



วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

ในประเทศไทยประชาชนเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง เป็นจำนวนมาก ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขอยู่ในขณะนี้ โดยเฉพาะมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่พบว่ามีอัตราการป่วยและถึงแก่กรรมเป็นอันดับ 1 ทั้ง ๆ ที่เป็นโรคที่สามารถจะค้นหาได้ก่อน ก่อนที่จะปล่อยให้โรคลุกลามไปมากขึ้น แต่เพราะเหตุใดสตรีจึงให้ความสำคัญในการมารับบริการการตรวจมะเร็งปากมดลูกระยะแรกมีจำนวนน้อยมาก เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนสตรีวัยเจริญพันธุ์ทั้งหมดของประเทศ การศึกษาปัญหาหรือปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเป็นมะเร็งปากมดลูก โดยเฉพาะความเชื่อของสตรีที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูก และด้านจิตสังคม ที่ค่อนข้างซับซ้อน ตลอดจนภูมิหลังของสตรีที่เกี่ยวข้องกับอายุ ระดับการศึกษา รายได้ เป็นต้น ซึ่งคาดว่าสิ่งต่าง ๆ ดังกล่าวนี้น่าที่จะช่วยค้นหาคำตอบในการอธิบายเหตุผลพฤติกรรม ความสนใจต่อสุขภาพอนามัยของตนเอง โดยเฉพาะด้านการค้นหาพยาธิสภาพที่จะเกิดโรคของสตรีที่จะเป็นประโยชน์ในการหารูปแบบสร้างแรงจูงใจสตรีให้มารับบริการการตรวจมะเร็งปากมดลูกให้มากขึ้นในอนาคตต่อไปได้

ในการทำวิจัยเรื่องนี้ผู้วิจัยได้พยายามศึกษาและรวบรวมประเด็นที่สำคัญที่เป็นตัวบ่งชี้ถึงความ เป็นสตรี โดยอาศัยทฤษฎีด้านจิตวิทยาทางเพศศึกษา ชีววิทยา พฤติกรรมศาสตร์ ประชากรศาสตร์ สังคมวิทยาของมนุษย์ ตลอดจนขนบธรรมเนียมประเพณี สังคม วัฒนธรรมของไทยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ อุดมคติ การแสดงออกทางอารมณ์ สังคมของสตรี นำมาผสมผสานการอบรมเลี้ยงดู สังคมและวัฒนธรรมไทย เพื่อให้ตรงกับลักษณะความคิด ความเชื่อ พฤติกรรมของสตรีไทยให้มากที่สุด ซึ่งเนื้อหาเกี่ยวกับความเป็นสตรีโดยทั่วไปนั้นไม่มีผู้ใดเขียนโดยเฉพาะ ส่วนมากจะอยู่ในลักษณะการเปรียบเทียบบทบาทหญิงกับชาย และจะเน้นบทบาทของสตรีที่มีต่อครอบครัว สังคม และอื่น ๆ มากกว่าที่จะสะท้อนให้เห็นด้านความรู้สึกนึกคิด ส่วนความเป็นสตรีไทยได้จากการศึกษาหนังสือเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดู วัฒนธรรม และสังคมไทย ซึ่งผู้วิจัยพยายามศึกษาตั้งแต่สมัยสุโขทัยจนถึงปัจจุบัน แล้วนำประเด็นดังกล่าวมาประยุกต์ให้สะท้อนถึงความรู้สึกนึกคิดของสตรีไทยในปัจจุบันมากที่สุด

ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพอนามัย ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีที่มีผู้เขียนและผู้วิจัยมาก่อนแล้วหลายท่านทั้งในประเทศและต่างประเทศ ซึ่งแต่ละท่านได้เคยทำวิจัยโดยนำความเชื่อทางด้านสุขภาพอนามัยไปสัมพันธ์กับตัวแปรด้านพฤติกรรมอนามัยต่าง ๆ กัน การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำทฤษฎี

ความเชื่อทางด้านสุขภาพอนามัยของ ดร.ฮอคคอบม (Hochkaun) ดร.เลเวนทาล (Leventhal) ดร.คีเกลส์ (Kegeles) และ ดร.โรเซนสตอค (Rosenstock) ซึ่งได้รวบรวมและสร้างขึ้นเมื่อ ค.ศ.1950 (Champion 1984) นอกจากนั้นได้นำแนวคิดแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 5 และ 6 ตลอดจนเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 ได้ศึกษาเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกโดยเฉพาะ เย็บต และ ได้ศึกษาค่าใช้จ่ายที่รัฐต้องสูญเสียต่อการตรวจรักษา และรักษากรรมวิธีไปในแต่ละปีที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็งปากมดลูก เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้

กายวิภาคศาสตร์ของปากมดลูก

ปากมดลูกเป็นส่วนล่างที่สุดของมดลูกที่ติดต่อกับช่องคลอด แบ่งออกได้เป็นสองส่วนคือ

1. ปากมดลูกชั้นนอก (Ectocervix) เป็นส่วนที่ยื่นเข้ามาในช่องคลอดปกคลุมด้วย Squamous epithelium

2. ปากมดลูกชั้นใน (Endocervix) เป็นส่วนในของปากมดลูกติดต่อกับโพรงมดลูก โดยทาง Internal os ปกคลุมด้วยเยื่อบุคอลัมน์ (Columnar epithelium) และบริเวณที่มีต่อมบริเวณปากมดลูกชั้นใน (Endocervical) ที่ขับน้ำเมือกออกมาโดยเฉพาะในระยะที่กำลังตั้งครรภ์

บริเวณที่ ปากมดลูกชั้นนอก ติดกับ ปากมดลูกชั้นใน เรียกว่า รอยต่อระหว่าง สแควโมคอลัมน์ (Squamocolumnar junction) เป็นตำแหน่งที่เกิดมะเร็งของปากมดลูกบ่อยที่สุด

หลอดเลือดที่มาเลี้ยงบริเวณปากมดลูก

ได้แก่ แขนงของ หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงมดลูก (Uterine arteries) ถ้ามีการฉีกขาดของหลอดเลือดนี้จะมีเลือดออกมาก โดยเฉพาะขณะตั้งครรภ์ หรือถ้ามีมะเร็งของปากมดลูกเกิดขึ้น ส่วนระบบหลอดเลือดดำก็ควบคู่ไปกับหลอดเลือดแดง และไปเปิดเข้าหลอดเลือดดำไฮโปกัสติก (Hypogastric vein) และต่อไปยังหลอดเลือดดำ อินฟีเรีย (Inferior Vena Cava) เข้าสู่หัวใจ ส่วนเส้นประสาทที่มาเลี้ยงบริเวณปากมดลูกนั้น โดยปกติแล้วบริเวณปากมดลูกไม่มีเส้นประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวด (Pain fiber) จึงสามารถทำการตัดชั้นเนื้อที่ปากมดลูกได้โดยที่ผู้ป่วยไม่รู้สึเจ็บ แต่อาจจะมีความเจ็บปวดเกิดขึ้นถ้ามีการขยายของปากมดลูกในกรณีที่มีแรงดันไปกดต่อใยประสาทที่ผ่านทาง เพลวิด เพลกซ์ (Pelvic plexus) ทำให้เกิดการเจ็บปวดขึ้น

มะเร็งปากมดลูกหรือคอมดลูก (Carcinoma of cervix uteri or carcinoma of column uteri)

เป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดของระบบสืบพันธุ์สตรี โดยสตรีในช่วงอายุ 35-55 ปี (กาญจนา สิงห์แก้ว, 2530) แต่มะเร็งในระยะเริ่มแรกคือระยะ 0 และระยะที่ 1 พบอายุต่ำกว่านี้ประมาณ 10 ปี ซึ่งจะพบได้บ่อยในช่วงอายุ 25-45 ปี อายุน้อยที่สุดที่เคยพบสำหรับโรงพยาบาลศิริราช คืออายุ 18 ปี จากการรวบรวมของ บาร์คกิน (Parkin) ตามรายงานขององค์การอนามัยโลกได้รวบรวมสถิติของมะเร็งปากมดลูกตามภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วโลก พบว่าอายุของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกจะมีอายุ ระหว่าง 40-50 ปี แต่การเกิดมะเร็งปากมดลูกนั้นมิได้ขึ้นอยู่กับอายุของสตรีแต่เพียงอย่างเดียว ยังมีปัจจัยส่งเสริมอีกหลายประการ ซึ่ง รอทกิน (Rotkin, 1973) ได้รวบรวมลักษณะของสตรีที่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกไว้ 9 ประเภท ดังนี้

1. มักพบในสตรีที่อาศัยอยู่ในเมืองมากกว่าในชนบท ซึ่งอาจเรียกโรคนี้อีกว่า "Inner City disease"

2. มักพบบ่อยในสตรีที่ยากจนมากกว่าสตรีที่มีเศรษฐกิจปานกลางหรือดี
3. สตรีผิวดำมีโอกาสป่วยโรคนี้นี้ได้มากกว่าสตรีผิวขาว
4. สตรีมีบุตรมาก มีโอกาสเป็นโรคนี้นี้มากกว่าผู้หญิงมีบุตรน้อย หรือยังไม่เคยมีบุตร
5. สตรีที่มีเพศสัมพันธ์หรือแต่งงานแล้วเท่านั้นที่เป็นโรคนี้นี้ ยกเว้นมะเร็งบางชนิด

เช่น adenocarcinoma

6. สตรีที่มีเพศสัมพันธ์หรือแต่งงานตั้งแต่อายุน้อย เช่น ในวัยรุ่นมีโอกาสเกิดการป่วยด้วยโรคนี้นี้มากกว่าสตรีที่มีเพศสัมพันธ์ในวัยเจริญพันธุ์

7. โรคนี้นี้มักพบในสตรีที่มีประวัติของกามโรค
8. สตรีที่ตั้งครรภ์และคลอดตั้งแต่อายุน้อย
9. สตรีที่มีหลายสามี มีโอกาสเป็นโรคนี้นี้ได้มากกว่าสตรีที่แต่งงานโดยมีสามีเดียว

จากการรวบรวมลักษณะของสตรีที่เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกของ รอทกิน (Rotkin) ซึ่งได้สอดคล้องกับการศึกษาของ ลิลเลียนเฟรด (Lilienfeld, 1980) ซึ่งได้สรุปไว้ว่าการเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกจะพบในผู้ป่วยที่แต่งงานตั้งแต่อายุน้อย และการร่วมเพศครั้งแรกในสตรีอายุน้อย จะเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นโรครุนแรงกว่าการแต่งงานอายุน้อยเสียอีก นอกจากนั้น

การเปลี่ยนค้อนของสตรีบางประเภทที่เปลี่ยนค้อนบ่อย ลีเลียนเพรด ยังมิได้สรุปให้แน่นอนว่าอะไรคือสาเหตุของการเพิ่มความเสี่ยงของมะเร็งปากมดลูก

การศึกษาของ เรด (Ried, 1978) ในเรื่องอสุจิกับการเกิดมะเร็งปากมดลูก เรด (Ried) เชื่อว่าส่วนหัวของตัวอสุจิ มีส่วนทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูก ซึ่งจากการสังเกตของเขาในสตรีวัยรุ่นซึ่งมีประวัติสำส่อนทางเพศพบว่ามี การเปลี่ยนแปลงเซลล์ใหม่เกิดขึ้น อย่างเห็นได้ชัดเจนนที่เยื่อบุปากมดลูก และเมื่อนำเอาเยื่อบุบริเวณที่มีการเปลี่ยนแปลงไปทดลองเพาะกับโปรตีนของหัวอสุจิ จะพบว่าการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนมากขึ้น เขาจึงสรุปว่าอสุจิของชายนำที่จะเป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูก นอกจากนั้นการศึกษาของ สเตน (Stein, 1977) ยังสนับสนุนสมมุติฐานของ เรด ที่ว่าอสุจิเป็นตัวการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเยื่อบุที่อยู่ระหว่าง มีการเกิดใหม่ (regeneration) นอกจากนั้นบุคคลทั้งสองยังตั้งข้อสงสัยเกิดว่าสตรีที่สามีทำหมันไปแล้วมีอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกในภรรยาได้ต่ำ

การอักเสบและการติดเชื้อไวรัส เป็นสาเหตุที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่ปัจจุบันนี้ได้ตั้งข้อสงสัยว่าจะเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูกในปัจจุบัน ไวรัสชนิดนี้เรียกกันว่า ฮิวแมน เบบิลโลมา ไวรัส (Human Papilloma Virus, HPV) ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดหูดและเนื้องอกหงอนไก่ (Condyloma) ตามผิวหนัง และเยื่อบุบริเวณส่วนต่อของอวัยวะเพศกับช่องทวารหนัก (Anogenital organs) โดยเฉพาะในสตรีจะพบในบริเวณ อวัยวะเพศ ช่องคลอด และปากมดลูก ซึ่งปัจจุบันมีผู้สงสัยและมีการวิจัยกันอย่างมากมายจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดมะเร็งปากมดลูกได้หรือไม่ HPV จะติดต่อเข้าสู่ร่างกายได้จากการติดเชื้อบริเวณดังกล่าว หรือจากบุคคลอื่น เช่น จากการร่วมเพศ ระยะเวลาในการดำเนินของโรคจะใช้เวลา 3 เดือน ถึง 6 ปี เนื่องจากการเจริญเติบโตเป็นไปอย่างเชื่องช้า ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยอาจทิ้งไว้ให้หายเอง HPV มีหลายชนิดแต่ละชนิดมีการเจริญเติบโตและการลุกลามมีระยะเวลาไม่เท่ากัน เช่น เนื้องอกหงอนไก่ บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ที่เกิดจาก HPV 11, 16, 18 จะมีการเจริญเติบโตและลุกลามค่อนข้างเร็ว และมีอาการข้างเคียงได้มาก การอักเสบของปากมดลูกส่วนใหญ่เกิดจาก HPV subtype 6, 11, 16, 18 และ 25

ปัจจัยความเสี่ยงอื่น ๆ ที่ บาร์คกิน (Parkin) ได้รวบรวมไว้ก็คือ

1. เชื้อชาติ ซึ่งจากการสำรวจเขาพบว่าสตรีนิโกรซึ่งมีผิวดำ เป็นโรคนี้มากกว่าสตรีผิวขาว 2 เท่า และอัตราการตายของสตรีนิโกรมีสูงกว่าสตรีผิวขาว
2. ศาสนา พบว่าอุบัติการณ์ของโรคนี้ต่ำสุดสังเกตในสตรีชาวยิวในศาสนาเมมมอนด์ สตรีที่นับถือศาสนาอิสลามและแม่ชีในนิกายโรมันแคทอลิก

3. ระดับอาชีพของสามี (Social class) จากการศึกษาของ พาร์คิน Parkin พบว่าสตรีที่มีสามีอาชีพคลาสส์เต็นเรื่อ ชาวประมง มีสถิติการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้สูงกว่าสตรีที่มีอาชีพอื่น ๆ

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นที่ปากมดลูก

คนที่ยังไม่เคยมีบุตรรูเปิดของปากมดลูก (Cervical canal) ที่เรียกว่า รูเปิดด้านนอก (External os) จะมีขนาดเล็กคล้ายรูเข็ม แต่ถ้าเคยผ่านการคลอดบุตรแล้วจะเห็นมีรอยฉีกขาดไปทางด้านข้างได้ ถ้าแยก ด้านหน้า และ ด้านหลัง ของปากมดลูกด้วยเครื่องมือกำปากมดลูก จะเห็นปากมดลูกชันขึ้น มีสีแดง เรียกว่า อีเวอร์ชัน ออฟ เซอวิคัล (Eversion of cervix) ถ้ามองเห็นคล้ายเป็นแผลหรือรอยกลอกสีแดง ๆ ที่ปากมดลูกโดยไม่ต้องแยก ด้านหน้า และ ด้านหลัง ของปากมดลูกออก ก็เรียกว่า เซอวิคัล อีโรชัน (Cervical erosion) ซึ่งอาจจะเป็นได้จากการอักเสบเรื้อรัง หรือมีการเปลี่ยนแปลงเกิดเซลล์ใหม่ขึ้นได้ (คณะแพทยศาสตร์, 2525)

เยื่อสแควมัส เซลล์ (Squamous cell) ของปากมดลูกแบ่งเป็น 2 ส่วน คือส่วนที่บุปากมดลูกส่วนนอก ซึ่งอยู่ในส่วนต่อแนวของต่อมสุดท้าย กับเยื่อปากมดลูกส่วนใน

เมื่อเยื่อทั้งสองส่วนได้รับการกระตุ้น จากสารก่อมะเร็ง (Carcinogen) ในสภาวะแวดล้อมที่เหมาะสม เซลล์จะเปลี่ยนแปลง โดยมีความหนาขึ้น (dysplasia) และมีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะ ๆ ก่อนที่จะกลายเป็นเซลล์ใหม่ ซึ่งจะเป็นมะเร็งปากมดลูกต่อไป (สุวัณร์จันทร์จำนง, 2530)

การตรวจหามะเร็งปากมดลูกระยะแรกทางเซลล์วิทยา



เซลล์วิทยา (Pap's smear) เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการตรวจเพื่อคัดกรอง (Screen) หามะเร็งปากมดลูกและของเยื่อBUMดลูกในสตรี การตรวจหามะเร็งปากมดลูกระยะแรก เรียกว่า แปป สเมียร์ (Pap's smear) การที่เรียกเช่นนี้ก็เพื่อเป็นเกียรติแก่ Dr. George N. Papanicolaou ซึ่งจบแพทย์ที่เอเธนส์ ใน ค.ศ. 1904 (พ.ศ. 2447) ท่านมีความชำนาญทางด้านสรีรวิทยา ในปี ค.ศ. 1913 ได้ย้ายมาอยู่ที่นิวยอร์ก เป็นนักกายวิภาคศาสตร์ ในปี ค.ศ. 1917 ได้ทำสเมียร์ช่องคลอดเป็นครั้งแรกและต่อมาในปี ค.ศ. 1928 ได้รายงานการพบมะเร็งเป็นครั้งแรกโดยได้รายงานในการประชุมเรื่อง "New cancer diagnosis" พบเซลล์มะเร็งจากสเมียร์ช่องคลอดของผู้ป่วย ร.พ.หญิง รัฐนิวยอร์ก หลังจากนั้นการตรวจหามะเร็งปากมดลูกระยะแรก ทางเซลล์วิทยาได้นำมาใช้กันอย่างแพร่หลายจนถึงปัจจุบันนี้ หลักการตรวจทางเซลล์วิทยาจะอาศัยการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ จากอิทธิพลของฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรน บริเวณเยื่อปากมดลูกและบริเวณช่องคลอด ตามรอบเดือนในวัยเจริญพันธุ์และในระยะหมดประจำเดือน โดยอาศัยลักษณะของเซลล์เยื่อที่ขูดมาจากบริเวณด้านหน้าและด้านข้างของปากมดลูก (Antero-lateral fornix) ช่องคลอดที่สะอาดปราศจากการติดเชื้อ จะแปรผลได้ชัดเจนกว่าในช่องคลอดที่อักเสบซึ่งมีตกขาวมาก ๆ การใช้เซลล์วิทยาเป็นเครื่องมือคัดกรองเพื่อค้นหาการเกิดมะเร็งได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ก่อนที่จะลุกลามเปลี่ยนแปลงกลายเป็นมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเป็นภาวะที่มีการรอดชีวิตค่อนข้างต่ำ ดังนั้นการตรวจหามะเร็งปากมดลูกระยะแรกโดยวิธีตรวจเซลล์วิทยา นับว่ามีคุณค่ามหาศาลในการช่วยป้องกันการเสียชีวิตจากการเป็นมะเร็งปากมดลูกของสตรี และยังช่วยลดการสูญเสียเศรษฐกิจทั้งทรัพยากรมนุษย์ที่เป็นกำลังสำคัญของประเทศ และทรัพยากรด้านค่าใช้จ่ายของครอบครัวและของประเทศชาติลงได้

คำถามที่มักพบเสมอว่าจะเริ่มเช็คแปปสเมียร์เมื่อใด คำตอบที่ควรจะได้รับก็คือ ตรวจตั้งแต่เมื่อเริ่มมีความสัมพันธ์ทางเพศก็เช็คได้แล้ว แม้จะอยู่ในวัยรุ่นสาวก็ตาม ซึ่งปัจจุบันพบว่าสตรีมีโอกาเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์มากขึ้น จึงควรมารับการตรวจและรักษาตลอดจนเริ่มการตรวจทางเซลล์วิทยาได้เลย จะช่วยให้ค้นหาความผิดปกติได้เร็วขึ้น

ส่วนจะเช็คมะเร็งบ่อยแค่ไหน ในสหรัฐอเมริกา สตรีจะมารับการตรวจปีละครั้ง สตรีในประเทศไทยปีละ 2-3 ครั้ง สตรีในประเทศไทยควรเช็คปีละ 2 ครั้ง จะช่วยลดมะเร็งปากมดลูกระยะหลังลงหรือพามะเร็งระยะแรกมากขึ้น ข้อสำคัญจะต้องมาตรวจสม่ำเสมอจึงจะลดมะเร็งปากมดลูกได้ ในสตรีที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงหรือเคยตรวจครั้งก่อน ๆ ไม่ปกติ

ก็ควรตรวจบ่อยขึ้นตามความจำเป็น ดังนั้นถ้าใช้การตรวจทางเซลล์วิทยาและจุลกายวิภาคศาสตร์ร่วมกันจะทำให้วินิจฉัยมะเร็งได้ผลแน่นอนยิ่งขึ้น (สรรพ์ศรี เปียวุฒิ, 2528)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งปากมดลูก

สาเหตุที่แท้จริงของการเกิดมะเร็งปากมดลูกนั้น ยังไม่มีการยืนยันที่ชัดเจนว่าเกิดจากสาเหตุใด แต่ในการศึกษามะเร็งปากมดลูกในแง่ของระบาดวิทยา ได้ให้ความสนใจกับสิ่งที่น่าจะมีความเกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูกไว้หลายประการ ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้ คือ

ปัจจัยภายใน (Intrinsic Factors) ที่เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เยื่อบุปากมดลูกให้กลายเป็นเนื้องอกมะเร็ง เช่น พันธุกรรม จากการศึกษาพบว่าสตรีเพศมักจะป่วยเป็นโรคเดียวกัน หรือที่ป้องกันมักจะป่วยด้วยโรคหรือเสียชีวิตด้วยโรคคล้าย ๆ กัน (สุวัฒน์ จันทรจำนง, 2530) ส่วนอายุเป็นตัวบอกระยะเวลา และอุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้ ซึ่งมักจะพบได้บ่อยในสตรีที่มีอายุระหว่าง 35-45 ปี หรือในสตรีที่ร่วมเพศครั้งแรกที่อายุน้อย เป็นต้น

ปัจจัยภายนอก (Extrinsic factors) ที่สำคัญที่เชื่อกันว่าเป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูก คือ พฤติกรรมของคน (สุวัฒน์ จันทรจำนง, เรื่องเดียวกัน) โดยเฉพาะการไม่รักษาความสะอาดภายหลังจากร่วมเพศ บ่อยๆให้มีการล้างแฉ้อสุจิของสามี หรือบ่อยๆให้มีการอักเสบเรื้อรังโดยไม่ได้รับการรักษา และสิ่งที่กำลังสนใจกันมากอีกประการหนึ่ง คือ ระดับเศรษฐกิจและสังคมของคู่สามี ภรรยา เนื่องจากอุบัติการณ์ของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก มักจะพบในกลุ่มสตรีที่ฐานะยากจนเป็นส่วนมาก นอกจากนั้น สิ่งแวดล้อมในปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมากมาย โดยเฉพาะความเป็นอิสระเสรีในสังคมของสตรีหลาย ๆ เรื่อง และสังคมเปิดโอกาสให้สตรีมีบทบาทมากขึ้น โดยเฉพาะความอิสระในการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสังคม ปัญหาของสตรีจึงเกี่ยวข้องกับการติดเชื้อมีโรค การคุมกำเนิด การคลอด การแท้งเพิ่มมากขึ้น สตรีจึงมีความเสี่ยงต่อปัจจัยการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้หลายประการ (albino, 1984)

จะเห็นได้ว่าการเกิดมะเร็งปากมดลูกในสตรีนั้นน่าจะ มีปัจจัยส่งเสริมหลายด้าน แต่ที่น่าสนใจในการศึกษาคือ พฤติกรรมของคน ซึ่งนับว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญในการที่จะนำไปสู่การเจ็บป่วยได้โดยง่าย ซึ่งปัจจุบันนี้ได้รับการยอมรับกันว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมอนามัยที่ดี หรือดูแลสุขภาพของตนเองไม่ปล่อยให้เกิดความเจ็บป่วยได้นั้น บุคคลนั้น ๆ ต้องเกิดจากมีการรับรู้ ต่อสิ่ง

เหล่านั้นก่อนเป็นเบื้องแรก (Rosenstock, 1974) เมื่อรู้แล้ว และได้รับการยอมรับว่าสิ่งที่ตนเองปฏิบัติจะทำให้เกิดประโยชน์ ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมการปฏิบัติที่ถูกต้องต่อไปได้

ความเชื่อด้านสุขภาพกับการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกระยะแรก

ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งซึ่งมีอิทธิพลต่อการจะใช้หรือไม่ใช้บริการการป้องกันโรคที่กล่าวถึงกันตลอดมาในช่วงระยะเวลาเกือบ 40 ปี คือความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลในแต่ละคน พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคล (health related behavior) ได้รับความสนใจมาตั้งแต่ก่อนปี ค.ศ.1950 โดยกลุ่มนักวิชาการที่ทำงานด้านบริการสาธารณสุขชนมมีการสร้างทฤษฎีและรูปแบบขึ้นจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาและพฤติกรรมศาสตร์ เริ่มต้นจากเลวิน (Lewin) ได้สร้างทฤษฎีการตั้งเป้าหมาย (Theory of goal setting) ขึ้นในปี ค.ศ.1944 โดยมีสมมุติฐานว่าพฤติกรรมของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับ การมองคุณค่าของสิ่งที่ตนได้รับและผลที่จะได้รับจากการกระทำของตน (Maiman and Becker, 1974) ทฤษฎีนี้ถูกสร้างขึ้นครั้งแรกเพื่ออธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive behaviour) ของคนซึ่งใช้ทฤษฎีเพื่อหาคำตอบจากคำถามที่ว่า "ทำไมประชาชนจึงไม่มารับการตรวจสอบโรคขั้นต้น (Screening test) ก่อนที่จะเกิดอาการผิดปกติขึ้น" (ชนวนทอง สื่อสุวรรณ, 2530) ทฤษฎีความเชื่อทางสุขภาพได้ถูกพัฒนามาจากทฤษฎีจิตวิทยาของเลวิน (Lewin) ซึ่งเป็นบิดาทางจิตสังคมได้สร้างขึ้น กลุ่มนักจิตวิทยาอันประกอบด้วย ดร.ฮอคบอม (Hochbaum) ดร.เลเวนทาล (Leventhal) ดร.คีเกิลส์ (Kegeles) และ ดร.โรเซนสตอค (Rosenstock) ได้ร่วมกันนำหลักการของเลวินมาใช้เพื่ออธิบายพฤติกรรมทางสุขภาพของมนุษย์

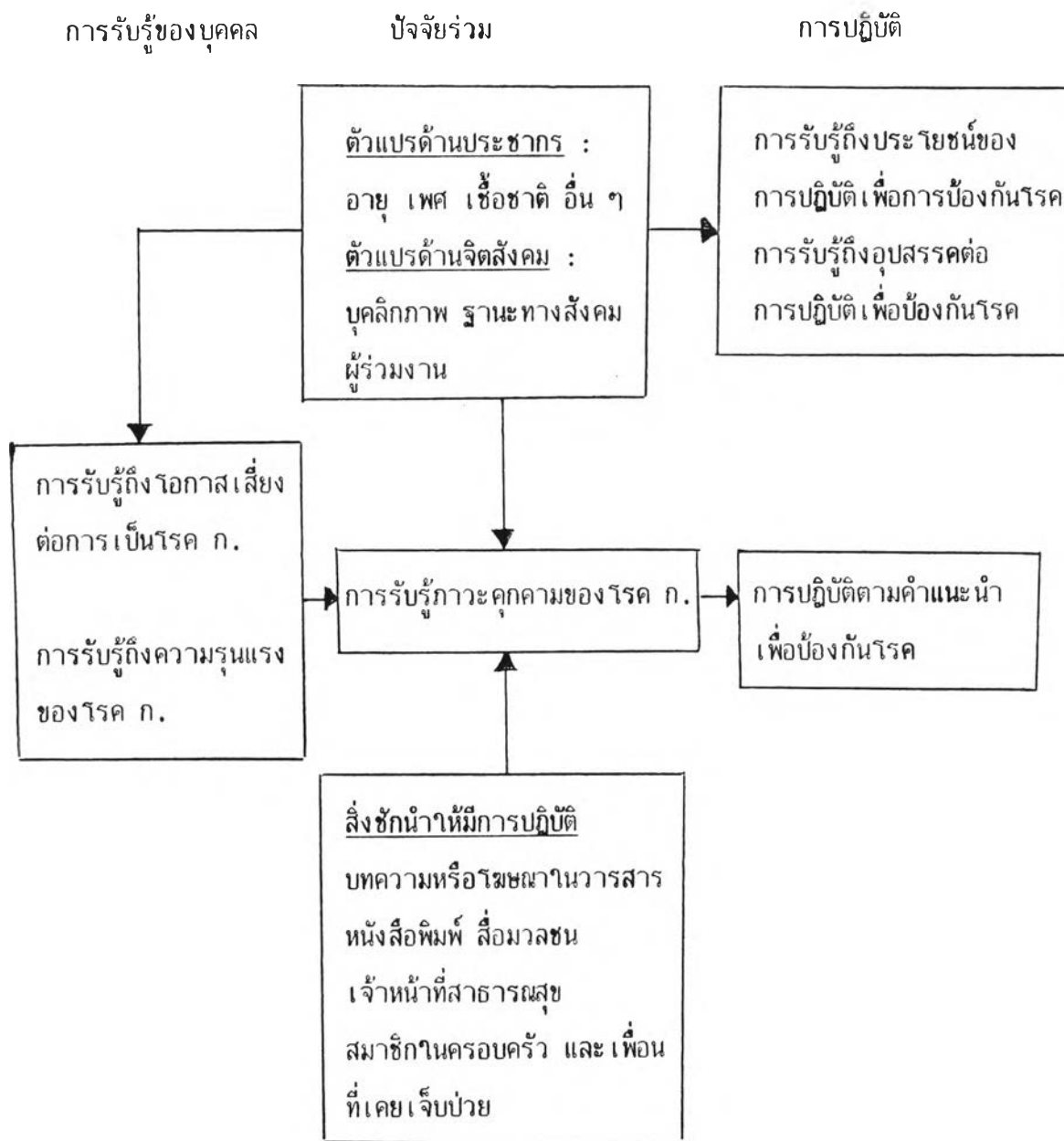
หลังจากทฤษฎีของเลวินได้มีรูปแบบที่คล้ายคลึงกันเกิดขึ้นอีก 5 รูปแบบ คือ พฤติกรรมการแสดงออก (Performance behavior) ของทอลแมน (Tolman) ทฤษฎีเสริมแรงหรือการเรียนรู้ทางสังคม (Reinforcement or Social Learning) ของรอตเตอร์ (Rotter) ทฤษฎีการตัดสินใจ (Decision Theory) ของเอดเวิร์ด (Edwards) การนำทฤษฎีแรงจูงใจมาใช้กับพฤติกรรมที่เสี่ยง (Risk-taking behavior) ของแอดกินสัน (Adkinson) และทฤษฎีวิเคราะห์การตัดสินใจของบุคคล เมื่ออยู่ในภาวะเสี่ยงและมีความไม่แน่ใจ (Maiman and Becker, 1974)

ต่อมาโรเซนสตอค (Rosenstock, 1974) ได้ผสมผสานทฤษฎีและรูปแบบเหล่านี้เข้าด้วยกัน และสร้างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพขึ้น ภายใต้นิวทิดที่ว่า การที่บุคคลจะหาทางหลีกเลี่ยงโรคหรือป้องกันโรค ขึ้นอยู่กับว่าเขาเชื่อว่าตัวเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคว่าจะทำความเสียหายให้แก่ชีวิตของเรา มองเห็นและยอมรับว่ามีประโยชน์ในการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค และประเมินความสามารถในการแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นได้ ถ้าบุคคลมีการรับรู้ถึงแบบแผนความเชื่อในด้านสุขภาพอนามัยดังกล่าว เช่นนี้แล้ว จะช่วยให้เขาเหล่านั้นมีแนวโน้มที่จะดูแล สุนัขสุขภาพของตนเองมากขึ้น แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้เน้นในจุดของการรับรู้ และบุคคลได้เล็งเห็นถึงความสำคัญ มีการคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่ตนเองจะได้รับ ตลอดจนการรับรู้ถึงอุปสรรคต่อพฤติกรรมป้องกันนั้น ๆ ได้ แบบแผนนี้ได้อธิบายโดยใช้ทฤษฎีความรู้ด้าน decision-making model เป็นพื้นฐาน (Lauver, 1987) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในระยะแรกนำไปใช้อธิบายพฤติกรรมป้องกันการโรค เช่น การตรวจร่างกายประจำปี การทดสอบเพื่อค้นหาวัณโรค การตรวจหามะเร็ง และการป้องกันสุขภาพฟัน (Becker, Drachman and Kirscht, 1974)

เบคเคอร์ (Becker) ได้ปรับปรุง แก้ไข แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใหม่เพื่อนำไปอธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วย แบบแผนนี้มีส่วนประกอบสำคัญคือ

1. ความพร้อมที่จะกระทำ ขึ้นอยู่กับ การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย
2. ความเชื่อในประโยชน์ของการกระทำนั้นว่าจะลดภาวะเสี่ยงอย่างไรได้ผล โดยคาดคะเนความสามารถทางด้านร่างกาย จิตใจ การเงินและสิ่งอื่นที่จะมา มีผลต่อการมีพฤติกรรมหรือการกระทำแล้ว
3. สิ่งชักนำให้มีการกระทำเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยที่เหมาะสม อาจจะเป็นสิ่งชักนำภายในตน เช่น ความเจ็บป่วยหรือสิ่งชักนำภายนอก เช่น สื่อมวลชนต่าง ๆ ญาติ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ซึ่งสามารถเขียนความสัมพันธ์ของส่วนประกอบเหล่านี้ให้เห็นดังแผนภูมิที่ 1 (Becker and Maiman, 1975)



แผนภูมิที่ 1 ความสัมพันธ์ของตัวแปรในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในระยะแรก
(Becker and Maiman, 1975 : 12)

การที่แต่ละบุคคลจะมีพฤติกรรมอนามัยลักษณะ ใดนั้น ขึ้นอยู่กับการเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และการรับรู้ถึงความรุนแรงหรืออันตราย

ของเจ็บป่วย ส่วนการที่จะกระทำหรือไม่ขึ้นอยู่กับว่าแต่ละบุคคลเห็นประโยชน์ของการกระทำนั้นเพียงไร และสามารถที่จะขจัดอุปสรรคที่คาดว่าจะเกิดขึ้นได้หรือไม่

นักวิจัยหลายท่านได้ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาวิเคราะห์พฤติกรรมด้านอนามัยของบุคคล ซึ่งจะแสดงให้เห็นในแต่ละองค์ประกอบของแบบแผนดังนี้

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Perceived susceptibility) มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพอนามัยทั้งในภาวะที่มีสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วย โรเซนสตอค (Rosenstock, 1974) ได้อธิบายลักษณะการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยว่า เป็นความเชื่อของบุคคลว่าตนเองมีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยได้ และเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะที่จะเจ็บป่วย จำเป็นต้องมีพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรค

ในกรณีที่เกิดการเจ็บป่วยแล้วการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน และยังสามารถเปลี่ยนแปลงได้จาก

1.1 ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรค ถ้าผู้ป่วยไม่เชื่อการวินิจฉัยของแพทย์หรือขาดความมั่นใจในแพทย์ หรือมีความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพไม่ถูกต้อง จะทำให้ทรศนะที่เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยผิดไป

1.2 การคาดคะเนว่าตนเองอยู่ในภาวะที่มีการเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย หรือมีโอกาที่จะเกิดการกลับซ้ำได้ ถ้าเขาเคยเป็นมาก่อน

1.3 ความนึกคิดของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ หรือความเจ็บป่วยโดยทั่วไป

การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย มีผลต่อการป้องกันโรค การรักษา และการส่งเสริมสุขภาพเป็นอย่างมาก บุคคลใดที่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยดี จะเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเองดี ดังเช่นที่ คีเกลส์ (Kegeles, 1963) พบว่าผู้ที่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยในระดับต่ำ จะไปพบทันตแพทย์น้อยกว่าผู้ที่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งที่สองของคีเกลส์ (Kegeles 1963) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 42 ที่ไม่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยปฏิเสธการไปพบทันตแพทย์และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58 ที่มีโอกาสรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ไปพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ถึงแม้จะไม่มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพปากและฟันก็ตาม สาลี เฉล้มวรรณพงศ์ (2530) ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพของชาวไทยมุสลิม ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่าผู้ป่วยนอกมีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยสูงกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล

สำหรับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง ฮาลาล (Hallal, 1982) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฟิงค์ ซาปิโร และโรสเตอร์ (Fink, Shapiro and Roester, 1972) ที่พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม คำนึงถึงอันตรายของโรคและเห็นประโยชน์ของการตรวจเต้านม ทำให้สตรีเข้าร่วมในโครงการค้นหา มะเร็งเต้านม ซึ่งสนับสนุนการค้นพบของ คีเกลส์ (Kegeles, 1969) ที่ว่าสตรีที่มีการรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกสูง จะมีผลทำให้ไปตรวจหามะเร็งปากมดลูกมากกว่าผู้ที่ไม่มี การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค นอกจากนี้เลวิตต์ (Leavitt, 1979) ศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพกับการใช้บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่ พบว่าตัวแปรที่ทำนายการมาใช้บริการมากที่สุดคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค ผู้ที่รู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยจะมาใช้บริการเพื่อการป้องกันสูงกว่า นอกจากนี้ฟองรัตน์ บุญญานรักษ์ (1985) ศึกษากาารใช้บริการฝากครรภ์ของหญิงมีครรภ์ในประเทศไทยพบว่าผู้ที่เคยใช้บริการฝากครรภ์มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์มากกว่าผู้ที่ไม่เคยใช้บริการฝากครรภ์ สาลี เฉลิมวรรณพงศ์ (2530) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพของชาวไทยมุสลิมพบว่าเพศหญิงมีความเชื่อด้านสุขภาพมากกว่าเพศชาย และไปใช้บริการสาธารณสุขสูงกว่า

ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงกับความร่วมมือในการรักษานั้น จากการศึกษาหลาย ๆ ครั้งของเบคเคอร์ได้สรุปว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามแผนการรักษา และมีคุณค่าในการทำนายพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยได้ (Becker, 1975) ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของเอลลิงและคณะ (Elling and Green, 1960) ที่พบว่ามารดาที่เชื่อว่าบุตรของตนมีโอกาสกลับเป็นไข้รูห์มาติกได้อีก จะให้ความร่วมมือในการให้ยาเพนนิซิลิน และพาบุตรไปตรวจที่คลินิกตามนัด และเคิร์ชท์ เบคเคอร์ และเอพีแลนด์ (Kirscht, Becker and Eveland, 1976) ยังพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคแทรกซ้อนเป็นตัวทำนายที่ดีในการมาตรวจตามนัด

2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย (Perceived severity) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพยืนยันว่า แม้ว่าบุคคลจะรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคอย่างเดียว ยังไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม แต่เขาจะต้องเชื่อว่าโรคที่เกิดขึ้นจะมีผลกระทบที่รุนแรงต่อร่างกาย และบทบาททางสังคมของเขาด้วยจึงจะเป็นแรงสนับสนุนให้มีพฤติกรรม ความ

ร่วมมือเกิดขึ้น ซึ่งการรับรู้ด้านนี้เป็นเรื่องของความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อปัญหาความเจ็บป่วยมากกว่าจะหมายถึงความรุนแรงที่เกิดขึ้นจริง (Becker, 1974) ฉะนั้นการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยจึงเป็นตัวกระตุ้นให้มีการป้องกันโรค แม้จะยังไม่ชัดเจน แต่ในกรณีที่บุคคลรู้สึกว่าจะสบาย ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยจะเป็นตัวกระตุ้นให้เขาตัดสินใจไปใช้บริการสุขภาพ (Kirscht, 1974) ดังที่ พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (1985) พบว่าหญิงมีครรภ์ที่ใช้บริการฝากครรภ์มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนมากกว่าผู้ที่ไม่ใช้บริการฝากครรภ์

ไฮน์เซลมานน์ (1962) พบว่าผู้ป่วยที่เห็นว่าไข้รูห์มาติกมีความรุนแรงเมื่อเทียบกับโรคอื่น จะให้ความร่วมมือในการรับประทานยาเพนนิซิลินเพื่อป้องกันการเกิดโรคเป็นอย่างดี เช่นเดียวกับที่ กอร์ดิส มาร์โควิทซ์ และลิเลียนเฟรด (Gordis, Markowitz and Lilienfeld, 1969) พบว่ามารดาที่ให้ความร่วมมือในการพาบุตรไปพบแพทย์ตามนัด มีความเชื่อในอันตรายของไข้รูห์มาติกมากกว่ามารดาที่ไม่ให้ความร่วมมือและการศึกษาต่อมาของ เบคเคอร์และคนอื่น ๆ (Becker and others, 1972) ก็ได้ผลคล้ายคลึงกัน คือการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการให้ความร่วมมือทั้งในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการมาตรวจตามนัด

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ (Perceived benefit) ของการป้องกันรักษา เป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่มีผลต่อความร่วมมือของผู้ป่วยในการป้องกันและตรวจรักษา ผู้ที่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำต่าง ๆ อย่างเคร่งครัด จะมีความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้น ๆ สามารถลดภาวะความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อสุขภาพได้ ซึ่ง เอลลิงและคณะ (1960) และไฮน์เซลมานน์ (1962) รายงานว่าความเชื่อในความสามารถป้องกันการกลับเป็นไข้รูห์มาติกของยาเพนนิซิลิน มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการปฏิบัติตามการรักษาอย่างเคร่งครัดเช่นเดียวกับที่เบคเคอร์และคณะ (Becker, et al. 1974) พบว่าผู้ที่รับประทานยาสม่ำเสมอ มีความเชื่อว่ายาที่ได้จากแพทย์มีประสิทธิภาพในการรักษา และการรักษาที่ได้รับอยู่มีประโยชน์ ผู้ป่วยที่เชื่อในความสามารถของแพทย์ว่ารักษาความเจ็บป่วยให้หายได้ จะไปพบแพทย์ตามนัด เหมือนกับที่กาเบรียลสัน เลวิน และเอลลิสัน (Gabrielson, Levin and Ellison, 1967) ได้รายงานการวิจัยไว้ว่าบิดา มารดาที่เชื่อถึงประสิทธิภาพการรักษาของแพทย์ จะให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการนำบุตรก่อนวัยเรียนไปตรวจตามนัด

ในด้านการศึกษา นิตยา อังกาบบุระ (2527) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย พบว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวก โดยเฉพาะด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับการปฏิบัติตน เช่นเดียวกับที่ฮาลาล (1982) ศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

เพื่อค้นหาว่า เร็วในระยะแรกเริ่มพบว่าคะแนนการรับรู้ถึงประโยชน์ในกลุ่มที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจําสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ตรวจ เช่นเดียวกับที่ พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (1985) พบว่าหญิงมีครรภ์ที่ใช้บริการฝากครรภ์เห็นประโยชน์ของการฝากครรภ์มากกว่าผู้ที่ไม่ใช้บริการฝากครรภ์ นอกจากนี้คีเกลส์ เคิร์ชท์ และโรเซนสตอค (Kegeles, Kirscht and Rosenstock, 1965) ทำวิจัยสนามเพื่อองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในโครงการตรวจคัดมะเร็งปากมดลูก พบว่าสตรีที่เข้าร่วมในโครงการส่วนใหญ่เชื่อว่า

- 3.1 แพทย์หรือการตรวจสอบสามารถค้นพบมะเร็งปากมดลูกได้
- 3.2 การทดสอบนั้นสามารถบอกได้ว่าเป็นโรคหรือไม่ ก่อนที่จะมีอาการ
- 3.3 การตรวจพบในระยะแรกเริ่ม จะช่วยให้การพยากรณ์โรคดีขึ้น

4. การรับรู้ถึงอุปสรรค (Perceived barrier) ในการที่จะมีพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ เป็นการคาดการณ์ไปล่วงหน้าในแง่ลบ อาจจะเป็นความลำบากในการไปใช้บริการต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก ไม่พอใจในบริการ ความเจ็บปวดที่อาจจะได้รับหรือความไม่สบายใจ ความไม่พร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมอนามัย เช่น ไม่ไปใช้บริการสาธารณสุขเพื่อการป้องกัน รักษา (Rosenstock, 1974)

ดังเช่นที่ฟรานซิส คอร์ด และมอร์ริส (Francis, Korch and Morris, 1969) รายงานว่ามารดาที่ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาบุตรของตนเป็นอย่างดี เป็นผู้ที่มีความพอใจในความเป็นกันเองของแพทย์ รู้สึกว่าแพทย์เข้าใจในสิ่งที่เขาไม่สบายใจ และผู้วิจัยยังพบว่าการที่มารดาพบว่าการไปพบแพทย์ไม่ได้ช่วยแก้ปัญหาให้ ขาดความสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย และ ไม่ได้รับคำอธิบายถึงการวินิจฉัยโรคเป็นสาเหตุสำคัญทำให้ไม่ให้ความร่วมมือ นอกจากนี้แอนโทนอฟสกี (Antonovsky, 1970) ยังพบว่าความกลัวเจ็บ ความไม่สบายซึ่งสอดคล้องกับการรายงานของแพทย์ที่ได้รายงานในสมาคมมะเร็งแห่งสหรัฐอเมริกาว่า เหตุผลที่บุคคลไม่ใช้บริการเพราะเห็นว่าไม่จำเป็นที่จะต้องไปตรวจ เพราะในครอบครัวไม่มีประวัติการเป็นมะเร็ง ไม่มีอาการ ไม่มีพยาธิสภาพให้เห็น ค่าใช้จ่ายในการมาตรวจ การลืมเมื่อถึงเวลานัดกลัวว่าตรวจแล้วจะพบ ตลอดจนความกลัว เครื่องมือ เครื่องใช้ในการตรวจ สถานที่ให้บริการ และ เวลาที่ต้องใช้กับการไปตรวจแต่ละครั้ง (Eyre, Harmon J. 1989) พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (1985) พบว่าหญิงมีครรภ์ที่ไม่ใช้บริการฝากครรภ์มีการรับรู้คุณสมบัติมากกว่า ผู้ที่ใช้บริการฝากครรภ์

นอกจากนั้นเบคเคอร์ คราชแมน และเคิร์ชท์ (Becker, Drachman and Kirscht, 1972) พบว่าแรงจูงใจเป็นตัวแปรสำคัญที่จะทำให้มีการร่วมมือในการรักษาเกิดขึ้น เขาจึงได้รวมมโนทัศน์ด้านแรงจูงใจเข้าไว้ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำไปใช้อธิบายหรือทำนายพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย (Becker, 1974) ดังในแผนภูมิที่ 2

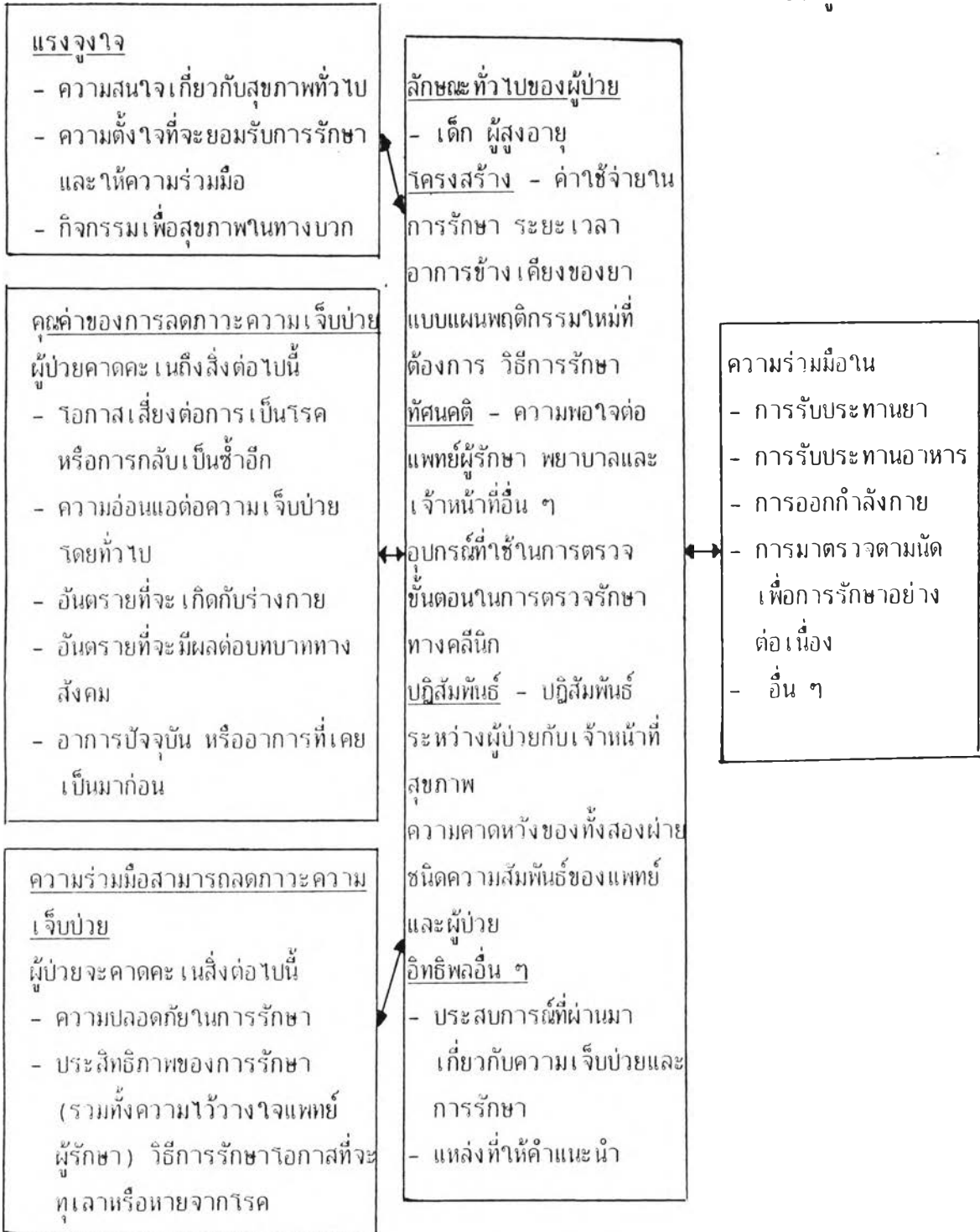




ความพร้อมที่จะปฏิบัติตาม

ปัจจัยร่วม

พฤติกรรมตามบทบาท
ของผู้ป่วย



แผนภูมิที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้ทำนายพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วย

(Becker, 1974: 416)

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation) เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการมีพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การป้องกัน การให้ความร่วมมือในการรักษา (Rosenstock, 1974) แรงจูงใจด้านสุขภาพเป็นสภาพอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการถูกกระตุ้นด้วยเรื่องของ สุขภาพอนามัย ได้แก่ ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ความต้องการให้มีสุขภาพดีตลอดไป ความตั้งใจที่จะหายจากโรค ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่ว ๆ ไป ดังเช่นที่เบคเคอร์และคณะ (Becker, et al., 1977) ทำการศึกษาการให้ความร่วมมือในการควบคุมน้ำหนักบุตร พบว่ามารดาที่รับรู้ว่าคุณสมบัติของบุตรมีโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย เห็นความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่เกิดจากความอ้วน เห็นประโยชน์ของการรักษา และวิธีการรักษา และเชื่อว่าการลดอาหารจะทำให้ภาวะเสี่ยงลดลง เด็กจะป่วยได้น้อยลง จะให้ความร่วมมือในการลดน้ำหนักเด็ก และศึกษานี้ยังแสดงให้เห็นว่าแรงจูงใจสามารถทำนายความร่วมมือของมารดาได้อีกด้วย และทำนายการไปใช้บริการเพื่อป้องกันตัว ดังเช่นที่ พวงรัตน์ บุญญาณรงค์ (1985) ศึกษาการใช้บริการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์พบว่าผู้ที่ใช้บริการฝากครรภ์มีแรงจูงใจสูงกว่าผู้ที่ไม่ใช้บริการฝากครรภ์

ในกรณีที่เป็นผู้ป่วย พวงพยอม การภิญโญ (2526) ได้ทำการวิจัยโดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยา แสดงว่าผู้ป่วยที่มีคะแนน แรงจูงใจในด้านสุขภาพสูงให้ความร่วมมือในการรับประทานยาดีกว่าผู้ที่มีคะแนนด้านนี้ต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพ ใบบแก้ว (2528) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษา กล่าวคือผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปสูง จะให้ความร่วมมือในการรักษาดีกว่า คอก (cox, 1987) ได้ทำการวิจัยเรื่องแรงจูงใจ และพฤติกรรมอนามัย เขาพบว่า บุคคลในวัยหนุ่มสาวจะมีแรงจูงใจภายในเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยสูง โดยเฉพาะเพศหญิง

6. ปัจจัยร่วม (Modifying factor) เบคเคอร์ พบว่ายังมีปัจจัยอื่น ๆ อีกที่มีผลต่อพฤติกรรมอนามัย ได้แก่ ปัจจัยทางด้านประชากร เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ เป็นต้น ปัจจัยด้านสังคมและปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่างก็มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมอนามัยด้วยกันทั้งสิ้น ทั้งในภาวะสุขภาพดีและในภาวะความเจ็บป่วย (Becker, 1974) คอก (1987) ได้พัฒนาเครื่องมือในการวัดแรงจูงใจที่มีต่อสุขภาพอนามัยของบุคคล เรียกเครื่องมือที่ใช้วัดนี้ว่า The Health Self-Determinism Index (HSDL) เขาพบว่าบุคคลที่สนใจสุขภาพของตนเองขึ้นอยู่กับแรงจูงใจภายในที่จะช่วยในกรณีตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง และนอก

จากปัจจัยที่สำคัญอื่น ๆ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะ เศรษฐกิจ ซึ่งจำเป็นต้องการพิจารณาในการดูแลสุขภาพของบุคคลได้เป็นอย่างดี

6.1 ปัจจัยทางด้านประชากร (Demographic variables) ได้แก่

6.1.1 อายุ นับว่ามีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมอนามัย จากการศึกษาของ แบลคเวลล์ (Blackwell, 1973) พบว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยส่วนมากปฏิเสธที่จะรับประทุษณียาที่มีรสไม่ดี เช่น รสขม และพบว่าความหลงลืมหรือความไม่สนใจตนเองของผู้ป่วยสูงอายุ ทำให้ขาดยาได้บ่อยครั้ง ในด้านการใช้บริการสาธารณสุขนั้น เฟรดเดอริค เอ.เคย์ และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ (1977) ได้ศึกษารูปแบบการให้บริการสาธารณสุขของประชาชนในจังหวัดสุพรรณบุรี เมื่อ พ.ศ. 2520 พบว่าหัวหน้าครอบครัวที่มีอายุมาก จะมีการใช้หมอด้ายสูงกว่าหัวหน้าครอบครัวที่มีอายุต่ำกว่า และกลุ่มบุคคลสูงอายุจะมีการใช้การรักษาแผนโบราณมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรม การใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่างไทยพุทธ ไทยจีน และ ไทยมุสลิม ของประชาชนในเขตจังหวัดพระนครศรีอยุธยาของมานพ คณะโต พบว่าทั้งคนไทยพุทธ ไทยจีน และ ไทยมุสลิม นั้น ยิ่งอายุสูงขึ้นจะยิ่งไปใช้บริการของแพทย์แผนโบราณมากกว่าผู้ที่มีอายุต่ำกว่า (มานพ คณะโต, 2525) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ คอก (cox, 1987) ที่พบว่า แรงจูงใจภายนอกที่มีอิทธิพลต่อผู้สูงอายุมากกว่าที่จะ เกิดจากแรงจูงใจภายในในการใช้บริการสุขภาพอนามัย

6.1.2 เพศ เฟรดเดอริค เอ. เคย์ และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ (1977) พบว่าเพศหญิง ไปใช้บริการของโรงพยาบาลอำเภอและโรงพยาบาลจังหวัดมากกว่าเพศชาย ทั้งที่เจ็บป่วยเล็กน้อยและเจ็บป่วยรุนแรง ซึ่งได้ผลเช่นเดียวกับการศึกษาและวิจัยที่ผ่านมาในต่างประเทศที่พบว่าเพศหญิงไปใช้บริการตรวจและรักษามากกว่าเพศชาย (Rosenstock 1974) และ เลวิตต์พบว่าเพศหญิงไปใช้บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่ เพื่อการป้องกันมากกว่าเพศชาย ในด้านการให้ความร่วมมือในการรักษา พวงพยอม การภิญโญ พบว่าเพศชายให้ความร่วมมือในการรักษาดีกว่าเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ คอก (1987) ที่พบว่าเพศหญิงสนใจสุขภาพของตนเองมากกว่าเพศชาย (พวงพยอม การภิญโญ, 2526) แสดงว่าเพศมีต่อพฤติกรรมอนามัยเช่นเดียวกัน

6.1.3 ระดับการศึกษา เป็นตัวทำนายที่ดีตัวหนึ่งต่อการมีพฤติกรรมอนามัย คาลส์และคอบบ์ (Kals and Cobb, 1966) กล่าวว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับพฤติกรรมความร่วมมือ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงย่อมมีพฤติกรรมความร่วมมือเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยสูงด้วย จากการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุขปี 2513 พบว่าผู้ที่มีเศรษฐกิจและสังคม เช่น ระดับการศึกษาและรายได้สูงกว่า มีแนวโน้มจะใช้บริการรักษาแผนใหม่ (ชินชม เจริญยุทธ, 2522) และจากการวิเคราะห์โครงการจังหวัดสงขลาของเขาวรัตน์ ประภักษ์ขาม และคณะ พบว่า

สตรีไทยมุสลิมในเขตอำเภอจะนะมีการศึกษาต่ำ เป็นเหตุให้ไม่ยอมรับบริการสมัยใหม่ต่าง ๆ รวมทั้งการบริการสาธารณสุขด้วย (เขาวรัตน์ ปรบักษ์ขาม, สมใจ ประมาทผล และจอห์น โนเดล, 2526) ในด้านการป้องกันโรค วัลลภา ผิวทน (2527) พบว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาสูงจะให้ความร่วมมือในการนำเด็กวัยก่อนเรียนมารับภูมิคุ้มกันโรคมากกว่ามารดาที่มีการศึกษาในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการใช้บริการฝากครรภ์ของหญิงมีครรภ์ของ พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (1985) ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาระดับอาชีวะและวิทยาลัยไปใช้บริการฝากครรภ์มากกว่าหญิงมีครรภ์ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า นอกจากนี้ คอก (cox, 1987) ได้พบจากการศึกษาเรื่องแรงจูงใจกับสุขภาพอนามัย เขาพบว่าผู้ที่มีการศึกษาดีมีความสนใจสุขภาพอนามัยของตนเอง และมีความรู้สึกว่าตนเองมีสมรรถนะที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ และพฤติกรรมอนามัยของตนเองได้ดีกว่า

6.1.4 รายได้ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม คาลส์และคอบบ์ (1966) กล่าวว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ ใกล้ชิดกับความร่วมมือในการป้องกันและรักษา จากการศึกษาปัญหาการใช้บริการทางการแพทย์ของชาวไทยมุสลิม มานพ คณะโต พบว่าการที่ไทยมุสลิมไม่นิยมมาใช้บริการทางแพทย์ที่รัฐจัดให้ เนื่องจากเกรงว่าจะไม่มีค่ารักษา (มานพ คณะโต, 2520) และในการพิจารณาความต้องการบริการจากคุณสมบัติของสถานบริการนั้น ๆ แล้วพบว่าในด้านความต้องการมากที่สุดนั้น ไทยมุสลิมส่วนใหญ่คำนึงถึงราคาของสถานบริการว่าจะต้องเป็นราคาที่ถูกลงเป็นคุณสมบัติแรก (มานพ คณะโต, 2525)

6.2 ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือ โคอีและเวสเซน (Coe and Wessen, 1965) กล่าวว่าการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับเจ้าหน้าที่สุขภาพที่เป็นไปในด้านลบ เป็นความล้มเหลวในการติดต่อสื่อสารและสร้างความเครียดให้ผู้รับบริการ ซึ่งทำให้พฤติกรรมความร่วมมือล้มเหลวเช่นเดียวกับที่ มานพ คณะโต (2520) ให้เหตุผลว่าการที่ไทยมุสลิมไม่นิยมมาหาแพทย์แผนใหม่ เนื่องจากความแตกต่างทางภาษา และไม่มี ความพอใจในบุคลากร จึงคงใช้การรักษาพื้นบ้านแบบมุสลิมด้วยกัน

6.3 ปัจจัยด้านสังคม อิทธิพลของสังคมโดยเฉพาะวัฒนธรรมเป็นสิ่งกำหนดพฤติกรรมมนุษย์ในสังคมนั้น ๆ ในวัฒนธรรมจะมีทั้งความเชื่อ ความศรัทธา ค่านิยม และอื่น ๆ สำหรับชาวไทยมุสลิมซึ่งนับถือศาสนาอิสลามมีวัฒนธรรมอิสลามอันเป็นวิถีการดำเนินชีวิต หรือรูปแบบของพฤติกรรม ตลอดจนสิ่งสร้างสรรค์ต่าง ๆ ที่อยู่ในขอบข่ายของคัมภีร์อัล-กุรอาน และซุนนะฮ์ (คำสั่งสอนของศาสนทูตผู้บริสุทธิ์) และมุสลิมทุกคนจะต้องปฏิบัติตามวัฒนธรรมอิสลาม (เสาวนีย์ จิตต์หมาด, 2524) รวมไปถึงการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพด้วย

สตรีกับความเชื่อด้านสุขภาพ

ปัญหาด้านสุขภาพอนามัยของสตรีเป็นปัญหาใหญ่และเร่งด่วน ทั้งนี้เนื่องจากประชากรที่เป็นสตรีมีจำนวนมากเกือบเท่ากับจำนวนเพศชาย ถึงแม้ว่าสตรีอายุยืนกว่าชายก็จริงแต่ก็มีอุบัติการณ์หลายอย่างที่ทำให้สตรีเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยค่อนข้างสูง และตามความเป็นจริงแล้ว 67% ที่สตรีเข้าไปสู่ระบบการดูแลสุขภาพนั้น จะเข้าไปเพื่อสามีและบุตรมากกว่าตนเอง (McElmurry, 1987) การให้ความคุ้มครองดูแลสุขภาพอนามัยของสตรีนั้น ต้องการทั้งปริมาณและคุณภาพ ด้านปริมาณนั้นสตรีต้องการดูแลตั้งแต่เบื้องต้นจนถึงการเจ็บป่วยและถึงแก่กรรมถ้าเป็นโรคที่ร้ายแรง เกินกว่าที่จะรักษา ส่วนคุณภาพนั้นสตรีคาดหวังว่าจะได้รับการดูแลเอาใจใส่ ได้รับคำแนะนำ สื่อสารที่ดีประกอบการตัดสินใจในการใช้บริการทางด้าน การแพทย์ การสาธารณสุข ต้องการให้มีคนเข้าใจในปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับเขา และมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพอนามัยของเขา (Leonide, 1978) แต่ปัญหาสำคัญที่เผชิญหน้าบุคลากรสาธารณสุขอยู่ทุกวันนี้ คือความล้มเหลวในการกระตุ้นหรือชักจูงให้ประชาชนหรือผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการมาติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง หรือมารับบริการสุขภาพและการป้องกันโรคที่รัฐจัดให้ (พันธุทิพย์ รามสูตร, 2531) องค์การอนามัยโลกในการประชุมคณะทำงานเมื่อปี 2529 ต้องการให้ศึกษาและวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อสืบค้นหาว่าประชาชนมีความรู้ ความเชื่อ ความคิด และความรู้สึกต่อสุขภาพของตนอย่างไร และความรู้สึกกับความรูสึกเหล่านี้สัมพันธ์กับพฤติกรรมหรือการกระทำของเขายังไร (พันธุทิพย์ รามสูตร, เรื่องเดียวกัน)

ธงชัย สันติวงษ์ (2530) ได้เขียนไว้ในหนังสือองค์การและการบริหารโดยชี้ให้เห็นพฤติกรรมของมนุษย์ว่ามนุษย์โดยทั่วไปทุกคนต่างก็มีสิ่งหนึ่งที่ลักษณะเหมือนกัน สิ่งที่เหมือนกันก็คือกระบวนการของพฤติกรรม (The process of behaviour) ถึงแม้ว่ารูปแบบของพฤติกรรมต่าง ๆ ที่แสดงออกทางมนุษย์แต่ละคนจะมีลักษณะที่แตกต่างกันไปมากมายก็ตาม แต่กระบวนการของพฤติกรรมต่าง ๆ จะมีลักษณะที่เหมือนกันเป็นพื้นฐานอยู่ในตัวของมนุษย์ทุกคน ฮาโรลด์ (Harold, Levitt J. อ้างถึงใน ธงชัย สันติวงษ์, 2530) ได้ตั้งข้อสมมุติฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ที่มีความสัมพันธ์กันอยู่ 3 ประการ คือ พฤติกรรมจะเกิดขึ้นได้ต้องมีสาเหตุและการเกิดพฤติกรรมจะเกิดขึ้นได้โดยมีสิ่งหนึ่งสิ่งใดเป็นแรงผลักดันกระตุ้นทำให้เกิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจะเป็นไปโดยมีจุดมุ่งหมายเสมอ ตัวบุคคลทุกคนย่อมจะมีกระบวนการที่เป็นกลไกของพฤติกรรมที่กล่าวมาเหมือน ๆ กันทุกคน แต่แบบพฤติกรรมที่แสดงออกโดยแท้จริงของแต่ละคนจะแตกต่างกันเสมอ การที่แตกต่างก็เพราะว่าแต่ละคนก็มีรูปแบบของตนเอง ตามระบบค่านิยมที่ทุกคนมีอยู่เฉพาะตัว เช่นมีความแตกต่างกันในเชิงปัญหา ความเชื่อ ความสนใจและแรงจูงใจ เป็นต้น

พันธุทิพย์ รามสูตร (2530) ได้กล่าวว่าความเชื่อของบุคคลขึ้นอยู่กับความรู้ที่เขามีอยู่กับข้อมูลข่าวสารที่เขาได้รับจากแหล่งที่เขาเชื่อถือ และความเชื่อของเขานั้นจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม โรคิช (Rokeach, 1970) กล่าวว่าความเชื่อเป็นส่วนประกอบในตัวบุคคล อาจจะมีหรือไม่มีก็ได้ ความเชื่อจะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของบุคคลในการที่จะกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดลงไป ถ้าได้รับการกระตุ้นที่เหมาะสม ความเชื่อของบุคคลมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการแสดงออก และความเชื่อที่เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย พฤติกรรมของบุคคลจะเกี่ยวข้องกับการรักษาสุขภาพอนามัยด้วย

รอตเตอร์ (Rotter, 1966) ได้อธิบายในเรื่องความเชื่อของบุคคลโดยอาศัยทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning theory) ที่ว่าผลตอบแทนที่ได้จากพฤติกรรมอันหนึ่งของบุคคล ย่อมก่อให้เกิดความคาดหวังว่าจะต้องได้ผลตอบแทนเช่นเดียวกับพฤติกรรมอันใหม่ ความคาดหวังเหล่านี้เกิดต่อเนื่องจากพฤติกรรม หรือเหตุการณ์เฉพาะวันใดวันหนึ่งก่อน แล้วจึงขยายไปครอบคลุมพฤติกรรมหรือเหตุการณ์อื่น ๆ จนกลายเป็นบุคลิกภาพสำคัญในตัวบุคคล ก่อให้เกิดความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน (Locus of control) ซึ่งความเชื่ออำนาจภายนอกตนเป็นบุคคลที่มีความเชื่อ หรือรับรู้ว่าการกระทำหรือสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนนั้นขึ้นอยู่กับอิทธิพลของอำนาจภายนอกตนที่ตนเองควบคุมไม่ได้ เช่น โชคชะตา เคราะห์กรรม ความบังเอิญ อำนาจเหนือธรรมชาติ หรืออำนาจผู้อื่น ตนเองไม่สามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมรอบตัว และไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ได้

ส่วนบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน เป็นบุคคลที่มีความเชื่อหรือรับรู้ว่าการกระทำหรือสิ่งต่าง ๆ ไม่ว่าจะประสบความสำเร็จหรือความล้มเหลว ที่เกิดขึ้นกับตนนั้นเป็นผลจากการกระทำหรือความสามารถของตน และเชื่อว่าตนมีอำนาจหรือความสามารถที่จะปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้ดีขึ้น หรือสามารถควบคุมเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนได้ (กรรณิการ์ กันธะรักษา, 2529)

ในประเทศสหรัฐอเมริกาในระยะ 20 ปีมาแล้ว สตรีชาวอเมริกันได้รับความสนใจสุขภาพของตนเองมากขึ้น จากสถิติแห่งชาติของสหรัฐอเมริกาได้รายงาน ว่าอายุขัยของสตรีมีอายุยืนยาวกว่าเพศชาย โดยเฉพาะสตรีชาวอเมริกันผิวขาว อายุขัยเฉลี่ย 77.3 ปี ซึ่งยืนยาวกว่าชาวอเมริกันผิวดำประมาณ 8 ปี หญิงอเมริกันที่ไม่ใช่ผิวขาวจะมีอายุขัยเฉลี่ย 73.1 ปี ซึ่งอายุจะเกินกว่าชเชออเมริกันผิวเดียวกัน 8 1/2 ปี (Albino, 1984) ส่วนอายุขัยเฉลี่ยของประชากรไทยซึ่งรวมทั้ง ชายและหญิง ทั้ง การคาดเดาประมาณประชากร สำนักงานสถิติแห่งชาติที่ได้สำรวจในปี 2524 ซึ่งคาดประมาณว่า อายุขัยของประชากรในปี พ.ศ. 2523-2528 ชายจะมีอายุขัยเฉลี่ย 60.7 ปี ส่วนหญิงมีอายุขัยเฉลี่ย 64.76 ปี (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2529)

โรคที่ทำให้เสียชีวิตของหญิงชาวอเมริกันที่พบมากเช่นเดียวกับเพศชายคือโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งโรคหัวใจเรื้อรังและสภาวะที่เกิดจากหลอดเลือดแดงแข็ง ซึ่งพบว่าปัจจัยการส่งเสริมให้เกิดโรคดังกล่าวคือ การทำงานหนักและมีความเครียด รวมทั้งปัจจัยในการส่งเสริมด้านการดำเนินชีวิตของสตรี (Leonide, 1978) เช่นเดียวกับประเทศไทยสาเหตุการตายที่ประชากรในประเทศอันดับหนึ่งได้แก่โรคหัวใจ ส่วนโรคมะเร็งทุกชนิดพบมากเป็นอันดับสอง (สถิติรายปีประเทศไทย, 2530) มะเร็งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่พบได้อีกโรคหนึ่งในทั้งสองเพศ แต่อัตราการตายของชายพบน้อยกว่าในสตรี มะเร็งที่พบมากที่สุดคนในสตรีชาวอเมริกันคือมะเร็งเต้านม ส่วนในประเทศไทยมะเร็งปากมดลูกพบมากมาเป็นอันดับหนึ่ง ซึ่งเป็นอัตราการตายและการเจ็บป่วยของสตรีมากที่สุด ถ้าสตรีมีความสนใจสุขภาพของตนเองมากขึ้น โดยเฉพาะการมารับการตรวจอย่างสม่ำเสมอ เชื่อว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกจะน้อยลง

ความเป็นสตรีกับการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกระยะแรก

มนุษย์เป็นระบบเปิดที่ถูกสร้างและผสมผสานด้วยมิติที่ค่อนข้างซับซ้อน ตั้งแต่เกิดมนุษย์มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา (King, 1981) อิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดการเรียนรู้และจะส่งผลต่อความรู้สึกนึกคิด และพฤติกรรมของมนุษย์ให้เป็นไปตามกรอบสังคมที่มนุษย์ได้สร้างขึ้น ความแตกต่างระหว่างความเป็นหญิง และความเป็นชายเป็นผลลัพธ์อย่างหนึ่งของสังคมซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลทำให้เกิดความแตกต่างดังกล่าวมีหลายประการที่น่าสนใจและน่าศึกษา ซิโมน เดอ โบวัวร์ (Simone de Beauvoir) ได้กล่าวว่าสตรีมีความสับสนซับซ้อนทั้งกระบวนการคิด จิตใจ และพฤติกรรม ความสับสนก็คือ คนอื่นไม่สามารถเข้าถึงจิตใจของผู้หญิงได้ มีความอาย มีมายา หรืออาจจะกล่าวได้ว่าสิ่งที่เธอได้แสดงออกมานั้น ไม่ค่อยตรงกับความจริงเหมือนกับเธอเล่นละคร (Simone de Beauvoir 1953 อ้างถึงใน Williams, 1983) ดังนั้นพฤติกรรมของสตรีจึงจำเป็นต้องวิเคราะห์เพื่อหาสิ่งที่สลับซับซ้อนไว้เพื่อความเข้าใจผู้หญิงมากขึ้น โดยเฉพาะการศึกษาถึงปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่หล่อหลอมความเป็นสตรี ความรู้สึกนึกคิด พฤติกรรมการแสดงออกทางอารมณ์ และสังคมของสตรี นอกจากจะได้ประโยชน์ในแง่ความเข้าใจจิตวิทยาของสตรีแล้ว ยังได้รับประโยชน์ในแง่ความรู้สึกรวมของสตรีที่มีต่อการมารับบริการ และไว้วางใจเข้ารับบริการ ตรวจมะเร็งปากมดลูกระยะแรกในการศึกษาครั้งนี้อีกด้วย

ความเป็นสตรีคืออะไร

สตรีตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525 ใช้คำว่า สตรี และได้ให้ความหมายไว้ว่า "สตรี" หมายถึง นางที่มีความซื่อสัตย์ต่อสามี เป็นธรรมเนียมที่ผู้หญิงชาวอินดูเผ่าตัวบน กองไฟพร้อมกับศพสามี เพื่อแสดงถึงความจงรักภักดีและความบริสุทธิ์

ส่วนความหมายตามพจนานุกรมฉบับภาษาอังกฤษ คำว่า สตรี ใช้ศัพท์ว่า Feminine ซึ่งมีรากฐานมาจากภาษาลาติน คือ feme, femme หรือ femmina ซึ่งจะหมายถึง women และได้ให้ความหมายไว้ 2 ประการ คือ

- 1) เป็นภรรยาตามกฎหมาย ซึ่งจะหมายถึงสตรีที่สมรสแล้ว
- 2) สตรีหรือหญิงโดยทั่วไป

ในพจนานุกรมได้ขยายความหมายของคำต่อไปอีกว่า สตรีหรือเพศหญิง เป็นผู้ที่มียุคสมบัติที่มีลักษณะนุ่มนวล อ่อนแออบบาง (delivacy) สุภาพสงบเสงี่ยม (modesty) เป็นต้น (Dictionary of English Language, 1971) ดังนั้นอาจสรุปความหมายของความเป็นสตรีได้ว่า

ความเป็นสตรี จะหมายถึงเพศที่มีความอ่อนโยน นุ่มนวล สุภาพและสงบเสงี่ยม เมื่อเป็นภรรยาแล้วจะเป็นภรรยาที่ดี มีความซื่อสัตย์และจงรักภักดีต่อสามีเป็นที่สุด

คุณลักษณะ ของความเป็นหญิงมีปัจจัยที่หล่อหลอมให้เกิดความแตกต่างจากเพศชายหลายประการ ซึ่งจากการศึกษาและค้นคว้าของผู้วิจัยได้ค้นพบปัจจัยต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

ปัจจัยสร้างเสริมลักษณะความเป็นหญิง

1. ปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม

ในการศึกษาเชิงประชากรศาสตร์นั้นทั้ง เพศชายและเพศหญิง เป็นตัวแปรที่สำคัญที่จะช่วยอธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ได้ (อมรา พงศาพิชญ์, 2529) เพศหญิงถือว่าเป็นหน่วยผลิตของสังคม เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาสังคมในรูปของการเป็นมารดา เป็นครูของบุตร ในการอบรมเลี้ยงดู สั่งสอนเพื่อสร้างให้บุตรเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าต่อสังคมและประเทศชาติ นอกจากนั้นยังเป็นภรรยาที่สนับสนุนให้กำลังใจสามี ตลอดจนการจัดสรร ควบคุมดูแลเศรษฐกิจภายในบ้านให้เพียงพอกับการใช้จ่ายในการดำรงชีวิต สตรียังทำหน้าที่ดูแลสุขภาพอนามัยของทุกคนในครอบครัว ทั้งกาย อกาตและปัญญา สตรีบางคนยังให้ความสามารถของตนเองช่วยสามีทำมาหากิน ซึ่งงานหลักในสหภาพของประเทศไทย สำหรับเพศชายและเพศหญิงก็คือเกษตรกรรม และมีภาระทำกันภายในครอบครัว แต่ปัจจุบันสตรีไทยพัฒนาตนเองได้แก่ในด้านบทบาทและสถานภาพที่เป็นอิสระจากบทบาท

ความไม่ตรงกันและความไม่แน่นอนของสตรีที่ทำงานในธุรกิจที่ไม่ใช่ครอบครัวมากขึ้น โดยทำงานในหน่วยงานราชการหรือองค์การรัฐวิสาหกิจต่าง ๆ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการเคลื่อนไหวและการพัฒนาของสตรีในสังคมไทยที่ดำเนินอย่างค่อยเป็นค่อยไปได้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในการช่วยยกสถานะภาพของสตรีไทยในปัจจุบันที่ได้มีการเปลี่ยนแปลงในหลาย ๆ ด้าน (จรรยา สุวรรณพิศ, 2531)

ครอบครัวเป็นหน่วยที่เล็กที่สุดของสังคม บทบาทของสตรีที่มีต่อครอบครัวนั้นว่ามีอิทธิพลอย่างมากต่ออนาคตของสังคมและประเทศชาติ ทราบอดที่ยังมีระบบครอบครัว บทบาทของสตรีจะแยกออกจากความรับผิดชอบต่อครอบครัวไม่ได้ (มนตรีพิศ ต้นศุภผล, 2520) ดังได้กล่าวแล้วว่า สตรีรับภาระหลายด้าน ทั้ง ๆ ที่สังคมกล่าวถึงสตรีว่าเป็นเพศที่อ่อนแอ ทั้งสภาพร่างกายและจิตใจ

ซีโมน เดอ โบวัวร์ (Simone de Beauvoir) ได้วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างหญิงกับชายในทางสตรีนั้น เขาบอกว่าไม่มีเหตุผลเพียงพอที่จะอธิบายความแตกต่างได้ แต่การที่หญิงและชายแตกต่างกันนั้นเป็นเพราะหญิงถูกกำหนดโดยกระบวนการทางสังคม เริ่มตั้งแต่การอบรมเลี้ยงดูตั้งแต่วัยเด็ก วัฒนธรรมของแต่ละสังคมนั้นกำหนดความเป็นผู้หญิงให้มีความแตกต่างจากชาย เดอ โบวัวร์ ได้กล่าวว่า "เราไม่ได้เกิดมาเป็นผู้หญิง แต่เรากลายเป็นผู้หญิง" (จรัล ตั้งศรัทธี และสุธีรา ต้นชีวันท์, 2529) เขาได้เน้นให้เห็นความสำคัญของวัฒนธรรมที่ทำให้หญิงและชายมีความแตกต่างกันในการเรียนรู้บทบาททางเพศนั้น เด็กจะเรียนรู้ได้จากประสบการณ์ตรง ด้วยเงื่อนไขของการเสริมแรงและการลงโทษ และได้จากการสังเกตแล้วทำตามแบบอย่างการประพฤติแล้วปฏิบัติตนของชายและหญิงในสังคม หรืออาจจะเรียนรู้จากกระบวนการทั้ง 2 อย่างควบคู่กันไปก็ได้ การยกย่องชมเชยหรือได้รับรางวัลเป็นการเสริมแรงการกระทำของเขาเมื่อเขามีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับเพศของตนตามที่ได้รับอบรมสั่งสอนมา การเสริมแรงและการลงโทษนี้มิได้จากพ่อแม่เท่านั้น หากมาจากญาติพี่น้อง เพื่อน รวมทั้งครูและบุคคลทั่วไปในสังคมด้วย (นิตยกุล อรรถกฤษณ, 2530)

แคปแพลนและคณะ (Kaplan and others, 1980) ได้ศึกษาเกี่ยวกับจิตวิทยาและบทบาทเพศศึกษา เขาได้ชี้ให้เห็นความแตกต่างระหว่างหญิงกับชายว่ามีความแตกต่างกันใน 3 ประเด็นคือ

1. หญิงมีกฎเกณฑ์ที่ได้รับตามธรรมชาติที่เกิดกับสภาพร่างกาย คือ การมีประจำเดือน การตั้งครรภ์ การให้กำเนิดบุตร การเลี้ยงดูบุตรด้วยนม สิ่งดังกล่าวเป็นธรรมชาติที่ส่งผลกระทบต่อหญิงทางด้านร่างกาย ส่วนจิตใจ ความรู้สึกนึกคิด เป็นสิ่งที่ถูกหล่อหลอมจากวัฒนธรรม



2. สังคมภายนอกเปิดรับชายมากกว่าหญิง ไม่ว่าหญิงในส่วนตัวประเทศใดในโลก วัฒนธรรมจะกำหนดบทบาทให้หญิงมีความรับผิดชอบเริ่มแรกก็คือ งานบ้าน และการเลี้ยงดูบุตร หน้าที่ของหญิงส่วนใหญ่มักจะรับผิดชอบงานภายในบ้าน และครอบครัวมากกว่าสังคมภายนอก และแม้แต่สังคมยังปิดกั้นในเรื่องของการทำงาน การเรียน ตลอดจนนโยบายและโครงสร้างทาง เศรษฐกิจ กฎหมาย และพิธีกรรมบางอย่างของศาสนา

3. อารมณ์ความรู้สึกนึกคิด ยังถูกกำหนดตามธรรมชาติ ยึดติดแน่นกับสิ่งเก่า ๆ การ เปลี่ยนความคิดค่อนข้างยาก (Concrete) ความคิดจะอยู่ในรูปนามธรรม อารมณ์ถูกกดเก็บเมื่อ มีทางใดที่จะระบายออก จะระบายทันที ความคิดของแคบแพลนเกี่ยวกับหญิงที่มีความแตกต่างจาก ชาย โดยมีลักษณะการถูกปิดกั้นทางธรรมชาตินั้น สอดคล้องกับแนวความคิดของออทเนอร์ (Ortner, 1983) ได้ให้แก่วิชาการเรื่องของหญิงว่าทำไมหญิงจึงดูเหมือนว่าอยู่ในสังคมปิด ซึ่งให้ แนวคิดไว้ 3 ประเด็นเช่นเดียวกันว่า

1. ร่างกายและหน้าที่อวัยวะต่าง ๆ ของหญิงนั้น อาจเรียกว่า "Species life" ซึ่งจะสนับสนุนให้เป็นสภาพที่ควรจะต้องปิดไปตามธรรมชาติเขาได้สนับสนุนแนวคิดของ เดอ โบวัวร์ ที่ว่าหญิงนั้นมีกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติด้านร่างกายหลายประการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ อณามัยของคน อวัยวะของร่างกายที่เกี่ยวข้องกับเพศหญิง เป็นแหล่งที่ทำให้เกิดความไม่สุขสบายได้ บ่อย ๆ บางคนเกิดความเจ็บปวด และ เกิดอันตราย และมีแนวโน้มที่จะเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ มีสิ่งรบกวนต่อชีวิตของหญิงได้มากมาย หญิงมีฮอร์โมนเพศที่ทำให้เกิดการเจริญเติบโตของรังไข่ และมดลูก แสดงให้เห็นถึงการเจริญเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ อวัยวะดังกล่าวทำให้มีโอกาสเกิดความไม่ สมดุลย์ของฮอร์โมนเพศได้ตลอดเวลา ในการมีประจำเดือนทำให้หญิง เกิดความไม่สุขสบาย บางคนเกิดอาการปวดอารมณ์หงุดหงิดง่าย วัฒนธรรมหรือขนบธรรมเนียมด้านความ เชื่อของหญิง บางประเทศหรือบาง เผ่าการมีประจำ เดือนจะเป็นอุปสรรคหรือต้องห้ามมิให้ออกไปนอกบ้าน ทำให้ หญิงต้องจำกัดตัวเอง ไม่ออกสังคม ในระหว่างมีประจำเดือน ในการตั้งครรภ์หญิงต้องการวิตามิน และเกลือแร่มากกว่าภาวะปกติเพื่อนำไปเสริมสร้างทารกในครรภ์ และประการสุดท้าย การคลอด บุตรเป็นความเจ็บปวดและ เสี่ยงต่อชีวิตของหญิงได้ตลอดเวลา เดอ โบวัวร์ ได้สรุปประเด็นที่หญิง เป็น "Species life" ว่าหญิงมีสิ่งที่ส่งเสริมให้เป็นทาสมากกว่าชาย

2. บทบาททางสังคมของหญิงดูเหมือนจะถูกปิดโดยธรรมชาติ ดังจะเห็นว่าเมื่อหญิงมี ครอบครัว ตั้งครรภ์ และคลอดบุตร หญิงจะต้องเลี้ยงบุตรและให้มบุตรด้วยตนเอง ระยะเวลา ที่ให้มบุตรและต้องเลี้ยงดูเด็กก่อนนั้นต้องใช้เวลา นานพอสมควร จึงต้องตัดสังคมภายนอกออกไป ใช้เวลาเลี้ยงบุตรและดูแลบ้าน ครอบครัว จนกว่าบุตรจะแข็งแรงจึงจะออกไปทำงานได้ แต่ทั้งคง

คอยดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด หญิงเป็นผู้เหมาะสมต่องานด้านนี้ และถ้ามีครรภ์ต่อไปสังคมภายนอกก็ยิ่งถูกตัดห่างออกไปอีก ออทเนอร์กล่าวว่า "หญิงคือสิ่งที่ถูกจัดไว้ภายในบ้าน"

3. สภาพจิตใจของหญิงดูเหมือนถูกปิดตามธรรมชาติ หญิงมีใช้แตกต่างจากชายแต่เพียงร่างกายและสังคมเท่านั้น ยังแตกต่างทางโครงสร้างของจิตใจ ซึ่งอาจเนื่องมาจากประสบการณ์ด้านสังคมของหญิง ที่เรียกว่า "feminine psyche" ซึ่งประกอบด้วยลักษณะ เฉพาะและจะบวกรวมธรรมชาติของหญิงที่ถูกปิดตามธรรมชาติ เข้าไว้ด้วย บุคลิกของหญิงที่มีลักษณะ ความคิดที่ยึดติดแน่นไม่เปลี่ยนแปลงความคิดง่าย ๆ มีความคิดและความรู้สึกในเรื่องนามธรรมจะ เห็นได้ว่าความเป็นหญิงนี้ยังจำกัดวิสัยให้ความสำคัญกับวัฒนธรรมมาก เขาเชื่อว่าวัฒนธรรมเป็นสิ่งหล่อหลอมทำให้หญิงมีบุคลิก มีความคิด มีพฤติกรรมเป็นไปตามวัฒนธรรมของสังคมนั้น ๆ กำหนดให้ ซึ่งตรงกับความหมายของวัฒนธรรมที่ งามพิศ สัตย์สงวน ได้ให้ความหมายของวัฒนธรรมว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ตกทอดเป็นมรดกทางสังคม ที่หล่อหลอมบุคลิกของบุคคล และเป็นแบบแผนพฤติกรรมของบุคคล (งามพิศ สัตย์สงวน 2531)

โรเซลด (Rosaldo) ได้เขียนหนังสือเรื่องสตรี วัฒนธรรม และสังคม เขาได้ชี้ให้เห็นถึงความไม่เท่าเทียมกันในด้านวัฒนธรรมระหว่างเพศชายและหญิง เขาได้เน้นถึงบทบาทของชายที่จัดตนเองให้ออกทำงานนอกบ้าน ล่าสัตว์ หรือทำงานในสังคมที่กว้างไกลกว่า ส่วนหญิงถูกกำหนดให้ทำงานบ้าน เลี้ยงลูก ปลูกผัก ทำสวนครัว (หญิงถูกสังคมมองข้าม) ส่วนชายจะแสดงออกถึงความแข็งแกร่งปกป้องอันตราย (Masculine protest) Rosaldo ได้ยกตัวอย่างให้เห็นถึงหญิงในประเทศต่าง ๆ ที่วัฒนธรรมและสังคมกำหนดบทบาทให้ เช่น หญิงในนิวกินีมีหน้าที่ปลูกมะเขือเทศชนิดหวาน ส่วนชายจะปลูกมันมือเสือ ซึ่งเป็นอาหารที่นิยมรับประทานและใช้ในงานกินเลี้ยงที่มีหน้ามีตาในเผ่า (Rosaldo, 1983)

ส่วนนิชนชาวอาหรับซึ่ง มีด (Mead อ้างถึงใน Rosaldo, 1983) ได้ศึกษาพบว่าหญิงที่มีสามีจะมีความรู้สึกที่ตนเองเป็น "ลูกสาว" ของสามี ซึ่งถือกันว่าเป็นขนบธรรมเนียมประเพณีที่เด่นชัดของชาวอาหรับอย่างหนึ่ง หญิงจะถูกเลี้ยงดูเหมือนเด็กที่ยังไม่เจริญวุฒิภาวะ นอกจากนั้นการประกอบพิธีกรรมทางด้านศาสนายังแสดงให้เห็นว่าสตรีมีความด้อยมากกว่าชายมากขึ้น เช่นเดียวกับสังคมในอาฟริกา ใน Yoruba ซึ่งศึกษาโดย ลอยด์ (Lloyd, 1965) หญิงมีหน้าที่เกี่ยวกับอาหาร ควบคุมการใช้จ่ายและออกค้าขาย เมื่ออยู่กับสามีเธอจะต้องทำเหมือนโรงเขลาเบาปัญญา ไม่ฉลาดเท่าสามี และต้องเชื่อฟังสามีทุกประการ เมื่อเวลารับประทานอาหารจะคุกเข่าส่งอาหารให้ขณะสามีนั่งอยู่ การแบ่งชั้นโดยอาศัยบทบาทของความเป็นชายและหญิงนี้ มีความ

แตกต่างกว่าหญิงในแถบยุโรป ซึ่งจะมีความเชื่อมั่นตัวเองสูง ถึงแม้จะยังทำหน้าที่เป็นแม่บ้านเหมือนสตรีประเทศอื่น ๆ ก็ตาม

เบเกน (Bakan) ได้เสนอแนวคิดในเรื่องรูปแบบของความเป็นหญิงและชายว่าชายนั้นจะมีลักษณะเป็นผู้นำที่จะกระทำเพราะมีอำนาจที่เหนือกว่า (Agency) ส่วนหญิงนั้นจะมีความหมายถึงการมีส่วนร่วม (Communion) การเป็นผู้นำที่จะกระทำ หมายถึง คุณลักษณะของบุคคลในเชิงคุณภาพด้านการป้องกันตนเอง คือดึงเอาแต่ใจตนเอง (self-assertion) ความมีอำนาจและความต้องการเป็นใหญ่ ส่วนการมีส่วนร่วมของหญิงนั้น เบเกน หมายถึงคุณภาพด้านการมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ความมีปฏิสัมพันธ์ การรวมกลุ่มกัน ความกลมเกลียวกันซึ่งจะมีความหมายด้านความสัมพันธ์ในระหว่างบุคคลและสังคม ส่วนรูปแบบหนึ่งที่พาร์สันและเบเรส (Parsons and Bales 1955) ได้ให้คำศัพท์เฉพาะเพื่อแสดงความหมายของความเป็นชายและหญิง โดยให้ความหมายในแง่ของพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก คำศัพท์ที่แสดงความหมายของความเป็นชายว่าเปรียบเสมือนเป็นเครื่องมือ (instrumental) เป็นการกระทำที่มีเป้าหมาย ส่วนหญิงนั้นจะใช้คำว่า Expressive ซึ่งจะหมายถึง Expressive behaviour จะออกมาในลักษณะการสนับสนุนระดับประคอง ตอบสนองสิ่งที่มากระตุ้น มีปฏิสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ของบุคคลอื่น ตลอดจนการอบรมเลี้ยงดูบุตรและดูแลบุคคลในครอบครัว การปลุกฝังมาชีวิตเพื่อความพอใจของผู้อื่น ขาดความเป็นอิสระทางความคิดเนื่องจากสถาบันการมีครอบครัว

ส่วนพาร์สันได้เพิ่มเติมจากของ เดอ โบวัวร์ คือหญิงจะหัวอ่อน ว่าง่าย ไม่ก้าวร้าว ความคิดเรื่องหญิงชอบความสวยงาม แนวความคิดของ เดอ โบวัวร์ สอดคล้องกับ วริยา ตีรยานนท์ ชินวรรณ (2529) ได้เขียนเรื่องผู้หญิงกับการแพทย์และการสาธารณสุข กล่าวว่าภาพพจน์ที่สังคมคาดหวังให้ผู้หญิง เป็นคือผู้หญิงต้องปรุงแต่งรูปโฉมให้สะอาดตาเพศตรงข้าม หลังจากประสบผลสำเร็จผูกมัดใจชายคนใดคนหนึ่งแล้ว เธอก็จะแต่งงานเป็นแม่ เป็นผาไป หลังจากนั้นก็จะเลิกทำงานนอกบ้านหันมาสนใจแต่งานดูแลบ้าน ทำอาหาร รับใช้สามี ำให้กำเนิดบุตร และ เลี้ยงดูบุตร แต่ปัจจุบันสังคมได้ยอมรับให้หญิง ได้มีโอกาสทำงานนอกบ้านมากขึ้น เพราะความจำเป็นทางเศรษฐกิจ ความรักภักดี รักงามจึงต้องหันกลับมาปรุงแต่งอีกเพื่อเข้ากับสังคมภายนอก

สเปนซ์ (Spence, 1975) ได้สร้างแบบสอบถามเพื่อศึกษาคุณลักษณะความเป็นหญิงและชายให้ชื่อแบบสอบถามนี้ว่า The Personal Attributes Questionnaire หรือ PAQ ซึ่งสเปนซ์ได้คัดเลือกข้อความที่ตรงกับความเป็นหญิงมากที่สุดทั้งหมด 16 ข้อ คือไม่เป็นคนก้าวร้าว มีอารมณ์อ่อนไหวง่าย ไม่สามารถปกป้องตนเองได้ ไร้อำนาจ ต้องการความช่วยเหลือจากคนอื่น ตื่นเต้นง่าย แม้จะเป็นเรื่องที่ไม่จำเป็นมากนัก ไม่อยากที่จะแข่งขันกับใคร มีความผูกพันกับงานบ้าน

ไวต่อปฏิกิริยาของผู้อื่น ตัดสินใจยาก แก้ปัญหาในสิ่งที่ยุ่งยากไม่ค่อยได้ ขาดความเชื่อมั่นตนเอง มีความรู้สึกด้อย เข้าใจคนอื่นยาก มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นดี และมีความต้องการความปลอดภัยสูง ในทางจิตวิทยานั้นเชื่อว่าพฤติกรรมทุกอย่างของมนุษย์เป็นผลมาจากความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลมีต่อตนเอง และความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตนเองมีส่วนเกี่ยวข้องกับเจตคติ ความคิด ความเข้าใจ และความสำนึกที่บุคคลมีอยู่ หากบุคคลมีความมั่นคงทางด้านจิตใจจะมีความรู้สึกนึกคิดของตนเองตามความเป็นจริง (ทัศนาศ บุญทอง, 2528) ส่วนเจตคติจะควบคู่ไปกับความสนใจตัวมันเอง ซึ่งจะเป็นตัวผลักดันให้คนมีกิจกรรมในเรื่องใดเรื่องหนึ่งมากขึ้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับโอกาสและประสบการณ์ที่คนได้รับในช่วงชีวิตที่ผ่านมา จะช่วยก่อให้เกิดความรู้สึกนึกคิดทั้งทางบวกและทางลบ และการแสดงออกถึงความรู้สึกนั้น ๆ จะเป็นหนทางสำคัญทางหนึ่งที่จะช่วยให้เราเข้าใจค่านิยมของผู้อื่นแสดงความรู้สึกนั้นออกมาได้ดียิ่งขึ้น (พีลส์ หนัมาคินท์ 2521)

กอร์นิก (Gornick, 1971) ได้สนับสนุน เดอ โบวัวร์ ในแง่วัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อความเป็นหญิงว่าในโลกของความจริงโลกนี้ดูเหมือนจะเป็นโลกของชาย หญิง เป็นเพียงส่วนหนึ่งของโลกนี้ที่เปรียบเสมือนคนอื่น หรือเป็น "คนนอก" รู้สึกว่าตนเองด้อยในสังคม วัฒนธรรม จัดให้หญิงอยู่ในมุมหนึ่งของโลก ไม่จัดเข้าเป็นพวกเดียวกับชาย ทำให้หญิงขาดความมั่นใจและไม่ยอมรับนับถือตนเอง มีความอาย หญิงจะไม่คิดอะไรไกลไปกว่าเรื่องของบุตร สามี และครอบครัว เป็นผู้สนับสนุนสามี เธอจะดำรงชีวิตอยู่ภายใต้ความคุ้มครองของสามี หญิงมีความมุ่งมั่นที่จะทำหน้าที่ในบทบาทของภรรยาและแม่ของลูกให้สมบูรณ์ที่สุด งานบางอย่างที่หนักเกินไปไม่เหมาะสมกับความเป็นหญิง โดยเฉพาะขณะตั้งครรภ์ชายจึงเลือกงานที่เบาให้ สิ่งเหล่านี้ก็เป็นการแบ่งแยกแตกต่างระหว่างเพศ (Kaplan, 1981)

กาตุจนา แก้วเทพ (2528) ได้เขียนบทความเกี่ยวกับข้อพิจารณาในการวิเคราะห์ปัญหาสตรีในเชิงเศรษฐศาสตร์การเมืองและวัฒนธรรม กาตุจนาได้บ่งชี้ให้เห็นอิทธิพลของวัฒนธรรมที่ทำให้เกิดความไม่เสมอภาคระหว่างชายกับหญิงว่าวัฒนธรรมของความไม่เสมอภาคระหว่างชายกับหญิงนั้น ได้ด้วยการถ่ายทอดจากคนรุ่นหนึ่งไปอีกรุ่นหนึ่งต่อ ๆ กันไป เป็นการถ่ายทอดอำนาจให้ฝ่ายชายในสังคมนี้มีความเก็บกดเก็บความรู้สึกทางเพศ ซึ่งเด็กชายมีต่อแม่ในวัยเด็ก การเก็บกดความรู้สึกเรื่องเพศของชาย มีผลทำให้ชายแสดงออกโดยการใช้อำนาจ ในขณะที่เด็กผู้หญิงมีวัฒนธรรมกำหนดให้หญิงเก็บแม่ อยู่ใต้อำนาจชาย และถูกกีดกันออกจากกระบวนการของชาย หญิงจึงหันมาสนใจแต่เฉพาะ เรื่องความสวยความงามของตนเอง ซึ่งสอดคล้องตามแนวทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของฟรอยด์ ซึ่งซีกวัลด์ บัญพงษ์ และคณะ (2524) ได้เขียนอธิบายไว้ในหนังสือ เพศศึกษาแผนใหม่ไว้ว่า ในวัยเด็กตั้งแต่เกิดจนถึงอายุประมาณ 5-6 ขวบ เด็กจะมีบุคลิกพื้นฐานไปจากครอบครัว

และมีพัฒนาการสัญชาตญาณเป็นจุดเด่น สัญชาตญาณที่นี้พรอยด์จะเพ่งอยู่ที่ "สัญชาตญาณทางเพศ" (Sexual instinct) เป็นส่วนใหญ่ซึ่งเรียกกระษณะนี้ว่า Pnallie stage พรอยด์ได้อธิบายว่า เด็กผู้หญิงจะรู้สึกแข่งขันกับแม่แสดง เป็นปฏิสัมพันธ์กับแม่ที่เป็นเช่นนี้ขึ้นอยู่กับปฏิกิริยาของเด็กหญิงที่พบว่าเด็กชายมีอวัยวะเพศที่ต่างจากตน การค้นพบความจริงดังกล่าวทำให้เกิดการสะเทือนใจ ความรู้สึกว่าตนเองมีค่าน้อย เด็กหญิงจะวาดภาพเอาเองว่าตนได้สูญเสียบางสิ่งบางอย่างที่มีค่าไป ทำให้มีความรู้สึกที่ตนเองมีมด้อย และสับสน (Bardnick, 1971)

ส่วนเอเดเลอร์ (Adler อ้างถึงใน นวลละออ สุภาพล 2527) มีความเห็นแตกต่างจากพรอยด์ในเรื่องของพฤติกรรม เอเดเลอร์ไม่เห็นด้วยกับพรอยด์ที่เน้นเรื่องเพศว่ามีบทบาทเกือบทั้งหมดในการแปรพลังพฤติกรรม เขาเสนอว่ามนุษย์เกิดมาเพื่อสังคม ได้รับแรงจูงใจจากสังคมไม่ใช่จากความสนใจเรื่องเพศ ความรู้สึกด้อยของมนุษย์เกิดจากปัจจัยหลายประการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ความคิดของเอเดเลอร์ได้รับการยอมรับจากนักจิตวิทยาหลายคน โดยมุ่งให้ความสำคัญของสิ่งแวดล้อมที่มีต่อพฤติกรรมของมนุษย์มากกว่าเกิดมด้อยเรื่องเพศ ที่ได้รับการปลูกฝังมา

2. ปัจจัยด้านชีวเคมีและสรีรวิทยา

โรซาลโด (Rosaldo, 1983) ได้ให้ข้อสังเกตของความไม่เท่าเทียมกัน ระหว่างชายและหญิงว่าต่างกันนั้นมีปัจจัยที่เป็นอิทธิพลพื้นฐานหลายประการ แต่สิ่งหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความเป็นหญิงในด้านกายภาพและสรีระวิทยา อีกปัจจัยหนึ่งก็คือ ชีวเคมี เช่น ฮอร์โมนเพศจะมีความสำคัญต่อบทบาททางเพศ ชีวเคมีจะมีอิทธิพลต่อสภาพร่างกายของสตรีให้เจริญเติบโตอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ พร้อมทั้งจะเป็นภรรยาและเป็นมารดาของบุตร เช่น การมีประจำเดือน มีการตั้งครรภ์ และมีน้ำนมสำหรับเลี้ยงลูก ชีวเคมีมีความสำคัญต่อความเป็นหญิงแต่เพียงด้านกายภาพและสรีรวิทยา ดาวัน (Darwin's) ได้ศึกษาหาความแตกต่างระหว่างเพศของมนุษย์ เขาได้ใช้หลักวิทยาศาสตร์ประกอบกับการสังเกตพฤติกรรมที่แตกต่างกันระหว่างหญิงและชาย จากการศึกษาเรื่องความเฉลียวฉลาดของมนุษย์ พบว่าหญิงมีความเฉลียวฉลาดน้อยกว่าชาย เขาพยายามที่จะหาคำตอบให้ได้ว่าทำไมจึงเป็นเช่นนั้น แต่ก็ยังหาคำตอบที่ชัดเจนไม่ได้ ได้แต่เพียงคิดว่าสมองของหญิงนั้นมีขนาดเล็กกว่าชาย อย่างไรก็ตามอีลลิส (Ellis, 1925) และคณะได้อธิบายไว้ว่าขนาดของสมองจะสัมพันธ์กับน้ำหนักของร่างกาย เขาจึงหันมาศึกษาส่วนที่สำคัญของสมองแล้วสรุปว่าสมองส่วนหน้า (Frontal lobe) เป็นที่ตั้งของศูนย์ควบคุมความฉลาดไหวพริบ และได้พบว่าสมองส่วนนี้ในชายจะพัฒนามากกว่าหญิง ส่วน Parietal lobe ในหญิงจะพัฒนาดีกว่าชาย ซึ่ง Parietal lobe จะเป็นศูนย์ที่เกี่ยวข้องกับการพูด หญิงจึงทักษะในการใช้ภาษาและเลือกใช้ภาษาดีกว่า (Leonide, 1978)

การศึกษาด้านชีววิทยาและพฤติกรรมระหว่างเพศชายและเพศหญิงนั้น Kaplan ได้กล่าวว่าชีวเคมีจะมีอิทธิพลต่อลักษณะทางกายและระบบประสาท ชีวเคมีจะทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศโดยเฉพาะฮอร์โมนเพศ ชีวเคมีที่สร้างจากต่อมต่าง ๆ ทำให้เกิดความแตกต่างระหว่างเพศ เพศชายนั้นมีระดับฮอร์โมนแอนโดรเจนสูงกว่าเพศหญิง ส่วนในเพศหญิงจะมีเอสโตรเจนที่สูงกว่าชาย ฮอร์โมนเพศหญิงนี้ทำให้หญิง เมื่ออยู่ในวัยเจริญพันธุ์มีประจำเดือน สามารถตั้งครรภ์ และเลี้ยงบุตรด้วยน้ำนมตนเองได้ มีนักชีววิทยาเช่น รอสซี (Rossi, 1977) ได้พยายามศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างอิทธิพลของฮอร์โมนเพศที่ทำให้เกิดพฤติกรรมต่าง ๆ ของคน การศึกษาของเขาใช้อภิปรายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นค่อนข้างยาก เพียงแต่ให้แนวคิดว่าการระดับฮอร์โมนเปลี่ยนแปลงไปอาจจะทำให้พฤติกรรมของคนเปลี่ยนแปลงไปด้วย

ซูการ์ (Sugar, 1974) ได้เขียนหนังสือเรื่องการพัฒนาในสตรีวัยรุ่นซูการ์ได้อ้างถึงการศึกษานอง แมคคอบีและแจคกรีน (Maccoby and Jaklin, 1974) ซึ่งได้รายงานความแตกต่างระหว่างชายและหญิงไว้หลายประการ เช่น เด็กหญิงจะมีทักษะกว่าชายในด้านการสื่อสาร การติดต่อสังคม การให้คำแนะนำช่วยเหลือซึ่งแสดงถึงความสามารถในการพูด การใช้คำพูด เป็นต้น ส่วนเด็กชายจะมีความเด่นกว่าเด็กหญิงในด้าน ความมั่นใจ ความภาคภูมิใจในตนเอง มีความแข็งแรง ด้านร่างกาย แสดงออกซึ่งความมีอำนาจและความเป็นผู้นำ รู้จักวิเคราะห์ เสาะแสวงหาในสิ่งที่ต้องการอยาก رؤ้อยากเห็น มีความก้าวร้าว ดื้อรั้น และชอบกระราน มีแรงจูงใจไม่สัมฤทธิ์และมีทักษะด้านคำนวณมากกว่าหญิง บาร์ดนิค (Bardnick, 1971) ได้อธิบายถึงเหตุผลที่หญิงขาดความมั่นใจในตนเองนั้น อาจจะเกิดจากความกลัวที่จะต้องพึ่งพาคนอื่น จึงไม่กล้าที่จะตัดสินใจทำอะไรและไม่มีแรงจูงใจที่จะทำให้ประสบผลสำเร็จเหมือนชาย นอกจากนั้นหญิงมักจะมีลักษณะ ไม่อยากโต้ตอบไม่กล้าที่จะเผชิญหน้าและแก้ปัญหา และมักจะหาทางออกโดยการปฏิเสธ

สุพัตรา สุภาพ (2525) ได้เขียนหนังสือเกี่ยวกับสังคม วัฒนธรรมไทย ค่านิยม ครอบครั้ว ศาสนา ประเพณี ได้จำแนกความแตกต่างระหว่างหญิงและชายไว้หลายด้าน เช่น ด้านร่างกายชายจะแข็งแรงกว่าหญิง ชายสามารถยกหรือแบกของที่มีน้ำหนักมาก ๆ ได้ เล่นกีฬาเหนือกว่าหญิงเกือบทุกประเภทชายมีความแข็งแรงว่องไวกว่า ส่วนการประสบความสำเร็จหรือความเป็นอัจฉริยะนั้น ชายจะได้เปรียบกว่าเนื่องจากชายได้มีความสัมพันธ์กับโลกภายนอกมากกว่าส่วนหญิงจะอยู่ในวงแคบ ปัจจัยอื่น ๆ ที่เป็นอุปสรรคในด้านการจำกัดขอบเขตทางความคิด คือ โอกาส กฎหมาย สังคม การมองตนเองของหญิงเอง (body Image) ทำให้ขอบเขตถูกจำกัดให้แคบเข้า ดังนั้นด้านความคิดสร้างสรรค์ การมองการณ์ไกล ชายจึงได้เปรียบกว่าหญิง

ลีโอนิด (Leonide, 1978) ได้อธิบายถึงอิทธิพลที่มีต่อความเป็นหญิงว่าวัฒนธรรมเป็นสิ่งสำคัญที่เป็นมรดกตกทอดที่หญิงได้รับมาจากสังคม เริ่มตั้งแต่ทารกคลอดออกมาจากครรภ์มารดา จะเริ่มแยกเพศกันตั้งแต่เริ่มคลอด จะเห็นว่าจากคำถามแรกที่จะได้ยินคือ "ลูกผู้ชายหรือหญิง" สิ่งแวดล้อมของสังคมจะเริ่มมีส่วนเข้ามาตั้งแต่เด็กคลอด การเข้าร่วมของสังคมโดยตรงจากความสัมพันธ์ระหว่างทารกกับแม่ ต่อจากนั้นบิดามารดาก็จะเลี้ยงดูบุตรชายหญิงไม่เหมือนกัน เด็กหญิงจะใช้วิธีการสัมผัสที่แผ่วเบา เล่นด้วยความนุ่มนวล ถ้าเป็นเด็กชายก็จะเล่นด้วยรุนแรง การตั้งชื่อ การเลือกเสื้อผ้า สีสนับ รูปทรงของเสื้อผ้า ทรงผม ถ้าเด็กชายจะตัดผมสั้น ส่วนเด็กหญิงจะนิยมให้ไว้ผมยาว ผูกโบว์สีสวยงาม นอกจากนั้นการเลือกของเล่นให้เด็กชายและเด็กหญิงก็จะไม่เหมือนกัน จะแยกความแตกต่างระหว่างของเล่นชัดเจนมากขึ้นเมื่อเด็กอายุ 3-4 ขวบขึ้นไป เด็กหญิงจะเล่นตุ๊กตา ตุ๊กตาที่เด็กหญิงเล่นก็คือสัญลักษณ์ของความเป็นผู้หญิงที่ละเอียดอ่อน หลงตัวเอง และเป็น การตอกย้ำว่าบทบาทของเธอเมื่อเติบโตขึ้นก็คือความเป็นมารดา (จิรติ ดิงศภิกขัย, 2529) ส่วนเด็กชายมักจะเลือกประเภทที่ใช้ความคิด สร้างสรรค์ต่าง ๆ ต่อเมื่อเด็กอายุ 6-7 ขวบขึ้นไป การพัฒนาการของเด็กเจริญมากขึ้น การเลือกของเล่นจะพัฒนามากขึ้น เด็กหญิงจะเล่นขายข้าวแกง เล่นตุ๊กตาสมมติตนเองเป็นแม่ เขียนแบบมารดาที่เลี้ยงน้องหรือดูแลตน หรือบทบาทของมารดาที่ตนเห็นเป็นประจำ ส่วนเด็กชายทักษะในการเล่นเคลื่อนไหว สายตาพัฒนาขึ้น เด็กชายจะชอบเล่นในสิ่งที่ท้าทายความสามารถ การตัดสินใจและความรุนแรง ความรวดเร็ว เช่น การวิ่ง การเตะฟุตบอล สิ่งเหล่านี้จะสร้างความสามารถที่เหนือกว่าเด็กหญิง และแสดงออกถึงความก้าวร้าว

บิดามารดาคาดหวังให้เด็กชายพัฒนาความเป็นอิสระ ความเชื่อมั่นตนเอง และรักการต่อสู้ ต้องการให้เขาเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่เข้มแข็งในการประกอบอาชีพเลี้ยงดูภรรยาและครอบครัว ในขณะที่คาดหวังให้เด็กหญิงมีความสนใจในความเป็นอยู่ของผู้อื่น รู้จักเอาอกเอาใจ สุภาพ เรียบร้อย และเชื่อฟังอิทธิพลที่สร้างเสริมบุคลิกของเด็กเหล่านั้นนอกจากจะเลียนมาจากบุคคลในบ้านแล้ว เด็กยังได้รับจากหนังสือภาพยนต์ โทรทัศน์ ซึ่งจะแสดงถึงความแตกต่างทางเพศได้ชัดเจน เด็กจะพบว่าหญิงและชายดำเนินชีวิตอย่างไร แม่จะต้องหุงหาอาหารทำงานบ้านเลี้ยงดูบุตร ดูแลสมาชิกในครอบครัว ส่วนชายจะออกทำงานนอกบ้าน เป็นผู้นำ และเก่งกล้าสามารถ นอกจากนั้นประสบการณ์ที่ได้รับจากโรงเรียนก็เป็นส่วนหนึ่งที่เป็นประสบการณ์ตรงที่เด็กได้รับให้เห็นถึงความแตกต่าง การจัดกลุ่มโดยแบ่งเป็นเพศของนักเรียน เด็กยังจะเห็นความแตกต่างได้มากขึ้น ส่วนความสามารถในการเล่นที่เด็กหญิงจะดีกว่า ความจำดีกว่า ส่วนการคำนวณเลข จะดีกว่า

ลีโอนิด ได้สรุปว่า อิทธิพลที่มีต่อความเป็นหญิงคือปัจจัยที่สำคัญสองประการคือกลุ่มที่ตนเองเป็นสมาชิกอยู่กับวัฒนธรรมที่กลุ่มได้สร้างขึ้น (Leonide, 1978) เมื่อหญิงได้รับอิทธิพลจากกลุ่มและวัฒนธรรมของกลุ่มในการแบ่งแยกเพศ และบทบาททางเพศแล้วสิ่งเหล่านี้สร้างบุคลิกอุปนิสัย ความรู้สึกนึกคิด คุณค่า ซึ่งเป็นมโนทัศน์ของบุคคลซึ่งมีส่วนกำหนดพฤติกรรมของบุคคลในการติดต่อกับโลกภายนอก ตลอดจนอุดมคติของหญิงให้มีความเหมือนและแตกต่างจากชายในหลาย ๆ ประการด้วยกัน (พาริดา อิมราฮิม, 2525) การศึกษาธรรมชาติของมนุษย์อย่างละเอียดตามแนวทฤษฎีพื้นฐานต่าง ๆ รอยด์ (รอยด์อ้างถึงใน ทศนา บุญทอง, 2528) กำหนดข้อตกลงเบื้องต้น (Basic assumption) เกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ในข้อที่หนึ่งและสองว่ามนุษย์ประกอบด้วย ชีวิต จิตใจ สังคม และเป็นหน่วยเดียวที่ไม่สามารถแบ่งแยกได้ ความเป็นหนึ่งเดียวกันจึงส่งผลให้หญิงมีความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ อุดมคติ ตลอดจนพฤติกรรมแตกต่างจากชายเห็นได้อย่างชัดเจน

3. อิทธิพลจากความเชื่อ

ก่อนที่จะรับอิทธิพลจากชาวตะวันตกเข้ามานั้น ไทยเป็นสังคมเกษตรกรรม มีระบบเศรษฐกิจเป็นแบบพึ่งตนเอง ปัจจัยในการผลิตคือที่ดินและแรงงาน ทำให้คนเป็นสิ่งสำคัญมากอย่างหนึ่งในการผลิต ต่อมาในสมัยอยุธยาเมื่อเศรษฐกิจและสังคมขยายตัวมากขึ้น การควบคุมกำลังคนจึงมีการเปลี่ยนแปลงมาเป็นการแบ่งชนชั้นของคนในสังคม เป็นผลให้สังคมไทยมีโครงสร้างทางสังคมประกอบด้วยชนชั้นเจ้าขุนมูลนาย ซึ่งเป็นผู้ปกครอง มีระบบชั้นไพร่ ทาส การที่แบ่งคนเป็นชนชั้นต่าง ๆ ก็เพื่อกำหนดสิทธิและหน้าที่ตามสถานะของคนในสังคม ต่อมาสมัยต้นกรุงรัตนโกสินทร์ไม่แตกต่างจากสมัยอยุธยามากนัก ดันรัชกาลพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้า ระบบศักดินาและระบบไพร่ยังเป็นสิ่งควบคุมสังคมอยู่ สิ่งสะท้อนความคิดและความเชื่อของคนไทยโดยทั่ว ๆ ไปในยุคนั้นรัตนโกสินทร์ดูคล้ายเป็นวิทยาศาสตร์ เพราะสนใจเรื่องโลกและจักรวาล แต่เนื่องจากความคิดพื้นฐานของคนไทยยุคนี้มิได้เป็นนักวิทยาศาสตร์ การอธิบายปรากฏการณ์ธรรมชาติต่าง ๆ เช่น พระอาทิตย์ พระจันทร์ เทวดาทั้งหลายจึงเป็นเรื่องกฎแห่งกรรม มีการเกิดเพื่อชดใช้กรรมในชาติปางก่อน พื้นฐานทางสังคมมิได้สอนให้คนในสังคมคิดโดยใช้เหตุผลและหลักการ (ปิยะฉัตร ปิตะวารณ, 2526)

ความเชื่อโดยวิธีดังกล่าว ทำให้มีอิทธิพลต่อความรู้สึกนึกคิดของคนในสังคมไทยหลายประการ รวมทั้งศาสนาและอุดมการณ์แบบศักดินา คือความเชื่อที่ว่าคนทุกคนไม่เท่าเทียมกัน ระบบสังคมกำหนดความคิดของคน ขนบธรรมเนียมประเพณี ตลอดจนความเชื่อต่าง ๆ มีส่วนควบคุมพฤติกรรมของชนชั้นโดยเฉพาะชั้นไพร่ นอกจากนั้นในสังคมเชื่อว่าฐานะความเป็นอยู่ของบุคคลเกิดจากผลกรรมในชาติปางก่อน (ปิยะฉัตร ปิตะวารณ, เรื่องเดียวกัน) เสาวภา ไพฑูริย์ (2526)

ได้เขียนบทความเรื่องโลกทัศน์ของคนไทยสมัยต้นรัตนโกสินทร์ พ.ศ.2325-2416 ไว้ว่า ทศน ความเชื่อหรือโลกทัศน์ (World view) เป็นความเห็นขั้นพื้นฐานของบุคคลในสังคมที่มีต่อโลก และมีบทบาทสำคัญในการกำหนดทิศทางการดำรงชีวิต คนไทยมีระบบความเชื่อในศาสนาและ มายาศาสตร์ ซึ่งเป็นระบบตอบสนองความต้องการทางจิตใจ (psychological need) ของมนุษย์ แสดงออกมาเพื่อสะท้อนความรู้สึกทางจิตใจร่วมกัน ความศรัทธาในพุทธศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยว จิตใจมาตั้งแต่กรุงสุโขทัย ความศรัทธาทำให้เกิดพิธีกรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ซึ่งสืบทอดกัน มาเป็นเอกลักษณ์ไทย นอกจากนั้น เชื่อกฎแห่งกรรม เชื่อในเรื่องบาป-บุญ คนไทยมีความผูกพัน ความเชื่อถือทางไสยศาสตร์ โหราศาสตร์อันเป็นวัฒนธรรมพื้นบ้านไทย ซึ่งปฏิบัติสืบทอดกันมาเป็น เวลาช้านาน และสอดคล้องกับสังคมเกษตรกรรม ซึ่งมีความผูกพันกับธรรมชาติ ความเกรงกลัวภัย ธรรมชาติ โดยเชื่อว่าปรากฏการณ์ตามธรรมชาติมีอำนาจลึกลับบางอย่างควบคุมอยู่ ซึ่งเป็นความ เชื่อที่นำมาจากลัทธิพราหมณ์ (เสาวภา ไพฑูย์วัฒน์, 2526)

นอกจากนี้ยังเชื่อในเรื่องนรก สวรรค์ ซึ่งสร้างความพอใจในการควบคุมความประพฤติ ของคนในสังคม โดยมีพระสงฆ์เป็นสื่อกลาง เพื่อหล่อหลอมจิตใจให้สูงส่ง เกิดสำนึกในบาปบุญคุณโทษ อิทธิพลดังกล่าวสร้างนิสัยคนไทย พุทธศาสนามีอิทธิพลต่อชีวิตความเป็นอยู่ ตลอดจนความเชื่อและ ขนบธรรมเนียมประเพณีของคนไทยอย่างมาก จนกล่าวได้ว่าคนไทยกับพุทธศาสนา มีความผูกพัน และสัมพันธ์กันอย่างแน่นแฟ้นตั้งแต่เกิดจนตาย (ณัฐราตี ชนะชัย, 2530) พุทธศาสนาสอนเรื่อง บุญกรรม สอนให้เชื่อว่าการเป็นหญิงนั้นเป็นเพราะสร้างกรรมไว้แต่ชาติปางก่อน นอกจากนี้บางชาติ ศาสนาได้อธิบายกำเนิดหญิงว่ากำเนิดขึ้นจากกิเลสเข้าครอบงำมนุษย์ ทำให้มีโมหะอันเป็นต้นเหตุ แบ่งเพศ และหญิงเป็นต้นเหตุของการก่อการวิวาทระหว่างบุรุษอันเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อ ความหลุดพ้น (วารุณี ใสการมย์, 2524)

คนไทยมีความเชื่อถือในคำสาปแช่งของผู้อาวุโสสูงกว่าตน ผู้อาวุโสเป็นผู้เกิดก่อนเป็นผู้ มีบุญเพราะการสร้างสมไว้ วาจาในคำสาปแช่งของผู้อาวุโสมีผลต่ออนาคตของผู้ที่มีอาวุโสต่ำกว่า (เสาวภา ไพฑูย์วัฒน์, 2526) ในเรื่องความเชื่อเกี่ยวกับเพศของหญิงนั้น บิดามารดาที่มีบุตรเป็น หญิงจะอบรมสั่งสอนให้เป็นกุลสตรี ประพฤติปฏิบัติตนให้อยู่ในกรอบขนบธรรมเนียมประเพณีอย่าง เคร่งครัด จากการศึกษาวิจัยของสุชาติ ใสมประยูร (2525) พบว่าความเชื่อของหญิงในเรื่อง เพศนั้น ส่วนมากหญิงจะมีความเห็นว่ เรื่องอวัยวะ เพศและการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของร่างกายไม่ ควรนำปวงวิเศษผู้ใหญ่ เพราะ เป็นเรื่องน่าอายและไม่สุภาพ ซึ่งสอดคล้องกับข้อเขียนของ สุพัฒน์ เดชะดวงศ์ (2530) ได้เขียนหนังสือจิตวิทยาของสตรีกล่าวว่า สตรีได้รับการอบรมสั่งสอนมาจาก ครอบครัว สังคมและวัฒนธรรมถ้าเรื่องใดเกี่ยวกับเพศแล้วถือว่าไม่สมควรเปิดเผย ซึ่งฝังให้เด็ก

คิดและ เข้าใจว่าเรื่อง เพศเป็นของสกปรกต่ำช้าและหยาบคาย ความเชื่อในสิ่งต่าง ๆ ที่สมัยก่อน ได้ถ่ายทอดกันต่อ ๆ มานั้นยังคงมีอิทธิพลครอบคลุมสตรีในปัจจุบัน โดยเฉพาะสังคมชนบทยังคง เครื่องครัดขนบธรรมเนียมประเพณีที่ได้สั่งสอนสืบทอดกันมา

พนัส หันนาคินทร์ (2521) ได้อธิบายถึงลักษณะที่ก่อความเชื่อให้แก่คนนั้นจะมีลักษณะดังนี้ คือคนเรานั้นมักจะเชื่อตาม ๆ กัน ตามขนบธรรมเนียมประเพณี การอบรมในสิ่งแวดล้อมทั้งที่เป็นครอบครัวหรือสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ ในวัฒนธรรมนั้น ๆ ส่วนเรื่องที่เชื่อย่อมแตกต่างกันไปตามกลุ่มของวัฒนธรรม นอกจากนั้นการที่คนจะเชื่อได้สนิทใจนั้นส่วนมากจะเป็นเรื่องที่สอดคล้องกับความเชื่อเดิมของตนอยู่แล้ว หรือเป็นเรื่องที่สอดคล้องกับความสนใจหรือผลประโยชน์ของตนเอง ตามที่สังคมนั้นประพฤติ ปฏิบัติ หรือยอมรับ หรืออาจหมายถึง "นิสัยต่าง ๆ ที่มนุษย์ได้เรียนรู้กันมาในสังคมและปฏิบัติติดต่อกันมาในสังคมนั้น ๆ" (ไพบุลย์ ช่างเรียน, 2524)

4. อิทธิพลจากขนบธรรมเนียมประเพณี

ขนบธรรมเนียมประเพณี หมายถึง วิธีการปฏิบัติตนของบุคคลในสังคมเพื่อให้ถูกต้อง เหมาะสม คนจะสังเกตและจดจำเฉพาะสิ่งหรือเหตุการณ์ที่จะมาเสริมความเชื่อแต่เดิมของตนให้แน่นแฟ้นยิ่งขึ้น นอกจากนั้นถ้าเกิดจากความศรัทธาต่อผู้พูดแล้วจะทำให้เกิดความเชื่อได้ง่ายขึ้น การแสดงความคิดเห็นที่เกิดขึ้นจากความเชื่อนั้น ส่วนมากคนเราจะแกล้งความคิดออกมาเฉพาะความเชื่อที่ได้ไตร่ตรองพิจารณาแล้ว ซึ่งเราจะเลือกแสดงออกมานั้นสิ่งที่ได้ประเมินค่าว่าถูกต้อง ดีแล้ว และด้วยความเชื่อว่าสิ่งนั้นสิ่งนี้เป็นความจริง (เมธี บิลันธานนท์, 2523) แต่ในหญิงนั้นการแสดงออกด้านความรู้สึกนึกคิดนั้นมักจะมีอารมณ์ปะปนออกมามากกว่าที่มีเหตุผล (จิรดิ ดิงศัทพ์, 2529) ทั้งนี้หญิงมีคุณสมบัติ หัวอ่อน เชื่อง่าย สอนง่าย ความเชื่อของหญิงในเรื่องต่าง ๆ ดังกล่าวจะเป็นอุปสรรคสำคัญในการพัฒนาและความสำเร็จในหลายด้านของผู้หญิงเอง (สุธีรา ทอมสันและคณะ, 2531)

นอกจากอิทธิพลจากศาสนาแล้วความเชื่อที่เกิดจากอุดมการณ์แบบศักดินา คือความเชื่อที่ว่าคนทุกคนไม่เท่าเทียมกัน ระบบสังคม ความเชื่อต่าง ๆ มีส่วนควบคุมพฤติกรรมของชนชั้น โดยเฉพาะชั้นไพร่ นอกจากนั้นคนในสังคมเชื่อว่าฐานะความเป็นอยู่ของบุคคลเกิดจากผลกรรมในชาติปางก่อน บิยะฉัตร บิยะวรรณ (2526) กล่าวว่า การที่มนุษย์บุคคลหนึ่งมีความคิด ความเชื่ออย่าง เป็นระบบ ย่อมสะท้อนศูนย์กลางในการกำหนดความคิด ความเชื่อของมนุษย์ได้อย่างเด่นชัด ขนบธรรมเนียมประเพณีที่เน้นให้เห็นความแตกต่างระหว่างชายและหญิงในอดีตที่ผ่านมา หมอคำแยจะมีพื้นที่ที่ชายที่เคลือบให้ ประเพณีสะท้อนให้เห็นตั้งแต่เด็กแรกเกิดหลังจกเกิดเสวยเสียดแล้วจะมีก รรณันเด็กท รรภาปกานนี้ อนุให้สะกาด แล้วจัดท รรภาเห็นภรรยาในกระดัง ถ้าหากเป็นเด็กชายจะจัด

สมุดดินสอไว้ข้างตัว ถ้าเป็นเด็กหญิงจะมีเข็มมีด้ายวางไว้เป็นการถือเคล็ดว่าเมื่อเติบโตขึ้นเด็กผู้ชายจะรู้จักเขียนอ่าน ส่วนเด็กหญิงเมื่อโตขึ้นจะมีความสามารถด้านเย็บปักถักร้อย (ประจักษ์ ปรากฏพิทยากร, 2525)

เมื่อเด็กชายเติบโตขึ้น มีโอกาสได้บวชเณร และบวชเป็นพระภิกษุในโอกาสต่อมา ถือว่าเป็นการประกอบบุญกุศลที่ยิ่งใหญ่ ซึ่งอันสิ่งนี้จะตกแก่ผู้บวช บิดา มารดา และภรรยาด้วย ในกรณีที่ผู้บวชยังไม่มีครอบครัว เชื่อกันว่าผู้ที่จะได้บุญมากที่สุดคือ บิดา มารดา (พจน์ อัยราวงศ์, 2519) ส่วนสตรีนั้นสามารถกระทำได้เพียงบวชชี ซึ่งถือเป็นเพียงอุบาสิกหรือพุทธบริษัทประเภทหนึ่งเท่านั้น ด้วยเหตุนี้เองจึงทำให้คนไทยไม่ขึ้นชนมบตรหญิงเท่ากับบุตรชาย การให้การศึกษายายและหญิงในสมัยก่อน ชายจะได้เปรียบเพราะศึกษาได้จากวัด ขณะบวชหรือเป็นศิษย์วัดก็มีโอกาสเรียนหนังสือกับพระไปด้วย ขณะที่หญิงส่วนใหญ่มักรู้หนังสือและไม่ได้รับโอกาสแบบเดียวกัน

ขนบธรรมเนียมประเพณีและค่านิยมในสังคมไทย ส่งผลให้หญิงมีบทบาทเป็น "ผู้ตาม" และ "เป็นรอง" บุรุษตลอดมา ชายจะมีอำนาจและเป็นผู้นำในสังคมเป็นผู้กำหนดกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ในสังคม เช่น กฎหมาย ค่านิยมทางเพศ ค่านิยมที่ชายสามารถมีภรรยาได้หลายคนโดยมิถือว่าเป็นเสียหาย แต่หญิงจะกระทำเช่นนั้นไม่ได้จะถูกประณามผู้หญิงที่มีชู้จะได้รับการสั่งสอนให้ขาดความภูมิใจและขาดความกตัญญูต่อแม่ (เสาวภา โพธิวัฒน์, 2526) ในสมัยต้นรัตนโกสินทร์ สามัญชนมีความต้องการผูกพันกับผู้มีอำนาจ ขอมถวายบุตรสาวเข้ารับราชการ ความต้องการส่วนตัวของพระมหากษัตริย์และขุนนางบางส่วนใหญ่ ตลอดจนว่าค่านิยมยกย่องการมีภรรยามาก ว่าเป็นอำนาจวาสนา ทำให้ผู้หญิงต้องตกไปเป็นภรรยาแก่คนละมาก ๆ (ปิยะฉัตร ปิตะวารณ, 2526)

ด้วยอิทธิพลจากวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ตลอดจนความเชื่อของคนไทย หล่อหลอมบุคคลิก ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ อุดมคติ และการกระทำของคนไทยทั้งชายและหญิงให้มีบุคลิกเฉพาะ ซึ่งชาวต่างชาติได้ให้ความสนใจบันทึกไว้และสะท้อนให้เห็นบุคลิกภาพส่วนตัวของคนไทย ซึ่งวริยา ศิวะศรียานนท์และคณะ (2523) ได้กล่าวถึงทรรศนะของชาวตะวันตกที่เห็นพ้องต้องกันในการเห็นด้านบุคลิกภาพส่วนตัวของคนไทยในสมัยอยุธยา ถึงพุทธศักราช 2475 ชาวตะวันตกได้มีความเห็นตรงกันเป็นส่วนใหญ่ว่าคนไทยเป็นคนใจบุญสุนทาน รักสนุก เกียจคร้านโดย เฉพาะเพศชาย ส่วนหญิงขยันขันแข็ง กิริยามารยาทเรียบร้อย ชื่อสัตย์ต่อสามี คนไทยเฉลียวฉลาดเฉลียววันประกันพรุ่ง คำนึงแต่ประโยชน์เฉพาะหน้าและ เกาต์วอกัด ชอบแกล้งทำบางสิ่งบางอย่างที่ตัวเองก็รู้ว่าไม่ดี เก็บซ่อนความ รู้สึก ชอบพูดเท็จเพื่อแก้ตัว อารมณ์อ่อนไหวและผูกใจเจ็บ ไม่ได้ดกบ เป็นต้น ส่วนในสายตาของครอว์เฟิร์ต (ครอว์เฟิร์ตอ้างถึงใน วริยา ศิวะศรียานนท์, 2523) ที่มองหญิงไทยนั้นเขาได้บันทึกไว้ว่า หญิงไทยไม่ค่อยได้วิชาในการยกย่อง ที่งานหนัก เรียบร้อย

ไม่เสเพล มีความรับผิดชอบและกลับถุยมองว่าต่ำ (วริยา ศิวศรียานนท์, 2523)

ปัจจุบันนี้เวลาล่วงเลยมานานนับเป็นหลาย ๆ ร้อยปี สถานภาพของหญิงไทยเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพสิ่งแวดล้อมของสังคม วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี ตลอดจนความเชื่อต่าง ๆ บางสิ่งบางอย่างจะหายไปเปลี่ยนความคิด (ณัฐวดี ชนะชัย, 2530) และรับวัฒนธรรมอื่นเข้ามา ทั้งนี้เนื่องจากการตื่นตัวของผู้นำประเทศที่ต้องการพัฒนาปรับปรุงประเทศให้ทันสมัย ซึ่งขบวนการพัฒนาเกิดขึ้นในระยะเวลาที่มีความเปลี่ยนแปลงทางการเมืองที่สำคัญของประเทศไทยในสมัยต้นพุทธศตวรรษที่ 25 (ณัฐวดี ชนะชัย, เรื่องเดียวกัน) เป็นการเปลี่ยนรูปของรัฐจากจารีตแบบโบราณมาสู่รัฐแบบสมัยใหม่ (Modern State) มีการปรับปรุงบ้านเมือง ตลอดจนแก้ไขขนบธรรมเนียมประเพณีต่าง ๆ ให้ทันสมัยขึ้นโดยวิธีผสมผสานระหว่างวิธีการตะวันตกกับขนบธรรมเนียมประเพณีไทย การรับเอาวัฒนธรรมตะวันตกเข้ามาในสังคม และความจำเป็นทางเศรษฐกิจ ทำให้สตรีไทยเปลี่ยนแปลงไปหลาย ๆ ด้าน เช่น การแต่งกาย การศึกษา ความรู้ความสามารถ การออกทำงานนอกบ้าน ตลอดจนค่านิยมการวางตัวต่าง ๆ ในสังคมเปลี่ยนแปลงไปอย่างเชื่องช้า สังคมบางคนยังเชื่อว่าสตรีนั้นเหมาะสมกับงานบ้าน และมีความเชื่อว่าสตรีเป็นคนอ่อนแอ ไม่กล้าตัดสินใจ อ่อนไหวง่าย ต้องพึ่งพาผู้อื่น และมีผลผลิตต่ำ (สุธีรา ทอมสันและคณะ, 2531)

ปัจจุบันสตรีส่วนมากจะช่วยสามีทำงานนอกบ้าน เพื่อช่วยเหลือเศรษฐกิจภายในครอบครัว ซึ่งในสังคมปัจจุบันจำเป็นที่จะต้องดิ้นรนเพื่อความอยู่รอดของครอบครัว แต่งานบ้านสตรีก็มิได้ละทิ้ง หลังจากกลับมาจากปฏิบัติงานแล้ว งานบ้านเกือบทุกอย่างยังคงรับผิดชอบเช่นเดิม ยกเว้นการเลี้ยงบุตรก่อนวัยเรียนจำเป็นที่จะต้องให้อยู่ในความดูแลของญาติผู้ใหญ่ เช่น บิดา มารดา พี่ ป้า น้า อา ที่ไม่ได้ทำงานนอกบ้าน ต่อเมื่อไม่มีญาติผู้ใหญ่ดังกล่าวจึงต้องจ้างคนเลี้ยง หรือจ้างสถานพยาบาลเลี้ยงเด็กอ่อนกว่าบุตรจะ ไปโรงเรียนได้ การที่สตรีต้องออกทำงานนอกบ้านนั้นเนื่องจากเศรษฐกิจมีความจำเป็นประการหนึ่ง และอีกประการหนึ่งคือสังคมเปิดรับและให้โอกาสสตรีมากขึ้น ทั้งการศึกษาและหน้าที่การงาน จึงทำให้สตรีได้มีโอกาสออกสู่สังคมภายนอก การที่เปลี่ยนแปลงรูปแบบของสังคมดังกล่าวส่วนหนึ่ง ได้มาจากการเรียกร้องสิทธิสตรีเท่าเทียมกับเพศชาย ซึ่งประเทศไทยได้ยอมรับมติขององค์การสหประชาชาติ ในปี พ.ศ.2518 (สุภัทรา สิงหลกะ, 2525) ซึ่งองค์การสหประชาชาติได้ประกาศนัดหมายให้ทั่วโลกได้ถือว่าเป็นปีของสตรี เรียกว่าเป็นปีสตรีสากล (International women's year)

ประเทศไทยตามรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ.2517 มาตรา 28 ได้บัญญัติไว้ว่า "หญิงและชายมีสิทธิเท่าเทียมกัน" ซึ่งในช่วงทศวรรษแห่งสตรีภายใต้การดำเนินงานขององค์การสหประชาชาติ ในช่วง 2519-2528 ได้วางแผนที่จะกระทำกิจกรรม 3 ประเด็นหลัก คือ ความเสมอภาค

(Equality) การพัฒนา (Development) และสันติภาพ (Peace) การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเหล่านี้จะเป็นไปในรูปของบทบาทสตรีเป็นส่วนใหญ่ แต่ความรู้สึกนึกคิด ความเชื่ออุดมคติดังกล่าวสตรีไทยได้รับการถ่ายทอดจากบรรพบุรุษมาเป็นเวลานาน และสิ่งที่มีอิทธิพลต่อสตรีนั้นเกิดจากวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี ตลอดจนความเชื่อต่าง ๆ ได้ครอบงำและซึมซาบอยู่ในความคิดของสตรีไทยมาเป็นเวลานาน การเปลี่ยนแนวความคิด ค่านิยม ความเชื่อ จึงจำเป็นต้องศึกษาถึงแก่นแท้ของสิ่งเหล่านี้เพื่อหาแนวทางในการเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดจากความเชื่อในทางลบ ำให้เปลี่ยนไปในทางบวก โดยเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพอนามัยของสตรี แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเชาวิปัญญา ความสามารถ ทศนคติ ความสนใจ ความกระตือรือร้น ตลอดจนแรงจูงใจที่จะกระทำของตัวเขาเองด้วย