

บทที่ 1

บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

การมีสุขภาพดีถือเป็นพื้นฐานสำคัญในการดำรงชีวิตของมนุษย์และเป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนปรารถนา สุขภาพด้านอนามัยเจริญพันธุ์ถือเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของสุขภาพของมนุษย์เช่นกัน โดยเฉพาะเกี่ยวข้องกับโดยตรงต่อการเริ่มต้นของสุขภาพครอบครัว อนามัยเจริญพันธุ์จึงเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงชีวิตของทั้งเพศชายและเพศหญิง และมีผลกระทบสำคัญยิ่งต่อบุตรหลานในรุ่นถัดมา จากสาระสำคัญของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตั้งแต่ฉบับที่ 8 เป็นต้นมาที่มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของคนและมุ่งเน้น “คน” เป็นศูนย์กลางของการพัฒนา การมุ่งเน้นถึงการพัฒนาศักยภาพมนุษย์นั้น เริ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาจนถึงสิ้นอายุขัย การพัฒนาศักยภาพของมนุษย์ในด้านสุขภาพควรได้รับการสนับสนุนในการรับบริการตรวจสุขภาพแก่คู่สมรสก่อนแต่งงาน การเตรียมความพร้อมก่อนการมีบุตร และสตรีระหว่างตั้งครรภ์ การส่งเสริมบริการสุขภาพอนามัยเพื่อพัฒนาการของเด็กและคุณภาพชีวิตที่ดีของมารดาตลอดจนการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิมนุษยชนของสตรีและเด็ก ทั้งนี้จากเนื้อหาของแผนพัฒนาฯ ดังกล่าว เน้นคุณภาพชีวิตของครอบครัวและสตรี โดยเฉพาะสตรีเป็นผู้มีบทบาทหลักในด้านความรับผิดชอบดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว แต่ทว่าในช่วงชีวิตสตรีต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพด้านระบบสืบพันธุ์และอนามัยเจริญพันธุ์ทุกช่วงวัย ซึ่งขอบเขตของอนามัยเจริญพันธุ์ ประกอบด้วย การวางแผนครอบครัว การอนามัยของมารดาและเด็ก ภาวะการมีบุตรยาก การแท้งและภาวะแทรกซ้อนโรคติดต่อทางระบบสืบพันธุ์และโรคเอดส์ เพศศึกษา มะเร็งระบบอวัยวะสืบพันธุ์ อนามัยวัยรุ่น และภาวะหลังวัยเจริญพันธุ์และสูงอายุ (มูลนิธิสร้างเสริมสุขภาพผู้หญิง, 2550)

ในประเด็นอนามัยเจริญพันธุ์ (Reproductive Health Rights) เริ่มเป็นประเด็นสำคัญในช่วง 18 ปีที่ผ่านมา เนื่องจากได้รับเอาแนวคิดของการประชุม The International Conference in Population and Development: Program of Action (ICPD-PoA) ที่จัดขึ้น ณ กรุงไคโร ประเทศอียิปต์ เมื่อปี ค.ศ.1994 ภายใต้วหัวข้อการประชุมเรื่อง Global Partners in Action: NGOs Forum on Sexual and Reproductive Health and Development, Invest in Health, Rights and the Future ซึ่งประกาศว่านโยบายประชากร การพัฒนาสุขภาพ การพัฒนาแบบยั่งยืน และการคุ้มครองสิทธิมนุษยชน จะบรรลุผลได้ก็ต่อเมื่อรัฐลงทุนด้านการพัฒนาสุขภาพและคุ้มครองสิทธิของสตรี หนทางที่รัฐต้องทำคือจัดบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ที่มีคุณภาพให้สตรีทุกกลุ่มเข้าถึง ยุติการละเมิดสิทธิมนุษยชนด้านการเจริญพันธุ์ของสตรี และเร่งทำให้ความเสมอภาคและความยุติธรรมระหว่างเพศให้เป็นจริงในทางปฏิบัติ (สุชาดา ทวีสิทธิ์, 2553)

การประชุม ICPD-PoA ดังกล่าว เกิดขึ้นหลังจากประเทศกำลังพัฒนาในหลายๆ ประเทศหันมาใช้ นโยบายควบคุมประชากรเพื่อแก้ไขปัญหาความยากจนภายในประเทศมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ซึ่งในช่วงระยะเวลา

ดังกล่าวได้เกิดการละเมิดสิทธิมนุษยชนของสตรีอย่างแพร่หลายที่มาจากรัฐเอง เช่น การมุ่งให้สตรีเท่านั้นที่ต้องใช้วิธีคุมกำเนิด จูงใจให้คู่สมรสยอมใช้วิธีคุมกำเนิดโดยให้สิ่งตอบแทนรูปแบบต่างๆ ปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับวิธีคุมกำเนิดที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของสตรี บางประเทศหยุดให้สวัสดิการสังคมแก่คู่สมรสที่มีบุตรมาก ใช้ผู้นำชุมชนกดดันชาวบ้านให้ยอมรับการคุมกำเนิด และที่รุนแรงที่สุดคือทำให้การมีลูกเกินจำนวนที่กำหนดกลายเป็นสิ่งผิดกฎหมาย ผู้ฝ่าฝืนต้องรับโทษ ตัวอย่างเช่น นโยบายลูกคนเดียวของรัฐบาลจีน เป็นต้น ในขณะที่ส่วนหนึ่งกลับไม่เห็นด้วยกับมาตรการการคุมกำเนิด ซึ่งส่วนใหญ่เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศมุสลิม โดยการไม่ยอมจัดบริการและอุปกรณ์การคุมกำเนิดให้สตรีเพราะความเชื่อทางศาสนาที่ว่า การคุมกำเนิดเป็นบาป ทำให้สตรีมุสลิมเข้าไม่ถึงบริการและอุปกรณ์การคุมกำเนิด ไม่สามารถควบคุมการตั้งครรภ์ของตนเอง ตั้งครรภ์ถี่ มีภาระหนักในการเลี้ยงดูบุตร ขาดโอกาสทางเศรษฐกิจ และมีปัญหาสุขภาพจากการมีบุตรจำนวนมาก (กรมอนามัย, 2552)

ดังนั้นกล่าวได้ว่าอนามัยเจริญพันธุ์เป็นเรื่องของสุขภาพทางเพศที่มนุษย์คนหนึ่งพึงได้รับการปฏิบัติและดูแลสุขภาพตนเองทั้งเพศชายและหญิง เพราะการที่ผู้หญิงจะมีสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ที่ดีได้ ไม่ใช่เกิดขึ้นจากเรื่องของการแพทย์หรือสาธารณสุขเท่านั้น แต่เป็นเรื่องที่ได้รับความร่วมมือจากบุรุษหรือคู่สมรส รวมทั้งการได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนให้สามารถดำเนินชีวิตได้ตามสิทธิขั้นพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ดังกล่าวจากภาครัฐอีกด้วย ซึ่งสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ประกอบด้วย 1) เสรีภาพที่จะตัดสินใจว่าจะมีลูกกี่คน จะมีเมื่อไร จะมีหรือจะไม่มี 2) สิทธิที่จะรับข่าวสารและวิธีการที่จะกำหนดการมีบุตร และ 3) สิทธิที่จะ “ควบคุมร่างกายของตัวเองเอง”

สำหรับประเทศไทย หลังจาก 18 ปีที่ได้รับเอาแนวทางการปฏิบัติจากการประชุม ICPD มาใช้ พบว่าประเทศไทยมีความก้าวหน้าในมาตรการส่งเสริมสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์หลายเรื่อง เช่น การใช้นโยบายควบคุมการเจริญพันธุ์แบบสมัครใจโดยรัฐไม่แทรกแซงหรือแทรกแซงน้อยลง ปัจจุบันประชากรไทยมีอัตราการใช้วิธีคุมกำเนิดสูงถึงร้อยละ 76.1 ซึ่งสูงเป็นอันดับสองในภูมิภาครองจากเวียดนาม (ร้อยละ 78.5) แต่พบว่าการคุมกำเนิดเกือบทั้งหมด ยังตกเป็นภาระของผู้หญิงเพราะมีผู้ชายไทยเพียงร้อยละ 1.95 เท่านั้น ที่ใช้วิธีการคุมกำเนิด ซึ่งนับว่าต่ำมาก (สุชาติ ทวีสิทธิ์, 2553) อีกทั้งเรามีปัญหาเรื่องการเข้าถึงบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนหญิง รวมทั้งยังเกิดปัญหาเรื่องการเข้าถึงอุปกรณ์การคุมกำเนิดอันเนื่องมาจากการถูกสังคมและวัฒนธรรมปิดกั้น ความไม่พร้อมทางสังคมและเศรษฐกิจ การไม่สามารถต่อเรื่องเพศกับคู่ รวมทั้งการไม่มีความรู้และทักษะในการใช้วิธีคุมกำเนิด และปัญหาการทำแท้งผิดกฎหมาย เนื่องจากประเทศไทยอนุญาตให้ผู้หญิงทำแท้งภายใต้เงื่อนไข 2 ข้อ คือ 1) ถูกข่มขืน และ 2) เพื่อรักษาชีวิตมารดา เนื่องจากตั้งครรภ์ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของแม่เท่านั้น ดังนั้น การทำแท้งเพราะความไม่พร้อมด้านเศรษฐกิจ สังคม และจิตใจของคนที่จะเป็นพ่อและแม่จะถือว่าผิดกฎหมาย ดังนั้นการเข้าถึงบริการทำแท้งที่ปลอดภัยของผู้หญิงจึงยังเป็นปัญหาใหญ่ในบ้านเรา จากสาเหตุดังกล่าวทำให้ปัญหาที่เกิดขึ้นกลายมาเป็นสาเหตุหลักของปัญหาด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในผู้หญิงทุกกลุ่มไม่ว่าจะเป็น ผู้หญิงแต่งงาน ผู้หญิงวัยรุ่น และผู้หญิงโสดวัยทำงานที่มีเพศสัมพันธ์

อย่างไรก็ตามการให้ความสำคัญในเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ในแต่ละพื้นที่เป็นประเด็นที่ควรนำมาพิจารณาด้วยเช่นกัน ยกตัวอย่างการสำรวจเรื่อง “อนามัยเจริญพันธุ์ภาคใต้” ปี พ.ศ.2546 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชากรไทยมุสลิมมีการสมรสเร็วกว่าประชากรไทยพุทธ และเมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดเปรียบเทียบระหว่างประชากรไทยพุทธและไทยมุสลิม พบว่า ประชากรไทยมุสลิมรู้จักวิธีการคุมกำเนิดโดยไม่ต้องใช้กถามน้อยกว่าประชากรไทยพุทธ และนอกจากนี้ยังพบว่า ประชากรไทยพุทธมีการคุมกำเนิดถึงร้อยละ 74 ในขณะที่ประชากรไทยมุสลิมมีการคุมกำเนิดเพียงร้อยละ 26 เท่านั้น (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2553)

จังหวัดที่มีจำนวนประชากรไทยมุสลิมอยู่มากตั้งอยู่ในแถบทางภาคใต้ของประเทศไทย ส่วนใหญ่ตั้งถิ่นฐานอยู่ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ คือ จังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส ซึ่งมีจำนวนประชากรที่นับถือศาสนาอิสลามเฉลี่ยสูงถึงกว่าร้อยละ 80 ซึ่งประสบกับปัญหาในเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์เป็นอย่างยิ่งจากข้อมูลด้านส่งเสริมสุขภาพ (อนามัยแม่และเด็ก) ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา ปี พ.ศ.2550-2556 พบข้อมูลดังนี้

ตาราง 1 อนาถแม่และเด็ก 3 จังหวัดชายแดนใต้

อนาถแม่และเด็ก	ปี	ปัตตานี			ยะลา			นราธิวาส			รวม 3 จังหวัด		
		จำนวน	ฐาน	อัตรา	จำนวน	ฐาน	อัตรา	จำนวน	ฐาน	อัตรา	จำนวน	ฐาน	อัตรา
อัตราส่วนมารดาตาย (ไม่เกิน 18 ต่อ 100,000 การ เกิดมีชีพ)	50	6	10,245	58.6	3	7,591	39.5	7	12,568	55.7	16	30,404	52.6
	51	5	10,004	50.0	1	7,758	12.9	6	12,561	47.8	12	30,323	39.6
	52	5	10,268	48.7	1	8,086	12.4	6	11,056	54.3	12	30,488	39.4
	53	8	11,257	71.1	6	8,133	73.8	6	11,843	50.7	20	31,233	64.0
	54	3	9,800	30.6	5	8,223	60.8	7	13,175	53.1	15	31,198	48.1
	55	5	12,184	41.0	0	9,521	0.0	5	13,430	37.2	10	35,135	28.5
	56	4	4,754	84.1	2	4,561	43.9	5	6,301	79.4	11	15,616	70.4

ที่มา: ศูนย์อนาถแม่ที่ 12 ยะลา ปี พ.ศ.2550-2556

ข้อมูลข้างต้นสะท้อนภาพความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้ว่า 3 จังหวัดชายแดนใต้ของประเทศไทยยังคงมีความเจริญก้าวหน้าในด้านสาธารณสุขค่อนข้างล่าช้า เนื่องจากอัตราส่วนการตายของมารดาไม่ควรเกิน 18 คน ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ตามปฏิญญาการประชุมประชากรและการพัฒนาในกรุงโคโร ประเทศอียิปต์ ตั้งแต่ปี ค.ศ.1994 แต่ทว่าปัจจุบันเข้าสู่คริสต์วรรษที่ 20 แล้ว ยังคงพบอัตราส่วนมารดาตายค่อนข้างสูงขึ้นมาอีกกว่า 50 คนต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง 3 จังหวัดชายแดนใต้ เช่น จังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาสในปีล่าสุดคือ ปีพ.ศ. 2556 มีอัตราส่วนการตายของมารดาสูงมาก กล่าวคือ มีอัตราการตายของมารดา 70.4 คนต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ซึ่งเมื่อพิจารณาตารางพบว่า จังหวัดปัตตานีและจังหวัดนราธิวาสมีอัตราส่วนการตายของมารดาค่อนข้างน่าวิตกกังวลว่า ทำไมจึงเกิดปรากฏการณ์ดังกล่าว จึงทำให้การวิจัยครั้งนี้ต้องขยายเวลาในการศึกษาเพื่อค้นหาข้อมูลดังกล่าว

อย่างไรก็ตาม ปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์ที่ผ่านมา นักวิชาการหลายๆ ท่านให้ความคิดเห็นว่า ค่อนข้างเป็นเรื่องเก่าและมีการศึกษามากมายนับสิบปีมาแล้ว ไม่ควรศึกษาซ้ำแต่ผู้วิจัยยังคงคิดว่า ประเด็นดังกล่าวแม้มีการศึกษามากแล้ว แต่ทว่าก็ไม่ได้ทำให้ประชากรในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส ยังคงพบปัญหาการติดโรคทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ และเกิดปัญหาการหย่าร้างสูง (กรมสุขภาพจิต, 2555) ยิ่งไปกว่านี้ ใน 3 จังหวัดดังกล่าวเป็นจังหวัดที่มีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากจังหวัดอื่นๆ กล่าวคือ ภาษาพูดในชีวิตประจำวันของชาวไทยมุสลิมใช้ภาษายาวี อาจจะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดอุปสรรคต่อการรับรู้สิทธิบางประการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ดังนั้นการศึกษาในพื้นที่ 3 จังหวัดดังกล่าวอาจจะพบลักษณะความหลากหลายด้านประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่ทำให้เกิดประโยชน์ต่อการศึกษาครั้งนี้มากยิ่งขึ้น

จะเห็นได้ว่า การศึกษาด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ต้องอาศัยการมองอย่างเป็นองค์รวมและมองในกรอบของสิทธิมนุษยชนให้มากขึ้น เพราะสุขภาพผู้หญิงมิใช่การมองเฉพาะ “สุขภาพแม่และเด็ก” หากแต่ยังมองถึงโอกาสต่างๆ ในการตัดสินใจในเรื่องที่จำเป็นต่อการมีสุขภาพที่ดีด้วย (มูลนิธิธรรมาภิบาล, 2550) อย่างไรก็ตาม สตรีส่วนใหญ่ไม่ได้มีสุขภาพและพลานามัยที่สมบูรณ์ อุปสรรคสำคัญประการหนึ่งที่กีดขวางไม่ให้สตรีมีสุขภาพในบรรทัดฐานสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ คือ ความไม่เสมอภาคกันระหว่างชายและหญิง และระหว่างสตรีด้วยกันเอง ที่แตกต่างกันในเรื่องท้องถิ่นอาศัย ชนชั้นทางสังคม เผ่าพันธุ์ เชื้อชาติ และศาสนา นอกจากนี้ยังพบปัญหาสิทธิของสตรีในการดูแลร่างกายของตนเอง สิทธิที่ตัดสินใจในทุกเรื่องที่เกี่ยวข้องกับอนามัยเจริญพันธุ์อีกด้วย (ภัสสร ลิมานนท์, 2544)

การวิจัยครั้งนี้ต้องการศึกษาถึงพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรวัยเจริญพันธุ์ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้เป็นอย่างไร เมื่อจำแนกตามเพศ และศาสนา และปัจจัยใดเป็นตัวกำหนดสถานะสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรวัยเจริญพันธุ์ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ทั้งนี้การศึกษานี้มุ่งหวังให้เกิดประโยชน์ต่อส่วนรวมในการเรียนรู้พฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรวัยเจริญพันธุ์ที่อาศัยอยู่ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่

จังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส เพื่อสร้างความตระหนักรู้ต่อการปฏิบัติตนในสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ของตนเองและครอบครัวให้สอดคล้องกับหลักศาสนา และความเชื่อของประชากรใน 3 จังหวัดชายแดนใต้

1.2 คำถามการวิจัย

พฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรวัยเจริญพันธุ์ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้เป็นอย่างไร เมื่อจำแนกตามเพศ และศาสนา และปัจจัยใดเป็นตัวกำหนดสถานะสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรวัยเจริญพันธุ์ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้

1.3 วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรวัยเจริญพันธุ์ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ เมื่อจำแนกตามเพศและศาสนา และปัจจัยกำหนดสถานะสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรวัยเจริญพันธุ์ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้

1.4 สมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานหลัก: ลักษณะทางประชากร เศรษฐมิติ และสังคมของประชากรวัยเจริญพันธุ์ที่แตกต่างกันส่งผลทำให้มีพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ที่แตกต่างกัน

- สมมติฐานรอง:**
1. เพศหญิงมีโอกาสสถานะสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ระดับดีมากกว่าเพศชาย
 2. กลุ่มอายุมากกว่ามีโอกาสสถานะสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ระดับดีมากกว่ากลุ่มอายุน้อยกว่า
 3. ผู้ที่นับถือศาสนาพุทธมีโอกาสสถานะสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ระดับดีมากกว่าผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม
 4. กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีโอกาสสถานะสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ระดับดีมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า
 5. กลุ่มตัวอย่างที่ทำงานนอกภาคเกษตรกรรมมีโอกาสสถานะสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ระดับดีมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ทำงาน
 6. กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้สูงกว่ามีโอกาสสถานะสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ระดับดีมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำกว่า
 7. กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลมีโอกาสสถานะสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ระดับดีมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล
 8. กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนราธิวาส และยะลามีโอกาสสถานะสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ระดับดีมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในจังหวัดปัตตานี

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลการศึกษาที่ได้รับคาดว่าจะแสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรวัยเจริญพันธุ์ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ เมื่อจำแนกตามศาสนา และเพศ และปัจจัยกำหนดสถานะสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรวัยเจริญพันธุ์ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ทั้งนี้เพื่อกระตุ้นให้ประชากรในพื้นที่ดังกล่าวตระหนักถึงความสำคัญด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ก่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจและสามารถนำเอาความรู้ดังกล่าวมาปรับใช้เพื่อส่งเสริมความรู้ในด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ให้มีสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ที่ดีและต่อยอดไปในระดับอื่นๆต่อไป

1.6 ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรวัยเจริญพันธุ์ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ พิจารณาในมุมมองเรื่อง 1) การมีเพศสัมพันธ์ 2) การคุมกำเนิด 3) การมีบุตร 4) ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5) การเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ และ 6) การรับบริการจากหมอแผนโบราณ รวมถึงสถานะสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรวัยเจริญพันธุ์ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ด้วยการประเมินด้วยตนเองของประชากรในพื้นที่

หน่วยของการวิเคราะห์ คือ ประชากรวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-49 ปี และอาศัยอยู่ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส โดยระยะเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ เดือนเมษายน 2555

1.7 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.6.1 ประชากรวัยเจริญพันธุ์ หมายถึง ประชากรเพศหญิงที่มีอายุในช่วง 15-49 ปี และสมรสแล้ว และประชากรเพศชายที่อายุ 15 ปีขึ้นไปและสมรสแล้วเช่นกัน ทั้งนี้ต้องอาศัยอยู่ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ จังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส

1.6.2 อนามัยเจริญพันธุ์ หมายถึง ภาวะความสมบูรณ์ แข็งแรงของร่างกายและจิตใจ ที่เป็นผลสัมฤทธิ์อันเกิดจากกระบวนการและหน้าที่ของการเจริญพันธุ์ที่สมบูรณ์ของทั้งชายและหญิงทุกช่วงอายุของชีวิต ซึ่งทำให้มีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข” ซึ่งขอบเขตของพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ในการศึกษารั้งนี้ประกอบด้วย

1) การมีเพศสัมพันธ์ หมายถึง ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก บุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยความเต็มใจในการมีเพศสัมพันธ์ รวมถึงการตระหนักถึงความปลอดภัยในการมีเพศสัมพันธ์

2) การคุมกำเนิด หมายถึง การใช้วิธีการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อจากการมีเพศสัมพันธ์ ประเภทของวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ใช้มากที่สุด ความรู้ในเรื่องการใช้วิธีการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย โดยประเภทของการคุมกำเนิดที่สอบถามในครั้งนี้มีดังนี้ คือ ถุงยางอนามัย

สำหรับเพศชาย ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน การหลังภายนอก และการนับระยะปลอดภัย

3) การมีบุตร หมายถึง การตัดสินใจมีบุตร ความต้องการบุตร ในขณะตั้งครรภ์ จำนวนบุตรที่เหมาะสม และการเว้นระยะห่างของอายุระหว่างบุตร

4) ความรู้ในเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หมายถึง ความรู้ในเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และประสบการณ์ที่ผ่านมาของการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงการเข้ารับการรักษา

5) การเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ หมายถึง การเข้ารับบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ โรคหรือสาเหตุที่ไปรับบริการ และสถานที่การไปขอรับบริการ

6) การรับบริการจากหมอแผนโบราณ (โต๊ะบีแด) หมายถึง การเข้ารับบริการจากโต๊ะบีแด โรคหรือสาเหตุที่ไปรับบริการ และเหตุผลที่ไปรับบริการจากโต๊ะบีแด

1.6.3 สถานะสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรวัยเจริญพันธุ์ หมายถึง การประเมินสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับไม่ดี ระดับปานกลาง และระดับดี หลังจากนั้นเมื่อนำมาวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดสถานะสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ ได้จัดการข้อมูลให้กลายเป็น 2 กลุ่ม คือ ระดับไม่ดี และระดับดี เพื่อให้เห็นความแตกต่างของพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มตัวอย่างมากยิ่งขึ้น