

การต่อสู้ของผู้บริหารหญิงในงานสาธารณสุข : ความสำเร็จที่ต้องฟันฝ่า
(ศึกษาประสบการณ์ของแพทย์หญิงเพ็ญภา ทรัพย์เจริญ ต่อกรณีการรับรองฐานภาพของระบบการแพทย์แผนไทย)

ดวงฤทัย เอสะนาชาตัง

นักสื่อสารมวลชนอิสระ

นับตั้งแต่อดีตมาแล้วที่การแพทย์แผนไทยอยู่คู่กับสังคมไทยมาโดยตลอด นับเนื่องมาตั้งแต่สมัยสุโขทัยทีเดียว เราได้รับองค์ความรู้เรื่องการแพทย์แผนโบราณนี้มาจากประเทศอินเดียพร้อมกับการรับอิทธิพลทางพุทธศาสนาเรียกได้ว่าเมื่อเรามีองค์ความรู้สาธารณสุขแบบโบราณนี้มา เ็นนนานพร้อมกับพุทธศาสนา

ตลอดเวลาอันเนิ่นนานบนสายประวัติศาสตร์นี้ องค์ความรู้ในการรักษาตัวเองของการแพทย์แผนไทยแนบแน่นอยู่ในสังคมไทยทั้งในระดับปัจเจกชน ระดับครอบครัว และในระดับชุมชน องค์ความรู้เรื่องการแพทย์แผนไทยนี้เคยได้รับการยอมรับมาโดยตลอด ทั้งยังเคยถูกบรรจุอยู่ในหลักสูตรโรงเรียนแพทย์ แต่หลังจากปีพุทธศักราช 2466 เป็นต้นมา องค์ความรู้ทางสาธารณสุขจากตะวันตกก็เข้ามาแทนที่ รัฐได้ยกเลิกหลักสูตรการแพทย์แผนไทยออกจากโรงเรียนแพทย์ ด้วยเหตุผลที่ว่าไม่สามารถพิสูจน์ได้อย่างแน่ชัด การถ่ายทอดความรู้ผ่านการท่องจำ ไม่มีความรู้ที่เป็นระบบพอเท่ากับหลักสูตรจากประเทศตะวันตก นับตั้งแต่นั้นองค์ความรู้เรื่องการแพทย์แผนไทยก็ดำรงอยู่ในฐานะองค์ความรู้นอกระบบ ขาดการสนับสนุนและพัฒนาจากรัฐมาเกือบร้อยปี

จวบจนกระทั่งปีพุทธศักราช 2536 หน่วยงานระดับกองภายใต้ชื่อ "สถาบันการแพทย์แผนไทย" ได้ถูกวางจากฐานขึ้นอีกครั้งในสังกัด ของหน่วยงานทางสาธารณสุขของรัฐ สถาบันการแพทย์แผนไทยนี้สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ตลอดเวลาเกือบสิบปีที่สถาบันการแพทย์แผนไทยจัดตั้งขึ้นมานี้ มีผู้หญิงคนหนึ่งทำงานอย่างหนักเพื่อต่อสู้ให้สถาบันได้รับการจัดตั้งและเป็นที่ยอมรับของสังคมไทย ต่อสู้ทั้งแนวความคิดที่ว่างานสาธารณสุขต้องเป็นเรื่องของการแพทย์แผนใหม่เท่านั้น และต่อสู้ให้คนทั่วไปเห็นว่าการแพทย์แผนไทย ไม่ใช่เรื่องล้าหลังอีกต่อไป เธอเสนอ"การแพทย์ทางเลือก" นี้ให้สังคมไทยมาตั้งแต่ปฏิบัติการเป็นแพทย์ประจำโรงพยาบาล จนกระทั่งก้าวเข้ามาเป็น นักบริหารหญิงในฐานะผู้อำนวยการคนแรกของสถาบันแพทย์แผนไทย นับได้ว่าแพทย์หญิงเพ็ญภา ทรัพย์เจริญ เป็นบุคลากรหญิงแถวหน้าคนแรก ๆ ของหน่วยงานของรัฐในเรื่องสาธารณสุข การก้าวเข้าสู่ตำแหน่งนักบริหารหญิงแถวหน้าของเธอนั้น ดำเนินมาพร้อม กับการพิสูจน์ ว่าการแพทย์แผนไทย เป็นองค์ความรู้ที่สังคมไทยกำลังต้องการในภาวะที่กำลังเผชิญทั้งวิกฤตทางเศรษฐกิจ และภาวะวิกฤตที่ว่่องค์ความรู้แบบ ตะวันตกอาจจะไม่เหมาะกับสังคมไทยอีกต่อไป

กล่าวได้ว่าหน่วยงานของรัฐที่ทำหน้าที่ดูแลเรื่องสาธารณสุขนี้ มีบุคลากรหญิงอยู่เป็นจำนวนมาก ความรู้เรื่องการดูแลบ้าน ดูแลครอบครัว งานสาธารณสุขมูลฐาน ตลอดจนการรณรงค์ด้านโภชนาการดูจะเป็นหน้าที่ที่สังคมไทยมองว่า "เหมาะสม" กับผู้หญิงมาโดยตลอด เรามีเจ้าหน้าที่พยาบาล พนักงานอนามัย ผดุงครรภ์อนามัย ชลน ที่ปฏิบัติงานอยู่ทั้งภูมิภาคและส่วนกลางประเทศ กระจายตัวมากมายอยู่ในสังคมไทย เราเห็นได้อย่างชัดเจนว่าผู้หญิงทำหน้าที่เป็นผู้ยึดกุมและปฏิบัติการองค์ความรู้เรื่องสาธารณสุขนี้มาโดยตลอด แต่คำถามที่สำคัญตามมาก็คือว่าผู้หญิงมีสิทธิและความสามารถแค่ไหนบุคลากรระดับพื้นฐานเท่านั้นหรือ บุคลากรระดับแถวหน้าในการร่วมกำหนดนโยบายมีอยู่หรือไม่ คำตอบดูจะค่อนข้างชัดเจนว่ามีอยู่น้อยมาก นักบริหารหญิง ผู้ที่สามารถก้าวขึ้นมาร่วมกำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขนี้ เส้นทางแห่งความสำเร็จที่แพทย์หญิงเพ็ญภา สว่างขึ้นมานี้จึงน่าเรียนรู้ไม่น้อย

แพทย์หญิงเพ็ญภากล่าวถึงนโยบายหลักของสถาบันการแพทย์แผนไทยที่เธอเป็นผู้ก่อตั้งและร่วมกำหนดนโยบายนี้ว่า "หน้าที่หลักอันแรกของสถาบันการแพทย์แผนไทยนี้หน้าที่ของเราจะคล้ายคลึงกับการขุดค้นทางโบราณคดี เราทำหน้าที่เกือบคล้ายกับนักโบราณคดีคือขุดค้นองค์ความรู้การแพทย์แผนไทยขึ้นมา เราเรียกหน้าที่หลักนี้ว่าการบูรณาการความรู้ เรารวบรวมองค์ความรู้ขึ้นมาเมื่อบูรณาการแล้วหมอก็คิดว่าเราควรประสานการวิจัย เพื่อนำความรู้ขึ้นมาประยุกต์ใช้ ให้เข้ากับสังคมไทยในปัจจุบัน เราต้องศึกษาสังคมไทยว่าเขารับความรู้เรื่องการแพทย์แผนไทยนี้ได้แค่ไหน"

การที่องค์ความรู้เรื่องการแพทย์แผนไทยได้รับการส่งเสริมขึ้นมามีอีกครั้งหนึ่งนั้นมีปัจจัยทั้งจากภายในประเทศและภายนอกประเทศเองเข้ามาส่งเสริม ปัจจัยจากภายนอกประเทศเมื่อองค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญกับยาแผนโบราณ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 กำหนดให้นำสมุนไพรมาใช้ในงานสาธารณสุขมูลฐาน แต่เนื่องจากระบบความคิดเรื่องสาธารณสุขของ

คนไทยถูกครอบด้วยระบบความคิดแบบวิทยาศาสตร์ โดยเฉพาะวิทยาศาสตร์เชิงประจักษ์ มุ่งหน้าหาความรู้ที่ตรวจสอบได้อย่างชัดเจน นักวิทยาศาสตร์ นักวิจัย แพทย์ก็มุ่งศึกษาตามอย่างตะวันตกในการแสวงหาความรู้เชิงประจักษ์นิยม การที่แพทย์หญิงเพ็ญภา กล้าเดินสวนกระแสของศรัทธาแบบตะวันตกนั้นเธอให้ข้อสังเกตที่น่าสนใจจากการทำงานว่า

" คนในสังคมไทย ไม่ว่าจะเป็นนักคิด นักปรัชญา นักการศึกษา เราต่างก็อยู่ในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน สิ่งแวดล้อมต่างก็มีส่วนในการกำหนดความคิด ตัวหมอเองอาจจะเป็นผู้หญิงที่ดี เป็นโอกาสที่ดีที่หมอเติบโตมาจากชนบท เรามีต้นทุนทางความคิดที่มาจากชนบท เรามีข้อมูลดิบที่เห็นภาพของธรรมชาติ ของภูเขา ของแหล่งน้ำ ของป่าที่เป็นต้นกำเนิดของสมุนไพร ด้วยพื้นบ้าน หมอมีภาพของหมอยาพื้นบ้านที่มีลักษณะของ ยาขอ หมอวาน มีภาพของบิดาที่เป็นหมอยาพื้นบ้าน " หมอมองเห็นการแลกเปลี่ยนที่เป็นธรรม คนไข้เอาข้าวหนึ่งขันมาแลกเปลี่ยนกับยาหม้อหนึ่งขัน หมอยาพื้นบ้านเก็บค่ารักษาไม่เกินแปดบาท หมอมองเห็นคุณธรรมตรงนั้น มันตอกย้ำเราแน่นหนาถึง จริยธรรมทางการแพทย์"

นอกเหนือจากต้นทุนทางความคิดในวัยเด็กแล้ว ประสบการณ์การทำงานเมื่อครั้งดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการ โรงพยาบาลประจำอำเภอ วังน้ำเย็น จังหวัดปราจีนบุรี ก็ทำให้แพทย์หญิงเพ็ญภาหันมาสนใจแนวความคิดเรื่องการพึ่งตนเองทางด้านสาธารณสุขของการแพทย์แผนไทย ทั้งๆ ที่เธอได้รับการศึกษาที่มีหลักสูตรมาจากตะวันตกตลอดการศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาแพทยศาสตร์ " สถานการณ์เมื่อครั้งเป็น ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลวังน้ำเย็น สอนให้เรากลับมาพึ่งตัวเองโดยการใช้ความรู้ในทางการแพทย์แผนไทย หมอต้องต่อสู้ให้โรงพยาบาลของเราดำเนินไป ให้ได้ในสภาพที่งบประมาณสนับสนุนน้อย ยากก็ร่อยหรอ แต่คนไข้มากขึ้นทุกขณะ วันหนึ่งหมอมาค้นพบว่าเรากลับปัญหาที่ปลายเหตุ คนไข้มีเท่าไรเรารับหมด เรารักษาคคนไข้ที่ปลายเหตุ ทำไมเราไม่เสนอให้ชาวบ้านดูแลสุขภาพของตัวเองให้ได้ ทำไมคนไข้ไม่หลีกเลี่ยงยาชุด ยาซอง พึ่งตัวเองไม่ได้ในทางสาธารณสุข"

การเป็นผู้บริหารหญิงของแพทย์หญิงเพ็ญภาเริ่มต้นขึ้นเมื่อต้องเริ่มวางนโยบายให้โรงพยาบาลวังน้ำเย็น โดยกำหนดให้โรงพยาบาลต้องพึ่งตัวเองให้ได้ เธอเสนอให้ลดการใช้ยาแผนใหม่ให้น้อยลง เพื่อลดงบประมาณในการซื้อยาแผนใหม่ เสนอทางเลือกให้โรงพยาบาลหันมาใช้ยาสมุนไพรมากขึ้น การเป็นผู้บริหารหญิงของคุณหมอก็เริ่มต้นที่นี้เหมือนกัน

" หมอต้องเผชิญกับคำถามของคนไข้เมื่อตรวจเสร็จจึงว่าหมอใหญ่ไม่มาเจอ สมัยก่อนคนไข้จะมองว่าหมอใหญ่ต้องเป็นผู้ชายเท่านั้น เราต้องพิสูจน์ให้เขาเห็นว่าเรารักษาได้ เราผ่าตัดได้ เขาถึงเชื่อว่าเราเป็นหมอใหญ่ เป็นผู้ว่าการโรงพยาบาล" เมื่อต้องมารักษาคนไข้ด้วยสมุนไพร เริ่มหันมาใช้แนวความคิดว่าคนไข้ต้องพึ่งตัวเองได้ ชาวบ้านทั่วไปไม่ได้ตั้งคำถามถึงวิธีการรักษา ของแพทย์หญิงคนนี้ แต่กับแพทย์นักบริหารด้วยกันกลับสงสัยในแนวความคิดนี้ แต่หลังจากที่เธอสามารถทำให้โรงพยาบาลวังน้ำเย็นพึ่งตัวเองได้ ใช้งบประมาณน้อยลง ความเป็นนักบริหารหญิงของเธอก็ได้รับการยอมรับ พร้อมกับการทำงานหนักของผู้ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพราะเธอทำหน้าที่ทั้งการรักษาโรค การบริหารโรงพยาบาล และรับผิดชอบสังคมระดับอำเภอร่วมกับเจ้าหน้าที่ของรัฐคนอื่นไม่ว่าจะเป็นนายอำเภอ งานบริหารในตำแหน่งนี้จึงได้รับการยอมรับจนได้ก้าวเข้าสู่ตำแหน่ง " นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด " ซึ่งงานในตำแหน่งนี้เธอคนมากที่เป็นผู้หญิง แม้แต่ตำแหน่งก็ระบุว่าเป็นนายแพทย์ เธอจึงเป็นแพทย์หญิงเพ็ญภาที่มีตำแหน่งน้อยท้ายว่า นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด คนที่สามของประเทศไทยที่เป็นผู้หญิง

หลังจากนั้นแพทย์หญิงเพ็ญภาก็ก้าวเข้าสู่ผู้บริหารหญิงแถวหน้าอย่างเต็มทีเมื่อครั้งมาดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการสถาบันแพทย์แผนไทย ตลอดเส้นทางของความเป็นนักบริหารหญิงนั้น แพทย์หญิงเพ็ญภาบอกว่าเธอต้องทำงานหนักกว่าผู้บริหารชายหลายเท่าเพื่อผลักดัน ให้นโยบายของเธอเป็นที่ยอมรับ " สังคมไทยยังมองเห็นว่าเพศหญิงเป็นเพศที่อ่อนแอ ตัดสินใจได้ไม่ชัดเจน หมอต้องทำตัวให้เห็นว่าเราก้าวข้าม ค่านิยมเหล่านี้มาแล้ว เราต้องแตกฉานในเรื่องข้อมูล เคารพความคิดผู้อื่น ให้เกียรติผู้อื่น ความเป็นนักบริหารหญิงของเราจึงเป็นที่ยอมรับ"

เมื่อกฎหมายคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ซึ่งมีแพทย์หญิงเพ็ญภาเป็นผู้ร่วมวางแผน ได้ผ่านขั้นตอนการทำประชาพิจารณ์ เตรียมประกาศใช้เป็นกฎหมายต่อไป นับได้ว่าหนทางแห่งการเป็นนักบริหารหญิงแถวหน้าของเธอได้รับการพิสูจน์อีกขั้นหนึ่ง ขณะเดียวกันก็เป็นหลักประกันว่าระบบการแพทย์แผนไทยได้รับการสถาปนาก้าวหน้าขึ้นอีกขั้นหนึ่งจากหน่วยงานของรัฐ และสังคมไทยได้บันทึกไว้แล้วว่ากว่าที่องค์ความรู้เรื่องการแพทย์แผนไทยนี้จะได้รับการยอมรับและกลายเป็นทางเลือกหนึ่งในงานสาธารณสุข ไทยอีกครั้งนี้ มีมือและมันสมองของนักบริหารหญิงที่ชื่อเพ็ญภา ทรัพย์เจริญเป็นกำลังสำคัญอย่างยิ่งกำลังหนึ่ง

เอดส์ ของขวัญไม่พึงประสงค์จากพ่อบ้านนักเที่ยวแต่แม่ศรีเรือน

โดย เพ็ญจันทร์ ประดับมุข
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ความนำ

จากข้อมูลทางสถิติของกระทรวงสาธารณสุขในเดือนพฤษภาคม 2543 พบว่า มีผู้หญิงติดเชื้อเอดส์แล้วประมาณ 32,159 ราย หรือร้อยละ 22 จากจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ทั้งหมด ภาพลักษณ์ของผู้หญิงกับการแพร่ระบาดของโรคเอดส์เปลี่ยนไปตามแบบแผนระบาดวิทยาของการแพร่ระบาดโรค ในระยะแรก ผู้หญิง มีฐานะเป็น, "กลุ่มเสี่ยง" เป็นกลุ่มที่เป็นตัวการของการแพร่เชื้อ เพราะกลุ่มเสี่ยงสำคัญในการแพร่ระบาด ของโรคเอดส์อยู่ ในกลุ่มหญิงบริการอาชีพพิเศษ ยุคต่อมาผู้หญิงแม่บ้าน ก็ตกเป็น "เหยื่อ" ของปัญหาเอดส์ที่สาหัส นำเข้ามาให้ และยุคนี้ กล่าวกันว่าผู้หญิงจะเป็น ผู้มีศักยภาพสำคัญในการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เป็นเอดส์ ความหมายของผู้หญิงถูกนำเสนอในหลายบริบท ทั้งปะทะกับผู้อ่อนแอหรือ แม้กระทั่งผู้แบกรับภาระของสังคม ภาพทั้งหมดที่ผู้หญิงเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับเอดส์ดังกล่าวสะท้อนบรรทัดฐานทางสังคมที่มอบให้กับผู้หญิงอย่าง แนบแน่น

ใครเลยจะมองผู้หญิงในฐานะที่เป็นมนุษย์คนหนึ่งที่มีชีวิต มีจิตใจ มีความต้องการที่เฉพาะเจาะจงและมีสภาพการเผชิญปัญหาที่แตกต่างไปจากผู้ชาย อีกทั้งยังถูกกระหน่ำซ้ำด้วยแอกและบริบททางสังคมที่วางและขีดวงให้กับเส้นทางการดำเนินชีวิตของผู้หญิงไว้ให้ต้องทำหน้าที่เป็นภรรยา เป็นแม่ และเป็นผู้ที่ต้องทำหน้าที่ดูแลสมาชิก หรือคนที่เจ็บป่วยในครอบครัว แม้ในขณะที่ตนเจ็บป่วยก็ตาม บรรทัดฐานนี้จะเข้มข้นหากผู้หญิงไม่มีอำนาจการต่อรองใด ๆ เฉพาะอย่างยิ่งในผู้หญิงที่เป็นคนชนบทยากจนหรือรวมทั้งผู้หญิงที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากสังคมด้วยแล้ว ฉากชีวิตของการติดเชื้อเอดส์ การเผชิญชีวิตการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ อาจเป็นภาพที่ฉายให้เห็นฉากชีวิตอันแสนเศร้าของผู้หญิงซ้ำแล้วซ้ำเล่า

เอดส์ ของขวัญไม่พึงประสงค์ของแม่บ้าน

" เรื่องโรคเอดส์กับหญิงแม่บ้าน มองไม่เห็นทางออก ถ้าจะชวนกันไปตรวจโรคเอดส์ก่อนแต่งงาน ก็อาจคิดว่าเป็นการดูถูกดูแคลนกันอีก ผู้ชายมี "สันดาน" เทียว ไม่ว่าจะแต่งงานแล้วก็ตาม อาจมีบางคนที่มีความรู้สึกสูงรักลูกรักเมีย แต่ของอย่างนี้ คนมีความรู้ท่วมหัวเอาตัวไม่รอดก็มี "

ด้วยค่านิยมที่เปิดโอกาสให้ผู้ชายล่าส่อนทางเพศ ให้คุณค่าเรื่องเพศเป็นเรื่องของผู้ชายอาจกล่าวได้ว่าผู้หญิงตกอยู่ในฐานะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์อย่างไม่มีทางหลีกเลี่ยงได้ ในขณะที่มุมมองของ ผู้หญิงมองความสัมพันธ์ของพฤติกรรมกาเที่ยวของผู้ชายตามวิสัยกับเรื่องการนำเชื้อมาติดภรรยาที่บ้านเป็นคนละเรื่องกัน จากการศึกษาหลายชิ้น (ศศิธร ไชยประสิทธิ์ 2537, จิราลักษณ์ จงสถิตย์มัน 2539, บำเพ็ญจิต แสงชาติ 2540) พบว่าผู้หญิงให้ความหมายต่อพฤติกรรมทางเพศ ของสามีที่ส่งผลต่อการติดเชื้อเอดส์ว่ายอมรับการมีประสพการณ์ทางเพศของชาย การเที่ยวผู้หญิงก่อนการแต่งงาน และพฤติกรรม เช่นนี้อาจทำให้ เขาติดเชื้อเอดส์ก่อนการแต่งงาน เมื่อเขาทำหน้าที่เป็นสามีที่ดี หลังแต่งงานไม่เคยเที่ยวตนในฐานะภรรยาก็ไม่โกรธ "นิสัยผู้ชายโดยทั่วไปก็ต้องเที่ยว แต่คงยอมรับได้ยากหากเที่ยวหลังจากที่แต่งงานกับเรา"

งานศึกษาชีวิตผู้หญิงที่ติดเชื้อเอดส์ของ จิราลักษณ์ จงสถิตย์มัน (2538) พบว่า หญิงแม่บ้านรายหนึ่งเมื่อติดเชื้อเอดส์จากสามี และสามีฆ่าตัวตายเมื่อรู้ผล ปล่อยให้เธอเผชิญชะตากรรมเพียงลำพัง เธอกล่าวว่า "ความทรงจำที่เธอมีต่อสามีล้วนเป็นความดีของเขา ไม่โกรธที่นำเชื้อมาติดและตัดช่องน้อยไป เขาทำความดีมาตลอด แน่ใจว่าเขาติดเชื้อเอดส์ก็เพราะการไปเที่ยวผู้หญิงก่อนแต่งงาน มันใจว่าเขาไม่เคยมองใจเธอหรือไปเที่ยวผู้หญิงขณะที่อยู่กับเธอเลย หลังแต่งงานเขาไม่เคยไปค้างคืนที่ไหน" ในขณะที่มุมมองของผู้ชายต่อพฤติกรรมกาเที่ยวก่อนแต่งงานจากการศึกษาของบังอร ศิริโรจน์ (2538: 203) พบว่ากรณีศึกษาให้เหตุผลต่อการเที่ยวว่าการเที่ยวถือ

เป็นเรื่องธรรมดาและเป็นวิสัยที่ผู้ชายควรจะทำ "รู้ว่าตัวเองเที่ยวมาก แต่ไม่คิดว่าเสียหายอะไร ผู้ชายคบเพื่อนฝูงก็เป็นอย่างนี้ อีกอย่างคิดว่ายังเป็นโสดเที่ยวไปทำไมชีวิตไม่เที่ยวคนจะว่าชู้ชู้ไม่รู้อะไร" ยิ่งไปกว่านั้นเมื่อแต่งงานมีครอบครัวแล้ว หญิงแม่บ้านจำนวนไม่น้อยเองที่ยอมรับอีกว่า เป็นเรื่องธรรมดาที่ผู้ชายไปเที่ยวผู้หญิง "เรื่องที่เขาเที่ยวผู้หญิงไม่ได้สนใจเท่าไร คิดว่าผู้ชายเที่ยวเป็นธรรมดา เขาเที่ยวมาตลอดก็ปล่อย ในที่สุดเขาก็เลิกเอง" "ไม่มีผู้หญิงที่มั่นใจว่าสามีตนเองไม่เที่ยว" รู้ว่าเขาเที่ยวมาตลอด เพื่อนเขาบอก "

ในสังคมไทย บรรทัดฐานทางเพศที่เป็นลักษณะเป็นมาตรฐานเชิงซ้อน ซึ่งหมายถึง การพิจารณาโดยใช้เกณฑ์อันหนึ่งประเมินพฤติกรรมของหญิง ทำให้ชายและหญิงถูกพิจารณาตัดสินอย่างแตกต่างกัน ในพฤติกรรมเดียวกันผู้ชายมีสิทธิในการแสวงหาความสัมพันธ์ทางเพศ และมีความสัมพันธ์ทางเพศกับเพศตรงข้ามได้หลาย ๆ คน โดยไม่มีการประณามว่าเป็นเรื่องเสียหาย ในหมู่ผู้ชายได้รับการยกย่องว่าเป็นสิ่งที่พึงมี ในหมู่ผู้หญิงเองก็ถือว่าเป็นเรื่องธรรมดา ในขณะที่พฤติกรรมเดียวกันหากผู้หญิงเป็นผู้กระทำ จะถูกลงโทษอย่างรุนแรง เรื่องของเอดส์ เป็นเรื่องให้ผู้คนค่าและมีความหมายที่ผูกไว้กับการมีพฤติกรรมสำส่อน การมีพฤติกรรมที่ไม่ดี การที่ผู้หญิงยอมรับการเที่ยวของผู้ชายเป็นเรื่องธรรมดา เป็นเรื่องที่ห้ามไม่ได้ จึงเป็นคนละเรื่องและแยกจากการติดเชื้อเอดส์ รวมทั้งให้ภาพว่าเอดส์นั้นเกี่ยวข้องกับ "หญิงไม่ดี" คือ หญิงบริการเท่านั้น การที่ไปมีความสัมพันธ์กับหญิงธรรมดา หรือ "หญิงดี" จึงไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่สมควรถูกประณาม หรือถูกลงโทษด้วยบรรทัดฐานทางสังคมที่ให้ออกสาขามีความสัมพันธ์ทางเพศ มีประสบการณ์ทางเพศเช่นนี้ หญิงจึงตกอยู่ในฐานะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์อย่างไม่มีทางเลือกเลยได้ ซ้ำถูกกระหน่ำซ้ำเติมด้วยกรอบทางสังคมที่วางบทบาทชายหญิงไว้ให้ต้องปิดหูปิดตา หรือแม้แต่ไว้เสี่ยงการต่อรองใด ๆ

งานการศึกษาหลายชิ้นให้ข้อมูลตรงกันอีกว่า (พิมพัลย์ บุญมงคล 2542 , เอี่ยมพร ทองกระจาย (1A ไม่ระบุปีที่พิมพ์) แม้แม่บ้านจะไม่ไว้ใจสามีว่าอาจจะไปมีเพศสัมพันธ์นอกสมรส แต่ก็ไม่กล้าถามหรือขอให้สามีใช้ถุงยางอนามัย เพราะการรวมเพศกับสามีโดยใช้ถุงยางอนามัยเป็นสิ่งแปลกแยก ไม่คุ้นเคย ถุงยางอนามัยเป็นสัญลักษณ์ของการเที่ยวหญิงบริการ หรือการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย สำหรับการไม่กล้าถามนั้นมีเงื่อนไขของการกระทำ ตามบทบาทเพศหญิงที่ถูกหล่อหลอมมาตั้งแต่เล็กให้สงบเสียงเรียบร้อย ไม่ต้องซักถามโต้แย้งและรวมทั้งการที่ฝ่ายหญิงมีสภาพเป็นรองทั้งอายุและ สถานภาพทางเศรษฐกิจ และการเป็นผู้หารายได้ ซ้ำร้าย งานการศึกษาของพิมพัลย์ บุญมงคล (2542) ยังพบอีกว่า แม้หญิงแม่บ้านจะรับรู้ว่าเป็นบ้านของตนที่สามีที่มีเงื่อนไขไปทำงานต่างถิ่นจะมีความเสี่ยงต่อการนำเชื้อมาติดภรรยาได้สูงมาก แต่สำหรับตนแล้ว หญิงแม่บ้านส่วนใหญ่กลับรับรู้ว่าคุณมีความเสี่ยงต่ำ เพราะเธอไว้ใจใจสามี และเชื่อว่าสามีมีความซื่อสัตย์ต่อตนแม้สามีจะมีเงื่อนไขไปทำงานต่างถิ่นหลาย ๆ วัน ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า หญิงแม่บ้านส่วนใหญ่ในชุมชนยังมีการรับรู้ต่ำในเรื่องการเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์จากสามี

"หญิงดี หญิงชั่ว" ทวิมาตรฐานของความเสียง

เอดส์ เป็นโรคที่มีตราบาปสูง เป็นโรคที่น่ารังเกียจ เป็นโรคของความสำส่อนทางเพศ โรคของโสเภณี โรคของเกย์ เหตุแห่งโรคถูกโยนบาปให้เป็นเรื่องของกลุ่มที่มีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบน เช่น เกย์ หญิงบริการอาชีพพิเศษ และผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด ภาพพจน์ของตราบาปจึงถูกตอกย้ำเป็นเท่าทวีคูณ (DOUBLE STIGMA) ให้เอดส์ เป็นโรคของพวกที่ผิดศีลธรรม ทำตัวไม่ดี มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ไม่ใช้โรคของคนปกติทั่วไป ภาพลักษณ์ของเอดส์เช่นนี้ ผั่งแน่นเข้าไปในวิถีคิดของประชาชน จากวิจัยที่ศึกษาชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์ พบว่าเอดส์ยังเกี่ยวพันกับหญิงบริการทางเพศ หรือหญิงไม่ดี กรณีการมีความสัมพันธ์กับหญิงดีซึ่งก็คือหญิงทั่วไปเป็นพฤติกรรมที่ปลอดภัยจากการติดเชื้อเอดส์ ก็ยังพบได้จากงานวิจัยหลายชิ้น (จิราลักษณ์ จงสถิตย์มัน 2538, บังอร ศิริโรจน์ 2537, สมมาตร พรหมภักดี 2537) ตัวอย่างดังกล่าวที่ว่า "แม้ในอดีตสามีจะเจ้าชู้ แต่ในระยะ 5 ปีหลังนี้ได้เลิกเที่ยวหญิงบริการแล้ว เขาเห็นความดีของเรา เราไม่เคยไปยุ่งเกี่ยว สามีบอกว่าไปมีความสัมพันธ์ทางเพศกับผู้หญิง 4-5 คนซึ่งเน้นเป็นเมียเพราะคิดว่าเป็นผู้หญิงดี ที่ไม่น่าจะมีเชื้อเอดส์" "เขาเป็นคนเกลียดโสเภณีและกลัวเอดส์มากที่สุด เขายืนยันรับรอง " ฉันเชื่อ เพราะตั้งแต่แต่งงานกันมาเขาไม่เคยไปเที่ยวสาวที่ไหนแน่ ๆ ดิฉันกลับรับรอง เขาไม่เคยหายไปกินเหล้า ไม่เคยกลับบ้านดึก ไม่เคยไปค้างคืนที่ไหน เขามาสุขภาพไม่นานก่อนสิ้นใจว่า เขาติดเชื้อเอดส์จากเพื่อนนักศึกษาคนหนึ่งแน่ ๆ เพราะเขาไม่เคยมีความสัมพันธ์กับใครคนอื่นเลย " (เสรี พงศ์พิศ , 2528)

มาตรฐานเชิงซ้อนของสังคมที่มองผู้หญิงดี ผู้หญิงชั่วผูกไว้กับเอดส์ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศของผู้ชาย โดยพบว่ายังคงยอมรับการมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงหลายคน เพื่อหาประสบการณ์ทางเพศ แต่เปลี่ยนแบบแผนจากการเที่ยวหญิงบริการทางเพศไปมีความสัมพันธ์กับหญิงปกติ เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอดส์แทน (สมมาตร พรหมภักดี 2537; บังอร ศิริโรจน์ 2537)

ชีวิตที่ไร้ทางเลือก

งานวิจัยที่ศึกษากลุ่มหญิงแม่บ้านติดเชื้อเอดส์หญิงส่วนใหญ่ มีภาพปฏิกิริยาตอบสนองของผู้หญิงแม่บ้านเมื่อทราบว่าเป็นติดเชื้อ เอดส์ในทิศทางคล้ายกัน คือ ผู้หญิงแม่บ้านที่รู้ว่าติดเชื้อเอดส์จากสามี ไม่ถือโทษ โกรธ หรือ ค้นหาความผิด งานศึกษาของศศิธร ไชยประสิทธิ์ (2537) ศึกษาหญิงแม่บ้านชนบทภาคเหนือตอนบน 10 คน พบว่าไม่มีรายใดเลยที่การติดเชื้อจะเป็นสาเหตุทำให้ครอบครัวแตกร้าง แม้การทะเลาะจะเกิดขึ้นใน 2 ราย ก็พบว่าได้คลี่คลายลงอย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับการศึกษาของจิราลักษณ์ จงสถิตย์มัน (2538:465) ที่ศึกษาผู้ติดเชื้อเอดส์หญิง 7 ราย พบว่า ไม่มีกรณีศึกษาใดเลย ที่มีเรื่องแตกหักกับสามีเมื่อทราบเรื่องการติดเชื้อเอดส์ ปฏิกิริยาของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอดส์จากสามีเป็นไปในทางที่ยอมรับชะตากรรม เห็นอกเห็นใจ แม้จะตกใจ และเสียใจ แต่ก็ให้อภัยสามีในที่สุด เหตุผลสำคัญที่เป็นคำอธิบายปรากฏการณ์ดังกล่าวได้เป็นอย่างดี คือ ความเข้าใจของผู้หญิงที่บอกว่า "ทะเลาะกันก็ไม่ได้อะไรขึ้น แก่ไขอะไรไม่ได้ เพราะยังก็ต้องใช้ชีวิตร่วมกันไป" แม้ในระยะของการเผชิญชีวิตการเป็นผู้ป่วยเอดส์ ความรู้สึกเช่นนี้ก็ยังไม่แปรเปลี่ยน เช่น กรณีงานบันทึกชีวิตผู้ป่วยเอดส์ของ เสรี พงศ์พิศ (2538: 10) กรณีของสุนทรี กล่าวในบันทึกตอนหนึ่งของเธอบอกว่า "ดิฉันได้อยู่กับเขา จนถึงนาทีสุดท้าย ตามที่เขาขอร้อง และด้วยความตั้งใจของดิฉันเองด้วย ดิฉันรักเขาและให้อภัยเขาทุกอย่าง ดิฉันเป็นคนตัดสินใจเลือกเขาเป็นคู่ชีวิต จะดีจะร้าย ก็สามีของดิฉันเองและพ่อของลูก แค่ว่าชีวิตของตนเองให้รอดอยู่ต่อไปก็หนักหนาสาหัสจนไม่รู้จะทำอะไรอยู่แล้ว" แม้ในมุมมองของผู้ชายในฐานะสามีที่รู้ว่าตัวเองติดเชื้อเอดส์ก่อนจะแต่งงานกับภรรยา และตนเองนำเชื้อเอดส์มาติดภรรยาที่บ้าน ยังเข้าใจเช่นเดียวกันว่า "คิดว่าภรรยาคงให้อภัยทำได้ เพราะไม่มีทางเลือกอื่นที่ดีกว่านี้ กรณีตัวอย่างของสมจิต (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์และคณะ 2536) ซึ่งรู้ตัวก่อนแต่งงานว่าตนติดเชื้อเอดส์แล้วและมีเพศสัมพันธ์กับภรรยาก่อนการแต่งงานจึงคิดว่าเธอคงติดเชื้อเอดส์แล้ว "ไม่ได้บอกภรรยาเรื่องการติดเชื้อเอดส์ คิดว่า ถ้าหากเราทำตัวดี อยู่กับเขาอย่างมีความสุขผูกพันต่อกัน ถึงจุดที่เราเจ็บป่วย เขาก็คงดูแลไม่ทอดทิ้งเมื่อภรรยาตั้งท้อง ผมนอนคิดทั้งคืนตัดสินใจบอกเธอตรง ๆ เธอตกใจ ร้องไห้สักระยะ ก็ทำใจได้ ผมคิดว่าเธอคงไม่มีทางเลือกอื่นที่ดีกว่านี้"

งานวิจัยของจิราลักษณ์ จงสถิตย์มัน (2538: 254) ศึกษาชีวิตผู้ติดเชื้อหญิงรายหนึ่ง เธอบอกว่า "ทันทีที่ทราบว่าสามีติดเชื้อเอดส์ รู้สึกเสียใจบ้างเล็กน้อย ไม่ได้ร้องไห้ เพียงแต่ตอบสามีและพูดว่า ไม่ต้องคิดอะไร ไม่ว่าอะไรจะเกิดขึ้น เราจะอยู่ด้วยกัน ปกติตัวเองเป็นคนที่คิดมาก แต่เรื่องนี้ไม่คิด อาจจะเป็นเพราะรักเขามาก เป็นห่วงเขา ไม่ว่าเขาจะเป็นอะไร จะตามเขาไปทุกสถานการณ์ เราคงเป็นคู่เวรคู่กรรม โรคเอดส์ ไม่กลัว แต่ไม่ได้อยู่กับเขา จะต้องตายแน่ๆ คิดว่าตัวเองจะอยู่โดยลำพังไม่ได้ และจะแยกตัวเองออกไปไม่ได้ จะอยู่กับสามีในลักษณะเป็นเพื่อนกันตลอดไป"

ภาพเส้นทางชีวิตของผู้หญิงเมื่อติดเชื้อเอดส์ดูเหมือนจะถูกชีวิตงัดให้เดิน ในเส้นทางที่จำกัด ไร้หนทางเลือก ดังที่เพศชายในฐานะที่เป็นสามี ก็บอกว่า "เธอไม่มีทางเลือกไปมากกว่านี้แล้ว" ในขณะที่เพศหญิงในฐานะเมีย ก็บอกว่า "ทำอะไรไม่ได้มากกว่านี้ เพราะต้องใช้ชีวิตร่วมกันไป" สะท้อนบรรทัดฐานเกี่ยวกับเรื่องเพศที่กำหนดบทบาทหญิงและใช้ประเมินและควบคุมพฤติกรรมทางเพศของผู้หญิง ด้วยลักษณะครอบครัวที่ชายเป็นใหญ่ และใช้บรรทัดฐานทางเพศในการจัดสรรสิทธิและพันธะผูกพันกับผู้หญิงที่มีคุณค่า เพื่อดำรงรักษาระบบและสถาบันครอบครัวไว้ เพราะถึงอย่างไรก็ตามสังคมไทยยังยอมรับว่าชายเป็นใหญ่กว่าหญิง ถ้าหญิงใดแต่งงาน ก็ยังถือคติที่ว่าต้องรักและซื่อสัตย์ต่อสามีคนเดียว ห้ามแบ่งความรักหรือไปมีความสัมพันธ์ทางเพศกับชายอื่น เพราะถือว่าผิดศีลธรรม การแต่งงานของผู้หญิงจึงมีความสำคัญต่อชีวิตและสถานภาพของตนเองที่สังคมยอมรับ หญิงที่หย่าร้างทำให้สถาบันครอบครัวพังทลายลงจะไม่ได้รับการยอมรับและมีความเชื่อเชิงลบที่ลดคุณค่าผู้หญิง ชีวิตของผู้หญิงจึงถูกพันธนาการด้วยการแต่งงาน และกับครอบครัวอย่างเหนียวแน่น และเป็นแกนสำคัญที่ทำให้ผู้หญิงตกอยู่ในสถานภาพเป็นรอง ภาพชีวิตของผู้หญิงที่ตกอยู่ในสถานภาพการเป็นรอง ที่ยอมจำนน ต้องทนเพื่อให้ครอบครัวดำรงอยู่ ขยายภาพได้ชัดเจนยิ่งขึ้น แม้ในภาวะของผู้ชายที่ไม่ได้ทำตัวเป็นสามีที่ดี รวมทั้งภรรยามีสถานภาพเป็น

รอนอย่างชัดเจน เช่น ในงานการศึกษาของทวิทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ (2536) กรณีของละเอียด หญิงรายหนึ่งติดเชื้อเอดส์จากสามี สะท้อนความรู้สึกออกมาว่า "บางทีก็อดอยากฆ่าตัวตายด้วย แล่นเนท (ยาฆ่าแมลง) ของละ 2-3 บาท ซื้อมากินให้ตายไปเลยก็ดี ถ้าเกิดเรื่องนี้แล้วผมเมียเข้าใจกันอยู่ดูแลกันไปจนตายก็ดีไม่ใช่เลย ถ้าหากยังทำตัวสำมะเลเทเมาอย่างนี้ ไม่นานก็ถึงขั้นรุนแรง ถ้ามีอาการแล้วมานอนด้วยกันฉันจะทำอย่างไร ทุกวันนี้ก็พยายามป้องกันตัวเอง แต่ไม่รู้จะป้องกันตนเองไปได้นานสักขนาดไหน อีกอย่างก็เป็นผัวเมียกัน จะทำอย่างไร ถ้าเขาล้มป่วยหนักขึ้นมาจะทำอย่างไรก็ต้องตกอยู่ที่ตัวเราที่จะต้องดูแล ในที่สุดชาวบ้าน จะต้องรู้ว่าเราเป็นเอดส์... รู้สึกเจ็บปวด ที่สามีเอาโรคมาให้แล้วยังทำตัวเสเพลราวกับคนที่ยังมีความสุข ในขณะที่เธอจมอยู่ในห้วงแห่งความทุกข์ เวลานั้นกับสามีซึ่งเมามายจะนอนกรนหลับสนิท เธอเขย่าตัวให้ลุกขึ้น ต่อว่าตอขวางว่าทำไมถึงยังนอนไฉนตอนดิ ในขณะที่เธอนอนไม่หลับ ต้องตื่นขึ้นมาร่วมเจ็บปวดด้วยกันสิ" อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตจากงานวิจัยโดยส่วนใหญ่ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างสามี ภรรยา เมื่อรู้ผลการติดเชื้อเอดส์จะมีความเอื้ออาทรต่อกัน และที่สำคัญความสำนึกผิดของสามีทำให้ความทุกข์ ความสับสน ของหญิงแม่บ้านที่ติดเชื้อเอดส์บรรเทาเบาบางลง เช่น คำพูดที่ยอมรับผิดกับการที่ข่มขืนหญิง ความจริงใจของสามีที่สัมผัสได้ว่าเขาก็เสียใจเป็นทุกข์ และจะอยู่เคียงข้างเธอตลอดไป การเอาใจใส่ภรรยามากขึ้น คอยดูแลปลอบขวัญไม่ให้เกิด หรือรวมทั้งเจียมขมขื่นยอมรับคำตำหนิอย่างสำนึกผิดเหล่านี้ เป็นเสมือนน้ำทิพย์ที่ขจัดชีวิตไม่ให้ผู้หญิงต้องทนทุกข์มากไปกว่าการต้องเป็นผู้ติดเชื้อเอดส์และต้องทำหน้าที่ดูแลคู่ชีวิต หรือแม้กระทั่งลูกที่เป็นเอดส์อีกด้วย "เขาร้องไห้และกอดดิฉันไว้พร่ำบอกว่าเสียใจที่ทำให้เกิดเรื่องเช่นนี้ ขอโทษที่เขาเชื่อมาติด ตอนนั้นดิฉันยังไม่รู้ว่าตัวติดเชื้อหรือไม่ หวันเกรงและหวาดกลัวจนไม่กล้าคิดพยายามเอาใจใส่ดูแลสามีให้ถึงที่สุดก่อน เรื่องตัวเองเอาไว้ทีหลัง ดิฉันได้แต่ร้องไห้และปลอบใจเขา" (เสรี พงศ์พิศ 2538:53)

ทั้งทำ...

การเผชิญปัญหาเอดส์ของหญิง ชี้ให้เห็นว่า สุขภาพผู้หญิงตกอยู่ในภาวะวิกฤตในสถานการณ์ของการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ทางเลือกของการป้องกันโรคติดเชื้อเอดส์ของหญิงเกิดขึ้นได้ยาก และยิ่งทางเลือกของหญิงในการดำรงชีวิต เพื่อการเผชิญปัญหาเอดส์ด้วยแล้ว เกิดขึ้นได้ยากกว่า ดูเหมือนว่า ผู้หญิงก็ยอมรับจำนวนกับสถานการณ์ของความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจำนวนกับหนทางที่จะเผชิญภาพปรากฏชีวิตการเผชิญปัญหาของหญิงจึงเป็นภาพแห่งความทุกข์ เป็นแอกของสังคม ที่หญิงต้องเผชิญไว้อย่างสาหัสไม่จบสิ้น เมื่อย่อนั้นก็มาถึงถึงรากเหง้าของปัญหาแล้ว ก็หนีไม่พ้นถึงมาตรฐานทางเพศของสังคมที่ให้นิยามชายสำส่อนทางเพศได้รับการยกย่องหรือมองเป็นเรื่องธรรมดา ขณะที่มอบบทบาทเพศหญิงว่า ต้องทำหน้าที่เป็นผู้ตอบสนองเพื่อแสดงถึงความรัก ความซื่อสัตย์ เป็นแม่บ้านที่คอยปรนนิบัติสามี เป็นแม่ และผู้ที่ดูแลครอบครัว โดยเฉพาะต้องร่วมทุกข์ร่วมสุข ในยามยากด้วยกัน จึงจะได้รับการยกย่องจากสังคม สถานะภาพทางเพศที่เป็นรองนั้น จะปรากฏชัดและตอกย้ำภาพความทุกข์ของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอดส์ให้ต้องยอมจำนน หมดหนทาง โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงด้อยโอกาส ต้องพึ่งพิงสามีหรือรวมทั้งอยู่ท่ามกลางสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว ชายเป็นใหญ่ "วิกฤต" กับ "โอกาส" ดูจะอยู่คู่กันเสมอ ในอีกด้านของความเป็นหญิงเราจะเห็นบทบาทความยิ่งใหญ่ ศักยภาพอันมีพลังของหญิงที่เป็นผู้ดูแล รักษา เป็นแรงสนับสนุน รวมทั้งดูแลปัญหาในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ไว้อย่างสำคัญ บทบาทดังกล่าวเป็นไปอย่างธรรมชาติแผ่ซ่านไปทั่ว ท่ามกลางข้อจำกัดของระบบบริการทางการแพทย์ทั้งด้านทรัพยากร และความอ่อนไหว (SENSITIVITY) ของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยเอดส์ และผู้ให้บริการที่ดำรงอยู่ขณะนั้นบทบาทและศักยภาพหญิงในการดูแลผู้ป่วยเอดส์เป็นเรื่องที่ละเอียดไม่ได้ บทบาทเพศเป็นเรื่องสำคัญที่จะทำให้ขยายภาพเงื่อนไขการดำเนินชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ชายหญิง มาตรการที่กำลังดำเนินการเพื่อการควบคุมดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นอยู่ ดูเหมือนจะยังไม่ได้พิจารณาเรื่องนี้โดยเฉพาะเจาะจงและเข้าใจ มาตรการการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มหญิงบริการเกิดขึ้นได้โดยมีขอบเขตจำกัด และเมื่อพิจารณาให้ใช้ในครอบครัวเป็นเรื่องที่จำกัดกว่า ถึงเวลาแล้วที่จะหนุนเสริมค่านิยมของสตรีและส่งเสริมกลวิธี พัฒนาความสามารถให้สามารถต่อรองพฤติกรรมทางเพศได้ เพราะถือเป็นเอกลักษณ์อันสำคัญของความเป็นมนุษย์ โปรแกรมให้คำแนะนำปรึกษา ต้องคำนึงถึงปัญหาชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ยาวนาน โดยเฉพาะผู้หญิงมีปัญหาที่ซับซ้อนกว่า

การที่ผู้ชายรู้ว่าติดเชื้อเอดส์ แต่แต่งงานโดยไม่บอกคู่สมรสเพื่อหวังการดูแลในบ้านปลายชีวิต ถือเป็นความรุนแรงทางเพศประการหนึ่งที่ได้กระทำกับผู้หญิง สังคมต้องสร้างค่านิยมของความรับผิดชอบทางเพศระหว่างชายหญิง รวมทั้งมาตรฐานทางสังคมที่เป็นการเอารัดเอาเปรียบกัน เพื่อเปิดโอกาสให้ทุกคนรู้ถึงสิทธิทางเพศของแต่ละฝ่าย และสามารถตอบสนองความต้องการได้อย่างเหมาะสมพอควร

และเพื่อปกป้องมิให้หญิงตกเป็นเหยื่อของการข่มเหงต่อไป จึงมีความจำเป็นที่ผู้ชายต้องได้รับความรู้และความเป็นไปได้ที่ผู้ชายจะเป็นผู้
แพร่เชื้อให้แก่คู่อภิพหรือภรรยา มีความจำเป็นต้องเปลี่ยนจิตสำนึกและสร้างค่านิยมความรับผิดชอบของชายในการป้องกันโรคติดต่อทาง
เพศสัมพันธ์และโรคเอดส์

บรรณานุกรม

1. จิราลักษณ์ จงสถิตย์มั่น (2538) การรักษาผู้ติดเชื้อเอดส์ ด้วยการปฏิบัติธรรม : ศึกษาเฉพาะกรณีวัดดอยเก็ง อ. แม่สะเรียง จ.
แม่ฮ่องสอน ศูนย์สตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2. ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์และคณะ (2536) ชะตาชีวิตผู้เป็นโรคเอดส์ชาย ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล สำนักพิมพ์
แสงแดด กรุงเทพฯ
3. ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์และคณะ (2536) ชะตาชีวิตผู้เป็นโรคเอดส์หญิง ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล สำนักพิมพ์
แสงแดด กรุงเทพฯ
4. บังอร ศิริโรจน์ (2537) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศของชายที่ติดเชื้อเอดส์ ใน การเผชิญปัญหาชีวิตผู้ติดเชื้อเอดส์ โดย เพ็ญ
จันทร์ ประดับมุข บก. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล สำนักพิมพ์แสงแดด กรุงเทพฯ
5. บำเพ็ญจิต แสงชาติ และคณะ (2538) การรับรู้การมีชีวิตร่วมกับโรคเอดส์ : การศึกษาเชิงชาติพหุวัฒนธรรม คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
6. พิมพ์วัลย์ บุญมงคล (2542) ระบบความเชื่อและพฤติกรรมเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางเพศและความสัมพันธ์หญิงชายในระบบครอบครัว :
นัยยะและกลวิธีในระดับชุมชนเพื่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ในหญิงชนบทที่แต่งงานแล้ว ศูนย์ศึกษา
นโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล
7. ศศิธร ไชยประสิทธิ์ (2536) ผู้หญิงกับเอดส์ ในเอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่องการป้องกันเอดส์ในสตรี : ก่อนจะสายเกินแก้
วันที่ 27-28 พฤษภาคม 2536 ณ โรงแรมเชียงใหม่ภูคำ จ.เชียงใหม่
8. ศศิธร ไชยประสิทธิ์ (2537) การเผชิญปัญหาชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอดส์ ใน การเผชิญปัญหาชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์ โดย
บังอร ศิริโรจน์ และ คณะ ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล
9. เสรี พงศ์พิศ (2538) บันทึกเพื่อนชีวิตใหม่ โครงการไทย - ออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือเชียงใหม่

การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการทำแท้ง : เมื่อผู้หญิงกลายเป็นเหยื่อของระบบสังคม

โดย รศ. นภาพร หะวานนท์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (ประสานมิตร)

การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในสังคมมนุษย์เกือบทุกสังคม แม้ในสังคมสมัยใหม่ที่พัฒนาการเกี่ยวกับการควบคุมและการป้องกันการตั้งครรภ์จะก้าวหน้าไปมากพอสมควร การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ก็ยังคงเกิดขึ้นอยู่เสมอ มูลเหตุของการที่หญิงประเมินว่าครรภ์ที่เกิดขึ้นไม่พึงประสงค์มีความหลากหลายไปตามบริบทของสังคมที่แตกต่างกัน แต่โดยทั่วไปแล้วการที่ผู้หญิงปฏิเสธครรภ์ที่เกิดขึ้นมีแนวโน้มจะมาจากเงื่อนไขพื้นฐานที่มีอยู่ในเกือบทุกสังคมได้แก่ พันธะทางสังคมและบรรทัดฐานทางสังคมที่กำหนดว่า ผู้หญิงจะตั้งครรภ์ได้ในกรณีใด (เช่น ต้องสมรสแล้ว) การไม่ยอมรับสถานภาพของหญิงที่ตั้งครรภ์ในสถานศึกษา หรือ ในสถานที่ทำงาน รวมทั้งพันธะและข้อกำหนดที่สังคมกำหนดให้ผู้ตั้งครรภ์เป็นผู้รับผิดชอบเลี้ยงดูลูกให้เจริญเติบโตจนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ข้อกำหนดต่าง ๆ ที่สังคมวางไว้นี้ ล้วนเป็นข้อเรียกร้องทั้งในระยะสั้นและระยะยาวที่มีต่อตัวหญิงผู้ตั้งครรภ์โดยตรง ผู้ชายซึ่งเป็นผู้มีส่วนทำให้การตั้งครรภ์เกิดขึ้นสามารถหลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธความรับผิดชอบโดยไม่ถูกลงโทษอย่างจริงจังจากสังคม เมื่อมีการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ขึ้น ผู้หญิงมีทางเลือกว่าจะเก็บครรภ์นั้นต่อไปจนคลอด หรือ จะตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ การตัดสินใจว่าจะยุติการตั้งครรภ์หรือไม่เป็นขั้นตอนที่ยากลำบากสำหรับหญิงที่ตั้งครรภ์ ทั้งนี้หญิงอาจมีตั้งแต่ความรู้สึกรับผิดชอบเกี่ยวกับครรภ์ที่เกิดขึ้นและเด็กที่จะเกิดมาหากเก็บครรภ์ไว้ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการลงโทษทางสังคมหากการตั้งครรภ์ไม่เป็นไปตามครรลองหรือบรรทัดฐานของสังคม การเผชิญกับความรู้สึกถูกกีดกันทางด้านศีลธรรม ความเจ็บปวดและอันตรายที่จะเกิดขึ้นในกระบวนการทำแท้ง การถูกตราหน้าจากสังคมว่าเป็นผู้ไร้ศีลธรรมและมนุษยธรรม และในสังคมที่การทำแท้งเป็นสิ่งผิดกฎหมายผู้หญิงยังต้องเผชิญกับความกลัวในข้อกล่าวหาทางกฎหมายว่าประกอบอาชญากรรม ในกรณีที่ผู้หญิงตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ แม้ว่าการยุติการตั้งครรภ์จะทำให้ผู้หญิงผ่อนคลายจากความกดดันที่เกิดขึ้น ในหลายๆ กรณี การยุติการตั้งครรภ์มิได้ทำให้ความรู้สึกวิตกกังวล ความรู้สึกผิดชอบ และความหวาดกลัวจากการลงโทษจากสังคมยุติลงโดยสิ้นเชิง สิ่งเหล่านี้ยังจะมีผลต่อหญิง แม้ในขั้นตอนที่การทำแท้งสิ้นสุดลงแล้ว การทำแท้งจะส่งผลต่อความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของผู้หญิง มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า กระบวนการที่เกิดขึ้นในช่วงของการทำแท้ง เช่น การให้คำปรึกษาที่ถูกต้อง การมีผู้ให้กำลังใจสนับสนุน การใช้วิธีการทำแท้งที่มีความเจ็บปวดน้อย มีผลต่อภาวะด้านจิตใจ และความรู้สึกต่อตัวเองของผู้หญิง (Londo E., 1989) **การทำแท้งในสังคมไทย**

การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการทำแท้งเป็นปัญหาที่มีมานานในสังคมไทย ถึงแม้ว่าไทยจะเป็นประเทศหนึ่งในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาที่ประสบความสำเร็จในการลดอัตราเพิ่มของประชากรอย่างรวดเร็วในช่วงเวลาไม่ถึง 3 ทศวรรษ ความสำเร็จดังกล่าวเป็นผลมาจากการจัดตั้งโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติขึ้นอย่างเป็นทางการใน พ.ศ. 2513 โดยมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นศูนย์กลางการให้บริการ นับแต่นั้นเป็นต้นมาประเทศไทยก็มีการขยายการให้บริการคุมกำเนิดออกไปอย่างกว้างขวาง จากกรุงเทพฯ สู่ชนบท และได้รับผลสำเร็จอย่างสูงเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่กำลังพัฒนาอื่น ๆ แต่สิ่งที่น่าสังเกตเกี่ยวกับโครงการทางด้านประชากรของไทยก็คือ การเน้นการให้บริการในด้านการวางแผนครอบครัวอย่างมีขอบเขตจำกัด กล่าวคือ มุ่งให้บริการในด้านการคุมกำเนิดด้วยวิธีต่าง ๆ เพื่อเว้นระยะการมีบุตรและการยุติการมีบุตรอย่างถาวร โดยมีประชากรกลุ่มเป้าหมายคือ หญิงที่สมรสแล้ว มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า แม้ว่าสัดส่วนของผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่รู้จักวิธีการคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่งจะมีสูงมาก แต่กลับมีผู้หญิงจำนวนน้อยมากที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับการเจริญพันธุ์ในร่างกายของตนเอง นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่ศึกษาความรู้และวิธีกินยาเม็ดคุมกำเนิดที่ถูกต้องจากผู้ที่ย้ายมาจากร้านขายยา พบว่า ผู้ที่กำลังกินยาเม็ดคุมกำเนิดอยู่จำนวนมากไม่ทราบวิธีการกินยาที่ถูกต้อง โดยเฉพาะในส่วนของ การเริ่มกินยาแผงใหม่ และการปฏิบัติเมื่อลืมกินยา (Havanon et al., 1992) ข้อจำกัดของกลุ่มเป้าหมายในการให้บริการวางแผนครอบครัวของรัฐที่ยังไม่สามารถขยายบริการไปถึงกลุ่มวัยรุ่นและคนโสดอย่างมีประสิทธิภาพ และข้อจำกัดของการให้ความรู้ทางด้านอนามัยเจริญพันธุ์อย่างรอบด้าน มีส่วนสำคัญที่นำไปสู่อุปสรรคของการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการทำแท้งเนื่องจากการทำแท้งในสังคมไทยเป็นสิ่งผิดกฎหมาย ตัวเลขของอัตราการทำแท้งในประเทศไทยจึงเป็นสิ่งที่คาดประมาณได้ยาก แต่มีความพยายามที่จะคาดประมาณกันว่า ในแต่ละปีมีผู้ที่ได้ทำแท้งเป็นจำนวนนับแสนราย ในจำนวนนี้มีทั้งการทำแท้งที่ถูกหลักการแพทย์และการทำแท้งที่ไม่ถูกหลักการแพทย์ ซึ่งในกรณีหลังมี

ผลทำให้ผู้ทำแท้งจำนวนมากต้องได้รับอันตรายทางด้านสุขภาพร่างกาย จากการศึกษาวิจัยเรื่องการติดตามผลผู้ทำแท้งที่ไม่ถูกหลักการแพทย์ในโรงพยาบาล 5 แห่งในกรุงเทพฯ พบว่าผู้เข้ารับการรักษาพยาบาลมีอาการของโรคแทรกซ้อนมากมาย เช่น ตกเลือด เยื่อบุโพรงมดลูกอักเสบ ซึ่คอจากอาการเจ็บป่วย บางรายต้องเป็นหมันไปตลอดชีวิต และบางรายเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต นอกจากนี้ยังพบว่า ในจำนวนผู้ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลเหล่านี้ทั้งหมด 968 ราย มีทั้งผู้ที่แต่งงานแล้วและเป็นโสด โดยมีผู้ที่แต่งงานแล้วร้อยละ 75 และผู้ที่ยังเป็นโสด ร้อยละ 25 (Koetsawang, 1993) ตัวเลขดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การทำแท้งมีอยู่ทั้งในกลุ่มคนแต่งงานและคนโสด แม้ว่าตัวเลขนี้จะได้มาจากผู้ทำแท้งที่มีอาการแทรกซ้อนซึ่งเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ แต่ตัวเลขดังกล่าวก็พอจะสะท้อนให้เห็นว่าการทำแท้งแม้ในกลุ่มผู้ที่สมรสแล้ว และเป็นกลุ่มที่สามารถเข้าถึงการบริการทางด้านการวางแผนครอบครัวได้ง่าย ก็ยังคงต้องเผชิญกับปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการตั้งครรภ์ ทั้งนี้เป็นการคัดค้านความเชื่อที่ว่าการทำแท้งเป็นปัญหาของกลุ่มวัยรุ่นใจแตกเมื่อมีการกล่าวถึงประเด็นปัญหาเรื่องการทำแท้งในสังคมไทยประเด็นปัญหาที่มักมีผู้กล่าวถึงเสมอเกี่ยวกับการทำแท้งก็คือ เมื่อผู้หญิงไม่ต้องการตั้งครรภ์ ทำไมจึงไม่ใช้วิธีคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ หรือ มีบางคนถึงกับกล่าวว่า หากไม่ต้องการตั้งครรภ์ผู้หญิงก็ไม่ควรมีเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะผู้หญิงที่ยังเป็นโสด คำกล่าวเช่นนี้แม้จะเป็นข้อเสนอที่ตรงไปตรงมา แต่เป็นข้อเสนอที่ปราศจากความเข้าใจถึงเงื่อนไขที่ซับซ้อนในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิดซึ่งเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการทั้งด้านความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างผู้หญิงกับผู้ชาย ความรู้สึกทางด้านจิตใจ สุขภาพทางร่างกายรวมทั้งความรู้ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องภาวะเจริญพันธุ์และสุขภาพอนามัยทางเพศทั้งของหญิงและชาย ในหลาย ๆ กรณีเพศสัมพันธ์มิได้เกิดขึ้นในลักษณะที่ผู้หญิงเป็นผู้กำหนดหรือเตรียมการล่วงหน้าได้อย่างรอบคอบเสมอไป และการคุมกำเนิดก็มีวิธีที่ทุกคนจะรับมาใช้กับตนเองได้โดยปราศจากการตั้งข้อสงสัยในความเหมาะสมกับสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้การใช้การคุมกำเนิดยังมีเงื่อนไขที่ต้องมีการใช้อย่างถูกต้องจึงจะมีประสิทธิภาพ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่ซับซ้อน และไม่สามารถเกิดขึ้นในชีวิตคนโดยปราศจากการเรียนรู้ที่ถูกต้องและเป็นระบบจากองค์กรทางสังคมไม่ว่าจะเป็นครอบครัว โรงเรียน การบริการสาธารณสุข และสื่อมวลชน

ประสบการณ์การทำแท้งของผู้หญิง ที่เข้ารับบริการทำแท้งในสถานบริการต่าง ๆ เกือบจะไม่ทราบอย่างชัดเจนเลยว่า ผู้ให้บริการเป็นแพทย์ หรือมีความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องการทำแท้งหรือไม่ ส่วนใหญ่จะใช้การเสี่ยงโดยมีความคาดหวังว่า ทุกอย่างจะเรียบร้อยปลอดภัย ผู้หญิงซึ่งมีอาการแทรกซ้อนหลังการทำแท้ง และมารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลของรัฐ จะให้คำอธิบายเกี่ยวกับผู้ทำแท้งจากลักษณะการแต่งกายหรือกริยาท่าทาง เช่น ใส่เสื้อสีขาวเหมือนหมอบ หรือ แต่งตัวเหมือนพยาบาล หรือ ได้ยินคนเรียกว่าหมอบ โดยทั่วไปผู้หญิงจะไม่สอบถามเกี่ยวกับความสามารถทางวิชาชีพของผู้ทำแท้งเพื่อความมั่นใจ หรือ อีกนัยหนึ่งผู้หญิงไม่ทราบเลยว่า ผู้ที่จะทำแท้งให้ตนเองมีความรู้และทักษะที่จะทำหรือไม่ ไม่ว่าผู้หญิงจะต้องจ่ายเงินค่าทำแท้งเท่าไรก็ตาม สถานการณ์เช่นนี้จึงเท่ากับเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการสามารถเรียกหรือค่าบริการได้ตามต้องการ โดยมีได้มีหลักประกันคุณภาพของผู้ให้บริการแต่อย่างใด แต่เนื่องจากการทำแท้งเป็นสิ่งกฎหมาย ผู้หญิงจึงไม่คิดว่าตนเองมีอำนาจต่อรองในเรื่องนี้ (นภาพรณ์ หะวานนท์, 2538) ความรู้สึกหลังการทำแท้งเป็นสิ่งที่ละเอียดอ่อนมากสำหรับผู้หญิง คนทั่วไปจำนวนมากมักประเมินความรู้สึกในทางลบของผู้หญิงที่ผ่านการทำแท้งต่ำกว่าความเป็นจริง บางคนมองว่าหากไม่มีกฎหมายห้ามการทำแท้ง ผู้หญิงจะขาดความระมัดระวังในการป้องกันการตั้งครรภ์ และจะใช้การทำแท้งเป็นวิธีการคุมกำเนิด คนหลายคนเชื่อว่า ผู้หญิงจะทำแท้งซ้ำแล้วอีกหากกฎหมายเปิดโอกาสให้ทำได้ แต่ในความเป็นจริง ประสบการณ์การทำแท้งเป็นสิ่งที่คนที่เคยผ่านมามีความต้องการหลีกเลี่ยง ความเจ็บปวดทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งความรู้สึกผิด บาป เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นพร้อมกับการตัดสินใจว่าต้องการจะยุติการตั้งครรภ์ และจะดำเนินไปเรื่อย ๆ จนแม้ภายหลังการทำแท้งเสร็จสิ้นแล้ว และโดยทั่วไป ภายหลังจากการทำแท้ง ๆ ผู้หญิงจะไม่ไปที่ปรึกษา หรือ ผู้ที่จะพูดคุยในเรื่องนี้ได้ หรือ อาจมีอยู่น้อยมาก ผู้หญิงจะต้องเผชิญกับความรู้สึกนี้ตามลำพังซึ่งยังมีส่วนทำให้ประสบการณ์การทำแท้งเป็นสิ่งที่เลวร้ายมากขึ้น

ความลงท้าย

ปรากฏการณ์การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการทำแท้งเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงความล้มเหลวของสังคม ในการปรับเปลี่ยนบรรทัดฐานที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างหญิงชายให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง ความไร้ประสิทธิภาพ ในการให้ความรู้ทางด้าน เพศ

ศึกษา แก่ประชาชนทั้งที่เป็นวัยรุ่น เยาวชน และผู้ใหญ่ และการไม่สามารถให้บริการการควบคุม การตั้งครรภ์ที่มีประสิทธิภาพ แก่ประชาชนได้อย่างทั่วถึง แต่เงื่อนไขทางสังคมได้ทำให้ผู้หญิงต้องกลายเป็นผู้รับผิดชอบและแบกรับผลลัพธ์ต่าง ๆ ที่มีความเจ็บปวดทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม อันสืบเนื่องมาจากการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และทำแท้ง โดยปราศจากความช่วยเหลือและสนับสนุนจากสังคมอย่างเป็นระบบ กล่าวอย่างยุติธรรม ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ และคิดว่าครรภ์นั้นไม่พึงประสงค์ โดยได้ตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์คือเหยื่อของความล้มเหลวของการจัดกลไกสังคมให้มี ประสิทธิภาพ และเป็นธรรม ผู้หญิงเหล่านี้มีสิทธิที่จะได้รับการบริการจากสังคมทั้งในด้านการปรึกษาแนะนำ การดูแลให้ได้รับความปลอดภัย ทางร่างกายและการสนับสนุนทางด้านจิตใจ แต่เหตุการณ์ที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์จะได้รับการบริการ ให้คำปรึกษา โดยคำนึงถึงตัวผู้หญิงเป็นหลักน้อยมาก และผู้หญิงที่ตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ยังต้องพยายามช่วยตัวเองเท่าที่จะทำได้ ในเรื่องการแสวงหาการบริการ ในหลาย ๆ กรณีได้แลกด้วยชีวิตหรือสุขภาพที่เลวร้ายจนเกือบเอาชีวิตไม่รอด นอกจากนี้ผู้หญิงเหล่านี้ยังถูกนิยาม ตามกฎหมายว่าเป็นผู้ประกอบ อาชญากรรมอีกด้วย

บรรณานุกรม

นาภรณ์ หะวานนท์ , 2538.

การโต้ตอบของผู้หญิงเมื่อตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ . กรุงเทพฯ:

ศูนย์สตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Havanon, Napaporn; Kanchana Kanchanasinith; Linda Potter; Ruth Canamar. 1992.

"Thailand: Study of Pill Compliance Among Drug Store Purchasers".

Bangkok: Thailand

Fertility Research Association (TFRA), Ministry of Public Health.

Koetsawang, Suporn. 1993.

"Illegally Induced Abortion in Thailand", Paper presented at IPPF SEAO

Regional Programme

Advisory Panel Meeting on Abortion, Bali, Indonesia, 29-30 October.

Londono, E. 1989.

"Abortion Counseling: Attention to the Whole Women", International

Journal of Gynecology and Obstetric Supplementary 3:169-178.

ปัญหาสุขภาพจิตของสตรี

รศ.ดร.ศิริพร จิรวัดน์กุล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สถานการณ์ :

หากจะถามว่า ชายหรือหญิงใครมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่ากัน คงเป็นการยากที่จะให้คำตอบแบบ "ฟันธง" เนื่องจากแม้ว่าข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต ซึ่งแยกเพศไว้ในปี 2537 จะระบุว่าจำนวนหญิงและชายที่มาใช้บริการในโรงพยาบาล จิตเวชของรัฐมีจำนวนไม่ต่างกันนัก ภาพรวม แต่ในภาพแยกจะต่างกันบ้าง เช่น ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ มีหญิงมาขอรับบริการ มากกว่าชาย ส่วนในภาค

กลางและภาคเหนือ มีชายมารับบริการมากกว่าหญิง ก็มีได้หมายความว่า จะเป็นคำตอบได้ว่า ชาย-หญิงมีปัญหาสุขภาพจิตไม่ต่างกัน เพราะในสังคมไทยคนจำนวนมากยังไม่อยากเปิดเผยปัญหาสุขภาพจิต จึงไม่ไปโรงพยาบาลจิตเวช แต่ไปโรงพยาบาลทั่วไป คลินิกสุขภาพ และหมอแผนโบราณต่างๆ ซึ่งไม่สามารถหาตัวเลขจำนวนผู้รับบริการจากสถานที่เหล่านั้นได้ อย่างไรก็ตามถ้ากล่าวเฉพาะปัญหาสุขภาพจิตของสตรี จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิตเช่นกัน ระบุว่า มีหญิงจำนวนมากถูกวินิจฉัยว่า เป็นโรคจิตกังวล รองลงมาตามลำดับ คือ โรคจิตเภท ลมชัก โรคจิตชนิดอารมณ์แปรปรวนต่างๆ เช่น ซึมเศร้า

ทำไมผู้หญิงจึงมีปัญหาสุขภาพจิต :

มีคำอธิบายหลายด้านด้วยกันคือ

1. ด้านชีววิทยาการแพทย์ ระดับของสารเคมีในร่างกาย เช่น โดพามีน (Dopamine), เซโรโทนิน (Serotonin), แคทีโคลามีน (Catecholamine) ที่ผิดปกติมีส่วนสำคัญต่อการเกิดความผิดปกติของอารมณ์ ความรู้สึก และความคิดนอกจากนั้นฮอร์โมนเพศของผู้หญิงโดยเฉพาะเอสโตรเจน (Eostrogen) ที่มีการเปลี่ยนแปลงในช่วงมีประจำเดือน ตั้งครรภ์ ให้นมและช่วงจะหมดประจำเดือนก็มีผลโดยอ้อมต่อภาวะทางจิตของผู้หญิงด้วย นอกจากสารเคมีและฮอร์โมนเพศแล้ว เอมไซม์ พันธุกรรม และลักษณะทางกายภาพ เช่นรูปร่าง หน้าตา บุคลิกลักษณะ ตลอดจนการที่สมองได้รับการกระทบกระเทือนก็มีผลต่อสุขภาพจิตของผู้หญิงเช่นกัน อย่างไรก็ตามด้วยแนว คิดเชิงชีววิทยาการแพทย์ ยังมีคำถามที่หาคำตอบที่แน่นอนไม่ได้ว่า เมื่อโครงสร้างทางชีววิทยาของผู้หญิงไม่ว่าที่ใดในโลกไม่ต่างกัน แต่เหตุใดภาวะจิตและสุขภาพจิตของผู้หญิงในแต่ละสังคม แต่ละวัฒนธรรมจึงต่างกัน แม้จะมีความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเหมือนกัน ดังเช่น ปรากฏการณ์ของการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนเพศของสตรีวัยกลางคนทั่วโลกเหมือนกันหมด แต่ภาวะจิตและสุขภาพจิตของสตรีวัยนี้มิได้ผิดปกติเป็นสากลเหมือนกันทั่วโลกเช่นเดียวกับการเปลี่ยนแปลงทางกายแต่อย่างไร

2. ด้านจิตวิทยา อธิบายว่า บทบาท คุณค่า และความสำเร็จของการเป็นหญิงขึ้นอยู่กับภาวะการเจริญพันธุ์ การเป็นแม่ เป็นเมีย เป็นลูกสาว ดังนั้นหากหญิงใดไม่สามารถดำรงบทบาทและคุณค่าของความเป็นหญิงไว้ได้ก็จะเป็นผู้ล้มเหลว คุณค่าในตนเองต่ำ นอกจากนั้นในทางจิตวิทยาระบุว่า ผู้หญิงเป็นผู้มีจิตใจอ่อนไหว ยอมตาม สนใจความสวยงาม ยินดีมีความสุขที่จะเป็นผู้ถูกกระทำ และพยายามที่จะเป็น "ทุกสิ่งทุกอย่างสำหรับทุกคน" ด้วยคำอธิบายนี้ ผู้หญิงทุกคนจึงอยู่ในเกณฑ์ที่จะมีปัญหาสุขภาพจิต เนื่องจากไม่สามารถจะเป็นทุกอย่างสำหรับทุกคนได้

3. ด้านบทบาททางเพศภาวะ คำอธิบายนี้เกี่ยวข้องกับภาวะทางสังคม วัฒนธรรม ซึ่งได้กำหนดบทบาทความเป็นชาย เป็นหญิง ซึ่งไม่ได้เป็นสากล พฤติกรรมของหญิงชายมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรม นั่นคือสภาพแวดล้อม สังคม และวัฒนธรรมเป็นตัวหล่อหลอมพฤติกรรม นิสัย และบุคลิกภาพ ดังนั้นปัญหาทางจิตที่จะเกิดขึ้นก็มักเป็นผลมาจากความขัดแย้งในบทบาท

บทบาททางเพศในวิถีชีวิตของผู้หญิงไทยนั้นมาจากการขัดเกลาทางสังคม (socialization) ที่เริ่มต้นในสถาบันครอบครัว เมื่อเด็กหญิงเติบโตขึ้นพร้อมกับการเรียนรู้จากการเลียนแบบแม่ เข้าใจความรู้สึกของแม่ เด็กหญิงได้เรียนรู้ว่าคุณค่าแห่งการเป็นหญิงนั้นเกี่ยวพันอย่างเหนียวแน่นกับความสามารถในการดำเนินสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น การเห็นอกเห็นใจผู้อื่นโดยเฉพาะบุคคลสำคัญในชีวิต เมื่อใดก็ตามที่การดำเนินสัมพันธภาพไม่ราบรื่น ก็จะนำไปสู่ความรู้สึกซึมเศร้า กังวล รู้สึกไร้พลัง และด้อยคุณค่าในตนเอง ดังนั้นไม่ว่าหญิงไทยจะอยู่ในสถานภาพใด บริบทใด แม้จะมีความแตกต่างกันในสภาพแวดล้อม แต่ในความรู้สึกลึกๆ ของการเป็น "กุลสตรี" ที่ต้องสงบเสงี่ยม เอื้ออาทร หลีกเลียงการขัดแย้ง เพื่อคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีงามกับคนรอบข้าง ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากสัมพันธภาพเป็นเครื่องยืนยัน ความเป็นบุคคลที่ดี ทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง และรู้สึกมีชีวิตชีวา เมื่อสูญเสียสัมพันธภาพก็นำไปสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า

4. ด้านสตรีนิยม อธิบายว่า ภาวะจิต สุขภาพจิต และปัญหาทางจิตของผู้หญิงเกี่ยวข้องกับสัมพันธกับบทบาททางเพศ บนความเสมอภาคระหว่างหญิง-ชาย ในสังคม การกดขี่ทางเพศทำให้ผู้หญิงเผชิญกับความทุกข์กาย ทุกข์ใจ จากความยุติธรรมต่างๆ ในสังคม ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหา สุขภาพจิตของผู้หญิงเป็นอย่างยิ่ง

แนวโน้มการเกิดปัญหาสุขภาพจิตของผู้หญิง :

1. ผู้หญิงทุกวัยมีความเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต

เนื่องจากความเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและโครงสร้างครอบครัว ซึ่งมีผลทั้งทางดีและไม่ดี ในส่วนของสุขภาพจิตพบว่า การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ก็มีทั้งทางบวกและลบ กล่าวเฉพาะผลกระทบทางลบนี้จะเกิดกับเด็กและคนชรามากที่สุด เนื่องจากเป็นกลุ่มคนที่ต้องพึ่งพาอาศัยคนวัยผู้ใหญ่ และต้องการความรัก ความอบอุ่นจากสมาชิกในครอบครัวมากเป็นพิเศษ เมื่อโครงสร้างครอบครัวไม่เอื้อให้สมาชิกได้ใกล้ชิด ได้มีสัมพันธภาพอันดีต่อกัน ย่อมเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาทางจิตขึ้น

เด็กหญิงในปัจจุบันต้องดูแลพึ่งพาตนเองเร็วขึ้น ซึ่งจะมีผลในทางบวก คือทำให้ไม่อ่อนแอและช่วยเหลือตัวเองได้ แต่ในทางลบเด็กหญิงอาจต้องเผชิญกับความเครียดในการรับภาระบทบาท "ผู้หญิง" ที่ต้องดูแลความทุกข์สุขของผู้อื่นตั้งแต่ยังเด็ก ขาดที่ปรึกษาเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น ส่วนผู้หญิงวัยผู้ใหญ่ก็ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ คือญาติพี่น้อง และผู้หญิงวัยชราที่เหงา และว่านจากความรู้สึกไม่มั่นใจ ขาดที่พึ่งพา เกิดความเครียด และความว้าวุ่น อันเป็นที่มาของปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชนานาประการ

2. บทบาทผู้หญิงที่เปลี่ยนไปมีทั้งผลทางบวกและทางลบต่อภาวะทางจิต

ทุกวันนี้ผู้หญิงวัยแรงงานมีบทบาทอย่างสำคัญในระบบเศรษฐกิจทั้งในระดับครอบครัว และชุมชน แต่ผู้หญิงก็ต้องรับบทบาทดั้งเดิมอย่างเต็มที่ ทำให้เกิดความขัดแย้งและคับข้องใจในการรักษาความสมดุลย์ของทั้งสองบทบาท และต้องยอมรับความจริงว่ายากที่จะประสบความสำเร็จทั้งสองบทบาทในเวลาเดียวกันในอนาคตจำนวนผู้หญิงที่มีการศึกษาสูงจะมากขึ้น นอกจากนั้นองค์กรที่ส่งเสริมบทบาทและสถานภาพสตรีในสังคมจะเข้มแข็งมากขึ้น ทำให้ความคาดหวังต่อบทบาทแม่บ้าน แม่เรือนของสตรีเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ยอมรับมากขึ้นว่า เมื่อสตรีทำงานนอกบ้าน บทบาทในบ้านก็ต้องลดลง หรือหาสิ่งอื่น คนอื่นมารับบทบาทหน้าที่นั้นแทน กอปรกับจำนวนผู้หญิงที่ประสบความสำเร็จในหน้าที่การงานเชิงบริหารทั้งในภาครัฐและเอกชน ตลอดจนการเมืองมีจำนวนมากขึ้น ส่งผลให้ในอนาคตจะมีผู้หญิงจำนวนมากขึ้นไปมีบทบาทในการบริหารจัดการ และการกำหนดนโยบายของสังคมมากขึ้น สถานการณ์เช่นนี้เป็นภาพบวกในเชิงสถานภาพของสตรีแต่ขณะเดียวกันผู้หญิงก็ต้องเผชิญกับความเครียดจากการแข่งขันทางเพศมากขึ้น หากผู้หญิงไม่ได้เตรียมการหรือไม่มีความสามารถในการเผชิญปัญหาเหล่านี้ โอกาสที่จะมีปัญาสุขภาพจิต และจิตเวชจากการเปลี่ยนแปลง และความผันผวนในหน้าที่การงานก็มีมากขึ้น

ผู้หญิงจำนวนหนึ่งไม่ได้รับการศึกษาสูง เนื่องจากฐานะทางเศรษฐกิจไม่เอื้ออำนวย หรือสาเหตุอื่นใดก็ตาม จะต้องเข้าสู่ตลาดแรงงานทั้งในระดับฝีมือ และไร้ฝีมือในภาคอุตสาหกรรม เนื่องจากประเทศกำลังพัฒนาอุตสาหกรรมต่างๆ จึงต้องการแรงงานในตลาดอุตสาหกรรมจำนวนมาก นอกจากนั้นยังมีสตรีอีกจำนวนหนึ่งถูกผลักดันให้เข้าสู่ธุรกิจทางเพศ หรือเพศพาณิชย์ ผู้หญิงกลุ่มนี้จะต้องเผชิญกับการเอารัดเอาเปรียบทางสังคมอย่างมากมาย หากค่านิยมทางสังคมในเรื่องเพศ การกดขี่ทางเพศยังคงอยู่ ผู้หญิงกลุ่มนี้จะต้องเผชิญกับความเครียด ความกังวลในความไม่มั่นคงในหน้าที่การงาน และความเครียดจากการทำงาน ที่สำคัญที่สุดคือ ต้องเผชิญกับทุกขุทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจจากความรุนแรงในครอบครัว และความรุนแรงทางเพศนอกจากนั้นในสถานการณ์ปัจจุบัน และอนาคตที่โรคเอดส์ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ผู้หญิงวัยทำงานเป็นกลุ่มที่จะได้รับผลกระทบโดยตรงก่อนกลุ่มอื่น เมื่อต้องติดเอดส์จากสามีหรือคู่นอน หรือจากความบังเอิญทางเลือดอื่นๆ หรือแม้ว่าต่อผู้หญิงเองจะไม่ได้เป็น แต่ถ้าสามีหรือญาติพี่น้องเป็น เธอก็ต้องรับภาระที่จะดูแลบุคคลเหล่านั้น ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชจากการได้รับเชื้อ HIV หรือเป็นเอดส์ หรือต้องดูแลผู้เป็นเอดส์ก็จะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น บทบาทของผู้หญิงสูงอายุในอนาคตจะเปลี่ยนไปอย่างมาก เนื่องจากคาดหมายว่า

ประชากรวัยแรงงานจะคงที่ และลดลง แต่คนสูงอายุจะเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นผู้หญิงสูงอายุในอนาคตจะต้องรับภาระด้านเศรษฐกิจยาวนานขึ้นๆ หากร่างกายไม่แข็งแรงพอ หรือมีสิ่งสนับสนุนทางสังคมไม่เหมาะสม ย่อมส่งผลกระทบถึงสุขภาพจิตได้ นอกจากนั้นผู้หญิงสูงอายุจำนวนหนึ่งซึ่งมีลูกป่วยเป็นเอดส์ ต้องรับภาระเป็นผู้ดูแลอภิบาลลูก ซึ่งเป็นภาระที่ต้องใช้ทั้งร่างกายและแรงใจเป็นอย่างมาก ต้องการการสนับสนุนทางทรัพยากรจากภายนอกเป็นอย่างยิ่ง หากขาดทรัพยากรเกื้อหนุนผู้หญิงสูงอายุกลุ่มนี้ย่อมต้องเผชิญปัญหาสุขภาพจิตอย่างแน่นอน

ข้อสรุปเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของผู้หญิง :

การเข้าใจปัญหาสุขภาพจิตของสตรี จึงต้องทำความเข้าใจเบื้องต้นก่อนว่า ผู้หญิงคือใคร ถูกกล่อมเกลามาอย่างไร ดำเนินชีวิตอยู่ด้วยเงื่อนไขทางสังคมและวัฒนธรรมอย่างไร ไม่เอามาตรฐานการวินิจฉัย ที่มีพื้นฐานมาจากอคติทางเพศมาตีตราภาวะจิตของผู้หญิง ความเข้าใจที่ถูกต้องจะนำมาซึ่งวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องที่ทำให้ผู้หญิงที่มีปัญหาสุขภาพจิตเข้าใจในตนเอง พัฒนาศักยภาพตนเองได้เต็มที่ สามารถสร้างสรรค์พลังอำนาจในตัวเองให้มีความเชื่อมั่นที่จะดำเนินชีวิตด้วยตนเอง และเพื่อตนเองได้อย่างเต็มภาคภูมิ

การทบทวนข้อวินิจฉัยปัญหาสุขภาพจิตต่างๆ ของผู้หญิงไทยที่ใช้แนวคิดมาตรฐานมาจากสังคมตะวันตกและละเลยประสบการณ์ชีวิตของผู้หญิง เป็นสิ่งจำเป็นที่นักวิชาการด้านสุขภาพจิตจะต้องหันมาศึกษาอย่างจริงจังเครื่องมือวัดภาวะสุขภาพจิตของสตรีไทยจะต้องได้รับการส่งเสริมให้พัฒนา

มาใช้สำหรับสังคมไทย เช่นเดียวกับการปฏิบัติการบำบัดทางจิตสำหรับผู้หญิงที่จะต้องได้รับการทบทวนเสียใหม่เพื่อให้ผู้หญิงหลุดพ้นจากความรู้สึกด้อย

คุณค่าไม่ยอมรับสภาพการพึ่งพาหรืออยู่ใต้อาณัติด้วยความคับแค้นใจ ไม่ทนต่อความเจ็บปวดทั้งกายและใจ เพื่อการเป็นทุกอย่างสำหรับทุกคน

สถิติตัวบ่งชี้สถานภาพสตรีไทย : การศึกษา และ สุขภาพ

ดร. อังกาภ ก่อศรีพร

สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การศึกษาและสุขภาพเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญที่สุดที่จะกำหนดคุณภาพชีวิต เพราะมีอิทธิพลต่อชีวิตหลายแง่มุมของปัจเจกบุคคลในอนาคต เช่น ในแง่การทำงาน รายได้ ความมั่นใจในตนเอง ศักดิ์ศรี ความสามารถที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการทางการเมืองด้วยความรู้ ความสามารถและสามารถที่จะบรรลุเป้าหมายในชีวิตด้วยศักยภาพสูงสุด

สำหรับสตรีนั้น การมีการศึกษาสูงขึ้นและมีสุขภาพที่ดีขึ้นไม่เพียงเป็นประโยชน์ต่อตนเองในฐานะบุคคลแต่เป็นการยกสถานภาพของสตรี ในฐานะที่เป็นกลุ่มสังคม กลุ่มหนึ่งด้วย หญิงไทย (และชายไทย) ได้รับการสอนทั้งทางตรงและทางอ้อมว่า "ผู้หญิงควรเป็นช้างเท้าหลัง" แต่ในแง่ของการยกสถานภาพของสตรีไทย ทั้งหญิงและชายควรคิดว่า "เมื่อทั้งสองครั้งมารวมกันก็จะรวมเป็นจำนวนเต็ม"

สตรีกับการศึกษา

ตารางที่ 1 อัตราการอ่านออกเขียนได้ แบ่งตามเพศและภูมิภาค ปี 2533 และ 2538

	อัตราการอ่านออกเขียนได้ (%)			
ภูมิภาค	2533(1990)		2538(1995)	
	ชาย(1)	หญิง (2)	ชาย (3)	หญิง (4)
ทั่วประเทศ	84.74	82.25	99.69	99.58
กรุงเทพมหานคร	90.54	89.92	100.00	100.00
กรุงเทพและ ปริมณฑล	88.24	86.72	99.98	99.97
ภาคกลาง	87.47	84.29	99.94	99.83
ภาคตะวันออก	86.91	84.16	99.91	99.82
ภาคตะวันตก	84.80	81.51	99.78	99.61
ภาคตะวันออกเฉียง เหนือ	84.31	82.44	99.87	99.77
ภาคเหนือ	82.40	77.84	98.88	98.55
ภาคใต้	81.26	78.62	99.68	99.68

ที่มา : Human Development Report of Thailand 1999

หมายเหตุ

- 1) คอลัมน์ 1 และ 2 ได้มาจากสำนักงานสถิติแห่งชาติปี 2533 สำนะโนประชากรและการเคหะ ตารางที่ 1.6 ประชากรอายุ 5ปีขึ้นไป
- 2) คอลัมน์ 3 และ 4 ได้ข้อมูลเอกสารที่ไม่ตีพิมพ์ ของคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ ปี 2538.
ตารางที่ 1 แสดงอัตราการรู้หนังสือโดยแบ่งตามเพศในปี พ.ศ. 2533 และ 2538 ข้อมูลชุดนี้มีข้อสังเกต 3 ประการ คือ
ประการแรกอัตราการรู้หนังสือสูงมากทั้งหญิงและชาย และทั้งในปี 2533 และ 2538 คือ มากกว่าร้อยละ 80 ในปี พ.ศ.
2533 และมากกว่าร้อยละ 90 ในปี พ.ศ. 2538 ประการที่ 2 คือ อัตราการรู้หนังสือเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วภายใน 5 ปี คือ
ประมาณมากกว่าร้อยละ 10 ประการที่ 3 คือ นอกจากกรุงเทพมหานคร อัตราการรู้หนังสือทั้ง 2 ปี ของหญิงจะต่ำกว่า
ของชายเสมอแม้ว่าความแตกต่างจะลดลงก็ตาม

เมื่อดูข้อมูลชุดนี้ในเชิงวิเคราะห์ก็จะเกิดคำถามที่สำคัญขึ้นคำถามหนึ่ง คือ ข้อมูลนี้เป็นอัตราส่วนของผู้รู้หนังสือจริง ๆ (functional literacy) ก็คือ อ่านออกเขียนได้แน่หรือ คำตอบที่น่าจะเป็นไปได้มากคือ อาจจะมีส่วนน้อยที่อ่านออกเขียนได้จริง ๆ ในขณะที่ส่วนใหญ่อาจจะอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้จริง ๆ จัง ๆ เป็นไปได้ว่าข้อมูลชุดนี้เป็นอัตราส่วนผู้ที่จบการศึกษาภาคบังคับ ซึ่งหากเป็นกรณีนี้จริง หัวข้อของข้อมูลควรเป็นอัตราส่วน ของผู้จบการศึกษาภาคบังคับ มิฉะนั้น จะก่อให้เกิดความเข้าใจผิดและยิ่งกว่านั้นจะทำให้ภาครัฐละเลยที่จะยกระดับของการอ่านออกเขียนได้จริง

หากถือว่าข้อมูลข้างต้นเป็นข้อมูลการอ่านออกเขียนได้จริง คำถามสำคัญที่ตามมา คือจะอย่างไรกับอัตราการอ่านออกเขียนได้ของหญิงที่ต่ำกว่าของชาย บ้างอาจว่าไม่จำเป็นต้องทำอะไรเพราะมีแนวโน้มว่าความแตกต่างกำลังลดลงอย่างค่อนข้างรวดเร็ว ซึ่งก็อาจจะถูกแต่สิ่งที่ยังจำเป็นจะต้องทำ คือ การเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับบทบาทหญิงชาย ทัศนคติที่ว่าหญิงเป็นช้างเท้าหลังนั้นล้าสมัยไปแล้วและทั้งหญิงและชายจะต้องยอมรับ ทัศนคติใหม่ที่จะให้ความเสมอภาคทางเพศ

รัฐบาลไทยได้มีความพยายามมาโดยตลอดที่จะให้การศึกษาภาคบังคับ 6 ปี แก่เด็กไทยเพื่อกำจัดการไม่รู้หนังสือรวมทั้งให้มีการศึกษาภาค มัธยมและอุดมศึกษาเพื่อให้ประเทศไทยมีแรงงานที่มีคุณภาพในสาขาต่าง ๆ

ตารางที่ 2 อัตราการไม่รู้หนังสือจำแนกตามเพศและเขตการปกครองปี 2513, 2523 และ 2533

เขตการปกครอง	2513 (1970)			2523(1980)			2533(1990)		
	หญิง	ชาย	รวม	หญิง	ชาย	Total	หญิง	ชาย	รวม
ทั่วประเทศ	25.2	11.1	18.2	13.9	6.9	10.5	8.7	5.2	7.0
เขตเทศบาล	15.5	5.5	10.7	10.0	5.1	7.6	4.3	2.2	3.3
นอกเขตเทศบาล	26.8	12.1	19.5	15.8	8.1	12.0	9.7	5.9	7.8

ที่มา : สำมะโนประชากรและการเคหะปี 2513 2523 และ 2533 จากสมุดข้อมูลสถิติหญิงและชายปี 2540 , หน้า 45

ตารางที่ 3 ร้อยละของหญิงและชายอายุ 6 ปีขึ้นไปจำแนกตามชั้นที่เรียนสำเร็จปี 2513, 2523 และ 2533

ชั้นที่เรียนสำเร็จ	2513 (1970)		2523(1980)		2533(1990)	
	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย
ไม่มีการศึกษา	31.1	21.4	19.0	12.9	12.9	8.6
ระดับประถมศึกษา	64.5	70.7	71.6	72.9	70.5	69.7
ระดับมัธยมศึกษา	3.6	6.3	7.4	11.4	11.5	16.1
ระดับมหาวิทยาลัย	0.5	0.9	2.0	2.4	5.1	5.3
อื่น ๆ	0.3	0.7	..	0.4	..	0.3
รวม	100%	100%	100%	100%	100%	100%

ที่มา : สำมะโนประชากรและการเคหะ ปี 2513 2523 และ 2533 จากสมุดข้อมูลสถิติหญิงและชายปี 2540, หน้า 47

ตารางที่ 4 จำนวนนักศึกษาที่กำลังศึกษาในสถาบันอุดมศึกษาของรัฐสังกัดทบวงฯจำแนกตามสาขา ISCED เรียงลำดับตามสัดส่วนร้อยละของนักศึกษา หญิงจากมากไปหาน้อยปีการศึกษา 2540

คณะ	2540(1997)			% หญิง
	หญิง	ชาย	รวม	
มนุษยศาสตร์ ศาสนา และเทววิทยา	17368	4672	22040	รวม
แพทยศาสตร์ และวิชาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ	40849	14484	55333	22040
สังคมศาสตร์ *	224324	16129	385553	55333
ศึกษาศาสตร์และการฝึกหัดครู	32900	24082	56982	385553
วิทยาศาสตร์ธรรมชาติ**	2229	21878	44107	56982
วิจิตรศิลป์และประยุกต์ศิลป์	1481	1838	3319	44107
เกษตรศาสตร์ วนศาสตร์ และการประมง	11249	15311	26560	3319
นิติศาสตร์	21520	85289	106809	26560
วิศวกรรมศาสตร์	7147	38376	45523	106809
อื่น ๆ	1667	1629	3296	45523
รวมทุกสาขา	380734	368788	749522	3296
				749522

ที่มา : รายงานการศึกษาศาสนาอุดมศึกษาของรัฐในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2540 โดยทบวงมหาวิทยาลัย
หมายเหตุ * สังคมศาสตร์ รวมสาขาสังคมและพฤติกรรมศาสตร์ การบริหารพาณิชยศาสตร์และธุรกิจ การสื่อสารมวลชน การเอกสารและคหกรรมศาสตร์

** วิทยาศาสตร์ธรรมชาติ รวมสาขาวิทยาศาสตร์ธรรมชาติ คณิตศาสตร์ และวิทยาการคอมพิวเตอร์

*** วิศวกรรมศาสตร์ รวมสาขาวิศวกรรมศาสตร์ สถาปัตยกรรมศาสตร์ และผังเมือง

ตารางที่ 2, 3 และ 4 ให้ข้อมูลที่ครอบคลุมการศึกษาทุกระดับแม้ว่าจะเป็นข้อมูลที่ไม่ทันสมัยนัก ตารางที่ 2 แสดงว่าในปี พ.ศ. 2513, 2523 และ 2533 อัตราการไม่รู้หนังสือของหญิงสูงกว่าชาย และอัตราการไม่รู้หนังสือของหญิงชนบทสูงกว่าหญิงในเมือง จากการที่อัตราส่วนประชากรในชนบทสูงกว่าเมือง ย่อมหมายถึงว่ามีจำนวนหญิงที่ไม่รู้หนังสือในชนบทมากกว่าจำนวนหญิงที่ไม่รู้หนังสือในเขตเมือง ดังนั้น นัยของสถิติชุดนี้ คือ เมื่อดูจำนวนจริง ประชากรหญิงที่ไม่รู้หนังสือมีจำนวนมากและนัยในเชิงนโยบายที่ตามมาก็คือ รัฐจะต้องให้ความสำคัญ กับการศึกษาในเขตชนบทมากขึ้น เมื่อระดับการจบการศึกษาที่จบ ตารางที่ 3 ซึ่งแสดงข้อมูลในปีเดียวกันกับตารางที่ 2 แสดงย้ำอีกครั้งหนึ่งว่าอัตราร้อยละของหญิงที่ไม่มีการศึกษา หรือไม่จบการศึกษามากกว่าอัตราของชาย ในปี พ.ศ. 2513 และ 2523 อัตราร้อยละของนักเรียนหญิงที่จบการศึกษาภาคบังคับก็ยิ่งต่ำกว่า

นักเรียนชาย แต่ในปี พ.ศ. 2533 อัตราส่วนร้อยละของนักเรียนหญิงที่จบการศึกษามัธยมศึกษาสูงกว่านักเรียนชายเล็กน้อย แต่การตีความก็คือนักเรียนหญิงเลิกเรียนเมื่อจบการศึกษามัธยมศึกษา ในขณะที่นักเรียนชายยังคงเรียนในระดับมัธยมศึกษาและสูงกว่า ตารางนี้ยืนยันว่าผู้ปกครองให้บุตรหญิงออกจากระบบการศึกษาเมื่อจบการศึกษามัธยมศึกษาและให้โอกาสแก่บุตรชายในการเรียนต่อ ซึ่งก็ไม่น่าแปลกใจในสังคมไทยที่ให้เพศชายเป็นใหญ่ (patriarchy) และเป็นสังคมที่ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ตามความเป็นจริงแล้วหญิงไทยในปัจจุบันทำงานทั้งในบ้านและนอกบ้าน รวมทั้งสามารถตอบแทนบุญคุณของบิดามารดาในชาตินี้ได้เลย โดยให้การเลี้ยงดูเมื่อแก่ชรา ดังนั้น นโยบายของตารางนี้ บิดามารดาโดยเฉพาะในเขตชนบทยังมีความยึดเหนี่ยวสูงในด้านศาสนาและระบบผู้ชายเป็นใหญ่ เนื่องจากบุตรชายบรรดาศักดิ์บิดามารดาควรสร้างความตระหนักว่าบุตรหญิงควรได้รับโอกาสที่เท่าเทียมกันกับบุตรชายที่จะได้รับการศึกษาในระดับที่สูงกว่าการศึกษามัธยมศึกษา ในระดับมหาวิทยาลัย ตารางที่ 4 แสดงให้เห็นได้ชัดเจนถึงผลของการเรียนรู้บทบาทหญิงชาย ประมาณ 2 ใน 3 ของนักศึกษาในคณะที่เกี่ยวข้องกับ มนุษยศาสตร์ ศาสนาและเทววิทยา และในคณะแพทยศาสตร์ และสาขาที่เกี่ยวข้อง เช่น พยาบาลศาสตร์เป็นนักศึกษาเพศหญิงในขณะที่นักศึกษาหญิงเพียงร้อยละ 20 เรียนในคณะกฎหมาย และร้อยละ 16 ในคณะวิศวกรรมศาสตร์การเรียนรู้บทบาทหญิงชายไม่ว่าจะเป็นโดยการสั่งสอน โดยตรงหรือโดยการเลียนแบบ เริ่มต้นในวัยเด็กโดยบิดามารดาและดำเนินไปจนถึงวัยผู้ใหญ่ โดยระบบการศึกษาและการเรียนรู้อย่างไม่เป็นทางการ เช่น ผ่านทางสื่อต่าง ๆ ดังนั้น การปฏิบัติตามบทบาทหญิงชาย จึงเป็นสิ่งที่ถูกปลูกฝังไว้ในจิตสำนึกตั้งแต่วัยเยาว์ และจะเป็นการยากยิ่งที่จะให้ คนรุ่นเก่าเปลี่ยนบทบาทใหม่หรือเริ่มให้คนรุ่นใหม่เรียนรู้บทบาททางเพศเสียใหม่เพื่อลดช่องว่างระหว่างความไม่เท่าเทียมทางเพศ การที่จะให้นักศึกษาหญิงเลือกเข้าไปเรียนในคณะที่ไม่ใช่คณะที่นักศึกษาหญิงเป็นนักศึกษาส่วนใหญ่จะต้องมีการเรียนรู้บทบาทหญิงชายใหม่ ซึ่งจะต้องเป็นหน้าที่หลักของสถาบันครอบครัว สถาบันการศึกษา และสื่อมวลชน และรัฐรวมทั้งภาคเอกชนควรมุ่งรณรงค์ ให้ทั้งสามสถาบันนี้ได้ตระหนักและรณรงค์เรื่อง ความสำคัญของความเสมอภาคระหว่างหญิงชายเพื่อยกระดับสถานภาพของสตรี

ผู้หญิงกับสุขภาพ

การลดอัตราการตายของมารดาและการส่งเสริมการวางแผนครอบครัวในประเทศไทยประสบ ความสำเร็จอย่างน่าพอใจด้วยความพยายามของกระทรวงสาธารณสุขและสมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน (PDA) ความสำเร็จในการลดอัตราการตาย ของมารดาลดความเสี่ยง ต่อการเสียชีวิตของสตรี ข้อมูลแสดงให้เห็นการลดลงอย่างรวดเร็วของอัตราการตายของมารดา ระหว่างปี พ.ศ. 2525 และ 2535 และอัตราการ ตายของมารดาที่ต่ำมากในปี พ.ศ. 2540 แม้ว่าสถิตินี้จะเป็นข้อมูลเฉลี่ยระดับชาติ ข้อมูลระดับจังหวัดก็ยังคงแสดงความแตกต่างอย่างมาก เช่น จังหวัดหนองบัวลำภูในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการตายของมารดาถึง 174.2 ต่อ จำนวนทารกที่เกิด 100,000 คน ในปี พ.ศ. 2540 (Human Development Report 1995 : 57) ยิ่งกว่านั้น อัตราการตายของทารก (IMR) และอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (U5MR) ก็ยังสูงที่สุดในประเทศด้วยเช่นกัน ข้อมูลระดับจังหวัดนี้แสดงถึงความจำเป็นที่จะต้องเพิ่มความพยายามมากขึ้นในจังหวัดที่มีระดับการตาย ของมารดาสูงกว่าจังหวัดอื่น ๆ ที่จะลดอัตราการตายของมารดา ตารางที่ 5 การเกิดมีชีพ อัตราการตายของทารก และอัตราการตายของมารดา ปี 2525,2530,2535 และ 2540

อัตรา / ปี	2525 (1982)	2530 (1987)	2535 (199)	2540 (1997)
การเกิดมีชีพ	22.2	16.5	16.8	14.8
การตายของทารก	12.4	10.6	7.5	5.8
การตายของมารดา	69.6	37.2	14.2	10.6

ที่มา : สถิติสาธารณสุข ปี 2539 และสถิติสาธารณสุขที่ไม่ได้ตีพิมพ์ ปี 2540

หมายเหตุ : อัตราการเกิด หมายถึง จำนวนเด็กที่เกิดต่อหญิงที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ 1,000 คน

อัตราการตายของทารก เท่ากับ จำนวนทารกที่เกิดมีชีพ 1,000 คน

อัตราการตายของมารดา เท่ากับ จำนวนมารดาที่ตายต่อการเกิด 100,000 คน

ตารางที่ 6 ร้อยละของผู้มารับบริการวางแผนครอบครัวรายใหม่ จำแนกตามวิธีคุมกำเนิดปี 2535, 2536, 2537 2538 และ 2539

ส่วนในเรื่องการวางแผนครอบครัวนั้น ผู้หญิงถูกคาดหวังและเป็นผู้แบกรับความรับผิดชอบ ในการคุมกำเนิดในขณะที่ ฝ่ายชายมีส่วนรับผิดชอบ น้อยมาก สถิติของทุกปีแสดงว่าอัตราร้อยละของผู้รับการทำหมันชายน้อยกว่า 0.5 % และผู้ใช้ถุงยางคุมกำเนิดเมื่อเปรียบเทียบกับในแต่ละปีพบว่าสูงสุด เพียงร้อยละ 7.8 ในปี พ.ศ. 2536 และมีแนวโน้มจะลดต่ำลงในปีถัด ๆ ไป แม้ว่าการทำหมันชายเป็นวิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพสูงสุดวิธีหนึ่ง แต่การใช้ถุงยางอนามัยไม่มีประสิทธิภาพสูงเช่นนั้น การที่ชายรับผิดชอบในการคุมกำเนิดในอัตราส่วนที่ต่ำมาก (ประมาณร้อยละ 8) เป็นเรื่องที่จะต้องแก้ไข การคุมกำเนิดโดยเพศชายนี้สำคัญมากในช่วงเวลาปัจจุบันซึ่งโรคเอดส์กำลังระบาดหนัก และสตรีที่สมรสแล้วจะอยู่ในฐานะ เสี่ยงมากที่จะติดโรคนี้จากคู่สมรสหากอัตราการใช้ถุงยางอนามัยยังต่ำมากอยู่เช่นนี้ จากผลการเฝ้าระวังโดยกระทรวงสาธารณสุขใน [เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2541 พบว่า หญิงมีครรภ์จำนวน 1,190 คน (1.87 %) จากจำนวน 63,690 คน ถูกตรวจพบว่ามีเลือด HIV + (Monthly Epidemiological Report, Vol.30 : No.1 : January 1999 : 11)] หญิงที่สมรสแล้วจึงเสี่ยงต่อการติดโรคเอดส์และโรคอื่น ๆ ที่เกิดจากเพศสัมพันธ์ได้ตลอดเวลา นโยบายในเชิงนโยบายคือ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนจะต้องทำให้ชายโดยเฉพาะชายที่สมรสแล้ว ได้ตระหนักว่าตนเองก็มีบทบาทที่สำคัญในการวางแผน ครอบครัวและโดยเฉพาะอย่างยิ่งมีบทบาทที่สำคัญยิ่งในการป้องกันโรคเอดส์ ซึ่งตนเองนำมาสู่ภรรยาได้