการ (Agency) โดยประกอบด้วยคุณสมบัติเชิงโครงสร้าง ได้แก่ ความสามารถของตัวแทนที่จะก่อให้เกิดผลที่แตกต่างและเป็นทรัพยากร (Resourse) ของโครงสร้างทางสังคม

ภาพที่ 11.1 สตีเวน ลุ๊คส์
(ที่มา: wordpress.com)



ภาพที่ 11.2 ทัลคอทท์ พาร์สัน
(ที่มา: slideshare.net)



ภาพที่ 11.3 แอนโทนี กิดเดนส์
(ที่มา: en.wikipedia.org)

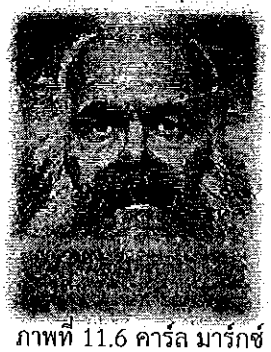
4) อำนาจเป็นการครอบงำ (Donination) **และครอบครอง** (Hegemony) โดยแมกซ์ เวเบอร์ (Max Weber) เสนอว่าอำนาจเป็นโอกาสที่จะบุคคลหรือกลุ่มคนจำนวนหนึ่งจะได้รับในสิ่งที่ปรารถนาแม้ว่าอาจจะเกิดการต่อต้านก็ตามโดยอำนาจได้กลายเป็นเครื่องมือสำคัญของการครอบงำ (Donination) นอกจากนี้ อันโตนีโอ กรัมชี (Antonio Gramsci) ได้เสนอแนวคิดการครองความเป็นใหญ่หรือการครอบครองภาวะของการนำ (Hegemony) โดยเฉพาะการครอบงำทางความคิดในสังคมซึ่งชนชั้นปกครองสามารถใช้อำนาจควบคุมในการนำสังคมได้ เป็นเพราะสามารถจูงใจให้ประชาชนส่วนใหญ่เกิดศรัทธาและเกิดการยอมรับอำนาจการนำผ่านกลไกของการปฏิบัติการทางอุดมการณ์ (Ideological Apparatuses) ที่ทำให้ประชาชนยอมรับค่านิยมและอุดมการณ์ของชนชั้นผู้ปกครองควบคู่ไปกับการใช้กลไกการบังคับผ่านกองทัพและกฎหมาย เพราะสามารถทำให้ประชาชนเชื่อว่าผลประโยชน์ของนายทุนเป็นผลประโยชน์ร่วมของประเทศ

ภาพที่ 11.4 แมกซ์ เวเบอร์
(ที่มา: dw.com)

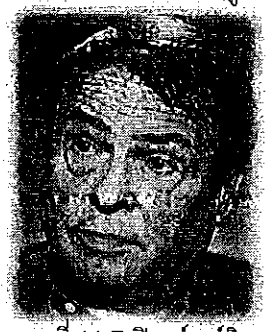
ภาพที่ 11.5 อันโตนิโอ กรัมชี
(ที่มา: intelligenthq.com)

*5) **อำนาจเป็นความสัมพันธ์ทางสังคม*** (Social Relation) โดยคาร์ล มาร์กซ์ (Karl Marx) ได้เสนอว่าอำนาจเป็นเรื่องที่ว่าด้วยความสัมพันธ์ระหว่าง"โครงสร้างส่วนล่างและโครงสร้างส่วนบน" โดยสังคมประกอบด้วยชนชั้นที่มีความสัมพันธ์กับกระบวนการผลิตในระบบทุนนิยม (Capitalism) ซึ่งชนชั้นที่มีอำนาจทางเศรษฐกิจและการเมืองคือชนชั้นนายทุน ความสัมพันธ์ทางสังคมแบบวิถีการผลิตระหว่างผู้ที่เป็นเจ้าของปัจจัยการผลิตกับผู้ผลิตซึ่งหมายถึงชนชั้นกรรมกรซึ่งจำเป็นต้องขายแรงงานให้กับผู้เป็นเจ้าของปัจจัยการผลิต ได้นำไปสู่การขัดแย้งเชิงอำนาจ ซึ่งความสัมพันธ์ทางการผลิตในระบบทุนได้มีการควบคุมโดยไม่ตระหนักถึงหรือมองเห็นความสัมพันธ์ที่เอารัดเอาเปรียบของนายทุนผ่านระบบการผลิตที่สร้างจิตสำนึกทางชนชั้น (Class Consciousness) ในลักษณะของจิตสำนึกจอมปลอมที่หาผลประโยชน์เพื่อรับใช้นายทุนหรืออำนาจการผลิต ดังนั้น อำนาจจึงเป็นความสัมพันธ์ทางสังคมโดยชนชั้นผู้ปกครองซึ่งเป็นตัวแทนผลประโยชน์ของนายทุนได้สร้างกลไกทางสังคมที่ชี้นำ และครอบงำความคิดของผู้ถูกปกครองจนไม่สามารถตระหนักรู้ได้ว่าผลประโยชน์ของตนเองกำลังจะสูญเสียหรือได้รับผลกระทบอย่างไรบ้าง แต่กลับยินดีเห็นด้วยไปกับชนชั้นผู้ปกครองอย่างปราศจากการตั้งข้อสงสัยกับระบบที่ก่อให้เกิดความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เสมอภาค

6) *อำนาจเป็นวัฒนธรรมเชิงสัญญะ* (Symbolic) โดยปิแอร์ บูร์ดิเยอ (Pierre Bourdieu) ได้เสนอคำถามว่า "ทำไมความไม่เสมอภาคในสังคมจึงยังคงดำรงอยู่ได้โดยปราศจากการต่อต้านจากผู้ที่ถูกกดขี่" โดยพบว่า อำนาจนั้นเป็นเสมือนทรัพยากรทางวัฒนธรรมที่มีสถาบันและการปฏิบัติการร่วมกันทำหน้าที่รักษาและสืบทอดความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่เสมอภาคนั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ อำนาจเป็นมิติเชิงสัญลักษณ์ (Symbolic Power) ซึ่งสะท้อนความสัมพันธ์ที่แนบแน่นระหว่างวัฒนธรรมกับอำนาจที่ปรากฏในแบบแผนการแทรกแซงทางการเมือง (A Mode of Political Intervention) โดยระบบโครงสร้างสังคมมีพลังอำนาจในการกำหนดพฤติกรรม และอุดมการณ์หรือค่านิยมก็ถูกกำกับด้วยกลไกอำนาจของชนชั้นผู้ปกครองด้วย



ภาพที่ 11.6 คาร์ล มาร์กซ์
(ที่มา: biography.com)



ภาพที่ 11.7 ปิแอร์ บูร์ดิเยอ
(ที่มา:routledgesoc.com)

7) อำนาจเป็นวาทกรรมและความรู้ (Discourse and Knowledge) เป็นแนวคิดที่ได้รับอิทธิพลมาจากกลุ่มแนวคิดหลังทันสมัย (Post-Modernism) ที่สนใจศึกษาอำนาจที่ถูกให้นิยามความหมายโดยเชื่อว่าอำนาจ ความจริง และความรู้เป็นสิ่งที่ถูกสร้างขึ้น ผลิตซ้ำและถ่ายทอดผ่านกลไกทางสังคมและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน โดยมิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault) ได้เชื่อมโยงอำนาจกับความรู้และการทำให้กลายเป็นประธานผู้ถูกกระทำ (Subjects) โดยเป็นผลผลิตของวาทกรรม (Discourse) ชุดความรู้ และตัวตนของปัจเจกถูกประกอบสร้างขึ้น ตัวอย่างเช่นการใช้ "ภาษา" ของมนุษย์แม้มนุษย์จะเป็นผู้ทำหน้าที่เป็นประธานหรือเป็นผู้ใช้ภาษาในฐานะผู้กระทำการ แต่ก็ถูกกำหนดโดยโครงสร้างไวยากรณ์ถ้าไม่ทำตามกฎการสื่อสารก็จะไม่ประสบความสำเร็จ มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault) เสนอว่า อำนาจอยู่รอบตัวมนุษย์ โดยปรากฏอยู่ในทุกความสัมพันธ์ทางสังคมและแสดงออกในภาคปฏิบัติการในแต่ละสนาม (Site) และบริบทของอำนาจจะมีความลื่นไหล ต่อรอง ต่อต้าน และร่วมมือ แปรไปตามบริบททางด้านเวลาและสถานที่ มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault) เชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่าง "ความรู้" กับ "อำนาจ" และ "การปฏิบัติการ" โดยอำนาจเกิดขึ้นในทุกหนทุกแห่งในสังคม และส่งผลต่อความสัมพันธ์เชิงอำนาจในรูปแบบต่างๆ ซึ่งมักจะไม่เท่าเทียมกัน

ภาพที่ 11.6 มิเชล ฟูโกต์
(ที่มา: icarusfilms.com)

8) อำนาจเป็นเรื่องของการกดขี่ทางเพศ (Sexual Exploitation) เป็นแนวคิดที่พิจารณาความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างเพศหญิงและเพศชาย ในลักษณะที่สะท้อนโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่เท่าเทียมกัน ซึ่งความสัมพันธ์ทางสังคมในมิติเพศหญิงชายเป็นเรื่องที่สะท้อนโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเพศในสังคมที่ผู้หญิงมักจะถูกกดขี่ทั้งในด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคม และวัฒนธรรม

ความความแตกต่างระหว่างเพศหญิงและเพศชายทางสรีระ และความแตกต่างในเรื่องบทบาทที่เกิดจากการเรียนรู้และคาดหวังให้เกิดลักษณะของความเป็นชาย (Masculinity) และลักษณะความเป็นหญิง (Femininity) ได้นำไปสู่ความเชื่อที่ว่าผู้หญิงและผู้ชายมีความแตกต่างกันทั้งในเรื่องสติปัญญาและความสามารถ ส่งผลให้เกิดการครอบงำทางความคิดและอุดมการณ์ที่เชื่อว่ามีความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเพศที่ไม่เท่าเทียมกัน โดยสังคมมองว่าผู้หญิงมีความแตกต่างจากผู้ชายทำให้เกิดสถานะของผู้หญิงที่ด้อยกว่าผู้ชาย

ความสัมพันธ์เชิงอำนาจ (Power Relation) ที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างเพศ เป็นผลจากระบบชายเป็นใหญ่และระบบทุนนิยม ทำให้เกิดเกิดโครงสร้างสังคมที่ผู้ชายอยู่ในฐานะที่ได้เปรียบส่วนผู้หญิงอยู่ใน

ฐานะที่เสียเปรียบ ระบบชายเป็นใหญ่ได้สร้างความเชื่อที่ว่าคุณค่าของผู้หญิงอยู่ที่ความสวยและความสาว ส่วนคุณค่าของผู้ชายอยู่ที่ความสามารถและการประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน ความไม่เท่าเทียมกันทางเพศภายใต้การปฏิสัมพันธ์กันของระบบชายเป็นใหญ่และระบบทุนนิยม ได้ก่อให้เกิดความสัมพันธ์เชิงอำนาจแตกต่างอย่างชัดเจนระหว่างผู้หญิงและผู้ชาย ซึ่งเข้าไปจัดระดับเพศทางสังคมและได้ถูกสืบทอดผ่านมาในแต่ละยุคสมัย ทำให้เกิดการจัดระดับขั้นสูงต่ำทางเพศที่ส่งผลให้ผู้หญิงอยู่ในสถานะที่เป็นรอง การที่ผู้หญิงรู้สึกว่าด้อยกว่า และความรู้สึกเหมือนจะต้องพึ่งพิงผู้ชายในชีวิตเพื่อทำให้ชีวิตมีความสมบูรณ์ขึ้น ได้ก่อรูปร่างของโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงอำนาจในวัฒนธรรมแบบปิตาธิปไตย ซึ่งเกี่ยวข้องกับการควบคุมการสืบพันธุ์และการเจริญพันธุ์ของผู้หญิง ระบบความคิดเรื่องความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่เท่าเทียมกันทางเพศระหว่างผู้หญิงกับผู้ชายถูกใช้เป็นเครื่องมือในการเอารัดเอาเปรียบทางเพศที่ผู้หญิงตกเป็นเหยื่อหรือผู้ถูกกระทำ โดยเนื้อตัวและร่างกายของผู้หญิงถูกให้ความหมายว่าเป็นเพียงวัตถุที่ตอบสนองความพึงพอใจของผู้ชาย ซึ่งสะท้อนให้เห็นได้ในประวัติศาสตร์ ได้แก่ การให้สิทธิผู้ชายในการซื้อผู้หญิงมาเป็นทาสหรือภรรยาน้อย การให้สิทธิพ่อหรือสามีในการขายภรรยาและบุตรสาว เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้หญิงมีความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่น้อยกว่าและตกเป็นเหยื่อทางเพศของผู้ชายอยู่ตลอดเวลา เพียงแต่รูปแบบจะผันแปรไปตามมิติของสถานที่และเวลา (Space and Times) โดยบ่อยครั้งได้เปลี่ยนผ่านความเป็น "เพศ" ให้กลายเป็น "สินค้า" นอกจากนั้นผู้หญิงในชนบทส่วนใหญ่ไม่สามารถขอให้คู่ของตนใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ได้ และผู้หญิงบางคนไม่สามารถปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ได้แม้จะรู้ดีว่าอีกฝ่ายหนึ่งจะมีพฤติกรรมเสี่ยงหรือมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อยู่แล้วก็ตามซึ่งปัญหานี้ผู้หญิงจะได้รับผลกระทบมากที่สุด เนื่องจากผู้หญิงจะสามารถใช้ถุงยางอนามัยได้เมื่อผู้ชายที่เป็นคู่นอนให้ความสำคัญกับการป้องกัน และการใช้ถุงยางอนามัยกลายเป็นเรื่องที่ขึ้นอยู่กับผู้ชาย เพราะเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่เหนือกว่าในการตัดสินใจ

จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า อำนาจ (Power) เป็นพลังของความสามารถ (Action) เป็นสิทธิในการควบคุม (Control) เป็นปฏิสัมพันธ์โครงสร้าง (Structure) และทรัพยากร (Resourse) เป็นการครอบงำ (Donination) และครอบครอง (Hegemony) เป็นความสัมพันธ์ทางสังคม (Social Relation) เป็นวัฒนธรรมเชิงสัญญะ (Symbolic) เป็นวาทกรรมและความรู้ (Discourse and Knowledge) และเป็นเรื่องของการกดขี่ทางเพศ (Sexual Exploitation) อำนาจเป็นความสัมพันธ์ที่อยู่บนพื้นฐานของความไม่เท่าเทียม โดยจะเห็นได้จากปัญหาความไม่เท่าเทียมกันระหว่างเพศ ซึ่งนำไปสู่รูปแบบของการกดขี่และใช้ความรุนแรง และขณะเดียวกันอำนาจก็เป็นเงื่อนไขที่คอยกำหนดความสัมพันธ์ทางสังคมซึ่งมีลักษณะแตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นการบังคับ การครอบงำ การต่อรอง ต่อต้าน และการช่วงชิงภายใต้ระบบความสัมพันธ์นั้น โครงสร้างความสัมพันธ์เชิงอำนาจของวัฒนธรรมแบบชาย เป็นใหญ่มักเกี่ยวข้องกับการควบคุมร่างกายผู้หญิง ได้แก่ การควบคุมการสืบพันธุ์และการเจริญพันธุ์ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจเรื่องเพศสัมพันธ์ โดยสังคมกำหนดให้ผู้หญิงเป็นผู้รองรับทำให้เปราะบางต่อปัญหาด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ การตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของผู้หญิงซึ่งมีมากขึ้น เพราะขาดความสามารถในการต่อรองกับผู้ชายเพื่อให้มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และไม่มีอำนาจตัดสินใจในการควบคุมเรื่องเพศสัมพันธ์ของตนเองได้อย่างเต็มที่

ตอนที่ 11.2 ความสัมพันธ์เชิงอำนาจกับการอนามัยเจริญพันธุ์

ในหลายๆ สังคม โดยเฉพาะในสังคมไทย ได้รับอิทธิพลจากรูปแบบโครงสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมในลักษณะของวัฒนธรรมแบบปิตาธิปไตย (Patriarchy) หรือชายเป็นใหญ่ ทำให้บทบาทระหว่างเพศหญิงและเพศชายมีความแตกต่างกันในลักษณะของความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่เท่าเทียมกันอย่างชัดเจน ซึ่งสังคมได้มอบบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้นำหรือเป็นหัวหน้าครอบครัวกับผู้ชาย และให้ผู้หญิงมีบทบาทหน้าที่ในการสนับสนุนโดยการดูแลสมาชิกภายในครอบครัว นอกจากนี้ในบางสังคมที่ยึดมั่นในความเชื่อทางศาสนา ได้กำหนดความสำคัญของเพศหญิงและชายไว้แตกต่างกัน ได้แก่ การยอมให้ผู้ชายเท่านั้นที่ทำหน้าที่สืบทอดทางศาสนาด้วยการบวชได้ ส่วนผู้หญิงจะมีบทบาทหน้าที่เป็นผู้ทำนุบำรุง เป็นต้น วัฒนธรรมเหล่านี้ได้มีผลต่อความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างหญิงและชายที่ทำให้ผู้หญิงต้องอยู่ในฐานะที่มีอำนาจต่ำกว่า วัฒนธรรมแบบนี้ได้มีผลอย่างมากต่อพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ เพศสัมพันธ์ และการอนามัยเจริญพันธุ์ ตัวอย่างเช่น การยอมรับให้ผู้ชายมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานหรือการมีเพศสัมพันธ์นอกสมรสได้ ในขณะที่ผู้หญิงถูกควบคุมภายใต้ระบบจารีตประเพณี การให้ความสัมพันธ์เชิงอำนาจและบทบาทหญิงชายในเรื่องเพศสัมพันธ์ที่ผู้ชายเป็นผู้ควบคุมและผู้หญิงเป็นผู้รองรับ ซึ่งเห็นได้จากการกำหนดค่านิยมเรื่องศักดิ์ศรีทางเพศและความบริสุทธิ์หรือพรหมจรรย์ของผู้หญิงให้เป็นเรื่องสำคัญ โดยถูกควบคุมจากกฎเกณฑ์ จารีตและวัฒนธรรม "กุลสตรี" ซึ่งมีไว้เพื่อรองรับความต้องการหรือประโยชน์ของผู้ชาย นอกจากนี้ หลายๆ วัฒนธรรมยังแบ่งแยกความบริสุทธิ์หรือสะอาดของผู้หญิงกับเรื่องของประจำเดือนที่ส่งผลให้เกิดการกีดกันพื้นที่ของผู้หญิงออกจากสังคม ทำให้ผู้หญิงที่มีประจำเดือนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมบางอย่างหรือเข้าถึงพื้นที่ที่ถูกให้ความหมายว่าศักดิ์สิทธิ์ อันเป็นผลมาจากการมีประจำเดือนซึ่งถูกให้ความหมายว่า "ไม่สะอาด" ความเชื่อเหล่านี้เป็นการมอบอำนาจแบบสมยอมให้แก่ผู้ชายเป็นผู้ควบคุมความสัมพันธ์ระหว่างหญิงและชายในเรื่องต่างๆซึ่งรวมถึงเรื่องเพศสัมพันธ์ด้วย

การประกอบสร้างทางสังคมในเรื่องเพศภาวะและบทบาททางเพศ ได้ส่งผลให้เกิดโครงสร้างของความสัมพันธ์เชิงอำนาจภายใต้วัฒนธรรมชายเป็นใหญ่ สังคมได้กำหนดทวิมาตรฐาน (Double Standard) ลักษณะความเป็นชาย (Masculinity) ที่ถูกให้คุณค่ามากกว่าลักษณะความหญิง (Femininity) นำไปสู่ความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่เหนือว่า โดยผู้หญิงถูกนิยามว่าเป็นหน่วยของการเจริญพันธุ์ (Reproductive Unit) และถูกทำให้เป็นเสมือนวัตถุทางเพศ (Sexual Objectification) สำหรับผู้ชาย

ความสัมพันธ์เชิงอำนาจ (Power Relation) ระหว่างเพศ เป็นเรื่องที่อยู่บนพื้นฐานของความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างอำนาจของวัฒธรรมและเป็นเครื่องมือของระบบการเมือง ที่ถูกประกอบสร้างและดำรงไว้มาอย่างต่อเนื่อง ผู้หญิงจำนวนมากยังประสบกับการเอาเปรียบแม้แต่ในพื้นที่ส่วนตัว ซึ่งเรื่องที่ถูกจัดว่าเป็นเรื่องส่วนตัวต่างๆ ไม่ว่าจะเรื่องของความรัก ความใคร่ ความสัมพันธ์ และการเจริญพันธุ์นั้นมีความเป็นการเมืองในลักษณะของการควบคุมร่างกายเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยเป็นการเมืองที่อยู่บนโครงสร้างของความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างผู้หญิงและผู้ชาย ผลกระทบที่เกิดต่อร่างกายและการอนามัยเจริญพันธุ์ที่เกิดขึ้นภายใต้ความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่เท่าเทียมได้แก่ความรุนแรงทางเพศทั้งที่เป็นความรุนแรงทางร่างกายและจิตใจการข่มขืน

การทำร้ายร่างกาย การล่วงละเมิดทางเพศและการคุกคามทางเพศทั้งที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวหรือภายนอกครอบครัว นอกจากนี้ยังมีความรุนแรงในลักษณะของการหึงหวง หรือความไม่พอใจที่ถูกปฏิเสธความสัมพันธ์ที่ผู้ชายมักจะเป็นผู้กระทำความรุนแรง เป็นต้น ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการใช้อำนาจครอบงำที่ส่งผลต่อความแตกต่างและความไม่เป็นธรรมที่เกิดขึ้นระหว่างเพศ โดยเป็นภาพสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาความรุนแรงที่ฝังรากลึกอยู่ภายใต้ระบบโครงสร้างอำนาจแบบชายเป็นใหญ่ของสังคมไทย

นอกจากนี้ การที่สังคมกำหนดเพศภาวะให้มีเพียงสองลักษณะคือความเป็นชาย (Masculinity) ที่ถูกให้คุณค่ามากกว่าลักษณะความหญิง (Femininity) จึงส่งผลกระทบต่อกลุ่มคนที่มีวิถีทางเพศซึ่งไม่สอดคล้องกับเพศที่ชอบธรรมตามบรรทัดฐานที่สังคมกำหนดไว้ จึงเกิดการประทับตรา (Labelling) หรือตีตรา (Stigma) ให้กับกลุ่มคนที่ถูกมองว่าเบี่ยงเบนหรือผิดปกติ จนกลายเป็นกลุ่มคนชายขอบ (Marginalization) ของสังคม กลุ่มคนที่ได้รับผลกระทบเช่นนี้ ได้แก่ ผู้หญิงและเด็ก คนค้าประเวณี กลุ่มคนรักเพศเดียวกัน และผู้พิการ เป็นต้น ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างอำนาจที่มีความแตกต่างทางสังคมโดยถูกแบ่งแยกระหว่าง “คนปกติ” (Normal) ให้เป็นเสมือนคนดี (Good Person) และ “คนไม่ปกติ” (Abnormal) ที่ถูกนิยามเสมือนเป็นคนไม่ดี (Bad Person) โดยคนปกติจะมีความสัมพันธ์เชิงอำนาจเหนือกว่า (Power Over) คนที่ถูกมองว่าไม่ปกติ

มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault) ได้อธิบายเกี่ยวกับลักษณะของความสัมพันธ์และการประกอบสร้างทางสังคมในเรื่องเกี่ยวกับเพศไว้ในหนังสือเรื่อง "ประวัติศาสตร์เพศวิถี" (The History of Sexuality) ซึ่งได้อธิบายการประกอบสร้างความหมายเรื่องเพศและกฎระเบียบที่เข้ามาควบคุม และกลายเป็นที่ยอมรับทั่วไปโดยสังคมได้แบ่งแยกความปกติและไม่ปกติในเรื่องเพศ ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ของชายรักชายเป็นเรื่องที่ผิดปกติ ส่งผลให้กลุ่มคนที่รักเพศเดียวกันต้องกลายเป็นคนชายขอบของสังคม ซึ่งจะเห็นได้ว่านอกจากผู้หญิงแล้วกลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางเพศนั้นยังถูกครอบงำด้วยวาทกรรมหรือบรรทัดฐานของลักษณะความเป็นชาย (Masculinity) อยู่เช่นกัน

การมองเรื่องภาวะการอนามัยเจริญพันธุ์จะต้องมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับบริบทต่างๆ ภายในสังคมในแต่ละระดับ เป็นภาพความสัมพันธ์ตั้งแต่การดำเนินชีวิตประจำวันของปัจเจกบุคคลที่ถูกกำหนดผ่านระบบอำนาจชายเป็นใหญ่ (Patriarchy) ซึ่งเป็นตัวกำหนดเพศภาวะและเพศวิถีโดยถูกเชื่อมโยงกับรูปแบบของความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเพศที่ไม่เท่าเทียมกัน โครงสร้างทางสังคมวัฒนธรรม ศาสนา และความเชื่อเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความแตกต่างทางชนชั้น และความแตกต่างระหว่างเพศที่สัมพันธ์อยู่กับโครงสร้างพื้นฐานทางสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งล้วนแต่มีผลกระทบต่อภาวะการอนามัยเจริญพันธุ์ทั้งสิ้น ดังนั้นในฐานะนักสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาจึงควรให้ความสนใจในมิติมุมมองดังกล่าว โดยเฉพาะต้องทำความเข้าใจเพศวิถี เพศภาวะและความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเพศซึ่งปรากฏอยู่บนความสัมพันธ์ที่สลับซับซ้อนในระดับต่างๆ ซึ่งหากต้องการประสบความสำเร็จด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ จะต้องทำความเข้าใจเรื่องทางเพศภายใต้เงื่อนไขของปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ตลอดจนเข้าใจความไม่เสมอภาคและพฤติกรรมทางเพศที่หลากหลายซึ่งส่งผลต่อภาวะการอนามัยเจริญพันธ์ เพื่อให้เกิดการมองแบบองค์รวม (Holistic) อย่างแท้จริง โดยสามารถพิจารณารูปแบบความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเพศกับภาวะการอนามัยเจริญพันธุ์ได้ดังภาพ

ภาพที่ 11.7 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเพศกับภาวะการอนามัยเจริญพันธุ์

ภาวะการอนามัยเจริญพันธุ์เป็นเรื่องที่เชื่อมโยงกับรูปแบบความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเพศ ซึ่งรวมถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในลักษณะต่างๆ ได้แก่ ความรุนแรงที่เกิดขึ้นต่อร่างกายและจิตใจของผู้ที่มีความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ต่ำกว่า รวมถึงความรุนแรงทางเพศในลักษณะต่างๆ อันนำไปสู่ปัญหาด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ในลักษณะอื่นๆ ได้แก่ การข่มขืน การตั้งครรภ์แบบไม่พึงประสงค์ การทำแท้ง เด็กกำพร้า การค้ามนุษย์ โรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งการกีดกันหรือปิดกั้นและการเลือกปฏิบัติ (discrimination) ที่มีต่อกลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางเพศในการดำรงชีวิตและมีเพศวิถีความต้องการอย่างแท้จริง ซึ่งปัญหาเหล่านี้ส่งผลอย่างมากต่อภาวะการอนามัยเจริญพันธุ์ จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีทางร่างกาย (Bodily Integrity) และความเป็นบุคคล (Personhood) ซึ่งสามารถมีทางเลือกและมีความเท่าเทียมกันทางเพศระหว่างผู้หญิง ผู้ชาย และผู้ที่เปลี่ยนผ่านเพศ (Transgender) โดยเคารพในความแตกต่างอย่างเท่าเทียมกัน

จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า ปัญหาด้านการอนามัยเจริญพันธุ์เป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน เพราะเกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อและวัฒนธรรม โดยโครงสร้างทางสังคมได้ส่งผลต่อแบบแผนพฤติกรรมทางเพศและความสัมพันธ์เชิงอำนาจในรูปแบบต่างๆ ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ ได้แก่ การล่วงละเมิดทางเพศ การกดขี่ ความรุนแรงทางเพศ การปิดกั้นหรือกีดกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและการเลือกปฏิบัติในลักษณะต่างๆ เป็นต้น นอกจากนี้ พฤติกรรมทางเพศและการอนามัยเจริญพันธุ์ยังได้รับอิทธิพลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในการให้คุณค่าและค่านิยมทางเพศ ซึ่งในปัจจุบันเรื่องเพศไม่ได้มีเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างหญิงและชายเท่านั้น แต่ยังรวมถึงความสัมพันธ์ในลักษณะที่หลากหลายและลื่นไหลเปลี่ยนแปลง จึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจรูปแบบของความสัมพันธ์ และเปิดพื้นที่ให้บุคคลเหล่านั้นได้มีบทบาทและความรับผิดชอบที่เท่าเทียม และมีการอนามัยเจริญพันธุ์ที่สมบูรณ์

แบบฝึกหัดประจำบทเรียน

คำถาม :

ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเพศมีความเกี่ยวข้องกับการอนามัยเจริญพันธุ์อย่างไร

แนวทางการตอบ:

ความสัมพันธ์เชิงอำนาจ (Power Relation) ที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างเพศ เป็นผลจากระบบชายเป็นใหญ่และระบบทุนนิยม ทำให้เกิดเกิดโครงสร้างสังคมที่ผู้ชายอยู่ในฐานะที่ได้เปรียบส่วนผู้หญิงอยู่ในฐานะที่เสียเปรียบ ระบบชายเป็นใหญ่ได้สร้างความเชื่อที่ว่าคุณค่าของผู้หญิงอยู่ที่ความสวยและความสาว ส่วนคุณค่าของผู้ชายอยู่ที่ความสามารถและการประสบความสำเร็จในหน้าที่การงาน ความไม่เท่าเทียมกันทางเพศภายใต้การปฏิสัมพันธ์กันของระบบชายเป็นใหญ่และระบบทุนนิยมได้ก่อให้เกิดความสัมพันธ์เชิงอำนาจแตกต่างอย่างชัดเจนระหว่างผู้หญิงและผู้ชาย ซึ่งเข้าไปจัดระดับชั้นทางเพศของสังคมและได้ถูกสืบทอดผ่านไปในแต่ละยุคสมัย ทำให้เกิดการจัดระดับขั้นสูงต่ำทางเพศที่ส่งผลให้ผู้หญิงอยู่ในสถานะที่เป็นรอง การที่ผู้หญิงรู้สึกว่าด้อยกว่าและความรู้สึกเหมือนจะต้องพึ่งพิงผู้ชายในชีวิตเพื่อทำให้ชีวิตมีความสมบูรณ์ขึ้น ได้ก่อรูปร่างของโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงอำนาจของระบอบปิตาธิปไตย เกี่ยวข้องกับการควบคุมการสืบพันธุ์และการเจริญพันธุ์ของผู้หญิง ระบบความคิดในเรื่องของความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่เท่าเทียมกันในเรื่องเพศระหว่างผู้หญิงกับผู้ชายถูกใช้เป็นเครื่องมือในการเอารัดเอาเปรียบทางเพศที่ผู้หญิงตกเป็นเหยื่อหรือผู้ถูกกระทำโดยเนื้อตัวและร่างกายของ ผู้หญิงได้ถูกให้ความหมายว่าเป็นเพียงวัตถุที่ตอบสนองความพึงพอใจของผู้ชาย ซึ่งสะท้อนให้เห็นได้ในประวัติศาสตร์ ได้แก่ การให้สิทธิแก่ผู้ชายในการซื้อผู้หญิงมาเป็นทาสหรือภรรยาน้อย การให้สิทธิพ่อหรือสามีในการขายภรรยา และขายบุตรสาว เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้หญิงมีความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่น้อยกว่าและตกเป็นเหยื่อทางเพศของผู้ชายอยู่ตลอดเวลา เพียงแต่รูปแบบจะผันแปรไปตามมิติของสถานที่และเวลา (Space and Times) โดยหลายหลายครั้งได้เปลี่ยนผ่าน "เพศ" ให้กลายเป็น "สินค้า" นอกจากนั้นผู้หญิงในชนบทส่วนใหญ่ยังไม่สามารถขอให้คู่ของตนใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ได้และผู้หญิงบางคนไม่สามารถปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ได้แม้จะรู้ดีว่าอีกฝ่ายหนึ่งจะมีพฤติกรรมเสี่ยงหรือมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อยู่แล้วก็ตามซึ่งปัญหานี้ผู้หญิงจะได้รับผลกระทบมากที่สุด เนื่องจากผู้หญิงจะสามารถใช้ถุงยางอนามัยได้เมื่อผู้ชายที่เป็นคู่นอนให้ความสำคัญกับการป้องกัน และการใช้ถุงยางอนามัยกลายเป็นเรื่องที่ต้องขึ้นอยู่กับผู้ชายเพราะเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่เหนือกว่าในการตัดสินใจ ปัญหาด้านการอนามัยเจริญพันธุ์เป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนเพราะเกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อและวัฒนธรรม โดยโครงสร้างทางสังคมได้ส่งผลต่อแบบแผนพฤติกรรม ทางเพศและความสัมพันธ์เชิงอำนาจในรูปแบบต่างๆ ซึ่งอาจนำไปสู่ปัญหาด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ ได้แก่ การล่วงละเมิดทางเพศ การกดขี่ทางเพศ ความรุนแรงทางเพศ การปิดกั้นหรือกีดกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและการเลือกปฏิบัติในลักษณะต่างๆ เป็นต้น นอกจากนี้ พฤติกรรมทางเพศและการอนามัยเจริญพันธุ์ยังได้รับอิทธิพลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในการให้คุณค่าและค่านิยมทางเพศ ซึ่งในปัจจุบันเรื่องเพศไม่ได้มีเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างผู้หญิงและผู้ชายเท่านั้น แต่ยังรวมถึงความสัมพันธ์ในลักษณะที่หลากหลายและลื่นไหลเปลี่ยนแปลง ได้แก่ การรักเพศเดียวกันหรือการรักสองเพศ เป็นต้น จึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจรูปแบบของความสัมพันธ์ที่หลากหลาย และเปิดพื้นที่ให้บุคคลเหล่านั้นได้มีบทบาทและความรับผิดชอบ และมีการอนามัยเจริญพันธุ์ที่สมบูรณ์

บรรณานุกรม

Amnesty International. (2011). *Making the Fair Choice: Key steps to improve maternal health in ASEAN: Briefing to the ASEAN Intergovernmental Commission on Human Rights*. Indonesia, Philippine UNHCR.

Anderson, Barbara A. (2005). *Reproductive health: women and men's shared responsibility*. New York: Sudbury, Mass. Jones and Bartlett.

Anderson, Margaret L. (1993). *Thinking About Women: Sociological Perspectives on Sex and Gender*. 3th edition. New York: Macmillan Publishing Company.

Ashenden, Samantha. (1997). "Feminism, Postmodernism and the Sociology of Gender" in *Sociology after Postmodernism*. David Owen ed. London: Sage Publications.

Foucault, Michel. (1989). *The History of Sexuality*. New York: Vintage Books.

National Economic and Social Development Board (NESDB) and the United Nations Population Fund. (2011). *Impact of Demographic Change in Thailand*.

Rosalind P. Petchesky. (2006). *Sexuality, Social Policy and AIDS: Case Studies on Sexual Rights and HIV/AIDS*, The 16th International AIDS Conference, Toronto, Canada.

Sciortino, R. (2013). Sexual and Reproductive Rights Are Migrants' Rights: Contesting Policies for Low - Skilled Migrants in Southeast Asia. *Asian - Pacific Resource & Research Centre for Women. Arrows for Change*. 19 (1), 5 - 7.

Scott, Joan W. (1988). *Gender and the Politics of History*. New York: Columbia University Press.

Sparkes, Stephen. (1996). "*Body and Space: Socialization and Gender Hierarchy among the Shan and Isan.*" Paper Presented at the 6th International Conference on Thai Studies, Chiangmai, Thailand.

Thanenthiran, S., & Racherla, S. J. (2008). *Reclaiming & Defining Rights: ICPD+15: Status of Sexual and Reproductive Health and Rights in Asia. Asia-Pacific Resource and Research Center for Women*. Malaysia: ARROWs.

UNFPA. (2012). *State of World Population 2012: By Choice, Not By Chance: Family Planning, Human Rights, and Development*. New York: United Nations Population Fund.

Van Esterik, P. (2000). *Materializing Thailand*. New York: Berg.

กฤตยา อาชวนิจกล. (2547). *ผู้หญิงในวาทกรรมการเมืองเรื่องเพศและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์*. เชียงใหม่: ศูนย์สตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กาญจนา แก้วเทพ และคณะ. (2548). *ทั้งรัก ทั้งใคร่ ทั้งใช้ความรุนแรงต่อผู้หญิง*. เชียงใหม่: ศูนย์สตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จิตติมา ภาณุเตชะ และคณะ. (2550). *สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ หัวใจสำคัญของสุขภาพผู้หญิง.* กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ.

ชายไทย รักษาชาติ. (2546). *สื่อกับมานุษยวิทยา: ปรากฏการณ์ความรุนแรงทางเพศต่อผู้หญิงในอินเตอร์เน็ต.* กรุงเทพมหานคร : ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน).

บุปผา ศิริรัศมี, เบญจา ยอดดำเนิน, เอื้อมพร ทองกระจาย, เรณี อรรฐาเมศร์, อมรา สุนทรธาดา. (ม.ป.ป.). *คู่มือการอบรมเชิงปฏิบัติการโครงการพัฒนา งานวิจัยด้านเพศภาวะ มิติทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์.* นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรศาสตร์และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปริตตา เฉลิมเผ่า (บรรณาธิการ). (2541). *เผยร่างพรางกาย: ทดลองมองร่างกายในศาสนา ปรัชญาการเมือง ประวัติศาสตร์ ศิลปะ และมานุษยวิทยา.* กรุงเทพมหานคร: คบไฟ.

พิมพวัลย์ บุญมงคล. (2553). *การบูรณาการมิติเพศภาวะ (Gender) ในการป้องกัน รักษา ดูแล และสนับสนุนด้านเอชไอวี/เอดส์.* โครงการจัดตั้งสำนักงานศึกษานโยบายสาธารณสุข สวัสดิการและสังคม.

พิษนุ อภิสมาจารโยธิน และสุวรรณี หาญมุสิกวัฒน์กูร บรรณาธิการ : Asian-Pacific Resource & Research Centre for Women. (2550). มุมมองเกี่ยวกับเพศภาวะและสิทธิของผู้หญิงในนโยบายและแผนด้านสุขภาพ. *ARROWs เพื่อการเปลี่ยนแปลง (ฉบับภาษาไทย).* 13(2). 1-20.

พิษนุ อภิสมาจารโยธิน. (2550). วัยรุ่นหญิงกับการติดเชื้อ HIV จากการตกเป็นเหยื่อของความสำราญทางเพศผ่านสื่ออินเตอร์เน็ตในระบบทุนนิยมชายเป็นใหญ่. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. www.si.mahidol.ac.th/th/education/admin/news_files/224_1.doc

เพ็ญจันทร์ ประดับมุข-เชอร์เรอร์. (2551). เพศวิถีและอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิงพิการ. ใน ธวัชชัย พาชื่น และพิมพวัลย์ บุญมงคล (บรรณาธิการ). *เพศวิถีศึกษาในสังคมไทย : วิพากษ์องค์ความรู้และธรรมเนียมปฏิบัติเรื่องเพศวิถีศึกษาในสังคมไทย.* นครปฐม: โครงการจัดตั้งสำนักงานศึกษานโยบายสาธารณสุขฯ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

รัตนา โตสกุล. (2548). *มโนทัศน์เรื่องอำนาจ.* กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.

วิลาสินี พิพิธกุล. (2548). *วาทกรรมเรื่องเพศในหนังสือพิมพ์.* (เอกสารสรุปย่อบางส่วนจากโครงการวิจัยการสื่อสารเรื่องเพศในสังคมไทย) ภาควิชาวารสารสนเทศ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิศัลย์ศยา กิติรัตน์ตระการ. (2549). *บทบาทของผู้หญิงในงานวรรณกรรม.* เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วารุณี ภูริสนสิทธิ์. (ม.ป.ป.). *บทความเรื่องความเป็นเพศ.* กรุงเทพมหานคร: ดีพี สตูดิโอ.

สุชีลา ตันชัยนันท์. (2540). *ผู้หญิงในทรรศนะจิตร ภูมิศักดิ์ และแนวคิดสตรีศึกษา.* นนทบุรี: เจริญวิทย์การพิมพ์.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม โดย สุชาดา ทวีสิทธิ์และคณะ (บรรณาธิการ). (2556). *ประชากรและสังคม 2556 (ประชากรและสังคมในอาเซียน: ความท้าทายและโอกาส).* นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. (ม.ป.ป.). *การให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข.* กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

อมรา พงศาพิชญ์. (2548). *เพศสถานะและเพศวิถีในสังคมไทย.* กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บทที่ 12
อัตลักษณ์ทางเพศและผลกระทบจากความรุนแรง

แนวคิดและวัตถุประสงค์ประจำบทเรียน

สรุปแนวคิด

1. อัตลักษณ์ทางเพศ (Gender Identity) เป็นตัวตนภายในของบุคคลในเรื่องของความพึงพอใจทางเพศ (Sexual Orientation) ซึ่งอาจจะสอดคล้องหรือแตกต่างจากเพศทางด้านร่างกายของตนเอง ทั้งนี้อัตลักษณ์ทางเพศยังรวมถึงการแสดงออกทางเพศภาวะต่างๆ ได้แก่ การแต่งกาย ความรู้สึก ความพึงพอใจ หรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางเพศ (Gender Expression) ที่มีความหลากหลายด้วย แต่อย่างไรก็ตาม ปัญหาสำคัญคือการประกอบสร้างความเข้าใจเรื่องความหลากหลายทางเพศที่ผูกติดวิถีทางเพศแบบระบบสองขั้วคือแบบชายและหญิงเพียงเท่านั้น ทำให้บุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศต้องถูกมองว่า "ผิดปกติ" หรือ "ผิดเพศ" ซึ่งในความเป็นจริงวิถีความพอใจทางเพศ (Sexual Orientation) กับอัตลักษณ์ทางเพศ (Gender Identity) ไม่ใช่เรื่องที่จะต้องเชื่อมโยงกันอย่างตรงไปตรงมาเสมอไป ตัวอย่างเช่น คนที่รับรู้ว่าตนเองมีอัตลักษณ์ทางเพศ (Gender Identity) เป็นแบบคนเปลี่ยนผ่านเพศ (Transgender) ได้แก่ การข้ามเพศจากชายเห็นหญิง (Male to Female หรือ M2F) และการข้ามเพศจากหญิงเป็นชาย (Female to Male หรือ F2M) ก็อาจจะไม่จำเป็นต้องมีวิถีความพอใจทางเพศ (Sexual Orientation) ที่จะชอบเพศตรงข้ามก็ได้ แต่อาจจะเป็นการรักเพศเดียวกัน (Homosexual) การรักทั้งสองเพศ (Bisexual) การรักหลายเพศ (Pansexual) หรืออาจไม่ประสงค์เรื่องทางเพศ (Asexual) ก็ได้ เพราะการมองแบบคู่ตรงข้าม (Binary) จะเป็นการผลิตซ้ำกรอบของระบบสองเพศซึ่งผู้มีอัตลักษณ์ทางเพศแบบผู้ชายต้องรักผู้หญิงหรือผู้ที่มีอัตลักษณ์ทางเพศแบบผู้หญิงต้องรักผู้ชายเท่านั้น อัตลักษณ์ทางเพศที่ถูกนิยามขึ้นมาในลักษณะสองขั้วดังกล่าวจึงเป็นวาทกรรมที่แบ่งหมวดหมู่ของเพศภาวะและเพศวิถีที่ตอกย้ำความเป็นหญิงและความเป็นชายที่แตกต่าง และผลักใสกลุ่มคนที่ถูกมองเป็นคนชายขอบให้ไร้ซึ่งพื้นที่ในสังคมโดยทั่วไป

2. บุคคลที่มีเพศนอกกรอบ (Queer) ซึ่งถูกมองว่ามีอัตลักษณ์ทางเพศที่แตกต่างจากบรรทัดฐานของสังคม ได้แก่ หญิงรักหญิง ชายรักชาย ผู้ที่รักสองเพศ และผู้ที่ข้ามเพศ (Lesbian Gay Bisexual and Transgender หรือ LGBT) หรือคนที่มีความหลากหลายทางเพศ (Gender Diversity) และผู้ที่มีรสนิยมหรือการแสดงออกทางเพศที่นอกเหนือจากคนรักต่างเพศนั้นต้องเผชิญกับภาวะปัญหาเชิงโครงสร้างที่ส่งผลต่อความ

ยากลำบากในการดำรงชีวิต ไม่ว่าจะเป็นความรุนแรงที่มีต่อร่างกายและจิตใจ การข่มเหงหรือทำร้ายร่างกาย การใช้วาจาเหยียดหยามหรือคุกคาม การล่วงละเมิดทางเพศ และการเลือกปฏิบัติในลักษณะต่างๆ จึงจำเป็นที่จะต้องเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ให้กับกลุ่มคนที่มีเพศนอกกรอบได้มีพื้นที่ยืนในสังคมได้อย่างเท่าเทียมและยุติธรรม รวมทั้งการเคารพซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และให้ซึ่งเสรีภาพของการเป็นพลเมือง และได้รับซึ่งสิทธิที่จะดำรงชีวิตอยู่อย่างปลอดภัยไม่หวาดกลัวหรือหวาดระแวง สิทธิที่จะได้รับการยอมรับในฐานะมนุษย์หรือสมาชิกในสังคม และสิทธิที่จะได้มีสุขภาพทางเพศที่สมบูรณ์ทั้งบนพื้นฐานของความต้องการด้านร่างกายและจิตใจ อันจะส่งผมต่อภาวะการอนามัยเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมของสังคมอย่างเป็นธรรม

วัตถุประสงค์

เพื่อให้นิสิตสามารถ

1. เข้าใจความหมายของอัตลักษณ์และอัตลักษณ์ทางเพศ
2. อธิบายผลกระทบของความรุนแรงทางเพศที่มีต่อบุคคลที่มีเพศนอกกรอบ

เนื้อหาหลัก

เนื้อหาในบทที่ 12 อัตลักษณ์ทางเพศและผลกระทบจากความรุนแรง ประกอบด้วย 2 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 12.1 ความหมายของอัตลักษณ์และอัตลักษณ์ทางเพศ

ตอนที่ 12.2 ปัญหาความรุนแรงที่มีต่อบุคคลที่มีเพศนอกกรอบ

เมื่ออ่านจบบทเรียนแล้วขอให้นิสิตทดลองทำแบบฝึกหัดเพื่อเป็นการทบทวนความรู้

ตอนที่ 12.1 ความหมายของอัตลักษณ์และอัตลักษณ์ทางเพศ

อัตลักษณ์ (Identity) เป็นคำที่มีรากศัพท์มาจากคำว่า "อัต" หรือ "อตฺต" ที่แปลว่า ตนหรือตัวเอง และ "ลักษณ์" ที่แปลว่าลักษณะ โดยคำว่า อัตลักษณ์ (Identity) หมายถึง ลักษณะของตัวตน (Character) ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลที่ได้รับอิทธิพลมากจากบริบททางสังคมและวัฒนธรรม โดยลักษณะดังกล่าวจะมีความเฉพาะเจาะจงซึ่งอาจจะเหมือนหรือแตกต่างไปจากบุคคลอื่นหรือกลุ่มทางสังคมอื่นๆ

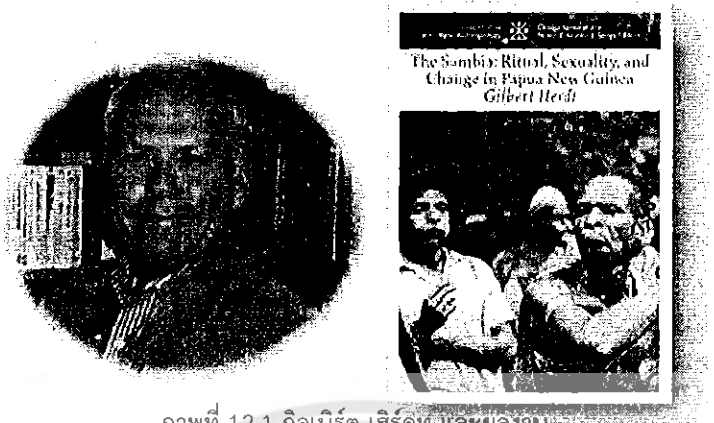
อัตลักษณ์ของบุคคล (Individual Identity) จะมีลักษณะที่สามารถเปลี่ยนแปลงไปตามเวลาและโอกาสหรือตามบริบทและบทบาททางสังคม ได้แก่ อัตลักษณ์ความเป็นแม่ อัตลักษณ์ความเป็นพ่อ อัตลักษณ์ตามสถานะทางเพศหรือเพศภาวะ (Gender) และอัตลักษณ์ทางชาติพันธุ์ เป็นต้น ดังนั้นอัตลักษณ์จึงไม่ได้หยุดนิ่งตายตัวแต่มีการเปลี่ยนแปลงลื่นไหล (Fluidity) และอาจมีการปลับเปลี่ยนได้ (Identity Shift)

อัตลักษณ์ทางเพศ (Gender Identity) เป็นแบบแผนที่อธิบายถึงบุคลิกภาพของความเป็นชายหรือความเป็นหญิงซึ่งอาจมีความแตกต่างกัน และถูกกำหนดโดยสังคมที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ ทั้งเพศชายและหญิงมีความแตกต่างกันทางกายวิภาคและสรีรวิทยารวมทั้งการแสดงพฤติกรรมทางสัญชาติญาณ แต่อย่างไรก็ตามอัตลักษณ์ทางสังคมของปัจเจกบุคคลยังถูกกำหนดด้วยวัฒนธรรม กฎเกณฑ์ จารีต ประเพณีในการดำรงชีวิตโดยผ่านกระบวนการกล่อมเกลาทางสังคม (Socialization) ด้วยเหตุนี้จึงทำให้อัตลักษณ์มีความเด่นชัดที่มากกว่าความเป็นเพศตามธรรมชาติ

อัตลักษณ์ทางเพศเป็นความรู้สึกภายในจิตใจของบุคคลในเรื่องของความพึงพอใจทางเพศ (Sexual Orientation) ซึ่งอาจจะสอดคล้องหรือแตกต่างจากเพศทางด้านร่างกายของตนเอง ทั้งนี้อัตลักษณ์ทางเพศยังรวมถึงการแสดงออกทางเพศภาวะต่างๆ ได้แก่ การแต่งกาย ความรู้สึก ความพึงพอใจ หรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางเพศ (Gender Expression) ที่มีความหลากหลายด้วย อัตลักษณ์ทางเพศเป็นตัวตนหรือความรู้สึกภายในว่าตนเองเป็นอย่างไร เป็นหญิง เป็นชาย หรือมีความหลากหลายทางเพศ โดยอาจแสดงออกมาในลักษณะของบทบาททางเพศ (Gender role) ตามตัวตนนั้นๆ หรืออาจกล่าวได้ว่า อัตลักษณ์ทางเพศเป็นประสบการณ์ภายในของบุคคล และบทบาททางเพศก็คือสิ่งที่แสดงออกมาภายนอกของอัตลักษณ์ทางเพศ ลักษณะของการเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศของบุคคล จะมีลักษณะของการเลือกอย่างสมัครใจในการเปิดเผยหรือปกปิด (Coming Out of the Closet) โดยเฉพาะกลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางเพศที่มักจะต้องปกปิดและเลือกเปิดเผยตัวตนในลักษณะของการเปิดเผยทั้งหมดหรือบางส่วนเนื่องจากถูกปิดกั้นและกดทับโดยบริบททางด้านสังคมและวัฒนธรรม

ตามทฤษฎีเควียร์ (Queer Theory) หรือทฤษฎีเพศนอกกรอบถือว่าอัตลักษณ์ (Identity) เป็นสิ่งที่เป็นสารัตถะ (Essentialism) หรือแก่นแท้ทางวัฒนธรรม เช่นเดี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ระหว่างเพศเดียวกันนั้นมีมาตลอดในประวัติศาสตร์ ได้แก่ การร่วมเพศระหว่างผู้ชายด้วยกันในยุคกรีก และยุคโรมัน เป็นต้น นอกจากนี้ในวัฒนธรรมของบางชนเผ่า จากการศึกษาทางมานุษยวิทยาของกิลเบิร์ต เฮิร์ดท (Gilbert Herdt) ในชนเผ่าแซมเบีย (Zambia) บนเกาะนิวกีนี (New Guinea) เมื่อหลายสิบปีที่แล้วพบว่า ในชนเผ่านี้เด็กผู้ชายทุกคน

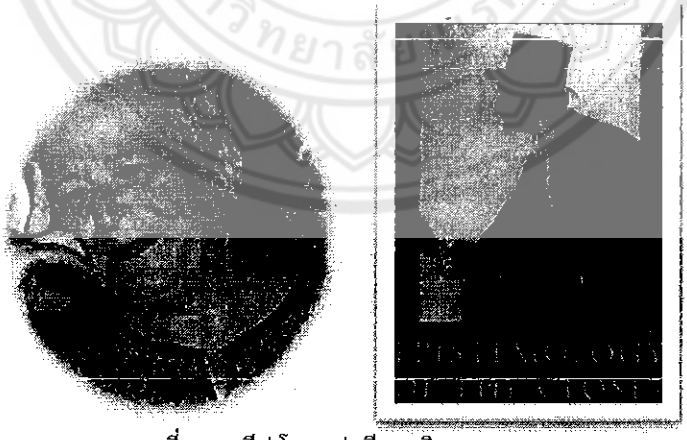
ก่อนที่จะเปลี่ยนผ่านเป็นผู้ชายเต็มตัวจะต้องมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายในเผ่าและกลืนน้ำอสุจิของคู่สัมพันธ์ ดังนั้นผู้ชายทุกคนในเผ่าจึงต้องเคยมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายด้วยกัน โดยยังคงมีอัตลักษณ์ของการเป็นสามีของผู้หญิงในเผ่าและมีลักษณะความเป็นชายคือเป็นนักล่าด้วย และไม่ได้นิยามตนเองว่าเป็นคน "เบี่ยงเบน" แต่อย่างใด



ภาพที่ 12.1 กิลเบิร์ต เฮิร์ดท์ และผลงาน
(ที่มา: csus.edu และ trove.nla.gov.au)

แนวคิดของนักวิชาการที่สอดคล้องกับทฤษฎีเควียร์ (Queer Theory) หรือทฤษฎีเพศนอกกรอบที่สำคัญ ได้แก่

1) **อีฟ** โคซอฟสกี-เซดวิค (Eve Kosofsky-Sedgwick) ได้เขียนหนังสือเรื่อง "ญาณวิทยาของเพศที่ถูกปกปิด" (Epistemology of the Closet) ซึ่งให้ความสนใจความคิดที่นำเรื่องที่ถูกปกปิดไปสู่การเปิดเผย โดยเฉพาะเรื่องของกลุ่มคนรักเพศเดียวกันที่ถูกสังคมนิยามว่าเป็นเรื่องที่น่าอับอาย โดยใช้"แนวคิดการรื้อสร้าง" (Deconstructionism) เพื่อให้เห็นว่าวาทกรรมกระแสหลักมีลักษณะเป็นแนวคิดแบบคู่ตรงข้าม (Binary Pairs) ระหว่างการนิยามคนรักต่างเพศและคนรักเพศเดียวกัน โดยวิพากษ์ว่าคนรักต่างเพศเป็นวาทกรรมกระแสหลักซึ่งเป็นที่ยอมรับอย่างเปิดเผย ส่วนคนรักเพศเดียวกันต้องกลายเป็นเรื่องที่น่าอับอายและต้องถูกปกปิดซ่อนเร้น



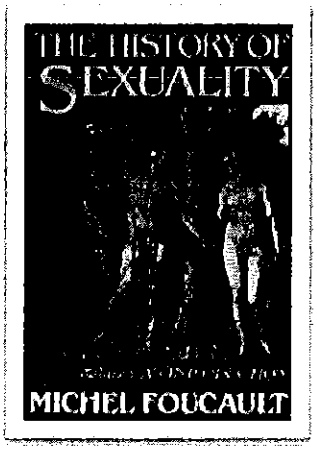
ภาพที่ 12.2 อีฟ โคซอฟสกี-เซดวิค และผลงาน
(ที่มา: en.wikipedia.org และ bookdepository.com)

2) **จูดิธ บัตเลอร์** (Judith Butler) ได้เขียนหนังสือเรื่อง "ร่างกายที่ปรากฏ" (Bodies that Matter) ซึ่งให้ความสนใจเรื่องของอัตลักษณ์ โดยเชื่อว่าอัตลักษณ์ไม่ได้เกิดขึ้นจากภายในตลอดเวลา แต่เป็นการประกอบสร้างจากองค์ประกอบภายนอกที่อยู่รอบตัว โดยอัตลักษณ์ถูกประกอบสร้างจากการกระทำหรือการแสดงออก (Performativity) ของบุคคลภายใต้กรอบทางวัฒธรรม ตัวอย่างเช่น การพูดซึ่งเป็นการกระทำ

ลักษณะหนึ่ง เมื่อบุคคลกระทำหรือพูดอย่างซ้ำๆ (Iteration) และต่อเนื่องมาตั้งแต่เด็กก็จะค่อยๆ ประกอบสร้างเพศภาวะ (Gender) ของตนโดยสร้างความรู้สึกว่าตนเองเป็นคนเช่นนั้น เด็กผู้หญิงและเด็กผู้ชายถูกสอนจากทั้งที่บ้านและโรงเรียนว่า "ผู้ชาย" ที่ดีต้องทำอย่างไร และ "ผู้หญิง" ที่ดีควรเป็นอย่างไร ซึ่งเป็นการปลูกฝังเพศภาวะที่แตกต่างภายใต้กรอบจารีตของความเป็นชายและความเป็นหญิงที่สังคมคาดหวัง ทำให้เกิดการประกอบสร้างอัตลักษณ์ทางเพศที่ไม่ใช่การแสดงออกของจิตวิญญาณที่เป็นมาแต่กำเนิดแต่ถูกทำให้เป็นเช่นนั้น

ภาพที่ 12.3 จูดิธ บัตเลอร์ และผลงาน
(ที่มา: en.wikipedia.org และ this-judith-who-matters.blogspot.com)

3) มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault) ได้เขียนหนังสือเรื่อง "ประวัติศาสตร์แห่งเพศวิถี" (The History of Sexuality) ซึ่งให้ความสนใจเรื่องอำนาจและอัตลักษณ์ทางเพศหรือเพศวิถี โดยเชื่อว่าเพศวิถี (Sexuality) มีประวัติศาสตร์ความเป็นมา โดยได้รับอิทธิพลจากระบบอำนาจของสังคมภายใต้การครอบงำทางความคิดของทุนนิยมอุตสาหกรรม ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างในมิติเชิงอำนาจในการควบคุมร่างกายและเรื่องเพศของผู้คนมากขึ้น โดยก่อให้เกิดการประกอบสร้างความจริงเกี่ยวกับเพศวิถีที่ "ปกติ" ของคนรักต่างเพศและ "ไม่ปกติ" ของคนรักเพศเดียวกัน รวมทั้งความเพศวิถีของผู้ชายและผู้หญิงซึ่งถูกควบคุมด้วย "ชีวอำนาจ" (Bio-power) ซึ่งเป็นเครื่องมือของรัฐในการแบ่งและควบคุมเพศโดยเน้นผู้หญิงและผู้ชาย การจัดหมวดหมู่ให้กับเรื่องเพศวิถีเป็นรูปแบบของการใช้อำนาจกดทับโดยการสร้างวาทกรรมเกี่ยวกับเพศวิถีที่ก่อให้เกิดช่วงชั้นระหว่างเพศ นอกจากนี้รัฐยังใช้วาทกรรมและความรู้ทางการแพทย์เป็นเครื่องมือในการควบคุมเพศวิถีและอัตลักษณ์หรือตัวตนทางเพศ ตัวอย่างเช่น การใช้จิตแพทย์มาบำบัดอารมณ์เพศที่ถูกซ้อนอยู่ในตัวตนซึ่งถูกให้ความหมายว่าผิดปกติหรือมีอาการป่วยทางจิต โดยแพทย์พยายามสร้างความจริงชุดหนึ่งขึ้นมาเพื่อให้เกิดความชอบธรรมในการจัดการและควบคุมให้เป็นไปตามที่สังคมกำหนด ซึ่งสะท้อนให้เห็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยที่แพทย์มีอำนาจเหนือกว่าผู้ป่วย วาทกรรมเรื่องเพศที่เกิดจากสร้างชุดความรู้ทางจิตเวชศาสตร์ ทำให้เกิดการกดทับเรื่องเพศที่ชี้นำให้เชื่อว่าควรเป็นแบบใดเพื่อให้เชื่อและยอมทำตาม ความรู้วิทยาศาสตร์จึงเป็นเครื่องมือของอำนาจที่ทำให้กฎเกณฑ์ทางสังคมถูกซึมซับผ่านวาทกรรมเรื่องเพศวิถี และมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของผู้คนในสังคมโดยให้คุณค่ากับเพศวิถีแบบรักต่างเพศเพราะจะนำไปสู่การเจริญพันธุ์และเพิ่มแรงงานให้กับระบบทุนนิยมอุตสาหกรรม และปิดกั้นเพศวิถีแบบรักเพศเดียวกันเพราะไม่ก่อให้เกิดผลประโยชน์ดังกล่าว



ภาพที่ 12.4 มิเชล ฟูโกต์ และผลงาน
(ที่มา: clipmass.com และ civicegypt.org)

อย่างไรก็ตาม มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault) มองว่าความสัมพันธ์เชิงอำนาจจะมีการต่อต้านเกิดขึ้นเสมอ แต่การต่อต้านอำนาจของคนที่ถูกกดทับไม่ใช่การปลดปล่อยตัวตนให้เป็นอิสระ แต่เป็นการสร้าง "วาทกรรมสลับขั้ว" (Reverse Discourse) โดยสร้างความหมายใหม่ว่าเพศวิถีแบบรักเพศเดียวกันไม่ใช่ความผิดปกติหรือไม่ใช่อาการป่วยทางจิต แต่ผลิตซ้ำความเป็น "คนรักเพศเดียวกัน" ตามความหมายโดยนัยของวาทกรรมกระแสหลักอยู่เช่นเดิม นอกจากนี้ความสัมพันธ์เชิงอำนาจไม่ได้ถูกทำลายลงเมื่อเกิดการต่อต้านขัดขืนเพราะแม้ว่าจะไม่มีการกดขี่เกิดขึ้นแต่อำนาจก็ยังคงดำรงอยู่เสมอ

จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า อัตลักษณ์ทางเพศ (Gender Identity) เป็นตัวตนของบุคคลในเรื่องของความพึงพอใจทางเพศ (Sexual Orientation) ซึ่งอาจจะสอดคล้องหรือแตกต่างจากเพศทางด้านร่างกายของตนเอง ทั้งนี้อัตลักษณ์ทางเพศยังรวมถึงการแสดงออกทางเพศภาวะต่างๆ ได้แก่ การแต่งกาย ความรู้สึก ความพึงพอใจ หรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางเพศ (Gender Expression) ที่มีความหลากหลายด้วย แต่อย่างไรก็ตาม ปัญหาสำคัญคือการประกอบสร้างความเข้าใจเรื่องความหลากหลายทางเพศที่ยึดติดวิถีทางเพศแบบระบบสองขั้วคือแบบชายและหญิงเพียงเท่านั้นทำให้บุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศต้องถูกมองว่า "ผิดปกติ" หรือ "ผิดเพศ" ซึ่งในความเป็นจริงวิถีความพอใจทางเพศ (Sexual Orientation) กับอัตลักษณ์ทางเพศ (Gender Identity) ไม่ใช่เรื่องที่จะต้องเชื่อมโยงกันอย่างตรงไปตรงมาเสมอไป ตัวอย่างเช่น คนที่รับรู้ว่าตนเองมีอัตลักษณ์ทางเพศ (Gender Identity) เป็นแบบคนเปลี่ยนผ่านเพศ (Transgender) ได้แก่ การข้ามเพศจากชายเห็นหญิง (Male to Female หรือ M2F) และข้ามเพศจากหญิงเป็นชาย (Female to Male หรือ F2M) ก็อาจจะไม่จำเป็นต้องมีวิถีความพอใจทางเพศ (Sexual Orientation) ที่จะชอบเพศตรงข้ามก็ได้ แต่อาจจะเป็นการรักเพศเดียวกัน (Homosexual) การรักทั้งสองเพศ (Bisexual) การรักหลายเพศ (Pansexual) หรืออาจไม่ประสงค์เรื่องทางเพศ (Asexual) ก็ได้ เพราะการมอบแบบคู่ตรงข้าม (Binary) จะเป็นการผลิตซ้ำกรอบของระบบสองเพศซึ่งผู้มีอัตลักษณ์ทางเพศแบบผู้ชายต้องรักผู้หญิงหรือผู้ที่มีอัตลักษณ์ทางเพศแบบผู้หญิงต้องรักผู้ชายเท่านั้น อัตลักษณ์ทางเพศที่ถูกนิยามขึ้นมาในลักษณะสองขั้วดังกล่าวจึงเป็นวาทกรรมที่แบ่งหมวดหมู่ของเพศภาวะและเพศวิถีที่ตอกย้ำความเป็นหญิงและความเป็นชายที่แตกต่าง และผลักใสกลุ่มคนที่ถูกมองเป็นคนชายขอบให้ไร้ซึ่งพื้นที่ในสังคมโดยทั่วไป

ตอนที่ 12.2 ปัญหาความรุนแรงที่มีต่อบุคคลที่มีเพศนอกกรอบ

บุคคลที่มีเพศนอกกรอบ (Queer) หมายถึง บุคคลที่อัตลักษณ์ทางเพศที่แตกต่างจากบรรทัดฐานของสังคม เป็นคำที่ไม่นิยามตนว่าเป็นกลุ่มคนที่มีเพศวิถีในลักษณะแบบคนรักต่างเพศ แต่มีเพศวิถีที่หลากหลาย ได้แก่ หญิงรักหญิง ชายรักชาย ผู้ที่รักสองเพศ และผู้ที่ข้ามเพศ (Lesbian Gay Bisexual and Transgender หรือ LGBT) หรือหมายความถึงคนที่มีความหลากหลายทางเพศ (Gender Diversity) โดยอธิบายถึงผู้ที่มีรสนิยมทางเพศหรือการแสดงออกทางเพศที่นอกเหนือจากคนรักต่างเพศเท่านั้น

ในหลายๆ สังคมได้เปรียบให้บุคคลที่มีเพศนอกกรอบเป็นเสมือนพลเมืองชั้นสอง (Second Class Citizen) บางครั้งถูกเปรียบเสมือนเป็นพวกที่มีจิตวิปริต เป็นอาชญากรของสังคม และไม่ใช่มนุษย์ที่สมบูรณ์ ทำให้บุคคลที่มีเพศนอกกรอบต้องใช้ชีวิตแบบหลบซ่อน โดยต้องแสดงตนว่าเป็นคนปกติตามเพศกำเนิดที่สังคมกำหนดเมื่ออยู่ในสังคม และอีกมุมหนึ่งคือตัวตนที่แท้จริงตามอัตลักษณ์ทางเพศ เหตุผลที่ต้องทำเช่นนั้นเพราะไม่ต้องการตกเป็นเป้าหมายของการถูกล้อเลียน กลั่นแกล้ง ดูถูกเสมือนไม่ใช่มนุษย์ และบางครั้งอาจถูกข่มเหงทั้งทางร่างกายและจิตใจ ถูกทำร้ายทางเพศ ถูกล่วงละเมิด ข่มขืน และถูกจับกุมหรือลงโทษ (ในบางสังคม) จนหลายคนต้องอยู่อย่างอับอายเกินกว่าที่จะยอมรับความเป็นเพศนอกกรอบของตนเอง

บุคคลที่มีเพศนอกกรอบต้องเผชิญกับปัญหาของการถูกเลือกปฏิบัติ (Discrimination) ลักษณะต่างๆ ได้แก่ กฎหมายการสมรสและสิทธิหรือสวัสดิการทางสังคมของคู่สมรสซึ่งไม่ถูกรับรองในทางกฎหมาย การไม่ได้รับความเป็นธรรมจากบุคลากรภาครัฐและการปฏิเสธความช่วยเหลือโดย"เอาหูไปนาเอาตาไปไร่"และการถูกละเลยต่อการปกป้องสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานในลักษณะต่างๆ เป็นต้น นอกจากนี้ ในบางประเทศมีการใช้ประเด็นเรื่องกฎหมายสื่อลามกอนาจารมาใช้เหมารวมว่า "เรื่องอะไรก็ตามที่เกี่ยวข้องกับบุคคลที่มีเพศนอกกรอบให้ถือว่าเป็นเรื่องลามกอนาจารทั้งหมด" จึงส่งผลให้ถูกกีดกัน หรือถูกปฏิเสธการให้บริการอินเทอร์เน็ต (Internet) จากบริษัทผู้ให้บริการ และมีการบล็อก (Blocked) เว็บไซต์ (Website) ของกลุ่มคนที่มีเพศนอกกรอบซึ่งรวมถึงเว็บไซต์ขององค์กรที่เคลื่อนไหวต่อสู่เพื่อสิทธิและความเป็นธรรมทางเพศทั้งหมดด้วย และในหลายประเทศปิดกั้นหรือห้ามไม่ให้กลุ่มคนที่มีเพศนอกกรอบแสดงตัวตน หรือแสดงออกผ่านการเคลื่อนไหวทางสังคมในทุกรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นการเดินขบวนรณรงค์เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือโรคเอดส์ในกลุ่มคนรักเพศเดียวกันหรือการเคลื่อนไหวใดๆ โดยจะถูกกฎหมายควบคุมและใช้ตำรวจหรือกองทัพสลายการชุมนุมทันที และในหลายประเทศไม่มีการสนับสนุนหรือให้คำปรึกษาด้านสุขภาพทางเพศและการวางแผนครอบครัวสำหรับบุคคลที่มีเพศนอกกรอบ ซึ่งเป็นการกีดกัน ปิดกั้น และละเมิดสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน ซึ่งรวมถึงสิทธิทางด้านสุขภาพและอนามัยเจริญพันธุ์ด้วย

ภายใต้กรอบแนวคิดเรื่องคู่ตรงข้าม (Binary Opposition) ทำให้เกิดภาพตัวแทนของบุคคลที่มีเพศนอกกรอบว่าเป็นคนผิดปกติ โดยจะเห็นได้บ่อยครั้งจากในสื่อภาพยนตร์หรือละครที่ให้ภาพตัวแทนของคนที่รักเพศเดียวกันในลักษณะของ "คนโรคจิต" "คนวิปริต" หรือ "ตัวตลก" ทำให้เกิดการผลิตซ้ำอุดมการณ์ที่ประกอบสร้างทัศนคติเชิงลบที่มีต่อบุคคลที่มีเพศนอกกรอบ ทำให้เกิดกระบวนการให้ความหมายผ่านภาษาใน

วิธีการต่างๆ ที่กำหนดความสัมพันธ์ในลักษณะคู่ตรงข้ามของ "คนดี" หรือ "คนไม่ดี" และ "คนปกติ" หรือ "คนเบี่ยงเบน" ซึ่งนิยามเหล่านี้ได้ไปจัดลำดับความสำคัญ (Hierarchy of Categories) โดยใช้หลักเรื่อง "ความคล้ายคลึง" และ "ความแตกต่าง" (Similarity and Difference) ในการสร้างความชอบธรรมเพื่อเข้าไปจัดการควบคุม กดทับ หรือปิดกั้นตัวตนและการดำรงอยู่ของบุคคลที่มีเพศนอกกรอบในสังคม

มิติของการอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มบุคคนที่มีเพศนอกกรอบยังได้รับอิทธิพลจากทัศนคติเชิงลบที่เหมารวมว่า "เป็นพวกที่สำส่อน" และ "เสี่ยงต่อการเป็นโรคเอชไอวี (HIV) และเอดส์ (AIDS)" เป็นต้น ทำให้เกิดการต่อต้านและรังเกียจบุคคลที่มีเพศนอกกรอบ นอกจากนี้ในบริบทของความเชื่อทางศาสนายังพบว่ามีการตีตราให้เป็น "คนบาป" และทำผิดต่อพระเจ้า ซึ่งการประกอบสร้างความหมายเหล่านี้ได้ส่งผลต่อความปลอดภัยในชีวิตของบุคคลที่มีเพศนอกกรอบ โดยอาจเห็นได้ชัดเจนในบางประเทศที่อนุญาตให้ *"แขวนคอบุคคลที่มีพฤติกรรมรักเพศเดียวกัน"* ซึ่งเป็นการแสดงออกถึง "ความป่าเถื่อน" ที่กระทำต่อผู้มีความหลากหลายทางเพศ นอกจากนี้ยังปรากฏรูปแบบของการละเมิดสิทธิมนุษยชนขั้นร้ายแรง ได้แก่ การทรมาน ขู่ฆ่า ซ้อม ลักพาตัว การตามคุกคาม การรุมข่มขืน การทำให้หายสาบสูญ และฆาตกรรมบุคคลที่มีเพศนอกกรอบ และอาจมีการทิ้งร่างที่เสียชีวิตหรือบาดเจ็บไว้กลางถนนเพื่อประจานและข่มขู่ให้เกิดความเกรงกลัว โดยการกวาดล้างผู้มีความหลากหลายทางเพศเกิดขึ้นในหลายภูมิภาคทั่วโลกซึ่งมักเป็นผลมาจากความรู้สึกเกลียดชังความหลากหลายทางเพศในระดับสูงสุด ในบางประเทศ ได้แก่ อิรัก อิหร่าน มอริเตเนีย ซาอุดิอาระเบีย เยเมน ซูดาน โซมาเลีย และไนจีเรีย เป็นต้น ได้อนุญาตหรือเคยอนุญาตให้ลงโทษประหารชีวิตบุคคลที่ถูกตัดสินว่ามีความสัมพันธ์ทางเพศกับคนเพศเดียวกัน แต่ในบางประเทศ ได้แก่ อินเดีย และฟิลิปปินส์ เป็นต้น ที่ตัดสินยกเลิกกฎหมายลงโทษความสัมพันธ์เพศเดียวกันและอนุญาตให้มีบทบาททางการเมืองได้มากขึ้น และบางประเทศ ได้แก่ นามิเบีย รัสเซีย และอินโดนีเซีย เป็นต้น ที่ถึงแม้ว่าจะไม่อนุญาตให้ลงโทษประหารชีวิตอย่างเป็นทางการแก่บุคคลที่ถูกตัดสินว่ามีเพศนอกกรอบ แต่ก็ละเลยหรือเพิกเฉยต่อการกระทำความรุนแรงโดยปล่อยให้กลุ่มคนที่มีเพศนอกกรอบและผู้ได้รับเชื้อเอชไอวีและเอดส์ต้องเผชิญกับความรุนแรงและการถูกผลักไสขับไล่ออกจากสังคม

จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า บุคคลที่มีเพศนอกกรอบ (Queer) ซึ่งถูกมองว่ามีอัตลักษณ์ทางเพศที่แตกต่างจากบรรทัดฐานของสังคม ได้แก่ หญิงรักหญิง ชายรักชาย ผู้ที่รักสองเพศ และผู้ที่ข้ามเพศ (Lesbian Gay Bisexual and Transgender หรือ LGBT) หรือคนที่มีความหลากหลายทางเพศ (Gender Diversity) และผู้ที่มีรสนิยมหรือการแสดงออกทางเพศที่นอกเหนือจากคนรักต่างเพศต้องเผชิญกับภาวะปัญหาเชิงโครงสร้างที่ส่งผลต่อความยากลำบากในการดำรงชีวิต ไม่ว่าจะเป็นความรุนแรงที่มีต่อร่างกายและจิตใจ การข่มเหงหรือทำร้ายร่างกาย การใช้วาจาเหยียดหยามหรือคุกคาม การล่วงละเมิดทางเพศ และเลือกปฏิบัติในลักษณะต่างๆ จึงจำเป็นที่จะต้องเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ให้กับกลุ่มคนที่มีเพศนอกกรอบได้มีพื้นที่ยืนในสังคมได้อย่างเท่าเทียมและยุติธรรม รวมทั้งการเคารพซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และให้ซึ่งเสรีภาพของการเป็นพลเมือง และได้มาซึ่งสิทธิที่จะดำรงชีวิตอยู่อย่างปลอดภัยไม่หวาดกลัวหรือหวาดระแวง สิทธิที่จะได้รับการยอมรับในฐานะมนุษย์หรือสมาชิกในสังคม และสิทธิที่จะได้มีสุขภาพทางเพศที่สมบูรณ์ทั้งบนพื้นฐานของความต้องการด้านร่างกายและจิตใจ อันจะส่งผมต่อภาวะการอนามัยเจริญพันธุ์ที่เป็นธรรม

แบบฝึกหัดประจำบทเรียน

คำถาม :

ปัญหาความรุนแรงทางเพศที่มีต่อบุคคลที่มีเพศนอกกรอบในปัจจุบันมีลักษณะอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

แนวทางการตอบ:

ภายใต้กรอบแนวคิดเรื่องคู่ตรงข้าม (Bianry Opposition) ทำให้เกิดภาพตัวแทนของบุคคลที่มีเพศนอกกรอบว่าเป็นคนผิดปกติ โดยจะเห็นได้บ่อยครั้งจากในสื่อภาพยนตร์หรือละครที่ให้ภาพตัวแทนของคนที่รักเพศเดียวกันในลักษณะของ "คนโรคจิต" "คนวิปริต" หรือ "ตัวตลก" ทำให้เกิดการผลิตซ้ำอุดมการณ์ที่ประกอบสร้างทัศนคติเชิงลบที่มีต่อบุคลลที่มีเพศนอกกรอบ ทำให้เกิดกระบวนการให้ความหมายผ่านภาษาในวิธีการต่างๆ ที่กำหนดความสัมพันธ์ในลักษณะคู่ตรงข้ามของ "คนดี" หรือ "คนไม่ดี" และ "คนปกติ" หรือ "คนเบียงเบน" ซึ่งนิยามเหล่านี้ได้จัดลำดับความสำคัญโดยใช้เรื่อง "ความคล้ายคลึง" และ "ความแตกต่าง" ในการสร้างความชอบธรรมเพื่อเข้าไปจัดการ ควบคุม กดทับ ปิดกั้นตัวตนและการดำรงอยู่ของบุคคลที่มีเพศนอกกรอบในสังคม ซึ่งถูกมองว่ามีอัตลักษณ์ทางเพศที่แตกต่างจากบรรทัดฐานของสังคม ได้แก่ หญิงรักหญิง ชาย รักชาย ผู้ที่รักสองเพศ และผู้ที่ข้ามเพศ (Lesbian Gay Bisexual and Transgender หรือ LGBT) หรือคนที่มีความหลากหลายทางเพศ (Gender Diversity) ต้องเผชิญกับภาวะปัญหาเชิงโครงสร้างที่ส่งผลต่อความยากลำบากในการดำรงชีวิต ไม่ว่าจะเป็นความรุนแรงที่มีต่อร่างกายและจิตใจ การข่มเหงหรือทำร้ายร่างกาย การใช้วาจาเหยียดหยามหรือคุกคาม การล่วงละเมิดทางเพศ และการเลือกปฏิบัติในลักษณะต่างๆ จึงจำเป็นที่จะต้องให้กับกลุ่มคนที่มีเพศนอกกรอบได้มีพื้นที่ยืนในสังคมได้อย่างเท่าเทียมและยุติธรรม รวมทั้งการเคารพซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์และให้ซึ่งเสรีภาพของการเป็นพลเมือง และได้มาซึ่งสิทธิที่จะดำรงชีวิตอยู่อย่างปลอดภัยไม่หวาดกลัวหรือหวาดระแวง สิทธิที่จะได้รับการยอมรับในฐานะมนุษย์หรือสมาชิกในสังคม และสิทธิที่จะได้มีสุขภาพทางเพศที่สมบูรณ์ทั้งบนพื้นฐานของความต้องการด้านร่างกายและจิตใจ อันจะส่งผมต่อภาวะการอนามัยเจริญพันธุ์ที่เป็นธรรม

บรรณานุกรม

Amnesty International. (2011). *Making the Fair Choice: Key steps to improve maternal health in ASEAN: Briefing to the ASEAN Intergovernmental Commission on Human Rights*. Indonesia, Philippine UNHCR.

Anderson, Barbara A. (2005). *Reproductive health: women and men's shared responsibility.* New York: Sudbury, Mass. Jones and Bartlett.

Butler, Judith. (1993). *Bodies That Matter: On the Discursive Limits of Sex.* New York: Routledge.

Butler, Judith. (1997). *The Psychic Life of Power*. Stanford: Stanford University Press.

Eve Kosofsky-Sedgwick. (1990). *Epistemology of the Closet*. University of California Press.

Foucault, Micheal. (1973). *The Order of Things: An Archaeology of The Human Sciences*. Boston: Vintage

Faderman, Lillian. (1978). The Morbidification of Love between Women by 19th Century Sociologist. *Journal of Homosexuality*. 4(1) (Fall 1978), 73-89.

Foucault, Michel. (1970). *The Order of Discourse in Robert Young ed*. Boston: Routledge.

Foucault. Michel. (1980). *Power and Knowledge*. London: The Harvester Press.

Foucault, Michel. (1989). *The History of Sexuality*. New York: Vintage Books.

Gilbert, Herdt. (1987). *The Sambia Ritual Sexuality and Change in Papua New Guinea.* Harcourt Brace Jovanovich.

Lauretis, Teresa De. (1991). Queer Theory: Lesbian and Gay Sexualities. *Differences*, 3(2).

McNay, Lois. (1992). *Foucault and Feminism: Power, Gender, and the Self*. Cambridge: Polity Press.

National Economic and Social Development Board (NESDB) and the United Nations Population Fund. (2011). *Impact of Demographic Change in Thailand*. Thailand: United Nations Population Fund.

*Paisarn Likhitpreechakul. (2010). Thailand must not condone a 'licence to kill' gays. Special to The Nation. www.*nationmultimedia.com

Rubin, Gayle. (1984). Thinking Sex: Notes for a Radical Theory of the Politics of Sexuality. in Carole Vance, ed., *Pleasure and Danger*. New York: Routledge & Kegan, Paul.

Smith Rosenberg, Carroll. (1975). The Female World of Love and Ritual: Relations between Women in Nineteenth Century America. *Signs*. 1(1) (Autumn), 1-29.

Sciortino, R. (2013). Sexual and Reproductive Rights Are Migrants' Rights: Contesting Policies for Low - Skilled Migrants in Southeast Asia. *Asian - Pacific Resource & Research Centre for Women. Arrows for Change*. 19 (1), 5 - 7.

Thanenthiran, S., & Racherla, S. J. (2008). *Reclaiming & Defining Rights: ICPD+15: Status of Sexual and Reproductive Health and Rights in Asia. Asia-Pacific Resource and Research Center for Women*. Malaysia: Asian-Pacific Resource & Research Centre for Women (ARROWs).

Turner, William B. (2000). *A Genealogy of Queer Theory*. Philadelphia: Temple University Press.

UNFPA. (2012). *State of World Population 2012: By Choice, Not By Chance: Family Planning, Human Rights, and Development*. New York: United Nations Population Fund.

Van Esterik, P. (2000). *Materializing Thailand*. New York: Berg.

Wilson, S.F. and etc. (1988). Personality factors of critical care nurses. *Heart and Lung*. 17 (4), 392-398.

กฤตยา อาชวนิจกล. (2547). *ผู้หญิงในวาทกรรมการเมืองเรื่องเพศและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์*. เชียงใหม่: ศูนย์สตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กาญจนา แก้วเทพ และคณะ. (2548). *ทั้งรัก ทั้งใคร่ ทั้งใช้ความรุนแรงต่อผู้หญิง*. เชียงใหม่: ศูนย์สตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กาญจนา นาคสกุล. (2547). ไตรลักษณ์ ภาพลักษณ์ อัปลักษณ์ สัญลักษณ์ เอกลักษณ์ อัตลักษณ์. *นิตยสารสกุลไทย*. 50(1), 26-60.

จิตติมา ภาณุเตชะ และคณะ. (2550). *สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ หัวใจสำคัญของสุขภาพผู้หญิง*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ.

จันทร์จิรา บุญประเสริฐ. (2554). *ชีวิตที่ถูกละเมิด เรื่องเล่ากระเทย ทอม ดี้ หญิงรักหญิง ชายรักชาย และกฎหมายสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศ*. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิธีรนาถกาญจนอักษร.

ชายไทย รักษาชาติ. (2546). *สื่อกับมานุษยวิทยา: ปรากฏการณ์ความรุนแรงทางเพศต่อผู้หญิงในอินเตอร์เน็ต*. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน).

นิตยา มาศะวิสุทธิ์และคณะ. (2533). *ชายและหญิงในสังคมไทย: เอกสารการสอนชุดวิชาแนวคิดไทย*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

นฤพนธ์ ด้วงวิเศษ. (2557). แปลและเรียบเรียงจาก Michael Warner. (2012). *Queer and Then*. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน).

บุษกร สุริยสาร. (2557). *อัตลักษณ์และวิถีทางเพศในประเทศไทย*. โครงการส่งเสริมสิทธิความหลากหลายและความเท่าเทียมในโลกของการทำงาน (PRIDE). กรุงเทพมหานคร: องค์การแรงงานระหว่างประเทศ.

บุปผา ศิริรัศมี, เบญจา ยอดดำเนิน, เอื้อมพร ทองกระจาย, เรณี อรรฐาเมศร์, อมรา สุนทรธาดา. (ม.ป.ป.). *คู่มือการอบรมเชิงปฏิบัติการโครงการพัฒนา งานวิจัยด้านเพศภาวะ มิติทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรศาสตร์และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปริตตา เฉลิมเผ่า (บรรณาธิการ). (2541). *เผยร่างพรางกาย: ทดลองมองร่างกายในศาสนา ปรัชญาการเมือง ประวัติศาสตร์ ศิลปะ และมานุษยวิทยา*. กรุงเทพมหานคร: คบไฟ.

พิมพวัลย์ บุญมงคล. (2553). *การบูรณาการมิติเพศภาวะ (Gender) ในการป้องกัน รักษา ดูแล และสนับสนุนด้านเอชไอวี/เอดส์*. โครงการจัดตั้งสำนักงานศึกษานโยบายสาธารณสุข สวัสดิการและสังคม.

พิษนุ อภิสมาจารโยธิน และสุวรรณี หาญมุสิกวัฒน์กูร บรรณาธิการ : Asian-Pacific Resource & Research Centre for Women. (2550). มุมมองเกี่ยวกับเพศภาวะและสิทธิของผู้หญิงในนโยบายและแผนด้านสุขภาพ. *ARROWs เพื่อการเปลี่ยนแปลง (ฉบับภาษาไทย)*. 13(2). 1-20.

พิษนุ อภิสมาจารโยธิน. (2558). *อัตลักษณ์และความรุนแรงทางเพศของวัยรุ่นไทยในอินเทอร์เน็ต (ปัญหาการอนามัยเจริญพันธุ์ในปัจจุบัน)*. วารสารวิชาการเฉลิมกาญจนา ปีที่ 1 ฉบับที่ 2.

พิษนุ อภิสมาจารโยธิน. (2550). วัยรุ่นหญิงกับการติดเชื้อ HIV จากการตกเป็นเหยื่อของความสำราญทางเพศผ่านสื่ออินเตอร์เน็ตในระบบทุนนิยมชายเป็นใหญ่. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. www.si.mahidol.ac.th/th/education/admin/news_files/224_1.doc

เพ็ญจันทร์ ประดับมุข-เชอร์เรอร์. (2551). เพศวิถีและอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิงพิการ. ใน ธวัชชัย พาชื่น และพิมพวัลย์ บุญมงคล (บรรณาธิการ). *เพศวิถีศึกษาในสังคมไทย : วิพากษ์องค์ความรู้และธรรมเนียมปฏิบัติเรื่องเพศวิถีศึกษาในสังคมไทย*. นครปฐม: โครงการจัดตั้งสำนักงานศึกษานโยบายสาธารณสุขฯ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิลาสินี พิพิธกุล. (2548). *วาทกรรมเรื่องเพศในหนังสือพิมพ์*. (เอกสารสรุปย่อบางส่วนจากโครงการวิจัยการสื่อสารเรื่องเพศในสังคมไทยโดยได้รับทุนวิจัยจาก สกว.) ภาควิชาวารสารสนเทศ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม โดย สุชาดา ทวีสิทธิ์และคณะ (บรรณาธิการ). (2556). *ประชากรและสังคม 2556 (ประชากรและสังคมในอาเซียน: ความท้าทายและโอกาส)*. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ. (2552). *หลักการยอกยาการ์ตา*. ไพศาล ลิขิตปรีชากุล (แปล). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: หจก.ไอเดีย สแควร์. (The ASEAN LGBTIQ Caucus Statement: www.ilga.org).

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. (ม.ป.ป.). *การให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

อมรา พงศาพิชญ์. (2548). *เพศสถานะและเพศวิถีในสังคมไทย*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อานันท์ กาญจนพันธุ์. (2550). *หมายเหตุสังคม*. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน).

บทที่ 13
วาทกรรมที่เกี่ยวข้องกับการอนามัยเจริญพันธุ์

แนวคิดและวัตถุประสงค์ประจำบทเรียน

สรุปแนวคิด

1. วาทกรรม (Discourse) เป็นการผลิตความหมายหรือนิยามเกี่ยวกับความรู้หรือความจริงในเรื่องต่างๆ ผ่านการใช้ภาษาและสัญลักษณ์และปฏิบัติการโดยใช้หลักการทางวิทยาศาสตร์หรือความมีเหตุผลให้เป็นที่ยอมรับ วาทกรรมเกี่ยวข้องอย่างแนบแน่นกับความรู้ อำนาจและความจริงเนื่องจากวาทกรรมเป็นการสร้างความรู้หรือผลิตความรู้บางอย่างขึ้นมาเพื่อให้มีอำนาจในการกำหนดความจริง โดยการผลิตชุดความรู้เหล่านั้นได้ส่งผลต่อการกำหนดกฎเกณฑ์และข้อปฏิบัติทางสังคม เพราะความรู้ทุกชุดที่ถูกผลิตออกมามักจะเกี่ยวโยงกับอำนาจเสมอและเป็นเครื่องมือของอำนาจได้ตลอดเวลาตราบเท่าที่คนหรือสังคมยอมรับชุดความรู้ที่ถูกผลิตขึ้นเหล่านั้นอยู่ นอกจากนี้ วาทกรรมทางการแพทย์ได้สร้างชุดความจริงขึ้นมาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยโดยรวมถึงภาวะการอนามัยเจริญพันธุ์ เพื่อให้มีอำนาจใจการจัดการควบคุม และกำหนดรูปแบบพฤติกรรมของมนุษย์ในสังคมผ่านกระบวนการทำให้เป็นปกติ (Normalization)

2. วาทกรรมด้านเพศวิถีในลักษณะต่างๆ ได้แก่ วาทกรรมที่ถูกทำให้เป็นเรื่องทางการแพทย์ วาทกรรมที่กดขี่ร่างกายและเพศวิถีของผู้หญิง วาทกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิวัติทางเพศ วาทกรรมเกี่ยวกับการควบคุมและการเคารพตนเอง และการใช้ภาษาผลิตซ้ำหรือเปลี่ยนแปลงความคิดด้านเพศวิถี เป็นต้น วาทกรรมเหล่านี้มีผลกระทบต่อการอนามัยเจริญพันธุ์ โดยบางวาทกรรมได้ประกอบสร้างความรู้และความเข้าใจในเรื่องเพศวิถีที่ถูกทำให้เป็นเรื่องทางการแพทย์ (Medicalization) และบางวาทกรรมเป็นการสนับสนุนหรือผลิตซ้ำการควบคุมเพศวิถีด้วยเหตุผลด้านคุณธรรมและจารีตต่างๆ นอกจากนี้บางวาทกรรมได้ตอกย้ำความเป็น "เบี้ยล่าง" และ "ความผิดปกติ" ซึ่งสะท้อนให้เห็นการดำรงอยู่ของวาทกรรมที่ประกอบสร้างมิติด้านเพศวิถีในเชิงลบ อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันได้มีการพยายามขยายพื้นที่ให้กับวาทกรรทอื่นๆที่เป็นการยอมรับและเคารพซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของกลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางเพศและกลุ่มคนชายขอบอื่นๆของสังคม ได้แก่ ผู้หญิง เด็ก ผู้พิการและผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในมิติของความหลากหลายทางเพศที่ประกอบสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อเพศวิถีโดยให้ความสำคัญกับ "ตัวตน" และ "พื้นที่ทางสังคมที่เท่าเทียม" ดังนั้น ในฐานะของนักสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาจึงจำเป็นต้องตระหนักว่าเพศวิถีนั้นไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะความเป็นเพศ และปัญหาด้านการอนามัย

เจริญพันธุ์ไม่ได้มีเพียงเรื่องของการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เท่านั้น แต่ยังมีความเกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกับเรื่องของความพึงพอใจทางเพศตลอดจนการเคารพสิทธิในการแสดงออกทางเพศบนพื้นฐานของความรับผิดชอบอย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งเป็นมุมมองเชิงบวกที่จะส่งผลให้เกิดการดำเนินงานด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อให้นิสิตสามารถ

1. เข้าใจความหมายของวาทกรรมและการประกอบสร้างความจริง
2. เข้าใจแนวคิดเกี่ยวกับวาทกรรมด้านเพศวิถีกับการอนามัยเจริญพันธุ์

เนื้อหาหลัก

เนื้อหาในบทที่ 13 วาทกรรมที่เกี่ยวข้องการอนามัยเจริญพันธุ์ ประกอบด้วย 2 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 13.1 ความหมายของวาทกรรมและการประกอบสร้างความจริง

ตอนที่ 13.2 วาทกรรมด้านเพศวิถีกับการอนามัยเจริญพันธุ์

เมื่ออ่านจบบทเรียนแล้วขอให้นิสิตทดลองทำแบบฝึกหัดเพื่อเป็นการทบทวนความรู้

ตอนที่ 13.1 ความหมายของวาทกรรมและการประกอบสร้างความจริง

วาทกรรม (Discourse) หมายถึง ชุดของระบบความหมายที่ปรากฏทั้งในรูปแบบของคำพูด ภาพ ข้อความ สัญลักษณ์ และแบบแผนการปฏิบัติ รวมไปถึงความเชื่อ การรับรู้ ทัศนคติ ค่านิยม และบรรทัดฐาน และอัตลักษณ์ที่มีการสื่อสารเพื่อให้เกิดความหมาย ความรู้ คุณค่า กฎเกณฑ์ หรือเงื่อนไข ซึ่งมีผลต่อการควบคุมสังคม และปัจเจกบุคคล ในลักษณะของการสร้างชุดของความจริงขึ้นในสังคมในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง

ตามความคิดของมิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault) คำว่า "วาทกรรม" (Discourse) หมายถึง การกระทำใดๆ ก็ตามที่สื่อความคิดชุดหนึ่งๆ โดยการพูดหรือเขียนผ่านการใช้ภาษา หรือสัญลักษณ์ในการผลิตความหมายหรือการนิยามเกี่ยวกับความจริงในเรื่องต่างๆ ซึ่งหมายรวมถึงการผลิตชุดความรู้ กฎเกณฑ์ และข้อปฏิบัติทางสังคมที่เป็นผลมาจากความรู้ชุดนั้น โดยความรู้ที่ถูกผลิตออกมาจะเกี่ยวโยงกับเรื่องของอำนาจเสมอ และสามารถเปลี่ยนมาเป็นเครื่องมือของอำนาจได้ตลอดเวลา ตราบเท่าที่คนหรือสังคมนั้นๆ ยอมรับชุดความรู้ที่ถูกผลิตขึ้น โดยอำนาจสร้างความชอบธรรม (Might Makes Right) ซึ่งอาจไม่แตกต่างไปจากความรู้คืออำนาจ (Knowledge is Power)

นอกจากนี้มิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault) ยังได้เสนอให้เห็นถึงเรื่อง "อำนาจ และเทคนิคการใช้อำนาจ" ซึ่งสัมพันธ์กับกระบวนการทางประวัติศาสตร์สังคมที่สถาปนาอาณาจักรแห่งความจริง (Regime of Truth) หรือประกอบสร้างความจริง (Construction of Truth) ชุดใดชุดหนึ่งขึ้นมาโดยกลุ่มคนที่มีอำนาจ หรือกระบวนการสร้างหรือผลิตรูปแบบของความรู้ ความจริง ความเป็นธรรมชาติ หรือความเป็นปกติธรรมดาขึ้นมาชุดหนึ่งที่มีผลประโยชน์ต่อผู้มีอำนาจหรือผู้สร้างวาทกรรมนั้น และพยายามเก็บกดหรือปิดกั้นความรู้และความจริงชุดอื่นๆ โดยใช้เทคนิคอำนาจที่แยบยลที่สุด โดยผู้ที่ตกเป็นเป้าของอำนาจนั้นไม่รู้สึกว่าถูกกระทำ และพยายามอย่างมากที่จะสวมบทบาทนั้นด้วยตนเอง แนวคิดเรื่องวาทกรรมของมิเชล ฟูโกต์ (Michel Foucault) ได้พยายามเชื่อมโยงเรื่องสำคัญ 3 เรื่องเข้าด้วยกัน ได้แก่ ความรู้ อำนาจ และความจริง โดยมีแนวคิดว่าวาทกรรม (Discourse) เป็นการประกอบสร้างความรู้ การผลิตความรู้หรือการนิยามความรู้บางอย่างขึ้นมาเพื่อให้มีอำนาจในการกำหนดความจริง การสร้างหลักเหตุผลต่างๆ ขึ้นมานั้นเป็นรูปแบบของการครอบงำทางความคิดเพื่อควบคุมปัจเจกและแนวทางปฏิบัติของสังคม และเตรียมปัจเจกให้เป็นแรงงานที่ดีเพื่อรับใช้ให้ระบบทุนนิยมที่ดำรงอยู่ ดังนั้นสิ่งที่สังคมเชื่อหรือถูกครอบงำอยู่จึงไม่ใช่ความจริง แต่เป็นการถูกนิยามหรือประกอบสร้างความจริงขึ้นมา วาทกรรมจึงเป็นมากกว่าเรื่องของภาษา คำพูด หรือการตีความแต่เป็นเรื่องของอำนาจและความรุนแรงที่แสดงออกมาในรูปของภาคปฏิบัติการจริงของวาทกรรมในสังคม โดยเป้าหมายของอำนาจในปัจจุบันคือการครอบงำบนเรือนร่างหรือร่างกายมนุษย์มากกว่าการกดขี่บังคับอย่างในอดีต

ร่างกาย (Body) ในปัจจุบันถูกประกอบสร้างขึ้นโดยอำนาจผ่านวาทกรรมที่ปรากฏในชีวการแพทย์ (Biomedical Discourse) ดังนั้นจึงไม่มีร่างกายของมนุษย์ที่เป็นสารัตถะ (Essential) หรือเนื้อแท้ที่อยู่นอกวาทกรรมและปฏิบัติการของการแพทย์ อำนาจประเภทนี้จะปรากฏอยู่ในรูปแบบของความรู้ (Knowledge) ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางการแพทย์ที่เป็นแนวทางให้ปฏิบัติตาม โดยสร้างความจริงเกี่ยวกับการมีสุขภาพดี

หรือไม่ดีเพื่อนำไปสู่การควบคุมและจัดการร่างกายให้เป็นไปตามวาทกรรมทางการแพทย์ และไปตามมาตรฐานและบรรทัดฐานที่ถูกกำหนดไว้อย่างสอดคล้องโดยไม่มีการบังคับหรือใช้ความรุนแรง แต่อยู่ภายใต้เครือข่ายความสัมพันธ์ทางอำนาจที่ปฏิบัติการอยู่ วาทกรรมและปฏิบัติการของการแพทย์ไม่เพียงทำให้เกิดการครอบงำของผู้เชี่ยวชาญที่มีอำนาจจากความรู้ และเป็นเครื่องมือที่รัฐใช้ในการควบคุมปัจเจกเพื่อการปกครองพลเมืองของสังคมเท่านั้น แต่วาทกรรมทางการแพทย์และสถาบันได้ประกอบสร้างชุดความจริงที่ทำให้เกิดการยอมรับโดยดุษฎีในลักษณะของการทำให้เป็นเรื่องทางการแพทย์ (Medicalization) ซึ่งก่อให้เกิดโครงสร้างของความสัมพันธ์เชิงอำนาจในสังคมดำรงอยู่ด้วย

วาทกรรมทางการแพทย์ได้สถาปนาระบบชุดความจริง (the Regime of Truth) ขึ้นมา เพื่อกำกับพฤติกรรมของมนุษย์ให้เป็นไปตามบรรทัดฐานของสถาบันทางการแพทย์และสังคม ผ่านกระบวนการทำให้เป็นปกติ (Normalization) โดยเฉพาะร่างกายของผู้หญิงได้กลายเป็นเป้าหมายของการควบคุมและจัดการผ่านระบบอนามัยเจริญพันธุ์ (Reproductive System) เรื่องต่างๆ ได้แก่ การมีประจำเดือน การวางแผนครอบครัว การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร ภาวะการหมดประจำเดือนและการเจ็บป่วยต่างๆ ซึ่งวาทกรรมทางการแพทย์ได้เข้ามาจัดการร่างกายของผู้หญิงอย่างสิ้นเชิง (Totalizing Power) ตั้งแต่เกิดจนตลอดระยะเวลาของช่วงชีวิต นอกจากนี้ การปฏิบัติการของวาทกรรม (Discursive Practice) ได้ครอบงำและฝังลึกผ่านระบบความรู้ความจริงทำให้สังคมเกิดการยอมรับชุดความรู้และความจริงต่างๆ เหล่านั้น ที่เห็นได้ชัดคือวาทกรรมได้ประกอบสร้างความเจ็บป่วยและโรค (Construction of Illness) ซึ่งประสบการณ์ความเจ็บป่วยหรือโรค โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการอนามัยเจริญพันธุ์ถูกให้ความหมายว่าเป็นภาวะที่ "น่ารังเกียจ" หรือเป็น "โรคคนบาป" หรือเป็น "ความผิด" ความหมายทางสังคมและสัญลักษณ์ทางวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคหรือความเจ็บป่วย ได้ทำให้ประสบการณ์ความเจ็บป่วยของบุคคลเหล่านั้นถูกตัดสินเชิงลบหรือถูกลดคุณค่า ผ่านระบบความคิดหรือระบบภาษาและโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงอำนาจหรือระบบชนชั้นทางสังคม สิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นได้อย่างชัดเจนว่าวาทกรรมเป็นสิ่งประกอบสร้างทางสังคม (Social Construction) ซึ่งการประกอบสร้างความจริงทางสังคม (Construction of Truth) เป็นการผลิตความจริงผ่านทางวาทกรรม (Discourse) และการปฏิบัติการ (Practice) ผ่านความรู้หรือความคิดที่มีอำนาจครอบงำในการอธิบายอย่างมีเหตุผลจนเกิดการยอมรับในที่สุด

จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า วาทกรรม (Discourse) เป็นการผลิตความหมายหรือนิยามเกี่ยวกับความรู้หรือความจริงในเรื่องต่างๆ ผ่านการใช้ภาษาและสัญลักษณ์ และปฏิบัติการโดยใช้หลักการทางวิทยาศาสตร์หรือความมีเหตุผลให้เป็นที่ยอมรับ วาทกรรมเกี่ยวข้องอย่างแนบแน่นกับความรู้ อำนาจและความจริงเนื่องจากวาทกรรมเป็นการสร้างความรู้หรือผลิตความรู้บางอย่างขึ้นมา เพื่อให้มีอำนาจในการกำหนดความจริง โดยการผลิตชุดความรู้เหล่านั้นได้ส่งผลต่อการกำหนดกฎเกณฑ์และข้อปฏิบัติทางสังคม เพราะความรู้ทุกชุดที่ถูกผลิตออกมามักจะเกี่ยวโยงกับอำนาจเสมอและเป็นเครื่องมือของอำนาจได้ตลอดเวลา ตราบเท่าที่คนหรือสังคมยอมรับชุดความรู้ที่ถูกผลิตขึ้นเหล่านั้นอยู่ นอกจากนี้วาทกรรมทางการแพทย์ได้สร้างชุดความจริงขึ้นมาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยโดยรวมถึงภาวะการอนามัยเจริญพันธุ์ เพื่อให้มีอำนาจใจการจัดการควบคุมและกำหนดรูปแบบพฤติกรรมของมนุษย์ในสังคมผ่านกระบวนการทำให้เป็นปกติ (Normalization)

ตอนที่ 13.2 วาทกรรมด้านเพศวิถีกับการอนามัยเจริญพันธุ์

ศูนย์การวิจัยและข้อมูลสตรีในเอเชียแปซิฟิก (Asian-Pacific Resource & Research Centre for Women หรือ ARROWs) ได้วิเคราะห์ถึงวาทกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศวิถีไว้ในลักษณะต่างๆ ได้แก่

1) **วาทกรรมที่ถูกทำให้เป็นเรื่องทางการแพทย์ในลักษณะของ "เพศศาสตร์"** (Medicalized Discourse of Sexological) โดยผนวกเข้ากับเรื่องสุขภาพและผลประโยชน์ทางด้านธุรกิจการแพทย์โดยพยายามอธิบายความรู้เรื่องเพศ สุขภาพทางเพศและพฤติกรรมทางเพศแบบวิทยาศาสตร์ โดยเชื่อมโยงเพศให้เป็นมิติทางวัตถุ (Objects) ซึ่งเกี่ยวข้องกับระบบสืบพันธุ์ อวัยวะเพศ และกลไกการทำงานของร่างกายที่ส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศ เพื่อจัดระเบียบหรือจำแนกเพศของมนุษย์ให้เป็นเพศชาย เพศหญิง โดยร่างกายและระบบสืบพันธุ์ของผู้หญิงถูกให้ความหมายว่าอ่อนแอมากกว่าหรือมีปัญหามากกว่า นอกจากนี้ยังกำหนดรูปแบบของพฤติกรรมทางเพศให้เป็นแบบรักต่างเพศ รักทั้งสองเพศ หรือรักเพศเดียวกัน ซึ่งเป็นการแบ่งแยกระหว่าง "เพศธรรมชาติ" และ "เพศที่ผิดธรรมชาติ" ทำให้การแสดงพฤติกรรมและอารมณ์ทางเพศที่ตรงข้ามกับเพศสรีระจะถูกอธิบายว่า "ผิดปกติ" หรือเป็นอาการป่วยทางจิต

2) **วาทกรรมที่กดขี่ร่างกายและเพศวิถีของผู้หญิง** (Women's Body Oppression and Sexuality Discourse) ซึ่งผลิตซ้ำความเป็น "เบี้ยล่าง" ของสถานะของผู้หญิงที่ตรงข้ามกับสถานะของผู้ชายและสร้างภาพตัวแทนของผู้หญิงในลักษณะ "เหยื่อ" โดยเฉพาะการสร้างความหมายที่ให้คุณค่าของ "พรหมจรรย์" ของผู้หญิง จนส่งผลต่อการควบคุมเพศวิถีและร่างกายของผู้หญิง เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ชายในลักษณะเสมือนเป็นวัตถุทางเพศ เรื่องของความบริสุทธิ์ของผู้หญิงถูกทำให้กลายเป็นสัญลักษณ์ของความดีงาม และคุณค่าของการเป็นภรรยาที่ดี ตลอดจนเป็นการแบ่งแยกระหว่าง "ผู้หญิงดี" และ "ผู้หญิงไม่ดี" ออกจากกัน และบ่อยครั้งที่พรหมจรรย์ของผู้หญิงได้ถูกเปลี่ยนผ่านเป็นเรื่องของสินค้า โดยเฉพาะการให้มูลค่าสูงและคุณค่าที่มากกับผู้หญิงที่บริสุทธิ์ ส่วนผู้หญิงที่เคยมีเพศสัมพันธ์จะถูกให้ความหมายในลักษณะตรงข้าม สิ่งเหล่านี้เป็นตัวอย่างของวาทกรรมที่กดขี่ร่างกายและเพศวิถีของผู้หญิงที่มีมานานในประวัติศาสตร์

3) **วาทกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิวัติทางเพศ** (Sexual Revolution Discourse) ที่พยายามขยายพื้นที่ของมิติเรื่องเพศจากการเจริญพันธุ์ ไปสู่การมองเรื่องเพศในฐานะของความผ่อนคลายและความสุขความพึงพอใจในด้านพฤติกรรมทางเพศของบุคคล โดยนิยามให้เห็นการรับรู้เพศวิถีในเชิงบวกมากขึ้นและมีแบบแผนของการปฏิบัติทางเพศที่หลากหลาย เพื่อเปลี่ยนผ่านเพศวิถีที่มีลักษณะ "ปกปิดซ่อนเร้น" ให้เป็นที่ "ยอมรับ" มากขึ้น

4) **วาทกรรมเกี่ยวกับการควบคุมและการเคารพตนเอง** (self-control and self-respect Discourse) ซึ่งเป็นการผลิตซ้ำ "จารีตแบบเก่า" โดยจะพบเห็นได้ในการขับเคลื่อนเพื่อแก้ไขปัญหาเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในช่วงที่ผ่านมากที่มักจะส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมและหลีกเลี่ยงความรักและเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรโดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยรุ่นผู้หญิง ซึ่งถูกนำไปใช้โดยไม่ได้มีการวิเคราะห์เพศวิถีของกลุ่มเยาวชนบนฐานของการมีข้อมูลอย่างเพียงพอ และขาดความเคารพ

ในความคิดเห็นของพวกเขาโดยพยายามให้เกิด "การหักห้ามใจ" "ความซื่อสัตย์" "อันตราย" "ความเสี่ยง" และ "การใช้ถุงยางอนามัย" เพียงเพื่อสนับสนุนการควบคุมทางศีลธรรมด้านเพศวิถี

5) **การใช้ภาษาผลิตซ้ำหรือเปลี่ยนแปลงความคิดด้านเพศวิถี** (Language Reproduction and Transition of Sexuality) ซึ่งเป็นการประกอบสร้างทางสังคมในเรื่องวัฒนธรรมทางเพศและเพศวิถี และอำนาจของภาษาในการผลิตซ้ำหรือเปลี่ยนแปลงระบบวิธีคิด และวิถีปฏิบัติทางเพศของคนในสังคม โดยตัวอย่างของคำที่ปรากฏบ่อยๆ ได้แก่ การ "ได้เสีย" หรือ "เสียตัว" ที่ถูกให้ความหมายถึงเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงานรวมทั้งหมายถึงการเสียคุณงามความดีของผู้หญิงซึ่งแนวคิดเรื่องการสูญเสียได้ส่งผลให้เกิดการเปรียบผู้หญิงบางคนให้เป็นเสมือนบุคคลที่ไร้ศักดิ์ศรีและไร้ความดีงาม นอกจากนี้ วาทกรรมเรื่อง "การรักนวลสงวนตัว" ได้ถูกสอนและผลิตซ้ำให้กับผู้หญิงเพื่อให้กลายเป็น "ผู้หญิงดี" และใช้ควบคู่ไปกับการสอนให้ผู้หญิงรักษาตนเองเพื่อป้องกันการเป็น "ผู้หญิงไม่ดี" หรือการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ได้เป็นต้น สำหรับในมิติของกลุ่มคนที่รักเพศเดียวกันก็มีการเปลี่ยนผ่านวาทกรรมที่หลากหลาย ได้แก่ จาก "คนรักร่วมเพศ" หรือ "ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย" และ "หญิงที่มีเพศสัมพันธ์กับหญิง" มาสู่ "คนรักเพศเดียวกัน" หรือ "ชายรักชาย" และ "หญิงรักหญิง" ซึ่งวาทกรรมเหล่านี้ได้สะท้อนความหมายด้านเพศภาวะและเพศวิถีที่แฝงนัยยะที่หลากหลายในด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ โดยคำบางคำอาจมีพลังในการสร้างความหมายหรือภาพเหมารวม (Stereotype) และคำบางคำเป็นการแสดงถึงกระบวนการต่อต้านและต่อรองของตัวตนเพื่อให้เกิดความคิดความเข้าใจเชิงบวกในด้านเพศวิถีที่หลากหลายมากขึ้น

จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า วาทกรรมด้านเพศวิถีในลักษณะต่างๆ ได้แก่ วาทกรรมที่ถูกทำให้เป็นเรื่องทางการแพทย์ วาทกรรมที่กดขี่ร่างกายและเพศวิถีของผู้หญิง วาทกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิวัติทางเพศ วาทกรรมเกี่ยวกับการควบคุมและการเคารพตนเอง และการใช้ภาษาผลิตซ้ำหรือเปลี่ยนแปลงความคิดด้านเพศวิถี เป็นต้น วาทกรรมเหล่านี้มีผลกระทบต่อการอนามัยเจริญพันธุ์ โดยบางวาทกรรมได้ประกอบสร้างความรู้และความเข้าใจในเรื่องเพศวิถีที่ถูกทำให้เป็นเรื่องทางการแพทย์ (Medicalization) และบางวาทกรรมเป็นการสนับสนุนหรือผลิตซ้ำการควบคุม เพศวิถีด้วยเหตุผลด้านคุณธรรมและจารีตต่างๆ นอกจากนี้บางวาทกรรมได้ตอกย้ำความเป็น "เบี้ยล่าง" และ "ความผิดปกติ" ซึ่งสะท้อนให้เห็นการดำรงอยู่ของวาทกรรมที่ประกอบสร้างมิติทางด้านเพศวิถีในเชิงลบ อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันได้มีการพยายามขยายพื้นที่ให้กับวาทกรรทอื่นๆที่เป็นการยอมรับและเคารพซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของกลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางเพศและกลุ่มคนชายขอบอื่นๆ ของสังคม ได้แก่ ผู้หญิง เด็ก ผู้พิการและผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในมิติของความหลากหลายทางเพศที่ประกอบสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อเพศวิถีโดยให้ความสำคัญกับ"ตัวตน" และ "พื้นที่ทางสังคมที่เท่าเทียม" ดังนั้น ในฐานะของนักสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาจึงจำเป็นต้องตระหนักว่าเพศวิถีนั้นไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะความเป็นเพศ และปัญหาด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ไม่ได้มีเพียงเรื่องของการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เท่านั้น แต่ยังมีความเกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกับเรื่องของความพึงพอใจทางเพศตลอดจนการเคารพสิทธิในการแสดงออกทางเพศบนพื้นฐานของความรับผิดชอบอย่างเท่าเทียมกันซึ่งเป็นมุมมองเชิงบวกที่จะส่งผลให้เกิดการดำเนินงานด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

แบบฝึกหัดประจำบทเรียน

คำถาม :

วาทกรรมคืออะไร และวาทกรรมด้านเพศวิถีเกี่ยวกับกับการอนามัยเจริญพันธุ์อย่างไร

แนวทางการตอบ:

วาทกรรม (Discourse) เป็นการผลิตความหมายหรือนิยามเกี่ยวกับความรู้หรือความจริงในเรื่องต่างๆ ผ่านการใช้ภาษาและสัญลักษณ์และปฏิบัติการโดยใช้หลักการทางวิทยาศาสตร์หรือความมีเหตุผลให้เป็นที่ยอมรับ วาทกรรมเกี่ยวข้องอย่างแนบแน่นกับความรู้ อำนาจและความจริงเนื่องจากวาทกรรมเป็นการสร้างความรู้ หรือผลิตความรู้บางอย่างขึ้นมาเพื่อให้มีอำนาจในการกำหนดความจริง โดยการผลิตชุดความรู้เหล่านั้นได้ส่งผลต่อการกำหนดกฎเกณฑ์และข้อปฏิบัติทางสังคมเพราะความรู้ทุกชุดที่ถูกผลิตออกมามักจะเกี่ยวโยงกับอำนาจเสมอ และเป็นเครื่องมือของอำนาจได้ตลอดเวลาตราบเท่าที่คนหรือสังคมยอมรับชุดความรู้ที่ถูกผลิตขึ้นเหล่านั้นอยู่ นอกจากนี้วาทกรรมทางการแพทย์ได้สร้างชุดความจริงขึ้นมาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยโดยรวมถึงภาวะการอนามัยเจริญพันธุ์ เพื่อให้มีอำนาจใจการจัดการควบคุมและกำหนดรูปแบบพฤติกรรมของมนุษย์ในสังคมผ่านกระบวนการทำให้เป็นปกติ (Normalization) วาทกรรมเป็นสิ่งประกอบสร้างทางสังคม (Social Construct) ซึ่งการประกอบสร้างความจริงทางสังคม (Construction of Truth) เป็นการผลิตความจริงผ่านทางวาทกรรม (Discourse) และการปฏิบัติการ (Practice) ผ่านความรู้หรือความคิดที่มีอำนาจครอบงำในการอธิบายอย่างมีเหตุผลจนเกิดการยอมรับในที่สุด

วาทกรรมด้านเพศวิถีในลักษณะต่างๆ ได้แก่ วาทกรรมที่ถูกทำให้เป็นเรื่องทางการแพทย์และเพศศาสตร์ (Medicalized Discourse of Sexological) วาทกรรมที่กดขี่ร่างกายผู้หญิงและเพศวิถีของผู้หญิง (Women's Body Oppression and Sexuality Discourse) วาทกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิวัติทางเพศ (Sexual Revolution Discourse) วาทกรรมเกี่ยวกับการควบคุมและการเคารพตนเอง (self-control and self-respect Discourse) และการใช้ภาษาผลิตซ้ำหรือเปลี่ยนแปลงความคิดทางด้านเพศวิถี (Language Reproduction and Transition of Sexuality) เป็นต้น วาทกรรมเหล่านี้มีผลกระทบต่อการอนามัยเจริญพันธุ์ โดยบางวาทกรรมได้ประกอบสร้างความรู้และความเข้าใจในเรื่องเพศวิถีที่ถูกทำให้เป็นเรื่องทางการแพทย์ (Medicalization) และบางวาทกรรมเป็นการสนับสนุนหรือผลิตซ้ำการควบ ขคุมเพศวิถีด้วยเหตุผลด้านคุณธรรมและจารีตต่างๆ นอกจากนี้บางวาทกรรมได้ตอกย้ำความเป็น "เบี้ยล่าง" และ "ความผิดปกติ" ซึ่งสะท้อนให้เห็นการดำรงอยู่ของวาทกรรมที่ประกอบสร้างมิติด้านเพศวิถีในเชิงลบ อย่างไรก็ตามในปัจจุบันได้มีการพยายามขยายพื้นที่ให้กับวาทกรรทอื่นๆ ที่เป็นการยอมรับและเคารพซึ่งศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของกลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางเพศและกลุ่มคนชายขอบอื่นๆของสังคม ได้แก่ ผู้หญิง เด็ก ผู้พิการและผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในมิติของความหลากหลายทางเพศที่ประกอบสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อเพศวิถี โดยให้ความสำคัญกับ "ตัวตน" และ "พื้นที่ ทางสังคมที่เท่าเทียม" ดังนั้น ในฐานะของนักสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาจึงจำเป็นต้องตระหนักว่าเพศวิถีนั้นไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะความเป็นเพศ และปัญหาด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ไม่ได้มีเพียงเรื่องของการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การทำแท้ง ความรุนแรงทางเพศหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เท่านั้น แต่ยังมีความเกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกับเรื่องของความพึงพอใจทางเพศและความสุขในมิติทางเพศด้วยตลอดจนการเคารพสิทธิในการแสดงออกทางเพศ บนพื้นฐานของความรับผิดชอบอย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งเป็นมุมมองเชิงบวกที่จะส่งผลให้เกิดการดำเนินงานด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

Amnesty International. (2011). *Making the Fair Choice: Key steps to improve maternal health in ASEAN*. Indonesia, Philippine UNHCR.

Anderson, Barbara A. (2005). *Reproductive health: women and men's shared responsibility*. New York: Sudbury, Mass. Jones and Bartlett.

Asian-Pacific Resource & Research Centre for Women. (2007). Women, Gender and Rights Perspective in Health Policies and Programmes. *Arrows for Change*. 13(2). 1-12.

Boonmongkon, Pimpawun. (2007). Giving it up or getting it on: Talk about sexuality in Thailand: Southeast Asian keywords related to gender and sexuality. 4th Asia Pacific Conference on Reproductive and Sexual Health. Hyderabad, India.

Foucault, Michel. (1970). *The Order of Discourse in Robert Young ed*. Boston: Routledge.

Foucault, Micheal. (1973). *The Order of Things: An Archaeology of The Human Sciences*. Boston: Vintage.

Foucault. Michel. (1980). *Power and Knowledge*. London: The Harvester Press.

Foucault, Michel. (1989). *The History of Sexuality*. New York: Vintage Books.

Helman, C.G. (2001). *Culture, Health and Illness*.Oxford: Butterworth Heinemann.

Lock, M. (2000). On dying teice: cultural, technology and the determination of death. New medical technologies intersections of inquiry. *Cambrosio*. 233-242.

National Economic and Social Development Board (NESDB) and the United Nations Population Fund. (2011). *Impact of Demographic Change in Thailand*. Thailand: United Nations Population Fund.

Sciortino, R. (2013). Sexual and Reproductive Rights Are Migrants' Rights: Contesting Policies for Low - Skilled Migrants in Southeast Asia. *Asian - Pacific Resource & Research Centre for Women. Arrows for Change*. 19 (1), 5 - 7.

Thanenthiran, S., & Racherla, S. J. (2008). *Reclaiming & Defining Rights: ICPD+15: Status of Sexual and Reproductive Health and Rights in Asia. Asia-Pacific Resource and Research Center for Women*. Malaysia: ARROWs.

UNFPA. (2012). *State of World Population 2012: By Choice, Not By Chance: Family Planning, Human Rights, and Development*. New York: United Nations Population Fund.

กฤตยา อาชวนิจกล. (2547). *ผู้หญิงในวาทกรรมการเมืองเรื่องเพศและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์*. เชียงใหม่: ศูนย์สตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กาญจนา แก้วเทพ และคณะ. (2548). *ทั้งรัก ทั้งใคร่ ทั้งใช้ความรุนแรงต่อผู้หญิง*. เชียงใหม่: ศูนย์สตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2545). *ข้อสังเกตต่อกระบวนทัศน์ที่ควรพิจารณา*. ในโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ นงลักษณ์ ตรงศีลสัตย์ และพจน์ กริชไกรวรรณ (บรรณาธิการ). *มิติสุขภาพ: กระบวนทัศน์ใหม่เพื่อสร้างสังคมแห่งสุขภาวะ*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

จิตติมา ภาณุเตชะ และคณะ. (2550). *สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ หัวใจสำคัญของสุขภาพผู้หญิง*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ.

ชาติชาย มุกสง. (2546). *วาทกรรมทางการแพทย์กับนโยบายการสร้างชาติสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม (พ.ศ. 2481-2487)*. สนับสนุนโดยศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน).

นฤพนธ์ ด้วงวิเศษ. (2558). *มานุษยวิทยากับการศึกษาพฤติกรรมข้ามเพศและรักเพศเดียวกัน*. ศัพท์ทางมานุษยวิทยาโดยศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน).

บุปผา ศิริรัศมี, เบญจา ยอดดำเนิน, เอื้อมพร ทองกระจาย, เรณี อรรฐาเมศร์, อมรา สุนทรธาดา. (ม.ป.ป.). *คู่มือการอบรมเชิงปฏิบัติการโครงการพัฒนา งานวิจัยด้านเพศภาวะ มิติทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรศาสตร์และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปริตตา เฉลิมเผ่า (บรรณาธิการ). (2541). *เผยร่างพรางกาย: ทดลองมองร่างกายในศาสนา ปรัชญาการเมือง ประวัติศาสตร์ ศิลปะ และมานุษยวิทยา*. กรุงเทพมหานคร: คบไฟ.

พิษนุ อภิสมาจารโยธิน และสุวรรณี หาญมุสิกวัฒน์กูร บรรณาธิการ : Asian-Pacific Resource & Research Centre for Women. (2550). มุมมองเกี่ยวกับเพศภาวะและสิทธิของผู้หญิงในนโยบายและแผนด้านสุขภาพ. *ARROWs เพื่อการเปลี่ยนแปลง (ฉบับภาษาไทย)*. 13(2). 1-20.

พิษนุ อภิสมาจารโยธิน. (2558). *อัตลักษณ์และความรุนแรงทางเพศของวัยรุ่นไทยในอินเทอร์เน็ต (ปัญหาการอนามัยเจริญพันธุ์ในปัจจุบัน)*. วารสารวิชาการเฉลิมกาญจนา ปีที่ 1 ฉบับที่ 2.

พิษนุ อภิสมาจารโยธิน. (2558). *เอกสารประกอบการบรรยายรายวิชาวัฒนธรรมสุขภาพสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์และสาธารณสุขศาสตร์*. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา.

มัลลิกา มัติโก. (2546). *การทำศัลยกรรมใบหน้าของผู้หญิงไทย: ความงามกับการจัดการทางการแพทย์*. บทความเตรียมตีพิมพ์โดยศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร.

วิลาสินี พิพิธกุล. (ม.ป.ป.). *วาทกรรมเรื่องเพศในหนังสือพิมพ์*. (เอกสารสรุปย่อบางส่วนจากโครงการวิจัยการสื่อสารเรื่องเพศในสังคมไทย. ภาควิชาวารสารสนเทศ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. (ม.ป.ป.). *การให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

อมรา พงศาพิชญ์. (2548). *เพศสถานะและเพศวิถีในสังคมไทย*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อานันท์ กาญจนพันธุ์. (2549). *การต่อสู้เพื่อความเป็นคนของคนชายขอบในสังคมไทย* ใน อานันท์ กาญจนพันธุ์ (บรรณาธิการ) อยู่ชายขอบ มองลอดความรู้. กรุงเทพมหานคร : มติชน.

บทที่ 14
นโยบายและยุทธศาสตร์ ด้านการพัฒนาการอนามัยเจริญพันธุ์

แนวคิดและวัตถุประสงค์ประจำบทเรียน

สรุปแนวคิด

1. สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ (Reproductive Rights) เป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานที่บุคคลควรได้รับสิทธิในการควบคุมการอนามัยเจริญพันธุ์และมีอิสระในการตัดสินใจ และรับผิดชอบเกี่ยวกับการอนามัยเจริญพันธุ์โดยไม่ถูกบังคับหรือเลือกปฏิบัติ ซึ่งสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับการอนามัยเจริญพันธุ์เพื่อให้มีสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ประกอบด้วย สิทธิในชีวิต สิทธิในเสรีภาพและความปลอดภัยของบุคคล สิทธิในความเสมอภาคและไม่ถูกปฏิบัติในทุกรูปแบบ สิทธิในความเป็นส่วนตัว สิทธิในเสรีภาพแห่งความคิด สิทธิในการได้รับข้อมูลข่าวสารและการศึกษา สิทธิในการเลือกสมรส สิทธิในการตัดสินใจเรื่องบุตร สิทธิในการดูแลและป้องกันสุขภาพ สิทธิในการได้รับประโยชน์จากความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ สิทธิในเสรีภาพของการชุมนุมและการมีส่วนร่วมทางการเมือง และสิทธิในความปลอดภัยจากการทารุณกรรมและการปฏิบัติมิชอบ

2. การละเมิดสิทธิด้านการเจริญพันธุ์มีเพิ่มมากขึ้นในหลายประเทศ เนื่องจากการปกป้องและการคำนึงถึงสุขภาพและสิทธิทางเพศของประชาชนทุกกลุ่มทางสังคมยังไม่เพียงพอ โดยพบการละเมิดที่มีความรุนแรงมากขึ้นโดยเฉพาะที่เกิดกับผู้หญิงซึ่งไม่มีอำนาจและถูกเลือกปฏิบัติ เนื่องมาจากกฎหมาย นโยบาย และการปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรม ดังนั้น สิทธิในการกำหนดการเจริญพันธุ์ของตนเองจึงมีความสำคัญที่จะต้องได้รับการสนับสนุนอย่างเต็มที่ การดำเนินงานด้านการอนามัยเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศจะต้องเป็นมุมมองเชิงบวกโดยเฉพาะมุมมองที่มีต่อเพศวิถีว่าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่สามารถส่งผลต่อความสุขและรูปแบบความสัมพันธ์ที่ดีซึ่งเป็นด้านบวกของเพศวิถี แต่อย่างไรก็ตามเพศวิถีก็มีด้านลบ โดยเฉพาะผลกระทบจากรูปแบบความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเพศ และความรุนแรงเชิงโครงสร้างลักษณะต่างๆ จึงจำเป็นที่จะต้องหาแนวทางในการป้องกัน และจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ได้แก่ การถูกตีตรา (Stigma) การเลือกปฏิบัติ (Discrimination) และความรุนแรง (Violence) ในลักษณะที่หลากหลายซึ่งมีต่อ บุคคลอันเป็นผลมาจากการใช้กรอบจารีตหรือบรรทัดฐานเรื่องเพศ และรวมถึงกฎหมายต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อความรุนแรง ซึ่งจำเป็นต้องให้เกิดความเป็นธรรม และคุ้มครองศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์อย่างเท่าเทียม

วัตถุประสงค์

เพื่อให้นิสิตสามารถ

1. เข้าใจแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์
2. เข้าใจแนวโน้มการขับเคลื่อนและสนับสนุนด้านการอนามัยเจริญพันธุ์

เนื้อหาหลัก

เนื้อหาในบทที่ 14 **นโยบายและยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาการอนามัยเจริญพันธุ์** ประกอบด้วย 2 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 14.1 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์

ตอนที่ 14.2 แนวโน้มการขับเคลื่อนและสนับสนุนด้านการอนามัยเจริญพันธุ์

เมื่ออ่านจบบทเรียนแล้วขอให้นิสิตทดลองทำแบบฝึกหัดเพื่อเป็นการทบทวน**ความรู้**

ตอนที่ 14.1 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์

14.1.1 สิทธิด้านการอนามัยเจริญพันธุ์

สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ (Reproductive Rights) เป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานที่บุคคลควรได้รับสิทธิในการควบคุมการอนามัยเจริญพันธุ์ของตนเอง มีอิสระในการตัดสินใจและรับผิดชอบเกี่ยวกับการอนามัยเจริญพันธุ์ของตนเองโดยไม่ถูกบังคับหรือเลือกปฏิบัติ

สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ และมูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส.) ได้เสนอสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับการอนามัยเจริญพันธุ์ เพื่อให้มีสุขภาพทางเพศและการอนามัยเจริญพันธุ์ที่ดีไว้ดังนี้

1) สิทธิในชีวิต โดยไม่ตกอยู่ในอันตรายจากการตั้งครรภ์และไม่ตกอยู่ในอันตรายจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย รวมถึงการได้รับอันตรายจากการขาดข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพทางเพศและการอนามัยเจริญพันธุ์และการเข้าถึงบริการสุขภาพและบริการให้คำปรึกษาที่มีคุณภาพและปลอดภัย

2) สิทธิในเสรีภาพและความปลอดภัยของบุคคล โดยมีสิทธิได้รับความพึงพอใจและมีเสรีภาพที่จะเลือกวิถีชีวิตทางเพศและเพศวิถีของตนเองซึ่งรวมถึงภาวะการเจริญพันธุ์ของบุคคล และไม่ถูกการแพทย์เข้าแทรกแซงเว้นแต่ให้ความยินยอมโดยอิสระและเต็มใจบนพื้นฐานของการรับรู้ข้อมูลทุกด้าน นอกจากนี้ยังรวมถึงสิทธิที่จะไม่ถูกบังคับเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ การไม่ถูกคุกคามหรือทำร้ายทางเพศ และไม่ถูกบังคับให้ตั้งครรภ์ ทำหมัน หรือทำแท้ง

3) สิทธิในความเสมอภาคและไม่ถูกปฏิบัติในทุกรูปแบบ โดยมีสิทธิที่จะได้รับการดูแลเอาใจใส่ในด้านบริการสุขภาพและบริการข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางเพศและการอนามัยเจริญพันธุ์ในทุกช่วงวัยของตนเองโดยไม่ถูกเลือปฏิบัติไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใดก็ตาม

4) สิทธิในความเป็นส่วนตัว โดยมีสิทธิในการได้รับการเคารพความเป็นส่วนตัวจากการให้บริการด้านสุขภาพทางเพศและการอนามัยเจริญพันธุ์ทุกรูปแบบ และต้องมีสิทธิในการตัดสินใจเป็นหลัก รวมถึงการคุมกำเนิดและการทำแท้ง ซึ่งการรักษาความลับถือเป็นหลักการสำคัญอย่างยิ่ง

5) **สิทธิในเสรีภาพแห่งความคิด** โดยมีสิทธิที่จะได้รับอิสระจากการถูกบีบบังคับทางความคิดทั้งที่เกิดจากระบบความเชื่อหรือศาสนาหรือความคิดความเชื่ออื่นใด เพื่อให้สามารถได้รับสุขภาพที่ดีและมีสิทธิได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพทางเพศและการอนามัยเจริญพันธุ์ผ่านสื่อต่างๆ เพื่อประโยชน์ต่อการดำรงชีวิตที่ดี และมีสิทธิที่จะปฏิเสธการให้บริการสุขภาพที่ขัดแย้งกับความคิด ความเชื่อ ความศรัทธา หรือศาสนาของตนเอง

6) **สิทธิในการได้รับข้อมูลข่าวสารและการศึกษา** โดยได้รับข้อมูลข่าวสาร การศึกษาและความรู้ที่ถูกต้อง ทันสมัย และรอบด้าน เพื่อให้สามารถมีสุขภาพทางเพศและการอนามัยเจริญพันธุ์ที่ดี และการได้รับข้อมูลข่าวสารหรือการศึกษานั้นจะช่วยให้เกิดประโยชน์สูงสุดในด้านการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางเพศและการอนามัยเจริญพันธุ์ของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7) **สิทธิในการเลือกสมรส** โดยมีสิทธิที่จะตัดสินในในเรื่องการสมรสหรือการเลือกมีคู่ได้โดยอิสระและปราศจากการถูกบังคับหรือขัดขวางใดๆ ไม่ว่าจะเป็นการสมรสหรือการเลือกคู่ที่เป็นเพศเดียวกัน หรือการเลือกคู่ต่างเพศก็ตาม นอกจากนี้ ผู้ที่มีบุตรยากและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จะต้องได้รับสิทธิในการเข้าถึงบริการวางแผนครอบครัวและบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องได้อย่างมีความเท่าเทียมโดยไม่ถูกกีดกัน เลือกปฏิบัติ หรือไม่เป็นธรรม

8) **สิทธิในการตัดสินใจเรื่องบุตร** ซึ่งการตัดสินใจเรื่องการตั้งครรภ์ และการมีบุตรเป็นเรื่องที่มีความสำคัญต่อผู้หญิงจำนวนมาก เพราะส่งผลต่อผู้หญิงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นผู้หญิงต้องมีสิทธิที่จะได้ตัดสินใจอย่างมีเสรีภาพและมีความรับผิดชอบในเรื่องการมีบุตรหรือไม่มีบุตรของตนเอง รวมถึงการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ครบถ้วนและรอบด้าน และการเข้าถึงบริการที่เกี่ยวข้องและเอื้อต่อการตัดสินใจอย่างสมบูรณ์ โดยได้รับการสนับสนุนจากผู้ชายให้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการคิดและวางแผนครอบครัวด้วย

9) **สิทธิในการดูแลและป้องกันสุขภาพ** โดยมีสิทธิในการได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และได้รับการปกป้องจากแบบแผนการปฏิบัติ หรือธรรมเนียมปฏิบัติต่างๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพทางเพศและการอนามัยเจริญพันธุ์

10) **สิทธิในการได้รับประโยชน์จากความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์** โดยมีสิทธิที่จะปฏิเสธและไม่ถูกบังคับให้เข้าร่วมการทดลองใดๆ และทุกคนต้องได้รับประโยชน์จากข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนความก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่จะช่วยให้มีสุขภาพที่ดี และไม่ตกอยู่ในความเสี่ยงหรืออันตรายหรือการได้รับผลกระทบเชิงลบที่ส่งผลต่อสุขภาพและชีวิต

11) **สิทธิในเสรีภาพของการชุมนุมและการมีส่วนร่วมทางการเมือง** โดยมีสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการชุมนุมอย่างสงบ และการรวมตัวกันเพื่อผลักดันหรือรณรงค์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางเพศและการอนามัยเจริญพันธุ์ รวมถึงการผลักดันให้รัฐบาลกำหนดนโยบายด้านสิทธิสุขภาพทางเพศและการอนามัยเจริญพันธุ์ให้อยู่ในความสำคัญลำดับต้นๆ ด้วย

12) **สิทธิในความปลอดภัยจากการทารุณกรรมและการปฏิบัติมิชอบ** โดยมีสิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองจากการแสวงหาผลประโยชน์ทางเพศและความรุนแรงทางเพศในทุกๆ รูปแบบ และมีสิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองจากการเข้าร่วมการทดลองทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ และการควบคุมภาวะการเจริญพันธุ์โดยปราศจากความยินยอมและสมัครใจ

จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ (Reproductive Rights) เป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานที่บุคคลควรได้รับโดยไม่ถูกบังคับหรือเลือกปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วย สิทธิในชีวิต สิทธิในเสรีภาพและความปลอดภัยของบุคคล สิทธิในความเสมอภาคและไม่ถูกปฏิบัติในทุกรูปแบบ สิทธิในความเป็นส่วนตัว สิทธิในเสรีภาพแห่งความคิด สิทธิในการได้รับข้อมูลข่าวสารและการศึกษา สิทธิในการเลือกสมรส สิทธิในการตัดสินใจเรื่องบุตร สิทธิในการดูแลและป้องกันสุขภาพ สิทธิในการได้รับประโยชน์จากความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ สิทธิในเสรีภาพของการชุมนุมและการมีส่วนร่วมทางการเมือง และสิทธิในความปลอดภัยจากการทารุณกรรมและการปฏิบัติมิชอบ

14.1.2 แนวโน้มกฎหมายทางด้านอนามัยเจริญพันธุ์

จากปัญหาด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ในช่วงที่ผ่านมาได้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญ และความจำเป็นที่จะต้องมีกฎหมาย เพื่อส่งเสริมให้เกิดแนวทางในการปฏิบัติเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา โดยมูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาวะผู้หญิง (สคส.) ได้เสนอ *"ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ"* ขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อมุ่งแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับอนามัยเจริญพันธุ์ที่เกิดขึ้นในสังคมไทย และมีแนวโน้มที่จะผลักดันให้เกิดเป็นกฎหมายอย่างสมบูรณ์ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศฉบับภาคประชาชน

หลักการ

ให้มีพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ

เหตุผล

โดยที่ผ่านมา ปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศได้ทวีความรุนแรงมากขึ้น ทั้งการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมอันนำมาซึ่งอันตรายจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย การทอดทิ้ง และการทำร้ายทารกแรกคลอด โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่างๆ ประกอบกับการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี ที่มีแนวโน้มว่าอาจกลับมาทวีความรุนแรง มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม ตลอดจนปัญหาสุขภาพในวัยทองและผู้สูงอายุ ปัญหาสาธารณสุขเหล่านี้ป้องกันและแก้ไขได้ยากเนื่องจากสัมพันธ์กับวัฒนธรรมเรื่องเพศของสังคมไทย ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายกระทรวงดำเนินการร่วมกัน และเพื่อให้สอดคล้องกับ

1. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 51 และมาตรา 80 ซึ่งบัญญัติให้สิทธิและเสรีภาพแก่บุคคลในด้านสุขภาพ ให้ได้รับการบริการสาธารณสุขที่มาตรฐานทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ
2. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2550 ซึ่งบัญญัติให้มีการคุ้มครองสุขภาพของระบบเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศอย่างสอดคล้องเหมาะสมกับความต้องการตลอดช่วงชีวิตของบุคคล
3. ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน พุทธศักราช 2491
4. อนุสัญญาว่าด้วยการขจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีในทุกรูปแบบ พุทธศักราช 2524
5. อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก พุทธศักราช 2533
6. แผนปฏิบัติการการประชุมระหว่างประเทศเรื่องประชากรและการพัฒนาพุทธศักราช 2537
7. ปฏิญญาและแผนปฏิบัติการปักกิ่งเพื่อความก้าวหน้าของสตรี พุทธศักราช 2538

ดังนั้น จึงควรมีกฎหมายคุ้มครองและส่งเสริมสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ เพื่อกำหนดหลักการ ทิศทาง มาตรการ เครื่องมือ และเงื่อนไขสำคัญๆ ให้หน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องสามารถร่วมกันดำเนินการต่อปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้

<u>มาตรา</u>

มาตรา 1 พระราชบัญญัตินี้เรียกว่า"พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ พ.ศ. ....."

มาตรา 2 พระราชบัญญัตินี้ให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดหนึ่งร้อยแปดสิบวันนับตั้งแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

มาตรา 3 ในพระราชบัญญัตินี้

"อนามัยการเจริญพันธุ์" หมายความว่า สภาวะความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายและจิตใจของบุคคลที่เป็นผลสัมฤทธิ์อันเกิดจากกระบวนการ และการทำหน้าที่ของระบบการเจริญพันธุ์ที่สมบูรณ์ตลอดช่วงชีวิต

"สุขภาพทางเพศ" หมายความว่า สภาวะความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายและจิตใจของบุคคลที่เป็นผลสัมฤทธิ์อันเกิดจากการมีเจตคติที่ดีต่อเรื่องเพศ มีความรู้ ความเข้าใจ และได้รับความคุ้มครองสิทธิและสุขภาพทางเพศ

"เพศ" หมายความว่า ความเป็นหญิง ความเป็นชาย ที่ถูกกำหนดโดยสรีระหรือความประสงค์ของเจ้าของสรีระนั้น และยังหมายรวมถึงเพศภาวะและเพศวิถีด้วย

"เพศภาวะ" หมายความว่า ภาวะความเป็นหญิง ความเป็นชาย ที่ถูกกำหนดโดยปัจจัยแวดล้อมสังคมและวัฒนธรรมในช่วงเวลาหนึ่ง

"เพศวิถี" หมายความว่า ค่านิยม บรรทัดฐาน และระบบวิธีคิด หรือวิธีปฏิบัติที่เกี่ยวกับความปรารถนาและการแสดงออกทางเพศ

"เพศศึกษา" หมายความว่า กระบวนการเรียนรู้ทุกช่วงวัย ทั้งชายและหญิง เกี่ยวกับเจตคติ ความรู้และพฤติกรรมที่เหมาะสมเกี่ยวกับเรื่องเพศ เพื่อก่อให้เกิดความรับผิดชอบ และความสัมพันธ์อันดีระหว่างเพศ

"การเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมด้วยเหตุแห่งเพศ" หมายความว่า การกระทำหรือไม่กระทำการใดอันเป็นการแบ่งแยก การกีดกัน การไม่ยอมรับ การจำกัดหรือทำให้เสียสิทธิประโยชน์ใดๆ ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อมด้วยเหตุแห่งเพศ

"การวางแผนครอบครัว" หมายความว่า การวางแผนเตรียมตัวก่อนการใช้ชีวิตคู่และ/หรือการที่คู่ชีวิตตัดสินใจร่วมกันในการมีหรือไม่มีบุตร การเว้นระยะในการมีบุตร โดยคำนึงถึงสุขภาพมารดาและบุตรตลอดจนความสามารถในการอบรมเลี้ยงดูบุตรให้เจริญเติบโต และมีพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

"การยุติการตั้งครรภ์" หมายความว่า การทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง

"การคุมกำเนิด" หมายความว่า การป้องกันการตั้งครรภ์โดยการปฏิสนธิระหว่างเชื้ออสุจิของชายและไข่ของหญิง หรือป้องกันการฝังตัวอ่อนในโพรงมดลูก

"คนที่มีลักษณะเพศทางชีววิทยาไม่ชัดเจน" หมายความว่า ผู้ที่มีลักษณะเพศที่ไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจนว่าเป็นหญิงหรือเป็นชาย อาจมีลักษณะที่เข้าข่ายทั้งหญิงและชาย หรือไม่เข้าข่ายทั้งหญิงหรือชาย ปรากฏได้ตั้งแต่รูปแบบเพศสรีระที่เห็นได้ด้วยตา เช่น อวัยวะเพศ หรือที่เรียกว่ากะเทยแท้ ไปจนถึงการตรวจพบด้วยกระบวนการทางการแพทย์ เช่น โครโมโซม หรือฮอร์โมน ทั้งนี้อาจปรากฏตั้งแต่แรกเกิดหรือภายหลังก็ได้

"การแปลงเพศ" หมายความว่า กระบวนการทางการแพทย์โดยวิธีการผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนเพศชายให้เป็นเพศหญิงหรือเปลี่ยนเพศหญิงให้เป็นเพศชาย ทั้งนี้ให้รวมถึงการผ่าตัดหรือการรักษาด้วยวิธีการอื่นที่หวังผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อสรีระของร่างกายหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศอย่างถาวร เช่น การตัดอัณฑะออกทั้งหมด เป็นต้น

"เยาวชน" หมายความว่า บุคคลที่มีอายุ 10 ปีบริบูรณ์เป็นต้นไปแต่ไม่เกิน 25 ปี

"วัยทอง" หมายความว่า บุคคลที่เริ่มเข้าสู่วัยที่ฮอร์โมนเพศลดลง ส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ จำเป็นต้องให้การบำบัดรักษาและดูแลเป็นพิเศษ

"คณะกรรมการ" หมายความว่า คณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ

"สำนักงาน" หมายความว่า สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ

"เลขาธิการ" หมายความว่า เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมสิทธิการอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ

"บุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ" บุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ หมายถึง บุคคลที่มีรสนิยมทางเพศ หรือมีความพึงพอใจทางเพศและหรือมีลักษณะการแสดงออกทางเพศในรูปแบบต่าง ๆ ได้แก่ รักเพศเดียวกัน รักสองเพศ คนข้ามเพศ คนที่มีลักษณะเพศทางชีววิทยาไม่ชัดเจน และกลุ่มคนที่มีลักษณะทางเพศที่อาจทำให้ได้รับผลกระทบทางสังคม

"บริการอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ" หมายความว่า การบริการสาธารณสุขที่เกี่ยวกับการคุมกำเนิดที่ปลอดภัย การดูแลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดที่ปลอดภัย การยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย การรักษาภาวะการมีบุตรยาก การป้องกันและรักษาโรคเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์และการเจริญพันธุ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธุ์และเอชไอวี การดูแลรักษาเกี่ยวกับการแปลงเพศ

หมวด 1
บททั่วไป

มาตรา 4 บุคคลย่อมมีสิทธิด้านอนามัยเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศอย่างเสมอภาคโดยไม่ถูกเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมเพราะเหตุแห่งความแตกต่างเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกายภาพหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การฝึกอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมือง

มาตรา 5 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับความคุ้มครองในเสรีภาพ และความปลอดภัยด้านการอนามัยเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ

มาตรา 6 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการปกป้องคุ้มครองความเป็นส่วนตัวในข้อมูลด้านการอนามัยเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศส่วนบุคคล

มาตรา 7 บุคคลย่อมมีสิทธิเข้าถึงบริการเทคโนโลยีด้านการแพทย์ ที่เกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศที่มีคุณภาพสูงสุดเท่าที่เป็นไปได้ อันประกอบไปด้วย การคุมกำเนิดที่ปลอดภัย การดูแลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดที่ปลอดภัย การยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย การรักษาภาวะการมีบุตรยาก การป้องกันและรักษาโรคเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์และการเจริญพันธุ์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธุ์และเอชไอวี การดูแลรักษาเกี่ยวกับการแปลงเพศ

มาตรา 8 บุคคลย่อมมีสิทธิตัดสินใจอย่างอิสระในการมีหรือไม่มีชีวิตคู่ อันประกอบด้วยการอยู่เป็นโสด การเลือกคู่ และมีสิทธิตัดสินใจอย่างอิสระในการสร้างครอบครัว อันประกอบด้วย การมีหรือไม่มีบุตร จำนวนบุตร การเว้นระยะห่างของการมีบุตร การรับบุตรบุญธรรม

มาตรา 9 บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับข้อมูลข่าวสารและการศึกษาเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศที่ถูกต้อง ครบถ้วน รอบด้าน และเพียงพอต่อการตัดสินใจด้วยตนเอง เด็กและเยาวชนย่อมมีสิทธิได้รับข้อมูลข่าวสารและการศึกษาเกี่ยวกับเพศศึกษา อนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศที่ถูกต้อง ครบถ้วน รอบด้าน และเพียงพอ เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

มาตรา 10 บุคคลย่อมมีสิทธิที่จะปลอดภัยจากอันตรายทั้งร่างกาย จิตใจ สุขภาพ หรือผลกระทบอื่นใด อันเนื่องจากขนบธรรมเนียม จารีต ประเพณี หรือการทดลองทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ

หมวด 2
การคุ้มครองและส่งเสริมสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ

มาตรา 11 รัฐต้องจัดให้มีบริการข้อมูลข่าวสาร และการศึกษาเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ รวมถึงเรื่องเพศศึกษาแก่บุคคลทุกช่วงวัยอย่างทั่วถึง โดยไม่คิดค่าใช้จ่าย ทั้งนี้รวมถึงบริการจัดแปลข้อมูลเป็นภาษาท้องถิ่นและสื่อสำหรับผู้พิการ

มาตรา 12 รัฐและหน่วยงานของรัฐต้องจัดบริการอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศที่ได้มาตรฐาน มีความละเอียดอ่อน สอดคล้อง เหมาะสมกับบุคคลทุกช่วงวัย ทั้งนี้ให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา 13 รัฐต้องส่งเสริมการศึกษาวิจัยทางการแพทย์ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศของบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ทางการมองเห็น และทางการได้ยิน

มาตรา 14 ห้ามมิให้ผู้ใดขัดขวาง หรือเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ การปกปิด ควบคุม กีดกัน หรือขัดขวางมิให้เด็กและเยาวชนเข้าถึงข้อมูลบริการอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทาเพศ จะกระทำมิได้

มาตรา 15 ห้ามมิให้ผู้ใดกระทำการโน้มน้าว ข่มขู่ บังคับใดๆ อันส่งผลให้เด็กและเยาวชนที่ตั้งครรภ์พักการเรียน ย้ายสถานศึกษาหรือพ้นจากสภาพนักเรียนหรือนักศึกษา จะกระทำมิได้ รัฐต้องจัดให้มีระบบการศึกษาต่อเนื่องที่ได้มาตรฐาน สอดคล้อง และเหมาะสมสำหรับนักเรียนนักศึกษาที่ตั้งครรภ์

มาตรา 16 การหลอกลวง หรือปกปิดข้อมูลสถานภาพการสมรส หรือการใช้ชีวิตคู่ เพื่อให้มีเพศสัมพันธ์ด้วยถือเป็นการละเมิดสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ

มาตรา 17 การโน้มน้าว ข่มขู่ บังคับให้ตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์แทน ตั้งครรภ์ต่อ ยุติการตั้งครรภ์และคุมกำเนิดถือเป็นการละเมิดสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ

มาตรา 18 ห้ามมิให้หน่วยงานของรัฐและหน่วยงานเอกชนปฏิเสธการจ้างงานหญิง เพราะเหตุตั้งครรภ์

มาตรา 19 หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดฉุกเฉินหรือที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ การคลอด การยุติการตั้งครรภ์ การใช้วิธีคุมกำเนิด ถือเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน

มาตรา 20 บุคลากรด้านสาธารณสุขมีสิทธิปฏิเสธให้บริการคุมกำเนิด หรือยุติการตั้งครรภ์ ที่ขัดแย้งกับความเชื่อทางศาสนาของตน แต่มีหน้าที่ส่งต่อผู้ใช้บริการไปรับบริการที่ปลอดภัยได้มาตรฐาน ยกเว้นกรณีผู้ใช้บริการเป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่ที่ปฏิเสธการบริการและไม่ส่งต่อผู้ใช้บริการกรณีฉุกเฉินไปยังสถานบริการที่ปลอดภัยได้มาตรฐาน ให้ถือเป็นการกระทำผิดทางวินัย

มาตรา 21 รัฐต้องกำหนดให้หน่วยงานภาครัฐและเอกชนหรือสถาบันการศึกษาที่ทำการทดลองหรือการวิจัยด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ ต้องให้ข้อมูลที่เป็นจริงและครบถ้วนแก่ผู้ที่เข้าร่วมการทดลองในทุกขั้นตอน โดยรัฐต้องกำหนดมาตรการเยียวยาและการชดใช้ค่าเสียหาย หากผู้เข้าร่วมการทดลองได้รับผลกระทบทั้งในระหว่างและภายหลังการทดลอง

มาตรา 22 รัฐต้องคุ้มครองผู้ใช้บริการรักษาภาวะมีบุตรยากให้ได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องอย่างถูกต้อง รอบด้าน ครบถ้วน ก่อนรับบริการ และมีสิทธิได้รับการบำบัดฟื้นฟูหากได้รับผลกระทบจากกระบวนการรักษาก่อนที่จะดำเนินการ การกระทำใดๆ ที่เกี่ยวกับไข่และอสุจิของผู้ใช้บริการจะต้องแจ้ง และได้รับความยินยอมจากผู้ใช้บริการ

มาตรา 23 รัฐต้องคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่มีลักษณะเพศทางชีววิทยาไม่ชัดเจน อันประกอบด้วย สิทธิในการได้รับข้อมูลด้านสุขภาพ สิทธิในการตัดสินใจเลือกเพศด้วยตนเอง และสิทธิในการเลือกวิธีการรักษา และใช้บริการได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ห้ามมิให้ผู้ใดตัดสินใจเลือกเพศให้กับบุคคลที่มีลักษณะเพศทางชีววิทยาไม่ชัดเจน

หมวด 3
คณะกรรมการ

มาตรา 24 ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่ง เรียกว่า "คณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ" เรียกโดยย่อว่า "คสอพ." ประกอบด้วย

(1) นายกรัฐมาตรีหรือรองนายกรัฐมนตรีที่นายกรัฐมนตรีมอบหมายเป็นประธานกรรมการ

(2) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นรองประธานกรรมการคนที่หนึ่ง

(3) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการ เป็นรองประธานกรรมการคนที่สอง

(4) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นรองประธานกรรมการคนที่สาม

(5) กรรมการโดยตำแหน่ง ได้แก่ อธิบดีกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม และประธานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ

(6) กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิจากสถาบันอุดมศึกษา ที่มีความเชี่ยวชาญด้านสิทธิการอนามัยเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ ด้านสังคมศาสตร์ ด้านนิติศาสตร์ ด้านละ 1 คน เป็นกรรมการ

(7) กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้แทนจากเครือข่ายเด็กและเยาวชน เครือข่ายผู้หญิง เครือข่ายความหลากหลายทางเพศ เครือข่ายแรงงาน เครือข่ายผู้พิการ เครือข่ายผู้สูงอายุ โดยให้แต่ละเครือข่ายคัดเลือกกันเอง เครือข่ายละ 1 คน เป็นกรรมการ

(8) เลขาธิการสำนักงาน คสอพ. เป็นกรรมการและเลขานุการ

(9) รองเลขาธิการสำนักงาน คสอพ. เป็นกรรมการและรองเลขานุการ

เมื่อได้รายชื่อ คสอพ. แล้ว ให้กรรมการสรรหาเสนอรายชื่อต่อนายกรัฐมนตรีเพื่อแต่งตั้ง และประกาศในราชกิจจานุเบกษา

มาตรา 25 ในการคัดเลือกกรรมการตามมาตรา 24 (6) (7) ให้กรรมการสรรหาพิจารณาคัดเลือกกรรมการผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ด้านสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ โดยเป็นผู้หญิงไม่น้อยกว่าหนึ่งในสาม

มาตรา 26 หลักเกณฑ์และวิธีการสรรหาบุคคลเพื่อแต่งตั้งเป็นกรรมการตามมาตรา 24 (6) (7) ให้เป็นไปตามนายกรัฐมนตรีประกาศและกำหนด

มาตรา 27 กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิมีวาระอยู่ในตำแหน่งคราวละสี่ปีและอาจได้รับการแต่งตั้งอีกได้ ในกรณีที่กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิพ้นจากตำแหน่งก่อนวาระ นายกรัฐมนตรีอาจแต่งตั้งผู้อื่นเป็นกรรมการผู้ทรง

คุณวุฒิแทนได้และให้ผู้ได้รับแต่งตั้งอยู่ในตำแหน่งตามวาระของกรรมการซึ่งตนแทนเว้นแต่วาระของกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิจะเหลืออยู่ไม่ถึงเก้าสิบวัน นายกรัฐมนตรีจะดำเนินการเพื่อให้มีการแต่งตั้งกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิแทนก็ได้ เมื่อครบกำหนดตามวาระในวรรคหนึ่ง หากยังมิได้แต่งตั้งกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิขึ้นใหม่ ให้กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งพ้นจากตำแหน่งตามวาระนั้นอยู่ในตำแหน่งเพื่อดำเนินงานต่อไปจนกว่ากรรมการผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งได้รับแต่งตั้งใหม่เข้ารับหน้าที่

มาตรา 28 กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิพ้นจากตำแหน่งก่อนวาระเมื่อ

(1) ตาย

(2) ลาออก

(3) นายกรัฐมนตรีให้ออกเพราะไม่สุจริตต่อหน้าที่ มีความประพฤติเสื่อมเสีย หรือหย่อนความสามารถ

(4) เป็นบุคคลล้มละลาย

(5) เป็นคนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(6) ได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

มาตรา 29 การประชุมคณะกรรมการ ต้องมีกรรมการมาประชุมไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของจำนวนกรรมการทั้งหมดจึงจะเป็นองค์ประชุม และต้องจัดประชุมอย่างน้อยปีละสี่ครั้ง ในการประชุมคณะกรรมการถ้าประธานกรรมการไม่มาประชุมหรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้รองประธานกรรมการคนที่หนึ่งเป็นประธานในที่ประชุม ถ้ารองประธานกรรมการคนที่หนึ่งไม่มาประชุมหรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้รองประธานกรรมการคนที่สองเป็นประธานในที่ประชุม ถ้ารองประธานกรรมการคนที่สองไม่มาประชุมหรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้รองประธานกรรมการคนที่สามเป็นประธานในที่ประชุม ถ้ารองประธานกรรมการทั้งสามคน ไม่มาประชุมหรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้ที่ประชุมเลือกกรรมการคนหนึ่งเป็นประธานในที่ประชุม การวินิจฉัยชี้ขาดของที่ประชุมให้ถือเสียงข้างมาก กรรมการคนหนึ่งให้มีเสียงหนึ่งในการลงคะแนน ถ้าคะแนนเสียงเท่ากันให้ประธานในที่ประชุมออกเสียงเพิ่มอีกเสียงหนึ่งเป็นเสียงชี้ขาด

มาตรา 30 คณะกรรมการมีอำนาจและหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(1) กำหนดนโยบาย มาตรการ กลไก และแผนยุทธศาสตร์เพื่อส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศในทุกหน่วยงานทั้งของรัฐและเอกชน รวมทั้งในส่วนกลาง ภูมิภาค และท้องถิ่น

(2) เสนอแนะนโยบาย และข้อเสนอในการปรับปรุงกฎหมาย กฎ หรือข้อบังคับต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์แห่งประราชบัญญัตินี้

(3) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการในการคุ้มครองและส่งเสริมสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศตามพระราชบัญญัตินี้

(4) กำหนดแนวทางการช่วยเหลือคุ้มครองสิทธิ การบรรเทาทุกข์ หรือชดเชยแก่ผู้เสียหายจากการถูกเลือกปฏิบัติหรือถูกละเมิดสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ

(5) ส่งเสริมการศึกษา การวิจัย การพัฒนาเทคโนโลยี และการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการคุ้มครองและส่งเสริมสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ

(6) ตรวจสอบ แนะนำ และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ของรัฐ หน่วยงานของรัฐ และองค์กรเอกชน ในการปฏิบัติตามพระราชบัญญัตินี้

(7) กำหนดนโยบายการบริหารงานและให้ความเห็นชอบแผนการดำเนินงาน แผนการเงิน และงบประมาณประจำปีของสำนักงาน

(8) ออกระเบียบหรือประกาศเกี่ยวกับการบริหารงานทั่วไป การบริหารงานบุคคล การงบประมาณ การเงินและทรัพย์สิน การรักษาการและการปฏิบัติการแทน การกำหนดอัตราเงินเดือนและค่าตอบแทนสวัสดิการหรือการสงเคราะห์อื่นแก่พนักงานและลูกจ้างของสำนักงานและการดำเนินการอื่นของสำนักงาน

(9) เสนอรายงานการประเมินผลเกี่ยวกับการปฏิบัติงานตามพระราชบัญญัตินี้ ต่อคณะรัฐมนตรีหรือรัฐสภาอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

(10) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัตินี้ หรือกฎหมายอื่นบัญญัติให้เป็นอำนาจหน้าที่ของ คสอพ. หรือตามที่คณะรัฐมนตรีมอบหมาย

มาตรา 31 คสอพ. มีอำนาจแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อพิจารณาหรือปฏิบัติการอย่างหนึ่งอย่างใด ตามที่คณะกรรมการมอบหมาย การประชุมของคณะอนุกรรมการ ให้นำมาตรา 29 มาใช้บังคับโดยอนุโลม

มาตรา 32 ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ คสอพ. หรือ คณะอนุกรรมการ อาจเชิญบุคคลหนึ่งบุคคลใดมาให้ข้อเท็จจริง คำอธิบาย ความเห็น หรือคำแนะนำได้ตามที่เห็นสมควร

มาตรา 33 ในการได้มาซึ่งกรรมการตามมาตรา 24 (6) (7) ต้องมีกรรมการสรรหาที่มาจากผู้ที่มีผลงานหรือเคยปฏิบัติงานที่แสดงให้เห็นถึงการเป็นผู้มีความรู้ และมีประสบการณ์เป็นที่ประจักษ์ชัดว่าเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ ให้มีกรรมการสรรหาตามมาตรา 24 (6) (7) จำนวน 13 คน ประกอบด้วย

(1) ประธานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ อธิบดีกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม อธิบดีกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ผู้อำนวยการสำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพ และพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

(2) ผู้แทนคณาจารย์ประจำสถาบันอุดมศึกษาของรัฐ และเอกชน ซึ่งมีการสอนในสาขาวิชาสตรีศึกษา สิทธิมนุษยชน อนามัยการเจริญพันธุ์ ประชากรศาสตร์สังคมศาสตร์และนิติศาสตร์ และเป็นผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานด้านการส่งเสริมสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ โดยคัดเลือกกันเองจากสถาบันอุดมศึกษาของรัฐ 2 คน และเอกชน 2 คน

(3) ผู้แทนองค์กรเอกชนที่เป็นนิติบุคคลซึ่งไม่แสวงหากำไรและดำเนินงานด้านส่งเสริมสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศมาไม่น้อยกว่า 5 ปี คัดเลือกกันเองจำนวน 4 คน

กรรมการสรรหา คสอพ. ไม่มีสิทธิได้รับการเสนอชื่อเป็น คสอพ. เมื่อได้ชื่อกรรมการ คสอพ.แล้ว ให้กรรมการสรรหาเสนอรายชื่อต่อนายกรัฐมนตรีเพื่อแต่งตั้งและประกาศในราชกิจจานุเบกษา

หมวด 4
สำนักงาน

มาตรา 34 ให้จัดตั้งสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศขึ้นเป็นหน่วยงานของรัฐที่ไม่เป็นส่วนราชการตามกฎหมายว่าด้วยระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน และไม่เป็นรัฐวิสาหกิจตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณหรือกฎหมายอื่น ให้สำนักงานมีฐานะเป็นนิติบุคคล และอยู่ในกำกับของนายกรัฐมนตรี

มาตรา 35 ให้สำนักงาน คสอพ. รับผิดชอบงานธุรการและงานวิชาการของ คสอพ. โดยมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(1) รับคำร้องการละเมินสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศและรวบรวมข้อมูลเบื้องต้นเพื่อทำความเห็นเสนอ คสอพ.

(2) ตรวจสอบคำร้อง รวบรวมพยานหลักฐานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งปฏิบัติงานอื่นตามที่ คสอพ. มอบหมาย

(3) สนับสนุนให้มีการรวบรวม ศึกษาวิจัย วิเคราะห์ และเผยแพร่ข้อมูลด้านสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ เพื่อประโยชน์ในการคุ้มครองและส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศตามพระราชบัญญัตินี้

(4) ประสานความร่วมมือกับบุคคล หน่วยงาน หรือองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน ภาคประชาชน เพื่อสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ และรณรงค์เผยแพร่ให้เกิดการคุ้มครองและส่งเสริมสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ ทั้งในระดับประเทศและระหว่างประเทศ

(5) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่ คสอพ. มอบหมาย

มาตรา 36 ให้มีเลขาธิการคนหนึ่งเป็นผู้รับผิดชอบการบริหารงานของสำนักงานขึ้นตรงต่อ คสอพ. มีหน้าที่ควบคุมดูแลโดยทั่วไปซึ่งงานของสำนักงาน และเป็นผู้บังคับบัญชาพนักงานและลูกจ้างในสำนักงาน โดยอาจมีรองเลขาธิการตามจำนวนที่ คสอพ. กำหนดเป็นผู้ช่วยและปฏิบัติงานตามที่เลขาธิการมอบหมายก็ได้ คุณสมบัติหลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือกเลขาธิการและรองเลขาธิการ ให้เป็นไปตามที่ คสอพ. กำหนด ให้ประธานกรรมการแต่งตั้งเลขาธิการจากบุคคลที่ คสอพ. คัดเลือก ให้เลขาธิการเป็นกรรมการและเลขานุการ คสอพ. เลขาธิการมีอำนาจแต่งตั้งรองเลขาธิการโดยความเห็นชอบของ คสอพ.

มาตรา 37 ให้เลขาธิการมีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละสี่ปี และอาจได้รับแต่งตั้งอีกได้ แต่จะดำรงตำแหน่งเกินสองวาระติดต่อกันมิได้ เมื่อเลขาธิการพ้นจากตำแหน่งตามวาระให้รองเลขาธิการพ้นจากตำแหน่งด้วย เมื่อตำแหน่งเลขาธิการว่างลงและยังไม่มีการแต่งตั้งเลขาธิการคนใหม่ ให้ คสอพ. แต่งตั้งผู้รักษาการเลขาธิการ คสอพ. ในกรณีที่เลขาธิการไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้รองเลขาธิการที่ คสอพ. กำหนดเป็นผู้รักษาการแทน แต่ถ้าไม่มีรองเลขาธิการหรือรองเลขาธิการไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้ คสอพ. แต่งตั้งพนักงานของสำนักงานคนหนึ่งเป็นผู้รักษาการแทน

มาตรา 38 เลขาธิการมีหน้าที่และอำนาจ ดังต่อไปนี้

(1) บริหารกิจการของสำนักงานให้เป็นไปตามกฎหมาย นโยบาย มติ ข้อบังคับ ระเบียบหรือประกาศของ คสอพ.

(2) จัดทำแผนงานหลัก แผนการดำเนินงาน แผนการเงินและงบประมาณประจำปีของสำนักงานเสนอ คสอพ. เพื่ออนุมัติ

(3) ดำเนินการเกี่ยวกับการบริหารงานบุคคล การเงิน การงบประมาณและการบริหารด้านอื่นของสำนักงาน ตามระเบียบที่ คสอพ. กำหนด

(4) วางระเบียบเกี่ยวกับการดำเนินงานของสำนักงานเท่าที่ไม่ขัดหรือแย้งกับกฎหมาย นโยบาย มติ ข้อบังคับ ระเบียบหรือประกาศของ คสอพ.

(5) ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่ คสอพ. มอบหมาย

มาตรา 39 เงินเดือนและประโยชน์ตอบแทนอื่นของเลขาธิการให้ คสอพ.กำหนด

มาตรา 40 ให้เลขาธิการ เป็นผู้แทนของสำนักงาน ในกิจการของสำนักงานที่เกี่ยวข้องกับบุคคลภายนอก แต่เลขาธิการจะมอบหมายให้บุคคลใดปฏิบัติงานในเรื่องใดแทนตามระเบียบที่ คสอพ. กำหนดก็ได้

มาตรา 41 ให้สำนักนายกรัฐมนตรี เป็นผู้กำกับดูแล และจัดสรรงบประมาณรายปีแก่สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และ สุขภาพทางเพศ

หมวด 5
บทกำหนดโทษ

มาตรา 42 การกระทำที่ฝ่าฝืนมาตรา 14 มาตรา 15 มาตรา 16 มาตรา 18 และมาตรา 23 ให้ คสอพ.เป็นผู้วินิจฉัยและกำหนดแนวทางการเยียวยาผู้เสียหาย

มาตรา 43 ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา 6 และมาตรา 21 ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน ปรับไม่เกิน 10,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ความผิดตามมาตรานี้เป็นความผิดอันยอมความได้

บทเฉพาะกาล

มาตรา 44 ให้คณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ซึ่งแต่งตั้งตามคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 551/2552 ทำหน้าที่ คสอพ. ตามมาตรา 24 จนกว่า คสอพ. ที่ได้รับแต่งตั้งขึ้นใหม่จะเข้ารับหน้าที่ ทั้งนี้ไม่เกินหนึ่งร้อยแปดสิบวันนับแต่วันที่ประกาศในราชกิจจานุเบกษา

จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า "ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ" จัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมให้เกิดแนวทางในการปฏิบัติเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ในช่วงที่ผ่าน โดยได้กำหนดร่างขึ้นมาจำนวน 5 หมวด ได้แก่ บททั่วไป การคุ้มครองและส่งเสริมสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ คณะกรรมการ สำนักงาน และบทกำหนดโทษและบทเฉพาะกาล ซึ่งประกอบด้วยทั้งหมด 44 มาตรา ซึ่งมูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิงได้ดำเนินการรวบรวมรายชื่อประชาชน10,000 คนเพื่อเสนอกฎหมาย โดยมุ่งแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้นในสังคมไทย

14.1.3 นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ

ประเทศไทยได้เริ่มมีการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ (National Policy and Strategy on Reproductive Health) ฉบับที่ 1 เมื่อวันที่ 14 กันยายน 2553 โดยใช้ตั้งแต่ปีพุทธศักราช 2553 ถึงปีพุทธศักราช 2557 เพื่อให้ภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ได้มีส่วนร่วมดำเนินการตามแนวทางพัฒนาและแก้ปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ สอดคล้องกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2552 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2550 หมวด 4 เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ในข้อ 31 ที่กำหนดให้รัฐจัดให้มีแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์แบบมีส่วนร่วม สนับสนุนการดำเนินงานตามแผนให้เป็นรูปธรรม โดยสนับสนุนให้มีการพัฒนากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาด้านสุขภาพทางเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์ด้วย และในปีพุทธศักราช 2559 กระทรวงสาธารณสุขได้ร่างนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 2 ขึ้นเพื่อจะใช้ตั้งแต่ปีพุทธศักราช 2560 ถึงปีพุทธศักราช 2569 โดยนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติทั้ง 2 ฉบับนั้นมีรายละเอียดที่สำคัญดังนี้

1) หลักการ

นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พุทธศักราช 2553-2557) มีหลักการว่า อนามัยการเจริญพันธุ์ หมายถึง สุขภาพที่เกี่ยวกับกระบวนการและการทำหน้าที่ของระบบการเจริญพันธุ์ของมนุษย์ตลอดช่วงชีวิต โดยอนามัยการเจริญพันธุ์เป็นการพัฒนาประชากร ซึ่งเน้นด้านคุณภาพ การเจริญพันธุ์ที่ครอบคุลมสุขภาพทางเพศทั้งด้านร่างกาย จิต และสังคม เพศ เพศมิติ พฤติกรรมทางเพศ บทบาทชายหญิงในสังคมทุกวัย ตั้งแต่ปฏิสนธิจนถึงสูงอายุให้มีความสมบูรณ์ จึงจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนงานอนามัยการเจริญพันธุ์หลายด้านยังเป็นสัญลักษณ์ที่แสดงถึงศักดิ์ศรีและความสง่างามในการร่วมเป็นภาคเครือข่ายการพัฒนาระหว่างประเทศ และเป็นเครื่องบ่งชี้ในระดับสากลว่าประเทศไทยให้ความสำคัญต่อการคุ้มครองสิทธิของสตรีและประชากรกลุ่มต่างๆในหลายทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยได้ร่วมเป็นสมาชิกและให้สัตยาบันเพื่อพัฒนาประชากรและอนามัยการเจริญพันธุ์หลายครั้งได้แก่ (1) แผนปฏิบัติการในการประชุมนานาชาติว่าด้วยประชากรและการพัฒนา (International Conference on Population and Development-ICPD) เมื่อปีพุทธศักราช 2537 ณ กรุงไคโร ประเทศอียิปต์ (2) การประชุมสตรีโลกครั้งที่ 4 ในปี พุทธศักราช 2538 ณ กรุงปักกิ่ง สาธารณรัฐประชาชนจีน (3) การร่วมรับรองเป้าหมายแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals-MDGs) ในการประชุมขององค์การสหประชาชาติ ซึ่ง มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาการอนามัยเจริญพันธุ์และลดการตายของมารดาลง 3 ใน 4 ภายในปีพุทธศักราช 2558 (4) อนุสัญญาว่าด้วยการขจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีทุกรูปแบบ (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women-CEDAW) ซึ่งเน้นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพนอามัยการเจริญพันธุ์ของสตรีรวมทั้งสิทธิและความเท่าเทียมกันระหว่างเพศ ดังนั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่หน่วยงานทุกภาคส่วนของประเทศไทยต้องร่วมมือกันดำเนินการเพื่อให้บรรลุผลตามพันธสัญญา

ร่างนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พุทธศักราช 2560-2569) มีหลักการว่า (1) คำนึงถึงสิทธิมนุษยชน โดยเฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้แก่ สิทธิในสุขภาพ สิทธิในการให้ความยินยอมในการสมรส และการมีความเสมอภาคในการสมรส สิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกบจำนวนและระยะห่างของการมีบุตร สิทธิในความเสมอภาค และการไม่เลือกปฏิบัติและสิทธิในการศึกษาและได้รับข้อมูล (2) สอดคล้องกับแผนแม่บทในการพัฒนาประเทศ ได้แก่ แผนประชากรในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ รวมทั้งยุทธศาสตร์อื่นของประเทศที่เกี่ยวข้อง เช่น แผนยุทธศาสตร์พัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ แผนยุทธศาสตร์ชาติด้านเด็กปฐมวัย เป็นต้น (3) สอดคล้องกับสนธิสัญญา นโยบาย และคำรับรองในระดับนานาชาติที่ประเทศไทยได้ลงนามไว้ เช่น อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก อนุสัญญาว่าด้วยการขจัดการเลือกปฏิบัติต่อเด็กและสตรี แผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนา เป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน เป้าหมายที่ยังไม่บรรละของเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ รวมถึงข้อแนะนำและแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง เช่น ยุทธศาสตร์โลกว่าด้วยสุขภาพของสตรี เด็ก และวัยรุ่น (ปีคริสตศักราช 2016-2030) เป็นต้น

2) นโยบายสำคัญ

นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พุทธศักราช 2553-2557) กำหนดนโยบายส่งเสริมคุณภาพของการเกิดทุกรายในประเทศไทย ว่าด้วยการทำให้ประชากรทุกเพศ ทุกวัย มีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดีโดย "รัฐบาลมีนโยบายสนับสนุนให้การเกิดทุกรายเป็นที่ปรารถนา ปลอดภัยและมีคุณภาพด้วยการส่งเสริมให้คนทุกเพศทุกวัยมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี โดยยึดหลักความสมัครใจ เสมอภาค และทั่วถึง เพื่อเป็นพลังประชากร สร้างประเทศให้รุ่งเรืองมั่งคั่งและมั่นคงสืบไป" ซึ่งเป็นไปตามกรอบทิศทางนโยบายประชากรกับการพัฒนาประเทศ และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

ร่างนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ **ฉบับที่ 2** (พุทธศักราช 2560-2569) กำหนดนโยบายการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดคุณภาพ "รัฐบาลสนับสนุนให้การเกิดทุกรายมีการวางแผน มีความตั้งใจและความพร้อมในทุกด้านนำไปสู่การคลอดที่ปลอดภัย ทารกแรกเกิดมีสุขภาพแข็งแรง พร้อมที่จะเติบโตอย่างมีคุณภาพ"

3) เป้าประสงค์

นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พุทธศักราช 2553-2557) มีเป้าประสงค์ซึ่งประกอบด้วย

(1) เพื่อให้คนทุกเพศทุกวัยมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี โดยเฉพาะเรื่องสุขภาพทางเพศในกลุ่มวัยรุ่น ทั้งนี้บนหลักความสมัครใจ เสมอภาค และทั่วถึง

(2) เพื่อเสริมสร้างให้ครอบครัวมีความเข้มแข็ง อบอุ่น และมีคุณภาพ โดยเฉพาะการเกิดทุกรายต้องเป็นที่ปรารถนา ปลอดภัย และมีคุณภาพ

ร่างนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พุทธศักราช 2560-2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดคุณภาพ มีเป้าประสงค์ซึ่งประกอบด้วย

(1) เพื่อให้การเกิดทุกรายมีการวางแผนเตรียมความพร้อมตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ นำไปสู่การฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ และการคลอดที่ปลอดภัย

(2) เพื่อส่งเสริม สนับสนุน และสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ให้คู่สมรสมีความพร้อมและได้รับความช่วยเหลือในการมีบุตร

โดยมีตัวชี้วัดเป้าประสงค์ ได้แก่ อัตราส่วนการตายมารดา อัตราตายทารก ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย และอัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 20-34 ปี

4) ยุทธศาสตร์การพัฒนา

นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พุทธศักราช 2553-2557) มีการกำหนดยุทธศาสตร์ไว้จำนวน 6 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

(1) ยุทธศาสตร์การเสริมสร้างครอบครัวใหม่และเด็กรุ่นใหม่ให้เข้มแข็ง และมีคุณภาพ

(2) ยุทธศาสตร์ส่งเสริมให้คนทุกเพศทุกวัยมีพฤติกรรมอนามยการเจริญพันธุ์ และสุขภาพทางเพศที่เหมาะสม

(3) ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ และสุขภาพทางเพศที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

(4) ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริหารจัดการงานอนามัยการเจริญพันธุ์ และสุขภาพทางเพศแบบบูรณาการ

(5) ยุทธศาสตร์การพัฒนากฎหมาย กฎ และระเบียบที่เกี่ยวกับงานอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ

(6) ยุทธศาสตร์การพัฒนาและการจัดการองค์ความรู้ เทคโนโลยีด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ

ร่างนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พุทธศักราช 2560-2569) มีการกำหนดยุทธศาสตร์ไว้จำนวน 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

(1) การพัฒนากฎหมาย นโยบาย และยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง

(2) การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข

(3) การพัฒนาระบบจัดสวัสดิการสังคม

(4) การพัฒนาระบบสารสนเทศ

(5) การสนับสนุนกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงาน

จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติได้เริ่มใช้ฉบับที่ 1 (พุทธศักราช 2553-2557) โดยกำหนดนโยบายส่งเสริมคุณภาพของการเกิดทุกรายในประเทศไทยว่าด้วยการทำให้ประชากร ทุกเพศ ทุกวัย มีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี และใช้ 6 ยุทธศาสตร์เป็นแนวทางในการดำเนินงาน และในร่างนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พุทธศักราช 2560-2569) ได้กำหนดนโยบายการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดคุณภาพ โดยใช้ยุทธศาสตร์ 5 ยุทธศาสตร์ เป็นแนวทางในการดำเนินงาน

ตอนที่ 14.2 แนวโน้มการขับเคลื่อนและสนับสนุนด้านการอนามัยเจริญพันธุ์

ศูนย์การวิจัยและข้อมูลสตรีในเอเชียแปซิฟิก (Asian-Pacific Resource & Research Centre for Women หรือ ARROWs) ได้เสนอแนวทางการดำเนินงานด้านสุขภาพที่มีแนวโน้มในการขับเคลื่อนและสนับสนุนการอนามัยเจริญพันธุ์อย่างรอบด้าน โดยที่ผ่านมาแนวทางการดำเนินงานด้านการอนามัยเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศในทั่วโลก มักจะลดทอนให้เหลือเพียงมิติเรื่องสุขภาพที่ไม่ได้รวมถึงเพศภาวะ (Gender) เพศวิถี (Sexuality) และความสัมพันธ์เชิงอำนาจ (Power Relations) ที่ส่งผลต่อความเป็นเพศและการแสดงออกในเรื่องเพศของปัจเจกบุคคลในแต่ละสังคม ดังนั้นกรอบการดำเนินงานเชิงบวกจึงให้ความสำคัญกับเรื่องทัศนคติในการตัดสินเรื่องเพศภาวะและการแสดงออกทางเพศที่เป็นการปฏิบัติด้วยความสมัครใจ และให้ทางเลือกและสิทธิแก่ปัจเจกบุคคล ตลอดจนส่งเสริมและป้องกันความรุนแรงในลักษณะต่างๆ ที่มีต่อทั้งร่างกายและจิตใจของผู้หญิง เด็ก ผู้สูงอายุ คนพิการและบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ เพื่อให้สามารถมีวิถีทางเลือกทางเพศของตนเอง

การดำเนินงานเชิงบวกในด้านการวิจัย ก..รกำหนดนโยบาย การให้บริการและการดำเนินโครงการต่างๆ ต้องคำนึงถึงตัวแปรต่างๆ ที่สำคัญ ได้แก่ การแสดงออกทางเพศภาวะ รสนิยมทางเพศ อายุ สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ เชื้อชาติ ชาติพันธุ์ ความยากจน ชนชั้น และศาสนา โดยเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับเรื่องของการเลือกปฏิบัติ โดยเฉพาะชนกลุ่มน้อยในสังคมอาจถูกเอารัดเอาเปรียบอันเนื่องมาจากตัวแปรด้านอายุ รสนิยมทางเพศ เพศภาวะ สถานภาพสมรส และศาสนาของพวกเขา และไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพทางเพศได้

การดำเนินงานด้านการอนามัยเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ ต้องอยู่บนพื้นฐานของหลักการที่เกี่ยวกับศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ทั้งทางด้านร่างกาย ความเป็นบุคคล ความเสมอภาค และการเคารพความหลากหลาย การแสดงออกด้านเพศภาวะและอัตลักษณ์ทางเพศที่มีความแตกต่างหลากหลาย เป็นสิ่งที่ท้าทายแนวคิดดั้งเดิมที่มีการยอมรับเพียงเพศชาย เพศหญิง หรือคนรักต่างเพศเพียงเท่านั้น นอกจากนี้การเปิดโอกาสอย่างเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและเพศศึกษานั้นยังจำเป็นต้องก้าวข้ามขีดจำกัดในด้านต่างๆ ได้แก่ เพศ อายุ หรือศาสนา เพราะไม่ใช่เพียงแค่วัยเจริญพันธุ์เท่านั้นที่ควรมีโอกาส แต่ผู้สูงอายุ บุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ และผู้ป่วยโรคเอชไอวีหรือเอดส์ เป็นต้น ควรจะได้มีความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศและเพศศึกษาด้วยเช่นกัน

นอกจากนี้ การดำเนินโครงการด้านสุขภาพทางเพศของเยาวชนโดยจำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพทางเพศของเยาวชนเพื่อให้สามารถเปลี่ยนผ่านสู่วัยผู้ใหญ่ได้อย่างปลอดภัย (Safe Passages to Adulthood) โดยต้องตระหนักถึงการแสดงออกทางเพศและเพศภาวะของวัยรุ่นที่ไม่เป็นการปิดกั้นหรือลงโทษการมีเพศสัมพันธ์ของเยาวชนที่รักเพศเดียวกัน ซึ่งเห็นได้ในหลายๆ ประเทศที่มีกฎหมายลงโทษหรือตัดสินให้บุคคลที่รักเพศเดียวกันมีความผิด อันนำไปสู่รูปแบบของการกดขี่ กีดกันและคุกคาม ซึ่ง

ประชาชนทุกคนต้องได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกันตามกฎหมาย และมีสิทธิที่จะได้รับการปกป้องภายใต้กฎหมายโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ และคำนึงถึงความเท่าเทียมและความเป็นส่วนตัวด้วย

การนำไปสู่การปฏิบัติ (Implementation) ของมุมมองเชิงบวกในด้านการอนามัยเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศควรจะเป็นไปในลักษณะของการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empower) เพื่อให้กลุ่มคนต่างๆ ได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานทั้งการดูแลสุขภาพ และการดำเนินกิจกรรมเชิงรุกเพื่อให้เกิดศักยภาพในการจัดการ โดยการดำเนินงานด้านการอนามัยเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศต้องใส่ใจในประเด็นเรื่องเพศวิถีมากขึ้น และเพิ่มการให้บริการที่เหมาะสมและเป็นธรรมแก่เยาวชนที่ถูกละเลย และกลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางเพศ และรวมถึงกลุ่มคนพื้นถิ่น คนชนบท ผู้พิการ และคนรักต่างเพศทั่วไปด้วย โดยการกำหนดแผน นโยบายหรือแนวทางในการดำเนินงานจำเป็นต้องครอบคลุมบุคคลทุกๆ คน ไม่ใช่แค่เพียงกลุ่มคนหรือคนบางคน และต้องนึงว่า *"การยืนยันการมีอยู่ของเพศวิถีเท่ากับการยืนยันการมีอยู่ของชีวิต"* (Affirming Sexuality Equals Affirming Life) เพราะเพศวิถีนั้นเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่สามารถทำให้เกิดความสุข และส่งผลต่อสุขภาพทางเพศของบุคคลในสังคมได้

มุมมองในเรื่องเพศวิถีเชิงบวกนั้นเป็นสิ่งสำคัญและมีคุณค่าสำหรับการดำรงชีวิตของมนุษย์ โดยเฉพาะการผลักดันหรือการเคลื่อนไหวด้านสิทธิมนุษยชน โดยมองว่าสิทธิมนุษยชนในเรื่องเพศ หรือสิทธิทางเพศนั้นเป็นสิทธิมนุษยชนเช่นเดียวกับสิทธิด้านอื่นๆ ซึ่งมีพัฒนาการของการเคลื่อนไหวมาอย่างต่อเนื่อง และจำเป็นต้องให้ทุกๆ คนได้รับสิทธิโดยไม่ถูกเลือกปฏิบัติ ถูกบังคับ หรือได้รับความรุนแรง และอยู่บนพื้นฐานในเรื่องศีลธรรมที่เหมาะสมโดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีด้านร่างกาย (Bodily Integrity) ซึ่งถือว่าร่างกายเป็นของฉัน (My Body is Mine) ศักดิ์ศรีความเป็นบุคคล (Personhood Integrity) โดยถือว่าทุกคนมีสิทธิในทางเลือกและมีความเท่าเทียมกันทางเพศระหว่างผู้หญิง ผู้ชาย และผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ รวมทั้งการเคารพในความแตกต่างอันเป็นผลมาจากบริบททางด้านสังคมและวัฒนธรรม

จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า การละเมิดสิทธิด้านการเจริญพันธุ์มีเพิ่มมากขึ้นในหลายประเทศ เนื่องจากการปกป้องและการคำนึงถึงสุขภาพและสิทธิทางเพศของประชาชนทุกกลุ่มทางสังคมยังไม่เพียงพอ โดยพบการละเมิดที่มีความรุนแรงมากขึ้นโดยเฉพาะที่เกิดกับผู้หญิงซึ่งไม่มีอำนาจและถูกเลือกปฏิบัติเนื่องมาจากกฎหมาย นโยบาย และการปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรม ดังนั้นสิทธิในการกำหนดการเจริญพันธุ์ของตนเองจึงมีความสำคัญที่จะต้องได้รับการสนับสนุนอย่างเต็มที่ การดำเนินงานด้านการอนามัยเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศจะต้องเป็นมุมมองเชิงบวก โดยเฉพาะมุมมองที่มีต่อเพศวิถีว่าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่สามารถส่งผลต่อความสุข และรูปแบบความสัมพันธ์ที่ดีซึ่งเป็นด้านบวกของเพศวิถี แต่อย่างไรก็ตามเพศวิถีก็มีด้านลบโดยเฉพาะผลกระทบจากรูปแบบความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเพศ และความรุนแรงเชิงโครงสร้างลักษณะต่างๆ จึงจำเป็นที่จะต้องหาแนวทางในการป้องกัน และจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ได้แก่ การถูกตีตรา (Stigma) การเลือกปฏิบัติ (Discrimination) และความรุนแรง (Violence) ในลักษณะที่หลากหลายซึ่งมีต่อบุคคลอันเป็นผลมาจากการใช้กรอบจารีตหรือบรรทัดฐานเรื่องเพศ และรวมถึงกฎหมายต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อความรุนแรง ซึ่งจำเป็นต้องให้เกิดความเป็นธรรม และคุ้มครองศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์อย่างเท่าเทียม

แบบฝึกหัดประจำบทเรียน

คำถาม :

สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์คืออะไร ประกอบด้วยอะไรบ้าง และมีความสำคัญอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

แนวทางการตอบ:

สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ (Reproductive Rights) เป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานที่บุคคลควรได้รับ สิทธิในการควบคุมการอนามัยเจริญพันธุ์ของตนเอง มีอิสระในการตัดสินใจและรับผิดชอบเกี่ยวกับการอนามัยเจริญพันธุ์ของตนเองโดยไม่ถูกบังคับหรือเลือกปฏิบัติ ซึ่งสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับการอนามัยเจริญพันธุ์เพื่อให้มีสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ไว้ประกอบด้วย สิทธิในชีวิต สิทธิในเสรีภาพและความปลอดภัยของบุคคล สิทธิในความเสมอภาคและไม่ถูกปฏิบัติในทุกรูปแบบ สิทธิในความเป็นส่วนตัว สิทธิในเสรีภาพแห่งความคิด สิทธิในการได้รับข้อมูลข่าวสารและการศึกษา สิทธิในการเลือกสมรส สิทธิในการตัดสินใจเรื่องบุตร สิทธิในการดูแลและป้องกันสุขภาพ สิทธิในการได้รับประโยชน์จากความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ สิทธิในเสรีภาพของการชุมนุมและการมีส่วนร่วมทางการเมือง และสิทธิในความปลอดภัยจากการทารุณกรรมและการปฏิบัติมิชอบ

การละเมิดสิทธิการเจริญพันธุ์มีเพิ่มมากขึ้นในหลายประเทศเนื่องจากการปกป้องและการคำนึงถึงสุขภาพและสิทธิทางเพศของประชาชนทุกกลุ่มทางสังคมยังมีไม่เพียงพอ โดยพบการละเมิดที่มีความรุนแรงมากขึ้นโดยเฉพาะที่เกิดกับผู้หญิงซึ่งไม่มีอำนาจและถูกเลือกปฏิบัติเนื่องมาจากกฎหมาย นโยบาย และการปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรม ดังนั้นสิทธิในการกำหนดการเจริญพันธุ์จึงมีความสำคัญที่จะต้องได้รับการสนับสนุนอย่างเต็มที่

บรรณานุกรม

Amnesty International. (2011). *Making the Fair Choice: Key steps to improve maternal health in ASEAN: Briefing to the ASEAN Intergovernmental Commission on Human Rights*. Indonesia, Philippine UNHCR.

Anderson, Barbara A. (2005). *Reproductive health: women and men's shared responsibility*. New York: Sudbury, Mass. Jones and Bartlett.

Anderson, Margaret L. (1993). *Thinking About Women: Sociological Perspectives on Sex and Gender*. 3th edition. New York: Macmillan Publishing Company.

Asian-Pacific Resource & Research Centre for Women. (2007). Women, Gender and Rights Perspective in Health Policies and Programmes. *Arrows for Change*. 13(2). 1-12.

Correa, S.; Petchesky, R. (1994). Reproductive and sexual rights: A feminist perspective. In Sen, G.; Germain, A.; Chen, L.C. (Eds.). *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment and Rights*. Boston, U.S.A.: Harvard University Press.

Miller, Alice M. (2000). Sexual but not reproductive: Exploring the junction and disjunction of sexual and reproductive rights. *Health and Human Rights*. 4(2), 69-109.

Miller, Alice M. (2004). Sexuality, violence against women and human rights: Women make demands and ladies get protection. *Health and Human Rights*. 7(2),17-47.

Misra, G. & Chandiramani, R. (2005). *Sexuality, Gender and Rights: Exploring Theory and Practice in South and Southeast Asia*. London: SAGE Publications.

National Economic and Social Development Board (NESDB) and the United Nations Population Fund. (2011). *Impact of Demographic Change in Thailand*. Thailand: United Nations Population Fund.

Rubin, Gayle. (1999). Thinking sex: Notes for a radical theory of the politics of sexuality. In Parker, R. and Aggleton, P. (Eds.). *Culture, Society and Sexuality*. UK: UCL Press.

Sciortino, R. (2013). Sexual and Reproductive Rights Are Migrants' Rights: Contesting Policies for Low - Skilled Migrants in Southeast Asia. *Arrows for Change*. 19 (1), 5 - 7.

Thanenthiran, S., & Racherla, S. J. (2008). *Reclaiming & Defining Rights: ICPD+15: Status of Sexual and Reproductive Health and Rights in Asia. Asia-Pacific Resource and Research Center for Women*. Malaysia: ARROWs.

UNFPA. (2012). *State of World Population 2012: By Choice, Not By Chance: Family Planning, Human Rights, and Development*. New York: United Nations Population Fund.

Van Esterik, P. (2000). *Materializing Thailand.* New York: Berg.

World Health Organization. (1997). *Monitoring Reproctive Health: Selection a Short List of National and Global Indicators.* Geneva: WHO.

กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ.2553-2557).* นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *ร่างนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2560-2569).* นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

กฤตยา อาชวนิจกล. (2547). *ผู้หญิงในวาทกรรมการเมืองเรื่องเพศและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์.* เชียงใหม่: ศูนย์สตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กาญจนา แก้วเทพ และคณะ. (2548). *ทั้งรัก ทั้งใคร่ ทั้งใช้ความรุนแรงต่อผู้หญิง.* เชียงใหม่: ศูนย์สตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จิตติมา ภาณุเตชะ และคณะ. (2550). *สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ หัวใจสำคัญของสุขภาพผู้หญิง.* กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ.

บุปผา ศิริรัศมี, เบญจา ยอดดำเนิน, เอื้อมพร ทองกระจาย, เรณี อรรฐาเมศร์, อมรา สุนทรธาดา. (ม.ป.ป.). *คู่มือการอบรมเชิงปฏิบัติการโครงการพัฒนา งานวิจัยด้านเพศภาวะ มิติทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์.* นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรศาสตร์และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง. (2556). *ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ ฉบับภาคประชาชน.* กรุงเทพมหานคร: สคส.

มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง. (2557). *สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์.* เอกสารเผยแพร่. กรุงเทพมหานคร: แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส.)

พิษนุ อภิสมาจารโยธิน และสุวรรณี หาญมุสิกวัฒน์กูร บรรณาธิการ : Asian-Pacific Resource & Research Centre for Women. (2550). มุมมองเกี่ยวกับเพศภาวะและสิทธิของผู้หญิงในนโยบายและแผนด้านสุขภาพ. *ARROWs เพื่อการเปลี่ยนแปลง (ฉบับภาษาไทย).* 13(2). 1-20.

สุวรรณา วรคามิน สิริมน วิไลรัตน์ และนงลักษณ์ บุญไทย. (2545). *หลักการกฎหมายอนามัยการเจริญพันธุ์.* แปลจากข้อคิดเห็นของ Melissa Upreti and Julia Zajkowski. New York: The Center for Reproductive Health Law and Policy. นนทบุรี : กองวางแผนครอบครัวและประชากร.

สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ. (2550). *สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ หัวใจสำคัญของสุขภาพผู้หญิง.* กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ และมูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง.

สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ. (2552). *หลักการยอกยาการตา.* ไพศาล ลิขิตปรีชากุล (แปล). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: หจก.ไอเดีย สแควร์. (The ASEAN LGBTIQ Caucus Statement).

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. (ม.ป.ป.). *การให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข.* กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

บทที่ 15
จริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับ
การศึกษาทางด้านการอนามัยเจริญพันธุ์

แนวคิดและวัตถุประสงค์ประจำบทเรียน

สรุปแนวคิด

1.จรรยาบรรณของการศึกษาวิจัยด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ ต้องอยู่บนพื้นฐานของจริยธรรมและหลักวิชาการที่เหมาะสม นักวิจัยต้องซื่อสัตย์และมีคุณธรรมในทางวิชาการและการจัดการ ตระหนักถึงเป้าหมายในการทำงานวิจัย มีพื้นฐานความรู้ในสาขาวิชาการที่ทำวิจัย มีความรับผิดชอบต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัย นักวิจัยต้องเคารพศักดิ์ศรีและสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างในการวิจัย มีอิสระทางความคิดโดยปราศจากอคติในทุกขั้นตอนของการวิจัย นำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในทางที่ควร เคารพความคิดเห็นทางวิชาการของผู้อื่น และมีความรับผิดชอบต่อสังคมทุกระดับ

2.จริยธรรมการศึกษาทางด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ตั้งอยู่บนหลักสำคัญซึ่งเป็นหลักพื้นฐานของการวิจัยโดยเฉพาะเรื่องของ "จริยธรรม" (Ethics) ซึ่งการศึกษาวิจัยที่ส่งผลหรือมีการกระทำต่อบุคคลไม่ว่าจะทางด้านร่างกายหรือจิตใจ โดยรวมถึงเพศภาวะ เพศวิถี และการอนามัยเจริญพันธุ์นั้นจะเกี่ยวข้องกับความอ่อนไหวและความเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูล (Informants) ซึ่งจำเป็นต้องให้ความระมัดระวังและคำนึงถึงจริยธรรมในการวิจัยเป็นอย่างยิ่ง ปัญหาเรื่องจริยธรรมของการวิจัยโดยเฉพาะในด้านการอนามัยเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศมักจะพบได้ในทุกขั้นตอนของการวิจัย ผู้วิจัยจำเป็นต้องปฏิบัติต่อผู้ให้ข้อมูลโดยอยู่บนหลักแห่งศีลธรรมที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยปราศจากการมองข้ามศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และสิทธิมนุษยชนที่รวมถึงความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับ และปราศจากอคติ

3.คุณภาพและคุณค่าของผลงานการศึกษาด้านเพศและอนามัยเจริญพันธุ์จำเป็นต้องประกอบด้วยกรอบทฤษฎีและแนวคิดที่เหมาะสม ระเบียบวิธีวิจัยต้องมีความน่าเชื่อถือ ผลการศึกษาสามารถก่อให้เกิดประโยชน์และปราศจากอคติและต้องคำนึงถึงประเด็นทางด้านจริยธรรม โดยการศึกษาทางด้านเพศและการอนามัยเจริญพันธุ์ควรให้ความสำคัญกับบุคคลทุกเพศและทุกวัยทั้งในวัยเจริญพันธุ์และไม่ใช่วัยเจริญพันธุ์ โดยควรได้รับการสนับสนุนอย่างเท่าเทียม และควรพยายามดำเนินการวิจัยในประเด็นหรือหัวข้อที่เกี่ยวกับความเท่าเทียมและความเป็นธรรม

วัตถุประสงค์

เพื่อให้นิสิตสามารถ

1. เข้าใจจรรยาบรรณที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาทางด้านการอนามัยเจริญพันธุ์
2. เข้าใจจริยธรรมการศึกษาทางด้านการอนามัยเจริญพันธุ์
3. เข้าใจคุณภาพและคุณค่าของผลงานการศึกษาด้านเพศและอนามัยเจริญพันธุ์

เนื้อหาหลัก

เนื้อหาในบทที่ 15 **จริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาทางด้านการอนามัยเจริญพันธุ์** ประกอบด้วย 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 15.1 จรรยาบรรณที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาทางด้านการอนามัยเจริญพันธุ์

ตอนที่ 15.2 จริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาทางด้านการอนามัยเจริญพันธุ์

ตอนที่ 15.3 คุณภาพและคุณค่าของผลงานการศึกษาด้านเพศและอนามัยเจริญพันธุ์

เมื่ออ่านจบบทเรียนแล้วขอให้นิสิตทดลองทำแบบฝึกหัดเพื่อเป็นการทบทวนความรู้

ตอนที่ 15.1 จรรยาบรรณที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาทางด้านการอนามัยเจริญพันธุ์

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติได้กำหนดจรรยาบรรณนักวิจัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นหลักเกณฑ์ควรประพฤติของนักวิจัยในลักษณะของแนวทางเพื่อนำไปสู่การเสริมสร้างจรรยาบรรณในหมู่นักวิจัย โดย "นักวิจัย" หมายถึง ผู้ดำเนินการค้นคว้าหาความรู้อย่างเป็นระบบเพื่อตอบประเด็นที่สงสัยโดยมีระเบียบวิธีอันเป็นที่ยอมรับในแต่ละศาสตร์ที่เกี่ยวข้องซึ่งครอบคลุมทั้งแนวคิด มโนทัศน์ และวิธีการที่ใช้ในการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล "จรรยาบรรณ" หมายถึง หลักความประพฤติอันเหมาะสมแสดงถึงคุณธรรมและจริยธรรมและจริยธรรมในการประกอบอาชีพที่กลุ่มบุคคลแต่ละสาขาวิชาชีพประมวลขึ้นไว้เป็นหลัก เพื่อให้สมาชิกในสาขาอาชีพนั้นๆ ยึดถือปฏิบัติ เพื่อรักษาชื่อเสียงและส่งเสริมเกียรติคุณของสาขาวิชาชีพของตน จรรยาบรรณในการวิจัยจัดเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของระเบียบวิธีวิจัย เนื่องด้วยในกระบวนการค้นคว้าวิจัย นักวิจัยจะต้องเข้าไปเกี่ยวข้องใกล้ชิดกับสิ่งที่ศึกษาไม่ว่าจะเป็นสิ่งมีชีวิตหรือไม่มีชีวิต การวิจัยจึงอาจส่งผลกระทบในทางลบต่อสิ่งที่ศึกษได้ หากผู้วิจัยขาดความรอบคอบ ระมัดระวัง สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติจึงกำหนด และ "จรรยาบรรณนักวิจัย" หมายถึง หลักเกณฑ์ควรประพฤติปฏิบัติของนักวิจัยทั่วไปเพื่อให้การดำเนินงานวิจัยตั้งอยู่บนพื้นฐานของจริยธรรมและหลักวิชาการที่เหมาะสม ตลอดจนประกันมาตรฐานของการศึกษาค้นคว้าให้เป็นไปอย่างสมศักดิ์ศรีและเกียรติภูมิของนักวิจัย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติได้กำหนดจรรยาบรรณนักวิจัยไว้ 9 ประการ โดยมีรายละเอียดที่สำคัญดังนี้

1) นักวิจัยต้องซื่อสัตย์และมีคุณธรรมในทางวิชาการและการจัดการ นักวิจัยต้องมีความซื่อสัตย์ต่อตนเอง ไม่นำผลงานของผู้อื่นมาเป็นของตน ไม่ลอกเลียนงานของผู้อื่น ต้องให้เกียรติ และอ้างถึงบุคคลหรือแหล่งที่มาของข้อมูลที่นำมาใช้ในงานวิจัยต้องซื่อตรงต่อการแสวงหาทุนวิจัย และ มีความเป็นธรรมเกี่ยวกับผลประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย

2) นักวิจัยต้องตระหนักถึงพันธกรณีในการทำงานวิจัยตามข้อตกลงที่ทำไว้กับหน่วยงานที่สนับสนุนการวิจัยและต่อหน่วยงานที่ตนสังกัด นักวิจัยต้องปฏิบัติตามพันธกรณีและข้อตกลงที่ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายยอมรับร่วมกัน อุทิศเวลาทำงานวิจัยให้ได้ผลดีที่สุดและเป็นไปตามกำหนดเวลามีความรับผิดชอบไม่ละทิ้งงานระหว่างดำเนินการ

3) นักวิจัยต้องมีพื้นฐานความรู้ในสาขาวิชาการที่ทำวิจัย นักวิจัยต้องมีพื้นฐานความรู้ในสาขาวิชาการที่ทำวิจัยอย่างเพียงพอ และมีความรู้ความชำนาญ หรือมีประสบการณ์เกี่ยวเนื่องกับเรื่องที่ทำวิจัย เพื่อนำไปสู่งานวิจัยที่มีคุณภาพและเพื่อป้องกันปัญหาการวิเคราะห์ การตีความหรือการสรุปที่ผิดพลาด อันอาจก่อให้เกิดความเสียหายต่องานวิจัย

4) นักวิจัยต้องมีความรับผิดชอบต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัยไม่ว่าจะเป็นสิ่งที่มีชีวิตหรือไม่มีชีวิต นักวิจัยต้องดำเนินการด้วยความรอบคอบ ระมัดระวัง และเที่ยงตรงในการทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคน สัตว์ พืช ศิลปะวัฒนธรรม ทรัพยากร และสิ่งแวดล้อม มีจิตสำนึกและมีปณิธานที่จะอนุรักษ์ศิลปวัฒนธรรม ทรัพยากร และสิ่งแวดล้อม

5) นักวิจัยต้องเคารพศักดิ์ศรีและสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างในการวิจัย นักวิจัยต้องไม่คำนึงถึงผลประโยชน์ทางวิชาการจนละเลยขาดความเคารพในศักดิ์ศรีของเพื่อนมนุษย์ ต้องถือเป็นภาระหน้าที่ที่จะอธิบายจุดมุ่งหมายของการวิจัยแก่บุคคลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยไม่หลอกลวงหรือบีบบังคับ และไม่ละเมิดสิทธิส่วนบุคคล

6) นักวิจัยต้องมีอิสระทางความคิด โดยปราศจากอคติในทุกขั้นตอนของการทำวิจัย นักวิจัยต้องมีอิสระทางความคิด ต้องตระหนักว่าอคติส่วนตน หรือความลำเอียงทางวิชาการ อาจส่งผลให้มีการบิดเบือนข้อมูลและข้อค้นพบทางวิชาการ อันเป็นเหตุให้เกิดผลเสียหายต่องานวิจัย

7) นักวิจัยต้องนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในทางที่ชอบที่ควร นักวิจัยพึงเผยแพร่ผลงานวิจัยเพื่อประโยชน์ทางวิชาการและสังคมไม่ขยายผลข้อค้นพบจนเกินความเป็นจริง และไม่ใช้ผลงานวิจัยไปในทางมิชอบ

8) นักวิจัยต้องเคารพความคิดเห็นทางวิชาการของผู้อื่น มีใจกว้างขวางพร้อมที่จะเปิดเผยข้อมูลและขั้นตอนการวิจัยยอมรับฟังความคิดเห็นและเหตุผลทางวิชาการของผู้อื่น และพร้อมที่จะปรับปรุงแก้ไขงานวิจัยของตนให้ถูกต้อง

9) นักวิจัยต้องมีความรับผิดชอบต่อสังคมทุกระดับ นักวิจัยควรมีจิตสำนึกที่จะอุทิศกำลังสติปัญญาในการทำวิจัย เพื่อความก้าวหน้าทางวิชาการ เพื่อความเจริญและประโยชน์สุขของสังคมและมวลมนุษยชาติ

จรรยาบรรณของนักวิจัยที่ดีนั้นเริ่มตั้งแต่การเลือกเรื่องที่จะทำการวิจัย โดยเรื่องที่จะทำการศึกษาวิจัยนั้นต้องมีประโยชน์ และมีความจำเป็น มีการระบุวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนและเป็นไปได้ มีการออกแบบ (Design) อย่างเหมาะสม ใช้ระเบียบวิธีวิจัย (Methodology) ที่สามารถตอบคำถามการวิจัยได้ และบรรลุถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย นอกจากนี้ จะต้องมีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ที่เพียงพอเหมาะสมในเรื่องที่ทำการวิจัย และการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาต้องมีขนาดหรือจำนวนที่เหมาะสม ซึ่งผู้วิจัยจำเป็นต้องพยายามป้องกันอันตรายและความเสี่ยงหรือผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างด้วย ผู้วัยจำเป็นต้องคำนึงถึงกฎเกณฑ์ของสังคมและวัฒนธรรม ตลอดจนความคาดหวังทางด้านศีลธรรมและกฎหมายของสังคม โดยต้องพิจารณาว่า การวิจัยหรือการดำเนินการที่ขัดแย้งต่อกฎเกณฑ์ทางสังคม และหลักแห่งศีลธรรมหรือกฎหมายจะส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ให้ข้อมูลและตัวผู้วิจัย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องหาทางในการแก้ไขหรือควบคุมให้อยู่ในจรรยาบรรณที่เหมาะสมของนักวิจัยตลอดกระบวนการ โดยเฉพาะการศึกษาวิจัยทางด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ที่มีความเกี่ยวข้องกับเรื่องของความเป็นส่วนตัวในเรื่องเพศ เพศวิถี และสุขภาพทางเพศ ตลอดจนศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ที่ไม่สามารถมองข้ามได้

จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า จรรยาบรรณของการศึกษาด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ต้องอยู่บนพื้นฐานของจริยธรรมและหลักวิชาการที่เหมาะสม นักวิจัยต้องซื่อสัตย์และมีคุณธรรมในทางวิชาการและการจัดการ ตระหนักถึงเป้าหมายในการทำงานวิจัย มีพื้นฐานความรู้ในสาขาวิชาการที่ทำวิจัย มีความรับผิดชอบต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัย นักวิจัยต้องเคารพศักดิ์ศรีและสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างในการวิจัย มีอิสระทางความคิดโดยปราศจากอคติในทุกขั้นตอนของการวิจัย นำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในทางที่ควร เคารพความคิดเห็นทางวิชาการของผู้อื่น และมีความรับผิดชอบต่อสังคมทุกระดับ

ตอนที่ 15.2 จริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาทางด้านการอนามัยเจริญพันธุ์

จริยธรรมเป็นเรื่องที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างมากสำหรับนักวิจัยทุกคน โดยถือว่าเป็นหลักการสำคัญที่ผู้วิจัยต้องยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติโดยคำนึงถึงการเคารพซึ่งสิทธิและไม่ล่วงละเมิดใดๆ ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติได้เสนอแนวปฏิบัติเรื่องจริยธรรมการวิจัยในคน โดยประยุกต์บางส่วนจากแนวทางจริยธรรมการทำวิจัยในคนในประเทศไทย พุทธศักราช 2550 ของชมรมจริยธรรมการทำวิจัยในคนในประเทศไทย (Forum for Ethical Review Committee in Thailand หรือ FERCIT) หลักจริยธรรมสากล และรายงานโครงการส่งเสริมพัฒนามาตรฐานด้านจริยธรรมการวิจัยในคนโดยสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ โดยนิยาม "จริยธรรม" หมายถึง หลักปฏิบัติอันเหมาะสมเป็นที่ยอมรับในกลุ่มบุคคลหรือสังคมให้ยึดถือปฏิบัติสอดคล้องกับหลักสากล และไม่ขัดต่อวัฒนธรรม ประเพณีของท้องถิ่นและ "การทำวิจัยในคน" หมายถึง กระบวนการศึกษาที่เป็นระบบเพื่อให้ได้มาซึ่งความรู้ทางด้านสุขภาพหรือวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ได้กระทำต่อร่างกายหรือจิตใจของอาสาสมัครในการวิจัย หรือที่ได้กระทำต่อเซลล์ ส่วนประกอบของเซลล์ วัสดุสิ่งส่งตรวจ เนื้อเยื่อ น้ำคัดหลั่ง สารพันธุกรรม เวชระเบียน หรือข้อมูลด้านสุขภาพของอาสาสมัครในการวิจัย และให้หมายความรวมถึงการศึกษาทางสังคมศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ที่เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งหลักการของจริยธรรมการวิจัยในคนประกอบด้วยหลัก 3 ประการ ได้แก่ หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) หลักคุณประโยชน์ไม่ก่ออันตราย (Beneficence) และหลักความยุติธรรม (Justice) มีรายละเอียดสำคัญดังนี้

1) หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) คือการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Respect for Human Dignity) ซึ่งเป็นหลักสาคัญของจริยธรรมการทำวิจัยในคน ได้แก่

1.1 เคารพในการขอความยินยอมโดยให้ข้อมูลอย่างครบถ้วน และให้อาสาสมัครตัดสินใจอย่างอิสระ (Decision Making) ปราศจากการข่มขู่บังคับหรือให้สินจ้างรางวัล (Free and Informed Consent)

1.2 เคารพในความเป็นส่วนตัว (Privacy) ของอาสาสมัครซึ่งหมายความถึงตัวบุคคล (Person) ความเป็นส่วนตัว สิทธิส่วนบุคคล พฤติกรรมส่วนตัว พฤติกรรมปกปิด การเคารพในความเป็นส่วนตัวของอาสาสมัครทำโดยจัดสถานที่ในการขอความยินยอมและการซักประวัติตรวจร่างกาย การไม่มีป้ายระบุชื่อคลินิก เช่น คลินิกโรคเอดส์ หรือ คลินิกยาเสพติด เป็นต้น

1.3 เคารพในการเก็บรักษาความลับของข้อมูลส่วนตัว (Confidentiality) ของอาสาสมัคร ซึ่งหมายความถึงข้อมูล (Data) เป็นวิธีการรักษาความลับของข้อมูลส่วนตัวของอาสาสมัคร โดยมีข้อจำกัด ข้อมูลเหล่านั้นได้แก่แบบบันทึกข้อมูล (Case Report Form) ใบยินยอม (Consent Form) การบันทึกเสียง (Tape) หรือภาพ (Video and Photo) มาตรการรักษาความลับ ได้แก่ ใช้รหัส เก็บในตู้มีกุญแจล็อค (Locked Cabinet) เก็บในคอมพิวเตอร์ (Computer) ที่มีรหัสผ่าน (Password) ข้อมูลส่งทางอิเล็คโทรนิกส์เมล (e-mail) มีการทำให้เป็นรหัส (Encrypted)

1.4 เคารพในความเป็นผู้อ่อนด้อย เปราะบาง (Respect for Vulnerable Persons) ซึ่งหมายความถึงบุคคลที่ไม่สามารถปกป้องตัวเองได้อย่างเต็มที่ ไม่สามารถทำความเข้าใจกับข้อมูลเกี่ยวกับการ

วิจัยที่ได้รับไม่สามารถตัดสินใจได้โดยอิสระ ได้แก่ ผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาหรือทางจิต ผู้ป่วยโรคเอดส์ (HIV/AIDS) ผู้ป่วยหมดสติ (Comatose) ผู้ป่วยพิการ (Handicapped) นักโทษ (Prisoners) นักเรียน นิสิต นักศึกษา (Students) ทหาร (Soldiers) กลุ่มคนที่มีพลังอำนาจน้อย (Marginalized People) ผู้อพยพ (Immigrants) ชนกลุ่มน้อย (Ethnic Minority) กลุ่มคนรักเพศเดียวกัน (Homosexuality) กลุ่มเปราะบางทางสังคม (Socially Vulnerable) ได้แก่ ผู้ให้บริการทางเพศ (Sex Workers) ผู้ติดยาเสพติด (Drug Addicts) การทำวิจัยในกลุ่มนี้ต้องมีเหตุผลสมควร (Justification) ต้องขออนุญาตและมีลายเซ็นของผู้แทนที่ชอบด้วยกฎหมายและมีการขออนุญาตบุคคลผู้นั้นด้วย การทำวิจัยในเด็กไม่สมควรทำการศึกษาในสถานเลี้ยงเด็กกำพร้า ยกเว้นอาสาสมัครเด็กกำพร้าอาจจะได้รับประโยชน์โดยตรง หรือผลการวิจัยอาจจะเกิดประโยชน์ต่อกลุ่มเด็กกำพร้าคนอื่นๆ และอนุโลมให้ผู้ดูแลเด็กในสถานเลี้ยงเด็กกำพร้าเป็นผู้ให้ความยินยอม การติดต่อครั้งแรก (Initial Contact) และกระบวนการต่อเนื่องไปตลอดระยะเวลาการศึกษาวิจัยประกอบด้วยองค์ประกอบ ได้แก่ การให้ข้อมูลครบถ้วนไม่ปิดบัง (Information) ผู้รับข้อมูลมีความเข้าใจอย่างถ่องแท้ (Comprehension) และตัดสินใจโดยอิสระ (Voluntariness) โดยปราศจากการขู่บังคับ (Free of Coercion) การชักจูงเกินเหตุ (Undue Inducement) และแรงกดดัน (Unjustifiable Pressure)

2) **หลักคุณประโยชน์ไม่ก่ออันตราย (Beneficence)** โดยประเมินความเสี่ยงหรืออันตรายที่อาจเกิดจากการวิจัย ได้แก่ อันตรายต่อร่างกาย (Physical Harm) อันตรายต่อจิตใจ (Psychological Harm) อันตรายต่อสถานะทางสังคมและฐานะการเงิน (Social and Economic Harms) และอันตรายทางกฎหมาย และรวมถึงการประเมินการได้ซึ่งคุณประโยชน์ (Benefit) ได้แก่ ประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับโดยตรง ประโยชน์ที่ผู้อื่นจะได้รับจากผลการศึกษา ประโยชน์ต่อสังคม และประโยชน์ต่อชุมชนที่อาสาสมัครอยู่ โดยการให้คุณประโยชน์ (Benefits) อาจมีหลายรูปแบบ ได้แก่ ประโยชน์ทางร่างกาย (Physical Benefits) เช่น อาการของโรคดีขึ้น (Improvement of Disease) ประโยชน์ทางด้านจิตใจ (Psychological Benefits) เช่น รู้สึกสบายขึ้นจากความทุกข์ทรมาน (Comfort from Suffering) รู้สึกว่าได้ช่วยผู้อื่นในอนาคต (Feeling of Helping Others in the Future) ประโยชน์ทางด้านเศรษฐานะ (Economic Benefits) เช่น ได้รับเงินจากการเข้าร่วมในการวิจัย (Financial Benefits Related to Research Participation) และประโยชน์ต่อสังคม (Benefit to Society) เช่น ได้ความรู้ที่นำไปใช้ได้ (Generalizable Knowledge) ลดความพิการและลดอัตราตาย (Decreasing Morbidity and Mortality) ได้ ทั้งนี้การชั่งน้ำหนักระหว่างประโยชน์และความเสี่ยงนั้นผู้วิจัยต้องลดความเสี่ยงให้น้อยที่สุด และเพิ่มคุณประโยชน์มากที่สุด

3) **หลักความยุติธรรม (Justice)** โดยการเลือกอาสาสมัคร (Selection of Subjects) ต้องมีเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกชัดเจน ปราศจากอคติ (Bias) และใช้วิธีการสุ่มเข้ากลุ่มศึกษา (randomization)

จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า หลักสำคัญซึ่งเป็นหลักพื้นฐานของการศึกษาวิจัยด้านอนามัยเจริญพันธุ์คือเรื่องจริยธรรม (Ethics) โดยการศึกษาวิจัยที่ส่งผลหรือมีการกระทำต่อบุคคลไม่ว่าจะด้านร่างกายหรือจิตใจโดยรวมถึงเพศภาวะ เพศวิถี และการอนามัยเจริญพันธุ์นั้นจะเกี่ยวข้องกับความอ่อนไหวและความเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งจำเป็นต้องให้ความระมัดระวังและคำนึงถึงจริยธรรมในการวิจัยเป็นอย่างยิ่ง

ตอนที่ 15.3 คุณภาพและคุณค่าของผลงานการศึกษาด้านเพศและการอนามัยเจริญพันธุ์

ศูนย์การวิจัยและข้อมูลสตรีในเอเชียแปซิฟิก (Asian-Pacific Resource & Research Centre for Women หรือ ARROWs) ได้เสนอแนวคิดในการประเมินคุณภาพและคุณค่าของผลงานการศึกษาด้านเพศและการอนามัยเจริญพันธุ์ โดยมุ่งเน้นงานวิจัยด้านเพศวิถีซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

1) ลักษณะของกรอบทฤษฎีและแนวคิด

กรอบทฤษฎีและแนวคิดในการวิจัยหรือการศึกษาทางด้านเพศและการอนามัยเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมควรมองว่าเพศวิถีนั้นไม่อาจถูกลดทอนให้เหลือเพียงแค่เรื่องทางชีววิทยา แต่ต้องพยายามค้นหาแง่มุมอื่นๆ นอกเหนือจากมุมมองทางด้านพฤติกรรม ได้แก่ ความปรารถนา จินตนาการทางเพศ ความสุข และอารมณ์เพศ เป็นต้น โดยตั้งอยู่บนฐานความคิดของหลักการที่ว่าด้วยศักดิ์ศรีทางร่างกาย ความเป็นบุคคล ความเท่าเทียม และการเคารพในความหลากหลาย และเรียกร้องให้ถือสิทธิทางเพศเป็นสิทธิมนุษยชน

ในการกำหนดสมมติฐานของการศึกษาทางด้านเพศและการอนามัยเจริญพันธุ์ ซึ่งไม่ควรตัดสินให้เป็นความ "ปกต" และ "ดี" หรือ "ไม่ปกติ" และ "ไม่ดี" และไม่ควรใช้ภาษาที่ตอกย้ำหรือผลิตซ้ำอคติที่มีต่อบุคคลและเพศสัมพันธ์ในลักษณะของการตีตราโดยเฉพาะบทบาททางเพศแบบสองมาตรฐาน เช่น เพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงานของผู้ชายถูกมองว่าเป็น "ประสบการณ์ทางเพศก่อนการแต่งงาน หรือการเป็นผู้ชายเต็มตัว" ส่วนผู้หญิงถูกมองว่าเป็น "การสูญเสียพรหมจรรย์ หรือเสียตัว" เป็นต้น

แนวคิดของการศึกษาทางด้านเพศและการอนามัยเจริญพันธุ์ควรตระหนักว่า "เพศวิถีถูกประกอบสร้างทางสังคมและเชื่อมโยงกับมิติเรื่องอำนาจและเพศภาวะ" โดยควรพิจารณาถึงความเฉพาะเจาะจงของบริบททางสังคมและวัฒนธรรม รวมถึงนัยยะของความหลากหลายทางเพศแบบข้ามวัฒนธรรม ชาติพันธุ์ เชื้อชาติ ชนชั้น อายะ และตัวแปรอื่นๆ ทางสังคม จึงไม่ควรมองว่าเพศวิถีถูกกำหนดโดยหลักการเชิงเหตุผลที่มีลักษณะเชิงระนาบ (Planar) ที่มีลักษณะเป็นเหตุและผลโดยตรง แต่ควรมองว่าแบบแผนการปฏิบัติและธรรมเนียมดั้งเดิมมีพัฒนาการในเชิงประวัติศาสตร์และมีอิทธิพลต่อการประกอบสร้างเพศวิถี

นอกจากนี้กรอบความคิดของการศึกษาทางด้านเพศและการอนามัยเจริญพันธุ์ควรให้ความสำคัญกับบุคคลทุกเพศและทุกวัยทั้งในวัยเจริญพันธุ์และไม่ใช่วัยเจริญพันธุ์ โดยควรได้รับการสนับสนุนอย่างเท่าเทียม และควรพยายามดำเนินการวิจัยในประเด็นหรือหัวข้อที่เกี่ยวกับความเท่าเทียมและเป็นธรรม

2) ความเหมาะสมของระเบียบวิธีการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัยหรือการศึกษาทางด้านเพศและการอนามัยเจริญพันธุ์ควรใช้วิธีการที่เหมาะสมในการหาคำตอบของคำถามการวิจัย และควรใช้วิธีการอันหลากหลายเพื่อแก้ปัญหาเรื่องอคติที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละกระบวนการ โดยเฉพาะในขั้นตอนการเขียนบันทึกเกี่ยวกับเรื่องเพศ หรือการสังเกตการณ์ในสถานที่ที่มีปฏิสัมพันธ์ทางเพศเกิดขึ้น และการสัมภาษณ์ต่างๆ นอกจากนี้ผู้ทำการวิจัยหรือผู้ศึกษาต้องระบุถึงข้อจำกัดของระเบียบวิธีวิจัยและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไว้ให้ชัดเจน และจำเป็นต้องแสดงให้เห็นว่าบริบทในการวิจัยนั้นมีอิทธิพลต่อการตอบคำถามของผู้ให้ข้อมูล (Informants) อย่างไร และที่สำคัญควรตระหนักว่าผู้วิจัยก็มีส่วนใน

การสร้างความหมายในทั้งกระบวนการวิจัยในลักษณะของการสะท้อนภาพ (Reflexivity) ของปรากฏการณ์หรือความจริงที่ได้จากการศึกษาวิจัย

การกำหนดทีมวิจัย และผู้สังเกตการณ์ภาคสนามควรแสดงจุดยืนและเพศวิถีของนักวิจัยให้ชัดเจน และมีการบรรยายคุณลักษณะของตัวอย่างในการศึกษาและเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ผู้เข้าร่วมเป็นกรณีศึกษาให้ชัดเจนด้วย และจำเป็นต้องขจัดความต่างในด้านความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลและเปิดโอกาสให้ผู้ที่ไม่มีสิทธิ์มีเสียงได้แสดงความคิดเห็น ซึ่งสิ่งสำคัญคือนักวิจัยควรจะมีวิถีทางเพศแบบเดียวกับผู้ให้ข้อมูลรวมถึงรู้สึกเหมือนตนเองเป็นคนใน (Emic) เพื่อปรับให้ทั้งสองฝ่ายสามารถเข้ากันได้ดีมากขึ้น (Intersubjectivity) อันจะส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัย นอกจากนี้ การใช้ภาษาในการนำเสนอข้อมูลควรใช้การถอดคำ แปลคำ และตรวจทานความถูกต้อง เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือและความแม่นยำของข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาวิจัยอย่างแท้จริง

3) คุณภาพของผลการศึกษาหรือข้อค้นพบ

คุณภาพของผลการศึกษาหรือข้อค้นพบจากการวิจัยหรือศึกษาทางด้านเพศและการอนามัยเจริญพันธุ์ควรเป็นการเพิ่มคุณค่าให้กับการรับรู้เรื่องเพศวิถีในเชิงบวก และอ้างอิงถึงสิ่งที่ขัดแย้งจากผลการวิจัยอื่นๆ โดยบรรยายให้เห็นนัยยะของการนำไปใช้กำหนดนโยบาย หรือโครงการที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้

นอกจากนี้ ควรมีการนำเสนอคำศัพท์บัญญัติ ข้อความ สำนวน และภาษาท้องถิ่น เพื่อนำเสนอให้สิ่งที่ค้นพบหรือผลการศึกษามีความ "เป็นจริง" มากขึ้น และสะท้อนให้เห็นถึงความอ่อนไหวและความหลากหลายทางวัฒนธรรม เพราะไม่อาจเข้าใจหรือตีความผลการศึกษาได้อย่างครบถ้วน หากไม่สามารถเข้าถึงบริบทในลักษณะของคนใน (Emic View) ของวัฒนธรรมนั้นๆ

4) มาตรฐานของประเด็นทางด้านจริยธรรม

มาตรฐานในประเด็นด้านจริยธรรมของการวิจัยหรือศึกษาทางด้านเพศและการอนามัยเจริญพันธุ์ต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของการได้รับการยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล และจำเป็นต้องสร้างความมั่นใจแก่ผู้ให้ข้อมูลในเรื่องของการรักษาข้อมูลเป็นความลับ (Confidentiality) และคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว (Privacy) ตลอดจนไม่ให้สัญญาหลอกๆ กับผู้ให้ข้อมูล และอาจจมีการตอบแทนในลักษณะของผลประโยชน์ และการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน (Benefit and Reciprocity)

ในกระบวนการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยจำเป็นต้องชี้แจงวัตถุประสงค์อย่างครบถ้วนของการศึกษาวิจัยและต้องได้รับความยินยอมหรือได้รับอนุญาตในการเก็บข้อมูลโดยอาจใช้แบบฟอร์มการลงนามยินยอมของผู้ให้ข้อมูลอย่างเป็นทางการ ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิที่จะไม่ตอบ ไม่ให้ข้อมูล หรือหยุดการให้ข้อมูลได้ตลอดกระบวนการตามที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการ นอกจากนี้การนำเสนอผลการศึกษาวิจัยจะต้องมีวัตถุประสงค์เฉพาะทางวิชาการและชื่อ ภาพ หรือข้อมูลบ่งชี้ตัวผู้วิจัยจะต้องถูกคุ้มครองและรักษาความลับโดยไม่ถูกนำเสนอ

จากแนวคิดข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า คุณภาพและคุณค่าของผลงานการศึกษาด้านเพศและการอนามัยเจริญพันธุ์จำเป็นต้องประกอบด้วยกรอบทฤษฎีและแนวคิดที่เหมาะสม ระเบียบวิธีวิจัยต้องมีความน่าเชื่อถือ ผลการศึกษาสามารถก่อให้เกิดประโยชน์และปราศจากอคติและต้องคำนึงถึงประเด็นทางด้านจริยธรรม

แบบฝึกหัดประจำบทเรียน

คำถาม :

จงอธิบายประเด็นสำคัญของจริยธรรมการศึกษาทางด้านการอนามัยเจริญพันธุ์

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

แนวทางการตอบ:

จรรยาบรรณของการศึกษาวิจัยด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ ต้องอยู่บนพื้นฐานของจริยธรรมและหลักวิชาการที่เหมาะสม นักวิจัยต้องซื่อสัตย์และมีคุณธรรมในทางวิชาการและมีพื้นฐานความรู้ในสาขาวิชาการที่ทำวิจัยมีความรับผิดชอบต่อสิ่งที่ศึกษาวิจัย นักวิจัยต้องเคารพศักดิ์ศรีและสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นตัวอย่างในการวิจัย มีอิสระทางความคิดโดยปราศจากอคติในทุกขั้นตอนของการวิจัย นำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในทางที่ควร เคารพความคิดเห็นทางวิชาการของผู้อื่น และมีความรับผิดชอบต่อสังคมทุกระดับ

จริยธรรมการศึกษาทางด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ตั้งอยู่บนหลักสำคัญซึ่งเป็นหลักพื้นฐานของการวิจัยซึ่งการศึกษาวิจัยที่ส่งผลหรือมีการกระทำต่อบุคคลไม่ว่าจะทางด้านร่างกายหรือจิตใจ โดยรวมถึงเพศภาวะ เพศวิถี และการอนามัยเจริญพันธุ์นั้นจะเกี่ยวข้องกับความอ่อนไหวและ ความเป็นส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งจำเป็นต้องให้ความระมัดระวังและคำนึงถึงจริยธรรมในการวิจัยเป็นอย่างยิ่ง นอกจากนี้ คุณภาพและคุณค่าของผลการศึกษาด้านการอนามัยเจริญพันธุ์จำเป็นต้องประกอบด้วยกรอบทฤษฎีและแนวคิดที่เหมาะสม ระเบียบวิธีวิจัยต้องมีความน่าเชื่อถือ ผลการศึกษาสามารถก่อให้เกิดประโยชน์และปราศจากอคติ และคำนึงถึงประเด็นทางด้านจริยธรรม โดยการศึกษาทางด้านเพศและการอนามัยเจริญพันธุ์ควรให้ความสำคัญกับบุคคลทุกเพศและทุกวัย และควรพยายามดำเนินการวิจัยในประเด็นหรือหัวข้อที่เกี่ยวกับความเท่าเทียมและความเป็นธรรม

บรรณานุกรม

Amnesty International. (2011). *Making the Fair Choice: Key steps to improve maternal health in ASEAN: Briefing to the ASEAN Intergovernmental Commission on Human Rights*. Indonesia, Philippine UNHCR.

Anderson, Barbara A. (2005). *Reproductive health: women and men's shared responsibility*. New York: Sudbury, Mass. Jones and Bartlett.

Asian-Pacific Resource & Research Centre for Women. (2007). Women, Gender and Rights Perspective in Health Policies and Programmes. *Arrows for Change*. 13(2). 1-12.

Chandiramani, Radhika. (2007). Why affirm sexuality? *Arrows for Change*. 13(1), 1-2.

National Economic and Social Development Board (NESDB) and the United Nations Population Fund. (2011). *Impact of Demographic Change in Thailand*. Thailand: United Nations Population Fund.

Radhika Chandiramani, Shagufa Kapadia, Renu Khanna and Geetanjali Misra. (2000). *Sexuality and Sexual Behaviour: A Critical Review of Selected Studies*. New Delhi, India: CREA.

Sciortino, R. (2013). Sexual and Reproductive Rights Are Migrants' Rights: Contesting Policies for Low - Skilled Migrants in Southeast Asia. *Asian - Pacific Resource & Research Centre for Women. Arrows for Change*. 19 (1), 5 - 7.

Thanenthiran, S., & Racherla, S. J. (2008). *Reclaiming & Defining Rights: ICPD+15: Status of Sexual and Reproductive Health and Rights in Asia. Asia-Pacific Resource and Research Center for Women*. Malaysia: Asian-Pacific Resource & Research Centre for Women (ARROWs).

UNFPA. (2012). *State of World Population 2012: By Choice, Not By Chance: Family Planning, Human Rights, and Development*. New York: United Nations Population Fund.

Van Esterik, P. (2000). *Materializing Thailand*. New York: Berg.

กฤตยา อาชวนิจกล. (2547). *ผู้หญิงในวาทกรรมการเมืองเรื่องเพศและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์*. เชียงใหม่: ศูนย์สตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กองบริหารงานวิจัย สำนักงานอธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์. (2541). *การวิจัยที่มีการทดลองในมนุษย์*. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.

กาญจนา แก้วเทพ และคณะ. (2548). *ทั้งรัก ทั้งใคร่ ทั้งใช้ความรุนแรงต่อผู้หญิง*. เชียงใหม่: ศูนย์สตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จิตติมา ภาณุเตชะ และคณะ. (2550). *สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ หัวใจสำคัญของสุขภาพผู้หญิง*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ.

จันทร์จิรา บุญประเสริฐ. (2554). *ชีวิตที่ถูกละเมิด เรื่องเล่ากระเทย ทอม ดี้ หญิงรักหญิง ชายรักชาย และกฎหมายสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศ.* กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิธีรนาถกาญจนอักษร.

บุปผา ศิริรัศมี, เบญจา ยอดดำเนิน, เอื้อมพร ทองกระจาย, เรณี อรรฐาเมศร์, อมรา สุนทรธาดา. (ม.ป.ป.). *คู่มือการอบรมเชิงปฏิบัติการโครงการพัฒนา งานวิจัยด้านเพศภาวะ มิติทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์.* นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรศาสตร์และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

บุปผา ศิริรัศมี, จรรยา เศรษฐบุตร, เบญจา ยอดดำเนิน. (2544). *จริยธรรมสำหรับการศึกษาวิจัยในคน.* นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรศาสตร์และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

เบญจา ยอดดำเนิน, บุปผา ศิริรัศมี, วาทินี บุญชะลักษี. *การศึกษาเชิงคุณภาพ : เทคนิคการวิจัยภาคสนาม.* นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรศาสตร์และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง. (2556). *ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ ฉบับภาคประชาชน.* กรุงเทพมหานคร: สคส.

มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง. (2557). *สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์.* เอกสารเผยแพร่. กรุงเทพมหานคร: แผนงานสร้างเสริมสุขภาวะทางเพศ มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส.)

พิมพวัลย์ บุญมงคล. (2550). ข้อมูลจากการติดต่อโดยตรงของผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดทำวารสาร Asian-Pacific Resource & Research Centre for Women. (2550). มุมมองเกี่ยวกับเพศภาวะและสิทธิของผู้หญิงในนโยบายและแผนด้านสุขภาพ. *ARROWs เพื่อการเปลี่ยนแปลง (ฉบับภาษาไทย).* 13(2).1-20.

พิษนุ อภิสมาจารโยธิน และสุวรรณี หาญมุสิกวัฒน์กูร บรรณาธิการ : Asian-Pacific Resource & Research Centre for Women. (2550). มุมมองเกี่ยวกับเพศภาวะและสิทธิของผู้หญิงในนโยบายและแผนด้านสุขภาพ. *ARROWs เพื่อการเปลี่ยนแปลง (ฉบับภาษาไทย).* 13(2). 1-20.

สุวรรณา วรคามิน สิริมน วิไลรัตน์ และนงลักษณ์ บุญไทย. (2545). *หลักการกฎหมายอนามัยการเจริญพันธุ์.* แปลจากข้อคิดเห็นของ Melissa Upreti and Julia Zajkowski. New York: The Center for Reproductive Health Law and Policy. นนทบุรี : กองวางแผนครอบครัวและประชากร.

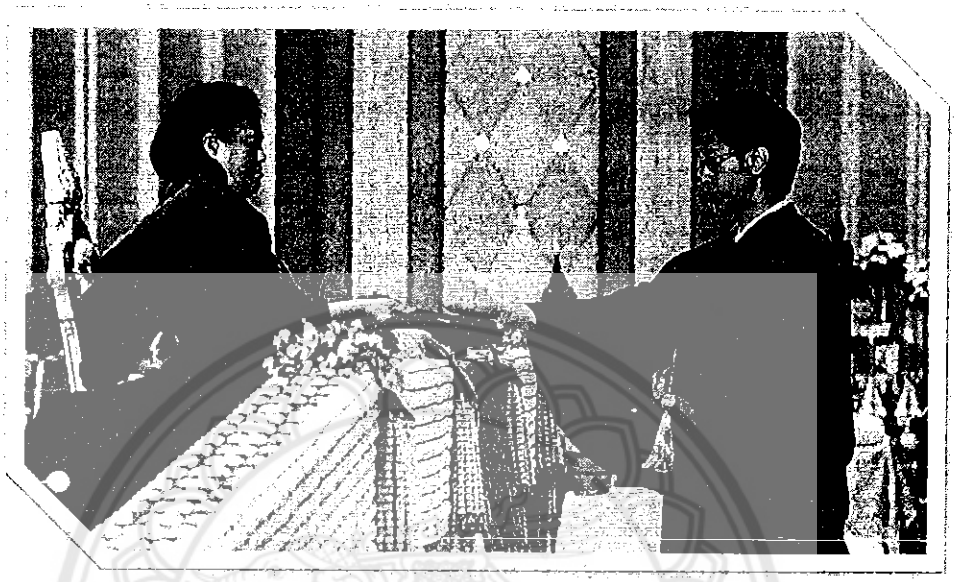
สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. (2558). *จริยธรรมการวิจัยใจคน และจรรยาบรรณนักวิจัย* (ภาคผนวกในเอกสาร ประกอบเพื่อการเสนอขอรับทุนอุดหนุนการวิจัย มก. ประจำปี 2558). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ. (2550). *สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ หัวใจสำคัญของสุขภาพผู้หญิง.* กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ และมูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง.

สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ. (2552). *หลักการยอกยาการตา.* ไพศาล ลิขิตปรีชากุล (แปล). กรุงเทพมหานคร: หจก.ไอเดีย สแควร์. (The ASEAN LGBTIQ Caucus Statement:www.ilga.org).

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. (ม.ป.ป.). *การให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข.* กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

ประวัติผู้จัดทำ



1. ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ชื่อ อาจารย์ ดร.พิษนุ นามสกุล อภิสมาจารโยธิน

NAME Dr.Phitsanu Aphisamacharayothin

1.2 วัน เดือน ปีเกิด วันพุธ (กลางคืน) ที่ 23 เมษายน พ.ศ.2523

1.3 เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ

1.4 สถานที่เกิด (จังหวัด) นครปฐม

1.5 ที่อยู่ปัจจุบัน ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

Email Address: phitsanua@nu.ac.th

1.6 ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพครู เลขที่ 58309001437612

1.7 สมาชิกตลอดชีพสมาคมสหกิจศึกษาไทย เลขที่ สสศท.002425

1.8 สมาชิกตลอดชีพสมาคมวิชาชีพสาธารณสุข เลขที่ 583310126

2. ประวัติการศึกษา

2.1 คุณวุฒิ ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข

สถานศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล **(ทุนเฉลิมพระเกียรติ 60 ปี ครองราชสมบัติ)**

2.2 คุณวุฒิ ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนศึกษา

สถานศึกษา มหาวิทยาลัยศิลปากร **(โล่ห์รางวัลผลการเรียนยอดเยี่ยม)**

2.3 คุณวุฒิ สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์
สถานศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

2.4 คุณวุฒิ นิเทศศาสตรบัณฑิต สาขานิเทศศาสตร์ศาสตร์
สถานศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

2.5 อื่นๆ English for International Communication (66 credits) มหาวิทยาลัยเซ็นต์จอห์น
และ Medical Terminology และ Human Anatomy (หลักสูตรแพทย์ศาสตรบัณฑิต)
คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัย X'ian Jiaotong University สาธารณรัฐประชาชนจีน

3. ประวัติการทำงาน

สถานที่ทำงาน/โทรศัพท์	ตำแหน่ง	ระยะเวลา
คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร	อาจารย์ประจำภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา	2558-ปัจจุบัน
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา	รองอธิการบดี และ คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์	2557-2558
มหาวิทยาลัยคริสเตียน	อาจารย์ประจำ และหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนานักศึกษาหลักสูตรนานาชาติฯ	2551-2555
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	นักวิชาการศึกษา	2546-2548 และ 2549-2551
โรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศิลปากร คณะศึกษาศาสตร์	นักวิชาการศึกษา	2548-2549

4. ผลงานทางวิชาการและอื่นๆ

4.1 ผลงานวิชาการ

1) บรรณาธิการวารสาร ARROWs เพื่อการเปลี่ยนแปลง Vol.13, No.2, 2550 (ฉบับภาษาไทย) "มุมมองเกี่ยวกับเพศภาวะและสิทธิของผู้หญิงในนโยบายและแผนด้านสุขภาพ" ซึ่งจัดทำโดย Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women; ARROWs), Malaysia
2) บทความวิชาการเรื่อง "การแพทย์แบบผสมผสานสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง" ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการเฉลิมกาญจนา ฉบับที่ 1 เล่ม 1 ปี 2557
3) บทความวิชาการเรื่อง "อัตลักษณ์ทางเพศของวัยรุ่นไทยในอินเทอร์เน็ต" ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการเฉลิมกาญจนา ฉบับที่ 1 เล่ม 2 ปี 2557
4) บทความปริทัศน์เรื่อง "ข่มขืน: ความรุนแรงทางเพศ" ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการเฉลิมกาญจนา ฉบับที่ 2 เล่ม 1 ปี 2558
5) บทความวิชาการเรื่อง "การสื่อสารสุขภาพในภาวะวิกฤต" ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการเฉลิมกาญจนา ฉบับที่ 2 เล่ม 2 ปี 2558 เป็นต้น

4.2 ตำราและเอกสารการสอน

1) พิษวิทยา

2) พิษวิทยาอาชีวอนามัย

3) ศัพท์เทคนิคในทางการแพทย์สำหรับนักศึกษาหลักสูตรนานาชาติ

4) กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยามนุษย์

5) Introduction to Communication (หลักสูตรนานาชาติ)

6) Business Research (หลักสูตรนานาชาติ)

7) ประชากรและการอนามัยเจริญพันธุ์ เป็นต้น

4.3 ผลงานวิจัย

1) การศึกษาผลการดำเนินงานด้านการพัฒนาจิต คุณธรรม และจริยธรรมของนักศึกษาแพทย์ ศิริราช (ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการเฉลิมกาญจนา ปีที่ 1 (1), 2557 ISSN 2392-5655)

2) การประเมินผลการดำเนินงานด้านการพัฒนาทักษะทางสังคมสำหรับนักศึกษาแพทย์ศิริราช ปีที่2 (ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการเฉลิมกาญจนา ปีที่ 2 (1), 2558 ISSN 2392-5655)

3) ความสนใจในกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตของนักศึกษาทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการเฉลิมกาญจนา ปีที่ 2 (3), 2558 ISSN 2392-5655)

4) การพัฒนาทักษะทางสังคมในด้านการสื่อสารของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์หลักสูตรนานาชาติ (ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการเฉลิมกาญจนา ปีที่ 2 (4), 2558 ISSN 2392-5655)

5) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ในตับของประชาชนตำบลโพธิ์ (วิจัยร่วม) (ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการเฉลิมกาญจนา ปีที่ 2 (3), 2558 ISSN 2392-5655)

6) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลโพนทราย อำเภอโพนทราย จังหวัดร้อยเอ็ด (วิจัยร่วม)

7) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตระหนักในเรื่องความงามและพฤติกรรมการใช้เครื่องสำอางที่ไม่ได้มาตรฐานของผู้หญิงไทย (นำเสนอในการประชุมวิจัยระดับชาติ มทร.สุรินทร์ 2558)

8) การวิเคราะห์และประเมินผลนโยบายสาธารณะด้านเศรษฐกิจและสุขภาพ: กรณีศึกษาโครงการน้ำดื่มสะอาดของตำบลหนองดินแดง จังหวัดนครปฐม (ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการมหาวิทยาลัยหอการค้าไทย ปีที่ 36 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2559 หน้า 62-81 ISSN 0125-2437) *(วารสารในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 1 ASEAN)*

9) รูปแบบการใช้การแพทย์แบบผสมผสานในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างในจังหวัดนครปฐ (ตีพิมพ์ในวารสาร TCI วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร ปีที่ 34 ฉบับที่ 4 กันยายน-ธันวาคม 2557 หน้า 171-189 ISSN 0857-5428) *(วารสารในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่1 ASEAN)* เป็นต้น

4.4 วิทยานิพนธ์

1) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองตามยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรงของนักศึกษาระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยในจังหวัดนครปฐม (วิทยานิพนธ์มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2550)
2) Discourse, Contestation, and Resistance of Thai Traditional Medicine: A Study of Community Hospital in Nakhon Pathom Province (ดุษฎีนิพนธ์มหาวิทยาลัยมหิดล, 2555) ตีพิมพ์ในวารสาร International Journal of Behavioral Science, 2014, Vol. 9 (1), 67-82 ISSN: 1906-4675) เป็นต้น

4.5 การอบรม สัมมนาและประชุมวิชาการ

1. The 12TH International Asia Pacific Student Services Association Conference 2010 ณ Queensland University of Technology ประเทศออสเตรเลีย
2. นิทรรศการ "Guangxi China-ASEAN Education Expo" สาธารณรัฐประชาชนจีน
3. ตกลงความร่วมมือทางวิชาการ (MOU) และศึกษาดูงานด้านการศึกษา ณ Jingcai International High School เมืองเซียงไฮ้ สาธารณรัฐประชาชนจีน
4. ตกลงความร่วมมือทางวิชาการ (MOU) และศึกษาดูงานด้านการศึกษา ณ มหาวิทยาลัย Kunming Medical University สาธารณรัฐประชาชนจีน
5. ตกลงความร่วมมือทางวิชาการ (MOU) และศึกษาดูงานด้านการศึกษาณมหาวิทยาลัย KunmingUniversityof Sciences and Technology สาธารณรัฐประชาชนจีน
6. ตกลงความร่วมมือทางวิชาการ (MOU) และศึกษาดูงานด้านการศึกษา ณ มหาวิทยาลัย Guangxi Medical University สาธารณรัฐประชาชนจีน
7. ตกลงความร่วมมือทางวิชาการ (MOU) และศึกษาดูงานด้านการศึกษา ณ มหาวิทยาลัย Guilin Medical University สาธารณรัฐประชาชนจีน
8. นิทรรศการหลักสูตรอุดมศึกษาไทย ณ ประเทศลาว ประเทศลาว
9. สัมมนาวิชาการและนิทรรศการการศึกษาไทย ณ นครหนานหนิง สาธารณรัฐประชาชนจีน
10. ศึกษาดูงานด้านการจัดการศึกษาณมหาวิทยาลัยHanoi University of Scienceประเทศเวียดนาม
11. สัมมนาวิชาการนานาชาติหลักสูตรพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยคริสเตียน
12. การอบรมการแนะแนวกับการพัฒนาสุขภาพจิตศูนย์พัฒนากิจกรรมแนะแนวจังหวัดนครปฐม
13. สัมมนาเชิงปฏิบัติการเรื่อง "ภูมิปัญญาไทย: การจัดการความรู้สู่มาตรฐานสากล" คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยศิลปากร
14. การประชุมวิชาการเรื่องประเด็นร้อนของหญิงไทยในปัจจุบันสมาคมอนามัยเจริญพันธุ์ (ไทย)
15. อบรมเรื่อง "จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์" บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
16. อบรมเชิงปฏิบัติการสหกิจศึกษา หลักสูตร "คณาจารย์นิเทศสหกิจศึกษา" รุ่นที่ 24 สมาคมสหกิจศึกษาไทย เป็นต้น

4.6 งานบรรยายทางวิชาการพิเศษ

1. วิทยากรร่วมในการสัมมนาเรื่องข้อตกลงเขตการค้าเสรี (ภาคบริการ) กับอนาคตโรงพยาบาลเอกชนไทยจัดโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
2. วิทยากรร่วมบรรยายหัวข้อครูแนะแนวกับการพัฒนาสุขภาพจิตจัดโดยศูนย์พัฒนากิจกรรมแนะแนวจังหวัดนครปฐม ณ โรงเรียนราชินีบูรณะ
3. วิทยากรร่วมบรรยายหัวข้อการเตรียมตัวสำหรับการสอบเข้ามหาวิทยาลัยจัดโดย U-ADD ราชบุรี
4. วิทยาการบรรยายเรื่อง "กินสุข ปลอดภัย ห่างไกลโรค" รพ.สต. จังหวัดศรีสะเกษ
5. วิทยากรอบรมเชิงปฏิบัติการ "การวิเคราะห์โปรแกรมสถิติวิจัยเพื่อมุ่งเน้นผลงาน" คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา เป็นต้น

5. ประสบการณ์การสอน

1. ทฤษฎีการสื่อสารเบื้องต้น (หลักสูตรนานาชาติ)
2. ชีวสถิติและระบาดวิทยา (หลักสูตรนานาชาติ และหลักสูตรภาษาไทย)
3. ชีวสถิติและระบาดวิทยา (ระดับบัณฑิตศึกษา)
4. สถิติเพื่อการวิจัย /สถิติเบื้องต้น / สถิติและคอมพิวเตอร์เพื่อการวิจัยทางสังคมศาสตร์
5. การวิจัยทางสังคมศาสตร์ / การวิจัยทางสาธารณสุข (หลักสูตรนานาชาติ และหลักสูตรภาษาไทย)
6. การวิเคราะห์และประเมินผลนโยบายสาธารณะ
7. ทฤษฎีทางสังคมศาสตร์เบื้องต้น
8. มานุษยวิทยาการแพทย์ / สังคมศาสตร์สุขภาพ
9. โภชนศาสตร์
10. เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข
11. โรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ
12. เภสัชวิทยาเบื้องต้น
13. พิษวิทยา / พิษวิทยาอาชีวอนามัย
14. กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยามนุษย์ (นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ และสาธารณสุขศาสตร์)
15. สัมมนาการบริหารสาธารณสุข (ระดับบัณฑิตศึกษา)
16. ศัพท์ทางการแพทย์ (Medical Terminology) (หลักสูตรนานาชาติ)
17. สถิติเบื้องต้น / สถิติและคอมพิวเตอร์เพื่อการวิจัยทางสังคมศาสตร์
18. ทฤษฎีการพัฒนาสังคม: (ร่วมสอน) (ระดับบัณฑิตศึกษา)
19. ยุทธศาสตร์การวางแผนเพื่อการพัฒนาสังคม : ประเด็นสุขภาพ (ร่วมสอน) (ระดับบัณฑิตศึกษา)
20. การสื่อสารภาษาอังกฤษเพื่อวัตถุประสงค์เฉพาะ
21. สรีรจิตวิทยา
22. ประชากรและการอนามัยเจริญพันธุ์ เป็นต้น

มหาวิทยาลัยนเรศวร