

## บทที่ 5

### สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ในบทนี้เป็นการสรุปสาระสำคัญของการวิจัย พร้อมทั้งเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปวางแผนหรือกำหนดนโยบาย และข้อเสนอแนะเชิงการวิจัยให้นักวิชาการหรือผู้สนใจศึกษาต่อไป โดยมีรายละเอียดต่อไปนี้

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 2 ประการคือ ประการแรกเพื่อสำรวจพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรวัยเจริญพันธุ์ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ เมื่อจำแนกตามเพศ และศาสนา และประการที่สองเพื่อศึกษาปัจจัยกำหนดสถานะสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรวัยเจริญพันธุ์ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยทั้งการศึกษาเชิงปริมาณ และการศึกษาเชิงคุณภาพ ในการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Study) เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (Cross-sectional study) เฉพาะในช่วงเวลาการเก็บข้อมูล 1 เดือน โดยใช้เครื่องมือเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นใหม่ ประกอบด้วยข้อมูล ดังนี้ 1) ข้อมูลพื้นฐานของประชากร 2) ข้อมูลเศรษฐกิจ และ 3) ข้อมูลด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ซึ่งทั้งหมดเป็นข้อมูลระดับบุคคล โดยเก็บข้อมูลจากประชาชนวัยเจริญพันธุ์ที่ตกเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 440 คน ซึ่งอาศัยอยู่ในจังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส และศึกษาเพิ่มเติมในรูปแบบการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Study) เพื่อประกอบการพิจารณาร่วมกับข้อมูลเชิงปริมาณ โดยเฉพาะในประเด็นการรับบริการอนามัยเจริญพันธุ์จำเป็นจะต้องศึกษาการปฏิสัมพันธ์ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพื่อหาแนวทางชัดเจนช่องว่างในการรับบริการอนามัยเจริญพันธุ์ ทั้งนี้เก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ในการให้บริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ พยาบาล เพราะคิดว่าการไปรับบริการของประชาชนค่อนข้างน้อย จึงสนใจข้อมูลจากผู้ให้บริการเพิ่มเติมประกอบในการศึกษาครั้งนี้ด้วย ดังนั้นจึงสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ พยาบาลจำนวน 8 คน ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ (จังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส)

การศึกษาครั้งนี้มีความแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา โดยพิจารณาพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรวัยเจริญพันธุ์ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ในบริบทการมีเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิด การมีบุตร ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ และการรับบริการจากหมอแผนโบราณ (ไต่ะบีแด) ในมิติทางเพศ และศาสนาร่วมกัน ทั้งนี้เนื่องจากวิถีชีวิตและบริบทของชุมชนชายแดนใต้มักเป็นไปในทิศทางที่สอดคล้องกับความคาดหวังของสังคมมุสลิมและหลักการศาสนาอิสลามที่ตระหนักถึงการแสดงสัญลักษณ์อำนาจทางเพศ และศาสนาในการดำเนินชีวิต

## 5.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างใน 3 จังหวัดชายแดนใต้อาศัยอยู่ในจังหวัดปัตตานีในสัดส่วนสูงสุด ร้อยละ 54.3 รองลงมาอาศัยอยู่ในจังหวัดนราธิวาส ร้อยละ 30.9 และอาศัยอยู่ในจังหวัดยะลา ในสัดส่วนต่ำสุด (ร้อยละ 14.8) ทั้งนี้เนื่องจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในเบื้องต้นกำหนดขนาดตัวอย่างแต่ละจังหวัดในสัดส่วนใกล้เคียงกัน ในเชิงปฏิบัติเมื่อลงพื้นที่เก็บข้อมูลจริงพบว่า บางพื้นที่มีความเสี่ยงต่อสถานการณ์ความรุนแรงเมื่อลงไปในพื้นที่แล้วไม่เจอกลุ่มตัวอย่างหรือเจอแต่กลุ่มตัวอย่างเปลี่ยนสถานภาพสมรสเป็นหม้าย หย่า หรือแยก แล้วก็ต้องเปลี่ยนกลุ่มตัวอย่าง ทำให้สัดส่วนขนาดตัวอย่างจากเดิมที่ต้องการจะเฉลี่ยขนาดตัวอย่างไม่ให้แตกต่างกันมากจึงมีสัดส่วนที่ได้ตามจริงดังนี้ คือ กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ในสัดส่วนสูงสุดคือ อำเภอเมือง จ.ปัตตานี (ร้อยละ 27.3) รองลงมาอำเภอโคกโพธิ์ จ.ปัตตานี (ร้อยละ 16.1) อำเภอเมืองนราธิวาส จังหวัดนราธิวาส (ร้อยละ 13.2) อำเภอระแงะ จังหวัดนราธิวาส (ร้อยละ 11.6) และ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา (ร้อยละ 9.5) โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 61.4 อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล และในเขตเทศบาลร้อยละ 38.6

อย่างไรก็ตาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสัดส่วนของเพศหญิงในสัดส่วนสูงกว่าเพศชายเล็กน้อย (ร้อยละ 58.6 เปรียบเทียบกับร้อยละ 41.4) มีอายุเฉลี่ย 34.2 ปี มีอายุในช่วง 25-39 ปีในสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 42.0) รองลงมาอยู่ในกลุ่มอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 35.5) และกลุ่มอายุ 18 - 24 ปี (ร้อยละ 22.5) และนับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 53.9 และนับถือศาสนาพุทธร้อยละ 46.1 โดยกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่ง (ร้อยละ 45.5) อยู่กันแบบไม่ได้จดทะเบียนสมรส และจดทะเบียนสมรสตามกฎหมาย คิดเป็น ร้อยละ 42.5 และส่วนหนึ่งสมรสตามหลักศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 12.0) หมายถึง การแต่งงานตามศาสนาที่เรียกว่า พิธีนิกะห์ ซึ่งพิธีดังกล่าวจะเกิดขึ้นเมื่อฝ่ายชายและฝ่ายหญิงตกลงปลงใจจะแต่งงานกัน จากนั้นฝ่ายชายจะให้ผู้ใหญ่ไปทำการสุขอ โดยมีการตกลงค่ามะฮัร หรือ สินสอดทองหมั้น จะต้องมีการมีชายมุสลิมที่มีคุณธรรม มาเป็นพยานในการแต่งงานอย่างน้อย 2 คน ส่วนใหญ่จะเป็นผู้นำละหมาดประจำมัสยิด (โต๊ะอิหม่าม) และจะต้องมี ะลีย์ หรือ ผู้ปกครองของฝ่ายหญิงเป็นผู้ทำหน้าที่แต่งงานให้ ซึ่งหากพ่อแม่ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ ฝ่ายหญิงจะต้องตั้งบุคคลมาเป็นผู้ปกครอง (วะลีย์) แทนและผู้ปกครอง (วะลีย์) ของฝ่ายหญิงต้องเป็นผู้เสนอคำขอแต่งงาน (อัญญาบ) โดยมีเจ้าบ่าวขานรับ (กอบูล) และประมาณร้อยละ 43.4 เป็นคู่สมรสของหัวหน้าครัวเรือน รองลงมา ร้อยละ 33.6 เป็นบุตรของหัวหน้าครัวเรือน และร้อยละ 17.5 เป็นหัวหน้าครัวเรือน และจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 4.82 คน จำนวนสมาชิกในครัวเรือนสูงสุด 13 คน และต่ำสุด 2 คน และพบว่า ร้อยละ 48.4 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. รองลงมาจบระดับปริญญาตรี โดยสัดส่วนใกล้เคียงผู้จบระดับประถมศึกษาและต่ำกว่า (ร้อยละ 26.1 และร้อยละ 25.5 ตามลำดับ) ประกอบอาชีพรับข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/พนักงานรัฐบาลในสัดส่วนมากที่สุด (ร้อยละ 21.4) รองลงมาเป็นแม่บ้าน (ร้อยละ 20.0) ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 16.1) ตามลำดับ มีรายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 150,270 บาทต่อปี รายได้ต่ำสุดต่อปี 6,000 บาท และรายได้สูงสุดต่อปี 580,000 บาท กลุ่มตัวอย่างมีรายได้ในช่วง 50,001 - 100,000 บาทในสัดส่วนสูงสุด รองลงมาได้ตั้งแต่ 100,001 บาทขึ้นไป ในช่วงรายได้ 20,001 - 50,000 บาท

ร้อยละ 5.0 และรายได้ 20,000 บาทและต่ำกว่า ร้อยละ 2.7 ดังนั้นกล่าวได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้สูงกว่าเส้นความยากจน (สูงกว่า 20,000 บาท) ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าตนเองมีพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ในระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 76.6 และกลุ่มตัวอย่างที่ประเมินว่าตนเองมีพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ระดับปานกลาง ร้อยละ 18.9 และระดับดีมีเพียงร้อยละ 4.5 และก่อนการศึกษาปัจจัยกำหนดสถานะสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ กำหนดกลุ่มตัวแปรการประเมินว่าตนเองมีพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มประเมินสุขภาพตนเองในระดับไม่ดี (ร้อยละ 76.6) และกลุ่มประเมินสุขภาพตนเองในระดับดี (ร้อยละ 23.4)

ผลการศึกษาพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ในเรื่อง 1) การมีเพศสัมพันธ์ 2) การคุมกำเนิด 3) การมีบุตร 4) ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5) การเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ และ 6) การรับบริการอนามัยเจริญพันธุ์จากหมอแผนโบราณ (โตะบีแด) มีดังนี้

## 5.2 พฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์

ผลการศึกษาเรื่องพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรวัยเจริญพันธุ์ในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### 1) การมีเพศสัมพันธ์

กลุ่มตัวอย่างมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่อมีอายุเฉลี่ย 22.10 ปี อายุต่ำสุดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคืออายุ 11 ปี และอายุมากที่สุดคือ 36 ปี และกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในช่วงอายุ 19-24 ปีในสัดส่วนสูงสุด นอกจากนี้ยังพบกลุ่มตัวอย่างที่ตอบไม่แน่ใจหรือจำไม่ได้ว่าตนเองเคยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุเท่าไร ถึงร้อยละ 22 อย่างไรก็ตาม ประมาณ 2 ใน 3 คนมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับคู่สมรสของตนเอง (ร้อยละ 70.7) บางส่วน (ประมาณร้อยละ 3) ที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายบริการทางเพศและคนแปลกหน้า และเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 92.3) มีความสนใจที่จะมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และกว่าร้อยละ 76.6 ยังคงอยู่กินกับบุคคลที่ตนเองมีความสัมพันธ์ครั้งแรกด้วย ประมาณ 2 ใน 3 ยังคงรู้สึกเต็มใจทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ในครั้งต่อมา คิดเป็นร้อยละ 62.0 และประมาณร้อยละ 10 กลับไม่รู้สึกเต็มใจเลยหรือเต็มใจน้อยครั้งในการมีเพศสัมพันธ์ในครั้งต่อมา

ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการมีเพศสัมพันธ์ จำแนกตามศาสนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมุสลิมเคยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุเฉลี่ย 22 ปี โดยเพศหญิงมุสลิมมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุน้อยกว่าเพศชายมุสลิม (กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมุสลิมมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุ 18 ปีและต่ำกว่าและมีเพศสัมพันธ์ในช่วงอายุ 19 - 24 ปีในสัดส่วนสูงกว่าเพศชายมุสลิมในช่วงอายุเดียวกัน) และความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแตกต่างกับชาวไทยพุทธ กล่าวคือ เพศชายไทยพุทธมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 18 ปีและน้อยกว่าในสัดส่วนสูงกว่าเพศหญิงไทยพุทธ ในขณะที่เพศหญิงไทยพุทธมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในช่วงอายุ 19 - 24 ปีในสัดส่วนสูงกว่าเพศ

ชายไทยพุทธในช่วงอายุเดียวกัน แม้ว่าสอดคล้องกับผู้นับถือศาสนาอิสลามที่เพศชายในช่วงอายุดังกล่าวมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในสัดส่วนสูงกว่าเพศหญิงในช่วงอายุเดียวกัน แต่เป็นความสัมพันธ์ที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศและบุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยครั้งแรก จำแนกตามศาสนา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมุสลิมเคยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับคู่สมรสของตนเองในปัจจุบันในสัดส่วนสูงสุด โดยเพศหญิงมุสลิมมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับบุคคลที่เป็นคู่สมรสในปัจจุบันในสัดส่วนใกล้เคียงกับเพศชายมุสลิมที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับบุคคลที่เป็นคู่สมรสในปัจจุบัน โดยเพศชายมุสลิมมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับแฟนในสัดส่วนสูงสุด และพบผลการศึกษาที่น่าสนใจที่ว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมุสลิมเคยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับบุคคลที่เป็นเพื่อน และคนแปลกหน้า (ร้อยละ 6) ในขณะที่เพศชายมุสลิมไม่พบข้อมูลการมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่เป็นเพื่อน หรือคนแปลกหน้า อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับบุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเป็นความสัมพันธ์ที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับบุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก เมื่อจำแนกตามศาสนาพุทธ เป็นความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างไทยพุทธเคยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับคู่สมรสของตนเองในปัจจุบันในสัดส่วนสูงสุด โดยเพศหญิงไทยพุทธมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับบุคคลที่เป็นคู่สมรสในปัจจุบันในสัดส่วนสูงสุด และเพศชายไทยพุทธมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับแฟนในสัดส่วนสูงสุด นอกจากนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงไทยพุทธเคยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับบุคคลที่เป็นเพื่อนในสัดส่วนสูงกว่าเพศชายไทยพุทธที่เคยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับเพื่อน (คิดเป็นร้อยละ 8.0 เปรียบเทียบกับร้อยละ 2.9 ตามลำดับ) อย่างไรก็ตามพบข้อมูลว่า เพศชายไทยพุทธมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่เป็นคนขายบริการทางเพศและคนแปลกหน้าร้อยละ 6.8 และร้อยละ 4.9 ตามลำดับ ในขณะที่เพศหญิงไทยพุทธไม่มีข้อมูลในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับบุคคลดังกล่าวเลย ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับบุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของชายไทยพุทธเป็นความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อสอบถามถึงความสนใจในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งผู้นับถือศาสนาอิสลามและศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่มีความสนใจทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยเพศชายสนใจในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในสัดส่วนสูงกว่าเพศหญิง แต่อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้พบว่า ทั้งกลุ่มตัวอย่างผู้นับถือศาสนาอิสลามและศาสนาพุทธส่วนใหญ่แต่งงาน/ อยู่กินกับคนที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยครั้งแรกในสัดส่วนสูงสุด อย่างไรก็ตาม แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมุสลิมแต่งงาน/ อยู่กินกับคนที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยครั้งแรกในสัดส่วนสูงกว่าเพศชายมุสลิม ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงไทยพุทธแต่งงาน/ อยู่กินกับคนที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยครั้งแรกในสัดส่วนสูงกว่าเพศชายไทยพุทธ และความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติ

อย่างไรก็ตาม เมื่อสัมภาษณ์ถึงความรู้สึกเต็มใจในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งต่อมาทั้งผู้นับถือศาสนาอิสลามและพุทธ พบว่า เพศชายส่วนใหญ่รู้สึกเต็มใจในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งต่อมาในสัดส่วนสูงกว่าเพศหญิง และเพศหญิงรู้สึกเต็มใจบางครั้งในสัดส่วนสูงกว่าเพศชาย สำหรับความรู้สึกเต็มใจในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งต่อมา

รายงานพบว่า เพศชายมุสลิมรู้สึกเต็มใจในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งต่อมาในสัดส่วนสูงกว่าเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 73.4 เปรียบเทียบกับร้อยละ 58.9 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่เพศชายไทยพุทธรู้สึกเต็มใจในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งต่อมาในสัดส่วนสูงกว่าเพศหญิงไทยพุทธ คิดเป็นร้อยละ 71.8 เปรียบเทียบกับร้อยละ 48.0 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษาดังกล่าว พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนไม่น้อยมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย ซึ่งเป็นปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์ที่ร้ายแรง เนื่องจากเป็นวัยที่ยังไม่พร้อมในการมีครอบครัว และดูแลบุตร จึงพบปัญหาอนามัยแม่และเด็กจำนวนมากในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ โดยมีแนวโน้มว่าปัญหานี้จะทวีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นในอนาคต และจากผลการศึกษาลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจและสังคม อนามัยเจริญพันธุ์บางประการ และปัจจัยกำหนดการเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ และจากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า การอบรมสั่งสอนของบิดา-มารดาและองค์กรศาสนาอิสลามเกี่ยวกับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ยังคงเข้มงวดเหมือนในอดีต แต่สาเหตุหลักของปัญหานี้อาจจะมาจากสิ่งแวดล้อมด้านสื่อบันเทิงทั้งสื่อ สิ่งพิมพ์ และสื่อภาพ เสียงจากวิทยุโทรทัศน์ ภาพยนตร์ ตลอดจนอินเทอร์เน็ต มีลักษณะการยั่วยุการมรณมมากขึ้น ประกอบกับการที่วัยรุ่นจำนวนไม่น้อยไปเช่าหอพักหรือบ้านพักอยู่กันตามลำพังไม่มีผู้ปกครองคอยดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้โอกาสที่จะมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรสมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของจิตรา ไชยชนะ และคณะ (2544) กล่าวว่า การที่วัยรุ่นอยู่ห่างไกลจากผู้ปกครอง บิดามารดาและญาติ ทำให้วัยรุ่น หนุ่มสาว หาโอกาสทดลองและมีพฤติกรรมทางเพศที่ง่ายกว่าเดิม

นอกจากนี้กล่าวได้ว่า แม้ประชากรที่มีอายุน้อยพยายามหาโอกาสอยู่ด้วยกันตามลำพังจนเกิดการมีเพศสัมพันธ์กันนั้น ในทางปฏิบัติไม่สอดคล้องกับการปฏิบัติตนเพื่อปกป้องสุขภาพของตนเองที่มีค่อนข้างต่ำ อย่างเช่นในเรื่องการใช้วิธีการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ โดยใช้ถุงยางอนามัยเหล่านี้เป็นต้น ดังผลการศึกษาดังนี้

## 2) การคุมกำเนิด

กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีคุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในสัดส่วนเพียงร้อยละ 48.0 โดยใช้ถุงยางอนามัยในสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 26.5) รองลงมาคือใช้วิธีการกินยาเม็ดคุมกำเนิด (ร้อยละ 12.8) ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้วิธีหลังภายนอก ร้อยละ 11.4 และมีบางส่วนใช้การนับระยะปลอดภัย (ร้อยละ 7.1) ยาฉีดคุมกำเนิด (ร้อยละ 2.4) และยาเม็ดคุมกำเนิด (ร้อยละ 0.5) ตามลำดับ

ในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งต่อๆมา มีเพียงประมาณร้อยละ 18 ที่ใช้การคุมกำเนิดเป็นประจำ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้การคุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งต่อๆ มาเป็นบางครั้งในสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 37.5) และพบว่ามีผู้ไม่เคยใช้เลย (ร้อยละ 31.6) ในขณะที่พบว่าเมื่อก่อนเคยใช้แต่ตอนนี้ไม่ใช้แล้ว (ร้อยละ 13.0) สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ยังใช้วิธีการคุมกำเนิดอยู่ พบว่า ร้อยละ 31.2 กินยาเม็ดคุมกำเนิดในสัดส่วนสูงสุด รองลงมา ใช้ถุงยางอนามัย

(ร้อยละ 23.9) และฉีดยาคุมกำเนิด (ร้อยละ 17.9) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ประมาณร้อยละ 75 คิดว่าวิธีการคุมกำเนิดที่ใช้อยู่เป็นวิธีการที่เหมาะสมแล้ว เมื่อพิจารณาข้อมูลดังกล่าว เข้าใจได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดว่าตนเองมีพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ในการใช้วิธีการคุมกำเนิดหรือเพื่อปกป้องสุขภาพทางเพศในวิถีทางที่เหมาะสมแล้ว ซึ่งจากผลการสำรวจพบว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนถึงวิธีการใช้การคุมกำเนิดดังกล่าว ซึ่งพิจารณาว่าการใช้วิธีการคุมกำเนิดเพียงเพื่อยับยั้งการตั้งครรภ์ โดยปราศจากการพิจารณาถึงการใช้สุขภาพทางเพศที่เหมาะสม

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศและการคุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำแนกตามศาสนา พบว่า เพศหญิงมุสลิมใช้การคุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในสัดส่วนสูงกว่าเพศชายมุสลิม ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในศาสนาพุทธ พบว่า เพศชายไทยพุทธใช้การคุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในสัดส่วนสูงกว่าเพศหญิงไทยพุทธ ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยเช่นกัน

สำหรับวิธีการคุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก พบว่า เพศชายมุสลิมใช้ถุงยางอนามัยในสัดส่วนสูงสุด รองลงมาใช้การหลังภายนอก และบางส่วนไม่ทราบ/ ไม่แน่ใจว่าตนเองใช้วิธีการคุมกำเนิดหรือไม่ (ร้อยละ 19.0) ในขณะที่เพศหญิงมุสลิมระบุว่าไม่แน่ใจว่าใช้วิธีใดในการคุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในสัดส่วนสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 53.6 แต่สำหรับวิธีการที่เพศหญิงมุสลิมระบุว่าใช้คุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคือ การนับระยะปลอดภัย (ร้อยละ 21.7) ยาเม็ดคุมกำเนิด (ร้อยละ 17.4) ยาฉีดคุมกำเนิด (ร้อยละ 4.3) และยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน (ร้อยละ 2.9) ตามลำดับ ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อพิจารณากลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาพุทธ พบว่า เพศชายไทยพุทธใช้ถุงยางอนามัยในสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 46.5) รองลงมาตอบไม่ทราบ/ ไม่แน่ใจ (ร้อยละ 39.4) และใช้การหลังภายนอก (ร้อยละ 14.1) ในขณะที่เพศหญิงไทยพุทธใช้คุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคือ ยาเม็ดคุมกำเนิด (ร้อยละ 36.0) รองลงมาระบุว่าไม่แน่ใจว่าใช้วิธีใดในการคุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 30.0 และการนับระยะปลอดภัยใกล้เคียงกับการใช้ยาฉีดคุมกำเนิด (ร้อยละ 14.0) อย่างไรก็ตาม มีเพศหญิงไทยพุทธระบุว่าใช้การหลังภายนอก คิดเป็นร้อยละ 4.0 และยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน (ร้อยละ 2.0) ตามลำดับ ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยเช่นกัน

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาถึงวิธีการคุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งต่อๆ มา พบว่า เพศชายมุสลิมไม่เคยใช้วิธีการคุมกำเนิดเลยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งต่อๆ มาในสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 51.9) ในขณะที่เพศหญิงมุสลิมตอบว่าใช้เป็นบางครั้งในสัดส่วนสูงสุด ร้อยละ 37.3 และมีผู้ตอบไม่เคยใช้เลย ร้อยละ 25.9 และตอบว่าเมื่อก่อนเคยใช้แต่ตอนนี้ไม่ใช้แล้ว ร้อยละ 24.1 สำหรับเพศหญิงมุสลิมที่ใช้วิธีการคุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งต่อๆ มาเป็นประจำมีเพียงร้อยละ 12.7 ซึ่งมีสัดส่วนสูงกว่าเพศชายเล็กน้อย และความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่เมื่อพิจารณาศาสนาพุทธ พบว่า เพศชายไทยพุทธใช้วิธีการคุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งต่อๆ มา เป็น

บางครั้งในสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 43.7) รองลงมาตอบว่าไม่เคยใช้เลย (ร้อยละ 33.0) เมื่อก่อนเคยใช้แต่ตอนนี้ไม่ใช่แล้ว คิดเป็นร้อยละ 3.9 สำหรับเพศชายไทยพุทธที่ใช้วิธีการคุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งต่อๆ มาเป็นประจำคิดเป็นร้อยละ 19.4 ในขณะที่เพศหญิงไทยพุทธตอบว่าใช่เป็นบางครั้งในสัดส่วนสูงสุด ร้อยละ 38.0 รองลงมาตอบใช่เป็นประจำ ร้อยละ 31.0 นอกจากนี้พบว่าเมื่อมีเพศหญิงไทยพุทธที่ไม่เคยใช้วิธีการคุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งต่อๆ มาคิดเป็นร้อยละ 23.0 และตอบว่าเมื่อก่อนเคยใช้แต่ตอนนี้ไม่ใช่แล้ว ร้อยละ 8.0 และความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศและวิธีที่ใช้คุมกำเนิดที่ใช้มากที่สุดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งต่อๆ มา จำแนกตามศาสนา พบว่า เพศชายมุสลิมใช้ถุงยางอนามัยในสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 52.6) รองลงมาคือ การหลั่งภายนอก (ร้อยละ 47.4) ในขณะที่เพศหญิงมุสลิมใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดในสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 59.0) รองลงมาใช้ยาฉีดคุมกำเนิด (ร้อยละ 24.8) นับระยะปลอดภัย (ร้อยละ 9.4) และยาคุมฉุกเฉิน (ร้อยละ 6.8) ตามลำดับ และความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาศาสนาพุทธ พบว่า เพศชายไทยพุทธใช้ถุงยางอนามัยในสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 75.4) รองลงมาคือ การหลั่งภายนอก (ร้อยละ 24.6) ในขณะที่เพศหญิงไทยพุทธใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดในการคุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งต่อๆ มา ใกล้เคียงกับการใช้ยาฉีดคุมกำเนิดในสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 32.5) รองลงมาคือ ยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน (ร้อยละ 24.7) และนับระยะปลอดภัย (ร้อยละ 10.4) ตามลำดับ และความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อสอบถามถึงความเหมาะสมของวิธีการคุมกำเนิดที่ใช้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งศาสนาอิสลามและศาสนาพุทธส่วนใหญ่คิดว่าวิธีการคุมกำเนิดที่ตนเองใช้มีความเหมาะสมแล้ว กล่าวคือ เพศหญิงมุสลิมคิดว่าวิธีการคุมกำเนิดที่ใช้ของตนเองเหมาะสมแล้วในสัดส่วนสูงสุดเช่นเดียวกับเพศชายมุสลิม (ร้อยละ 78.6 และร้อยละ 63.2 ตามลำดับ) และบางส่วนคิดว่าวิธีการคุมกำเนิดของตนเองไม่เหมาะสม โดยเพศชายมุสลิมคิดว่าวิธีการใช้คุมกำเนิดของตนเองไม่เหมาะสมในสัดส่วนสูงกว่าเพศหญิงมุสลิม (ร้อยละ 15.8 เปรียบเทียบกับร้อยละ 8.5 ตามลำดับ) และกลุ่มตัวอย่างที่ตอบไม่แน่ใจเป็นเพศชายมุสลิมคิดเป็นร้อยละ 21.1 และเพศหญิงมุสลิมร้อยละ 12.8 อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่เมื่อพิจารณาตามศาสนาพุทธ พบว่า เพศชายไทยพุทธคิดว่าวิธีการคุมกำเนิดที่ตนเองใช้เหมาะสมในสัดส่วนสูงสุดเช่นเดียวกับเพศหญิงไทยพุทธ แต่สัดส่วนเพศชายไทยพุทธที่คิดว่าวิธีการคุมกำเนิดเหมาะสมแล้วสูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 81.2 เปรียบเทียบกับร้อยละ 68.8 ตามลำดับ) อย่างไรก็ตาม เพศหญิงไทยพุทธคิดว่าวิธีการใช้คุมกำเนิดของตนเองไม่เหมาะสมในสัดส่วนสูงกว่าเพศชายไทยพุทธ (ร้อยละ 20.8 เปรียบเทียบกับร้อยละ 7.2 ตามลำดับ) และกลุ่มตัวอย่างที่ตอบไม่แน่ใจเป็นเพศชายไทยพุทธคิดเป็นร้อยละ 11.6 และเพศหญิงไทยพุทธร้อยละ 10.4 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติด้วยเช่นกัน

จากข้อมูลดังกล่าวอาจจะกล่าวได้ว่า ในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิดมักพบว่าเป็นอำนาจทางเพศที่เพศชายผลักภาระการป้องกันการตั้งครรภ์ให้ฝ่ายหญิงเป็นผู้กระทำ ด้วยการพิจารณาถึงวิธีการใช้การป้องกันเพื่อตั้งครรภ์ ได้แก่ การกินยาเม็ดคุมกำเนิด การใช้การนับระยะปลอดภัย การฉีดยาคุมกำเนิด และยา

คุมกำเนิดฉุกเฉิน ในขณะที่ฝ่ายชายใช้ถุงยางอนามัยเพื่อปกป้องตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และมีบางส่วนใช้วิธีการหลังภายนอกเพื่อยับยั้งการตั้งครรภ์ ซึ่งวิธีดังกล่าวมีประสิทธิภาพต่ำมากในการป้องกันการตั้งครรภ์ นอกจากนี้ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองศาสนามีความเข้าใจในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิดยังไม่ถูกต้องในสัดส่วนใกล้เคียงกัน ซึ่งในประเด็นการมีเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิดของประชากรในจังหวัดชายแดนใต้ของ Gray et al (1999) รายงานว่า ร้อยละ 80 ของกลุ่มตัวอย่างไม่เคยรับคำปรึกษาในการวางแผนครอบครัว และมีหลักฐานว่าชายไทยมุสลิมมีความคิดเห็นเชิงลบเกี่ยวกับการใช้บริการวางแผนครอบครัว นอกจากนี้ผลการศึกษานี้รายงานว่า ชาวไทยมุสลิมส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับการวางแผนครอบครัว โดยหญิงมุสลิมร้อยละ 92.5 ไม่เห็นว่าการวางแผนครอบครัว และชายไทยมุสลิมร้อยละ 87.0 เห็นว่าการวางแผนครอบครัวสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปนี้ น่าจะเนื่องมาจากประสิทธิผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นสำคัญ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรพยายามปฏิบัติงานด้านนี้ต่อเนื่องไปอีก

ยิ่งไปกว่านั้นการใช้วิธีการคุมกำเนิดเพื่อปกป้องสุขภาพตัวเอง อาจจะเป็นมิติการมองเรื่องการใช้วิธีคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์มากกว่าการปกป้องสุขภาพทางเพศของตนเอง กล่าวคือ เพศหญิงจะให้บทบาทตนเองใช้วิธีการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์เป็นหลัก ในขณะที่ฝ่ายชายใช้วิธีการคุมกำเนิดเพื่อการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ดังนั้น เมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรสของตนเอง ฝ่ายชายจึงไม่ได้ตระหนักถึงการใช้วิธีการคุมกำเนิดใดๆ เลย ดังตัวอย่างผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศชายใช้ถุงยางอนามัยในสัดส่วนสูงสุดในขณะที่กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดในสัดส่วนสูงสุดทั้งผู้ที่นับถือศาสนาพุทธและศาสนาอิสลาม;

### 3) การมีบุตร

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีบุตรมาแล้ว (ร้อยละ 68.9) และในวันที่สัมภาษณ์ (เมษายน 2554) พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 98 ไม่ได้กำลังตั้งครรภ์ โดยอายุเฉลี่ยเมื่อมีบุตรคนแรกประมาณ 25 ปี (อายุน้อยสุดเมื่อมีบุตรครั้งแรก 15 ปี และอายุมากที่สุด 40 ปี กลุ่มตัวอย่างมีบุตรคนแรกในช่วงอายุ 25-29 ปีในสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 25.0) รองลงมาในช่วงอายุ 20-24 ปีใกล้เคียงกับช่วงอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 18.4 เปรียบเทียบกับร้อยละ 18.2) และในช่วงการมีบุตรคนล่าสุด พบว่า เกือบครึ่งหนึ่งต้องการมีบุตรในช่วงนั้นพอดี (ร้อยละ 48.8) รองลงมาตอบว่าอย่างไรก็ได้ คิดเป็นร้อยละ 27.1 และมีประมาณร้อยละ 10 ที่ไม่ต้องการมีบุตรในช่วงนั้น

ในการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนบุตรโดยเฉลี่ยประมาณ 3 คน มีจำนวนบุตรมากที่สุด 7 คน จำนวนบุตรน้อยสุด 1 คน โดยกลุ่มตัวอย่างมีบุตร 2 คนในสัดส่วนสูงสุดใกล้เคียงกับมีบุตร 1 คน (เปรียบเทียบร้อยละ 35.3 กับร้อยละ 32.0) และประมาณร้อยละ 60 คิดว่าเป็นจำนวนที่เหมาะสมแล้ว รองลงมาคิดว่าไม่เหมาะสม เพราะน้อยเกินไป คิดเป็นร้อยละ 37.0 สำหรับผู้ที่คิดว่าจำนวนบุตรยังไม่เหมาะสม ประมาณ 1 ใน 3 ต้องการมีบุตร 2 คน (ร้อยละ 30.6) ใกล้เคียงกับผู้คิดว่าจำนวนบุตรเหมาะสมต้องมีตั้งแต่ 4 คนขึ้นไป (ร้อยละ 29.8)



รองลงมาคิดว่าบุตรที่เหมาะสมควรมีจำนวน 3 คนร้อยละ 26.4 ในขณะที่คิดว่าจำนวนบุตรที่เหมาะสมคือ 1 คนมีเพียงร้อยละ 1.7 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาระยะห่างระหว่างบุตรโดยเฉลี่ยประมาณ 3 ปี ระยะห่างมากที่สุด 6 ปี และระยะห่างน้อยสุด 1 ปี และระยะห่างระหว่างบุตร 3-5 ปีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 50 รองลงมาห่าง 1-2 ปี ร้อยละ 31.0 และระยะห่างตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไปร้อยละ 13.1 และความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ความสัมพันธ์ระหว่างเพศและอายุเมื่อมีบุตรครั้งแรก จำแนกตามศาสนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมุสลิมมีบุตรครั้งแรกเมื่ออายุ 20-24 ปีในสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 22.2) รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมุสลิมมีบุตรครั้งแรกเมื่ออายุ 25-29 ปี (ร้อยละ 19.0) และมีบุตรครั้งแรกอายุ 15-19 ปี (ร้อยละ 13.3) อย่างไรก็ตาม เพศหญิงมุสลิมมีบุตรครั้งแรกเมื่ออายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 9.5 สำหรับเพศชายมุสลิมมีอายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไปเมื่อมีบุตรครั้งแรกในสัดส่วนสูงสุด ร้อยละ 27.8 รองลงมา มีบุตรครั้งแรกในช่วงอายุ 25-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.6 และกลุ่มตัวอย่างเพศชายมุสลิมมีบุตรครั้งแรกเมื่ออายุ 20-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 11.4 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างเพศชายมุสลิมมีบุตรครั้งแรกเมื่ออายุ 15-19 ปี มีเพียงร้อยละ 2.5 เท่านั้น และในการศึกษาความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อพิจารณาในกลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาพุทธ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงไทยพุทธมีบุตรครั้งแรกเมื่ออายุ 25-29 ปี (ร้อยละ 28.0) รองลงมาคือ กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมุสลิมมีบุตรครั้งแรกเมื่ออายุ 20-24 ปี (ร้อยละ 20.0) และมีบุตรครั้งแรกอายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 18.0) อย่างไรก็ตาม เพศหญิงมุสลิมมีบุตรครั้งแรกเมื่ออายุ 15 - 19 ปีมีเพียงร้อยละ 9.0 สำหรับเพศชายไทยพุทธมีบุตรครั้งแรกเมื่ออายุ 25-29 ปีในสัดส่วนสูงสุด ร้อยละ 30.1 รองลงมา มีบุตรครั้งแรกเมื่ออายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 24.3) มีบุตรครั้งแรกในช่วงอายุ 20-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 16.5 และกลุ่มตัวอย่างเพศชายมุสลิมมีบุตรครั้งแรกเมื่ออายุ 15-19 ปี ไม่มีเลย และความสัมพันธ์ระหว่างเพศและอายุเมื่อมีบุตรครั้งแรก เมื่อจำแนกตามศาสนาพุทธมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อสอบถามกลุ่มตัวอย่างในประเด็นความรู้ในเรื่องความตั้งใจในการมีบุตรในช่วงเวลาที่ต้องการ และการเว้นระยะการมีบุตร พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมุสลิมมีเพียงร้อยละ 9.9 เท่านั้นที่ตอบว่าไม่ต้องการมีบุตรในช่วงนั้น ในขณะที่เพศชายมุสลิมตอบว่าไม่ต้องการบุตรมีร้อยละ 16.7 และเพศหญิงมุสลิมตอบว่าต้องการมีบุตรแต่ไม่ใช่ช่วงเวลานั้นมีถึงร้อยละ 19.8 ในสัดส่วนสูงกว่าเพศชายมุสลิมที่ตอบว่าต้องการมีบุตรแต่ไม่ใช่ช่วงเวลานั้นเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 18.5) สำหรับเพศหญิงมุสลิมที่ตอบว่าต้องการมีบุตรในช่วงนั้นพอดีมีร้อยละ 35.6 ในสัดส่วนสูงสุดเช่นเดียวกับเพศชายมุสลิมเกือบครึ่งที่ตอบว่าต้องการบุตรในช่วงเวลานั้นพอดีมีถึงร้อยละ 40.7 รองลงมาคือ ผู้ตอบว่าอย่างไรก็ได้มีร้อยละ 34.7 ในเพศหญิงมุสลิม และเพศชายมุสลิมร้อยละ 24.1 ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาผู้นับถือศาสนาพุทธ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงไทยพุทธมีร้อยละ 10.7 ที่ตอบว่าไม่ต้องการมีบุตรในช่วงนั้น ในขณะที่เพศชายไทยพุทธตอบว่าไม่ต้องการบุตรเพียงร้อยละ 4.1 และเพศหญิงไทยพุทธตอบว่าต้องการมีบุตรแต่ไม่ใช่ช่วงเวลานั้นมีถึงร้อยละ 14.7 ในสัดส่วนสูงกว่าเพศชายไทยพุทธที่ตอบว่าต้องการมีบุตรแต่ไม่ใช่ช่วงเวลานั้น (ร้อยละ 2.7) อย่างไรก็ตาม เพศชายไทยพุทธ

มากกว่าครึ่งที่ตอบว่าต้องการบุตรในช่วงเวลานั้นพอดีถึงร้อยละ 76.7 ในสัดส่วนสูงกว่าเพศหญิงไทยพุทธ (ร้อยละ 45.3) รองลงมาคือ ผู้ตอบว่าอย่างไรก็ได้มีร้อยละ 29.3 ในเพศหญิงไทยพุทธ และเพศชายไทยพุทธ ร้อยละ 16.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อสอบถามถึงจำนวนบุตรในปัจจุบัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชายมุสลิมมีบุตรจำนวน 1 คนในสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 38.9) ในขณะที่เพศหญิงมุสลิมมีบุตรจำนวน 1 คนคิดเป็นร้อยละ 21.8 อย่างไรก็ตาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมุสลิมมีบุตรจำนวน 2 คนในสัดส่วนสูงกว่าเพศชายมุสลิม (ร้อยละ 25.7 เปรียบเทียบกับร้อยละ 11.1) นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมุสลิมมีบุตรจำนวน 3 คนในสัดส่วนสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 38.6 ซึ่งสูงกว่าเพศชายมุสลิม (ร้อยละ 33.3) อย่างไรก็ตาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชายมุสลิมให้ข้อมูลว่ามีบุตรจำนวนตั้งแต่ 4 คนขึ้นไปในสัดส่วนร้อยละ 16.7 และกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมุสลิมมีบุตรจำนวนตั้งแต่ 4 คนขึ้นไป ร้อยละ 13.9 และความสัมพันธ์ระหว่างเพศและจำนวนบุตรที่เป็นความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาพุทธ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีบุตรจำนวน 2 คนในสัดส่วนสูงสุด โดยเพศชายไทยพุทธมีบุตรจำนวน 2 คนในสัดส่วนสูงกว่าเพศหญิงไทยพุทธ (ร้อยละ 56.2 เปรียบเทียบกับร้อยละ 45.3 ตามลำดับ) รองลงมาเป็นผู้มีจำนวนบุตร 1 คน กล่าวคือ เพศหญิงไทยพุทธมีบุตรจำนวน 1 คนในสัดส่วนสูงกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 41.3 เปรียบเทียบกับร้อยละ 31.5 ตามลำดับ และค่อยๆ ลดสัดส่วนตามจำนวนบุตรที่เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับความเหมาะสมของจำนวนบุตรพบว่า เพศหญิงมุสลิมให้ข้อมูลว่าจำนวนบุตรที่เหมาะสมแล้วในสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 62.4) ซึ่งสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 40.7) ในขณะที่เพศชายมุสลิมตอบว่าจำนวนบุตรที่มีไม่เหมาะสม เพราะน้อยเกินไปในสัดส่วนสูงสุด ซึ่งสูงกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 55.6 เปรียบเทียบกับร้อยละ 33.7) ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 เมื่อพิจารณาในกลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาพุทธ พบว่า ทั้งกลุ่มตัวอย่างเพศชายและเพศหญิงคิดว่า จำนวนบุตรที่เหมาะสมแล้ว ร้อยละ 67.1 และร้อยละ 64.0 ตามลำดับ รองลงมาตอบว่าไม่เหมาะสม เพราะน้อยเกินไป ร้อยละ 33.3 ในเพศหญิงไทยพุทธและร้อยละ 33.3 ในเพศชายไทยพุทธ อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้เมื่อสัมภาษณ์เพิ่มเติมถึงจำนวนบุตรในอุดมคติที่คิดว่าเหมาะสม ศาสนาอิสลามทั้งเพศชายและหญิงคิดว่า ควรมีจำนวนบุตร 3-4 คน (ร้อยละ 62.5 ในเพศชาย และร้อยละ 71.1 ในเพศหญิง) โดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างไทยพุทธคิดว่าควรมีบุตรจำนวน 1-2 คน เหมาะสมที่สุดในสัดส่วนสูงสุดในเพศชาย 100% เช่นเดียวกันในเพศหญิงถึงร้อยละ 74.1 ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05 เมื่อสอบถามถึงระยะห่างระหว่างบุตร พบว่า ระยะห่าง 1-2 ปีในสัดส่วนสูงสุดในเพศชายมุสลิม (ร้อยละ 59.4) ในขณะที่เพศหญิงมุสลิมตอบว่ามีระยะห่าง 3-5 ปีในสัดส่วนสูงสุด ร้อยละ 65.0 ซึ่งความสัมพันธ์มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สำหรับกลุ่มตัวอย่างไทยพุทธทั้งเพศชายและหญิงมีระยะห่างระหว่างบุตร 3-4 ปีในสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 52.2 เปรียบเทียบกับร้อยละ 47.7 ตามลำดับ) ซึ่งไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่า ระยะห่างระหว่างบุตรของ

ตนเองเหมาะสมแล้ว สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่คิดว่าไม่เหมาะสม คิดว่าระยะห่างที่เหมาะสมควรเป็น 5 ปีในศาสนาอิสลามในสัดส่วนสูงสุด ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างไทยพุทธคิดว่าควรเป็น 4 ปีในสัดส่วนสูงสุด อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้นกล่าวได้ว่า ประเด็นพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ในเรื่องการมีบุตรนั้นกลุ่มตัวอย่างยังมีความเข้าใจไม่ชัดเจนว่า จำนวนบุตรที่ควรจะมีและจำนวนบุตรที่ต้องการ บางครั้งไม่ได้เป็นไปในทิศทางที่สอดคล้องกัน กล่าวคือ เมื่อพิจารณาถึงสุขภาพร่างกายของมารดา และฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว นั่นคือ การมีบุตรจำนวนมากและระยะห่างระหว่างบุตรค่อนข้างสั้น สิ่งเหล่านี้กระทบกับสุขภาพของมารดาได้ ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีการเข้ารับบริการวางแผนครอบครัวค่อนข้างต่ำ และละเลยความสำคัญในเรื่องดังกล่าว จึงอาจส่งผลให้สุขภาพทางเพศของมารดาที่มีบุตรจำนวนมากและระยะเวลาสั้นมีความเสื่อมโทรมของร่างกายสูงกว่ามารดาโดยปกติทั่วไป

#### 4) ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

เมื่อสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างว่ารู้จักเอช ไอ วี หรือไม่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 70 รู้จักโรคเอช ไอ วี/เอดส์ โดยรู้จักอาการของโรคดังนี้ ร่างกายผอมแห้ง/น้ำหนักลด/ท้องร่วง/อาเจียน (ร้อยละ 40.8) รองลงมา คือ อาการเป็นเม็ด/ตุ่ม/ผื่น/จุดแดง (ร้อยละ 35.2) ในขณะที่มีเพียงร้อยละ 26.6 ที่รู้จักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ และเมื่อสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในเรื่องความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งรู้จักโรคหนองใน (ร้อยละ 59.0) รองลงมาคือโรคเอดส์ (ร้อยละ 25.6) เชื้อรา/ เป็นแผลบริเวณอวัยวะเพศ (ร้อยละ 5.1) กามโรค (ร้อยละ 3.4) ซิฟิลิส (ร้อยละ 3.4) มะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 2.6) และหูดหงอนไก่ (ร้อยละ 0.9) อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในช่วงเวลา 1 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 97.0) ในขณะที่มีเพียงร้อยละ 3.0 ที่เคยมีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา และสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่เคยมีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษามีร้อยละ 92.3 แต่ก็มีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการรักษาเพียงร้อยละ 7.7 ซึ่งไปรับการรักษาที่สถานอนามัยในสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 83.3) รองลงมาได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล/ สถานพยาบาลของรัฐ (ร้อยละ 16.7)

เมื่อสอบถามถึงความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในตาราง 4.7 โดยเริ่มสัมภาษณ์ความรู้เรื่องโรคเอช ไอ วี/เอดส์เป็นลำดับแรก พบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยรู้จักโรคเอดส์ในสัดส่วนสูงสุดทั้งผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามและศาสนาพุทธ อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม เมื่อสอบถามถึงอาการของโรคเอช ไอ วี/ เอดส์ โดยเปิดเป็นคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความด้วยตัวผู้ตอบแบบสอบถามเอง พบความหลากหลายของข้อมูลของโรคดังกล่าว เช่น กลุ่มตัวอย่างมุสลิมให้ข้อมูลอาการของเอช ไอ วี/ เอดส์ที่รู้จัก ดังนี้ เป็นเม็ด/ ตุ่ม/ ผื่น/ จุดแดง ในสัดส่วนสูงสุดทั้งเพศชายและเพศหญิง (ร้อยละ 43.4 เปรียบเทียบกับร้อยละ 49.5 ตามลำดับ) รองมาคือ มีอาการร่างกายผอมแห้ง/ น้ำหนักลด/ ท้องร่วง/ อาเจียน (ร้อยละ 36.1 และร้อยละ 26.3

ในเพศชายและเพศหญิงตามลำดับ) นอกจากนั้นก็มีบางส่วนให้ข้อมูลว่า อาการของโรคคือมีหนอง ต่อม้ำเหลือง แผล คัน มีอาการตาแดง แสบร้อน ลิ้นเป็นฝ้า เชื้อราในปาก รับประทานอาหารน้อยลง เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย โรคแทรกซ้อน หรือแม้กระทั่งเม็ดเลือดขาว และเมื่อพิจารณากลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธ ให้ข้อมูลของโรคดังกล่าวว่า มีอาการร่างกายผอมแห้ง น้ำหนักลด ท้องร่วง อาเจียนในสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 59.8 และร้อยละ 44.6 ในเพศชายและเพศหญิง ตามลำดับ) รองลงมาคือ มีอาการเป็นเม็ด ตุ่ม ผื่น จุดแดง นอกจากนั้นให้ข้อมูลว่า มีหนอง ต่อม้ำเหลืองโต แผล คัน รับประทานอาหารน้อยลงลง ป่วยเรื้อรัง ภูมิคุ้มกันบกพร่อง เป็นต้น โดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อสอบถามไปยังโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ที่รู้จัก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมุสลิม รู้จักโรคหนองในสัดส่วนสูงสุดทั้งเพศชายและเพศหญิง (ร้อยละ 47.6 เปรียบเทียบกับร้อยละ 56.1 ตามลำดับ) รองลงมาคือ โรคเอดส์ (ร้อยละ 38.1 เปรียบเทียบกับร้อยละ 29.3 ตามลำดับ) นอกจากนั้นยังมีมะเร็งปากมดลูก เชื้อรา/ เป็นแผลบริเวณอวัยวะเพศ และตอบว่ารู้จักโรคกามโรค เฉพาะเพศชาย ในขณะที่ตอบว่าซิฟิลิสเฉพาะเพศหญิง เมื่อพิจารณากลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาพุทธ ให้ข้อมูลคล้ายคลึงกันว่า รู้จักโรคหนองในสัดส่วนสูงสุดทั้งเพศชายและเพศหญิง (ร้อยละ 59.1 และร้อยละ 69.7 ตามลำดับ) รองลงมาคือ โรคเอดส์ (ร้อยละ 22.7 และร้อยละ 15.2 ในเพศชายและเพศหญิง ตามลำดับ) และมีโรคหูดหงอนไก่ เชื้อรา / เป็นแผลบริเวณอวัยวะเพศ กามโรค และซิฟิลิส ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองศาสนาให้ข้อมูลว่า ไม่เคยมีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ใน 1 ปีที่ผ่านมา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับน้อยกว่า 0.05

จากผลการศึกษาดังกล่าว สันนิษฐานได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องเพศสัมพันธ์ค่อนข้างน้อย ดังการตอบคำถามของกลุ่มตัวอย่างถึงอาการของโรคติดต่อเชื้อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ และเมื่อสอบถามเพิ่มเติมถึงการติดต่อและการรักษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างบางส่วนปล่อยให้โรคหายเอง และการอธิบายถึงอาการของโรคดังกล่าว ยังมีบางส่วนที่อธิบายมาไม่ตรงกับลักษณะของโรค ดังนั้นสิ่งสำคัญคือการให้ความรู้ในเรื่องดังกล่าวเพิ่มเติม โดยส่งเสริมการเข้าถึงบริการในเรื่องเพศสัมพันธ์แก่ประชาชนอย่างทั่วถึง สะดวก และลดความเสียหายจากสังคม เนื่องจากเมื่อกล่าวถึงประเด็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือโรคเอดส์ โอ วี/ เอดส์ กลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นสอดคล้องกันว่า เป็นโรคน่ารังเกียจ สมควรประณาม แต่เมื่อพิจารณาถึงพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ตามผลการศึกษารั้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ด้วยเช่นกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับความคิดเห็นแง่ลบที่มีต่อโรคดังกล่าว ดังนั้นในเมื่อพฤติกรรมที่เสี่ยงกับความคิดเห็นด้านลบของกลุ่มตัวอย่างเป็นสัญญาณอันตรายที่การปกป้องสุขภาพทางเพศของประชากรในพื้นที่ จึงควรเร่งส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ และแนวทางการดูแลพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ที่ถูกต้องแก่ประชากรในพื้นที่อย่างเร่งด่วนและต่อเนื่องต่อไป ดังนั้นในประเด็นที่จะกล่าวถึงต่อไป คือ ประเด็นการเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ จึงเป็นช่องทางสำคัญที่จะนำไปสู่แนวทางการดูแลสุขภาพทางเพศแก่ประชากรในพื้นที่ดังรายละเอียดต่อไปนี้

## 5) การเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์

ในการศึกษาการเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์นั้น ผู้วิจัยพิจารณาด้วยข้อคำถามถึงการขอรับบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในรอบ 1 ปี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งไม่เคยไปขอรับบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในรอบ 1 ปี (ร้อยละ 76.6) ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 23.4 เคยไปขอรับบริการในด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา โดยส่วนใหญ่ไปขอรับบริการอนามัยเจริญพันธุ์ประมาณ 1 – 2 ครั้ง (ร้อยละ 80.6) รองลงมาคือกลุ่มตัวอย่างที่ไปขอรับบริการอนามัยเจริญพันธุ์ 3-5 ครั้ง (ร้อยละ 18.5) สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไปรับบริการอนามัยเจริญพันธุ์ตั้งแต่ 6 ครั้งขึ้นไป มีเพียงแค่ร้อยละ 1.0 เท่านั้น สำหรับสาเหตุที่ไปรับบริการอนามัยเจริญพันธุ์ คือ ตรวจภายใน การคุมกำเนิด และฝากครรภ์ (ร้อยละ 32.0, 21.4 และ 11.7 ตามลำดับ) อย่างไรก็ตาม ในการสำรวจพบกลุ่มตัวอย่างที่ไปทดสอบการตั้งครรภ์ คลอดบุตร และตรวจหลังคลอดด้วยเช่นกัน (ร้อยละ 9.7 ร้อยละ 8.7 และร้อยละ 7.8 ตามลำดับ) มีเพียงส่วนน้อยที่ไปรับบริการในโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 4.9)

นอกจากนี้ยังพบข้อมูลที่น่าสนใจจากการสำรวจพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างที่ไปขอรับบริการทำแท้งถึงร้อยละ 3.9 โดยเกือบครึ่งหนึ่งไปใช้บริการโรงพยาบาล/สถานพยาบาลของรัฐ คิดเป็นร้อยละ 47.6 รองลงมา คือ สถานีอนามัย คิดเป็นร้อยละ 28.2 มีบางส่วนไปรับบริการที่คลินิกเอกชนร้อยละ 17.5 และโรงพยาบาล/สถานพยาบาลเอกชนร้อยละ 3.9 และให้ข้อมูลว่าไปรับบริการที่อื่นๆ ร้อยละ 2.9

จากการศึกษาในประเด็นการเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา พบว่า ผู้เข้ารับบริการอนามัยเจริญพันธุ์ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา มีสัดส่วนน้อยมาก และสาเหตุที่ไปรับบริการอนามัยเจริญพันธุ์ของเพศชายมุสลิม เช่น การไปรับบริการตรวจครรภ์ ทดสอบครรภ์ ฝากครรภ์ หรือคลอดบุตร ให้ข้อมูลว่า ตนเองไปกับภรรยา หรือไปเฝ้าภรรยาที่คลอดบุตร ในขณะที่เพศหญิงมุสลิมตอบว่า ตนเองไปเพื่อคุมกำเนิดในสัดส่วนสูงสุด รองลงมาตอบว่าไปเพื่อฝากครรภ์ ในขณะที่ผู้หญิงไทยพุทธไปเพื่อตรวจภายในสัดส่วนสูงสุด เช่นเดียวกับเพศชายไทยพุทธที่ไปรับบริการอนามัยเจริญพันธุ์เพื่อตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การทำแท้ง และการคลอดบุตรเป็นเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ด้วย ซึ่งเป็นข้อมูลที่น่าสนใจอย่างยิ่งว่า แท้จริงแล้ว เมื่อกล่าวถึงคำว่า “อนามัยเจริญพันธุ์ หรือ สุขภาพทางเพศ” แล้วนั้น ประชากรในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้เข้าใจบริบทดังกล่าวอย่างไร

อย่างไรก็ตาม ข้อมูลดังกล่าวไม่สอดคล้องกับข้อมูลเมื่อพิจารณาตามศาสนาพุทธกล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิงไปรับบริการด้วยสาเหตุการตรวจภายในสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 54.5 และร้อยละ 65.8 ตามลำดับ) และความสัมพันธ์ระหว่างเพศและการเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ จำแนกตามศาสนาพุทธไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อสอบถามถึงสถานที่ไปรับบริการพบคำตอบที่แตกต่างกัน ชาวไทยมุสลิมไปรับบริการที่สถานีอนามัยในสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 45.0 และร้อยละ 47.1 ในเพศชายและเพศหญิง ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบสัดส่วนใกล้เคียงกันในเพศชายที่ไปรับบริการจากโรงพยาบาล/สถานพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 45.0 และชาว

ไทยพุทธไปรับบริการที่โรงพยาบาล/ สถานพยาบาลของรัฐในสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 54.5 และร้อยละ 57.9 ในเพศชายและเพศหญิง ตามลำดับ) และความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับสถานที่ในการขอรับบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ(ศรัณยา บุนนาคและเพ็ญพักตร์ ทองแท้, 2544) รายงานว่า กลุ่มตัวอย่างไทยพุทธมีสัดส่วนการรับบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา มากกว่ากลุ่มตัวอย่างไทยมุสลิมเล็กน้อย และสถานที่ที่กลุ่มตัวอย่างไทยพุทธไปใช้บริการส่วนใหญ่ คือ โรงพยาบาล/สถานพยาบาลของรัฐ (ร้อยละ 60) สำหรับกลุ่มตัวอย่างไทยมุสลิมไปใช้บริการของสถานอนามัยมากที่สุด (ร้อยละ 45.7) ซึ่งการเข้าเลือกใช้บริการต่างๆขึ้นอยู่กับความสะดวกสบาย และในประชาชนไทยมุสลิมที่มีการกำหนดให้หญิงมุสลิมต้องแต่งกายด้วยเสื้อผ้าที่มิดชิด ไม่สมควรจะเผยส่วนต่างๆของร่างกายให้คนเห็น ทำให้มีผลต่อการตัดสินใจในการไปรับบริการดูแลสุขภาพจากบุคลากรด้านสาธารณสุข เช่นเดียวกับผลการศึกษาของของชาอูซัย เรืองขจร, สนิท อุโพธิ์และทิพย์วัลย์ เรืองขจร (2544) ที่กล่าวว่า เพศและการนับถือศาสนาของเจ้าหน้าที่มีผลต่อการเข้ารับบริการเช่นกัน อีกทั้งเรื่องความเป็นส่วนตัวก็เป็นสิ่งสำคัญ เพราะผู้เข้ามารับบริการต้องการให้มีห้องเฉพาะบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์

ในด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการพบว่า กลุ่มตัวอย่างขาดความรู้ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ค่อนข้างมาก และมีบางส่วนต้องการรับความรู้ในเรื่องดังกล่าว โดยให้ข้อมูลว่า ต้องการรับความรู้ในการและการให้คำปรึกษาเฉพาะกลุ่ม โดยแยกกลุ่มหญิง กลุ่มชาย หรือให้คำปรึกษาส่วนตัวและการใช้ภาษาที่พวกเขาสามารถเข้าใจได้ อาจจะทำให้พวกเขามีความรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ของตนเองได้ และการที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้บริการในชุมชนถือว่าเป็นช่องทางหนึ่งที่ทำให้ความสะดวกแก่ประชาชนในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ อย่างไรก็ตาม ควรมีการปรับในเรื่องของการให้บริการแยกหญิงชาย ความเป็นส่วนตัว และภาษาในการสื่อสาร เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของชาอูซัย เรืองขจร และคณะ (2544: 59)

อย่างไรก็ตาม ผลจากการสัมภาษณ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อคำปรึกษาแนะนำละเอียดชัดเจน และมีเพียงส่วนน้อยไม่ค่อยพึงพอใจต่อการให้คำปรึกษาของเจ้าหน้าที่ และผู้รับบริการส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า ลักษณะการทำงานหรือการให้บริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นเรื่องเฉพาะบุคคล โดยผู้รับบริการมองว่าเรื่องความพึงพอใจนั้นไม่ใช่สภาพปัญหาของการให้บริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานอนามัยทั่วไป ผู้รับบริการส่วนใหญ่คิดเห็นว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำแต่ละสถานอนามัยให้บริการด้วยความกระตือรือร้นมาก และบางส่วนคิดเห็นว่าให้การบริการด้วยความกระตือรือร้นน้อย และค่อนข้างให้การบริการอย่างไม่กระตือรือร้นอยู่บ้างจำนวนเล็กน้อย

สำหรับความรู้สึกของผู้ใช้บริการสาธารณสุขด้านอนามัยเจริญพันธุ์จากสถานอนามัย ต่อสภาพห้องให้บริการพบว่า ผู้รับบริการอนามัยเจริญพันธุ์รู้สึกว่าห้องบริการมีความเป็นส่วนตัวน้อย เพราะไม่มีห้องเฉพาะขณะขอคำปรึกษาผู้รับบริการจำนวนหลายรายได้เล่าให้ฟังว่า “นั่งรับคำปรึกษาแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ประจำสถานีนอนามัยตามลำพังสองต่อสอง แต่ผู้รับบริการคนอื่นๆ ก็นั่งรออยู่บริเวณใกล้ๆ กัน” สิ่งเหล่านี้อาจจะทำให้ผู้ใช้บริการทุกคนรู้สึกอึดอัดใจที่ต้องใช้บริการสาธารณสุขด้านอนามัยเจริญพันธุ์จากสถานีนอนามัย ในห้องบริการรวมลักษณะนั้น เมื่อมีผู้รับบริการอื่นๆ อยู่ร่วมห้องบริการด้วย

นอกจากนี้พบข้อมูลเพิ่มเติมจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลปัตตานี ในประเด็นของการให้ความรู้ด้านอนามัยเจริญพันธุ์แก่ประชาชน กล่าวว่า “การให้ข้อมูลสำหรับวัยรุ่นอาจเป็นการชี้โพรงให้กระรอก เพราะคำแนะนำของเจ้าหน้าที่บางครั้งเหมือนการเพิ่มโอกาสการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น”

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาปฏิสัมพันธ์ต่อการบริการสาธารณสุขด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรในจังหวัดชายแดนใต้ กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีนอนามัย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี มีส่วนน้อยที่อยู่ในระดับไม่ค่อยดีนัก ปฏิสัมพันธ์ระดับไม่ค่อยดีนักมีสาเหตุมาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนน้อยบางคนไม่ค่อยกระตือรือร้นในการให้บริการและพูดจาไม่ไพเราะ ทั้งนี้ความไม่พึงพอใจขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพของเจ้าหน้าที่บุคคลนั้นๆ แม้ว่าเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงส่วนน้อย สอดคล้องกับผลรายงานของอนามัยโพล (2552) ที่รายงานว่า ในการให้บริการอนามัยเจริญพันธุ์ยังคงพบช่องว่างอยู่มากทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการอย่างไรก็ตาม ก็เป็นสถานการณ์หนึ่งที่ต้องเร่งปรับปรุงแก้ไข

นอกจากนี้เพศและการนับถือศาสนาของผู้ให้บริการยังมีปัญหาอยู่บ้าง ถ้าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพศหญิงกับผู้รับบริการเพศหญิงด้วยกัน และนับถือศาสนาอิสลามเหมือนกันกับผู้รับบริการ จะเป็นสาเหตุให้ผู้ใช้บริการหญิงไทยมุสลิมมีความรู้สึกไว้วางใจมาก สอดคล้องกับผลการศึกษาของจรัล มะลูลีม (2554) ที่รายงานว่า เพศและศาสนาอิสลามมีผลต่อการให้บริการอนามัยเจริญพันธุ์ ถ้าผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีเพศเดียวกันและนับถือศาสนาเดียวกัน จะทำให้สามารถสะดวกใจในการเข้ารับบริการอนามัยเจริญพันธุ์ในด้านต่างๆ เช่น การคุมกำเนิด การเว้นระยะการมีบุตร เป็นต้น ดังนั้นกรณีที่หน่วยงานสาธารณสุขเพศหญิงที่นับถือศาสนาอิสลามควรประจำทุกสถานีนอนามัยที่บริการประชาชนไทยมุสลิมจำนวนมากพอสมควร อย่างไรก็ตามสิ่งสำคัญที่สุดคือ เรื่องความเป็นส่วนตัว กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการสอดคล้องกันทุกคนเกี่ยวกับสถานที่ให้บริการสาธารณสุขอนามัยเจริญพันธุ์ โดยให้ความคิดเห็นว่าการให้มีห้องเฉพาะบริการสาธารณสุขอนามัยเจริญพันธุ์ สอดคล้องกับการศึกษาของจรรยา เศรษฐบุตร และคณะ (2544) อย่างไรก็ตาม ประเด็นดังกล่าวควรจะเป็นความต้องการที่กระทรวงสาธารณสุขควรพิจารณาสนองตอบความต้องการของประชาชนเป็นอย่างยิ่ง ดังเหตุผลที่ว่า “ผู้ใช้บริการทุกคนรู้สึกอึดอัดใจที่ต้องใช้บริการสาธารณสุขอนามัยเจริญพันธุ์จากสถานีนอนามัย ในห้องบริการรวมลักษณะนั้น เมื่อมีผู้ใช้บริการอื่นๆ อยู่ร่วมในห้องบริการด้วย”

#### 6) การรับบริการจากหมอแผนโบราณ

จากการสำรวจการไปขอรับบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์จากหมอแผนโบราณในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 84.1 ไม่เคยไปขอรับบริการ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่เคยไปขอรับ

บริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์จำนวน 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 8.0 กลุ่มตัวอย่างที่เคยไปรับบริการจำนวน 2 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 5.2 กลุ่มตัวอย่างที่เคยไปรับบริการจำนวน 3 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 2.3 เฉพาะผู้ที่เคยไปประมาณ 2 ใน 3 ไปใช้บริการของหมอตำแย (โตะปีแด) คิดเป็นร้อยละ 67.1 รองลงมา คือ หมอสมุนไพร คิดเป็นร้อยละ 21.4 สำหรับสาเหตุในการไปขอรับบริการจากหมอแผนโบราณค่อนข้างหลากหลาย ได้แก่ ทดสอบการตั้งครรภ์ คลอดบุตร อื่นๆ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งเหตุผลที่ไปขอรับบริการจากหมอสมุนไพรแทนหมอแผนปัจจุบัน และพบว่ากว่าครึ่งหนึ่งให้เหตุผลว่า เป็นค่านิยมของพื้นที่ (ร้อยละ 52.9) รองลงมา คือ เดินทางสะดวก (ร้อยละ 28.6) เมื่อมีการให้คะแนนความพึงพอใจจากการไปขอรับบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์จากหมอแผนโบราณมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.30 คะแนน

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศและการรับบริการหมอแผนโบราณ จำแนกตามศาสนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองศาสนาไม่เคยไปขอรับบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์จากหมอแผนโบราณในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมาในสัดส่วนมากกว่าครึ่ง กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมุสลิมไม่เคยไปขอรับบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในสัดส่วนร้อยละ 77.2 และเพศชายมุสลิมร้อยละ 83.5 ในขณะที่เพศหญิงไทยพุทธ ร้อยละ 82.8 และเพศชายไทยพุทธถึงร้อยละ 96.1 อย่างไรก็ตาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมุสลิมที่เคยไปขอรับบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในรอบ 1 ปี เพศหญิงมุสลิมเคยไปรับบริการ 1 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 8.2 ในสัดส่วนสูงกว่าเพศชายร้อยละ 7.6 สำหรับกลุ่มตัวอย่างเคยไปรับบริการ 2 ครั้ง เพศหญิงร้อยละ 9.5 และเพศชายร้อยละ 6.3 และกลุ่มตัวอย่างเคยไปรับบริการ 3 ครั้งในเพศหญิงมุสลิม ร้อยละ 5.1 และเพศชายมุสลิม ร้อยละ 2.5 อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับกลุ่มตัวอย่างนับถือศาสนาพุทธพบว่า เพศหญิงไทยพุทธเคยไปรับบริการ 1 ครั้ง ร้อยละ 13.1 และเพศชายไทยพุทธ ร้อยละ 2.9 และกลุ่มตัวอย่างเคยไปรับบริการ 2 ครั้ง เพศหญิงไทยพุทธ ร้อยละ 2.0 และเพศชายร้อยละ 1.0 อย่างไรก็ตาม ไม่พบข้อมูลว่ามีกลุ่มตัวอย่างไทยพุทธไปรับบริการจำนวน 3 ครั้ง แต่กลับพบกลุ่มตัวอย่างเคยไปรับบริการ 4 ครั้งเฉพาะเพศหญิงไทยพุทธ ร้อยละ 2.0 เท่านั้น และความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อพิจารณาถึงประเภทของหมอแผนโบราณที่กลุ่มตัวอย่างที่เคยไปรับบริการ พบว่า เป็นหมอตำแย (โตะปีแด) ในสัดส่วนสูงสุดทั้งศาสนาไทยพุทธและไทยมุสลิม รองลงมา คือ หมอสมุนไพร และอื่นๆ (นวดแผนไทย) ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างเพศและประเภทของหมอแผนโบราณที่ไปรับบริการ จำแนกตามศาสนาไม่มีนัยสำคัญสำหรับสาเหตุที่ไปขอรับบริการจากหมอแผนโบราณก็พบว่า เป็นความสัมพันธ์ที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน และประเด็นสุดท้ายคือเหตุผลที่ไปขอรับบริการจากหมอแผนโบราณ แม้ว่าจะพบว่า กลุ่มตัวอย่างไทยมุสลิมจะให้ข้อมูลว่า ไปรับบริการเพราะเดินทางสะดวก และเป็นค่านิยมของพื้นที่ และกลุ่มตัวอย่างไทยพุทธระบุว่า เป็นค่านิยมของพื้นที่ แต่การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับเหตุผลที่ไปขอรับบริการจากหมอแผนโบราณ จำแนกตามศาสนา ก็ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ





สิ่งที่น่าสนใจคือ นอกจากนี้นักกลุ่มตัวอย่างทั้งไทยมุสลิมและไทยพุทธเคยไปรับบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์จากหมอแผนโบราณ ได้แก่ หมอตำแย (โตะบีแด) และหมอสมุนไพโร โดยส่วนใหญ่จะเป็นไทยมุสลิม และให้เหตุผลในการไปรักษาว่าเป็นค่านิยมของพื้นที่ โดยกว่าครึ่งหนึ่งให้เหตุผลว่าเป็นค่านิยมของพื้นที่ และการเดินทางสะดวก สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุทธิพงศ์ พงศ์ไพบุลย์ (2535: 101) กล่าวว่า ชาวไทยมุสลิมและชาวไทยพุทธในพื้นที่ชายแดนใต้ยังคงนิยมใช้บริการของหมอแผนโบราณเช่นหมอตำแยในการคลอดบุตร ประเด็นดังกล่าวอาจจะกล่าวได้ว่า การเปลี่ยนแปลงในเรื่องความเชื่อและทัศนคติในการเข้าถึงสุขภาพของตนเองของคนในพื้นที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างช้ามาก บางอย่างแม้เวลาเปลี่ยนไปแต่ความเชื่อและพฤติกรรมของคนในพื้นที่ดังกล่าวยังไม่ได้รับการเปลี่ยนเท่าที่ควร ยิ่งไปกว่านั้นผลการศึกษาของอัลญามั สมุห์เสนีโต และเพ็ญพักตร์ ทองแท้ (2555: 77) พบว่า แหล่งที่มาของค่าใช้จ่ายในการรับบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ พบว่า ชาวไทยมุสลิมส่วนใหญ่ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า รองลงมา คือ ทุนส่วนตัว ส่วนชาวไทยพุทธมีความหลากหลายของช่องทางแหล่งที่มาของค่าใช้จ่ายทั้งจากบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ประกันสังคม และทุนส่วนตัว ซึ่งพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ในลักษณะดังกล่าวสอดคล้องกับสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ในด้าน สิทธิในชีวิต สิทธิในความเสมอภาคและไม่ถูกเลือกปฏิบัติในทุกรูปแบบ สิทธิในความเป็นส่วนตัว และสิทธิในการดูแลและป้องกันสุขภาพ ดังนั้นเพื่อให้ประชากรกลุ่มดังกล่าวเข้ารับบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์เพิ่มมากขึ้น จึงควรมีการจัดสถานที่ให้บริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์เป็นสถานที่มิดชิด ความเป็นส่วนตัวเพื่อป้องกันความรู้สึกอึดอัดในการเข้ารับบริการ และประเด็นเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพก็เป็นประเด็นสำคัญสำหรับประชาชนในพื้นที่ชายแดนใต้ เนื่องจากการไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่อง ทำให้ขาดความรู้ในเรื่องสิทธิบางอย่างในการเข้ารับบริการดูแลสุขภาพและความกังวลใจเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงการดูแลสุขภาพตนเองได้

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาข้างต้นพบว่า หน่วยงานของรัฐควรตระหนักในการให้ความรู้ ความเข้าใจ ผลการวิจัยแก่บิดามารดาในพื้นที่ชายแดนใต้ และประสานงานกับคณะกรรมการกลางอิสลามประจำจังหวัดในพื้นที่ชายแดนใต้ เพื่อร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหออนามัยเจริญพันธุ์ในประเด็นดังกล่าวอย่างเร่งด่วน ซึ่งพบว่าเยาวชนจำนวนไม่น้อยมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุยังน้อย อายุแรกสมรสต่ำ การขาดการวางแผนครอบครัว การไม่ใช้การคุมกำเนิด และอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ นอกจากนี้สำนักงานสาธารณสุขในแต่ละจังหวัดในพื้นที่ดังกล่าวควรจัดสรรเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งเพศหญิงและเพศชาย ทั้งผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามและศาสนาพุทธเข้าไปให้ความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ในชุมชนอย่างทั่วถึง และควรแยกให้บริการเฉพาะบุคคลเพื่อให้คำปรึกษาเป็นการส่วนตัว ในขณะที่เดียวกันควรจัดสรรเจ้าหน้าที่เพศหญิงที่เป็นมุสลิมประจำทุกสถานอนามัยที่มีประชาชนในเขตรับผิดชอบนับถือศาสนาอิสลามจำนวนมากพอสมควร และดำเนินการประเมินผลการปฏิบัติงาน ด้านปฏิสัมพันธ์ต่อการบริการสาธารณสุขอนามัยเจริญพันธุ์ของหญิงชาวไทยมุสลิมในพื้นที่ชายแดนใต้

ทุกสถานีนอนามัย และเก็บข้อมูลจากประชากรในพื้นที่ดังกล่าวในเขตพื้นที่รับผิดชอบของแต่ละสถานีนอนามัยเป็นประจำอย่างน้อยปีละครั้ง เพื่อสร้างความปลอดภัยด้านอนามัยเจริญพันธุ์แก่ประชาชนในพื้นที่

### 5.3 ปัจจัยกำหนดสถานะสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้

จากการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ซึ่งให้เห็นว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ต่อการมีสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ระดับดี ได้แก่ เพศ และอายุ ในขณะที่ตัวแปรศาสนาไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อควบคุมด้วยปัจจัยทางเศรษฐกิจ (ได้แก่ ตัวแปรระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ เขตที่อยู่อาศัย และจังหวัดที่อยู่อาศัย) ทำให้ตัวแปรอายุไม่พบนัยสำคัญทางสถิติก็ตาม อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าเพศ ระดับการศึกษา เขตที่อยู่อาศัย และจังหวัดที่อยู่อาศัยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อควบคุมด้วยปัจจัยความรู้เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ (ตัวแปรวิธีการใช้เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ และตัวแปรความรู้เรื่องการมีบุตรในช่วงเวลาที่ต้องการ) พบว่า ตัวแปรเพศ เขตที่อยู่อาศัย และจังหวัดที่อาศัยยังคงมีอิทธิพลต่อสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ระดับดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นอาจจะกล่าวได้ว่า เพศ เขตที่อยู่อาศัย และจังหวัดที่อยู่อาศัยเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ระดับดีของประชากรในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้ได้เช่นกัน

ผลจากการศึกษาปัจจัยกำหนดสถานะสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ พบว่า เพศกำหนดสถานะสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้โดยเพศหญิงมีสถานะสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ระดับดีกว่าเพศชาย ถึงแม้ว่าจะถูกควบคุมด้วยปัจจัยทางเศรษฐกิจ และความรู้เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ก็ตาม ทั้งนี้ภาพดังกล่าวสามารถสะท้อนว่า เพศชายอาจจะมีประสบการณ์ทางเพศมากกว่าเพศหญิง ทั้งจากการมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสและเพศสัมพันธ์นอกสมรส ในขณะที่เพศหญิง แม้ว่าจะมีอำนาจการต่อรองต่ำกว่าเพศชาย แต่ก็มีความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์นอกสมรสต่ำกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของจิตรา ไชยชนะ และคณะ (2544) รายงานว่า แม้ว่าผู้หญิงจะมีอำนาจต่อรองเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ การใช้ถุงยางอนามัย หรือปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ในสัดส่วนที่น้อยมาก แต่ผู้หญิงก็มีสถานะสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ในระดับดีกว่าเพศชาย อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีวิถีชีวิตตามชนบทศาสนาที่เคร่งครัด ผู้หญิงจึงมีบทบาทในการตัดสินใจทางเพศและสุขภาพทางเพศค่อนข้างน้อย แต่ผลการศึกษาที่พบว่า ด้วยวิถีชีวิตดังกล่าวจึงทำให้ผู้หญิงมีความปลอดภัยในสุขภาพทางเพศมากกว่าเพศชาย เช่นเดียวกันกับเขตที่อยู่อาศัย และจังหวัดที่อยู่อาศัย ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลจะมีสถานะสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ในระดับดีมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลมีช่องทางในการรับรู้ข่าวสารเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ได้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ซึ่งการรับรู้ อาจจะทำให้เกิดการตระหนักและเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์มากกว่า ส่งผลทำให้มีสถานะสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ในระดับดีมากกว่า ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างในจังหวัดนราธิวาสมีโอกาสที่จะมีสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ในระดับดีมากกว่ากลุ่มตัวอย่างในจังหวัดปัตตานี ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะช่องทางการ

เข้าถึงสถานพยาบาลอาจจะทำให้คล่องตัวในการเดินทางมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของศรีธญา บุนนาค และเพ็ญพักตร์ ทองแท้ (2544) กล่าวว่า ความคล่องตัวในการเดินทางอาจจะเป็นโอกาสหนึ่งที่ทำให้ผู้คนเข้าถึงบริการสาธารณสุขต่อเนื่องมาจนถึงการรับรู้และตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งสามารถเข้ารับการรักษาโรคร้ายต่างๆ ได้ทันที่ด้วยเหตุนี้จึงทำให้เขตที่อยู่อาศัย และจังหวัดที่อยู่อาศัยอาจจะทำให้ผู้คนในพื้นที่ดังกล่าวมีสถานะสุขภาพในระดับดีก็เป็นได้

#### 5.4 ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ประเด็น คือ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และข้อเสนอแนะเชิงการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

##### 5.4.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผลการศึกษานี้มีข้อค้นพบที่ควรพิจารณาเป็นแนวทางในการวางแผนหรือกำหนดนโยบายดังนี้

1) การที่เกือบ 3 ใน 4 ของประชากรวัยเจริญพันธุ์ประเมินสถานะสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์อยู่ในระดับไม่ดี สะท้อนให้เห็นว่า ประชากรวัยเจริญพันธุ์อาจจะไม่เข้าใจในบริบทของสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ ประกอบกับปัจจัยทางประชากร และปัจจัยทางเศรษฐกิจที่แตกต่างกันยังส่งผลกระทบต่ออย่างสำคัญด้วย โดยเฉพาะประชากรวัยเจริญพันธุ์ที่มีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อย มีการศึกษาอ่อนแอ ฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี และอาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ การมีเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิดด้วยวิธีที่เหมาะสมเพื่อยับยั้งการตั้งครรภ์หรือเพื่อปกป้องสุขภาพทางเพศ ความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การมีจำนวนบุตรที่เหมาะสม หรือการเว้นระยะห่างบุตรที่เหมาะสม การเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ที่เหมาะสม สะดวก และลดช่องว่างระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เป็นต้น ดังนั้น หน่วยงานสาธารณสุขควรตระหนักถึงประเด็นภูมิหลังของประชากรวัยเจริญพันธุ์ โดยเน้นการเข้าถึงกลุ่มประชากรวัยเจริญพันธุ์โดยเฉพาะกลุ่มที่ด้อยโอกาสให้มากที่สุด ซึ่งรูปแบบและการใช้สื่อในการให้ความรู้ในการป้องกันและรักษาสุขภาพทางเพศควรเป็นวิธีการที่ไม่ซับซ้อนสามารถทำความเข้าใจได้ง่าย

#### 5.4.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (ต่อ)

2) องค์กรของรัฐควรเผยแพร่ผลการสำรวจแก่ประชากรในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้อย่างกว้างขวาง และประสานงานกับคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัดทั้ง 3 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดปัตตานี จังหวัดยะลา และจังหวัดนราธิวาส เพื่อร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหานามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มเสี่ยงโดยเร่งด่วน ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนไม่น้อยมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุยังน้อย ขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้วิธีการคุมกำเนิดเพื่อปกป้องสุขภาพทางเพศ และการใช้วิธีการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ และการใช้วิธีการคุมกำเนิดไม่ใช่เครื่องต่อรองอำนาจทางเพศระหว่างหญิงชาย แต่ควรเป็นบทบาทการดูแลสุขภาพทางเพศและการกำหนดการมีบุตรร่วมกันทั้งเพศหญิงและเพศชาย จำนวนบุตรที่เหมาะสม และการเว้นช่วงเวลาในการมีบุตร เพื่อสุขภาพของผู้เป็นมารดา ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อากาศที่เกิดขึ้น และวิธีการรักษา รวมถึงสร้างความเข้าใจในสุขภาพทางเพศในระดับครอบครัว และชุมชน และการเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ เพื่อลดช่องว่างการรับบริการและอำนวยความสะดวกแก่ผู้มารับบริการ รวมทั้งโรคเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศหรืออาการที่ควรพบแพทย์ ควรให้ความรู้อย่างเร่งด่วน และความปลอดภัยในการรับบริการจากหมอแผนโบราณ (โต๊ะบีแด)

3) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้งในจังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส ควรจัดสรรเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพศหญิงที่นับถือศาสนาอิสลาม และเพศชายที่นับถือศาสนาอิสลามในสัดส่วนที่เหมาะสมและเพียงพอต่อประชากรวัยเจริญพันธุ์ที่นับถือศาสนาอิสลามในเขตรับผิดชอบในแต่ละพื้นที่ รวมทั้งจัดสรรเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพศหญิงไทยพุทธและเพศชายไทยพุทธจำนวนหนึ่งประจำทุกสถานีนามัย และโรงพยาบาล โดยเก็บข้อมูลจากผู้มารับบริการในเขตพื้นที่รับผิดชอบของแต่ละสถานีนามัย และโรงพยาบาลเป็นประจำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

นอกจากนี้ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อนามัยประจำอำเภอ โรงพยาบาลของรัฐควรร่วมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยฝึกอบรมบุคลากรด้านสาธารณสุขให้มีความรู้ความเข้าใจศาสนาอิสลาม ชาวไทยมุสลิม ชาวไทยพุทธ และมีทัศนคติที่ดีต่อผู้มารับบริการ ไม่ควรจำกัดขอบเขตให้บริการเฉพาะหญิงสมรสแล้วเท่านั้น แต่ครอบคลุมทั้งหญิงโสดและชาย โดยเฉพาะวัยรุ่นซึ่งไม่มีความรู้เรื่องการคุมกำเนิด ไม่ได้วางแผนที่จะมีเพศสัมพันธ์ และไม่ทราบว่าควรไปรับบริการคุมกำเนิดจากที่ไหน ประชากรวัยเจริญพันธุ์อาจส่วนอาจพบปัญหาเนื่องจากไม่ได้สมรส หรือมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อน คนแปลกหน้า และไม่สามารถเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ เกรงกลัวคำถาม สายตาจากเจ้าหน้าที่และคนรอบข้าง จึงหลีกเลี่ยงการเข้ารับบริการ เพราะไม่ยอมเปิดเผยถึงเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ ทั้งนี้ผู้ให้บริการควรสร้างบรรยากาศให้บริการด้วยความกระตือรือร้น ไม่แสดงท่าทีตำหนิดูหมิ่น และพยายามให้ผู้รับบริการมีความรู้สึกเป็นอิสระในการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการยินดีมารับบริการในครั้งต่อไป และยังคงมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพทางเพศของตนเอง

4) จากผลการศึกษาที่สะท้อนว่า เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์มักถูกผลกระทบให้เพศหญิงเป็นผู้รับผิดชอบควรมีแนวทางส่งเสริมให้เพศชายมีความรับผิดชอบ และมีส่วนร่วมในการยกระดับอนามัยเจริญพันธุ์ โดยชุมชนมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้เพศชายเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม เริ่มต้นคณะกรรมการกลางอิสลามร่วมกับบุคลากรซึ่งเป็นที่นับถือในชุมชน เช่น โต๊ะครู อิหม่าม นำเสนอแนวปฏิบัติดังกล่าวคนในชุมชนร่วมจัดให้มีการพบปะชุมชนกัน เพื่อให้ความรู้ ความเข้าใจแก่สามีถึงการยกระดับอนามัยเจริญพันธุ์ของตนเองและคู่สมรสทุกขั้นตอน ตั้งแต่การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การวางแผนครอบครัว การยอมรับและใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคจากเพศสัมพันธ์ และเมื่อต้องการมีบุตรควรปรึกษาแพทย์ทุกครรภ์เพื่อเตรียมความพร้อมทางสุขภาพของมารดา เพื่อป้องกันการเสื่อมโทรมของเพศหญิงเร็วกว่าปกติ เพราะการมีบุตรจำนวนมากและระยะห่างสั้นทำให้กระทบต่อสุขภาพมารดาในอนาคต นอกจากนี้ศึกษาข้อปฏิบัติขณะตั้งครรภ์ การเลี้ยงดูบุตร เป็นต้น

#### 5.4.2 ข้อเสนอแนะเชิงการวิจัย

การศึกษานี้เป็นความพยายามที่จะทำให้ได้รับข้อมูลผลการศึกษาที่สมบูรณ์มากที่สุด เพื่อสะท้อนถึงพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ จังหวัดปัตตานี จังหวัดยะลา และจังหวัดนราธิวาส อย่างแท้จริง อย่างไรก็ตาม บางครั้งการตั้งข้อคำถาม การลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูล หรือแม้กระทั่งการตอบคำถามของกลุ่มตัวอย่าง อาจเกิดความผิดพลาดขึ้นระหว่างดำเนินการได้ทั้งนั้น ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป ผู้วิจัยมีความเห็นดังนี้

1) ในการศึกษาควรมีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งเป็น 3 ช่วงเวลา คือ ช่วงแรกควรอธิบายเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์แก่กลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากขณะเก็บข้อมูลพบกลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจคำว่า อนามัยเจริญพันธุ์คืออะไร และมีขอบเขตครอบคลุมการดูแลสุขภาพทางเพศอย่างไร หลังจากนั้นช่วงที่สอง เริ่มเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้น ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกเพิ่มเติม ช่วงสุดท้าย หลังจากวิเคราะห์ข้อมูลแล้วควรจัดเวทีหรือกิจกรรมให้ความรู้เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ที่ถูกต้องเพิ่มเติม

2) ข้อมูลบางประเด็นอาจไม่ได้คำตอบตามความเป็นจริง ดังนั้นการสร้างข้อคำถามควรมีข้อคำถามเพิ่มเติมเพื่อตรวจสอบข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่าตรงกับข้อมูลข้างต้นหรือไม่ มีความน่าเชื่อถือหรือเที่ยงตรงหรือไม่ เพื่อลดความคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง

3) นอกจากนี้ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยอื่นๆ ที่น่าจะมีผลต่อวิถีการดำเนินชีวิต ความเคร่งครัดทางศาสนา การปฏิบัติศาสนกิจ และบทบาทเพศในครอบครัวมุสลิมร่วมด้วย