

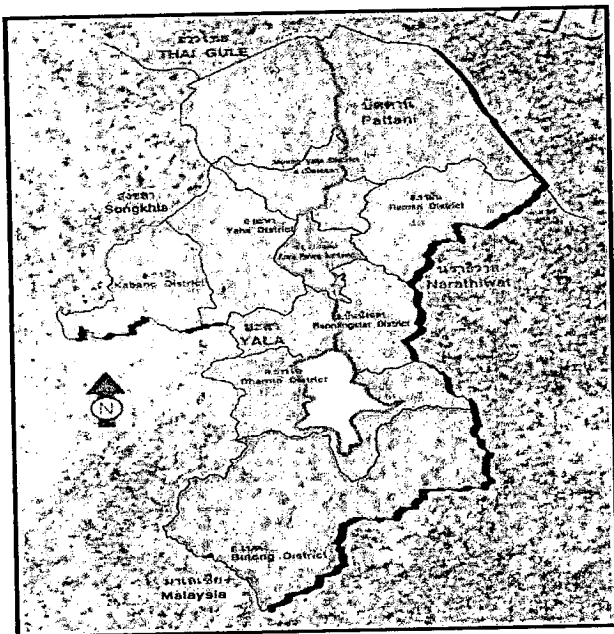
## บทที่ 2

### แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่องพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรวัยเจริญพันธุ์ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ เริ่มต้นด้วยการทบทวนบริบทพื้นที่ที่ศึกษา และประชากร ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ จังหวัดปัตตานี จังหวัดยะลา และจังหวัดนราธิวาส รวมถึงอัตลักษณ์ของประชากรในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ แนวคิดอนามัยเจริญพันธุ์ และทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอนามัยเจริญพันธุ์ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ และปัจจัยกำหนดสถานะสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรวัยเจริญพันธุ์ในพื้นที่ ซึ่งถือเป็นกรอบทฤษฎีสำหรับการวิจัย (Theoretical Framework) ซึ่งช่วยสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิด และพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ และปัจจัยต่างๆ ที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมดังกล่าว ตลอดจนสามารถพัฒนาขึ้นเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework) เพื่อนำไปทดสอบกับข้อมูลเชิงประจักษ์ต่อไป ซึ่งเนื้อหาในส่วนนี้มีรายละเอียดดังนี้

#### 2.1 บริบทประชากรในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ จังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส

แผนภาพ 1 ลักษณะภูมิประเทศสามจังหวัดชายแดนใต้



## 2.1.1 ข้อมูลจังหวัดปัตตานี

### ข้อมูลทั่วไปของจังหวัดปัตตานี

#### 1. ที่ตั้งและอาณาเขต

จังหวัดปัตตานี ตั้งอยู่ภาคใต้ของประเทศไทย ห่างจากกรุงเทพฯ. 1,055 กม. มีเนื้อที่ประมาณ 1,940.35 ตร.กม. หรือประมาณ 1,212,723 ไร่ มีอาณาเขตติดต่อกับจังหวัดใกล้เคียง ดังนี้

ทิศเหนือ	ติดต่อกับ	อ่าวไทย
ทิศใต้	ติดต่อกับ	เขตอำเภอเมืองยะลา อำเภอรามัน จังหวัดยะลา และเขตอำเภอบาเจาะ จังหวัดนราธิวาส
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับ	อ่าวไทย
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับ	เขตอำเภอเทพา และอำเภอสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา

แผนภาพ 2 แผนที่แสดงที่ตั้งและอาณาเขตจังหวัดปัตตานี



#### 2. การปกครอง

จังหวัดปัตตานีได้แบ่งหน่วยการปกครองออกเป็น 12 อำเภอ 115 ตำบล 642 หมู่บ้าน โดยมีหน่วยการปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนจังหวัด 1 แห่ง เทศบาล 12 แห่ง (เทศบาลเมือง 1 แห่ง) และองค์การบริหารส่วนตำบล 101 แห่ง ซึ่งเป็น อบต. ชั้นเล็ก 99 แห่ง และ อบต. ชั้นกลาง 2 แห่ง คือ อบต. รุสะมิแล และ อบต. บานา โดยไม่มี อบต. ชั้นใหญ่

ตาราง 2.1 ขนาดพื้นที่และหน่วยการปกครองจังหวัดปัตตานี จำแนกรายตำบล

อำเภอ	เนื้อที่ (ตร.กม.)	ตำบล	หมู่ บ้าน	อบต.	เทศบาล	ชุมชน	ร้อยละของ พื้นที่จังหวัด	ระยะทางห่าง จากจังหวัด (กม.)
1. เมืองปัตตานี	96.837	13	66	10	1	18	4.99	0.05
2. ยะรัง	183.952	12	72	12	1	-	9.48	15
3. นongจิก	231.526	12	76	11	2	-	11.93	8
4. โคกโพธิ์	339.414	12	82	12	2	-	17.49	26
5. ยะหริ่ง	196.829	18	81	15	3	-	10.14	14
6. ปะนาระ	144.058	10	53	9	1	-	7.42	43
7. มายอ	216.136	13	59	10	1	-	11.14	29
8. สายบุรี	178.424	11	64	9	1	20	9.20	50
9. พังยางแดง	114.970	4	23	4	-	-	5.93	45
10. กะพ้อ	93.815	3	27	3	-	-	4.83	68
11. แม่ลาน	89.194	3	22	3	-	-	4.60	30
12. ไม้แก่น	55.201	4	17	3	-	-	2.84	65
รวม	1940.356	115	642	101	12	38	100	-

ที่มา : ที่ทำการปกครองจังหวัดปัตตานี 2553

### 3. ประชากรและศาสนา

จังหวัดปัตตานีเป็นอาณาจักรที่เก่าแก่และมีความเจริญรุ่งเรืองทำให้เป็นแหล่งศูนย์รวมของประชากรหลากหลายเชื้อชาติ ศาสนา มาตั้งแต่ในอดีต ปัจจุบันเป็นแหล่งชุมชนที่มีผู้อยู่อาศัยหนาแน่น โดยเฉพาะบริเวณลุ่มน้ำปัตตานี

จำนวนประชากร ณ เดือนธันวาคม 2551 รวมทั้งสิ้น 642,169 คน แยกเป็นชาย 316,986 คน หญิง 325,183 คน จำนวนหลังคาเรือน 149,522 หลังคาเรือน อัตราความหนาแน่นของประชากร 330.9 คนต่อตารางกิโลเมตร ประชากรส่วนใหญ่ร้อยละ 87.40 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 12.55 นับถือศาสนาพุทธ และร้อยละ 0.05 นับถือศาสนาอื่น ๆ

#### 4. ทรัพยากรธรรมชาติ

จังหวัดปัตตานี สภาพป่าส่วนใหญ่ของจังหวัดปัตตานีเป็นป่าดิบชื้น ป่าชายเลน และป่าพรุ มีเนื้อที่ป่าตามพระราชบัญญัติป่าสงวนแห่งชาติพ.ศ. 2507 ทั้งสิ้น 99,648 ไร่ ป่าไม้ถาวรตามมติคณะรัฐมนตรี 25,895.375 ไร่ อุทยานแห่งชาติ 2 แห่ง คือ อุทยานแห่งชาติบูโด-สุไหงปาตี ครอบคลุมพื้นที่ 3 จังหวัด คือ ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส เนื้อที่ 8,607 ไร่ และอุทยานแห่งชาติน้ำตกทรายขาว ครอบคลุมพื้นที่ 3 จังหวัด คือ ปัตตานี ยะลา และสงขลา เนื้อที่ประมาณ 16,137 ไร่ และกรมป่าไม้ได้ส่งมอบพื้นที่ให้สำนักงานปฏิรูปที่ดินเพื่อเกษตรกรรม ดำเนินการปฏิรูปที่ดิน ส.ป.ก. ให้แก่เกษตรกร ทั้งสิ้น 9,292-3-68 ไร่

#### 5. สภาพภูมิประเทศ

สภาพภูมิประเทศแบ่งเป็น 3 ลักษณะ ประกอบด้วย พื้นราบชายฝั่งทะเล ซึ่งเป็นพื้นที่ส่วนใหญ่ ประมาณ 1 ใน 3 ของพื้นที่จังหวัด ได้แก่ทางตอนเหนือและทางตะวันออกของจังหวัด มีหาดทรายยาว และเป็นพื้นราบชายฝั่งกว้างประมาณ 10 -30 กิโลเมตร พื้นที่ราบลุ่ม บริเวณตอนกลาง และตอนใต้ของจังหวัด มีแม่น้ำปัตตานีไหลผ่าน ที่ดินมีความเหมาะสมในการเกษตรกรรม และพื้นที่ภูเขาซึ่งเป็นพื้นที่ส่วนน้อยอยู่ทางตอนใต้ของอำเภอโคกโพธิ์ อำเภอกะพ้อ และทางตะวันออกของอำเภอสายบุรี

#### 6. ด้านสังคม

จังหวัดปัตตานีเป็นอาณาจักรที่เก่าแก่และมีความเจริญรุ่งเรืองทำให้เป็นแหล่งศูนย์รวมของประชากรหลากหลายเชื้อชาติ ศาสนา มาตั้งแต่ในอดีต ปัจจุบันเป็นแหล่งชุมชนที่มีผู้อยู่อาศัยหนาแน่น โดยเฉพาะบริเวณลุ่มน้ำปัตตานี จำนวนประชากร ณ เดือนธันวาคม 2551 รวมทั้งสิ้น 642,169 คน แยกเป็นชาย 316,986 คน หญิง 325,183 คน จำนวนหลังคาเรือน 149,522 หลังคาเรือน อัตราความหนาแน่นของประชากร 330.9 คนต่อตารางกิโลเมตร ประชากรส่วนใหญ่ร้อยละ 87.40 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 12.55 นับถือศาสนาพุทธ และร้อยละ 0.05 นับถือศาสนาอื่น ๆ

ประชาชนส่วนใหญ่ยึดมั่นในหลักธรรมคำสอนของศาสนา ดำเนินชีวิตแบบเรียบง่าย และนิยมการเดินทางไปทำงานในประเทศเพื่อนบ้าน(มาเลเซีย) แต่ด้วยสถานะเศรษฐกิจที่ถดถอย ทำให้ค่าครองชีพและรายได้ลดลง ทำให้ประชาชนวัยทำงานต้องทำงานมากขึ้น โดยการออกจากบ้านไปทำงานในเวลาเช้าและกลับบ้านในเวลาเย็น ทำให้ไม่มีเวลาอบรมดูแลบุตรหลาน นอกจากนี้เด็กและเยาวชนในพื้นที่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อโทรทัศน์ วิทยุ และอินเทอร์เน็ต ในโลกของข้อมูลข่าวสารที่ไร้พรมแดน โดยสื่อบางประเภทได้ชักจูงและโน้มนำให้กลุ่มเยาวชนมีพฤติกรรมล่อแหลมและสุ่มเสี่ยงที่จะติดยาเสพติดและถูกชักจูงไปในทางเสื่อมเสีย หรือ ร่วมกับขบวนการของผู้ก่อความไม่สงบ โดยที่พ่อแม่ผู้ปกครองไม่มีโอกาสได้รับรู้

## 7. ด้านสาธารณสุข

จังหวัดปัตตานีมีสถานบริการสาธารณสุข เพื่อรองรับการบริการ โดยมีสถานื่อนามัยจำนวน 128 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 335 เตียง จำนวน 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลปัตตานี มีโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 11 แห่ง แยกเป็นขนาด 60 เตียง 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลโคกโพธิ์ และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสายบุรี โรงพยาบาลขนาด 30 เตียง จำนวน 7 แห่ง และขนาด 10 เตียง 2 แห่ง นอกจากนี้มีโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม จำนวน 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลค่ายอิงคยุทธบริหาร ขนาด 30 เตียง และศูนย์บำบัดรักษา ยาเสพติด ขนาด 110 เตียง สังกัดกรมการแพทย์ จำนวน 1 แห่ง

### 1) สถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

ตาราง 2.2 แสดงจำนวนสถานบริการสาธารณสุข ปี 2551

ชื่อสถานบริการ	ขนาดเตียง	ชื่อสถานบริการ	สถานื่อนามัย(แห่ง)
รพ.ปัตตานี	335	สสอ.เมืองปัตตานี	10
รพ.หนองจิก	30	สสอ.หนองจิก	15
รพ.โคกโพธิ์	60	สสอ.โคกโพธิ์	12
รพ.แม่ลาน	10	สสอ.แม่ลาน	5
รพ.ยะรัง	30	สสอ.ยะรัง	15
รพ.ยะหริ่ง	30	สสอ.ยะหริ่ง	18
รพ.ปะนาเระ	30	สสอ.ปะนาเระ	14
รพ.มายอ	30	สสอ.มายอ	12
รพ.ร.สายบุรี	60	สสอ.สายบุรี	13
รพ.ไม้แก่น	30	สสอ.ไม้แก่น	5
รพ.ทุ่งยางแดง	30	สสอ.ทุ่งยางแดง	3
รพ.กะพ้อ	10	สสอ.กะพ้อ	6
รวม	685		128

ที่มา : กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี 2552

2) บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข

ตาราง 2.3 การเปรียบเทียบสัดส่วนบุคลากรสาธารณสุขต่อประชากรปี 2549-2551

ประเภทบุคลากร	ปี 2549	ปี 2550	ปี 2551	สัดส่วน ประชากรปี 2549	สัดส่วน ประชากรปี 2550	สัดส่วน ประชากรปี 2551
แพทย์	71	82	107	1:8,790	1:7,753	1 : 7,828
ทันตแพทย์	34	35	35	1:18,356	1:18,164	1 : 18,739
เภสัชกร	52	55	59	1:11,558	1:11,558	1 : 11,451
พยาบาลวิชาชีพ	749	682	835	1:833	1:932	1 : 920
พยาบาลเทคนิค						
จพง.สาธารณสุขชุมชน	212	189	227	1:2,944	1:3,364	1 : 2,890

ที่มา : กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี 2552

3) สถานะสุขภาพของประชากรวัยเจริญพันธุ์

ตาราง 2.4 แสดงสถานะสุขภาพประชาชนจังหวัดปัตตานี ระหว่างปี 2549-2551

สถานะสุขภาพ	2549		2550		2551(มค.-พ.ย.)	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
อัตราเกิด :ประชากรพันคน	11,767	18.85	12,146	19.10	10,323	16.18
อัตราราย :ประชากรพันคน	3,773	6.05	3,863	6.03	2,796	4.38
อัตราการเพิ่มประชากร :ประชากรร้อยคน	7,994	1.28	8,283	1.30	7,527	1.18
อัตรามารดาตายประชากร : การเกิดมีชีพ แสนคน	4	33.99	6	49.40	106	10.27
อัตราทารกตาย:การเกิดมีชีพพันคน	134	11.39	135	11.12	7	67.81

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2552

4) ข้อมูลการตาย (ตั้งแต่ มกราคม - พฤศจิกายน 2551)

ตาราง 2.5 แสดงสาเหตุการตาย 10 อันดับแรก ปีพ.ศ. 2551 (อัตราการตายต่อประชากรแสนคน 10 อันดับแรก ตามกลุ่มโรค ICD-10 จังหวัดปัตตานี ปี 2551)

ลำดับ ที่	สาเหตุการตาย	จำนวนป่วย (รง.505)	จำนวนตาย (มรณบัตร)	อัตราการตาย: ประชากร แสนคน	อัตราป่วยตาย: 100
1.	อุบัติเหตุอื่น ๆ	2,672	329	36.91	12.31
	- ถูกทำร้ายด้วยอาวุธปืนไม่ระบุชนิด	453	159	24.75	35.10
	- พลัดตก , หกล้ม , จมน้ำ , ไฟฟ้าดูด	1,559	34	5.30	2.18
	- อุบัติเหตุจากเหตุการณ์ที่ไม่ระบุเจตนา	364	98	15.26	26.92
	- ทำร้ายตัวเอง เช่น แขนวนคอ , ยิงตัวตาย	51	12	1.86	23.53
2.	โรคมะเร็งทุกชนิด	4,832	216	33.64	4.47
	- มะเร็งปากมดลูก	35	2	0.31	5.71
	- มะเร็งเต้านม	50	9	1.41	18.00
	- มะเร็งตับ	45	18	2.80	40.00
	- มะเร็งปอด	80	39	5.92	47.50
	- อื่น ๆ	-	149	23.20	-
3.	โรคหัวใจทุกชนิด	3,867	156	24.29	4.03
4.	โลหิตเป็นพิษ	3,108	137	21.33	4.41
5.	โรคหอบ	997	112	16.50	10.63
6.	โรคความดันโลหิตสูง	4,092	98	13.70	2.15
7.	โรคเบาหวาน	2,644	95	13.08	3.18
8.	อัมพาต	588	83	12.61	13.78
9.	อุบัติเหตุจราจร	1,591	82	9.19	3.71
10.	โรคหลอดเลือดสมอง(I60-I69)	596	61	7.94	8.56

ที่มา : มรณบัตร (มกราคม - พฤศจิกายน 2551)

5. อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน 10 อันดับแรก ตามกลุ่มโรค ICD-10 จังหวัดปัตตานี ปี 2551

ตาราง 2.6 แสดงสาเหตุการป่วย 10 อันดับแรก พ.ศ. 2551

ลำดับ ที่	สาเหตุการป่วย	จำนวนป่วย	อัตรา : ประชากรแสน คน
1.	โรคระบบหัวใจ	328,544	51,161.61
2.	โรคระบบย่อยอาหาร	178,663	27,821.80
3.	โรคระบบไหลเวียนเลือด	148,306	23,094.54
4.	โรคอาการและอาการแสดง	147,959	23,040.51
5.	โรคระบบกล้ามเนื้อ	126,337	19,673.48
6.	โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอริซึม	83,606	13,019.31
7.	โรคผิวหนัง	80,351	12,512.44
8.	โรคติดเชื้อและปรสิต	74,177	11,551.01
9.	สาเหตุจากภายนอกอื่นๆ ที่ทำให้ป่วยหรือตาย	58,998	9,187.30
10.	โรคโดยรวมส่วนประกอบของตา	44,099	6,867.19

ที่มา : รายงานจากรายงานผู้ป่วยนอก (รง. 504) ปี 2551

6. อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา 10 อันดับแรก ตามกลุ่มโรค ICD-10 จังหวัดปัตตานี ปี 2551

ตาราง 2.7 สถานการณ์โรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา 10 อันดับแรก ปีพ.ศ. 2551

ลำดับที่	โรคที่ต้องเฝ้าระวัง	จำนวน ป่วย	อัตราป่วย: ประชากร แสนคน	จำนวน ตาย	อัตราตาย: ประชากร แสนคน
1	โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	12,050	1,890.36	0	0.00
2	โรคตาแดง	2,452	384.66	0	0.00
3	โรคปอดบวม	1,991	186.84	7	0.59
4	ไข้ไม่ทราบสาเหตุ	951	149.19	0	0.00
5	โรคสุกใส	922	144.64	0	0.00
6	โรคไข้เลือดออก	809	126.91	1	0.16
7	โรคชิคุนคุนยา	379	59.46	0	0.00
8	คางทูม	353	55.38	0	0.00
9	โรคหัด	343	53.97	0	0.00
10	โรคฉี่หนูโรคปอด	288	45.18	4	0.63

ที่มา : รายงาน 506 (ข้อมูล เดือนมกราคม - ธันวาคม 2551)



7. การดำเนินงานตามการรื้อหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค)

ตาราง 2.8 สรุปผลการดำเนินงานการขึ้นทะเบียนและออกบัตร UC ประจำเดือนกันยายน 2551

ประเภทสิทธิ	จำนวนผู้มีสิทธิ(คน)	ร้อยละ
1. จำนวนประชากรทั้งสิ้น	665,307	-
2. จำนวนบัตรทอง(ในเขต)	555,588	83.51
3. จำนวนบัตรทอง(นอกเขต)	18,544	2.79
4. ข้าราชการ	38,142	5.73
5. ประกันสังคม	29,898	4.49
6. สิทธิคนไทยในต่างประเทศ	1,220	0.18
7. ครูเอกชน	1,704	0.26
8. สิทธิอื่นๆ	2,649	0.40
9. ขึ้นทะเบียนที่อื่น	31,432	4.72
10. บุคคลรอพิสูจน์สถานะ	2,265	0.41
<b>รวมมีหลักประกันสุขภาพ(ในเขต)</b>	<b>662,898</b>	<b>99.64</b>
11. สิทธิว่าง	2,409	0.36
11.1 ข้อมูลรออนุมัติ	803	0.14
11.2 ส่งข้อมูล Province Survey	-	0.00
10.3 ข้อมูลสิทธิว่างคงเหลือ	1,606	0.24

ที่มา : กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี 2552

## 8. ด้านความมั่นคง

ที่ผ่านมาสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีความรุนแรงเกิดผลกระทบต่อประชาชนในพื้นที่ ไม่ว่าจะเป็นการลอบวางระเบิด การชุ่่มโจมตี การลอบสังหาร การเผาบ้านเรือน สถานที่ราชการ ทั้งนี้ เพื่อสร้างความหวาดกลัวและผลักดันให้ราษฎรออกจากพื้นที่ รวมทั้งการโฆษณาชวนเชื่อ การบิดเบือนข้อมูลเพื่อสร้างความแตกแยกระหว่างราษฎรไทยพุทธกับไทยมุสลิมซึ่งมีผลทำให้เจ้าหน้าที่ของรัฐไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามภารกิจที่ได้รับมอบหมายได้อย่างต่อเนื่องเต็มที่ จากการประเมินสถานการณ์ พบว่า หมู่บ้านเป็นจุดแตกหักของการแก้ไขปัญหาความไม่สงบเรียบร้อยที่เกิดขึ้น อย่างไรก็ตามพบว่า สาเหตุสำคัญของสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ มี ดังนี้

1. ผู้ก่อเหตุใช้ประวัติศาสตร์ความเป็นมาของอาณาจักรมลายูปัตตานี ปลูกกระตม ปลูกฝังแนวคิดแบ่งแยกดินแดนเป็นรัฐปัตตานีदारुسلام
2. ใช้การบิดเบือนหลักคำสอนทางศาสนาในการต่อสู้
3. ปัญหาทางสังคมจิตวิทยา อันเป็นผลมาจากความแตกต่างทางภาษาสังคม วัฒนธรรมและศาสนา
4. ปัญหาพื้นฐานของประชาชนในพื้นที่อาทิ ปัญหาสุขภาพ ปัญหาทางเศรษฐกิจ ความยากจน รายได้น้อย และว่างงาน ปัญหาความคับแค้นทางจิตใจจากการไม่ได้รับความเป็นธรรมแลการสร้างเงื่อนไขจากข้าราชการบางส่วน ปัญหาด้านการศึกษา ปัญหายาเสพติด ปัญหากลุ่มการเมือง กลุ่มอิทธิพลทางธุรกิจ และกลุ่มผู้กระทำความผิดกฎหมาย

## 2.1.2 ข้อมูลจังหวัดยะลา

### ความเป็นมาของจังหวัดยะลา

คำว่า “ยะลา” มาจากภาษาพื้นเมืองเดิมว่า “ยาลอ” ซึ่ง แปลว่า “แห” ตามประวัติตั้งแต่สมัยสุโขทัยถึงตอนต้นกรุงรัตนโกสินทร์นั้น “เมืองยะลา” เป็นส่วนหนึ่งของเมืองมณฑลปัตตานี ต่อมาในรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชการที่ 5 ได้ทรง โปรดเกล้าให้มีการปรับปรุงการปกครองส่วนภูมิภาคใหม่ เป็นการปกครองแบบเทศาภิบาล โดยออกประกาศข้อบังคับสำหรับการปกครอง 7 หัวเมือง ร.ศ. 120 ซึ่งประกอบด้วย เมืองปัตตานี ทนองจิก ยะหริ่ง สายบุรี ยะลา ระแงะ และเมืองรามัน ในแต่ละเมืองมีพระยาเมืองเป็นผู้รักษาราชการ โดยอยู่ภายใต้การดูแลของข้าหลวงเทศาภิบาลมณฑลนครศรีธรรมราช ต่อมาในปีพุทธศักราช 2476 ได้มีการ ยุบเลิกมณฑลปัตตานี และได้มีการจัดระเบียบราชการบริหารส่วนภูมิภาคจังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน “เมืองยะลา จึงเป็นจังหวัดหนึ่งของประเทศไทยในปัจจุบัน” สำหรับเมืองยะลา ได้มีการโยกย้ายที่ตั้งมาแล้ว 4 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 ตั้งเมืองอยู่ที่ตำบลบ้านยะลา

ครั้งที่ 2 ได้ย้ายเมืองไปตั้งที่ตำบลท่าสาป บริเวณฝั่งซ้ายของแม่น้ำปัตตานี

ครั้งที่ 3 ได้ย้ายไปตั้งที่เมืองสะเตง บริเวณทางฝั่งขวาของแม่น้ำปัตตานี

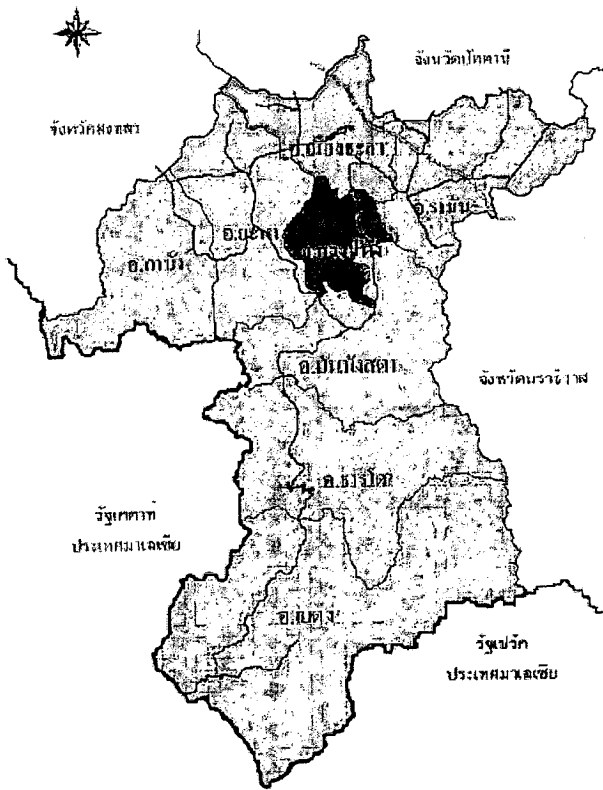
ครั้งที่ 4 ได้ย้ายไปตั้งที่ตำบลบ้านนิบง

ในสมัยอำมาตย์โทพระรัฐกิจวิจารณ์ (สวาสดิ์ ณ นคร) ผู้ว่าราชการจังหวัดยะลา คนที่ 10 (พ.ศ. 2456-2458) ได้วางผังเมืองด้วยการหาจุดศูนย์กลางใจเมือง โดยการปักหลักไว้ และเอาก้อนหินวางไว้เป็นเครื่องหมายเรียกว่า “กิโลศูนย์” และลากเส้นวงกลมเป็นชั้น ๆ มีถนนรองรับเป็นตาข่ายลักษณะใยแมงมุมในเขตเทศบาลยะลา จนได้รับการชื่นชมว่าเป็นเทศบาลซึ่งจัดวาง ผังเมืองแบบใยแมงมุมที่สวยงามที่สุดของประเทศไทย และได้รับรางวัลชนะเลิศการประกวด ความสะอาด 3 ปีซ้อน (พ.ศ.2528-2530) และในปี 2540 ได้รับการคัดเลือกจากองค์การอนามัยโลก ยกให้เป็น 1 ใน 5 เมืองของประเทศไทยในโครงการเมืองน่าอยู่ทั่วโลก

### 1. ที่ตั้งและอาณาเขต

ที่ตั้งและขนาด จังหวัดยะลา เป็นจังหวัดที่อยู่ใต้สุดของประเทศไทย อยู่ระหว่าง เส้นรุ้งที่ 5 - 7 องศาเหนือ และเส้นแวงที่ 100 - 102 องศาตะวันออก มีพื้นที่ประมาณ 4,634 ตร.กม หรือประมาณ 2.8 ล้านไร่ คิดเป็นร้อยละ 6.4 ของพื้นที่ภาคใต้ อยู่ห่างจากกรุงเทพมหานครทางรถไฟสายใต้ ประมาณ 1,039 กิโลเมตรและ ตามถนนเพชรเกษม ประมาณ 1,084 กิโลเมตร

แผนภาพ 3 แผนที่แสดงที่ตั้งและอาณาเขตจังหวัดยะลา



**อาณาเขตติดต่อ**

ทิศเหนือ	ติดต่อกับ	จังหวัดสงขลาและจังหวัดปัตตานี
ทิศใต้	ติดต่อกับ	รัฐเปรัก ประเทศมาเลเซีย
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับ	จังหวัดนราธิวาส และรัฐเปรัก ประเทศมาเลเซีย
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับ	จังหวัดสงขลา และรัฐเคดาห์ ประเทศมาเลเซีย

**2. เขตการปกครอง**

จังหวัดยะลา แบ่งเขตการปกครองเป็น 8 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอเมืองยะลา อำเภอรามัน อำเภอเยหา อำเภอบันนังสตา อำเภอธารโต อำเภอเบตง อำเภอกาบัง และอำเภอกรงปินัง มีจำนวน 58 ตำบล 379 หมู่บ้าน มีจำนวนหลังคาเรือนทั้งสิ้น 108,146 หลังคาเรือน จังหวัดยะลามีประชากรอยู่อาศัยเป็นจำนวน 512,784 คน ( ข้อมูล ฐานข้อมูล dbpop สปสช กันยายน 2554) โดยมีอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1 : 1.035 ความหนาแน่นของประชากร เท่ากับ 110 คนต่อตารางกิโลเมตร ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 75.02 รองลงมานับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 24.92 และศาสนาอื่นๆ ร้อยละ 0.06

ตาราง 2.9 จำนวนพื้นที่การแบ่งเขตการปกครอง/ครัวเรือน/ประชากรจังหวัดยะลา จำแนกรายอำเภอ

อำเภอ	พื้นที่ (ตารางกม.)	เขตการปกครอง				จำนวนบ้าน (หลัง)	ประชากร รวม
		ตำบล	หมู่บ้าน	เทศบาล	อบต		
เมืองยะลา	264	14	80	4	11	38,436	174,587
เบตง	1,328	5	32	1	4	15,302	68,602
บันนังสตา	715	6	50	2	5	12,576	56,225
ธารโต	675	4	37	1	4	4,837	23,362
ยะหา	500	7	49	1	7	10,553	56,940
รามัน	516	16	90	2	15	17,386	86,216
กาบัง	451	2	18	-	2	4,693	22,210
กรงปินัง	185	4	23	-	4	4,363	24,642
รวม	4,634	58	379	11	52	108,146	512,784

แหล่งข้อมูล : ฐานข้อมูล dbpop สปสช.ประจำเดือนกันยายน 2554

### 3. ลักษณะการปกครองท้องถิ่น

- เทศบาลนคร 1 แห่ง คือ เทศบาลนครยะลา
- เทศบาลเมือง 1 แห่ง คือ เทศบาลเมืองเบตง
- เทศบาลตำบล 9 แห่ง คือ เทศบาลตำบลลำใหม่ ยะหา กาญจนาภิเษก โกตาบารู  
บันนังสตา คอกช้าง เขื่อนบางลาง บุดี และสะเตงนอก

และองค์การบริหารส่วนตำบล 52 แห่ง

### 4. ลักษณะภูมิประเทศ

ภูมิประเทศโดยทั่วไปของจังหวัดยะลา มีลักษณะเป็นภูเขา เนินเขาและหุบเขา ตั้งแต่ตอนกลางจนถึงใต้สุดของจังหวัด มีที่ราบบางส่วนทางตอนเหนือของจังหวัด ได้แก่ บริเวณที่ราบแม่น้ำปัตตานี และแม่น้ำสายบุรี ไหลผ่าน อยู่สูงกว่าระดับน้ำทะเลปานกลางถึงสูงมาก โดยเฉลี่ยระหว่าง 100-200 เมตร พื้นที่ส่วนใหญ่ปกคลุมด้วยป่าดงดิบ และสวนยางพารา มีเทือกเขาที่สำคัญอยู่ 2 เทือกเขา คือ เทือกเขาสันกาลาคีรี เริ่มจากอำเภอเบตง เป็นแนวยาวกั้นพรมแดนระหว่างประเทศไทย กับประเทศมาเลเซีย และเทือกเขาปิไล ซึ่งเป็นเทือกเขาอยู่ภายในจังหวัด ในเขตตำบลบูดี บันนังสาเรง ของอำเภอเมืองยะลา อำเภอกรงปินัง และอำเภอรามัน

## 5. ลักษณะภูมิอากาศ

จังหวัดยะลาตั้งอยู่ในเขตรมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือ และลมมรสุมตะวันตกเฉียงใต้ ทำให้ มีสภาพอากาศแบบร้อนชื้น มี 2 ฤดู คือ ฤดูร้อน เริ่มตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม และ ฤดูฝนเริ่มตั้งแต่ พฤษภาคม - กุมภาพันธ์ อุณหภูมิต่ำสุดเฉลี่ยประมาณ 28.20 องศาเซลเซียส และสูงสุด เฉลี่ย 34.50 องศาเซลเซียส ปริมาณน้ำฝนเฉลี่ย 1,712.1 มิลลิเมตร ต่อปี มีฝนตกเฉลี่ย 148 วันต่อปี เดือนตุลาคม - พฤศจิกายน มีฝนตกชุกที่สุด

## 6. สังคมและวัฒนธรรม

สภาพสังคม ประชากรจังหวัดยะลา ส่วนใหญ่เป็นชาวไทยที่นับถือศาสนาอิสลาม และการติดต่อสื่อสารในชีวิตประจำวันใช้ภาษามลายูท้องถิ่น และยึดมั่นในหลักคำสอนของศาสนาเคร่งครัด และมีการเรียนรู้ เผยแพร่สืบทอดวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีที่เคยปฏิบัติสืบทอดกันมาไปยังผู้อื่น หรืออนุชนรุ่นหลัง นอกจากนี้จังหวัดยะลา มีการจัดการศึกษา ตั้งแต่ระดับอนุบาล ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย สายสามัญและสายอาชีพ จนถึงระดับปริญญาตรี ปัจจุบันมีสถานศึกษารวมทั้งสิ้น 894 แห่ง อย่างไรก็ตาม ด้านวัฒนธรรมและขนบธรรมเนียมประเพณีของประชาชนจังหวัดยะลา มีลักษณะที่คล้ายคลึงและไม่แตกต่างไปจากจังหวัดอื่น ๆ เช่น การแต่งกาย การขึ้นบ้านใหม่ เป็นต้น

ในการแต่งกายสำหรับชาวไทยที่นับถือศาสนาอิสลามในจังหวัดยะลา มีการแต่งกายเหมือนกับจังหวัดชายแดนภาคใต้อื่น ๆ โดยถือกันว่า การเปิดเผยอวัยวะบางส่วนของร่างกายที่บัญญัติไว้ทางศาสนาถือว่า ผิดหลักศาสนาและมารยาทอันดีงาม โดยทั่วไปผู้ชายนิยมนุ่งโสร่ง หรือกางเกงขายาวสวมเสื้อแขนยาวและสวมหมวกกาปิเยาะ ส่วนผู้หญิงก็สวมเสื้อแขนยาวถึงข้อมือ และนุ่งผ้า กรอมเท้าตลอดจนคลุมศรีษะ เปิดเผยเฉพาะใบหน้าและมือจนถึงข้อมือ ตามที่ศาสนาบัญญัติไว้

การถือศีลอด (ถือบวช) เมื่อถึงเดือน “รอมฎอน” หรือเดือนที่ 9 ของปีฮิจเราะห์ศักราชชาวไทยที่นับถือศาสนาอิสลามทุกคนจะถือศีลอด นับเป็นเวลา 1 เดือนเต็มในช่วงระยะเวลาดังกล่าว เขาจะไม่ยอมให้อาหารและน้ำ หรือน้ำลายล่องล้ำเข้าไปในลำคอ นับตั้งแต่ตะวันสางไปจนถึงตะวันลับขอบฟ้า และจะเริ่มรับประทานอาหารเมื่อถึงเวลาตะวันลับขอบฟาล่วงไปแล้วจนถึงก่อนสว่าง ทั้งนี้ได้หมายความว่า ในเวลากลางคืนจะมีการร่วมวงรับประทานอาหารกันอย่างเต็มที่เช่นปกติ เพียงแต่ประทั่งความหิวเท่านั้น

## 7. เศรษฐกิจ

ผลิตภัณฑ์มวลรวม (GPP) จังหวัดยะลา (ปี 2552) เท่ากับ 33,077 ล้านบาท ภาวะเศรษฐกิจของจังหวัดยะลา ขึ้นอยู่กับภาคการผลิตสาขาเกษตรกรรม การล่าสัตว์ และการป่าไม้ สาขาการขายส่งขายปลีก การซ่อมยานยนต์ ของใช้ส่วนบุคคล และของใช้ในครัวเรือน และสาขาการบริหารราชการแผ่นดินและการป้องกันประเทศ รวมทั้งการประกันสังคมภาคบังคับเป็นสำคัญตามลำดับ รายได้ประชากรในจังหวัดยะลาเฉลี่ย 68,926 บาท ต่อคนต่อปี

## 8. สาธารณสุขและสถานะสุขภาพของประชากร

การสาธารณสุข มีจำนวนสถานพยาบาลแผนปัจจุบันของรัฐที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนทั้งสิ้น 8 แห่ง มีจำนวนเตียง 886 เตียง และสถานพยาบาลเอกชน 1 แห่ง จำนวน 60 เตียง

ตาราง 2.10 ข้อมูลสถิติชีพและสถานะสุขภาพของประชาชนจังหวัดยะลา พ.ศ. 2552 – 2554

สถิติชีพ/สถานะสุขภาพ	เป้าหมาย	2552	2553	2554
-อัตราเกิด: 1,000 ประชากร	-	20.83	20.74	21.14
-อัตราตาย: 1,000 ประชากร	-	5.53	5.40	5.23
-อัตราเพิ่มตามธรรมชาติ %	ไม่เกิน 1.2	1.53	1.53	1.59
-อัตราส่วนการตายมารดา : เกิดมีชีพ 100,000 คน	ไม่เกิน 36	12.37	73.77	60.80
-อัตราทารกตายปริกำเนิด : การเกิด 1,000 คน	ไม่เกิน 9	7.98	7.44	9.20
-ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม	ไม่เกิน ร้อยละ 7	9.18	8.10	8.75
-ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด	ไม่เกิน 30 ต่อพัน	21.05	16.99	23.87
-ภาวะโลหิตจาง ในหญิงมีครรภ์	ไม่เกิน ร้อยละ 10	13.10	13.31	14.83
-แม่ติดเชื้อ HIV	ไม่เกิน ร้อยละ 1	-	0.03	0.46
-หญิงมีครรภ์ได้รับการดูแลก่อนครบ 4 ครั้งตามเกณฑ์	ร้อยละ 90	80.05	77.47	84.07
มารดาคลอด				
-โดยเจ้าหน้าที่		93.71	93.39	96.60
-โดย ผดบ.		6.29	6.51	3.40
-เด็กอายุ 0 – 5 ปี มีการเจริญเติบโต ตามเกณฑ์	ร้อยละ 93	93	84.08	83.36
มาตรฐานอายุ/น้ำหนัก				

ที่มา : กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา 2555

ตาราง 2.11 สาเหตุการตาย 10 อันดับแรก จังหวัดยะลา พ.ศ. 2552 - 2554

สาเหตุการตาย	พ.ศ. 2552	พ.ศ.2553	พ.ศ.2554
1. สาเหตุภายนอกของการป่วยและตาย	44.68	51.21	55.58
2. ระบบไหลเวียนโลหิต	35.14	44.30	42.71
3. โรคเนื้องอก(รวมมะเร็ง)	24.98	25.40	26.13
4. โรคติดเชื้อและปรสิต	29.04	33.53	23.99
5. โรคระบบหายใจ	22.54	18.70	20.28
6. โรคของระบบสืบพันธุ์ร่วมปัสสาวะ	9.34	9.14	8.58
7. โรคระบบย่อยอาหาร	6.30	6.50	6.24
8. โรคระบบประสาท	4.47	6.30	6.24
9. โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึม	6.50	10.36	5.85
10. ภาวะผิดปกติของทารกที่เกิดขึ้นในระยะปริกำเนิด	8.53	9.75	5.66

ที่มา : รายงานการตาย กระทรวงสาธารณสุข (อัตราการตายต่อประชากร 100,000 คน). 2555.

ตาราง 2.12 โรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา 10 อันดับแรก จังหวัดยะลา พ.ศ. 2552-2554

โรค	พ.ศ.2552		พ.ศ.2553		พ.ศ.2554	
	จำนวน	อัตราป่วย	จำนวน	อัตราป่วย	จำนวน	อัตราป่วย
1. อูจจาระร่วงเฉียบพลัน	4627	1,053.52	5,655	1,287.59	5621	1,142.26
2. ไข้ไม่ทราบสาเหตุ	827	188.30	3,455	786.67	2110	428.78
3. ปอดบวม	1155	262.98	1,343	305.79	1802	366.19
4. มาลาเรีย	1590	362.03	2,122	483.16	693	140.83
5. ตาแดง	1603	364.99	515	117.26	465	94.49
6. สุกใส	177	40.30	261	59.43	426	86.57
7. อาหารเป็นพิษ	248	56.47	223	50.77	216	43.89
9. วัณโรค	194	44.17	207	47.13	200	40.64
9. ไข้หวัดใหญ่	152	34.60	227	51.69	187	38.00
10. หัด	110	25.04	57	12.98	158	32.11

ที่มา : รายงาน 506/507 งานระบาดวิทยา/ควบคุมโรค สสจ.ยะลา (อัตราป่วยต่อประชากร 100,000 คน)

(2555)



ตาราง 2.13 สาเหตุการป่วย 10 อันดับแรกของผู้ป่วยใน จังหวัดยะลา ปีงบประมาณ 2552 -2554

สาเหตุการป่วย	ปี 2552	ปี 2553	ปี 2554
1. โรคเกี่ยวกับต่อมไทรอยด์	1,738.03	1,713.19	2,166.92
2. โรคแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์ การคลอด	1,619.98	1,639.46	1,808.56
3. การคลอดปกติ	1,060.86	938.82	1,064.21
4. โรคเลือด อวัยวะที่สร้างเลือดและความผิดปกติ	767.38	808.57	1,007.54
5. ความดันโลหิตสูง	702.74	783.99	972.00
6. โรคติดเชื้ออื่น ๆ	955.48	1,057.20	900.33
7. โรคติดเชื้อของลำไส้	919.11	875.34	898.36
8. อาการแสดงและสิ่งผิดปกติตรวจพบทาง คลินิก	841.37	854.65	871.11
9. ภาวะบางอย่างที่เกิดในระยะปริกำเนิด	726.85	768.02	821.36
10. โรคระบบย่อยอาหาร	635.83	689.17	803.39

ที่มา : รายงาน 505 (อัตราป่วยต่อประชากร 100,000 คน). 2555.

ตาราง 2.14 สาเหตุการป่วย 10 อันดับแรกของผู้ป่วยนอก จังหวัดยะลาปีงบประมาณ 2552-2554

สาเหตุการป่วย	ปี 2552	ปี 2553	ปี 2554
1.โรคระบบหัวใจ	51,994.21	34,170.64	38,581.98
2. โรคระบบย่อยอาหาร รวมโรคในช่องปาก	28,546.07	22,222.34	27,302.56
3. โรคระบบไหลเวียนเลือด	19,679.00	17,510.60	24,088.41
4. โรคระบบกล้ามเนื้อ รวมโครงร่าง	20,755.03	15,339.26	18,584.74
5. อาการแสดงและสิ่งผิดปกติตรวจพบทางคลินิก	24,191.41	17,795.89	18,133.98
6. โรคเกี่ยวกับต่อมไทรอยด์	13,986.41	11,924.75	16,252.57
7. โรคติดเชื้อและปรสิต	14,873.10	10,045.06	10,158.15
8. โรคผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	10,151.58	8,346.61	9,669.29
9. สาเหตุภายนอกอื่น ๆที่ทำให้ป่วยหรือตาย	6,438.14	10,302.29	9,185.95
10. โรคระบบสืบพันธุ์ร่วมปัสสาวะ	6,702.53	5,923.36	7,461.70

ที่มา : รายงาน 504 (อัตราป่วยต่อประชากร 100,000 คน). 2555.

## 9. ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข

จังหวัดยะลามีสถานบริการสาธารณสุขในทุกระดับประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ (ยะลา) 1 แห่ง  
โรงพยาบาลทั่วไป (เบตง) 1 แห่งโรงพยาบาลชุมชน 6 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชน (สิโรรส) 1 แห่ง โรงพยาบาล  
ส่งเสริมสุขภาพตำบล 80 แห่ง และศูนย์สุขภาพชุมชน 7 แห่ง

ตาราง 2.15 จำนวนสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดยะลา ปี 2555

สถานบริการหลัก (CUP)	จำนวนประชากร	จำนวนเตียงที่ ให้บริการจริง	อัตรา การครองเตียง	จำนวน รพ.สต./ศสม.
รพศ.ยะลา	174,587	452	109.72	17/5
รพท.เบตง	68,602	170	55.03	9/2
รพ.บันนังสตา	56,225	47	81.64	10
รพ.ธารโต	23,362	30	84.93	9
รพพร.ยะหา	56,940	72	61.93	10
รพ.รามัน	86,216	75	115.75	16
รพ.กาบัง	22,210	30	72.39	4
รพ.กรงปินัง	24,642	10	56.41	5

ที่มา : Case Mix index (CMI) ของโรงพยาบาล ข้อมูลไตรมาสแรกปีงบประมาณ 2555 (ต.ค.-ธ.ค. 54)

### 2.1.3 จังหวัดนราธิวาส

#### ประวัติการปกครอง

นราธิวาสเดิมชื่อ “มะนาลอ” เป็นหมู่บ้านขึ้นอยู่กับเมืองสายบุรี ต่อมาได้มีการเปลี่ยนแปลงโอนไปขึ้นอยู่กับเมืองระแงะ ซึ่งเป็นเมืองหนึ่งในการปกครอง 7 หัวเมือง โดยมีประวัติศาสตร์ของจังหวัดนราธิวาส ดังนี้ ในสมัยพระบาทสมเด็จพระพุทธยอดฟ้าจุฬาโลกมหาราช (พ.ศ. 2325-2353) ได้แบ่งเขตการปกครองบริเวณชายแดนภาคใต้ ออกเป็น 7 หัวเมือง คือ เมืองปัตตานี เมืองหนองจิก เมืองยะลา เมืองรามัน เมืองระแงะ เมืองสายบุรี และเมืองยะหริ่ง โดยมีเจ้าเมืองเป็นผู้ปกครอง ในปี พ.ศ.2444 (ร.ศ.120) รัชสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ได้เปลี่ยนแปลงการปกครองมาเป็นแบบมณฑลเทศาภิบาล และให้หัวเมืองทั้ง 7 หัวเมือง อยู่ในความปกครองของเทศาภิบาล เมื่อปี 2449 (ร.ศ. 125) พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ได้โปรดเกล้าฯ ให้ยุบหัวเมืองทั้ง 7 เหลือแค่เพียง 4 หัวเมือง และให้ขึ้น อยู่กับมณฑลปัตตานี คือ 1. เมืองปัตตานี ประกอบด้วย หนองจิก ยะหริ่ง และปัตตานี 2. เมืองยะลา ประกอบด้วย รามัน และยะลา 3. เมืองสายบุรี และ 4. เมืองระแงะ

สำหรับหัวเมืองประเทศราช 4 เมือง ได้แก่ กลันตัน ตรังกานู ไทรบุรี (เคดาห์) และ เปอร์ลิส อังกฤษ เข้ายึดครอง ในปี พ.ศ. 2452 (ค.ศ. 1909) หมู่บ้านมะนาลอ ซึ่งขึ้นกับเมืองระแงะ มีความเจริญและเป็นชุมชนที่หนาแน่นมากกว่าตัวเมืองระแงะ ต่อมาพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 6 ได้เสด็จ พระราชดำเนินมาเยี่ยมราษฎรภาคใต้ เมื่อ พ.ศ. 2458 และทรงมีพระราชดำริให้ย้ายศาลาว่าการเมืองระแงะ มาตั้งอยู่บ้านมะนาลอ และได้พระราชทานชื่อเมืองว่า “เมืองนราธิวาส” คำว่า “นราธิวาส” มาจากคำสนธิ ระหว่าง นร + อธิวาส ซึ่งแปลว่า ที่อยู่ของคนดี ในปี พ.ศ. 2476 ได้มีการตราพระราชบัญญัติว่าด้วย ระเบียบบริหารแห่งราชอาณาจักรสยาม “เมืองนราธิวาส” จึงได้รับการจัดตั้งเป็น “จังหวัดนราธิวาส” มาจนถึงปัจจุบัน

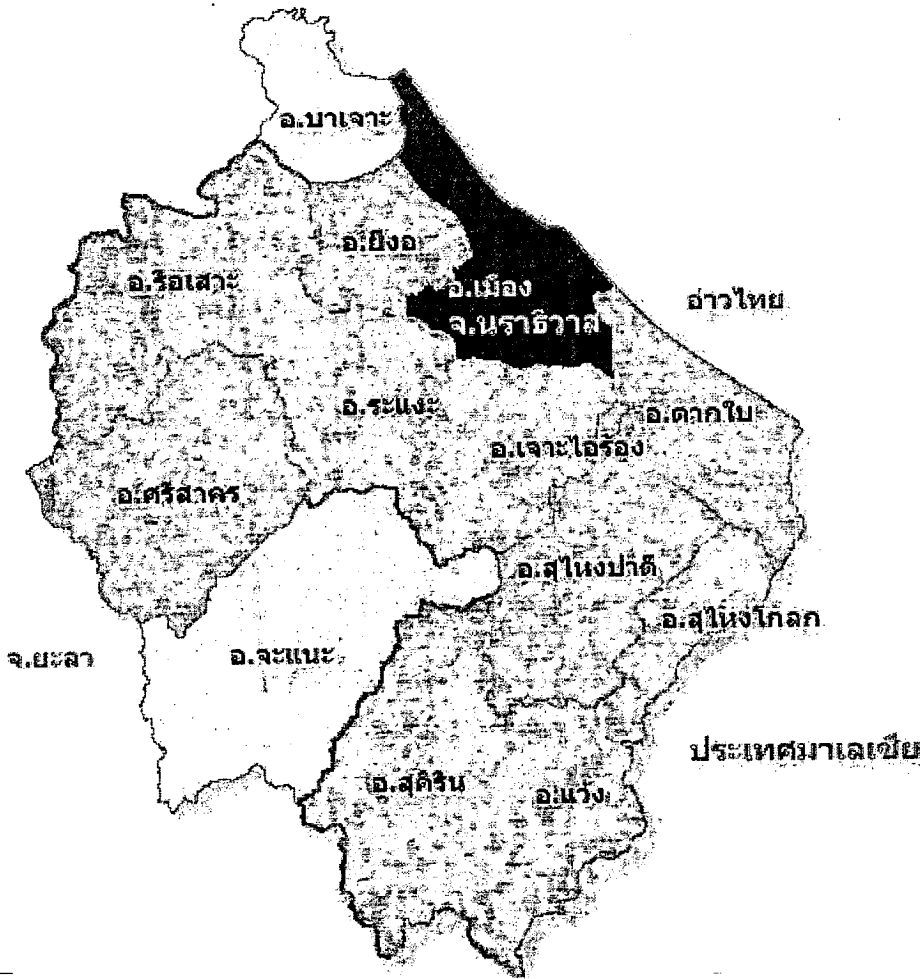
#### 1. สภาพภูมิศาสตร์

##### ที่ตั้งและอาณาเขต

จังหวัดนราธิวาส เป็นจังหวัดชายแดน ตั้งอยู่บนฝั่งทะเลด้านตะวันออกของแหลมมลายู ห่างจากกรุงเทพมหานคร โดยทางรถยนต์ 1,149 กิโลเมตรและทางรถไฟ 1,116 กิโลเมตร

ทิศเหนือ	จดจังหวัดปัตตานี และอ่าวไทย
ทิศตะวันออก	จดประเทศมาเลเซีย
ทิศใต้	จดอ่าวไทย และประเทศมาเลเซีย
ทิศตะวันตก	จดจังหวัดยะลา

แผนภาพ 4 ลักษณะภูมิประเทศจังหวัดนราธิวาส



พื้นที่ของจังหวัดนราธิวาสเป็นป่าและภูเขาประมาณ 2/3 ของพื้นที่ทั้งหมด มีภูเขาหนาแน่นแถบทิศตะวันตกเฉียงใต้จดเทือกเขาสันกาลาคีรี ซึ่งเป็นแนวกันพรมแดนไทย-มาเลเซีย ลักษณะของพื้นที่ มีความลาดเอียงจากทิศตะวันตกไปสู่ทิศตะวันออก พื้นที่ราบส่วนใหญ่อยู่บริเวณติดกับอ่าวไทยและเป็นที่ยึดกุมบริเวณแม่น้ำ 4 สาย คือ แม่น้ำสายบุรี แม่น้ำบางนรา แม่น้ำตากใบ และปลายแม่น้ำโก-ลก มีพื้นที่เป็นพรุ จำนวนประมาณ 361,860 ไร่

## 2. ภูมิอากาศ

ลักษณะอากาศเป็นแบบมรสุมเขตร้อน แบ่งฤดูกาลออกเป็น 2 ฤดู ได้แก่ (1) ฤดูฝน แบ่งเป็น 2 ช่วง ได้แก่ ช่วงที่รับลมมรสุมตะวันตกเฉียงใต้ ซึ่งพัดเอาความชื้นจากทะเลอันดามัน และมหาสมุทรอินเดียเข้ามา ทำให้มีฝนตกชุกในเดือนพฤษภาคมถึงเดือนตุลาคม อีกช่วงหนึ่ง คือช่วงที่รับลมมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งพัดเอาความชื้นจากอ่าวไทยเข้ามา ทำให้มีฝนตกชุกในเดือนพฤศจิกายน ถึงเดือนมกราคม (2) ฤดูร้อน อยู่ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนเมษายน เนื่องจากได้รับลมตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งเป็นลมร้อนที่พัดมาจากทะเลจีนใต้ ทำให้อากาศโดยทั่วไปร้อนและชื้น

## 3. พื้นที่ ประชากร ศาสนาและภาษา

จังหวัดนราธิวาส มีพื้นที่ทั้งหมด 4,475.43 ตารางกิโลเมตร มีประชากรจากการสำรวจของที่ทำการปกครองจังหวัดนราธิวาส ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2554 จำนวน 729,936 คน จำแนกเป็นเพศชาย 360,768 คน เพศหญิง 369,168 คน ประชากรจังหวัดนราธิวาส นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 83 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 16.54 นับถือศาสนาคริสต์และอื่นๆ ร้อยละ 0.55 มีมัสยิด 626 แห่ง วัด 71 แห่ง สำนักสงฆ์ 21 แห่ง และโบสถ์คริสต์ 4 แห่ง ประชากรใช้ภาษาพูดหลากหลาย เพราะมีหลายกลุ่มมาตั้งถิ่นฐานในจังหวัดนราธิวาส ที่มาจากภาคกลางก็จะใช้ภาษาไทยมาตรฐาน หากมาจากจังหวัดอื่น ๆ ในภาคใต้ จะมีสำเนียงพูดหลายสำเนียง เช่น สำเนียงภาษาไทยใต้ตอนบน ภาษาไทยใต้ตอนล่าง และยังมีภาษาพูดและสำเนียงที่แปลกไปจากภาษาไทยภาคใต้ในจังหวัดอื่นๆมากเป็นพิเศษคือ สำเนียงภาษาเจ๊ะเห มีพูดกันมานานและมีอยู่ในกลุ่มคนไทยพุทธดั้งเดิมของจังหวัดนราธิวาส เป็นเอกลักษณ์ประจำถิ่นของอำเภอตากใบ สำหรับคนไทยที่นับถือศาสนาอิสลามจะใช้ภาษาซึ่งเรียกว่า “ภาษามลายูถิ่น” หรือเรียกว่า “ภาษายาวี” ในชีวิตประจำวันคล้ายคลึงกับภาษามลายู ในประเทศมาเลเซีย อินโดนีเซีย และบรูไน

## 4. ข้อมูลสถิติชีพและสถานะสุขภาพ

### สถิติชีพ

ในปี 2555 มีเด็กเกิดใหม่จำนวน 14,137 คน คิดเป็นอัตราการเกิดต่อประชากรหนึ่งพันคน เท่ากับ 19.09 และมีจำนวนคนตาย 4,068 คน คิดเป็นอัตราการตายต่อประชากรหนึ่งพันคน เท่ากับ 5.49 จำนวนการเพิ่มประชากร ปี 2554 จำนวน 10,069 คน คิดเป็นร้อยละ 1.36 เมื่อพิจารณาอัตราการเกิด พบว่าสูงที่สุดคือ อำเภอเมืองนราธิวาส ซึ่งมีอัตราการเกิดต่อประชากร 1 พันคน เท่ากับ 38.64 และรองลงมา คือ อำเภอสุไหงโก-ลก ซึ่งมีอัตราการเกิดเท่ากับ 34.21 ส่วนอัตราการตายในเด็ก 0-5 ปี คิดเป็น 16.55 ต่อพันการเกิดมีชีพ รายละเอียดดังตาราง 2.16

ตาราง 2.16 จำนวนและอัตราการเกิด การตาย การเพิ่มและอัตราตายในเด็ก 0-5 ปี จังหวัดนราธิวาส

อำเภอ	การเกิด		การตาย		การเพิ่ม		เด็ก 0-5 ปี ตาย	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
เมืองนราธิวาส	4,405	38.64	661	5.80	3,744	3.28	53	12.03
ตากใบ	914	13.34	390	5.69	524	0.76	15	16.41
บาเจาะ	740	14.70	313	6.22	427	0.85	21	28.38
ยี่งอ	365	8.40	288	6.63	77	0.18	9	24.66
ระแงะ	1,228	14.08	476	5.46	752	0.86	24	19.54
รือเสาะ	1,008	14.93	320	4.74	688	1.02	21	20.83
ศรีสาคร	654	17.90	165	4.52	489	1.34	15	22.94
แว้ง	408	8.10	268	5.32	140	0.28	9	22.06
สุคีริน	310	12.59	113	4.59	197	0.80	3	9.68
สุโหงโกลก	2,525	34.21	416	5.64	2,109	2.86	26	10.30
สุโหงปาดี	550	10.67	273	5.30	277	0.54	7	12.73
จะแนะ	586	16.79	165	4.73	421	1.21	17	29.01
เจาะไอร้อง	444	11.72	220	5.81	224	0.59	14	31.53
รวมทั้งจังหวัด	14,137	19.09	4,068	5.49	10,069	1.36	234	16.55

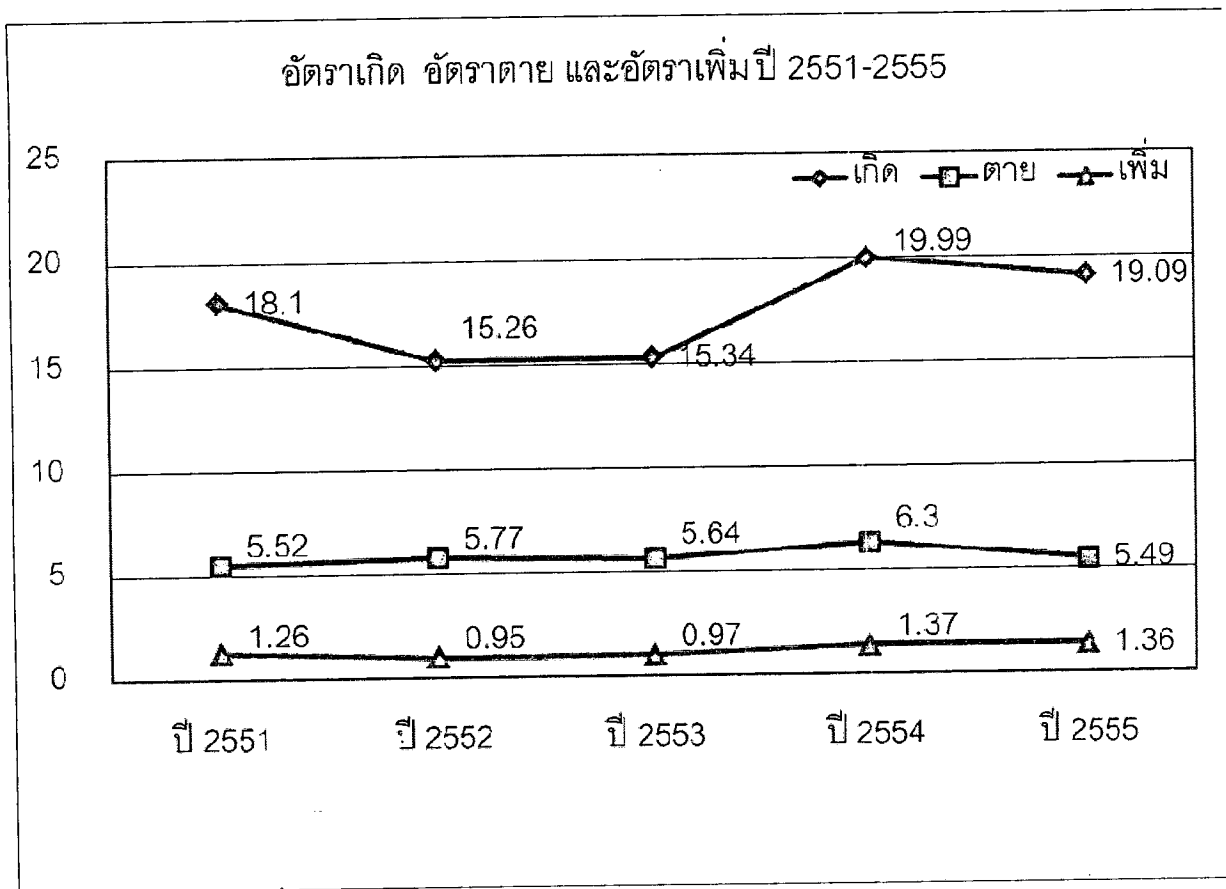
ที่มา : รายงานการตาย (แบบ 1202 รง.517/2) และ รายงานการคลอด (แบบ ก-2) ปี 2555

หมายเหตุ : 1. อัตราเกิด อัตราตาย = อัตราต่อพันของประชากรกลางปี

2. อัตราเพิ่ม = อัตราร้อยละของประชากรกลางปี

3. อัตราตายในเด็ก 0-5 ปี = อัตราต่อพันของการเกิดมีชีพ

แผนภูมิ 1 แสดงอัตราเกิด อัตราตาย และอัตราเพิ่ม จังหวัดนราธิวาส ปี 2551-2555



ตาราง 2.17 เปรียบเทียบอัตราการเกิด อัตราตาย และอัตราเพิ่ม ย้อนหลัง 5 ปี

อัตรา	ปี 2551	ปี 2552	ปี 2553	ปี 2554	ปี 2555
เกิด	18.1	15.26	15.34	19.99	19.09
ตาย	5.52	5.77	5.64	6.3	5.49
เพิ่ม	1.26	0.95	0.97	1.37	1.36

ที่มา : รายงานการตาย (แบบ 1202 รง. 517/2) และรายงานการคลอด (แบบ ก- 2) ปี 2551-2555

## 5. สถานะสุขภาพ

### 5.1 สาเหตุการตายที่สำคัญ 10 อันดับ ปี 2555 จังหวัดนราธิวาส

ในปีงบประมาณ 2555 สาเหตุการตายที่สำคัญ มีทั้งหมด 211 กลุ่มโรค จำนวน 4,219 คน สาเหตุการตายที่สำคัญ พบว่า สาเหตุการตายสูงสุด คือ เนื้องอกร้าย (มะเร็ง)รวมทุกชนิด จำนวน 244 คน คิดเป็นอัตราตาย 32.94 ต่อแสนประชากร (ร้อยละ 5.78 ของจำนวนการตายทั้งหมด) รองลงมาคือ การถูกทำร้าย จำนวน 183 คน คิดเป็นอัตราตาย 24.71 ต่อแสนประชากร (ร้อยละ 4.34 ของจำนวนการตายทั้งหมด) และโรคหัวใจขาดเลือด จำนวน 161 คน คิดเป็นอัตราตาย 21.74 ต่อประชากรแสนคน (ร้อยละ 3.82 ของจำนวนการตายทั้งหมด) ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 2.18

ตาราง 2.18 สาเหตุการตาย 10 อันดับแรกของจังหวัดนราธิวาส

อันดับ	สาเหตุการตาย	จำนวน (คน)	อัตราต่อประชากรแสนคน	ร้อยละของทั้งหมด
1.	เนื้องอกร้าย(มะเร็ง)ทุกชนิด	244	32.94	5.78
2.	การถูกทำร้าย	183	24.71	4.34
3.	โรคหัวใจขาดเลือด	161	21.74	3.82
4.	ไข้จากสาเหตุอื่นและไม่ทราบสาเหตุ	139	18.77	3.29
5.	ความดันโลหิตสูง	129	17.42	3.06
6.	ติดเชื้ออื่นในกระแสเลือด	125	16.88	2.96
7.	โรคหลอดเลือดสมอง	124	16.74	2.94
8.	อุบัติเหตุการขนส่ง	111	14.99	2.63
9.	ไข้หวัดใหญ่	97	13.10	2.30
10.	รูปแบบอื่นของโรคหัวใจ	96	12.96	2.28

ที่มา : รายงานการตาย (แบบ 1202 รง.517/2) ปี 2555

### 5.2 ภาวะการเจ็บป่วยของประชาชน

ในปีงบประมาณ 2555 มีการรายงานสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอก (21กลุ่มโรค) จำนวนทั้งสิ้น 2,073,535 ราย ภาวะการเจ็บป่วยของประชาชน พบว่า ป่วยด้วยโรคระบบหายใจสูงสุดมีอัตราป่วยเท่ากับ 48,399.09 ต่อประชากรแสนคน คิดเป็นร้อยละ 17.29 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด รองลงมา คือ โรคระบบไหลเวียนโลหิต มีอัตราป่วยเท่ากับ 40,837.55 ต่อประชากรแสนคน คิดเป็นร้อยละ 14.59 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด และโรคระบบย่อยอาหารรวมโรคในช่องปาก มีอัตราป่วยเท่ากับ 33,869.60 ต่อประชากรแสนคน คิดเป็นร้อยละ 12.10 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 2.19



ตาราง 2.19 สาเหตุการป่วย 10 อันดับแรกของผู้ป่วยนอก จังหวัดนราธิวาส

อันดับ	ชื่อโรค	จำนวน (ราย)	อัตราต่อประชากร แสนคน	ร้อยละ
1	โรคระบบหายใจ	358,509	48,399.09	17.29
2	โรคระบบไหลเวียนโลหิต	302,498	40,837.55	14.59
3	โรคระบบย่อยอาหารรวมโรคในช่องปาก	250,884	33,869.60	12.10
4	โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการ และเมตาบอลิซึม	183,187	24,730.44	8.83
5	อาการ อาการแสดง และสิ่งผิดปกติที่พบจากการตรวจทางคลินิกและอื่นๆ	181,740	24,535.09	8.76
6	โรคระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน	171,397	23,138.77	8.27
7	ภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม	122,267	16,506.17	5.90
8	โรคติดเชื้อและปรสิต	107,160	14,466.71	5.17
9	สาเหตุภายนอกอื่น ๆ ที่ทำให้ป่วยหรือตาย	86,538	11,682.72	4.17
10	โรคของผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	85,574	11,552.58	4.13

ที่มา : รายงาน 504 ปี 2555

เมื่อพิจารณารายงานผู้ป่วยใน (โรค 75 โรค) ในปีงบประมาณ 2555 มีผู้ป่วยจำนวน 193,563 ราย จำนวนผู้ป่วยในสูงสุด คือ โรคโรคอื่นๆเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อโภชนาการและเมตาบอลิซึม มีอัตราป่วยเท่ากับ 3,624.37 ต่อประชากรแสนคน คิดเป็นร้อยละ 13.87 ของจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด รองลงมา คือภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์การคลอดการตั้งครรภ์ อัตราป่วย 1,792.54 ต่อประชากรแสนคน คิดเป็นร้อยละ 6.86 ของจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด และโรคโรคความดันโลหิตสูง อัตราป่วย 1,505.26 ต่อประชากรแสนคน คิดเป็น ร้อยละ 5.76 ของจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด รายละเอียดดังตารางที่ 2.20

ตาราง 2.20 สาเหตุการป่วย 10 อันดับแรกของผู้ป่วยใน จังหวัดนราธิวาส

อันดับ	ชื่อโรค	จำนวน คน	อัตราต่อ ประชากรแสนคน	ร้อยละของ ทั้งหมด
1	โรคอื่นๆเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อโภชนาการและเมตาบอลิซึม	26,847	3,624.37	13.87
2	ภาวะแทรกซ้อนในการตั้งครรภ์การคลอดการตั้งครรภ์	13,278	1,792.54	6.86
3	โรคความดันโลหิตสูง	11,150	1,505.26	5.76
4	โรคเลือดและอวัยวะสร้างเลือดและความผิดปกติเกี่ยวกับ ภูมิคุ้มกัน	10,540	1,422.91	5.45
5	โรคอื่นๆทั้งหมด	10,114	1,365.40	5.23
6	โรคอื่นๆของระบบย่อยอาหาร	9,860	1,331.11	5.09
7	ความผิดปกติอื่นๆที่เกิดจากระยะปริกำเนิด	9,619	1,298.58	4.97
8	การคลอดไม่ระบุโรคแทรก	8,706	1,175.32	4.50
9	โรคเกี่ยวกับลำไส้เล็กและโรคท้องร่วงอื่นๆ	7,844	1,058.95	4.05
10	โรคติดเชื้ออื่นๆ	6,963	940.01	3.60

ที่มา : รายงาน 505 ปี 2555

จากข้อมูลข้างต้นกล่าวถึงภาพรวมของในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ โดยแยกนำเสนอในแต่ละจังหวัด เริ่มต้นด้วยจังหวัดปัตตานี ต่อมาจังหวัดยะลา และจบท้ายด้วยจังหวัดนราธิวาส ซึ่งรายละเอียดต่อไปจะกล่าวถึงลักษณะประชากรในภาพรวมของประชากรวัยเจริญพันธุ์ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ซึ่งแสดงถึงอัตลักษณ์ของประชากรในพื้นที่ดังกล่าวดังนี้

#### 2.1.4 อัตลักษณ์ของประชากรในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้

ประชากรในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้อย่างจังหวัดปัตตานี จังหวัดยะลา และจังหวัดนราธิวาสถือว่าเป็นประชากรที่มีอัตลักษณ์แตกต่างจากประชากรในพื้นที่อื่นๆ ในประเทศไทย หรืออาจจะกล่าวได้ว่ามีความแตกต่างจากประชากรไทยมุสลิมในพื้นที่อื่นๆ เช่นกันแม้ว่าประชากรในพื้นที่สามจังหวัดจะนับถือศาสนาอิสลามด้วยเหมือนกัน ตามผลการศึกษาค้นไทยมุสลิมของ พีรยศ ราฮิมมูลา (2555) กล่าวถึงประชากรในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ว่าเป็นประชากรที่มีความหลากหลาย ทางเชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา และลักษณะทางภูมิศาสตร์ ทำให้จำเป็นต้องทำความเข้าใจถึงวัฒนธรรม ความเป็นอยู่และเงื่อนไขการดำเนินชีวิต โดยแบ่งประชากรในพื้นที่สามจังหวัดออกเป็น “ออฆออาละฮิล” (คนริมทะเล) กับ “ออฆออาละอูลู” (คนริมภูเขาหรือคนต้นน้ำ) และคนอีกกลุ่มหนึ่งที่ถูกเรียกและเรียกตนเองว่า “ออฆออาละอะ” (คนพื้นราบหรือคนบนบก) โดยแบ่งรายละเอียดดังนี้ ออฆออาละฮิล (คนริมทะเล) หมายถึง คนหรือกลุ่มคนที่อาศัยและตั้งรกรากอยู่ริมทะเลทั้งบริเวณชายฝั่งและ

เมืองเก่าริมทะเล ไม่เพียงเฉพาะชาวประมง หากรวมถึงคนเมืองที่ได้รับความเจริญทั้งทางการค้า การศึกษา และ การได้รับอิทธิพลจากการเป็นเมืองท่า การแลกเปลี่ยนสินค้าและการเป็นเมืองปากแม่น้ำ ริมชายฝั่งทะเลและตั้งอยู่ บริเวณชายแดน อาทิ อำเภอนองจิก อำเภอเมืองปัตตานี อำเภอสายบุรี อำเภอเมืองนราธิวาส และอำเภอตากใบ ซึ่งคนและกลุ่มชนในพื้นที่เหล่านี้ได้รับอิทธิพลทางการค้า การแลกเปลี่ยนสินค้า การอพยพของแรงงาน การมา เยือนของอาคันตุกะ การเดินเรือทั้งขนาดเล็กและขนาดใหญ่ ความเสี่ยงในการออกทะเลและภาวะหนี้สินที่มา จาก การค้าการลงทุน และการประมงที่มีภาวะแปรผันตามลมฟ้าอากาศ และสภาพทางภูมิศาสตร์ที่ส่งผลต่อลักษณะ นิสัย และความต้องการที่จะได้รับการตอบสนองที่รวดเร็วจากกิจกรรมที่เป็นผลมาจากดำเนินนโยบายของรัฐ รวมทั้งการตอบสนองความต้องการจากนักการเมือง ในขณะที่ **ออแซอูเลออุลู** (คนริมภูเขาหรือคนต้นน้ำ) หมายถึง คนหรือกลุ่มคนที่อาศัยและตั้งรกรากอยู่ริมชายเขาตลอดทั้งบริเวณเทือกเขาบูโดและสันกาลาศิรี จากทิศ เหนือจรดทิศใต้ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่อยู่ลึกเข้าไปจากชายฝั่งด้านทิศตะวันตกของแหลมมลายู ซึ่งเป็นพื้นที่ป่าต้นน้ำและ เป็นเมืองเก่าริมชายเขา อาทิ อำเภอแว้ง อำเภอสุคีริน อำเภอสุโหงปาตี อำเภอระแงะ อำเภอศรีสาคร ของจังหวัด นราธิวาส ตลอดจนจนถึงอำเภอรามัน อำเภอกรงปินัง อำเภอบันนังสตา อำเภอบางกลาง อำเภอยะหา อำเภอธารโต อำเภอกาบัง และอำเภอเบตงของจังหวัดยะลา อำเภอสะบ้าย้อย และอำเภอนาทวีของจังหวัดสงขลา

นอกจากคนกลุ่มนี้เป็นคนพื้นเมืองเดิมแล้ว ยังมีคนป่า ซาไก ชาวจีนอพยพ ชาวจีนกลุ่มผู้ร่วมพัฒนา ชาติไทยและกลุ่มคนที่อพยพมาจากริมชายฝั่งทะเลเข้ามาตั้งรกราก บุกเบิกพื้นที่และตั้งชุมชนใหม่ รวมทั้งกลุ่มคนที่ อพยพมาด้วยนโยบายของภาครัฐในการสร้างนิคมสร้างตนเอง ที่อพยพคนจากภาคอีสานและภาคใต้ตอนบน หลังจากเกิดเหตุการณ์อุทกภัยครั้งใหญ่ที่แหลมตะลุมพุก จังหวัดนครศรีธรรมราช เมื่อ พ.ศ.2505 เข้ามาบุกเบิก พื้นที่ทำสวนยาง สวนผลไม้ ทั้งที่อำเภอสุคีริน และอำเภอบันนังสตาและอำเภออื่นๆ โดยคนในพื้นที่แห่งนี้ส่วนใหญ่ อยู่ในวิถีเกษตร ทำสวนและใช้ระยะเวลาในการรอผลผลิต รวมทั้งไม่คาดหวังและไม่รอพึ่งพาการพัฒนาจากภาครัฐ และไม่ตั้งความหวังกับนักการเมืองมากนัก เพราะสามารถดำรงอยู่ได้ด้วยตนเอง

### ออแซตาชะ

ออแซตาชะ (คนพื้นราบหรือคนบนบก) หมายถึง คนหรือกลุ่มคนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ราบลุ่ม บางพื้นที่ เป็นพื้นที่ทำนา บางพื้นที่เป็นป่าพรุ พื้นที่ชุ่มน้ำ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่เคยเป็นอู่น้ำที่อุดมไปด้วยทรัพยากรอาหารที่เป็นผลผลิตของคนในพื้นที่ คนในพื้นที่เหล่านี้ใช้ชีวิตเชื่อมโยงระหว่างคนริมเขากับคนริมทะเลเข้าด้วยกัน บางส่วน ทำการค้ารับปลาจากริมทะเลมาขายตามตลาดนัดในพื้นที่บก รวมถึงเป็นชุมทางในการคมนาคมที่เชื่อมโยงคนที่มี ทรัพยากรแตกต่างกันมาแลกเปลี่ยนกัน พื้นที่พื้นราบเหล่านี้ อาทิ อำเภอมายอ (ตลาดปาลัส) อำเภอยะรัง อำเภอ ทุ่งยางแดงของจังหวัดปัตตานี อำเภอเมืองยะลา อำเภอสุโหงปาตี อำเภอระแงะ (ตลาดต้นหยงมัส) อำเภอยิงอ อำเภอบาเจาะของจังหวัดนราธิวาส

ความแตกต่างของกลุ่มคนในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ หากมองผ่านการวิเคราะห์ทางภูมิศาสตร์ เช่นนี้จะแสดงให้เห็นถึงความหลากหลายอีกชนิดหนึ่งที่ไม่ใช่แบ่งคนออกตามศาสนาที่นับถือ แต่อาจจะแบ่งตามชาติพันธุ์ หรือแบ่งตามเขตการปกครองได้เช่นกัน อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะกล่าวได้ว่ากลุ่มชาวมุสลิมในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้เป็นชนกลุ่มน้อยในประเทศไทย แต่ถือว่าเป็นชนส่วนใหญ่ในพื้นที่ เป็นอีกกลุ่มชนหนึ่งที่มีความหลากหลายเช่นเดียวกันแม้นับถือศาสนาอิสลามเหมือนกัน แต่ก็มีความแตกต่างทั้งทางพันธุกรรม มีเลือดผสม มีรูปร่างหน้าตา ขนาดร่างกายและชาติพันธุ์ที่แตกต่างกัน ทั้งชาวมลายู ปาตาน กือลิงและที่มีเชื้อสายจากกลุ่มประเทศอาหรับ สำหรับกลุ่มชาติพันธุ์มลายู เป็นชนกลุ่มใหญ่ดั้งเดิมในพื้นที่ที่มีจำนวนประชากรไม่ต่ำกว่า 2 ล้านคน มีอาชีพที่แตกต่างหลากหลายทั้งอาชีพในวิถีคนพื้นราบ คนริมเขาและคนริมทะเล มีการศึกษาและความถนัดที่แตกต่างหลากหลาย มีผู้คนหลากหลายชนชั้นไม่ต่างกับกลุ่มชนอื่นๆ ทั่วไป เป็นกลุ่มชนที่มีสำนักทางประวัติศาสตร์สูงรับทราบและเรียนรู้ถึงความยิ่งใหญ่ของอาณาจักรปัตตานี การกระทำจากรัฐสยามในอดีต มลายูมุสลิมในพื้นที่มีทั้งเคร่งครัดและไม่เคร่งครัดในหลักการศาสนาอิสลาม มีทั้งเจริญและล่าหลัง มีทั้งหัวอนุรักษ์นิยม หัวก้าวหน้าทันสมัย บางกลุ่มฝักใฝ่ในอำนาจรัฐ บางกลุ่มแล้วแต่กระแสการเมือง และบางส่วนปฏิเสธอำนาจรัฐอย่างสิ้นเชิง

แวดวงวิชาการด้านประวัติศาสตร์ทั้งไทยและมลายู ทำให้ชาวมลายูมุสลิมทราบว่า ชาวพื้นเมืองดั้งเดิมในถิ่นแห่งนี้ก็นับถือศาสนาอื่นๆ มาก่อนเช่นกัน ก่อนที่ศาสนาอิสลามจะถูกนำมาเผยแพร่แก่ชนพื้นเมือง เมื่อกว่า 500-700 ปีที่ผ่านมา (จนบ่อยครั้งที่กระแสความคลั่งทำให้ความมลายูเท่ากับอิสลาม) เนื่องจากความแตกต่างทั้งในด้านภาษา วัฒนธรรม ประเพณีและศาสนาที่นับถือต่างจากชนส่วนใหญ่ของประเทศ ประกอบกับความล้มเหลวทั้งการพัฒนาและการบริหารจัดการภาครัฐที่ควบคุม กำกับ สั่งการและการบริหารจากรัฐส่วนกลาง รวมทั้งการใฝ่ในอุดมการณ์ของผู้ก่อการ ผู้ได้ประโยชน์จากความขัดแย้ง ทำให้พื้นที่แห่งนี้ยังเกิดเหตุการณ์ความไม่สงบอย่างต่อเนื่อง

ผลจากการพัฒนาและการศึกษาของชาวมลายูมุสลิมที่มีระบบการศึกษาภาคบังคับที่ต่างจากระบบการศึกษาของคนส่วนใหญ่ของประเทศ ทำให้ระบบการศึกษาในพื้นที่ขาดรอยต่อ ขาดการเชื่อมโยง ระหว่างศาสตร์ทางโลกและศาสตร์ทางธรรม และด้วยความต่างของภาษา การแบ่งแขนงศาสตร์ต่างๆ และผู้เรียนมีจุดมุ่งหมายที่แตกต่างในการใช้ความรู้ มีเป้าหมายและการใช้ชีวิตที่ต่างกัน จึงก่อให้เกิดความหวาดระแวง ความไม่ไว้วางใจและความรู้สึกเป็นอื่น (Otherness) กับคนส่วนใหญ่ของประเทศ จากความต่างในเรื่องการยอมรับและอุปสรรคในการเข้าสู่ระบบงานที่มีความเป็นสากล จึงมีส่วนทำให้การว่างงานซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาความไม่สงบที่ปะทุขึ้นทั้งในอดีตและปัจจุบัน อีกทั้งในกลุ่มชนชาวมลายูมุสลิมไม่ได้รับการยอมรับและเชื่อมั่น ทั้งในความเป็นเอกภาพและเคารพในความหลากหลายที่รัฐพยายามส่งเสริมเสมอไป และมีชาวมลายูมุสลิมบางส่วนมองว่า *กลุ่มชนของตนเป็นเหยื่อผู้ถูกกระทำและผู้กระทำการเสียเอง* ทั้งจากนโยบายของรัฐที่ถูกส่งและสั่งการมาจากส่วนกลาง รวมทั้งผลที่เกิดจากผู้ก่อการหรือกลุ่มเคลื่อนไหวที่เลือกใช้ความรุนแรงเข้าจัดการปัญหาไปพร้อมๆ กัน ดังที่ผู้ให้ข้อมูลชาวมลายูมุสลิมกล่าวว่า “แม้ว่าชายแดนใต้จะมีความหลากหลาย แต่ชาวมลายูเรากลับไปปรับวิถีไม่เท่าเทียมกันในการ

พัฒนา ในขณะที่ประเทศมาเลเซียให้การดูแลชนกลุ่มน้อยดีกว่าตั้งเยอะ ให้ทั้งโอกาสในการพัฒนาตนเองและสามารถเข้าเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐได้ ในส่วนนี้ทำให้พวกเราอยากเป็นคนมาเลย์ ได้สัญชาติมาเลย์ ดีกว่าเป็นคนไทยตกขอบแบบนี้” (พริยศ ราธิมมูลา, 2555)

จากข้อมูลข้างต้นเป็นภาพที่คนในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ จังหวัดปัตตานี จังหวัดยะลา และจังหวัดนราธิวาสนิยามอัตลักษณ์ตัวตนของตนเองดังเช่นกัน อย่างไรก็ตาม เราคงปฏิเสธไม่ได้ว่าเมื่อก้าวถึงพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ จังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส ซึ่งจะมาพร้อมกับการคำนึงถึงสถานการณ์ความรุนแรงในพื้นที่จึงทำให้พื้นที่ดังกล่าวจำเป็นต้องมีแผนการพัฒนาพื้นที่พิเศษในจังหวัดชายแดนใต้ โดยอธิบายสถานการณ์และปัจจัยแวดล้อมในบริบทพื้นที่พอสั่งเขปดังนี้

### สถานการณ์และปัจจัยแวดล้อมในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้

ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ จังหวัดปัตตานี จังหวัดยะลา และจังหวัดนราธิวาส เริ่มเกิดสถานการณ์ความไม่สงบและทวีความรุนแรงขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ.2547 เป็นต้นมา จากสถานการณ์ดังกล่าวมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อประชากรในพื้นที่กล่าวคือ เศรษฐกิจฝักฝืนมีการลงทุนค่อนข้างต่ำทำให้เกิดภาวะการผลิตหดตัวผู้ประกอบการขาดความมั่นใจในการลงทุน มีการเลิกกิจการอย่างต่อเนื่อง เกิดปัญหาการว่างงานสูง ซึ่งซ้ำเติมปัญหาความยากจนของประชาชนในพื้นที่ ทั้งยังต้องเผชิญกับปัญหาความไม่เป็นธรรม และความไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินและปัญหาสังคมอื่น ๆ ตามมา ทำให้ ประชาชน ลดความเชื่อมั่นในอำนาจรัฐ อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากการดำเนินการแก้ไขปัญหาที่ผ่านมาของ ภาครัฐ นับว่ามีส่วนสำคัญที่ส่งผลให้โครงสร้าง เศรษฐกิจของ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ไม่ล่มสลายและสามารถปรับตัวรองรับสถานการณ์ไม่สงบที่ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจได้พอสมควร สำหรับการพัฒนาระยะต่อไป จำเป็นต้องพัฒนาในลักษณะเป็นเครือข่ายกลุ่มพื้นที่พิเศษคือ ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส ซึ่งสรุปประเด็นปัญหาและอุปสรรคตลอดจนศักยภาพและโอกาสการพัฒนาของพื้นที่พิเศษจังหวัดชายแดนภาคใต้ได้ ดังนี้

ประเด็นปัญหาและข้อจำกัดที่สำคัญ ได้แก่ ปัญหาความยากจนและคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนชนบทซึ่งพึ่งพิงอาชีพทางการเกษตรเป็นหลัก ขณะที่ภาวะเศรษฐกิจขึ้นกับการผลิตทางการเกษตรไม่ก็ชนิดและขยายตัวต่ำ ส่งผลกระทบต่อปัญหาการว่างงานทั้งยังมี ปัญหาการจัดการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกับพหุวัฒนธรรมและวิถีชีวิตท้องถิ่น เด็กและเยาวชนมุสลิม บางส่วนยังขาดโอกาสได้รับการศึกษาอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ ทั้งมีข้อจำกัดในการใช้ภาษาไทย เพื่อการเรียนและการทำงาน และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนโดยเฉลี่ยต่ำ นอกจากนี้ปัญหาการไม่ได้ รับความเป็นธรรมยังคงเป็นปัญหาที่ต้องเร่งแก้ไขด้วยระบบกระบวนการยุติธรรมที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนให้เกิดความไว้วางใจเชื่อมั่นต่ออำนาจรัฐ ขณะที่ข้อจำกัดที่สำคัญต่อการ พัฒนาและการดำเนินชีวิตของ ประชาชนคือสถานการณ์ความไม่สงบที่ส่งผลกระทบต่อความ ไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ตลอดจนปัญหายาเสพติดและการค้าสิ่งผิดกฎหมายซึ่งจำเป็น ต้องเร่งแก้ไข

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า ในการพัฒนาพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ในระยะต่อไป จำเป็นต้องอาศัย ศักยภาพ และโอกาสการพัฒนาดังกล่าวในการแก้ไขปัญหาความยากจน พัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตของ ประชาชนส่วนใหญ่ในระดับหมู่บ้าน/ชุมชนให้มีโอกาสในการประกอบอาชีพสร้างงานและสร้างรายได้ ได้รับบริการ พื้นฐานที่จำเป็นที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง พร้อมกับดำเนินมาตรการฟื้นฟูเศรษฐกิจ การลงทุน พัฒนาเชื่อมโยงทาง เศรษฐกิจกับประเทศเพื่อนบ้านและนานาชาติให้ เศรษฐกิจขยายตัว มากขึ้น ขณะเดียวกันต้องเร่งสร้างความเป็น ธรรมในกระบวนการยุติธรรมและคุ้มครองความ ปลอดภัยของประชาชนให้มีความเชื่อมั่นไว้วาง ใจในรัฐไทย รวมทั้งเปิดโอกาสให้ประชาชนทุกฝ่าย เข้าร่วมสร้างความสมานฉันท์และสันติสุขในสังคมควบคู่กันไปด้วย

จากข้อมูลข้างต้นอาจจะเป็นภาพหนึ่งที่ประชาชนในพื้นที่ดังกล่าวตระหนักว่าพวกเขากลายเป็น พลเมืองชั้นสองจากการดูแลจากรัฐบาล โดยไม่ได้รับความเป็นธรรมและความไม่จริงใจของภาครัฐในการสร้าง ความเสมอภาค และการให้โอกาสที่จะสร้างการยอมรับความหลากหลายในการอยู่ร่วมกัน รวมถึงบริการต่างๆ ที่ ประชาชนควรได้รับ โดยเฉพาะอนามัยเจริญพันธุ์ที่ประชากรในพื้นที่ยังเข้าไม่ถึงบริการดังกล่าว และขาดการดูแล สุขภาพทางเพศของตนเองและครอบครัว โดยเฉพาะประชากรวัยเจริญพันธุ์ ซึ่งในประเด็นอนามัยเจริญพันธุ์มี ความสำคัญอย่างไรจึงต้องศึกษาในบริบทของประชากรวัยเจริญพันธุ์ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ มีรายละเอียด ต่อไป อย่างไรก็ตาม ก่อนการศึกษาพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรในพื้นที่ดังกล่าว ควรมีความรู้ เบื้องต้นด้านอนามัยเจริญพันธุ์ดังต่อไปนี้

## 2.2 แนวคิดอนามัยเจริญพันธุ์

### ความหมายของอนามัยเจริญพันธุ์

คำว่า “อนามัยเจริญพันธุ์” หรือ “*Reproductive Health*” หมายถึง ภาวะความสมบูรณ์ แข็งแรง ของร่างกายและจิตใจ ที่เป็นผลสัมฤทธิ์อันเกิดจากกระบวนการและหน้าที่ของการเจริญพันธุ์ที่สมบูรณ์ของทั้งชาย และหญิงทุกช่วงอายุของชีวิต ซึ่งทำให้มีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข” ซึ่งขอบเขตของอนามัยเจริญพันธุ์ ประกอบด้วย 1) *การวางแผนครอบครัว* ถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นอย่างหนึ่งสำหรับคู่สมรสใหม่ และผู้ที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ แต่ อาจต้องให้ความสำคัญด้านคุณภาพของการบริการมากขึ้น เพื่อผลในการดึงดูดให้ผู้มารับบริการมารับบริการ และใช้เวลาสำหรับผู้ที่ได้รับบริการแล้วให้รับบริการนานที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อลดการตั้งครรรภ์ที่ไม่พึงปรารถนาที่ มักนำไปสู่การทำแท้ง และลดภาวะเสี่ยงในการตั้งครรรภ์ การให้บริการวางแผนครอบครัวควรต้องปรับปรุงบริการ ด้านการให้ข้อมูล และการให้คำปรึกษาแก่ผู้ต้องการรับบริการ รวมทั้งส่งเสริมในการวางแผนครอบครัวและการ ดูแลครอบครัวมากขึ้น 2) *การอนามัยแม่และเด็ก* เป็นงานที่มีส่วนหนึ่งสำคัญในการดูแลสุขภาพของแม่และเด็ก เพื่อดูแลสุขภาพของหญิงทั้งก่อน ระหว่างและหลังตั้งครรรภ์ให้มีการตั้งครรรภ์ และการคลอดที่ปลอดภัย รวมทั้ง การส่งเสริมการเลี้ยงดูด้วยนมแม่ การให้ภูมิคุ้มกันโรคแก่เด็ก การโภชนาการของเด็ก การพัฒนาการของเด็กให้ เป็นไปตามวัย ทั้งหมดนี้ก็เพื่อการดูแลสุขภาพแม่และเด็กให้มีอัตราการตายลดน้อยลง ตลอดจนการขยายสถาน

เลี้ยงเด็กกลางวัน หรือศูนย์เด็กเล็กในโรงพยาบาลและสถานพยาบาลต่างๆ 3) **ภาวะการมีบุตรยาก** เน้นการป้องกันโรคทางเพศสัมพันธ์ของสตรี ซึ่งมีผลกระทบภาวะการเจริญพันธุ์ โดยการให้ความรู้ให้เข้าใจ มีการตรวจคัดกรองอาการเริ่มแรก การรักษาเบื้องต้นและส่งต่อเพื่อตรวจหาสาเหตุการมีบุตรยากจากผู้เชี่ยวชาญ พร้อมทั้งให้ความช่วยเหลือตามขั้นตอนจากระดับชุมชน อำเภอ จังหวัด จนถึงศูนย์การช่วยเหลือผสมเทียม 4) **การแท้งและภาวะแทรกซ้อน** ซึ่งเป็นการป้องกันและการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการแท้ง และหาแนวทางเพื่อลดอัตราการทำแท้ง ส่งเสริมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การให้คำปรึกษาในวัยรุ่น รวมทั้งการเข้าถึงความรู้และบริการสุขภาพ 5) **โรคติดต่อทางระบบสืบพันธุ์และโรคเอดส์** ในสภาวะการณ์แพร่ระบาดของอย่างรวดเร็วของโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ นับว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องกล่าวถึงในด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ เพื่อลดผลแทรกซ้อนจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ส่งผลให้เกิดภาวะการมีบุตรยาก และการเป็นหมันในกลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ บริการควรเน้นย้ำเป็นพิเศษคือ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลป้องกันและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แก่สตรีและวัยรุ่นทั้งหญิงและชาย เพราะเป็นกลุ่มที่ยังขาดความรู้ด้านนี้ และโอกาสที่วัยรุ่นหญิงจะเข้ารับการรักษาภาวะการติดเชื้อก็มีน้อยกว่าชาย เนื่องจากเงื่อนไขทางสังคมและวัฒนธรรม นอกจากนี้เน้นการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์อย่างรับผิดชอบโดยการใช้ถุงยางอนามัยที่มีคุณภาพ เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ 6) **เพศศึกษา** เน้นการให้ความรู้และคำปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ (Sexuality) และการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างเพศ (Gender Relation) โดยมีจุดประสงค์เพื่อส่งเสริมให้เกิดความมีเพศสัมพันธ์อย่างรับผิดชอบจนก่อให้เกิดความเท่าเทียมด้านความสัมพันธ์และการให้ความนับถือซึ่งกันและกันระหว่างชายและหญิง นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้ชายกับหญิงมีโอกาสเข้าถึงรับรู้ข้อมูลข่าวสารความรู้และบริการที่จำเป็นด้านเพศศึกษา เพศสัมพันธ์ และแนะแนวทางที่ช่วยให้เกิดสุขภาพทางเพศที่ดี ซึ่งทั้งหมดนี้น่าจะมีส่วนช่วยช่องว่างในการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างสามีภรรยา หรือคู่ชายหญิงที่มีเพศสัมพันธ์กัน ส่งเสริมการมีเพศสัมพันธ์อย่างเข้าใจและรับผิดชอบและการป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 7) **มะเร็งของระบบสืบพันธุ์** เป็นการเฝ้าระวังผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค พร้อมทั้งให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อการดูแลตนเอง การให้คำปรึกษาและการให้บริการตรวจรักษาเบื้องต้นอย่างมาตรฐาน 8) **อนามัยวัยรุ่น** ส่งเสริมสิทธิและความเสมอภาคด้านสุขภาพของเด็ก เยาวชน สตรี และผู้สูงอายุ โดยให้มีโอกาสได้รับความรู้และเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ถูกต้องและปลอดภัย 9) **ภาวะหลังวัยเจริญพันธุ์และผู้สูงอายุ** ต้องให้ความรู้และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติตนรวมทั้งบำบัดรักษาในสิ่งจำเป็น เพื่อให้ประชาชนวัยนี้มีสุขภาพกายและจิตที่ดีสามารถใช้ชีวิตให้เป็นประโยชน์แก่สังคมและครอบครัวอย่างเต็มที่ (กองวางแผนครอบครัวและประชากร, 2540: 2)

ดังนั้นกล่าวได้ว่า ขอบเขตอนามัยเจริญพันธุ์จึงครอบคลุมตั้งแต่ก่อนปฏิสนธิจนถึงหลังวัยเจริญพันธุ์ และสิ่งเหล่านี้มิใช่เป็นเรื่องใหม่ แต่ก็ไม่สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ดังแสดงในตารางสถิติอัตราการตายของ

มารดาในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ของกรมอนามัย จังหวัดยะลา (2556) ซึ่งระดับการให้บริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์มีทั้งระดับสาธารณสุขมูลฐาน (primary health care) ระดับทุติยภูมิ (secondary health care) และระดับตติยภูมิ (tertiary health care) อย่างไรก็ตาม เนื่องจากแนวคิดใหม่ของอนามัยเจริญพันธุ์ได้จำกัดอยู่แต่เฉพาะการบริการตามปกติในปัจจุบันเท่านั้น แต่ได้ให้ความสำคัญและมุ่งเน้นที่สิทธิของผู้ใช้บริการซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มสตรีที่มีสิทธิที่จะได้รับบริการไม่ว่าจะอยู่ในสถานที่ใด มีสิทธิรับรู้ข่าวสารทั้งจากเจ้าหน้าที่ในการให้คำปรึกษาหรือมีสิทธิที่จะได้รับบริการและความรู้จากสื่อต่างๆ ที่เป็นทั้งของรัฐและเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีสิทธิที่จะตัดสินใจในภาวะอนามัยเจริญพันธุ์ของตนเองซึ่งส่วนใหญ่ในชุมชนมุสลิมผู้ชายจะเข้ามามีบทบาทใน ส่วนนี้ โดยเป็นผู้ตัดสินใจในการกระทำที่เกี่ยวข้องกับภาวะอนามัยเจริญพันธุ์ เช่น การไม่ยอมใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคจากการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การผลัดภาระการคุมกำเนิดให้ภรรยา เป็นต้น อย่างไรก็ตาม แม้พบว่าผู้ชายมีส่วนร่วมรับผิดชอบหรือแบ่งปันภาระในเรื่องนี้บ้าง แต่ก็พบเพียงเล็กน้อยเท่านั้น อนามัยเจริญพันธุ์ในแนวคิดใหม่นี้จึงต้องคำนึงถึงสิทธิสตรี การให้บริการอย่างมีคุณภาพและให้มีความเสมอภาคและความยุติธรรมทางสังคมด้วย

ด้วยเหตุนี้ อนามัยเจริญพันธุ์จึงกลายเป็นประเด็นสำคัญอย่างยิ่งโดยเฉพาะเพศหญิงที่แต่เดิมให้อำนาจและคล้อยตามแก่เพศชาย แม้กระทั่งสุขภาพของตนเองยังให้เพศชายเป็นผู้กำหนด เช่น การตัดสินใจทำหมันหญิง หรือการตั้งครรภ์ เป็นต้น โดยคำนึงถึงสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ที่หมายถึง การที่ผู้หญิงสามารถมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยมีอิสระ และมีความรับผิดชอบว่าจะมีเพศสัมพันธ์เมื่อใด กับใคร จะมีลูกหรือไม่ มีเมื่อไร มีกี่คน จะเว้นระยะระหว่างลูกแต่ละคนนานเท่าไร สามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับวิธีคุมกำเนิดที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพและเป็นที่ยอมรับ สามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพ อันจะทำให้ผู้หญิงมีความปลอดภัยจากการท้อง การทำแท้ง การคลอด และการมีลูกที่สมบูรณ์ ผู้หญิงต้องมีสิทธิในการตัดสินใจเรื่องทั้งหมดที่ว่ามานี้ โดยปราศจากการกีดกันจากสังคมและการเมือง โดยปราศจากการบังคับขู่เข็ญ และปราศจากความรุนแรง ทั้งนี้เพราะอนามัยเจริญพันธุ์เป็นเรื่องที่มนุษย์ทุกคนพึงตระหนักถึงในการดูแลสุขภาพทางเพศของตนเองตามสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานที่บุคคลทุกคนต้องได้รับ (กนกวรรณ ธรรมวรรณและคณะ, 2543) ทั้งนี้ในการศึกษาครั้งนี้บริบทพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์พิจารณาจากประสบการณ์อนามัยเจริญพันธุ์ที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีประเด็นดังนี้

1. การมีเพศสัมพันธ์ หมายถึง การปฏิบัติทางเพศที่ไม่เสี่ยงต่อการติดโรคทางเพศสัมพันธ์โรคเอดส์หรือการตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจ เพศสัมพันธ์เป็นกิจกรรมส่วนหนึ่งของชีวิตมนุษย์ทุกคน และถือว่าเป็นความต้องการตามธรรมชาติ ซึ่งจุดมุ่งหมายสำคัญของการมีเพศสัมพันธ์ คือ การดำรงรักษาเผ่าพันธุ์มนุษย์ไม่ให้สูญหายไปจากโลก นอกจากนี้เพศสัมพันธ์ยังเป็นวิธีการแสดงความรักระหว่างมนุษย์ด้วยภาษากาย ซึ่งถือว่าเป็นเรื่องปกติตามธรรมชาติถ้าแสดงออกต่อกันนั้นมีความเหมาะสมถูกต้องและถึงเวลาอันควร

สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งที่ไม่ควรมองข้ามจากการมีเพศสัมพันธ์ คือ เรื่องความปลอดภัย เพราะในปัจจุบันพบว่าการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสมก่อให้เกิดปัญหาชีวิตและสุขภาพหลายลักษณะ ได้แก่การติดโรคทาง



เพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ การตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจ ปัญหาสุขภาพจิต และปัญหาทางสังคม ทั้งที่เป็นผลกระทบโดยตรงและโดยอ้อม ซึ่งการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยจะช่วยป้องกันปัญหาที่กล่าวมา และส่งผลให้คนเราดำรงชีวิตได้เป็นปกติสุข อย่างไรก็ตาม หากขาดความรู้ที่ถูกต้องในการมีเพศสัมพันธ์ อาจส่งผลต่อ “พฤติกรรมการณ์เพศสัมพันธ์ที่ยังไม่พร้อม” ซึ่งความพร้อม ในที่นี้ คือ การมีวุฒิภาวะของความเป็นผู้ใหญ่โดยสมบูรณ์พร้อมที่จะรับผิดชอบและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการมีเพศสัมพันธ์ได้ และโดยธรรมชาติตามวัยแล้ว สภาพทางสรีรวิทยาของเพศหญิงตอนต้นยังเจริญไม่สมบูรณ์เต็มที่ต่อการเอื้อให้กำเนิดทารก และพบว่าหญิงวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ตั้งแต่อายุน้อยจะคลอดบุตรไม่สมบูรณ์แข็งแรงหรืออาจคลอดก่อนกำหนดได้ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ประชาชนควรรับรู้ในการตัดสินใจมีความสัมพันธ์ทางเพศกับคู่อีกหรือผู้อื่น เพศหญิงหญิงควรคิดพิจารณาไตร่ตรองให้รอบคอบมากกว่าเพศชาย เพราะผลกระทบจะเกิดขึ้นกับตนเองได้มากกว่าผู้ชาย ทั้งเรื่องการแบกรับภาระในขณะยังไม่พร้อม รวมทั้งแรงกดดันทางสังคมที่อาจเกิดขึ้นได้ ดังนั้น ถ้ายังไม่พร้อมหรือยังไม่แน่ใจ ในความสัมพันธ์ระหว่างกันมากพอ ไม่พร้อมหรือยังไม่แน่ใจในความสัมพันธ์ระหว่างกันมากพอ ไม่พร้อมจะผูกพันทั้งทางกายและทางใจ หรือร่วมทุกข์ร่วมสุขและรับผิดชอบร่วมกันในระยะยาวก็ควรงดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ในทุกรูปแบบ

นอกจากนี้ยังมี “พฤติกรรมการณ์เพศสัมพันธ์จากการถูกล่อลวงหรือใช้กำลังบังคับ” ซึ่งเป็นปัญหาหนึ่งที่พบมากและก่อให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยคือ การถูกล่อลวง หรือใช้กำลังบังคับให้มีเพศสัมพันธ์อย่างไม่เต็มใจ เช่น การถูกข่มขืนกระทำชำเรา การลวนลามถูกเนื้อต้องตัว เป็นต้น ซึ่งสถานการณ์เหล่านี้มักเป็นไปโดยขาดการควบคุมป้องกัน และส่วนใหญ่ผู้เคราะห์ร้ายจะเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งผลกระทบที่ตามมาคือ อาจเกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์หรือติดโรคทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ ทำให้สุขภาพร่างกายทรุดโทรมต้องเสื่อมเสียชื่อเสียงหรือเสียอนาคตที่ดี และเพศหญิงในฐานะที่มีกำลังต่อสู้ป้องกันตัวน้อยกว่าเพศชาย มีความตึงเครียดในทางสรีระร่างกายมากกว่าเพศชาย อีกทั้งยังมีความละเอียดอ่อนในหลายเรื่องที่แตกต่างกันจากเพศชาย ถ้าพลาดพลั้งโดยไม่ได้ตั้งใจหรือเตรียมการป้องกันไว้ล่วงหน้า อาจถูกล่อลวงหรือถูกบังคับให้มีความสัมพันธ์ทางเพศโดยไม่เต็มใจได้ จึงควรระมัดระวังตัวไม่ประมาท โดยคำนึงถึงหลักความปลอดภัยในการเดินทางความปลอดภัยจากคนแปลกหน้า หรือความปลอดภัยจากการแต่งกาย และยังมี “พฤติกรรมการณ์เพศสัมพันธ์จากความเชื่อและค่านิยมที่ผิดในการมีเพศสัมพันธ์” ความเชื่อและค่านิยมบางลักษณะเป็นปัญหาที่นำมาสู่ความไม่ปลอดภัยทางเพศของประชากรวัยเจริญพันธุ์ เช่น การสวมถุงยางอนามัยจะทำให้ขาดรสชาติทางเพศ การแสดงความรักระหว่างเพศด้วยการมีเพศสัมพันธ์ การมีคู่อีกหลายคนที่นิยมเรียกว่า กิ๊ก การเปลี่ยนคู่อุปถัมภ์และคู่ออน หรือแม้แต่การนัดพบปะและรู้จักเพียงผิวเผินในระยะเวลายาวนาน แล้วตัดสินใจมีความสัมพันธ์ทางเพศโดยขาดการป้องกัน ซึ่งเสี่ยงต่อการติดโรคทางเพศหรือโรคเอดส์ได้ง่าย ๆ จึงไม่ควรปล่อยตัวปล่อยใจมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมดังกล่าว เพราะผู้ที่จะได้รับปัญหาความทุกข์ความเดือดร้อนก็คือตัวเองโดยตรงนั่นเอง

ในประเด็นการมีเพศสัมพันธ์ครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก บุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ด้วย และความเต็มใจในการมีเพศสัมพันธ์ รวมถึงการตระหนักถึงความปลอดภัยในการมีเพศสัมพันธ์

2. การคุมกำเนิด หรือการป้องกันการตั้งครรภ์ (Contraception) คือ การป้องกันไม่ให้มีการตั้งครรภ์เกิดขึ้น โดยมีกลไกในการป้องกันการตั้งครรภ์หลายกลไก เช่น การป้องกันไม่ให้มีการตกไข่ การป้องกันไม่ให้ไข่กับอสุจิเกิดการปฏิสนธิ และการป้องกันไม่ให้มีการฝังตัวของตัวอ่อนในโพรงมดลูก ทั้งนี้ประเภทของการคุมกำเนิดมีมากมายหลายชนิด สามารถแบ่งออกได้หลายประเภทแล้วแต่เกณฑ์ที่ใช้ในการแบ่งประเภท ทั้งนี้ ในที่นี้แบ่งตามระยะเวลาในการคุมกำเนิด แบ่งออกเป็น 1) การคุมกำเนิดชั่วคราว เป็นวิธีคุมกำเนิดที่ประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดจะมีอยู่เพียงชั่วคราว เมื่อหยุดใช้ จะสามารถกลับมาตั้งครรภ์ได้เอง เหมาะสำหรับผู้ที่ยังต้องการมีบุตรในอนาคต และ 2) การคุมกำเนิดถาวร เป็นวิธีคุมกำเนิดที่ทำครั้งเดียว สามารถคุมกำเนิดได้ตลอด ไม่สามารถกลับมาตั้งครรภ์ได้อีก เหมาะสำหรับผู้ที่ไม่ต้องการมีบุตรอีกแล้ว ซึ่ง ยุทธพงศ์ วีระวัฒน์ตระกูล (2550) อธิบายถึงชนิดของการคุมกำเนิดชั่วคราวมีดังนี้

1. ถุงยางอนามัยยิบรูซ ผลิตจากยางลาเทค (Latex) หรือบางชนิดผลิตจากยางเทียม (Polyurethane) คุมกำเนิดโดยการสวมใส่ที่องคชาตเพศชายขณะแข็งตัว เป็นการป้องกันไม่ให้เชื้ออสุจิเข้าสู่โพรงมดลูกเพื่อปฏิสนธิกับไข่ ทำให้ไม่มีการตั้ง ครรภ์ ซึ่งพบอัตราการตั้งครรภ์หลังใช้ ประมาณ 2-15% มีข้อดีคือ หาซื้อได้ง่าย ไม่มีความเกี่ยวข้องกับระดับฮอร์โมนในร่างกาย สามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ ในขณะเดียวกันมีข้อเสียคือ ต้องอาศัยความร่วมมือของฝ่ายชาย อาจขัดจังหวะการร่วมเพศ มีโอกาสที่จะแตกรั่วได้ ถุงยางชนิด Latex ไม่สามารถใช้กับวัสดุหล่อลื่นที่มีส่วนผสมของน้ำมันเพราะจะทำให้เพิ่มโอกาสเกิดการรั่วการแตกของถุงได้ และต้องใช้ทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์

2. ถุงยางอนามัยสตรี เป็นถุงปลายตัน ผลิตจากยางเทียม Polyurethane คุมกำเนิดโดยการใส่คลุมในช่องคลอดสตรี ป้องกันไม่ให้เชื้ออสุจิเข้าสู่โพรงมดลูก ไม่เป็นที่นิยม และหาซื้อได้ยาก ซึ่งพบอัตราการตั้งครรภ์หลังใช้ได้ประมาณ 5-12% มีข้อดีคือ สามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ สามารถใช้ร่วมกับเจลหล่อลื่นที่เป็นน้ำมันได้ และไม่เกี่ยวข้องกับระดับฮอร์โมนในร่างกาย และมีข้อเสียคือ หาซื้อได้ยาก ขัดจังหวะการร่วมเพศ และต้องใช้ทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์

3. ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม เป็นวิธีคุมกำเนิดที่แพร่หลาย มีผู้นิยมใช้มากที่สุด มีความสะดวกในการใช้ ประกอบด้วยฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) และโปรเจสติน (Progestin) มีผลยับยั้งการตกไข่ ทำให้มูกที่ปากมดลูกเหนียวข้นทำให้อสุจิไม่สามารถผ่านเข้าสู่โพรงมดลูกได้ และทำให้เยื่อโพรงมดลูกบางไม่เหมาะสมต่อการฝังตัวของตัวอ่อน ซึ่งพบอัตราการตั้งครรภ์หลังใช้ได้ประมาณ 0.3-8% มีข้อดีคือ ทำให้ประจำเดือนมาสม่ำเสมอ ลดปริมาณเลือดประจำเดือน ลดอาการปวดประจำเดือน ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งรังไข่ โรคมะเร็งเยื่อโพรงมดลูก และโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ลดความเสี่ยงในการเกิดอู้งิงกรานอักเสบ (การติดเชื้อในอู้งิงกราน) นอกจากนั้น เมื่อหยุดใช้ ยังสามารถตั้งครรภ์ได้ในระยะเวลาอันสั้น สำหรับข้อเสียคือ ไม่เหมาะกับผู้ที่มึนน้ำหนักร่างกาย อายุมากกว่า 35 ปีที่สูบบุหรี่ (เพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำ) ผู้ที่มีข้อห้ามใช้ฮอร์โมน และอาจพบผลข้างเคียง เช่น เลือดออกทางช่องคลอดกะปริดกะปรอย และคัดตึงเต้านม

4. ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดโปรเจสทินอย่างเดียว ประกอบด้วยฮอร์โมนโปรเจสทินเพียงชนิดเดียว มีกลไกทำให้มูกที่ปากมดลูกเหนียวข้น อสุจิไม่สามารถเคลื่อนผ่านเข้าสู่โพรงมดลูกได้ และทำให้เยื่อโพรงมดลูกบางตัวไม่เหมาะสมต่อการฝังตัวของตัวอ่อน ซึ่งพบอัตราการตั้งครรภ์หลังใช้ยาได้ประมาณ 0.3-8% มีข้อดีคือ สามารถใช้ในผู้ที่กำลังให้นมบุตรได้ เนื่องจากไม่มีผลต่อปริมาณและคุณภาพของน้ำนม สามารถใช้ในผู้ที่มีข้อห้ามต่อการใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจน และสามารถใช้ในผู้ที่มียุมากกว่า 35 ปีที่สูบบุหรี่ได้ ในขณะที่ข้อเสียคือ ต้องรับประทานยาในเวลาเดิมทุกวัน หากรับประทานผิดเวลาไป 3 ชั่วโมงต้องใช้วิธีคุมกำเนิดอื่นๆร่วมด้วย เช่น การใช้ถุงยางอนามัย ขณะใช้ยาจะไม่มีประจำเดือน แต่อาจมีเลือดออกกะปริดกะปรอยได้

5. ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน ประกอบด้วยฮอร์โมนโปรเจสทินในขนาดสูง มีกลไกป้องกันการตั้งครรภ์ ป้องกันหรือเลื่อนเวลาการตกไข่ ชัดขวางการฝังตัวของตัวอ่อน โดยเป็นยาที่ใช้รับประทานหลังมีเพศสัมพันธ์ในกรณีที่ไม่คุมกำเนิด หรือเกิดเหตุไม่คาดฝันขณะมีเพศสัมพันธ์ เช่น ถุงยางอนามัยรั่วหรือแตก ได้ผลดีที่สุดถ้ารับประทานหลังมีเพศสัมพันธ์ทันที หรือในเวลาไม่เกิน 72-120 ชั่วโมง พบมีอัตราการตั้งครรภ์หลังใช้ ประมาณ 25% แต่มีผลข้างเคียง คือ มีเลือดออกกะปริดกะปรอย

6. แผ่นแปะคุมกำเนิด ประกอบด้วยฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสทิน มีกลไกในการป้องกันการตั้งครรภ์เช่นเดียวกับยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม พบอัตราการตั้งครรภ์หลังใช้ 0.3-8% วิธีใช้แปะแผ่นคุมกำเนิดที่ผิวหนังบริเวณที่มีไขมัน ยกเว้นบริเวณเต้านม โดย 1 แผ่น แปะนาน 1 สัปดาห์ จากนั้นจึงเปลี่ยนแผ่นโดยแปะ 3 แผ่น (นาน 3 สัปดาห์) แล้วเว้น 1 สัปดาห์ โดยสัปดาห์ที่เว้นไม่แปะแผ่นยา จะมีประจำเดือนมา โดยขณะแปะแผ่นยา สามารถทำกิจกรรมอาบน้ำ ว่ายน้ำได้ปกติ ข้อดีคือ ใช้การดูดซึมจากผิวหนังไม่ต้องผ่านการเปลี่ยนรูปของฮอร์โมนที่ตับ จึงลดโอกาสเกิดผลข้างเคียงต่อดับ นอกจากนั้น ยังทำให้ประจำเดือนมาสม่ำเสมอทุกเดือน ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งรังไข่ โรคมะเร็งเยื่อโพรงมดลูก และเมื่อหยุดใช้สามารถตั้งครรภ์ได้ในระยะเวลาอันสั้น และข้อเสียคือ ไม่เหมาะในผู้ที่มีข้อห้ามใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจน และอาจมีอาการข้างเคียง เช่น คัดตึงเต้านม และเลือดออกทางช่องคลอดกะปริดกะปรอย

7. ยาฉีดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม เป็นยาฉีดคุมกำเนิดที่ประกอบด้วยฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสทิน มีกลไกป้องกันการตั้งครรภ์เช่นเดียวกับยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม มีข้อดีคือ มีประจำเดือนมาทุกเดือน ใช้น้ำเพียงเดือนละ 1 ครั้ง จึงลดโอกาสลืมกินยา และไม่ต้องพกพาไปไหนมาไหนด้วย และมีข้อเสียคือ ต้องได้รับการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อบริเวณก้น โดยบุคลากรทางการแพทย์ และห้ามใช้ในสตรีที่มีข้อห้ามต่อฮอร์โมนเอสโตรเจน

8. ยาฉีดคุมกำเนิดชนิดโปรเจสทินอย่างเดียว เป็นยาฉีดที่ประกอบด้วยฮอร์โมนโปรเจสทินอย่างเดียว มีกลไกป้องกันการตั้งครรภ์โดยยับยั้งการตกไข่ นอกจากนั้น ยังทำให้มูกที่ปากมดลูกเหนียวข้น อสุจิจึงไม่สามารถเคลื่อนผ่านเข้าสู่โพรงมดลูกได้ และทำให้เยื่อโพรงมดลูกบางไม่เหมาะต่อการฝังตัวของตัวอ่อน และพบอัตราการตั้งครรภ์หลังใช้ยาได้ประมาณ 0.3-8% มีข้อดีคือ ใช้เพียง 4 ครั้งต่อปี โดยฉีดยาทุก 3 เดือน ไม่ต้องพกพา

คุมกำเนิดติดตัว สามารถใช้ในผู้ที่มีข้อห้ามต่อการใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจน สามารถใช้ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 35 ปีที่สูบบุหรี่ และยามีราคาถูก ในขณะที่ข้อเสียคือ มีผลข้างเคียง ทำให้เลือดออกทางช่องคลอดกะปริดกะปรอย เมื่อใช้ไปนานๆ อาจไม่มีประจำเดือนอาจมีผลทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นจากการคั่งของเกลือและน้ำในร่างกาย และต้องได้รับการฉีดเข้ากล้ามเนื้อที่บริเวณก้นจากบุคลากรทางการแพทย์

9. ยาฝังคุมกำเนิด ในปัจจุบันมีเฉพาะยาฝังคุมกำเนิดชนิดที่มีฮอร์โมนโปรเจสติน อย่างเดียว ยามี 2 ชนิด คือ แบบ 1 แท่ง สามารถคุมกำเนิดได้ 3 ปี และชนิด 2 แท่ง สามารถคุมกำเนิดได้ 5 ปี กลไกการคุมกำเนิดคล้ายกับยาเม็ดชนิดที่มีฮอร์โมน โปรเจสตินอย่างเดียว พบอัตราการตั้งครรภ์หลังใช้ยาประมาณ 0.05% วิธีการฝังยาทำโดยกรีดผิวหนังบริเวณท้องแขนข้างที่ไม่ถนัดขนาดประมาณ 2 มิลลิเมตร จากนั้นใช้อุปกรณ์สอดเข้าสู่ชั้นใต้ผิวหนัง แล้วใส่แท่งยาตาม ไม่ต้องเย็บแผลเนื่องจากแผลมีขนาดเล็ก ให้ใช้ผ้าพันบริเวณแผลไว้อย่างน้อย 24 ชั่วโมง ระวังไม่ให้แผลถูกน้ำเป็นเวลา 7 วัน มีข้อดีคือ สามารถคุมกำเนิดได้ 3-5 ปี สามารถใช้ในผู้ที่มีข้อห้ามต่อการใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจน และสามารถใช้ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 35 ปีที่สูบบุหรี่ และข้อเสียคือ ต้องได้รับการฝังยาจากบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกฝนมา มีหลักฐานการคุมกำเนิดโดยสามารถคลำแท่งยาได้ที่บริเวณท้อง แขน อาจพบภาวะแทรกซ้อนจากการฝังยา เช่น มีก้อนเลือดคั่งบริเวณที่กรีดผิวหนัง และอาจพบว่า ตำแหน่งของแท่งยาเคลื่อนไปจากตำแหน่งเดิม

10. ห่วงคุมกำเนิดชนิดทองแดง เป็นอุปกรณ์พลาสติกที่มีขดลวดทองแดงพัน โดยการใส่เข้าสู่โพรงมดลูก มีกลไกป้องกันการตั้งครรภ์โดย ลดการเคลื่อนที่ของตัวสุจิทำให้เกิดการปฏิสนธิกับไข่ได้ลำบาก ร่วมกับทำให้เยื่อโพรงมดลูกไม่เหมาะต่อการฝังตัวของตัวอ่อน ระยะเวลาในการคุมกำเนิด 3, 5, หรือ 10 ปี ขึ้นอยู่กับชนิดของห่วงคุมกำเนิด ระยะเวลาที่เหมาะสมต่อการใส่ห่วงคุมกำเนิดคือ ช่วงวันที่ 1-5 ของการมีประจำเดือน เนื่องจากแน่ใจได้ว่า ช่วงนี้สามารถตั้งครรภ์ได้ และเป็นช่วงใส่ห่วงได้ง่ายเนื่องจากปากมดลูกเปิด ทั้งนี้ พบอัตราตั้งครรภ์หลังใช้ ประมาณ 0.6-0.8% มีข้อดีคือ สามารถคุมกำเนิดได้เป็นเวลานาน เมื่อต้องการตั้งครรภ์สามารถดึงห่วงคุมกำเนิดออกได้ทันที ไม่มีผลต่อระดับฮอร์โมนในร่างกาย เหมาะสำหรับผู้ที่มิชอบห้ามในการใช้ฮอร์โมน ผู้ใช้จะมีประจำเดือนทุกเดือนตามปกติ และมีรายงานว่า อาจช่วยลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และข้อเสียคือ ต้องได้รับการใส่จากบุคลากรทางการแพทย์ เหมาะสำ สำหรับผู้ที่เคยคลอดบุตร ต้องทำการตรวจสายห่วงด้วยตนเองทุกเดือน ไม่เหมาะสำ สำหรับผู้ที่มีคู่นอนหลายคน หรือกำลังเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพราะเพิ่มโอกาสติดเชื้อให้สูง และรุนแรงขึ้น อาจมีผลข้างเคียง คือ อาการปวดหน่วงบริเวณท้องน้อย และเลือดออกทางช่องคลอดกะปริดกะปรอย

11. ห่วงคุมกำเนิดชนิดมีฮอร์โมนโปรเจสติน เป็นวัสดุพลาสติกที่มีแท่งยาฮอร์โมนโปรเจสติน โดยแท่งยาจะค่อยๆปล่อยฮอร์โมนโปรเจสตินเข้าสู่ร่างกายที่ละน้อยๆ มีระยะเวลาในการคุมกำเนิด 5 ปี ระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการใส่ห่วงคุมกำเนิด เช่นเดียวกับห่วงคุมกำเนิดชนิดทองแดง กลไกการป้องกันการตั้งครรภ์โดยทำให้เยื่อโพรงมดลูกบางไม่เหมาะต่อการฝังตัวของตัวอ่อน ขัดขวางการฝังตัวของ มูกที่ปากมดลูกเหนียวข้น ทำ

ให้อสุจิไม่สามารถปฏิสนธิกับไข่ได้ และพบอัตราการตั้งครรภ์หลังใช้วิธีนี้ ประมาณ 0.1% มีข้อดีคือ อาจช่วยบรรเทาอาการปวดประจำเดือน ช่วยลดขนาดของเนื้องอกมดลูก (ถ้ามีเนื้องอกมดลูกอยู่) เนื่องจากมีฮอร์โมนโปรเจสติน จึงสามารถช่วยลดปริมาณเลือดประจำเดือนลงได้ เมื่อใส่ห่วงในขณะอายุ 45 ปี สามารถใช้คุมกำเนิดจนถึงวัยหมดระดูได้ สามารถใช้ในผู้ที่มิชอบห้ามใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจน ฤทธิ์ของฮอร์โมนโปรเจสติน เป็นการออกฤทธิ์เฉพาะที่ไม่ผ่านร่างกายทั้งระบบ และมีข้อเสียคือ มีราคาแพง ต้องได้รับการใส่ห่วงนี้จากบุคลากรทางการแพทย์ ต้องทำการตรวจสายห่วงด้วยตนเองทุกเดือน ไม่เหมาะกับผู้ที่มิโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือมีคู่นอนหลายคน อาจมีอาการข้างเคียง เช่น ปวดหน่วงท้อง น้อย และเลือดออกกะปริดกะปรอย

12. วงแหวนคุมกำเนิด เป็นวงแหวนพลาสติก ซึ่งจะค่อยๆปล่อยฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสติน เข้าสู่ร่างกายทีละน้อยๆ กลไกการป้องกันการตั้งครรภ์คล้ายกับยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม โดยใส่วงแหวนคุมกำเนิดเข้าไปในช่องคลอด ให้วงแหวนคลุมปากมดลูก โดยใส่ในช่องคลอดนาน 21 วัน ถอดออก 7 วันในช่วงที่ไม่ได้ใส่วงแหวนคุมกำเนิด 7 วันนี้จะมีประจำเดือนมา หลังจากนั้นจึงใส่วงแหวนคุมกำเนิดอันใหม่ มีข้อดีคือ เป็นการดูดซึมฮอร์โมนเฉพาะที่ไม่รบกวนระบบของร่างกาย ทั้งหมด ใส่เดือนละครั้ง ลดความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งรังไข่ โรคมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก และโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ลดความเสี่ยงของการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และประจำเดือนมาสม่ำเสมอ ในขณะที่ข้อเสียคือ ยังไม่มีจำหน่ายในประเทศไทย อาจมีการระคายเคืองช่องคลอด อาจจะเพิ่มการติดเชื้อในช่องคลอด มีตกขาวมากขึ้น อาจเกิดเลือดออกทางช่องคลอดกะปริดกะปรอย และคัดเต้านม

ในการเลือกวิธีคุมกำเนิดควรเป็นไปโดยความสมัครใจ โดยมีข้อควรพิจารณาคือความสะดวกในการใช้ วิธีต่างๆดังกล่าว ความสะดวกในการเข้าถึงการคุมกำเนิด ระยะเวลาที่ต้องการคุมกำเนิด ความสามารถในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวิธีคุมกำเนิด และความสามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคประจำตัว หรือข้อเสียในวิธีคุมกำเนิดแต่ละวิธี ทั้งนี้ในการคุมกำเนิด เป็นเรื่องที่ยุติงที่เริ่มเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ควรตระหนัก เนื่องจากเป็นวัยที่เริ่มมีการพัฒนาร่างกายทางเพศ เริ่มมีประจำเดือน ซึ่งส่งผลให้สามารถตั้งครรภ์ได้เมื่อมีเพศสัมพันธ์ ดังนั้น จึงควรเริ่มคุมกำเนิดตั้งแต่เมื่อคิดจะมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่ครั้งแรก เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ อย่างไรก็ตามเมื่อต้องการคุมกำเนิด ควรมีการปรึกษาหารือบุคคลในครอบครัวเพื่อการวางแผนครอบครัวว่า ต้องการมีบุตรหรือไม่ ต้องการคุมกำเนิดกี่ปี ต้องการเว้นระยะห่างของการมีบุตรกี่ปี จากนั้นจึงปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล หรือบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ให้คำแนะนำในเรื่องนี้ ทั้งนี้ควรเลือกวิธีที่สามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย สะดวก ต้องไม่มีข้อห้ามในการใช้วิธีคุมกำเนิดนั้นๆ เช่น ห้ามใช้วิธีคุมกำเนิดที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนในผู้ที่เป็โรค ลิ้นหัวใจ และเลือกวิธีที่เหมาะสมกับความต้องการของตนเอง เช่น ถ้าต้องการมีประจำเดือนทุกเดือน ไม่ควรใช้ยา ฉีดชนิดโปรเจสเตอโรนอย่างเดียว หรือใช้ยาฝังคุมกำเนิด เพราะเมื่อฉีดไปเป็นเวลานานอาจไม่มีประจำเดือน ผู้ที่ ต้องการคุมกำเนิดเป็นระยะเวลานานหลายปี หรือมีโรคประจำตัว หรือต้องรับประทานยาต่างๆเป็นประจำ ควรปรึกษาแพทย์เพื่อเลือกวิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมและที่ปลอดภัย

นอกจากนี้ยังมีวิธีคุมกำเนิดอื่นๆ แบบธรรมชาติ ซึ่งยุทธพงศ์ วีระวัฒนตระกูล (2550) กล่าวว่า ความรู้ทางด้านสรีรวิทยาและการทำงานของระบบสืบพันธุ์ สามารถนำมาประยุกต์ใช้เป็นการคุมกำเนิดด้วยวิธีธรรมชาติได้หลายวิธี ได้แก่

1) การงดมีเพศสัมพันธ์ (Abstinence) เป็นวิธีที่ดีที่สุด ปลอดภัยที่สุด ได้ผลดีที่สุด ประหยัดที่สุด แต่ทำยากที่สุด เพราะเป็นการฝืนธรรมชาติมากที่สุด จึงไม่เป็นที่นิยม

2) การนับวันปลอดภัย (Calendar method, Calendar rhythm method, Ogino-Knaus method) ตามความรู้ทางสรีรวิทยาในสตรีที่มีประจำเดือนปกติ ทุก 28 วันจะมีการตกไข่วันที่ 14 ก่อนมีประจำเดือนครั้งต่อไป อย่างไรก็ตามไข่มีโอกาสตกช้าหรือเร็วภายใน 2 วัน ดังนั้นโอกาสตกไข่จึงอยู่ในช่วงวันที่ 12-16 ของรอบเดือน ไข่มีชีวิตรอการผสมจากเชื้ออสุจิ (สเปิร์ม, Sperm) อยู่ได้ประมาณ 24 ชั่วโมง โอกาสการตั้งครรภ์จึงถึงวันที่ 17 ของรอบเดือน ส่วนเชื้ออสุจิมีชีวิตรอผสมได้ประมาณ 48 ชั่วโมง หรือ 2 วันก่อนการตกไข่ ดังนั้นในสตรีที่ประจำเดือนปกติมาทุก 28 วัน ช่วงที่มีโอกาสตั้งครรภ์ได้ คือ วันที่ 10-17 ของรอบเดือน (นับจากวันแรกของวันมีรอบเดือน) ในกรณีที่ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ การหาช่วงเวลาที่ไม่ปลอดภัยโดยสังเกตและบันทึกประวัติประจำเดือนที่ผ่านมา 12 เดือน ให้ใช้เลข 18 ลบออกจากรอบประจำเดือนที่สั้นที่สุดเป็นวันแรกที่มีโอกาสตั้งครรภ์ (First fertile day) และใช้เลข 11 ลบออกจากรอบประจำเดือนที่ยาวที่สุด ก็จะเป็นวันสุดท้ายที่มีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ (Last fertile day) เช่น หากประจำเดือนมาสม่ำเสมอทุก 28 วัน วันที่มีสิทธิ์จะตั้งครรภ์ได้ คือวันที่ 10 (28 ลบ 18) ถึง วันที่ 17 (28 ลบ 11) ของรอบเดือน แต่หากประจำเดือนรอบสั้นที่สุด 23 วัน รอบประจำเดือนที่ยาวที่สุดคือ 40 วัน ดังนั้น วันที่มีสิทธิ์จะตั้งครรภ์ได้คือวันที่ 5 (23 ลบ 18) ถึง วันที่ 29 (40 ลบ 11) ของรอบเดือน

อนึ่ง แม้เคยได้รับรู้บ่อยครั้งว่า ระยะปลอดภัย คือ หน้า 7 หลัง 7 หมายถึงช่วงที่ปลอดภัยจากการตั้งครรภ์ หากมีเพศสัมพันธ์ในระยะเวลา 7 วัน ก่อนมีประจำเดือนรอบถัดไป และหลังมีประจำเดือน (นับวันที่เป็นประจำเดือนวันแรกเป็นวันที่ 1) สามารถใช้ได้ปลอดภัย แต่เป็นการเว้นระยะค่อนข้างยาวอาจส่งผลถึงความสัมพันธ์ฉันท์สามีภรรยาได้

3) การกำหนดระยะเวลาเจริญพันธุ์ (The standard days method) เป็นการกำหนดช่วงเวลาไปเลย ว่า วันที่ 8-19 ของรอบเดือนมีโอกาสเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ โดยการคำนวณค่าเฉลี่ยของรอบประจำเดือนสตรีทั่วไปที่มีรอบประจำเดือน 26-32 วัน หากต้องการคุมกำเนิดควรหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ในช่วงเวลานี้

4) การวัดอุณหภูมิพื้นฐานของร่างกาย (Basal body temperature) ตามความรู้ด้านสรีรวิทยาที่ว่า อุณหภูมิร่างกายจะลดลง 12-24 ชั่วโมงก่อนที่จะมีการตกไข่ หลังจากนั้นจะสูงขึ้นประมาณครึ่งองศา (0.5 degree Celsius/C) เมื่อมีการตกไข่ ซึ่งเป็นผลจากฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน (Progesterone) การคุมกำเนิดด้วยวิธีนี้ สตรีต้องมีการวัดอุณหภูมิตนเองทุกเช้าด้วยปรอทวัดไข้ธรรมดาหลังตื่นนอนและก่อนทำกิจกรรมต่างๆไม่ว่าจะเป็นการลุกขึ้นแปรงฟัน หรือการสับตัดปรอท (ดังนั้นจึงต้องสับตัดปรอทให้พร้อมตั้งแต่ก่อนนอน) แล้วมีการจดบันทึกไว้

สามารถวัดปรอทได้ทั้งทางปาก รักแร้ หรือทวารหนัก การวัดแต่ละครั้งควรนานประมาณ 5 นาที ควรทำการวัดในเวลาใกล้เคียงกันในแต่ละวัน หลังวัดปรอทเสร็จ ควรทำความสะอาดปรอทวัดไข้ให้เรียบร้อยและสะอาด ปิดปรอทให้พร้อมใช้ในวันรุ่งขึ้น โดยไม่ต้องมาเสียเวลาสลับปรอทอีก ทั้งนี้เมื่อดูจากค่าอุณหภูมิ เราสามารถเลือกวันที่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้เพื่อลดความเสี่ยงในการตั้งครรภ์

5) การดูมูก/ตกขาว/สารคัดหลั่งจากปากมดลูก (Cervical mucus inspection method หรือ Ovulation method หรือ Billings method) มูกปากมดลูกจะมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะของความเหนียวข้นและความยืดหยุ่นตามอิทธิพลของฮอร์โมนเพศหญิงในแต่ละรอบเดือน ซึ่งวิธีนี้เป็นวิธีที่ง่าย โดยให้สตรีสังเกตลักษณะมูกในช่องคลอดตนเอง ในช่วงใกล้ตกไข่ด้วยอิทธิพลของฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) จะทำให้มูกปากมดลูกมีปริมาณมาก ใส สามารถจับมูกยืดได้ยาว (Spinnbarkeit) หากมีการร่วมเพศในช่วงนี้ก็จะเสี่ยงกับการตั้งครรภ์ได้สูง เชื้ออสุจิผ่านมูกแบบนี้ได้ง่าย จึงต้องเสี่ยงเวลานี้หากต้องการคุมกำเนิด แต่เมื่อมีการตกไข่ไปแล้วด้วยอิทธิพลของฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน มูกหรือสารคัดหลั่งจากช่องคลอดจะเป็นสีขุ่นขึ้น มีปริมาณน้อยลง ยืดมูกไม่ได้ยาว

6) การสังเกตอาการประกอบการตรวจอุณหภูมิ (Symptothermal method) เป็นการใช้อย่างน้อย 2 วิธีร่วมกัน โดยดูทั้งอาการปวดหน่วงท้องน้อยที่คาดว่าจะเกิดการตกไข่ (Ovulation pain หรือ Mittelschmerz) การมีเลือดออกทางช่องคลอดเล็กน้อยเมื่อมีการตกไข่เนื่องจากการลดลงของฮอร์โมนเพศ อาการเจ็บคัดตึงเต้านม การดูปฏิทินที่เป็นวันปลอดภัย ประกอบกับการวัดอุณหภูมิ ร่วมกับการสังเกตลักษณะมูกของปากมดลูก จะช่วยให้ประสิทธิภาพการคุมกำเนิดดีขึ้น

7) การใช้ชุดตรวจการตกไข่ (Ovulation indicator testing kit) ปัจจุบันมีชุดตรวจคาดคะเนการตกไข่ ส่วนมากใช้ในสตรีที่ต้องการตั้งครรภ์ และต้องการกำหนดช่วงเวลาที่มูกมีเพศสัมพันธ์ในช่วงที่มีการตกไข่ หรือใกล้ตกไข่มากที่สุด เพื่อให้ตั้งครรภ์ เป็นการตรวจหาฮอร์โมน Luteinizing hormone (LH/ฮอร์โมนกระตุ้นการตกไข่) ในปัสสาวะ ซึ่งจะตรวจพบได้เมื่อ 8-12 ชั่วโมงหลังมีการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมน LH (LH surge) ในสตรีปกติทั่วไป LH จะเป็นตัวกระตุ้นให้มีการตกไข่ ปริมาณของ LH จะเพิ่มสูงขึ้นมาก 20-48 ชั่วโมงก่อนตกไข่ สามารถใช้ชุดตรวจนี้ช่วยในการคุมกำเนิดได้โดยหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ในระยะที่ตรวจพบ LH ในปัสสาวะ

8) การหลั่งนอก (Withdrawal method หรือ Coitus interruptus) เป็นการที่ฝ่ายชายถอดองคชาตที่กำลังจะหลั่งน้ำอสุจิขณะร่วมเพศจนใกล้ถึงจุดสุดยอดออกมาจากช่องคลอด แล้วมาหลั่งน้ำอสุจิภายนอกช่องคลอด เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้อสุจิเข้าไปในช่องคลอดและในปากมดลูก เป็นวิธีที่เกิดความล้มเหลวบ่อย (15-30%) เพราะฝ่ายชายมักถอนอวัยวะเพศไม่ทัน จึงทำให้มีตัวเชื้ออสุจิส่วนหนึ่งเข้าไปในช่องคลอดได้ และ/หรืออสุจิที่เปื้อนอยู่บริเวณปากช่องคลอดยังสามารถเคลื่อนตัวผ่านเมือกที่ปากช่องคลอดฝ่ายหญิงที่มีมากขณะมีอารมณ์ทางเพศได้อีกด้วย

9) การกลั่นไม่หลังน้ำอสุจิ (Coitus reservatus) เป็นการที่ฝ่ายชายควบคุมตนเองไม่ให้หลังน้ำอสุจิ เมื่อใกล้จุดสุดยอดจะต้องค่อยๆบังคับตนเองให้ลดความตื่นเต้นทางเพศลง ค่อยๆผ่อนคลายจนหมดไป วิธีการนี้มีโอกาสพลาดได้ง่าย (10-30%) เช่นเดียวกับการหลั่งนอก

10) การให้นมบุตร (Lactational infertility) เป็นการคุมกำเนิดด้วยวิธีธรรมชาติอย่างหนึ่ง โดยเฉพาะสตรีที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ประจำเดือนจะมาช้ากว่าสตรีที่เลี้ยงลูกด้วยนมผสม เนื่องจากการให้ลูกดูดนมจะมีผลต่อการหลั่งฮอร์โมน Gonadotropin releasing hormone (GnRH, ฮอร์โมนควบคุมการเจริญเติบโตของไข่) ทำให้ไม่มีการหลั่งฮอร์โมน Follicular stimulating hormone (FSH) และฮอร์โมน LH ไปกระตุ้นให้ไข่ในรังไข่มีการเจริญเติบโตจนเกิดการตกไข่ได้ ซึ่งโดยมากการตกไข่มักเกิด 10-12 สัปดาห์หลังคลอด แต่หากต้องการคุมกำเนิดอย่างจริงจังควรมีการคุมกำเนิดด้วยวิธีอื่นร่วมด้วย

11) การสวนล้างช่องคลอดและการถ่ายปัสสาวะ (Douching and urination) เป็นวิธีที่ไม่ได้ผลในการสวนล้างช่องคลอดหรือถ่ายปัสสาวะหลังการมีเพศสัมพันธ์เพราะเมื่อฝ่ายชายหลั่งน้ำอสุจิเข้าไปในช่องคลอด เชื้ออสุจิบางส่วนจะเข้าไปในโพรงมดลูกได้แล้ว วิธีดังกล่าวจึงไม่สามารถป้องกันน้ำอสุจิไม่ให้เข้าไปในโพรงมดลูกได้

อย่างไรก็ตาม เป็นที่รับรู้ว่าคุณภาพของการคุมกำเนิดด้วยวิธีธรรมชาติไม่ดีเท่าการคุมกำเนิดด้วยการใช้ยาฮอร์โมนเพราะต้องขึ้นอยู่กับความร่วมมือของทั้งฝ่ายชายและฝ่ายหญิง หากมีการปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัดและถูกต้อง ประสิทธิภาพโดยรวมประมาณ 90% แต่หากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง หรือไม่มีวินัยในการควบคุมตนเอง โอกาสความล้มเหลวจะมีมากกว่าการคุมกำเนิดด้วยยาหรือฮอร์โมนต่างๆมาก โดยข้อดีของการคุมกำเนิดด้วยวิธีธรรมชาติ คือ ประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดยังไม่ดีนัก โอกาสการตั้งครรภ์ 2-30 รายต่อสตรี 100 คน นอกจากนี้ต้องมีวินัยในการปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัดทั้งฝ่ายหญิงและฝ่ายชาย และไม่สะดวก ต้องได้รับความร่วมมือจากทั้งฝ่ายชายและฝ่ายหญิง อาจจะมีแรงกดดัน หรือเกิดความเครียด เนื่องจากความต้องการทางเพศอาจไม่ตรงกับวันที่และระยะ เวลาในช่วงที่ปลอดภัย คือไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามความต้องการ ยังเสียเวลาในการบันทึกประวัติประจำเดือน และหากสตรีมีประจำเดือนที่ไม่สม่ำเสมอ จะทำให้การคำนวณระยะปลอดภัยไม่แม่นยำ และสิ่งสำคัญคือ ไม่สามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้

ดังนั้นในการศึกษาประเด็นการคุมกำเนิด ผู้วิจัยสนใจศึกษาข้อมูลการใช้วิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ และโรคติดต่อจากการมีเพศสัมพันธ์ ประเภทของวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ใช้มากที่สุด ความรู้ในเรื่องการใช้วิธีการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย โดยประเภทของการคุมกำเนิดที่สอบถามในครั้งนี้มีดังนี้ คือ ถุงยางอนามัยสำหรับเพศชาย ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน การหลั่งภายนอก และการนับระยะปลอดภัย



3. การมีบุตร ในการมีบุตรมีจุดเริ่มต้นจากการตั้งครรภ์ ซึ่งการตั้งครรภ์ (Pregnancy) คือ ภาวะที่เกิดจากการปฏิสนธิระหว่างไข่กับอสุจิ แล้วได้ตัวอ่อนเกิดขึ้น ในการตั้งครรภ์ที่ปกติตัวอ่อนจะไปฝังที่เยื่อบุโพรงมดลูก จากนั้นตัวอ่อนซึ่งมีเซลล์เดียว ก็จะแบ่งตัวและพัฒนาเป็นอวัยวะต่างๆ และเจริญเป็นทารกต่อไป ซึ่งโดยทั่วไป ในผู้หญิงปกติที่มีประจำเดือนทุกๆ ประมาณ 4 สัปดาห์ จะมีอายุครรภ์ประมาณ 40 สัปดาห์ หรือ 280 วัน นับจากวันแรกของการมีประจำเดือนครั้งล่าสุด บางครั้งอาจเกิดภาวะครรภ์เสี่ยงสูง คือ ภาวะตั้งครรภ์ที่อาจเกิดอันตรายต่อมารดาและ/หรือต่อทารกในครรภ์ได้ เช่น การที่มารดามีโรคประจำตัวบางอย่าง เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคคอโธอิมมูน/โรคภูมิคุ้มกันตนเอง และ โรคมะเร็ง ซึ่งการตั้งครรภ์อาจส่งผลให้โรคของมารดาที่ตั้งครรภ์มีอาการแย่ลง และอาจส่งผลอันตรายต่อทารกในครรภ์ด้วย

สาเหตุที่ทำให้การตั้งครรภ์มีความเสี่ยงสูงที่พบบ่อย คือ มารดามีอายุน้อย (น้อยกว่า 15 ปี) หรือ อายุมาก (มากกว่า 35 ปี) มารดาอ้วน น้ำหนักตัวเกิน หรือผอมมาก หรือมีโรคประจำตัวเรื้อรังเช่นดั่งกล่าวแล้ว มารดามีประวัติการตั้งครรภ์ผิดปกติมาก่อน เช่น แท้ง หรือการคลอดก่อนกำหนด

ในทางการแพทย์นั้น การตั้งครรภ์ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ นั่นคือ *ระยะที่มีการตั้งครรภ์* *ระยะที่มีการเจ็บครรภ์คลอด* และ *ระยะหลังคลอด* ระยะที่มีการตั้งครรภ์ ในช่วง 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ อาจมีอาการคลื่นไส้ วิงเวียนศีรษะ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีอาการตอนเช้า รับประทานอาหารไม่ค่อยได้ อาการจะดีขึ้นเมื่อผ่านช่วง 3 เดือนแรกไปแล้ว นอกจากนั้นอาจมีอาการอ่อนเพลีย ท้องผูกได้บ้างในบางคน เมื่ออายุครรภ์มากขึ้นประมาณ 20 สัปดาห์ จะรู้สึกได้ถึงการดิ้นของทารก หญิงตั้งครรภ์ควรที่จะต้องสังเกตการดิ้นของทารกในครรภ์ทุกวันเพื่อดูว่าทารกในครรภ์ยังมีชีวิตอยู่หรือไม่ (ซึ่งถ้าสงสัยเด็กดิ้นผิดปกติ เช่น ดิ้นลดลง หรือไม่ดิ้น ต้องรีบพบสูตินรีแพทย์) หรือมีอาการบวมที่ขาทั้งสองข้างได้เล็กน้อย *ระยะที่มีการเจ็บครรภ์คลอด* จะมีอาการต่างๆ ดังนี้ อาการเจ็บครรภ์คลอด จะมีลักษณะปวดทั่วท้องทั้งหมด ท้อง/มดลูกแข็งเกร็งเกิดจากการหดตัวของมดลูก โดยอาการปวดจะบีบและกลายเป็นพักๆสม่ำเสมออย่างน้อย 10 นาทีต่อครั้ง ในบางรายอาจมีอาการปวดร้าวไปที่เอวร่วมด้วย มีมูกปนเลือดออกทางช่องคลอด ซึ่งแสดงว่ามีการเริ่มเปิดช่องปากมดลูก พร้อมทั้งจะคลอดแล้ว การมีน้ำเดิน คือ การมีน้ำใสใสไหลออกทางช่องคลอด กลิ่นไม่ได้เหมือนปัสสาวะ ทั้งนี้เกิดจากถุงน้ำคร่ำแตก และ*ระยะหลังคลอด* ในระยะหลังคลอดจะยังคงมีเลือดไหลออกทางช่องคลอดในปริมาณไม่มาก ซึ่งเรียกว่า น้ำคาวปลา ในช่วงแรกจะมีสีแดงสด จากนั้นจะค่อยๆ จางลงเป็นสีน้ำตาล และเปลี่ยนเป็นสีใสๆ โดยน้ำคาวปลาควรจะหมดภายใน 2-4 สัปดาห์ ซึ่งถ้า น้ำคาวปลาผิดปกติ เช่น เป็นเลือดสดตลอดเวลา หรือมีกลิ่นเหม็นผิดปกติ หรือเมื่อผ่านระยะเวลานี้ไปแล้วยังคงมีน้ำคาวปลาอยู่ ควรรีบพบสูตินรีเวช เพราะอาจมีการติดเชื้อในมดลูก หรืออาจมีรกค้างอยู่ได้ การมีอาการปวดบริเวณท้องน้อยบีบเป็นพักๆ โดยอาการจะเกิดขึ้นเมื่อมารดาให้นมบุตร อาการที่เกิดขึ้นเป็นภาวะปกติ แสดงว่ามดลูกกำลังหดตัวเข้าสู่อุ้งเชิงกราน การขับปัสสาวะหลังคลอด ในช่วง 2-3 วันแรก ปริมาณปัสสาวะที่ออกจะออกมากกว่าปกติ เนื่องจากร่างกายขับน้ำส่วนเกินที่เกิดจากการตั้งครรภ์ออกจากร่างกาย นอกจากนี้พบว่า ภายหลัง

คลออดอาจเกิดอาการผิดปกติทางด้านจิตใจได้ เช่น อาการซึมเศร้า วิตกกังวล ซึ่งสาเหตุอาจเกิดจาก ปัญหาความ สับสนในบทบาทของมารดา และภรรยา โดยอาการจะค่อยๆกลับเป็นปกติภายใน 2-3 สัปดาห์ แต่ถ้าอาการเหล่านี้ เรื้อรัง ควรรีบพบสูตินรีแพทย์ อาการที่แสดงว่าอาจมีการตั้งครรภ์ คือ ประจำเดือนขาด คลื่นไส้ อาเจียน มักมี อาการช่วงเช้า หรือมีอาการมากในช่วงเช้าอยากอาหารแปลกๆ อ่อนเพลีย อารมณ์แปรปรวน อาจปวดศีรษะบ่อย ขึ้น แต่ไม่รุนแรง มีการเปลี่ยนแปลงของเต้านม เต้านมและหัวนมขยายใหญ่ขึ้น อาจรู้สึกเจ็บเต้านมและหัวนม ปัสสาวะบ่อยๆ เพราะขนาดมดลูกโตขึ้นจึงกดเบียดทับกระเพาะปัสสาวะ กระตุ้นให้ปัสสาวะบ่อยขึ้น ในกรณีที่มี อาการดังกล่าวและสงสัยว่าจะตั้งครรภ์ อาจตรวจยืนยันการตั้งครรภ์เองโดยการไปซื้อแถบตรวจปัสสาวะดูการ ตั้งครรภ์จากร้านขายยาขนาดใหญ่มาตรวจ ซึ่งหลังจากจุ่มแถบตรวจกับปัสสาวะ ถ้าพบว่าแถบขึ้น 2 ชิด แสดงว่า มี การตั้งครรภ์ในกรณีที่ไม่แน่ใจ ควรรีบไปพบสูตินรีแพทย์ เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์ควรรีบไปพบแพทย์ทันทีที่เป็นไปได้เพื่อ จะได้ทำการฝากครรภ์ ประเมินอายุครรภ์ที่แน่นอน ประเมินว่ามีภาวะเสี่ยงในการตั้งครรภ์หรือไม่ นอกจากนั้นยังมี การตรวจเลือดเพื่อดูว่ามีการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ (โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์) หรือไม่ รวมถึงการตรวจคัดกรอง โรครหัสซีซีเมียด้วยเพื่อการดูแลทารกตั้งแต่ในครรภ์ จะดูแลตัวเองอย่างไรเมื่อตั้งครรภ์แคลอรี

อย่างไรก็ตาม ในการตั้งครรภ์ถัดไป ควรการตั้งครรภ์ในครรภ์ถัดไปนั้น ควรเว้นระยะห่างในการ ตั้งครรภ์อย่างน้อย 1 ปี เพื่อให้หญิงหลังคลอดได้มีโอกาสพักในระหว่างไม่ตั้งครรภ์บ้าง และถ้าไม่พร้อมที่จะ ตั้งครรภ์ควรมีการวางแผนเพื่อคุมกำเนิด (การวางแผนครอบครัว) ในกรณีที่ยังไม่พร้อมในการจะมีบุตรคนถัดไป ซึ่ง การคุมกำเนิดในปัจจุบันมีมากมายหลายวิธี เช่น การกินยาคุมกำเนิด การใช้ยาฉีดคุมกำเนิด การใส่ห่วงคุมกำเนิด การฝังยาคุมกำเนิด การใช้ถุงยางอนามัย เป็นต้น ดังนั้นจึงควรปรึกษาสูตินรีแพทย์ผู้ดูแลในเรื่องเหล่านี้ ตั้งแต่เมื่อ เริ่มฝากครรภ์

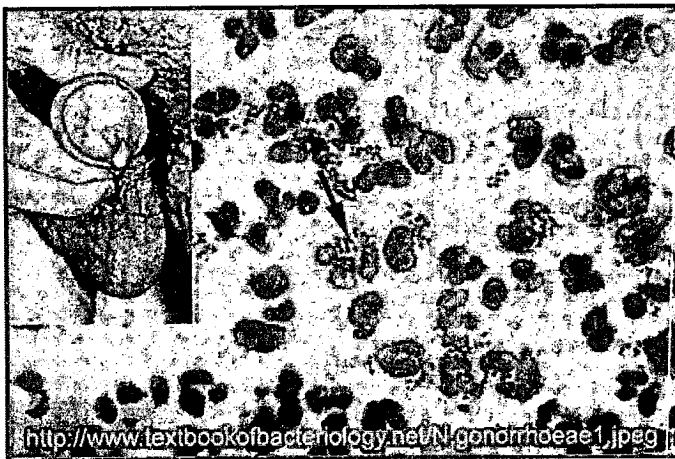
ดังนั้นในประเด็นการมีบุตร ผู้วิจัยสนใจศึกษาการตัดสินใจมีบุตร ความต้องการบุตร ในขณะที่ตั้งครรภ์ จำนวนบุตรที่เหมาะสม และการเว้นระยะห่างของอายุระหว่างบุตร

4 ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่ง กนก สัจจ และคณะ (2555) ให้ความหมายว่า โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นการติดเชื้อที่เกิดขึ้นและแพร่กระจายด้วยการมีเพศสัมพันธ์ โรคนี้เป็นโรคที่ แพร่หลาย มีการติดเชื้อจากในประเทศสหรัฐอเมริกาว่าล้านรายต่อปี ถึงแม้ว่าบางชนิดของ (STD: Sexually transmitted disease) สามารถรักษาและดูแลได้ การป้องกันเป็นกุญแจหลักที่จะต่อสู้กับ STD โดยการเรียนรู้ถึง ความจริงเป็นขั้นเป็นตอน ซึ่งจะสามารถป้องกันตัวเองได้ เนื้อหาจะกล่าวถึงผู้หญิงทุกคนควรรู้จักวิธีป้องกันตัวเองและคู่ นอนจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ชนิด / ประเภทของโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ ซึ่งความเสี่ยงในการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การที่จะป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ ใครก็ได้ที่มีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอด ช่องทวาร หรือ ทางปาก ก็สามารถที่จะเป็นโรคนี้ได้ ผู้ที่เป็น อาจจะไม่รู้ว่าตนเองเป็นโรค เพราะโดยปกติแล้วจะไม่มีอาการแสดง แต่นั่นก็ไม่ได้หมายความว่าไม่มีผลต่อ

สุขภาพของคุณ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อาจก่อให้เกิดความรุนแรงต่อร่างกาย หรืออาจถึงกับชีวิต ถึงแม้ว่าจะไม่แสดงอาการใดๆ คนที่เป็นแล้วสามารถที่จะแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลอื่นโดยการสัมผัสทางผิวหนัง อวัยวะสืบพันธุ์ ปาก ทวารหนัก หรือ สารคัดหลั่งจากร่างกาย อาการแสดงสามารถแบ่งได้ตั้งแต่ระยะกายเคื่องเล็กน้อยไปสู่อาการเจ็บปวดอย่างรุนแรง ซึ่งส่วนใหญ่แล้วอาการแสดงที่เกิดขึ้นนั้นมาจากโรคที่รุนแรงขึ้น ในหลายๆ ตัวอย่าง ปัญหาสุขภาพระยะยาวที่อาจเกิดขึ้นสามารถหลีกเลี่ยงได้ถ้ารับรักษาแต่เนิ่นๆ เชื้อสาเหตุโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อาจเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย หรือเชื้อไวรัส ซึ่งโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรียสามารถรักษาได้โดยการให้ยาปฏิชีวนะ แต่สำหรับเชื้อไวรัสนั้นไม่สามารถรักษาให้หายได้ ได้เพียงแต่รักษาตามอาการเท่านั้น สำหรับผู้ที่มีเพศสัมพันธ์สามารถที่จะแพร่กระจายเชื้อได้ถึงแม้ว่าจะไม่มีอาการเกิดขึ้น แต่ก็มี การตรวจหลายๆวิธีที่สามารถกระทำได้เพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อ ดังนั้นการป้องกันโรคเหล่านี้ด้ด้วยการใช้ถุงยางอนามัย การเตรียมถุงยางอนามัยให้พร้อมที่จะช่วยป้องกันตนเองและคู่นอนจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งเป็นการป้องกันการตั้งครรภ์ได้ด้วยถุงยางอนามัยสามารถใช้ได้ทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ไม่ว่าจะเป็นทางอวัยวะสืบพันธุ์ทางปาก หรือทางทวารหนัก สารหล่อลื่นที่ใช้ในถุงยางอนามัย ต้องมีส่วนผสมของน้ำเป็นหลัก ถ้าเป็นจำพวกน้ำมันหรือโลชั่น เช่น น้ำมันมะกอก อาจจะไม่ปลอดภัย สำหรับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่

1) **โรคหนองใน** และ การติดเชื้อ Chlamydia (หนองในเทียม ) เกิดขึ้นจากเชื้อแบคทีเรีย ซึ่งเป็นโรคที่เกิดขึ้นบ่อย เมื่อติดโรคเกิดขึ้นแล้วไม่ว่าหญิงและชายจะไม่มีอาการในตอนแรก ๆ อาการแสดงจะปรากฏให้เห็น 2 วันถึง 3 สัปดาห์หลังจากสัมผัสโรค โดยมีอาการแสดงอาจจะมีดังนี้ มีสารคัดหลั่งจากช่องคลอดในเพศหญิง และปลายอวัยวะเพศของเพศชาย คล้ายหนอง มีอาการเจ็บหรือปัสสาวะบ่อย ปวดที่อวัยวะเพศหรือในช่องท้อง มีอาการแสบร้อน หรือ คันในช่องคลอด บวมแดง บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก และมีเลือดทางช่องคลอดเป็นช่วงๆ ทั้งโรคหนองในและการติดเชื้อ Chlamydia สำหรับเพศหญิงสามารถก่อให้เกิดการอักเสบในอุ้งเชิงกราน ซึ่งเป็นการติดเชื้อที่มดลูก ท่อรังไข่ และรังไข่ ซึ่งการติดเชื้อนี้ก่อให้เกิดภาวะมีบุตรยากได้ โดยอาการของการอักเสบในอุ้งเชิงกรานที่พบได้บ่อย คือ มีไข้ คลื่นไส้และอาเจียน และปวดท้องน้อย ซึ่งอาจจะนำไปสู่การปวดในอุ้งเชิงกรานระยะยาวได้ และพบว่าในผู้หญิงร้อยละ 30-40 ไม่แสดงอาการอะไรเลยของผู้ติดเชื้อดังกล่าว สำหรับเพศชาย ปัสสาวะแสบขัด หนองเหลืองข้นออกมาจากท่อปัสสาวะ ลูกอัณฑะอักเสบ ปวด บวม เจ็บ และเพิ่มโอกาสการเป็นหมัน อย่างไรก็ตาม การติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดนี้ อาจจะไม่แสดงอาการเลยก็ได้ ซึ่งพบถึงร้อยละ 10 ของผู้ติดเชื้อดังกล่าว

2) โรคหนองในเทียม (Non Gonococcal Urethritis: NSU) เป็นโรคที่เกิดจากการอักเสบของปัสสาวะที่เกิดเชื้อโรคที่ไม่ใช่หนองในแท้ (Gonococcal Urethritis) ติดต่อกันโดยการร่วมเพศ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การอักเสบของต่อมลูกหมาก ท่อปัสสาวะตีบ urethral stricture การอักเสบของหนังหุ้มอวัยวะเพศ การใส่สายสวนปัสสาวะ คนติดเชื้อหนองในเทียมจากการมีเพศสัมพันธ์ไม่ว่าจะทางทวาร ปาก หรือทางช่องคลอด นอกจากนั้นก็มีโรคที่ทำให้เกิดหนองในเทียมเช่นมีอาการคล้ายหนองใน แต่เกิดจากคนละเชื้อ โดยเพศชาย มีอาการหนองไหลออกจากอวัยวะเพศ ปวดแสบร้อนเวลาปัสสาวะ คันหรือระคายเคืองท่อปัสสาวะ ปวดหน่วงบริเวณอวัยวะเพศ ไม่มีอาการ ร้อยละ 30 ส่วนเพศหญิง ส่วนมากไม่มีอาการ ส่วนน้อยมีตกขาวผิดปกติ ปวดท้องน้อย มีเลือดออกขณะมีเพศสัมพันธ์ แต่ก็พบผู้ที่ไม่มีอาการเลยถึงร้อยละ 50



ที่มา: <http://haamor.com/th/%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84%E0%B8%95%E0%B8%B4%E0%B8%94%E0%B8%95%E0%B9%88%E0%B8%AD%E0%B8%97%E0%B8%B2%E0%B8%87%E0%B9%80%E0%B8%9E%E0%B8%A8%E0%B8%AA%E0%B8%B1%E0%B8%A1%E0%B8%9E%E0%B8%B1%E0%B8%99%E0%B8%98%E0%B9%8C/>

2) โรคหูดหงอนไก่ (Human Papillomavirus: HPV) เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่พบได้บ่อยอีกชนิดหนึ่ง HPV เป็นเชื้อไวรัส ซึ่งมีมากกว่า 100 สายพันธุ์ บางสายพันธุ์สามารถติดต่อจากบุคคลหนึ่งไปอีกบุคคลหนึ่งทางเพศสัมพันธ์ เช่นเดียวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ที่มักไม่มีอาการแสดง บางสายพันธุ์จะก่อให้เกิดหูดได้ สำหรับเพศหญิง หูดสามารถมองเห็นได้ที่อวัยวะสืบพันธุ์ด้านนอกช่องคลอด ปากมดลูกที่อยู่ใกล้เคียงอวัยวะสืบพันธุ์ บางครั้งหูดสามารถหายเองได้ แต่ถ้าไม่หาย ก็ยังมีการรักษาอีกหลายอย่างที่สามารรักษาได้ อย่างไรก็ตาม ยาที่มีขายตามท้องตลาดที่ใช้รักษาหูดนั้นไม่สามารถใช้รักษาหูดที่อวัยวะเพศได้ ถึงแม้ว่าจะกำจัดหูดออกได้ แต่ก็ไม่สามารถกำจัดเชื้อไวรัสออกได้ เพราะเชื้อสามารถอยู่ในร่างกายได้เป็นเดือนเป็นปี โดยไม่มีอาการแสดง บางสายพันธุ์ของ HPV สามารถนำไปสู่การเกิดมะเร็งที่ทวารหนัก อวัยวะเพศ ช่องคลอด ปากมดลูกและองคชาติ ทั้งใน

เพศหญิงและเพศชายได้ ซึ่งมีไม่ก้ำสายพันธุ์นัก แต่อย่างไรก็ตาม มะเร็งปากมดลูกก็สามารถที่จะตรวจพบได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และรักษาได้



ที่มา: <http://haamor.com/th/%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84%E0%B8%95%E0%B8%B4%E0%B8%94%E0%B8%95%E0%B9%88%E0%B8%AD%E0%B8%97%E0%B8%B2%E0%B8%87%E0%B9%80%E0%B8%9E%E0%B8%A8%E0%B8%AA%E0%B8%B1%E0%B8%A1%E0%B8%9E%E0%B8%B1%E0%B8%99%E0%B8%98%E0%B9%8C/>

3) **ซิฟิลิส** เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียชื่อ "spirochete" ถ้าเป็นแล้วไม่รักษาจะเกิดการติดเชื้อไปทั่วร่างกายและจะทำให้หัวใจถึงแก่ชีวิตได้ ส่วนใหญ่แล้วจะมีอาการแสดง แต่อาการแรกเริ่ม คือเกิดแผลเรื้อบบบริเวณที่เกิดการติดเชื้อ และ ไม่ทำให้เกิดอาการปวดซิฟิลิสในระยะแรกสามารถรักษาได้ง่าย อาการที่จะเกิดได้คือเป็นแผลขอบแข็งและฝื่นคัน การติดต่อจากผู้สัมผัสเชื้อไปสู่บุคคลอื่นนั้นเกิดจากการสัมผัสที่แผลโดยตรง แผลที่เกิดขึ้นมักจะเกิดที่อวัยวะเพศ ช่องคลอด หรือทวารหนัก ในบางรายอาจจะเกิดที่บริเวณริมฝีปากและในปาก ถ้าไม่ได้รับการรักษา อาการแสดงอาจหายไป แต่เชื้อโรครยังคงมีอยู่ อาการจะกลับมาเป็นอีก ในช่วงปีถัดไป และเชื้อกระจายไปทั่วร่างกายได้



ที่มา: <http://haamor.com/th/%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84%E0%B8%95%E0%B8%B4%E0%B8%94%E0%B8%95%E0%B9%88%E0%B8%AD%E0%B8%97%E0%B8%B2%E0%B8%87%E0%B9%80%E0%B8%9E%E0%B8%A8%E0%B8%AA%E0%B8%B1%E0%B8%A1%E0%B8%9E%E0%B8%B1%E0%B8%99%E0%B8%98%E0%B9%8C/>

---

**4) เริ่มที่อวัยวะเพศ** คนหลายล้านคนเป็นพาหะนำเชื้อไวรัสเริม อาการแสดงที่เกิดขึ้นคือเป็นแผลรอบๆ อวัยวะเพศ แผลที่เกิดขึ้นจะมองเห็นเป็นจุดแดงๆ เป็นตุ่มหรือ แผลพุพอง อาการอาจเกิดขึ้นเป็นระยะเวลาไม่กี่วัน หรือ นานเป็นสัปดาห์ อาการแสดงอาจจะหายไป แต่เชื้อไวรัสยังคงอยู่ในร่างกาย การเกิดแผลอาจจะกลับมาเป็นซ้ำได้อีกเรื่อยๆ ซึ่งมักจะเกิดขึ้นซ้ำที่เดิม การรักษายังคงเป็นแค่รักษาตามอาการ แต่ไม่สามารถฆ่าเชื้อไวรัสได้ ดังนั้นเมื่อร่างกายเกิดการติดเชื้อแล้ว เป็นไปได้มากที่จะมีการแพร่เชื้อไปสู่บุคคลอื่นโดยที่ตัวเองไม่ทราบ การติดเชื้อ HIV (Human immunodeficiency virus) เป็นเชื้อไวรัสที่ก่อให้เกิดโรคเอดส์ (AIDS - acquired immunodeficiency syndrome) อัตราการติดเชื้อ HIV เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้หญิงที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย เชื้อ HIV จะเข้าผ่านทางกระแสเลือด โดยทางสารคัดหลั่ง โดยปกติแล้วจะเป็นเลือด หรือ อสุจิ เมื่อเชื้อเข้าสู่กระแสเลือด ไวรัสจะเข้าไปทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำให้เกิดโรค นำไปสู่โรครุมิคุ้มกันบกพร่อง ที่อาจรุนแรงถึงเสียชีวิตได้ โรคนี้จะก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ มากมายเช่น การติดเชื้อ หรือ มะเร็ง ถึงแม้ว่าจะยังไม่สามารถรักษาให้หายได้ถาวร แต่เป็นการรักษาเพื่อยืดเวลาการเกิดโรครุมิคุ้มกันบกพร่องได้ การติดเชื้อทางช่องคลอด ช่องคลอดอักเสบจากเชื้อพยาธิช่องคลอด (Trichomonas) เกิดจากเชื้อปรสิตที่สามารถแพร่กระจายได้ทางการมีเพศสัมพันธ์ แต่เชื้อนี้สามารถรักษาได้ บางรายอาจจะไม่มีอาการแสดง แต่เมื่อมีอาการแสดงเกิดขึ้น อาการที่พบคือมีสารคัดหลั่งทางช่องคลอด มีอาการคันภายในช่องคลอดและบวมแดง

5) และมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ เช่น **แผลริมอ่อน** ซึ่งเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ติดต่อกันโดยการร่วมเพศ อาการมีแผลที่อวัยวะเพศ แต่เจ็บ และแผลสกปรก กว่าซิฟิลิส ซึ่งรักษาโดยใช้ยาเกิน นอกจากนี้มี**โรคเชื้อราในช่องคลอด** มีสาเหตุเกิดจากเชื้อรา ติดต่อกันโดยอาจจะเกิดขึ้นเอง หรือ โดยการมีเพศสัมพันธ์ อาการที่เพศชายพบ มีอาการคัน ปวดแสบร้อนที่อวัยวะเพศ และเพศหญิง มีอาการคัน ปวดแสบร้อน ตกขาวขาวข้น ปากช่องคลอดแดงอักเสบเป็นขุย บางครั้งพบที่ขาหนีบ รักษาโดยการใช้อย่างยาทา ยาเหน็บ ยาเกิน และรักษาความสะอาด **โรคแบคทีเรียในช่องคลอด** สาเหตุเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ติดต่อกันจากการสวนล้างช่องคลอด มีอาการตกขาว มีสีขาวยปนเทา มีกลิ่นเหม็นคาวปลา และมีอาการคันและแสบช่องคลอด การวินิจฉัยโดยนำตกขาวไปตรวจดูเชื้อ รักษาโดยยารับประทาน และโรคพยาธิในช่องคลอด มีสาเหตุจากพยาธิช่องคลอด ติดต่อกันโดยการร่วมเพศ อาการในเพศชายคือมีอาการเพียงเล็กน้อย ปัสสาวะแสบคัน ในขณะที่เพศหญิง มีอาการตกขาวผิดปกติ มีกลิ่นเหม็น เป็นฟอง ปวดแสบ ช่องคลอด รักษาโดยการรับประทานยาตามแพทย์แนะนำ

ดังนั้นในประเด็นความรู้ในเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผู้วิจัยสนใจศึกษาความรู้ในเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และประสบการณ์ที่ผ่านมาของการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงการเข้ารับการรักษา

5. การเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ คือ การเข้าไปรับบริการเพื่อปรึกษา ขอคำแนะนำ หรือรับการรักษาจากการแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเรื่องการวางแผนครอบครัว การมีเพศสัมพันธ์ การมีบุตร โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น หรือการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลรักษาและป้องกันโรคทางเพศต่างๆ รวมถึงอนามัยเจริญพันธุ์ด้านอื่นๆ ดังนั้นในประเด็นการเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ ผู้วิจัยสนใจศึกษาการเข้ารับบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ โรคหรือสาเหตุที่ไปรับบริการ และสถานที่การไปขอรับบริการ

6. การรับบริการจากหมอแผนโบราณ ในการศึกษาพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ การรับบริการจากหมอแผนโบราณในที่นี้คือ “โต๊ะบีแด” หรือ “หมอตำแย” เป็นทางเลือกหนึ่งของชาวไทยมุสลิม ในการมอบความไว้วางใจให้ทำคลอด เนื่องจากเชื่อถือความรู้หมอตำแยมากกว่าความรู้หมอสมัยใหม่รวมถึงข้อจำกัดทางเศรษฐกิจและระยะทาง บางครั้งอาจจะเป็นเรื่องของการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกสบายใจในการมารับบริการกับโต๊ะบีแดมากกว่าการรับบริการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล และแพทย์ ที่โรงพยาบาลหรือสาธารณสุข

ดังนั้นในประเด็นการรับบริการจากหมอแผนโบราณ (โต๊ะบีแด) ผู้วิจัยสนใจศึกษาการเข้ารับบริการจากโต๊ะบีแด โรคหรือสาเหตุที่ไปรับบริการ และเหตุผลที่ไปรับบริการจากโต๊ะบีแด

อย่างไรก็ตาม การมีความรู้และเข้าใจรายละเอียดเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ถึงแม้มีความสำคัญต่อบุคคล เพื่อปกป้องและดูแลสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ทางเพศของตนเองแล้ว ยังพบว่าประเด็นที่สำคัญจริงๆ ต่อการที่บุคคลจะมีสุขภาพทางเพศที่ดีได้นั้น โดยเฉพาะเพศหญิงคือ การสร้างบทบาทและความสัมพันธ์เชิงอำนาจชายและหญิง ให้ผู้หญิงมีสิทธิบนร่างกายของตนเอง รวมถึงมีอำนาจการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองด้วยเช่นกัน ทั้งนี้การที่ประชาชนจะเต็มใจรับความรู้และการเข้าถึงอนามัยเจริญพันธุ์ได้นั้น พวกเขาจะต้องมีความเชื่อในด้านสุขภาพเป็นสำคัญจึงจะสามารถทำให้พวกเขา มีพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ที่ดีได้จึงจำเป็นต้องตระหนักถึงพื้นฐานของความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งมีทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพดังรายละเอียดต่อไปนี้

### 2.3 ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของเบคเกอร์ (Becker, 1967 อ้างถึงใน Pender, 1996) ซึ่งมีสมมติฐานว่าบุคคลจะหันเหตนเองไปสู่พื้นที่ที่บุคคลให้ค่านิยมเชิงบวกและขณะเดียวกันจะหลีกเลี่ยงจากพื้นที่ที่มีค่านิยมเชิงลบ อธิบายได้ว่า บุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันและฟื้นฟูสภาพตราบเท่าที่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้นเป็นสิ่งที่มีความคุ้มค่ามากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้น จากการปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าวบุคคลจะต้องมีความรู้สึกกลัวต่อโรคหรือรู้สึกว้าโรคคุกคามตน และจะต้องมีความรู้สึกว้าตนเองมีพลังที่จะต่อต้านโรคได้ และการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อว่า เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรง และมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้งการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

#### 1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) ซึ่งการรับรู้ต่อโอกาส

เสี่ยงต่อการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกันจึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำหรือการร้ายที่จะป่วยเป็นโรคต่างๆ มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เช่นเมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่ง ความรู้สึกของบุคคลที่ว้าตนเองจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคนั้นๆอีกจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไม่ให้เกิดกับตนเองอีก (Heinze, 1962; Elling et al.,1960)

#### 2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity)เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรง

ของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต การประเมินความรุนแรงนั้นอาศัยระดับต่างๆของการกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจจะมองความรุนแรงของ



การเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือไม่หรืออาจมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค ซึ่ง จากผลการวิจัยจำนวนมากพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

### 3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) การรับรู้ถึง

ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้นโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

### 4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การ

คาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรมอนามัยนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้

### 5. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) ซึ่งสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์

หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่ง Becker, Maiman (1975) ได้กล่าวว่า เพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติซึ่งมี 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal Cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือ การเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External Cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือคนใกล้ชิด เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น

### 6. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ปัจจัยร่วม เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ

แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น และปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคม เช่น ศาสนา ความเชื่อ ความเคร่งครัดในการนับถือศาสนาที่มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

## 2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 2.4.1 งานวิจัยอนามัยเจริญพันธุ์ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้

ในการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในพื้นที่ชายแดนใต้ตั้งแต่ก่อนการประชุม The International Conference in Population and Development: Program of Action (ICPD-PoA) ที่จัดขึ้น ณ กรุงโคโร ประเทศอียิปต์ เมื่อปี ค.ศ.1994 มีงานวิจัยด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ในการศึกษาของกุศล สุนทรธาดา (2524) ; ฉวีวรรณ วรรณประเสริฐ และคณะ (2526) กล่าวถึงประเด็นอนามัยเจริญพันธุ์ในด้านอิทธิพลของศาสนาอิสลามกับภาวะเจริญพันธุ์ โดยระบุว่า สตรีไทยมุสลิมมีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำกว่าสตรีไทยพุทธ เนื่องมาจากบทบาททางศาสนาพุทธและอิสลามที่แตกต่างกัน กล่าวคือ บทบาทของศาสนาอิสลาม ขนบธรรมเนียมประเพณีต่างๆ มีความเกี่ยวพันอย่างใกล้ชิดกับภาวะเจริญพันธุ์ โดยศาสนาอิสลามให้สิทธิแก่ผู้ชายให้สามารถมีภรรยาได้ 4 คน และภรรยาทุกคนต้องได้รับความสุขและมีสิทธิเท่าเทียมกัน ทำให้มีโอกาสที่จะอยู่กับสามีได้น้อยกว่าคู่ที่มีสามีภรรยาคนเดียว จึงทำให้ภาวะเจริญพันธุ์ของไทยมุสลิมต่ำกว่าไทยพุทธ อีกทั้งยังมีข้อห้ามในการมีเพศสัมพันธ์ในวันพิเศษ เช่น การงดมีเพศสัมพันธ์ในระหว่างสตรีมีประจำเดือน และเป็นที่ยึดปฏิบัติกันมากในประชากรที่นับถือศาสนาอิสลามมากกว่าศาสนาอื่น และในประเด็นที่คล้ายคลึงกัน สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2542) รายงานว่า ความสัมพันธ์ระหว่างศาสนาและภาวะเจริญพันธุ์ในภาคใต้ของประเทศไทยค่อนข้างซับซ้อน เนื่องจากมีปัจจัยทางภาษาพูดเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยพบว่า สตรีไทยพุทธมีความรู้และการปฏิบัติตนด้านวางแผนครอบครัวสูงสุด รองลงมา คือ สตรีไทยมุสลิมที่พูดไทย และที่มีความรู้ต่ำที่สุด คือ สตรีไทยมุสลิมที่พูดภาษามลายู ทั้งนี้ยังไม่เห็นด้วยกับการคุมกำเนิดของสตรีในสัดส่วนสูงที่สุด

แม้กระทั่งในปี.ศ. 2541 พบงานวิจัยเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ของชาวไทยมุสลิมจากการศึกษาของ Gray et al (1999: 80) รายงานว่า อนามัยเจริญพันธุ์ยังคงเป็นประเด็นเชิงลบสำหรับชายไทยมุสลิม กล่าวคือ ชาวไทยมุสลิมเห็นว่าการวางแผนครอบครัว การฝากครรภ์และการคลอดกับหมอเพศชายอาจจะทำให้ประทุพผิตจากบทบัญญัติศาสนาอิสลาม ดังนั้นจึงพบสตรีมุสลิมจำนวนมากยังคลอดบุตรกับผดุงครรภ์โบราณหรือโตะบีแด โดยเฉลี่ยมีไทยสตรีมุสลิมในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ประมาณร้อยละ 40 คลอดกับโตะบีแด ในขณะที่อัตราการคลอดบุตรกับผดุงครรภ์โบราณของชาวไทยทั่วประเทศอยู่ในระดับเพียงร้อยละ 5.78 เท่านั้น (ทัศนัย ชันทยาภรณ์ และคณะ, 2539:2) นอกจากนี้รายงานวิจัยตลอดเกือบ 10 ปีที่ผ่านมารายงานว่า ชาวไทยมุสลิมในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ยังคงประสบปัญหาสาธารณสุขอยู่มาก สตรีไทยมุสลิมมากกว่าร้อยละ 40 ยังคลอดบุตรกับผดุงครรภ์โบราณหรือโตะบีแด ทั้งนี้เพราะว่ามุสลิมมีพิธีต้อนรับทารกและไม่สะดวกที่จะทำพิธีในห้องคลอดที่โรงพยาบาล จึงนิยมคลอดที่บ้าน ทำให้อัตราการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย ในสตรีไทยมุสลิมสูงกว่า 0.2 ในขณะที่สตรีไทยพุทธมีอัตราดังกล่าวต่ำกว่า และอัตราการตายของทารกต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย สอดคล้องกับรายงานอนามัยเจริญพันธุ์ภาคใต้ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550: 45 ระบุว่า จังหวัดที่มีจำนวนประชากรไทยมุสลิมอาศัยอยู่เป็นจำนวนมากกำลังประสบกับปัญหาในเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์และการขาดความรู้ที่ถูกต้องเรื่องสิทธิ

อนามัยเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะในสามจังหวัดชายแดนใต้ ซึ่งพบปัญหาในเรื่องอายุแรกสมรสเฉลี่ยต่ำสุด ประมาณ 14 ปี ผู้หญิงส่วนใหญ่มีแนวโน้มสมรสกับผู้ชายสูงอายุกว่าหรือสมรสกับผู้ชายที่ผ่านการมีเพศสัมพันธ์อย่างโจ่งโจง จนก่อให้เกิดปัญหาโรคติดต่อทางระบบสืบพันธุ์และโรคเอดส์ และนำไปสู่ปัญหาการหย่าร้างสูง และการศึกษาของ ชัยวัฒน์ สถาอานันท์ (2539) ได้ระบุสภาพสังคมของชาวไทยมุสลิมไว้ว่า “ชาวไทยมุสลิมในประเทศไทยเป็นชน ด้อยโอกาสกลุ่มหนึ่ง ที่ประสบปัญหาต่างๆ อยู่ไม่น้อย เช่น เศรษฐกิจ สังคม รวมทั้งปัญหาด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะเรื่องสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับภาวะเจริญพันธุ์”

นอกจากนี้ยังพบปัญหอนามัยแม่และเด็กเพิ่มมากขึ้น กล่าวคือ อัตราการตายของมารดาและอัตราการตายของทารกที่เคยมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ต้นปี 2547 กลับมีอัตราเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะอัตราการตายของมารดาใน จ.ปัตตานี และยะลา พบว่า เมื่อปี 2546 ใน จ.ปัตตานี อัตราการตายของมารดาเพิ่มจาก 26 คน ต่อการเกิดมีชีพ 1 แสนคน เป็น 51 คนต่อการเกิดมีชีพ 1 แสนคนในปี 2549 ขณะที่ จ.ยะลา อัตราการตายของมารดา เพิ่มจาก 19.8 คน ต่อการเกิดมีชีพ 1 แสนคนในปี 2546 อัตราการตายของมารดา เป็น 49.2 คน ต่อการเกิดมีชีพ 1 แสนคน ในปี 2549 อัตราการตายของมารดาสูงมากกว่า 2 เท่าของค่าเฉลี่ยพื้นที่อื่นซึ่งไม่เกิน 18 ต่อแสนประชากร ขณะที่ในปี 2546 อัตราการตายของทารก เพิ่มจาก 11.1 คนต่อการเกิดมีชีพ 1 พันคน เป็น 11.7 คนต่อการเกิดมีชีพ 1 พันคนในปี 2549 จากค่าเฉลี่ยปกติไม่เกิน 9 ต่อพันคน นอกจากนี้ยังพบว่า ทารกแรกคลอดในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ มีจำนวนมากที่มีน้ำหนักแรกคลอดที่ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติอย่างมาก ซึ่งต้องไม่ต่ำกว่า 2,500 กรัม แต่กลับพบว่ามียุติแรกคลอดซึ่งพบน้ำหนักต่ำสุดถึง 800 กรัม ทำให้ต้องอยู่ในตู้อบโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ตั้งแต่ 3 เดือน ถึง 1 ปี ซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาการเติบโตของเด็กในอนาคตอย่างมาก จากการวิเคราะห์สาเหตุการตายของมารดาส่วนใหญ่เกิดจากการตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากมีลูกถี่ และมีลูกหลายคน อัตราการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ครบ 12 สัปดาห์ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย นอกจากนี้ยังมาจากความเชื่อดั้งเดิม ทำให้สตรีบางส่วนเลือกคลอดบุตรที่บ้านกับหมอตำแยแทนการคลอดในโรงพยาบาล และมีบางพื้นที่มาคลอดที่สถานบริการไม่ได้เพราะเจ็บท้องตอนกลางคืน แต่ไม่กล้าออกจากบ้าน ด้วยสถานการณ์ความรุนแรงในพื้นที่ นอกจากนี้มารดายังมีปัญหาการขาดสารอาหาร ภาวะตัวซีดในขณะตั้งครรภ์ เนื่องจากขาดแร่ธาตุสำคัญ โโลหิตจาง ซึ่งไม่ค่อยพบในพื้นที่อื่นของประเทศไทยแล้ว รวมไปถึงการตั้งครรภ์ในช่วงวัยรุ่น (กรมสุขภาพจิต, 2554: 58) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในเรื่องของสภาวะอนามัยของแม่ ซึ่งดูจากการปฏิบัติตัวของแม่ในระหว่างตั้งครรภ์ สุดท้ายเฉพาะที่คลอดมาแล้วไม่เกิน 2 ปี และครรภ์ปัจจุบัน สำหรับครรภ์สุดท้ายพบว่า สตรีไทยพุทธฝากครรภ์ที่สถานบริการของรัฐมากกว่าสตรีไทยมุสลิม มีข้อน่าสังเกตว่าทั้งสองกลุ่มไปฝากครรภ์เพราะมีอาการแทรกซ้อนระหว่างครรภ์มากกว่าไปตรวจตามกำหนดการคลอดมีแบบแผนคล้ายการฝากครรภ์ สตรีไทยมุสลิมนิยมคลอดกับหมอตำแยมากที่สุด และมีผลให้มีอาการแทรกซ้อนในระยะอยู่ไฟมากกว่าสตรีไทยพุทธ สำหรับการเลี้ยงทารกพบว่า สตรีทั้งสองกลุ่มศาสนาไม่แตกต่างกันคือ นิยมเลี้ยงบุตรด้วยนมบุตร ซึ่งคล้ายคลึงกับชาวไทยในชนบทของภาคอื่นๆ และการอนามัยเด็กได้ใช้อัตราการได้รับภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐานเป็นเกณฑ์ ซึ่งได้แก่โรคคอตีบ ไอกรน

กรมอนามัย จังหวัดยะลา (2556) ชี้ให้เห็นว่า ปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ยังคงมีปัญหา และเป็นปัญหาที่น่าวิตกกังวลเป็นอย่างยิ่ง (อ้างในหน้า 4-5) ภาพดังกล่าวสะท้อนถึงปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์ของชาวไทยมุสลิมในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ในระดับรุนแรง ทั้งนี้กล่าวได้ว่าชาวไทยมุสลิมในจังหวัดชายแดนใต้ยังขาดความรู้และการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องในเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์และการดูแลสุขภาพทางเพศของตนเอง รวมถึงการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีมาตรฐาน ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรในจังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส และสนใจศึกษาปัจจัยกำหนดสถานะสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ด้วยเช่นกัน

## 2.4.2 ปัจจัยกำหนดสถานะสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้

### 2.4.2.1 ปัจจัยทางประชากร

#### 1. เพศ

เพศเป็นลักษณะทางชีววิทยา ซึ่งอาจจะเป็นตัวกำหนดต่อการแสดงพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ที่แตกต่างกันกล่าวคือ จากการทบทวนรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ในประเด็นพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์จากผลการศึกษาของศรีมยา บุนนาคและเพ็ญพัทธ์ ทองแท้ (2544:210) ระบุว่า ร้อยละ 99.1 ของเพศหญิง และร้อยละ 89.9 ของเพศชายมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับคู่สมรสของตน ในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกร้อยละ 47.3 ของเพศหญิง ไม่ได้พูดคุยเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์กับคู่ร่วมเพศ อย่างไรก็ตาม ร้อยละ 18.2 ของเพศหญิงใช้วิธีคุมกำเนิดป้องกันการตั้งครรภ์ในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก สอดคล้องกับการศึกษาของระวีวรรณ วุฒิประสิทธิ์ (2556: 45-46) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ เพศชายมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรสในสัดส่วนสูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 70 เปรียบเทียบกับร้อยละ 41) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาวรรณภา กรีระตะกุล (2545: 79) ในเรื่องพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นไทยในปัจจุบันที่ระบุว่า เพศที่แตกต่างกันมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่แตกต่างกัน และการศึกษาเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงเรื่องเพศสัมพันธ์ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนวัยรุ่น ในโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษาจังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชายมีความยินยอมให้มีเพศสัมพันธ์ทางเพศก่อนแต่งงานระดับสูงมากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิง เป็นต้น อย่างไรก็ตาม บทบาทเพศมีส่วนกำหนดพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ ซึ่งเพศชายมีโอกาสเลือกมากกว่าเพศหญิง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ การกำหนดการมีบุตร การใช้วิธีคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ ดังนั้นเพศหญิงจึงน่าจะมีโอกาสที่มีพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ที่ต่ำสูงกว่าเพศชาย

ดังนั้นในการศึกษาพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้จึงมีสมมุติฐานว่าตัวแปรเพศเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรในพื้นที่สาม

**จังหวัดชายแดนใต้ โดยกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีโอกาสสถานะสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ระดับดีมากกว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชาย**

## 2. อายุ

อายุเป็นตัวแปรหนึ่งในปัจจัยทางประชากรที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล กล่าวคือ อายุเป็นตัวสะท้อนถึงประสบการณ์ของบุคคล จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2545: 29) เรื่องทัศนคติและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะเจริญพันธุ์ของชาวไทยมุสลิมใน 4 จังหวัดภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดยะลา ปัตตานี นราธิวาส และสตูล โดยการสนทนากลุ่มระบุว่า ชาวไทยมุสลิมปัจจุบันต้องการให้คู่สมรสเลื่อนอายุการสมรสให้สูงขึ้นกว่าสมัยก่อน อันเป็นผลมาจากการที่เด็กชายหญิงในปัจจุบันต้องใช้เวลาในการศึกษามากขึ้นและเห็นความจำเป็นของการที่คู่สมรสควรจะได้เตรียมตัวให้พร้อมที่จะรับผิดชอบในบ้านเรือนและการเลี้ยงดูบุตรก่อนที่จะสมรส เช่นเดียวกับการศึกษาของจุฑามาศ นุชนารถ (2531: 74-77) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นจะมีเพศสัมพันธ์ที่ยิ่งสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาเฟอร์ินาวาตี (Ferinawaty, 1995: 57-59) ที่รายงานว่า อายุยิ่งมากขึ้นจะมีความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์มากขึ้น

สำหรับแนวคิดของ นอร์ทแมน (Nortman, 1980: 13) กล่าวว่า อายุเป็นตัวกำหนดความพร้อมทางสรีระและการตัดสินใจเลือกคุมกำเนิดที่แตกต่างกัน โดยปกติสตรีที่อายุน้อยมักใช้วิธีคุมกำเนิดแบบชั่วคราวมากกว่าสตรีที่อายุมากกว่า ทั้งนี้เพราะสตรีอายุน้อยยังไม่มีบุตรหรือมีบุตรจำนวนน้อยกว่าที่ตนต้องการ ส่วนการคุมกำเนิดชนิดถาวรจะพบในสตรีอายุมากกว่าในสัดส่วนที่สูงกว่าสตรีอายุน้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวัฒน์ วิบูลย์เศรษฐ์ (2535: 36) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้การทำหมันของคู่สมรสในเขตชนบทของภาคใต้ พบว่า อายุของสตรีหรือสามีมีผลทางบวกต่อการทำหมัน กล่าวคือ คู่ที่อายุน้อยกว่ามีแนวโน้มในการทำหมันน้อยกว่าคู่ที่อายุมากกว่า

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าการศึกษาพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ตัวแปรอายุน่าจะเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากร การศึกษาค้นนี้มีสมมุติฐานว่าตัวแปรอายุน่าจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ โดยกลุ่มตัวอย่างที่อายุมากกว่ามีโอกาสสถานะสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ระดับดีมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยกว่า

## 3. ศาสนา

ศาสนาเป็นสถาบันทางสังคมประเภทหนึ่งที่ทำให้การอบรมสั่งสอนสมาชิกในสังคมให้ประพฤติสิ่งที่ดีและยังปลูกฝังความเชื่อ ทัศนคติ ค่านิยม และวิถีทางในการดำเนินชีวิต ดังนั้นศาสนาเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีบทบาท

บาดทะยัก และวัณโรค พบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีของจังหวัดปัตตานีมีอัตราการได้รับภูมิคุ้มกันโรคเหล่านี้ค่อนข้างต่ำ และเด็กไทยมุสลิมต่ำกว่าเด็กไทยพุทธอย่างเห็นได้ชัด (โรงพยาบาลปัตตานี, 2555)

ในประเด็นการวางแผนครอบครัวพบผลการศึกษาของเยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และสมใจ ประมาณพล (2526: 29) รายงานว่า ประชากรในพื้นที่ชายแดนใต้มีความรู้ในวิธีการคุมกำเนิดสูงเกือบเท่าประชากรในชนบทของภาคอื่นๆ วิธีที่รู้จักแพร่หลายที่สุดคือ ยาเม็ด และวิธีที่รู้จักกันโดยทั่วไปของสตรีไทยมุสลิมคือ การหลั่งนอกช่องคลอด สตรีไทยพุทธมีอัตราส่วนร้อยละของผู้กำลังใช้วิธีวางแผนครอบครัวมากเป็นสองเท่าของสตรีไทยมุสลิม และผลการศึกษาของปราโมทย์ ประสาทกุล และอภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์ (2526:34) พบว่า อัตราการเคยใช้วิธีคุมกำเนิดต่ำมากของประชากรทั้งไทยพุทธและไทยมุสลิมในพื้นที่ชายแดนใต้ แต่สตรีไทยพุทธยังสูงกว่าของไทยมุสลิม สำหรับผู้ที่เคยใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดเป็นวิธีการชั่วคราวได้รับความนิยมสูงสุด แต่ไม่พบสตรีไทยมุสลิมที่ใช้วิธีใส่ห่วงเลย และสตรีไทยมุสลิมส่วนใหญ่ที่ตอบใช้วิธีหลั่งภายนอกเป็นวิธีคุมกำเนิดเช่นเดียวกับผลการวิจัยข้างต้น

สำหรับประเด็นการเข้าถึงและการรับบริการอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากร พงงานวิจัยของจิตติมา อร่ามศรีธรรม (2550: 25-26) เรื่องการเข้าถึงและความต้องการบริการสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กในสถานอนามัยของสตรีชาวเลบนเกาะแห่งหนึ่งทางตอนใต้ของประเทศไทย สํารวจในช่วงปีพ.ศ.2539-2548 พบว่า ชาวเลตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็ก แต่ยังคงมีอุปสรรคเรื่องการเข้าถึงและรับบริการด้านผดุงครรภ์ให้ครบทุกระยะ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะฝากครรภ์ ระยะหลังคลอด ทั้งนี้เพราะมีปัญหาเรื่องการเดินทาง ค่าใช้จ่ายค่าบริการ และความพึงพอใจจากการจัดบริการและพฤติกรรมบริการของพยาบาลวิชาชีพ นอกจากนี้ยังพบข้อมูลว่า ด้านอนามัยแม่และเด็กของชาวเลในด้านผดุงครรภ์ยังคงมีรูปแบบการใช้บริการแพทย์พื้นบ้านด้วยเช่นกัน ซึ่งการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำรงอยู่ของผดุงครรภ์โบราณมุสลิมในงานอนามัยแม่และเด็ก กรณีศึกษาหมู่บ้านแห่งหนึ่งในจังหวัดระนองของขวัญชัย เกิดบางบอน (2542: 56-57) พบว่า สตรีมีครรภ์และหลังคลอดในชุมชนมีรูปแบบการรับบริการผสมผสานทั้งแผนปัจจุบันและแผนโบราณ ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำรงอยู่ของผดุงครรภ์โบราณคือ ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรมประกอบด้วย ศาสนา กล่าวคือ ผดุงครรภ์โบราณนับถือศาสนาเหมือนกัน เข้าใจรูปแบบวัฒนธรรมร่วมกันคือทำให้บริการอย่างมิดชิด ความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์หลังคลอด และความสัมพันธ์กับเครือข่ายสังคมคือ การได้รับการถ่ายทอดจากญาติพี่น้อง และปัจจัยเกี่ยวกับผดุงครรภ์โบราณและระบบบริการ ประกอบด้วย การยอมรับผู้ให้บริการ มีรูปแบบบริการที่เรียบง่าย และค่าใช้จ่ายค่อนข้างราคาถูก เป็นต้น

จากการทบทวนศึกษาวิจัยที่ผ่านมาในประเด็นอนามัยเจริญพันธุ์บริบทพื้นที่ชายแดนใต้เป็นงานวิจัยที่ผ่านมานับสิบปีและนักวิชาการไม่ได้ให้ความสำคัญมากนักเพราะคาดว่าผลจากการรับเอานโยบายอนามัยเจริญพันธุ์จากการแผนการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals) จะทำให้อาอนามัยเจริญพันธุ์ในชายแดนใต้คงจะรับการพัฒนาให้ดีขึ้นเช่นเดียวกับพื้นที่อื่นๆ ในประเทศไทย แต่จากสถิติปีล่าสุดโดย

สำคัญในการศึกษาในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ เนื่องจากประชาชนในพื้นที่ดังกล่าวส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งในการดำเนินชีวิตพวกเขายึดตามบทบัญญัติทางศาสนา ดังนั้นศาสนาจึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ของพวกเขา

จากผลการศึกษาของจอห์น โนเดล และนภาพร ชโยวรรณ (2518) เรื่องความแตกต่างด้านภาวะเจริญพันธุ์ และการวางแผนครอบครัว ระหว่างสตรีไทยพุทธ และสตรีไทยมุสลิม โดยเน้นภาคใต้: การวิเคราะห์ข้อมูลจากโครงการวิจัยภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทย พ.ศ.2518 พบว่า สตรีชาวมุสลิมจะสมรส เมื่ออายุน้อยกว่าสตรีชาวพุทธ และการสมรสของสตรีชาวมุสลิมมีการแตกแยกมากกว่าสตรีชาวพุทธ สตรีชาวมุสลิมมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องการวางแผนครอบครัวน้อยกว่าสตรีชาวพุทธ สอดคล้องกับการศึกษาของพีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์และอภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์ (2526) พบว่า ศาสนามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะพื้นที่ชายแดนใต้ กล่าวคือ สตรีไทยมุสลิมสมรสตั้งแต่อายุน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับสตรีไทยพุทธ แม้ว่าอายุเมื่อแรกสมรสของผู้นับถือศาสนาอิสลามในระยะหลังจะเพิ่มสูงขึ้นในอัตราส่วนที่มากกว่าผู้นับถือศาสนาพุทธ และในเรื่องการยังใช้การคุมกำเนิด (unmet need) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อเว้นระยะห่างระหว่างบุตรแต่ละคนจะมีอยู่มากในหมู่ผู้นับถือศาสนาอิสลามมากกว่าผู้นับถือศาสนาพุทธ ในด้านทัศนคติต่อการวางแผนครอบครัวนั้น พบว่าสตรีส่วนใหญ่ในทั้งสองศาสนาจะมีทัศนคติที่ดี เมื่อมองในเรื่องแหล่งรับบริการแล้วจะพบว่าแหล่งของรัฐจะเป็นแหล่งสำคัญที่สตรีทั้งสองกลุ่มศาสนาจะมีทัศนคติที่ดี เมื่อมองในเรื่องแหล่งรับบริการแล้วจะพบว่าแหล่งของรัฐจะเป็นแหล่งสำคัญที่สำคัญที่สตรีสองกลุ่มศาสนาไปรับบริการ เมื่อมองทางด้านความต้องการมีบุตรในจำนวนที่สูงกว่าสตรีผู้นับถือศาสนาพุทธ

ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า ตัวแปรศาสนาเป็นตัวแปรหนึ่งที่น่าจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ การศึกษาพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ครั้งนี้จึงใช้ตัวแปรดังกล่าวในการศึกษา โดยมีสมมุติฐานว่า **ศาสนาอาจจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ โดยกลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาพุทธมีโอกาสสถานะสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ระดับดีมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาอิสลาม**

#### 2.4.2.2 ปัจจัยทางเศรษฐกิจ

ปัจจัยทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยหนึ่งที่พิจารณาข้อมูลทางสังคมศาสตร์ โดยการอ้างอิงทางสถิติเป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ปรากฏการณ์มาจากแนวคิดของ Arthur S. Goldberger ได้ให้ความหมายว่า เศรษฐมิติหมายถึงแขนงหนึ่งของวิชาสังคมศาสตร์ โดยวิชาดังกล่าวอาศัย ทฤษฎีเศรษฐศาสตร์ คณิตศาสตร์ และการอ้างอิงทางสถิติ เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์ปรากฏการณ์ทางเศรษฐศาสตร์ และ Gerhard Tintner อธิบายแนวคิดเศรษฐมิติเป็นผลจากการมองบทบาทของเศรษฐศาสตร์ในแง่มุมหนึ่ง อันประกอบด้วยการนำสถิติและคณิตศาสตร์มาประยุกต์กับข้อมูลทางเศรษฐกิจเพื่ออธิบายปรากฏการณ์ที่แสดงถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของบุคคล

ดังนั้นในการศึกษาคั้งนี้มีการนำปัจจัยทางเศรษฐกิจมาอธิบายพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ โดยปัจจัยทางเศรษฐกิจ ประกอบด้วยตัวแปร สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และตัวแปรรายได้

## 1. ระดับการศึกษา

ในสังคมไทยเป็นสังคมหนึ่งที่บุคคลสามารถเปลี่ยนสถานภาพทางสังคมได้โดยการยกระดับตนเองด้วยการศึกษา กล่าวคือ การได้รับการศึกษาสูงจะเพิ่มโอกาสในการประกอบอาชีพ และสร้างรายได้เพื่อให้สถานะทางเศรษฐกิจของตนเองและครอบครัวดีขึ้น นอกจากนี้ระดับการศึกษายังทำให้บุคคลสามารถเปลี่ยนทัศนคติ ความเชื่อ และค่านิยมตามโอกาสของระดับการศึกษาที่สูงขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของวิพรธม ประจวบเหมาะ และเกื้อ วงศ์บุญสิน (2532: 16) ศึกษาลักษณะประชากรในอนาคตที่ทำให้ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการวางแผนครอบครัว พบว่า สตรีที่มีการศึกษาสูงกว่าจะมีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดในสัดส่วนสูงกว่าสตรีที่มีการศึกษาน้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของคลิงเกอร์ (Klinger, 1981: 329) พบว่า คู่สมรสที่มีการศึกษาสูงกว่ามีสัดส่วนในการจำกัดขนาดครอบครัวมากกว่าคู่สมรสที่มีการศึกษาน้อยกว่า เป็นต้น ดังนั้นในการศึกษาคั้งนี้ ตัวแปรระดับการศึกษาจึงอาจจะเป็นตัวแปรหนึ่งที่กำหนดพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ โดยมีสมมุติฐานว่า **ระดับการศึกษาอาจจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีโอกาสสถานะสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ระดับดีมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่า**

## 2. อาชีพ

อาชีพเป็นตัวแปรหนึ่งที่บ่งชี้ถึงลักษณะทางเศรษฐกิจ กล่าวคือ อาชีพจะเป็นตัวกำหนดรายได้ของบุคคลที่แสดงถึงลักษณะความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ดังแนวคิดของ จอร์จ ซิมมอนส์ (George B. Simmons) ระบุว่า เศรษฐกิจเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมทางเพศของบุคคล กล่าวคือ คู่สามีภรรยาที่มีอาชีพมั่นคงจะเป็นผู้กำหนดจำนวนบุตรตามที่ตนเองต้องการ หรือการเว้นช่วงการมีบุตร โดยใช้วิธีคุมกำเนิดที่มีคุณภาพกว่าคู่สามีภรรยาที่ประกอบอาชีพไม่แน่นอน สอดคล้องกับงานวิจัยของธัญญลักษณ์ ศิริชนะ (2538: 111) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช่วิธีคุมกำเนิดรายใหม่ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 12 ยะลา พบว่า ผู้รับบริการที่ประกอบอาชีพข้าราชการมีความรู้ในการเลือกใช่วิธีคุมกำเนิดที่ปลอดภัยและราคาสูงกว่าผู้รับบริการที่มีอาชีพรับจ้าง ดังนั้นในการศึกษาคั้งนี้ ตัวแปรอาชีพจึงอาจจะเป็นตัวแปรหนึ่งที่กำหนดพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ โดยมีสมมุติฐานว่า **อาชีพอาจจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ทำงานนอกภาคเกษตรกรรมมีโอกาสสถานะสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ระดับดีมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ทำงาน**



### 3. รายได้

รายได้เป็นตัวแปรที่บ่งชี้สถานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล โดยตัวแปรรายได้ที่ใช้ในการศึกษาคือ รายได้ที่เป็นตัวเงิน ซึ่งได้แก่ ผลรวมของรายได้ที่เป็นตัวเงินในลักษณะต่างๆ คือ จากการขายผลผลิตทางเกษตร ค่าจ้าง เงินเดือน ค่าเช่า ดอกเบี้ย กำไรจากการค้า และเงินได้เปล่าของสมาชิกในครัวเรือนทุกคนที่มีรายได้ ดังเช่นการศึกษาของจุฬารัตน์ ห้าวหาญ (2539: 79-80) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของดารุณี ภูษณสุวรรณศรี (2540: 37) รายงานว่า ผู้ที่มีรายได้มากกว่ามีแนวโน้มในการดูแลสุขภาพทางเพศ โดยการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสัดส่วนสูงกว่าผู้ที่มีรายได้น้อยกว่า เป็นต้น

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใช้ตัวแปรรายได้ในการศึกษาปัจจัยกำหนดสถานะสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ และมีสมมุติฐานว่า **รายได้เป็นตัวแปรหนึ่งที่กำหนดพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรในพื้นที่ดังกล่าว โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้สูงกว่ามีโอกาสสถานะสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ระดับดีมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำกว่า**

### 4. เขตที่อยู่อาศัย

เขตที่อยู่อาศัยเป็นการแสดงสภาพแวดล้อมพื้นฐานของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการหล่อหลอมความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ทศนคติ และค่านิยมของบุคคล ซึ่งพฤติกรรมของบุคคลมักจะถูกกำหนดให้เป็นไปในลักษณะเดียวกับความคิด ความเชื่อ ทศนคติ และค่านิยมของตน ดังผลการศึกษาของวันทนี วาสิกะสิน (2526: 50-51) กล่าวว่า บุคคลที่อาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกันย่อมส่งผลต่อการปฏิบัติทางเพศที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของปราโมทย์ ประสาทกุล และคณะ (2538: 283-299) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมทางเพศก่อนแต่งงานของวัยรุ่นในเขตเมืองและชนบท กล่าวคือ วัยรุ่นทั้งชายและหญิงที่อาศัยในเขตเมืองมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานสูงกว่าวัยรุ่นในเขตชนบท เช่นเดียวกับการศึกษาของดารุณี ภูษณสุวรรณศรี (2504:39) ระบุว่า พื้นที่อยู่อาศัยที่แตกต่างกันจะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศที่แตกต่างกัน

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงใช้ตัวแปรเขตที่อยู่อาศัยในการวิเคราะห์ปัจจัยกำหนดสถานะสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ และมีสมมุติฐานว่า **เขตที่อยู่อาศัยเป็นตัวแปรหนึ่งที่กำหนดพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรในพื้นที่ดังกล่าว โดยกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลมีโอกาสสถานะสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ระดับดีมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล**

### 5. จังหวัดที่อยู่อาศัย

ยิ่งไปกว่านั้นในการศึกษาครั้งนี้ เลือกกลุ่มตัวอย่างมาจาก 3 พื้นที่ชายแดนใต้ ได้แก่ จังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส ซึ่งในพื้นที่อยู่อาศัยที่แตกต่างกันอาจจะมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ที่

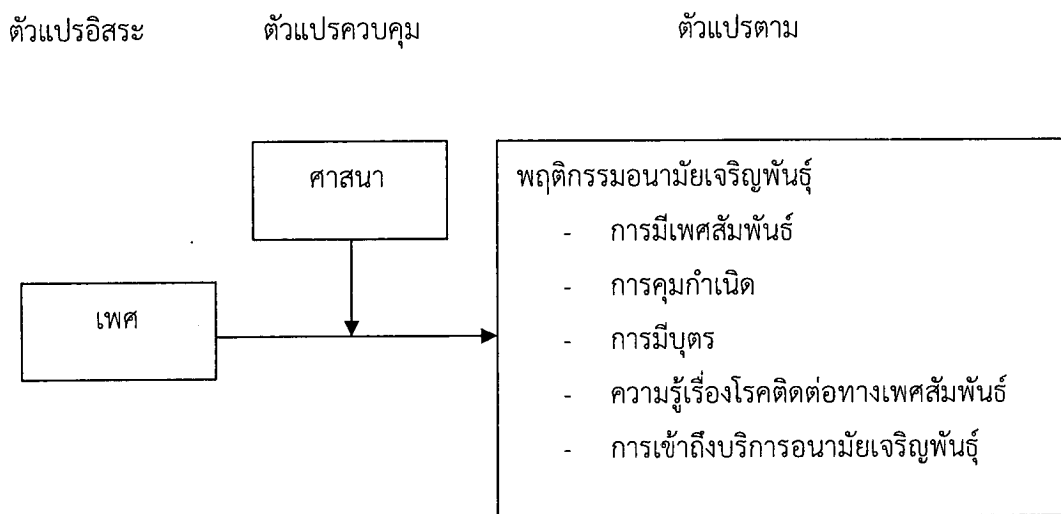
แตกต่างกัน จึงน่าจะนำตัวแปรจังหวัดที่อาศัยอยู่เข้ามาร่วมพิจารณาด้วย อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น มีข้อมูลจำนวนแพทย์ โรงพยาบาล และการบริการสาธารณสุขรายจังหวัด ทั้ง จ.ปัตตานี จ.ยะลา และ จ.นราธิวาส พบว่า จ.ปัตตานี เป็นจังหวัดที่ค่อนข้างมีข้อจำกัดทั้งจำนวนแพทย์ และโรงพยาบาล ดังนั้นอาจจะกล่าวได้ว่า การแพทย์ในจังหวัดปัตตานีน่าจะมีข้อจำกัดมากกว่า จ.ยะลา และจ.นราธิวาส ด้วยเหตุนี้จึงเป็นสมมุติฐานที่ว่า จังหวัดที่อยู่อาศัยเป็นตัวแปรหนึ่งที่กำหนดพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรในพื้นที่ดังกล่าว โดยกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนราธิวาส และยะลามีโอกาสสถานะสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ระดับดีมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในจังหวัดปัตตานี

## 2.5 กรอบแนวคิดในการศึกษา

ในการศึกษาพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ นำแนวคิดอนามัยเจริญพันธุ์ที่กล่าวถึงพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิด การมีบุตร โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ และการรับบริการจากหมอแผนโบราณของประชากรในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ จังหวัดปัตตานี จังหวัดยะลา และจังหวัดนราธิวาส โดยนำทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของเบคเกอร์ (Becker, 1967) เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางอธิบายระบบความเชื่อและแบบแผนพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ที่มีความสัมพันธ์กับวัฒนธรรมความเชื่อและศาสนา รวมทั้งลักษณะทางประชากร เช่น ตัวแปรเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์รวมทั้งปัจจัยกำหนดสถานะสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ ซึ่งทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพมีกรอบแนวคิดโดยย่อดังนี้ คือ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพระดับดีจะต้องมีปัจจัยหลายด้านที่มีผลทำให้เกิดพฤติกรรมนั้นๆ ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ ปัจจัยทางประชากร ได้แก่ ตัวแปรเพศ ตัวแปรอายุ และตัวแปรศาสนา และปัจจัยทางเศรษฐกิจ ได้แก่ ตัวแปรระดับการศึกษา ตัวแปรอาชีพ ตัวแปรรายได้ และเขตที่อยู่อาศัย ที่แตกต่างกัน มีแนวโน้มทำให้บุคคลมีพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ที่แตกต่างกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทำให้ผู้วิจัยตระหนักถึงลักษณะทางประชากรเพศและบทบาทการดำเนินชีวิตตามบทบัญญัติของศาสนาอาจจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดกรอบการศึกษา ซึ่งคำนึงถึงความสัมพันธ์ระหว่างเพศและพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ จำแนกตามศาสนา ดังแผนภาพต่อไปนี้

แผนภาพ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศและพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ จำแนกตามศาสนา



นอกจากนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยกำหนดสถานะสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรในพื้นที่ดังกล่าวด้วยเช่นกัน โดยพิจารณาว่า สถานะสุขภาพของบุคคลจะเป็นอย่างไร ต้องมีปัจจัยต่างๆ เป็นกำหนดร่วมด้วย ดังปรากฏในแผนภาพต่อไปนี้

แผนภาพ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้

