

363.93

๖๒๙๓๓

๖.๒

ความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม
กรุงเทพมหานคร ที่มีการยอมรับการวางแผนครอบครัว

ปริญญานิพนธ์

ของ

ร.อ.หญิงอมรา ชิตมีไชย ร.น.

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

ธันวาคม ๒๕๓๕

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

185765

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบ ได้พิจารณาปริญญานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต
วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

.....ประธาน
(รศ.สุจินต์ ปรีชามารถ)

.....กรรมการ
(ผศ.วินัส บัณฑาสพงษ์)

คณะกรรมการสอบ

.....ประธาน
(รศ.สุจินต์ ปรีชามารถ)

.....กรรมการ
(ผศ.วินัส บัณฑาสพงษ์)

.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(อ.พิมพ์ศรี ไตอติเทพย์)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ศ.ดร.สมพร บัวทอง)

วันที่...11...เดือน...ธันวาคม...พ.ศ. 2535

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ เนื่องจากผู้วิจัยได้รับความกรุณาอย่างยิ่งจาก
รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารถ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส บัณฑาสพงษ์ และ
อาจารย์พิมพ์ศรี โตคติเทพย์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิรัช วรรณรัตน์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์
พริ้มเพรา ผลเจริญสุข อาจารย์พิมพ์ศรี โตคติเทพย์ นาวาเอก(พิเศษ) นายแพทย์สุรพล
ภูยานนท์ นาวาเอกหญิงขวัญเรือน สงวนเชื้อ ที่กรุณาตรวจและให้คำแนะนำในการสร้าง
เครื่องมือการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่พยาบาลโรงพยาบาลพระมงกุฎ
เกล้า โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ที่ได้อำนวยความสะดวก
ตลอดจนให้คำแนะนำในการเก็บข้อมูล รวมทั้งสตรีภายหลังการคลอดบุตรที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง
ในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ นาวาเอก (พิเศษ) หญิง สุมณา โพธิผละ ที่ได้ให้การสนับสนุน
ด้านการศึกษาตลอดมา

ขอขอบคุณกองทัพอากาศที่ได้ให้การสนับสนุนเรื่องทุนการศึกษาตลอดหลักสูตร และ
ขอขอบคุณมูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าที่ได้ให้การสนับสนุนทุนในการวิจัยเป็นบางส่วน

ท้ายที่สุด ผู้วิจัยขอขอบคุณ บุคคลในครอบครัว ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์สนับสนุนทั้ง
ทุนทรัพย์ และกำลังใจ รวมทั้ง ครู - อาจารย์ทุกท่าน ผู้ซึ่งอยู่เบื้องหลังความสำเร็จและทำให้
งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี

ร.อ.หญิงอมรา ชิตมีไชย ร.น.

สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ	1
	คำนำ	1
	ความมุ่งหมายของการค้นคว้า	6
	ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	6
	ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	7
	นิยามศัพท์เฉพาะ	8
2	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย	11
	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	11
	การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	49
	การวิจัยในต่างประเทศ	49
	การวิจัยในประเทศ	51
	สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า	60
3	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	62
	แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง	62
	ประชากร	62
	กลุ่มตัวอย่าง	62
	เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	63
	ลักษณะของเครื่องมือ	63
	ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ	64

การหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	64
เกณฑ์ในการให้คะแนน	65
วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล	66
วิธีจัดกระทำกับข้อมูล	66
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	68
 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า	70
ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล	70
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	70
การวิเคราะห์ข้อมูล	70
ผลการศึกษาค้นคว้า	71
 5 บทย่อ สรุป อภิปราย และข้อเสนอแนะ	98
บทย่อ	98
ความมุ่งหมายในการค้นคว้า	98
วิธีดำเนินการวิจัย	98
กลุ่มตัวอย่าง	98
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	98
การวิเคราะห์ข้อมูล	99
สรุปผลการค้นคว้า	99
อภิปรายผล	100
ข้อเสนอแนะ	108
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	108

บรรณานุกรม	110
ภาคผนวก	118
ประวัติย่อของผู้วิจัย	132

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	เป้าหมายแผนประชากร	2
2	จำนวนผู้รับบริการวางแผนครอบครัวรายใหม่แยกเป็นรายวิธี ปี พ.ศ. 2532 - 2533	4
3	การทาระยะปลอดภัยจากการบันทึกการมีประจำเดือน	31
4	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	63
5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามตัวแปรที่ต้องการศึกษา	72
6	ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีต่อการยอมรับการวางแผน ครอบครัว	77
7	คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาล สังกัด กระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว จำแนกตามอายุ	78
8	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตร ในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีอายุต่างกัน ..	79
9	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตร ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีต่อการยอมรับ การวางแผนครอบครัว จำแนกตามอายุ	80
10	คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัด กระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว จำแนกตามระดับการศึกษา	81

11	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตร ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีระดับการศึกษา ต่างกัน	82
12	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรใน โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีต่อการยอมรับ การวางแผนครอบครัวจำแนกตามระดับการศึกษา	83
13	คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีต่อการยอมรับการวางแผน ครอบครัว จำแนกตามอาชีพ	84
14	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของความคิดเห็นของสตรีภายหลังคลอดบุตรใน โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีอาชีพต่างกัน	85
15	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรใน โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีต่อการยอมรับ การวางแผนครอบครัว จำแนกตามอาชีพ	86
16	คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัด กระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายได้ของครอบครัว	87
17	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตร ในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีรายได้ของ ครอบครัวต่างกัน	88
18	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรใน โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีต่อการยอมรับ การวางแผนครอบครัว จำแนกตามรายได้ของครอบครัว	89

19	คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัด กระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว จำแนกตามระยะเวลาสมรส	90
20	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตร ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีระยะเวลา สมรสต่างกัน	91
21	คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัด กระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว จำแนกตามจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์	92
22	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตร ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีจำนวนครั้งของ การตั้งครรภ์ต่างกัน	93
23	คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตร ในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีต่อการยอมรับการวางแผน ครอบครัว จำแนกตามจำนวนบุตรที่มีชีวิต	94
24	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของความคิดเห็น ของสตรีภายหลังการคลอดบุตร ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีจำนวนบุตรที่มี ชีวิตต่างกัน	95
25	ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของสตรีภายหลัง การคลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มี ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว ระหว่างความต้องการบุตรเพิ่มและไม่ ไม่ต้องการบุตรเพิ่ม	96

26	ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ย ความคิดเห็นของสตรีภายหลัง การคลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีต่อ การยอมรับการวางแผนครอบครัว ระหว่างการได้รับคำแนะนำเรื่องการวางแผน ครอบครัวจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัวในระยะก่อนและหลังคลอด กับการ ไม่ได้รับคำแนะนำ	97
27	ค่าอำนาจจำแนกเป็นรายชื่อของแบบสอบถาม	131

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 ปฏิทินวางแผนครอบครัว	32
2 การหาระยะปลอดภัยโดยการวัดอุณหภูมิของร่างกาย	32

คำนำ

ในสภาพปัจจุบัน คนไทยกำลังเผชิญปัญหาอยู่มากมาย ทั้งที่เกิดขึ้นในระดับประเทศและระดับครอบครัว กล่าวคือ ปัญหาในระดับประเทศ ได้แก่ ปัญหาคนว่างงาน ปัญหาคนย้ายถิ่นเข้าสู่ตัวเมือง ปัญหาความแห้งแล้ง ปัญหาการตัดไม้ทำลายป่า ฯลฯ ส่วนในระดับครอบครัว ได้แก่ ปัญหาความยากจน ปัญหาโรคภัยไข้เจ็บ ปัญหาเด็กวัยรุ่น ฯลฯ ปัญหาดังกล่าวเกิดจากสาเหตุมากมายในหลาย ๆ ด้าน แต่สาเหตุที่สำคัญด้านหนึ่งที่มีผลทำให้เกิดปัญหาเหล่านี้ คือ จำนวนคนที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและไม่ได้สัดส่วนกับการเจริญเติบโตทางด้านอื่น ๆ ซึ่งก่อให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างจำนวนคน จำนวนทรัพยากรและการวางแผนทางด้านต่าง ๆ เพื่อรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพของคนให้เป็นคนที่สามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ รัฐบาลจึงได้เล็งเห็นความสำคัญของการลดอัตราเพิ่มของประชากรให้ต่ำลง โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะไม่ให้จำนวนประชากรของประเทศเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วด้วยการกำหนดเป้าหมายที่จะลดอัตราเพิ่มของประชากรไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับต่าง ๆ (สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย, 2530 : 102) และได้ประกาศให้การวางแผนครอบครัวเป็นนโยบายระดับชาติเมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2513 โดยที่รัฐบาลมุ่งสนับสนุนการวางแผนครอบครัวด้วยระบบความสมัครใจ และได้รวมงานด้านวางแผนครอบครัวไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2515 - 2519) รวมทั้งได้มีการบัญญัตินโยบายประชากรไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2517 มาตรา 86 ว่า "รัฐพึงวางนโยบายประชากรให้เหมาะสมกับทรัพยากรธรรมชาติ ภาวะเศรษฐกิจ สังคม และความเจริญทางวิชาการ เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนความมั่นคงของรัฐ" (วีระ ไอสถาณท์, 2522 : 1)

ดังนั้น ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 เป็นต้นมา นโยบายประชากรที่สำคัญซึ่งมุ่งเน้นมาตลอดทุกแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้แก่ นโยบายด้านการลดอัตราเพิ่มประชากร โดยในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 3 มีเป้าหมายลดอัตราเพิ่มประชากร

จากร้อยละ 3.2 ให้เหลือร้อยละ 2.5 และให้ลดลงเหลือร้อยละ 2.1 และ 1.5 ในที่สุดท้ายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 และฉบับที่ 5 ตามลำดับ การวางแผนครอบครัวของประเทศไทยสำเร็จตามเป้าหมาย จนถึงสิ้นแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 อัตราการเพิ่มประชากรลดลงได้เพียงร้อยละ 1.7 เท่านั้น ไม่ได้ร้อยละ 1.5 ตามเป้าหมายเดิมที่กำหนดไว้จะนั้น ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 ที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้ให้ลดลงเหลือร้อยละ 1.1 จึงไม่อาจทำได้ จึงได้ตั้งเป้าหมายตามการคำนวณอัตราผู้รับบริการวางแผนครอบครัวรายใหม่ว่าจะให้ได้รับร้อยละ 1.3 (สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย. 2533 : 96 - 97) และสำหรับในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 ได้ตั้งเป้าหมายในการลดอัตราเพิ่มของประชากรให้เหลือร้อยละ 1.2 ในที่สุดท้ายของแผน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2534 : 234) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 เป้าหมายแผนประชากร

พ.ศ.	2500	2513	2515	2519	2524	2529	2534	2539	2543
อัตราเพิ่มของประชากรที่ คาดไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ	-	-	3.2	2.5	2.1	1.5	1.3	1.2	?
อัตราที่เพิ่มจริงของจำนวน ประชากร	-	-	3.2	2.5	2.1	1.7	1.46	?	?
จำนวนประชากร (ล้านคน)	27	36	38	43	48	52	56	61	64

แหล่งข้อมูล : สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย. 2533 : 97

สำหรับการที่จะให้ได้ผลบรรลุตามเป้าหมายแผนประชากรดังที่ได้กล่าวมาแล้ว คงจะต้องใช้ความพยายามอย่างมาก เพราะการวางแผนครอบครัวหรือการคุมกำเนิดนั้น เป็นบริการสุขภาพที่รัฐบาลให้แก่ประชาชนโดยถือเอาความสมัครใจของผู้รับบริการเป็นหลักการสำคัญ ดังนั้น จึงเป็นการยากที่จะควบคุมจำนวนประชากรที่มารับบริการวางแผนครอบครัวให้บรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการได้ ทั้งนี้เนื่องจากการให้บริการวางแผนครอบครัวนั้นเป็นเพียงเครื่องมือที่จะใช้ได้เมื่อบุคคลเกิดความตระหนักในภาวะประชากรในครอบครัวของตน และตัดสินใจที่จะกำหนดขนาดครอบครัวของตนแล้วเท่านั้น (วิมลรัตน์ ภูผาสุข. 2532 : บทนำ) นอกจากนี้ ระดับการใช้การคุมกำเนิดได้เริ่มใกล้ถึงจุดอิ่มตัวแล้ว ในอนาคตจึงเป็นไปได้ที่จะเพิ่มการใช้การคุมกำเนิดให้สูงขึ้นในลักษณะเช่นเดียวกับเมื่อ 15 ปีก่อน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขยังคาดหมายว่า การดำเนินงานวางแผนครอบครัวจะยากกว่าแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมที่ผ่านมา เพราะต้องให้บริการครอบคลุมทั้งผู้รับบริการเดิมที่มีอยู่และกลุ่มเป้าหมายใหม่ที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นการสนับสนุนให้ประชากรในวัยที่น่าจะทำการวางแผนครอบครัวได้ใช้วิธีการวางแผนครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพเหมาะสมกับความต้องการของสภาพทางสังคม เศรษฐกิจ ร่างกาย และจิตใจของแต่ละบุคคลจึงเป็นสิ่งจำเป็น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มสตรีที่ไม่ปรารถนาจะมีบุตรอีก หรือปรารถนาจะมีบุตร แต่ต้องการเว้นระยะการมีบุตรให้ห่างออกไป ซึ่งจากการคาดหมายประมาณจำนวนสตรีที่อาจตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจหรือต้องการในช่วงปี พ.ศ. 2527 - 2534 โดยใช้ข้อมูลสำรวจสภาวะการคุมกำเนิด (2521) พบว่า สตรีไทยที่อยู่ในวัยที่น่าจะคุมกำเนิด เพราะบุคคลเหล่านี้ไม่ปรารถนาจะมีบุตรอีก หรือถ้ามีก็ต้องการเว้นระยะของการมีบุตรให้ห่างออกไป แต่ยังไม่ได้คุมกำเนิดจะมีจำนวนเกินปีละ 2 ล้านคน (บุญเลิศ เลี้ยวประไพ. 2527 : 31 - 39) แต่จากการประเมินผลงานวางแผนครอบครัว ซึ่งรวบรวมจากหน่วยให้บริการทั่วประเทศ (ยกเว้นคลินิกเอกชนและร้านขายยา) ปรากฏผลสรุปว่า มีผู้มารับบริการวางแผนครอบครัวรายใหม่ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2532 รวมทุกวิธีเป็นจำนวนทั้งสิ้น 1,560,985 ราย และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2533 มีรวมทั้งสิ้น 1,536,360 ราย (วีระ นิยมวัน. 2533 : 19 - 20) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนผู้รับบริการวางแผนครอบครัวรายใหม่แยกเป็นรายวิธี ปี พ.ศ. 2532-2533

แยกตามวิธี	จำนวนผู้รับบริการวางแผนครอบครัวรายใหม่	
	(2532)	(2533)
ยาคุมกำเนิด	622,434	610,242
ห่วงอนามัย	146,277	125,478
หมั้นหญิง	138,431	132,373
หมั้นชาย	14,656	9,953
ยาฉีด	526,996	523,366
ยาฝัง	6,818	11,501
ถุงยาง	102,986	121,406
อื่น ๆ	2,387	2,041
รวม	1,560,985	1,536,360

แหล่งข้อมูล : ฝ่ายวิเคราะห์และประเมินผล กองอนามัยครอบครัว. 2534 : 1

จากข้อมูลในตาราง 2 แสดงให้เห็นว่า จำนวนของผู้รับบริการวางแผนครอบครัวรายใหม่กับสตรีที่อยู่ในข่ายที่เฝ้าคุมกำเนิดยัง ไม่ได้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

ดังนั้น เพื่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการลงทุนในกิจกรรมการวางแผนครอบครัว จึงควรมุ่ง ไปยังกลุ่มประชากรเป้าหมายที่จะยอมรับบริการวางแผนครอบครัวให้ได้มากที่สุดคือ กลุ่มสตรีภายหลังการคลอดบุตร ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญที่จะให้การสนใจในการวางแผนครอบครัวเนื่องจากสตรีกลุ่มนี้ยังมีความรู้สึกเจ็บปวดจากการคลอด ทำให้ไม่ต้องการมีบุตรอีก ในขณะนั้น จึงมักมีความเห็นสอดคล้องกับผู้ที่ชักชวนให้ใช้วิธีคุมกำเนิด (ชัยชนะ สุวรรณเวช

และสนิท มาประจวบ. 2520 : 8) ประกอบกับในช่วง 4 - 6 สัปดาห์หลังคลอดนั้น ทางโรงพยาบาลทุกแห่ง ได้นัดให้สตรีภายหลังการคลอดบุตรทุกคนมารับการตรวจและรับบริการคุมกำเนิดอยู่แล้ว จึงเป็นช่วงเวลาเหมาะสมที่จะให้สตรีเหล่านี้ยอมรับเอาวิธีการวางแผนครอบครัวต่าง ๆ ไปปฏิบัติ แต่จากผลการศึกษาของ ปิยะพงษ์ รัตนอาภา และครรชิต คุณาวุฒิ (2529 : 2) พบว่า จากจำนวนผู้มารับการคลอดทั้งสิ้น 1,288 คน มีผู้มารับบริการคุมกำเนิด 6 สัปดาห์ หลังคลอดเพียง 191 คน คิดเป็นร้อยละ 14.9 ซึ่งนับได้ว่าเป็นอัตราส่วนที่น้อยมาก และจากการศึกษาของ วิมลรัตน์ ภูผาสุข (2532 : 53) พบว่า สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่เริ่มใช้วิธีคุมกำเนิดเร็วที่สุดคือ เริ่มใช้วิธีคุมกำเนิดภายหลังการคลอดบุตรแล้ว 4 เดือน นอกจากนี้ ผลการศึกษาความรู้และเจตคติเกี่ยวกับภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีชนบทระยะหลังคลอด พบว่า สตรีหลังคลอดส่วนใหญ่ยังขาดความรู้เกี่ยวกับระยะเวลาภายหลังคลอดที่สามารถตั้งครรภ์ได้ (ชูศรี วีระสัมพันธ์. 2525 : 126) ซึ่งทั้งนี้จะทำให้ขาดความระมัดระวังในการป้องกันการตั้งครรภ์อันเนื่องมาจากการประเมินภาวะเจริญพันธุ์ของตนต่ำกว่าความเป็นจริง และสำหรับสตรีที่ไม่ได้ใช้วิธีคุมกำเนิดหลังคลอดทันที อาจทำให้ตั้งครรภ์ก่อนที่จะตัดสินใจใช้วิธีคุมกำเนิด ซึ่งจะทำให้ไม่สามารถเว้นระยะการมีบุตรได้ตามต้องการ แต่เนื่องจากการยอมรับการวางแผนครอบครัวของแต่ละบุคคลนั้นเป็นไปโดยถือเอาความสมัครใจเป็นหลัก ไม่ได้มีกฎหมายบังคับ เพราะฉะนั้นการที่จะให้ทุกคนยอมรับการวางแผนครอบครัวจึงเป็นเรื่องที่กระทำได้ยากมากจะต้องใช้วิธีการชักจูงหรือให้คำแนะนำจนกว่าบุคคลนั้นจะได้ตระหนักถึงความสำคัญและยอมรับเอาไปปฏิบัติ ดังที่ ยุพา อุดมศักดิ์ (2516 : 429 - 448) ได้กล่าวไว้ว่า การยอมรับบริการด้านการวางแผนครอบครัวในทัศนะวิธีการควบคุมภาวะเจริญพันธุ์เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่เกิดขึ้นหลังจากที่ประชาชนมีความพร้อมทางด้านจิตใจและความต้องการแล้วเท่านั้น ซึ่งความพร้อมและความต้องการที่จะวางแผนครอบครัวนี้ วิฑูร โสธานนท์ (2516 : 11) กล่าวว่า แล้วแต่แรงชักจูงซึ่งขึ้นอยู่กับความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อมั่น ยึดมั่น ความคิดเห็น ฯลฯ ตามกาลเวลาที่ผ่านมา

ดังที่กล่าวมาแล้วว่า สตรีภายหลังการคลอดบุตรเป็นประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ควรจูงใจให้วางแผนครอบครัวมากที่สุด และการยอมรับการวางแผนครอบครัวจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้น

ได้เกิดความเข้าใจ ความพร้อม และความต้องการแล้วเท่านั้น ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงต้องการที่จะศึกษาความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตร ว่ามีความคิดเห็นเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวไปในทิศทางใด และจากการที่ได้ทราบความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรนั้น สามารถที่จะทำนายพฤติกรรมในการยอมรับการวางแผนครอบครัวในอนาคตได้อันจะทำให้โครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้

ความมุ่งหมายของการค้นคว้า

1. เพื่อทราบความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวตามตัวแปรดังต่อไปนี้
 - 2.1 อายุ
 - 2.2 ระดับการศึกษา
 - 2.3 อาชีพ
 - 2.4 รายได้
 - 2.5 ระยะเวลาสมรส
 - 2.6 จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์
 - 2.7 จำนวนบุตรที่มีชีวิต
 - 2.8 ความต้องการบุตรเพิ่ม
 - 2.9 การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อเป็นแนวทางให้ทราบถึงแนวโน้มเกี่ยวกับพฤติกรรมที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวของสตรีภายหลังการคลอดบุตร
2. เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนการให้สุขศึกษาแก่สตรีภายหลังการคลอดบุตร

3. เพื่อกระตุ้นให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานด้านการวางแผนครอบครัว ได้มีการตื่นตัวในการที่จะหาทางร่วมมือกัน เพื่อเสริมสร้างแนวความคิดที่ถูกต้องเหมาะสมเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวให้แก่สตรีภายหลังการคลอดบุตร

4. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในลักษณะอื่น ๆ ต่อไป

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

1. ขอบเขตของเนื้อหา

การศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาเฉพาะความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีการยอมรับการวางแผนครอบครัว รวม 3 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

2. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นสตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มารับบริการคลอดในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร จำนวน 3 โรงพยาบาล รวมประชากรประมาณ 1,200 คน

3. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นสตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มารับบริการคลอดในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ในระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2535 ถึง 1 พฤษภาคม 2535 จำนวน 300 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling)

4. ตัวแปรที่ศึกษา

4.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่ สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มารับบริการคลอดในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร จำแนกตามสภาพดังนี้

4.1.1 อายุ

4.1.2 ระดับการศึกษา

4.1.3 อาชีพ

4.1.4 รายได้

4.1.5 ระยะเวลาสมรส

4.1.6 จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์

4.1.7 จำนวนบุตรที่มีชีวิต

4.1.8 ความต้องการบุตรเพิ่ม

4.1.9 การได้รับความแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว

4.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ ความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรใน

โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีการยอมรับการวางแผนครอบครัว

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ความคิดเห็น หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดเฉพาะตัวของสตรีภายหลังการคลอดบุตร ที่มีการยอมรับการวางแผนครอบครัว
2. การวางแผนครอบครัว หมายถึง การวางแผนกำหนดขนาดครอบครัวให้เหมาะสมกับสภาพทางเศรษฐกิจของแต่ละบุคคล โดยใช้วิธีคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์
3. การยอมรับการวางแผนครอบครัว หมายถึง การยอมรับในระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นของการจำกัดขนาดจำนวนบุตร
4. สตรีภายหลังการคลอดบุตร หมายถึง สตรีที่มารับบริการคลอดบุตรโดยวิธีคลอดปกติและนอนพักฟื้นที่ตึกสูติกรรม
5. โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร หมายถึง โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
6. อายุ หมายถึง อายุตามปฏิทินของสตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มารับบริการคลอดในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ซึ่งกำหนดมาจากช่วงวัยเจริญพันธุ์ของสตรีที่จำแนกตามกลุ่มอายุ ดังนี้

- 6.1 อายุระหว่าง 15 - 24 ปี
- 6.2 อายุระหว่าง 25 - 34 ปี
- 6.3 อายุ 35 ปีขึ้นไป
7. ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาที่สตรีภายหลังการคลอดบุตรได้รับตั้งแต่เริ่มเรียนจนจบชั้นสูงสุด ตามหลักสูตรของกระทรวงศึกษาธิการ ดังนี้
 - 7.1 ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า
 - 7.2 มัธยมศึกษา
 - 7.3 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า
 - 7.4 ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
8. อาชีพ หมายถึง งานที่สตรีภายหลังการคลอดบุตรยึดเป็นหลักในการทำมาหากินเพื่อเลี้ยงชีพ ได้แก่
 - 8.1 รับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ หมายถึง ผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ในส่วนราชการหรือรัฐวิสาหกิจ
 - 8.2 ค้าขาย หมายถึง ผู้ที่ทำการค้าทุกชนิด
 - 8.3 รับจ้าง หมายถึง ผู้ที่รับจ้างเป็นรายวัน รายเดือน หรือรับจ้างส่วนตัว ซึ่งมีรายได้ไม่แน่นอน
 - 8.4 แม่บ้าน หมายถึง ผู้ที่อยู่บ้านเลี้ยงบุตร ไม่มีรายได้เลี้ยงครอบครัว
9. รายได้ หมายถึง รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน โดยแบ่งเป็น
 - 9.1 ไม่เกิน 3,000 บาท/เดือน
 - 9.2 3,001 - 6,000 บาท/เดือน
 - 9.3 6,001 บาท ขึ้นไป/เดือน
10. ระยะเวลาสมรส หมายถึง ระยะเวลาที่คู่สมรสครองชีวิตอยู่ด้วยกันตั้งแต่สมรส ไม่ว่าบุคคลผู้นั้นจะได้จดทะเบียนสมรสถูกต้องตามกฎหมายหรือไม่ก็ตาม โดยแบ่งเป็น
 - 10.1 ระยะเวลาสมรสต่ำกว่า 5 ปี
 - 10.2 ระยะเวลาสมรส 6 - 10 ปี
 - 10.3 ระยะเวลาสมรส 11 ปีขึ้นไป

11. จำนวนครั้งของการตั้งครุฑ หมายถึง จำนวนครั้งทั้งหมดที่สตรีมีการตั้งครุฑขึ้นรวมทั้งการตั้งครุฑที่สิ้นสุดลงด้วยการทาบแท่ง การคลอศก่อนกำหนดและการคลอศทาร์กที่ตายตั้งแต่ในครุฑ โดยแบ่งเป็น

- 11.1 จำนวน 1 ครั้ง
- 11.2 จำนวน 2 ครั้ง
- 11.3 จำนวน 3 ครั้ง
- 11.4 จำนวนมากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป

12. จำนวนบุตรที่มีชีวิต หมายถึง จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ในปัจจุบันซึ่งได้จากจำนวนบุตรเกิดรอด ลบด้วยจำนวนบุตรตาย โดยแบ่งเป็น

- 12.1 จำนวนบุตรที่มีชีวิต 1 คน
- 12.2 จำนวนบุตรที่มีชีวิต 2 คน
- 12.3 จำนวนบุตรที่มีชีวิต 3 คน
- 12.4 จำนวนบุตรที่มีชีวิต 3 คนขึ้นไป

13. ความต้องการบุตรเพิ่ม หมายถึง จำนวนบุตรที่ต้องการมีเพิ่มในอนาคต โดยแบ่งเป็น

- 13.1 ต้องการบุตรเพิ่ม
- 13.2 ไม่ต้องการบุตรเพิ่ม

14. การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว หมายถึง การที่สตรีภายหลังการคลอดบุตรได้รับคำแนะนำต่าง ๆ ในเรื่องการวางแผนครอบครัวจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัวในระยะก่อนและหลังคลอดบุตร โดยแบ่งเป็น

- 14.1 ได้รับคำแนะนำ
- 14.2 ไม่ได้รับคำแนะนำ

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนครอบครัว ตลอดจนการยอมรับการวางแผนครอบครัวของบุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

การวางแผนครอบครัว (Family Planning) ได้มีผู้ให้ความหมายของการวางแผนครอบครัวไว้ในลักษณะต่าง ๆ กันดังนี้

จรรยาวัตร คมพยัคฆ์ และอุดม คมพยัคฆ์ (2525 : 101) ได้ให้ความหมายของการวางแผนครอบครัวไว้ว่า การวางแผนครอบครัวมีความหมายกว้าง ไม่ได้หมายถึงการคุมกำเนิดเท่านั้น แต่เป็นการวางแผนหรือตั้งเป้าหมายให้ครอบครัวมีความพร้อมที่จะมีสมาชิกตามจำนวนที่ต้องการในระยะเวลาที่เหมาะสม มีฐานะทางเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมที่ดีสำหรับการดำรงชีวิตเพื่อสุขภาพและอนามัยของครอบครัวนั้น ๆ ซึ่งจะมีผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศด้วย ดังนั้น การวางแผนครอบครัวจึงมิได้มีความหมายแต่เพียงการจำกัดขนาดครอบครัวไม่ให้มากเกินไปเท่านั้น แต่ยังเป็นการส่งเสริมการมีบุตรในคู่สมรสที่มีบุตรได้ยาก รวมทั้งการเลือกเพศบุตรด้วยแต่อย่างใดก็ตาม การวางแผนครอบครัวในปัจจุบันมักเน้นหนักไปในด้านการชะลอการเกิดหรือการคุมกำเนิดเป็นสำคัญ

เพ็ญศรี พิชัยสนธิ (2528 : 215) ได้ให้ความหมายของการวางแผนครอบครัวไว้ว่า หมายถึง การช่วยให้คู่สมรสมีบุตรได้ตามจำนวนที่ต้องการ ในเวลาที่ต้องการ ซึ่งจะรวมทั้งการคุมกำเนิด และการให้ความช่วยเหลือคู่สมรสที่มีบุตรยาก

นงลักษณ์ เอมประดิษฐ์ และคนอื่น ๆ (2529 : 122) ได้ให้ความหมายของการวางแผนครอบครัวไว้ว่า หมายถึง การที่คู่สมรสคิดไว้ล่วงหน้าว่าจะมีลูกเมื่อใด จำนวนเท่าไรโดยใช้วิธีการคุมกำเนิดทั้งหลายเป็นเครื่องช่วยเมื่อยังไม่พร้อม ซึ่งความพร้อมในที่นี้ หมายถึง ความพร้อมทางด้านเศรษฐกิจ และสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะสุขภาพอนามัยของมารดา

สุชาติ โสภประยูร และวรรณ โสภประยูร (2531 : 112) ได้ให้ความหมายของการวางแผนครอบครัวไว้ว่า หมายถึง การที่คู่สมรสคิดไว้ล่วงหน้าว่าจะมีลูกเมื่อใดบ้าง และจะมีลูกจำนวนกี่คน โดยใช้วิธีป้องกันการตั้งครรภ์ในระยะที่ไม่ต้องการมีลูก

อารี สมบูรณ์สุข (2533 : 91) ได้ให้ความหมายของการวางแผนครอบครัวไว้ว่า หมายถึง การที่คู่สมรสได้กำหนดไว้ล่วงหน้าในการที่จะมีบุตรตามจำนวนที่ต้องการ รวมทั้งเวลาที่ควรจะมีระยะห่างระหว่างบุตรแต่ละคน เพื่อสุขภาพ และเศรษฐกิจที่ดีของครอบครัว ทั้งนี้เพื่อคุณภาพที่ดีของชีวิต นอกจากนี้ การวางแผนครอบครัวยังรวมทั้งวิธีการต่าง ๆ ที่ช่วยให้มีบุตรได้ง่าย ในกรณีที่คู่สมรสนั้นมีบุตรยาก

สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย (2530 : 103) ได้ให้ความหมายของการวางแผนครอบครัวไว้ว่า หมายถึง การวางแผนหรือตั้งเป้าหมายให้ครอบครัว มีความพร้อมที่จะมีสมาชิกตามจำนวนที่ต้องการในระยะเวลาที่เหมาะสม และมีฐานะเศรษฐกิจสิ่งแวดล้อมที่ดี ไม่ได้หมายถึง การคุมกำเนิดอย่างเดียว เพราะการคุมกำเนิดเป็นมาตรการหนึ่งในการที่จะให้บรรลุถึงการวางแผนครอบครัวเท่านั้น หรืออีกนัยหนึ่งการวางแผนครอบครัว คือ การที่คู่สมรสได้คิดไว้ล่วงหน้าว่าจะมีบุตรเมื่อใด และจะมีจำนวนกี่คน และเว้นช่วงระยะการมีท้องโดยวิธีป้องกัน การตั้งครรภ์ในระยะที่ไม่ต้องการมีบุตร หรือทบทวนเป็นการถาวรเมื่อมีบุตรพร้อมกับความต้องการแล้ว นอกจากนั้น ยังได้กำหนดเอาไว้ว่า "การวางแผนครอบครัวเป็นเจตคติและพฤติกรรมของสังคมไทย" ตามความหมายนี้ การวางแผนครอบครัวซึ่งมีองค์ประกอบ 2 ส่วนคือ ส่วนของความเชื่อที่เรียกว่าเจตคติ และส่วนของการปฏิบัติที่เรียกว่าพฤติกรรม ดังนั้น เจตคติอันพึงประสงค์ในการวางแผนครอบครัว ประกอบด้วย การยอมรับแนวความคิดของการวางแผนครอบครัว เช่น ด้านสุขภาพอนามัย เศรษฐกิจ การศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างอาหาร เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม สิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม ตลอดจนความรัก ความอบอุ่นในครอบครัว ส่วนที่การวางแผนครอบครัวเป็นพฤติกรรมนั้น หมายถึง การปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่ง ภายในขอบเขตของวัฒนธรรมเพื่อให้เกิดผลตามความคิดเห็นนั้น เช่น กำหนดความถี่ห่างและจำนวนบุตรให้เหมาะสมกับภาวะครอบครัวโดยการคุมกำเนิด โดยวิธีใดวิธีหนึ่ง อย่างไรก็ตาม หากยอมรับการวางแผนครอบครัวเป็นวัฒนธรรมอย่างหนึ่งแล้ว ผู้ที่จะวางแผนครอบครัวไม่จำกัดเฉพาะสามีภรรยาเท่านั้น แต่หมายถึงทุกคนต้อง

วางแผนครอบครัว และการวางแผนครอบครัวจะประสบผลสำเร็จนอกจากเจตคติแล้วต้องมีพฤติกรรมด้วย

จากความหมายต่าง ๆ ข้างต้นสรุปได้ว่า การวางแผนครอบครัว หมายถึง การที่คู่สมรสได้วางแผนไว้ล่วงหน้าว่าจะมีบุตรจำนวนกี่คน จะมีเมื่อใดบ้าง โดยใช้วิธีการคุมกำเนิดในระยะที่ไม่ต้องการมีบุตร รวมทั้งวิธีการต่าง ๆ ที่จะช่วยให้มีบุตรในกรณีที่คู่สมรสนั้นไม่มีบุตรยาก

การวางแผนครอบครัวมีความสำคัญพอจะสรุปได้ดังนี้ (วีระ นิยมวัน และปิติ พูนไชยศรี. 2528 : 858 - 859)

1. ระดับครอบครัว การวางแผนครอบครัวมีผลต่อสมาชิกทุกคนในครอบครัวกล่าวคือ

1.1 สุขภาพมารดา ถ้ามารดาอายุมากหรือน้อยเกินไป อาจให้กำเนิดบุตรที่พิการได้ทั้งร่างกายและจิตใจ และมารดาที่มีบุตรมากหรือถี่เกินไป ย่อมทำให้สุขภาพทรุดโทรมไม่มีเวลาในการทำงานอย่างอื่น เพราะต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการเลี้ยงดูบุตร

1.2 สุขภาพบุตร ถ้าคู่สมรสไม่ได้มีการวางแผนครอบครัว ย่อมทำให้เกิดผลเสียแก่บุตรที่จะเกิดมา คือ บุตรที่เกิดเป็นอันดับที่ 5 ขึ้นไป มีแนวโน้มที่จะผิวดก มีอัตราตายสูง เนื่องจากมีน้ำหนักน้อย บุตรที่เกิดจากมารดาที่อายุเกิน 35 ปีขึ้นไป อาจทำให้เป็นคนพิการแต่กำเนิดทั้งร่างกายและสติปัญญาได้

1.3 สุขภาพบิดา การมีบุตรถี่และหลายคนย่อมเป็นภาระหนักในการให้การเลี้ยงดูเพื่อให้ทุกคนในครอบครัวเป็นสุข ดังนั้น สุขภาพของบิดาจึงทรุดโทรม เพราะต้องเคร่งเครียดกับการหารายได้ เพื่อเลี้ยงดูครอบครัว จึงทำให้เกิดความเครียดทางจิตใจ อาจก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพจิตของบิดาได้

2. ระดับชุมชนหรือสังคม ในชุมชนที่ไม่มีการวางแผนครอบครัว ทำให้ครอบครัวมีบุตรมากเกินไป บิดามารดาจะให้การดูแลบุตรได้ไม่ทั่วถึง ให้ความศึกษาน้อยหรือไม่ได้เลย เนื่องจากภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว เยาวชนที่เติบโตขึ้นในสังคมเหล่านั้น ไม่มีโอกาสในการศึกษาต่อระดับสูง ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ดี จึงก่อให้เกิดปัญหาของการลักเล็กขโมยน้อย หรือก่อให้เกิดปัญหาอาชญากรรมอื่น ๆ ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาของชุมชนหรือสังคมนั้น ๆ ขึ้นมาในที่สุด

3. ระดับประเทศชาติ การที่ประเทศมีอัตราเพิ่มของประชากรอย่างรวดเร็ว ทำให้อัตราส่วนของเด็กซึ่งเป็นวัยพึ่งพิงมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ทำให้เป็นภาระในการจัดสวัสดิการทางสังคมต่าง ๆ ดังนั้น จึงก่อให้เกิดปัญหาในการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศได้

สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย (2530 : 104 - 105) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการวางแผนครอบครัว ว่ามีต่อบุคคล ครอบครัว และประเทศชาติไว้ดังนี้

1. การวางแผนครอบครัว ช่วยให้คู่สมรสได้มีโอกาสปรับตัว ได้เรียนรู้เกี่ยวกับการครองชีวิตคู่อย่างแท้จริง มีเวลาสร้างฐานะความเป็นอยู่ของครอบครัวให้ดีขึ้น มีเวลาวางแผนว่าจะมีลูกกี่หรือห่าง ได้ตามจำนวนที่ต้องการ

2. การวางแผนครอบครัว จะช่วยให้ทุกคนในครอบครัวมีความเป็นอยู่ตามฐานะ เมื่อมีลูกน้อยพ่อแม่ก็สามารถเลี้ยงดู ให้การศึกษาขั้นสูงแก่ลูกทุกคน เพื่อให้มีอาชีพและอนาคตที่ดี ถ้ามีลูกมากก็จะเป็นภาระหนักของพ่อแม่ในการหาเลี้ยงดูให้ทุกคนมีความสุข ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวไม่ดี ไม่สามารถให้การศึกษาขั้นสูงแก่ลูกได้

3. การวางแผนครอบครัว จะช่วยให้สุขภาพทางกาย และใจ ของพ่อแม่สมบูรณ์ดีขึ้น แม่ร่างกายไม่ทรุดโทรม ไม่เสี่ยงอันตรายในการคลอด มีเวลาเอาใจใส่ลูก พ่อแม่มีเวลาทำงานสร้างฐานะเศรษฐกิจให้แก่ครอบครัว ทุกคนในครอบครัวลดความวิตกกังวล ครอบครัวก็จะมีความสุข

4. การวางแผนครอบครัว ช่วยให้เกิดการออม และประหยัด เฉพาะภายในครอบครัวจะมีการใช้จ่ายเงินในด้านการบริโภคและเครื่องอุปโภคต่าง ๆ ลดน้อยลง ทำให้มีเงินเหลือสะสมไว้มากน้อยตามสมควรแก่ฐานะและเลือกใช้ได้ตามต้องการ

5. การวางแผนครอบครัว ช่วยให้รัฐมีงบประมาณที่จะนำไปใช้ในการลงทุน เพื่อผลิตและสร้างแหล่งงานให้แก่แรงงานเพิ่มขึ้น ช่วยลดภาระของรัฐที่สิ้นเปลืองงบประมาณไปเป็นค่าใช้จ่ายในการพัฒนาสังคมและสวัสดิการต่าง ๆ ทางการศึกษา การสาธารณสุข การประชาสัมพันธ์ และสาธารณูปโภคต่าง ๆ เช่น สร้างโรงเรียน โรงพยาบาล สถานีอนามัย อาคารสงเคราะห์ และอื่น ๆ

6. การวางแผนครอบครัว ทำให้รัฐสามารถแก้ไขปัญหาการขาดแคลนกำลังคนในระดับสูงและระดับกลางได้ เช่น เร่งการผลิตบุคลากรที่ต้องการ เช่น แพทย์ วิศวกร พยาบาล ครู ข่างฝีมือ ข่างเทคนิค เป็นต้น ได้อย่างเพียงพอ และมีคุณภาพ เป็นการลดภาระของรัฐในการพัฒนาการศึกษาในระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษาได้

7. การวางแผนครอบครัว จะทำให้การเพิ่มพลเมืองหรือประชากรน้อยลง ช่วยลดภาระด้านการพัฒนางานด้านสาธารณสุข จะทำให้รัฐสามารถปฏิบัติงานบรรลุตามเป้าหมาย ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ในระยะต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย (2530 : 114 - 115, 129 - 131) ได้ให้ความหมายของการคุมกำเนิด (Contraception, Birth Control) ไว้ว่า หมายถึง การป้องกันการปฏิสนธิหรือป้องกันการตั้งครรภ์ คือ ไม่ให้ตัวสุจิของผู้ชาย มีโอกาสเข้าผสมกับไข่สุกของฝ่ายหญิง จึงไม่เกิดตัวอ่อน (Embryo) ในครรภ์ ในปัจจุบันวิธีคุมกำเนิดได้จำแนกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ การคุมกำเนิดชนิดถาวร และการคุมกำเนิดชนิดชั่วคราว

1. การคุมกำเนิดชนิดถาวร หรือการทำหมัน เป็นการยุติการมีบุตรที่ปฏิบัติได้ทั้งฝ่ายชายและฝ่ายหญิง นิยมใช้เมื่อไม่ต้องการมีบุตรอีก การทำหมันแบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือ การทำหมันชาย และการทำหมันหญิง

1.1 การทำหมันชาย เป็นการทำให้หลอดนำเชื้อสุจิทั้งสองข้างตีบตัน หรือขาดจากกันด้วยวิธีการต่าง ๆ ซึ่งนับได้ว่าการทำหมันชายเป็นวิธีที่ง่ายที่สุด ปลอดภัยที่สุด ได้ผลแน่นอน ง่าย สะดวก ปลอดภัย ประหยัด ใช้เวลาน้อย ภายหลังการทำสามารถทำงานหนักได้ สมรรถภาพและความรู้สึกทางเพศเหมือนเดิม สุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ไม่เปลี่ยนแปลง

ข้อบ่งของการทำหมันชาย

1. มีบุตรตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป
2. ผู้ที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม

3. ผู้ที่เป็นโรคทางอายุรศาสตร์ หรือกรรยาเป็นโรคต่าง ๆ ทางอายุรศาสตร์ ซึ่งอาจเกิดอันตรายได้ เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงมาก เป็นต้น

4. ผู้ที่มีโรคติดต่อทางพันธุกรรม ผู้ที่มีจิตใจแปรปรวนรุนแรง

ข้อดีของการทำหัตถ์ชาย

1. ทำได้ง่าย ไม่ต้องใช้แพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทาง
2. ประสิทธิภาพสูง อัตราการล้มเหลวหรือการตั้งครรภ์ภายหลังการทำหัตถ์ชาย

จะต่ำมากประมาณร้อยละ 0.15

3. อาการแทรกซ้อนพบน้อยมาก พบภาวะแทรกซ้อนเพียงร้อยละ 0-5
4. ทำได้ภายในเวลา 10-15 นาที
5. ราคาถูก
6. สามารถให้บริการทั้งในสถานที่ และนอกสถานที่
7. มีระยะเวลาพักฟื้นสั้น เพียง 1-2 วัน ก็สามารถทำงานได้ตามปกติ
8. การใช้ยาชาเฉพาะที่ ทำให้มีโอกาสแพ้ได้น้อยกว่าการฉีดยาระงับปวด

และยากล่อมประสาทเข้าหลอดเลือดดำ

ข้อจำกัดของการทำหัตถ์ชาย

1. การยอมรับบริการและการจูงใจทำได้ยาก
2. ฝ่ายชายจะตัดสินใจทำหัตถ์เมื่ออายุมาก จึงมีผลต่อระยะเวลาการเจริญพันธุ์

น้อย

3. เกิดอาการแทรกซ้อน ได้แก่
 - 3.1 อาการปวดภายหลังทำหัตถ์
 - 3.2 ถุงอัณฑะอักเสบหรืออักเสบ อาการนี้พบได้น้อย
 - 3.3 เลือดออก อาการนี้พบได้น้อย แต่ถ้ามีเลือดออกจะมีเลือดคั่งใน

ถุงอัณฑะจนขนาดเพิ่มขึ้น ๆ เป็นก้อนเลือด ขนาดใหญ่ได้

3.4 การอักเสบ อาจเกิดจาก การผ่าตัดไม่สะอาดดีพอ

3.5 เกิดก้อนที่บริเวณท่อน้ำนม สาเหตุเกิดจากการท่อน้ำนมขยับโดยการบีบ หลอดน้ำเชื้ออสุจิ จากแผลเย็บซึ่งเกิดภายหลัง การอักเสบ หรือเลือดออก หรือเกิดจากเชื้ออสุจิ ออกมาอยู่บริเวณปลายหลอดน้ำเชื้ออสุจิซึ่งถูกตัดแล้ว มักเกิดร่วมกับการผูกหลอดน้ำเชื้ออสุจิแรง และเชื้ออสุจิออกมาอยู่นอกหลอดน้ำเชื้ออสุจิและเกิดปฏิกิริยาจะมีลักษณะเป็นก้อนเล็ก ๆ กดเจ็บ

3.6 เกิดการตั้งครรภ์ขึ้นได้ภายในช่วง 3 เดือนแรก เนื่องจากมีเชื้ออสุจิ ค้างอยู่

1.2 การท่อน้ำนมหลัง คือ การทำให้ท่อรังไข่ หรือทางเดินของไข่ทั้งสองข้าง ตีบหรืออุดตัน หรือขาดจากกัน ซึ่งอาจทำได้โดยการผูก ตัด อุด ด้วยสารเคมี ทำให้ไข่และอสุจิ ไม่สามารถพบกัน และผสมกันได้ การตั้งครรภ์ก็จะไม่เกิดขึ้น ซึ่งแบ่งเป็น 2 ระยะคือ

1.2.1 การท่อน้ำนมหลังคลอด หรือการท่อน้ำนมเปียก คือการท่อน้ำนม ภายหลังการคลอดบุตรใหม่ ๆ ภายใน 24 - 48 ชั่วโมง ซึ่งจะทำให้ได้ง่าย เนื่องจากภายหลัง คลอดใหม่ ๆ มดลูกยังมีขนาดใหญ่ และลอยตัวสูงการหยิบท่อรังไข่ขึ้นมาจึงทำได้ง่าย ผู้รับบริการ ท่อน้ำมนนอนพักในโรงพยาบาล 2-3 วัน ก็กลับบ้านได้ภาวะความเป็นหมันจะเกิดผลทันที

ข้อดีของการท่อน้ำนมหลังคลอด (ดำรง เจริญประยูร. 2528 : 775 - 776)

1. สามารถทำได้ง่าย เนื่องจากมดลูกยังมีขนาดใหญ่และลอยตัวสูง
2. ใช้ยาสลบหรือยาชาเฉพาะที่น้อย เนื่องจากผู้คลอดได้รับยาระงับปวด มาก่อนแล้วและส่วนมากยายังคงออกฤทธิ์อยู่ จึงใช้ยาสลบหรือยาชาน้อยกว่าปกติ

ข้อจำกัดของการท่อน้ำนมหลังคลอด

1. ทารกแรกเกิดถึง 1 ขวบ มีอัตราตายอยู่ในอันดับสูง หรือการเลี้ยงดูใน เวลาต่อมาเกิดอุบัติเหตุ หรือเกิดโรคต่าง ๆ อันทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตขึ้น
2. เกิดอาการปวดแผล เช่นเดียวกับการผ่าตัดทั่ว ๆ ไป อาการที่พบบ่อยคือ อาการปวดท้อง

1.2.2 การทำหัตถ์ในสตรีระยะที่ไม่ตั้งครรภ์ หรือการทำหัตถ์แห้ง คือ การทำหัตถ์ในระยะเวลาปกติ ขณะที่ไม่มีที่ตั้งครรภ์ หรือหลังจากการคลอดบุตรมานานแล้ว มดลูกจะมีขนาดปกติ อยู่ในอุ้งเชิงกราน การทำหัตถ์แห้ง อาจทำได้หลายวิธี เช่น

1. การทำโดยใช้กล้องลาพาโรสโคป (Laparoscope) หรือลาโปรแคเตอร์ (Laprocator)
2. การทำผ่าตัดโดยผ่าเนื้อหุ้มหน้าท้องที่เรียก มินิแลพารอโตมี (Minilaparotomy) หรือเรียกย่อว่า มินิแลป (Minilap)

ข้อดีของการทำหัตถ์ในสตรีระยะที่ไม่ตั้งครรภ์

1. สะดวก ใช้เวลาผ่าตัดเพียง 10-15 นาที
2. แผลทำหัตถ์เล็กมาก เวลาแผลหายจะมองไม่เห็นรอยแผล
3. ประหยัดค่าใช้จ่าย เพราะไม่จำเป็นต้องอยู่ในโรงพยาบาล
4. ปลอดภัย คือมีอันตรายหรือพบภาวะแทรกซ้อนได้เพียงร้อยละ 1-2
5. มีประสิทธิภาพสูง ภายหลังการทำหัตถ์อาจจะมีที่ตั้งครรภ์ได้ ประมาณ ร้อยละ 0.2-2

ข้อจำกัดของการทำหัตถ์ในสตรีระยะที่ไม่ตั้งครรภ์ (คารัง เจริญประยูร. 2528 : 786)

1. อาการแทรกซ้อนจากการใช้ยาระงับปวด ยาแก้ปวดประสาทร และยาชาเฉพาะที่ เช่น การแพ้ยา หัวใจและการหายใจหยุด ถ้าใช้ยาไม่ถูกต้อง
2. อาการแทรกซ้อนจากการใส่เครื่องมือเคลื่อนไหวมดลูก อาจทำให้มดลูกเกิดทะลุหรือมีการฉีกขาดของปากมดลูกได้
3. อาการแทรกซ้อนจากการใส่ก๊าซเข้าช่องท้อง อาจเกิดอันตรายจาก
 - 3.1 เข็มแทงเข้าหลอดเลือด มีเลือดออก หรือลมเข้ากระแสเลือด
 เกิดการอุดตันของอวัยวะต่าง ๆ

- 3.2 ก๊าซไม่เข้าช่องท้อง อาจแทรกอยู่ตามใต้ผิวหนังใต้ช่องท้อง เป็นต้น
- 3.3 ก๊าซคั่งในช่องท้องมาก ทำให้หายใจลำบากหรือหัวใจหยุดเต้น
4. อาการแทรกซ้อนจากการใส่โทรคา อาจเกิด
 - 4.1 อันตรายต่อหลอดเลือด
 - 4.2 อันตรายต่ออวัยวะภายในช่องท้อง
5. อาการแทรกซ้อนจากการทำหัตถ์
 - 5.1 ถ้าใช้จี้ด้วยกระแสไฟฟ้า อาจเกิดไฟฟ้าเผาไหม้ลำไส้ ผิวหนัง หรือการจี้ท่อนำไข่ด้วยไฟฟ้าไม่ดีพอ แล้วกระตุกจะให้ขาดจากกัน ก็จะมีการฉีกขาดมากและเกิดตกเลือดได้
 - 5.2 การรัด หรือหนีบท่อนำไข่ ถ้าทำอย่างไม่นิ่มนวลท่อนำไข่อาจฉีกขาดและมีเลือดออกได้

2. การคุมกำเนิดชนิดชั่วคราว เป็นการป้องกันการปฏิสนธิชนิดที่เมื่อผู้ใช้เลิกใช้แล้ว จะมีประสิทธิภาพในการมีบุตรได้เหมือนเดิม จึงเหมาะสำหรับครอบครัวที่ต้องการมีบุตรอีก แต่ต้องการเว้นระยะการมีบุตรไว้ชั่วคราว การคุมกำเนิดชนิดชั่วคราวมีมาตั้งแต่สมัยโบราณ ชีเกส และทิสส์ (จริยาวัตร คมพยัคฆ์. 2525 : 120 ; อ้างอิงมาจาก Segal and Tietze. n.d.) ได้รวบรวมวิธีคุมกำเนิดชนิดชั่วคราวไว้ดังนี้

2.1 ยาเม็ดคุมกำเนิด (Oral Pill)

ยาเม็ดคุมกำเนิด ประกอบด้วย ฮอร์โมนสังเคราะห์ 2 ชนิด คือ เอสโตรเจน และโปรเจสเตอเจน ซึ่งจะไประงับการสร้างเอสโตรเจนและโปรเจสเตอเจนในร่างกายทำให้ไม่มีไข่สุก และตกจากรังไข่ และเยื่อบุมดลูกไม่เจริญหนาขึ้น จึงมีสภาพไม่เหมาะสมต่อการฝังตัวของไข่ที่ได้รับการผสมแล้ว ประเทศไทยเริ่มใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดเมื่อ พ.ศ. 2505 ปัจจุบันยาเม็ดคุมกำเนิดที่ใช้ในประเทศไทยมีไม่ต่ำกว่า 18 ชนิด แต่ละชนิดบรรจุไว้เป็นแผง ชนิดแผงละ 21 เม็ด และชนิดแผงละ 28 เม็ด

ลักษณะของยาเม็ดคุมกำเนิด

ยาชนิดแผงละ 21 เม็ด เม็ดยาทุกเม็ดทั้งแผงมีสีและขนาดเดียวกันหมด

ยาชนิดแผงละ 28 เม็ด เม็ดยาทั้งแผงมี 2 สี สีหนึ่งมี 21 เม็ด อีกสีหนึ่งมี

7 เม็ด ยา 21 เม็ดแรกเป็นตัวยาจริง ส่วน 7 เม็ดหลังไม่มีตัวยาอาจเป็นแป้ง น้ำตาล หรือวิตามิน

วิธีใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด

ผู้ที่ตัดสินใจจะคุมกำเนิดโดยวิธีกินยานี้ ครั้งแรกที่จะใช้ควรจะไปพบแพทย์ พยาบาล หรือพนักงานอนามัย เพื่อตรวจร่างกาย และให้คำแนะนำว่าควรใช้ยาอย่างไร ชนิดใดจึงจะเหมาะสม เพราะยามีหลายชนิด ผู้ที่เป็นโรคบางอย่างจะกินยาคุมกำเนิดไม่ได้

การกินยาชนิดแผงละ 21 เม็ด

1. ให้เริ่มกินยาเม็ดแรกในวันที่ 5 ของรอบประจำเดือน (นับวันที่ประจำเดือนมาวันแรกเป็นวันที่หนึ่ง)
2. กินวันละ 1 เม็ด หลังอาหารเย็น หรือก่อนนอนทุกวันจนหมดแผงแล้ว จึงหยุดและรอให้ประจำเดือนมาโดยทั่ว ๆ ไป เมื่อหยุดยาได้ 2-4 วัน ก็จะมีประจำเดือนมา
3. ประจำเดือนมาวันที่ 5 ก็เริ่มกินยาแผงใหม่ต่อไปอีก ทำเช่นนี้ตลอดระยะเวลาที่ต้องการคุมกำเนิด

การกินยาแผงละ 28 เม็ด

1. ให้เริ่มกินยาเม็ดแรกในวันแรกที่ประจำเดือนมา กินวันละ 1 เม็ด ทุกวันหลังอาหารหรือก่อนนอน
2. กินยาเม็ดต่อไปเรียงตามลำดับลูกศรจนกระทั่งยาหมดแผง
3. เมื่อกินยาหมดแผงแล้ว ให้ตั้งต้นกินยาแผงใหม่ในวันรุ่งขึ้น

กรณีที่ใช้มิกินยา ควรปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. ถ้าใช้มิกินยา 1 วัน และนึกได้ภายใน 24 ชั่วโมง ให้กินยา 1 เม็ด ทันทีที่นึกได้ และกินยาเม็ดต่อไปตามเวลาปกติ
2. ถ้าใช้มิกินยา 2 วัน หรือมากกว่าให้กินยา (ที่เหลือ) ต่อไปวันละ 1 เม็ด ตามปกติระหว่างนี้ถ้ามีเพศสัมพันธ์ ต้องใช้วิธีอื่นด้วย จนกว่าจะเริ่มกินยาแผงใหม่

อาการแทรกซ้อนระหว่างที่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด

1. อาการคล้ายตั้งครรภ์ เช่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ มักเกิดเมื่อเริ่มกินยา 2-3 เม็ดแรก และอาการจะค่อย ๆ ลดลง และหลัง 3 เดือนไปแล้วอาการนี้พบน้อยมาก
2. อาจมีเลือดออกเล็กน้อย ก่อนมีประจำเดือน ประจำเดือนมักลดลง และบางเดือนอาจไม่มีประจำเดือน
3. เป็นฝ้าที่หน้า ซึ่งไม่มีอันตรายและจะค่อย ๆ จางหายไปเมื่อเลิกกินยา
4. น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น
5. ในระยะแรก ๆ อาจมีอาการเจ็บตึงที่เต้านม
6. อาการปวดศีรษะ ในบางราย

อาการดังกล่าว ถ้าเกิดมากจนทนไม่ได้ ควรไปปรึกษาแพทย์ หรือพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ข้อดีของยาเม็ดคุมกำเนิด

1. ป้องกันการตั้งครรภ์ได้ผลดี สามารถกินติดต่อกันได้นาน ๆ ไม่มีอันตราย
2. ถ้าต้องการมีบุตรก็หยุดกินยาเมื่อกินยาหมดแผงแล้ว
3. ทำงานหนัก งานเบาได้ตามปกติ แม้ขณะป่วยกำลังกินยาอื่นอยู่ก็กินยา

คุมกำเนิดได้ตามปกติ

4. มีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ
5. ทำให้อาการปวดท้องเพราะประจำเดือนลดลง มีประจำเดือนสม่ำเสมอดีขึ้น

ข้อจำกัดของยาเม็ดคุมกำเนิด (สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย.

2530 : 135 - 136)

1. เกิดอาการแทรกซ้อน จนทำให้ใช้วิธีนี้ไม่ได้
2. ต้องรับประทานยาทุกวัน ทำให้เบื่อ จึงเปลี่ยนวิธีใหม่
3. ผู้ที่ให้บุตรรับประทานนมตนเอง ทำให้ให้นมน้อยลง

2.2 ยาฉีดคุมกำเนิด (Injectable Contraception) (ดำรง

เหรียญประยูร. 2528 : 714)

ยาฉีดคุมกำเนิดเป็นยาที่ใช้ฉีดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ มีตัวยาเป็นฮอร์โมนสังเคราะห์ เช่นเดียวกับยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดบางชนิดมีทั้งเอสโตรเจนและโปรเจสเตอเจน บางชนิดมีแค่โปรเจสเตอเจนอย่างเดียว ยาฉีดคุมกำเนิดที่ใช้ในปัจจุบันมี 2 ชนิด คือ

1. ดี เอ็ม พี เอ (DMPA) หรือมีชื่อเต็มว่า ดีโพโพรเวอรา (Depo Provera) หรือ ดีโพ เมคร็อกซี โปรเจสเตอโรน อาซีเตท (Depot Medroxy Progesterone Acetate) เป็นโปรเจสเตอเจนอยู่ในพวกอนุพันธ์ของไฮดรอกซี โปรเจสเตอโรน (17 - hydroxy Progesterone) ผลอยู่ในรูปของผลึกเล็ก ๆ บรรจุในขวด 3 ซีซี ขนาด 150 มิลลิกรัม ยาฉีดคุมกำเนิดนี้เมื่อฉีดจะออกฤทธิ์เลย ใช้ฉีดทุก 12 สัปดาห์
2. เนท - เอน (NET - EN) หรือมีชื่อเต็มว่า นอร์อีสเตอโรน อีแนนเธต (Norethisterone Enanthate) ซึ่งเป็นโปรเจสเตอเจนอยู่ในพวก นอร์เทสโตส เตอโรน (19 - Nortes - tosterone) ผลเป็นน้ำมันขนาด 1 ซีซี จำนวน 200 มิลลิกรัม ฉีดได้ทุก 60 วัน หรือฉีดทุก 60 วัน 4 ครั้ง แล้วต่อไปฉีดทุก 84 วัน

กลไกป้องกันการตั้งครรภ์ของยาฉีดคุมกำเนิด (นิกร คลิตสิน. 2520 :

151 - 152)

ยาฉีดคุมกำเนิดป้องกันการตั้งครรภ์โดย

1. ทำให้ไม่มีไข่สุก หรือไม่มีการตกไข่เกิดขึ้น

2. ทำให้มูกปากมดลูกมีปริมาณน้อย และมีความข้นมากทำให้ตัวอสุจิ
เดินทางผ่านมูกปากมดลูกเข้าไปในโพรงมดลูกได้ยาก
3. ทำให้เยื่อบุมดลูกบาง และมีลักษณะ ไม่เหมาะสำหรับการฝังตัวของไข่
ที่ผสมแล้ว
4. ทำให้ท่อไข่มีการเปลี่ยนแปลงที่ไม่เหมาะต่อการเดินทางผ่านของตัวอสุจิ
และของไข่

ข้อห้ามในการใช้ยาฉีดคุมกำเนิด (ตาราง เหยี่ยงประยูร. 2528 :
715 - 716)

- สตรีที่มีลักษณะหรืออาการดังต่อไปนี้ ไม่ควรใช้ยาฉีดคุมกำเนิด
1. สตรีที่ยังไม่มีบุตร เนื่องจากยาฉีดคุมกำเนิดอาจจะมีผลทำให้เกิดการ
มีบุตรยาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งสตรีที่ยังไม่เคยมีบุตรที่มีระยะมา ไม่สม่ำเสมอ
 2. เลือดออกผิดปกติโดยไม่ทราบสาเหตุเนื่องจาก สตรีที่ฉีดยาคุมกำเนิดนั้น
อาจมีเลือดออกกะปริดกะปรอย หรือเลือดออกไม่แน่นอน ผู้ที่จะใช้ยาฉีดคุมกำเนิดจึงต้องหา
สาเหตุของเลือดออกผิดปกติ และรักษาให้หายขาดเสียก่อน
 3. สตรีที่กำลังตั้งครรภ์ หรือสงสัยว่าจะตั้งครรภ์ เพราะการใช้ยานี้ขนาดสูง
โดยเฉพาะ เนท - เอน ระหว่างที่อวัยวะต่าง ๆ ของเด็กในครรภ์กำลังเกิดขึ้น อาจจะมีผล
ทำให้เกิดความผิดปกติของเด็กได้
 4. มีประวัติเคยเป็น หรือกำลังเป็นเนื้องอกร้ายของเต้านม หรือของ
ระบบสืบพันธุ์
 5. โรคตับต่าง ๆ
 6. ผู้มีประวัติการอุดตันของหลอดเลือดจากลิ่มเลือด
 7. โรคเบาหวาน

ข้อดีของยาฉีดคุมกำเนิด (สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย.

2530 : 140)

1. มีประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์สูง
2. ใช้ง่าย สะดวก เหมาะสำหรับผู้ที่มีรับประทานยาบ่อย ๆ
3. ยานี้ไม่มีฤทธิ์กดการหลั่งน้ำนม หรือทำให้น้ำนมแห้งจึงใช้ได้ดีในสตรีที่กำลังให้นมลูก

กำลังให้ลูกกินนม

ข้อจำกัดของยาฉีดคุมกำเนิด (สุพร เกิดสว่าง. 2516 : 149 - 150)

1. ประจำเดือนมาไม่ปกติ เลือดที่ออกมักมีจำนวนน้อย ระยะเวลาที่เลือดออกแตกต่างกันได้มากตั้งแต่ 1 - 10 วัน หรือมากกว่า บางราย อาจไม่มีเลือดออกเลยตลอดเวลาที่ใช้นี้ หรืออาจเว้นไปหลายเดือนจึงมีสักครั้ง
2. พบอาการแทรกซ้อนคล้ายกับการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด คือมีอาการปวดศีรษะ น้ำหนักตัวเพิ่ม มีฝ้าขึ้นที่ใบหน้า

2.3 ยาฝังคุมกำเนิด (Implantable Contraception) (ชวนชม สกนธวัฒน์. 2529 : 695 - 696) เป็นยาคุมกำเนิดชนิดชั่วคราวที่มีตัวยาเช่นเดียวกับยาฉีดคุมกำเนิด คือเป็นฮอว์โมน โปรเจสเตอโรนสังเคราะห์ นำมาใช้ในลักษณะเป็นผงบรรจุอยู่ในหลอดพลาสติก แล้วนำมาฝังใต้ผิวหนัง โปรเจสเตอโรนสังเคราะห์จะซึมกระจายออกทีละน้อยด้วยอัตราสม่ำเสมอ คุณสมบัติของโปรเจสเตอโรนสังเคราะห์ ในด้านการซึมกระจายจะขึ้นอยู่กับความหนาและพื้นที่ของผนังของหลอดที่บรรจุ ถ้าฮอว์โมนเป็นผงจะซึมกระจายได้ดีกว่าเป็นสารละลาย และฮอว์โมนนี้สามารถผสมและกระจายในน้ำเหลืองได้ดีกว่าในน้ำ

ชนิดของยาหลอดฝังคุมกำเนิด (ดำรง เจริญประยูร. 2528 : 751 - 753)

ยาหลอดฝังคุมกำเนิดแบ่งออกเป็น 2 ชนิดตามระบบของหลอดที่ใช้ คือ ชนิดไม่สลายตัว (Non - biodegradable) และชนิดสลายตัว (Biodegradable)

1. ชนิดไม่สลายตัว หลอดที่ใส่ฮอร์โมนทำด้วยซิลาสติค (Silastic) มีคุณสมบัติทำให้ฮอร์โมนกระจายได้ในอัตราคงที่ ฮอร์โมนที่ใช้คือ นอร์เจสเตรล ยาหลอดฝังคุมกำเนิดที่เริ่มนำมาใช้ในประเทศไทย คือ นอร์พแลนท์ (Norplant) ซึ่งประกอบด้วยหลอด 6 หลอด แต่ละหลอดมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 2.41 มิลลิเมตร ยาว 34 มิลลิเมตร มีฮอร์โมนนอร์เจสเตรล บรรจุอยู่จำนวน 38 ± 2 มิลลิกรัม หรือ รวมทั้ง 6 หลอด มีฮอร์โมน 230 มิลลิกรัม โดยจะซึมกระจายออกประมาณวันละ 50 ไมโครกรัม มีประสิทธิภาพป้องกันการตั้งครรภ์ได้นาน 5 ปี หลังจากนั้นต้องเอาหลอดทั้ง 6 หลอดออก

2. ชนิดสลายตัว หลอดสำหรับใส่ฮอร์โมนมีคุณสมบัติพิเศษ คือฮอร์โมนที่บรรจุอยู่ค่อย ๆ ซึมกระจายออกในอัตราคงที่ หลอดที่ใส่ก็จะถูกเอนไซม์ (enzyme) ทำให้ค่อย ๆ สลายตัวไป ไม่ต้องมาเอาออกอีก ยาหลอดฝังคุมกำเนิดชนิดนี้ ได้แก่ คาโปรนอร์ (Capronor) ซึ่งบรรจุฮอร์โมนนอร์เจสเตรล กระจายออกวันละ 50 ไมโครกรัม ใช้ได้นาน 1 ปี

กลไกการป้องกันการตั้งครรภ์

ยาหลอดฝังคุมกำเนิด มีกลไกป้องกันการตั้งครรภ์เช่นเดียวกับยาฉีดคุมกำเนิด โดยออกฤทธิ์ใน 3 ระดับด้วยกัน คือ

1. ที่ระดับมูกปากมดลูก ทำให้เชื้อสperm เข้าได้โดยยาก
2. เยื่อบุมดลูก มีการเปลี่ยนแปลงที่ไม่เอื้อต่อการฝังตัวของไข่ที่ผสมแล้ว
3. ป้องกันการตกไข่

ข้อห้ามในการใช้ยาหลอดฝังคุมกำเนิด มีข้อห้ามเช่นเดียวกับยาฉีดคุมกำเนิด

เวลาที่เหมาะสมสำหรับยาหลอดฝังคุมกำเนิด คือเริ่มฝังยาคุมกำเนิดภายใน 5 วันของการมีระดู เพื่อจะได้แน่ใจว่าไม่ตั้งครรภ์ ถ้าหลังคลอดบุตรหรือหลังแท้งบุตรแล้ว ยังไม่มีระดู ต้องตรวจให้แน่นอนว่าไม่ตั้งครรภ์

ข้อแนะนำเกี่ยวกับยาหลอดฝังคุมกำเนิด

1. ภายหลังการฝังยา ถ้ามีอาการผิดปกติบริเวณที่ฝัง เช่น ปวด บวม แดง ให้รีบมาพบแพทย์
2. อาจมีอาการผิดปกติของระดู เช่น ระดูมาไม่สม่ำเสมอ หรือไม่มีเลือดระดู
3. ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น ระดูขาด และมีอาการของการตั้งครรภ์น้ำหนักขึ้นเร็ว ควรรีบปรึกษาแพทย์
4. ต้องเปลี่ยนยาหลอดฝังคุมกำเนิดตามกำหนด
5. มาตรวจสุขภาพทั่วไปปีละครั้ง

ข้อดีของยาหลอดฝังคุมกำเนิด

1. ประสิทธิภาพสูง อุบัติการณ์ตั้งครรภ์ใน 1 ปี พบเพียงร้อยละ 0.6 เท่านั้น ในกรณีที่ใช้หลายปี อัตราการตั้งครรภ์ในปีหลัง ๆ อาจสูงกว่าปีแรก เนื่องจากการกระจายของฮอร์โมนจะลดลง
2. ปลอดภัย เนื่องจากไม่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนจึงปลอดภัยจากอาการแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่าง ๆ เช่น การอุดตันของหลอดเลือดโดยลิ่มเลือด ความดันโลหิตสูง และการเปลี่ยนแปลงทางด้านเมตาบอลิซึม
3. ภายหลังรับบริการแล้ว ไม่ต้องกังวลเกี่ยวกับการใช้เหมือนอย่างวิธีอื่น ๆ
4. ภาวะการเจริญพันธุ์หลังการใช้ยาหลอดฝังคุมกำเนิดจะไม่เปลี่ยนแปลง ส่วนมากจะตั้งครรภ์ภายใน 3 - 6 เดือน
5. ใช้ได้นาน

ข้อจำกัดของยาหลอดฝังคุมกำเนิด

1. อาการข้างเคียงที่พบส่วนมาก ได้แก่ ประจำเดือนผิดปกติ ซึ่งเกิดส่วนมากในช่วง 3 - 6 เดือนแรก เช่น เลือดออกกะปริบะปรอย เลือดออกมากและนาน หรือบางรายไม่มีประจำเดือน

2. การบริการจะต้องทำโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สามารถทำการผ่าตัดเล็ก หรือเคยฝึกอบรมแล้วจึงสามารถให้บริการได้

3. ระยะเวลาในการป้องกันการตั้งครรภ์มีจำกัด จึงต้องเปลี่ยนตามกำหนด ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาในการให้และการรับบริการได้

4. คลาพบหลุดหายอยู่ได้ผิวหนัง ภายหลังรับบริการไปแล้ว อาจทำให้เกิดปัญหาในสตรีบางคน เช่น กลัว เวลาเคลื่อนไหวจะรู้สึกว่หลุดหายเคลื่อนไหว และเจ็บ

2.4 ห่วงอนามัย (สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย. 2530 : 142) ห่วงอนามัยหรือห่วงคุมกำเนิด คือวัตถุที่ประดิษฐ์ขึ้นเพื่อใส่ไว้ในโพรงมดลูกทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของการเดินทางของไข่และลักษณะของเยื่อบุมดลูกก็เปลี่ยนไป โดยมีเม็ดเลือดขาวมาทำลายตัวอสุจิ เยื่อบุมดลูกมีการเปลี่ยนแปลงจนไข่ที่ผสมหรือไม่ผสมก็ตาม ไม่สามารถจะฝังตัวในโพรงมดลูกได้ จึงทำให้ไม่เกิดการตั้งครรภ์

ห่วงอนามัยแบ่งเป็น 2 ชนิด (คารัง เจริญประยูร. 2528 : 726)

1. ชนิดธรรมดา (Non - medicated) หมายถึง ห่วงอนามัยที่ไม่มีสารช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ ที่นิยมใช้คือ ห่วงอนามัยชนิดลิปส์ (Lippes Loop)

2. ชนิดที่มีสารช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ (Medicated) ซึ่งมีอยู่ 2 ชนิด คือ

2.1 ห่วงอนามัยทองแดง (Copper IUD) หมายถึง ห่วงอนามัยที่มีสารทองแดงช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ ที่ใช้อย่างแพร่หลายในประเทศไทย ได้แก่ ชนิดมัลติโหลด (Multiload 250) คอปเปอร์ ที (Copper T) และคอปเปอร์ เซเวน (Copper 7)

2.2 ห่วงอนามัยชนิดฮอร์โมน (Hormone releasing IUD) เป็นห่วงอนามัยรูปตัวที โดยมีโปรเจสโตโรนบรรจุอยู่แล้วค่อย ๆ กระจายออก ซึ่งยังไม่นิยมใช้

การใส่ห่วงอนามัย (สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย. 2530 : 143)

ห่วงอนามัยเหมาะสำหรับใช้กับสตรีที่มีบุตรแล้ว ผู้ที่ต้องการใส่ห่วงอนามัย ต้องไปพบแพทย์หรือพยาบาล ที่ได้รับการอบรมและฝึกการใส่ห่วงอนามัยมาแล้ว แพทย์ต้องตรวจร่างกายให้แน่ใจว่าผู้ต้องการใส่ห่วงอนามัยมีสุขภาพดีแล้ว จึงใส่ห่วงอนามัยผ่านช่องคลอดเข้าไปในโพรงมดลูก ใช้เวลาทั้งสิ้นไม่เกิน 5 นาที ระยะเวลาที่เหมาะสมต่อการใส่ห่วงอนามัย คือ ระยะเวลาที่กำลังมีประจำเดือน หรือประจำเดือนหมดใหม่ ๆ

กลไกในการป้องกันการตั้งครรภ์ของห่วงอนามัย (สุพร เกิดสว่าง. 2527 : 105)

แม้จะได้มีการศึกษาวิจัยอย่างกว้างขวาง แต่ยังไม่มียุทธวิธีที่ชัดเจน ถึงกลไกในการป้องกันการตั้งครรภ์ของห่วงอนามัย แต่อย่างไรก็ดี มีหลักฐานปรากฏชัดเจนว่า ห่วงอนามัยไม่มีผลต่อการตกไข่ (Ovulation) หรือการผสม (Fertilization) แต่เมื่อไข่ที่ถูกผสมแล้วเดินทางผ่านท่อนำไข่เข้าไปในโพรงมดลูก ไข่อาจประสบภาวะอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

1. ถูกทำลายไป
2. ถูกขับออกไปก่อนที่จะฝังตัว
3. ฝังตัวไม่สำเร็จ

ข้อดีของห่วงอนามัย (สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย. ม.ป.ป. : 105)

1. ใส่ครั้งเดียว อยู่ได้นานโดยไม่ต้องเปลี่ยนใหม่ บางชนิดอยู่ได้นานหลายปี หรือตลอดไปจนกว่าผู้ใช้ไม่ต้องการ
2. ใส่ห่วงอนามัยแล้วป้องกันการตั้งครรภ์ได้ทันทีและได้ผลประมาณ 98 เปอร์เซ็นต์
3. ใส่ง่าย ไม่สิ้นเปลือง ไม่ต้องกังวล
4. ถ้าต้องการมีบุตรอีก เมื่อถอดห่วงอนามัยออกก็สามารถตั้งครรภ์ได้ส่วนใหญ่ภายในเวลา 6 เดือน

ข้อจำกัดของการใส่ห่วงอนามัย (ตาราง เหยี่ยวประยูร. 2528 : 734)

1. ต้องมาพบแพทย์หรือพยาบาล เพื่อใส่ห่วงอนามัย
2. อาจมีอาการข้างเคียง หรืออาการผิดปกติ หลังการใส่ห่วงอนามัย เช่น อาการปวดท้อง ปวดหลัง ปวดประจำเดือนเพิ่มขึ้น มีระดูขาวลักษณะเป็นเมือกหรือน้ำเพิ่มขึ้น มีการอักเสบของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน และห่วงอนามัยหลุด

อาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างที่ใส่ห่วงอนามัย (สุพร เกิดสว่าง. 147 - 155)

1. เลือดออกผิดปกติ ที่พบคือ ประจำเดือนออกมากและนาน เลือดออกนอกเวลา ประจำเดือน มักเกิดใน 2 - 3 เดือนแรกหลังใส่ แต่บางรายอาจอยู่นานหลายเดือนและบางรายอาจมีเลือดออกกะปริบกะปรอย
2. อาการปวดท้องน้อยหลังใส่ห่วงอนามัย มักเนื่องจากการบีบตัวของมดลูก ซึ่งพยายามจะขับห่วงอนามัยออก อาการปวดมีมากในระยะแรกหลังใส่ แต่ส่วนมากจะหายไปภายในเวลา 3 เดือนหลังใส่
3. อาการตกขาว หลังใส่ห่วงอนามัยอาจมีตกขาวออกมากขึ้น อาการตกขาวนี้ เชื่อว่าเกิดจากปฏิกิริยาของเยื่อบุมดลูกที่มีต่อห่วงอนามัย ซึ่งเป็นวัตถุแปลกปลอม แต่มักจะเป็นอยู่เพียงในเดือนแรกหลังใส่ อาการจะกลับเป็นปกติเองโดยไม่ต้องรักษา
4. การอักเสบของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน ผู้ใส่ห่วงอนามัยมีโอกาสที่จะมีการอักเสบในอุ้งเชิงกรานเพิ่มขึ้น แต่ส่วนมากมักเกิดจากการอักเสบที่เคยเป็นอยู่เดิม
5. มดลูกทะลุจากห่วงอนามัย ส่วนใหญ่เกิดจากการใส่และขณะที่ใส่ ซึ่งห่วงอนามัยมักทะลุผนังของมดลูกออกไปอยู่ในช่องท้อง หรืออาจทะลุเพียงส่วนเดียว

2.5 วิธีธรรมชาติ (Natural Family Planning) (สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย. 2530 : 147 - 149) วิธีคุมกำเนิดแบบธรรมชาติเป็นวิธีที่ไม่ต้องลงทุน ไม่ต้องใช้อุปกรณ์ใด ๆ การคุมกำเนิดวิธีนี้ต้องงดการมีเพศสัมพันธ์ในช่วงเวลาที่หญิงมีไข่สุก

ซึ่งเรียกว่า "ระยะไม่ปลอดภัย" โดยทั่วไปหญิงจะมีไข่สุกตกจากรังไข่เดือนละครั้ง และไข่จะมีอายุอยู่ได้ 1 - 2 วัน ได้มีผู้ค้นพบวิธีการหาช่วงเวลาที่ไม่สุกไว้หลายวิธี ดังนั้น จึงสามารถนำหลักการมาหาระยะปลอดภัย การหาระยะปลอดภัยที่ใช้ปัจจุบันนี้มีหลายวิธี

1. หาระยะปลอดภัยจากบันทึกการมีประจำเดือน โดยปกติหญิงจะมีไข่สุกในราวกลาง ๆ ของรอบการมีประจำเดือน ดังนั้น ถ้าหญิงคนหนึ่งมีประจำเดือนทุก 28 วัน ระยะที่ไม่ปลอดภัย คือ ช่วงวันที่ 10 - 17 นับจากวันที่ประจำเดือนมาวันแรก ซึ่งเป็นเวลาประมาณ 2 สัปดาห์ และระยะปลอดภัย คือ ช่วงเวลาก่อนที่จะมีประจำเดือน 7 - 10 วัน และหลังจากวันที่เริ่มมีประจำเดือน 7 - 10 วัน การคำนวณหาระยะปลอดภัยใช้สูตร ดังนี้

วันแรกของรอบประจำเดือนที่อาจตั้งครรภ์ได้ = รอบประจำเดือนที่สั้น

ที่สุด - 18

วันสุดท้ายของรอบประจำเดือนที่อาจตั้งครรภ์ได้ = รอบประจำเดือนที่ยาว

ที่สุด - 11

ถ้าหญิงคนหนึ่งมีประจำเดือนทุก 28 วัน โดยมีประจำเดือนวันแรกในวันที่

3 ตุลาคม และมีประจำเดือนครั้งต่อไปในวันที่ 31 ตุลาคม

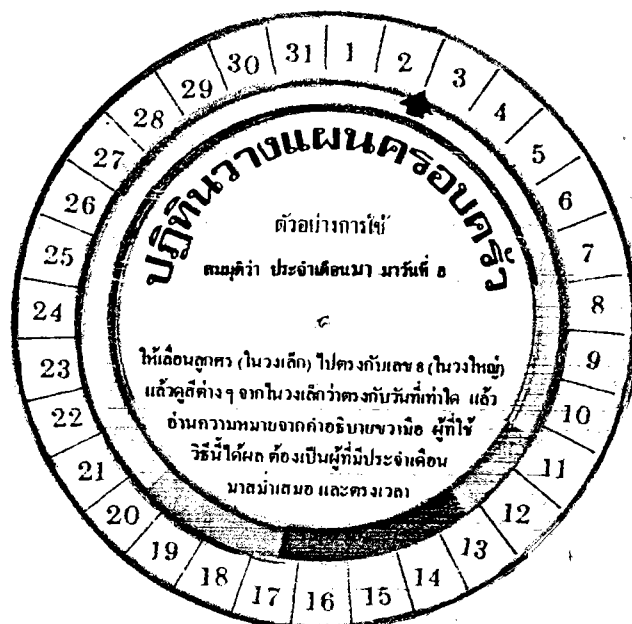
ระยะที่ไม่ปลอดภัย = 12 - 19 ตุลาคม

ตัวอย่างการหาระยะปลอดภัย จากการบันทึกการมีประจำเดือน ถ้าหญิงคนหนึ่งมีประจำเดือนวันแรกในวันที่ (3) และมีประจำเดือนครั้งต่อไปในวันที่ (31) ระยะปลอดภัยดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 การหาระยะปลอดภัยจากการบันทึกการมีประจำเดือน

ตุลาคม						
อา	จ	อ	พ	พ	ศ	ส
	1	2	(3)	4	5	6
7	8	9	10	11	(12)	13
14	15	16	17	18	(19)	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	(31)			

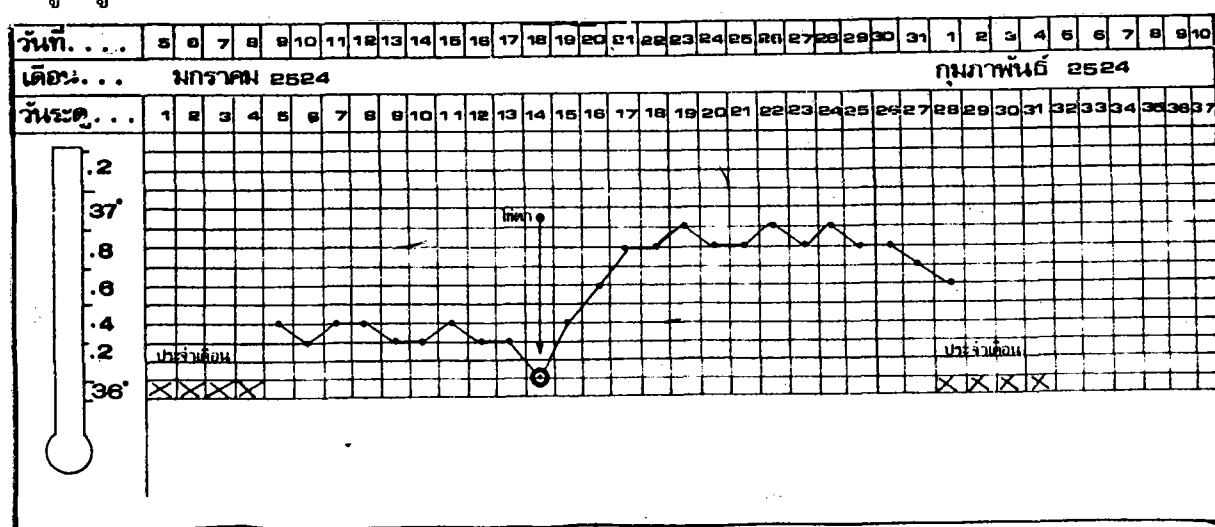
จากตาราง 3 ในการหาระยะปลอดภัยจากการบันทึกการมีประจำเดือนนี้ จะได้ผลดีเฉพาะผู้ที่มีการมีประจำเดือนมาตรงเวลาสม่ำเสมอเท่านั้น หรือรอบเดือน (Cycle) ไม่แตกต่างกันมากกว่า 10 วันขึ้นไป และข้อยู้งยากคือ ต้องบันทึกประจำเดือนและคำนวณหาระยะปลอดภัยทุกเดือน ดังนั้นเพื่อความสะดวก สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย ได้คิดกระทำปฏิทินวางแผนครอบครัว เพื่อให้เข้าใจง่าย และใช้ได้สะดวกมีลักษณะดังตัวอย่าง



ภาพประกอบ 1 ปฏิทินวางแผนครอบครัว

สีเขียวยมีโอกาสดังครรภ์ได้น้อยที่สุด
 สีชมพูมีโอกาสดังครรภ์ได้
 สีม่วงมีโอกาสดังครรภ์ได้มาก
 สีม่วงเข้มมีโอกาสดังครรภ์ได้มากกว่า
 สีแดงมีโอกาสดังครรภ์ได้มากที่สุด

2. ทหาระยะปลอดภัยโดยการวัดอุณหภูมิของร่างกาย วิธีนี้ถือหลักว่าก่อนไข่สุกร่างกายจะมีอุณหภูมิต่ำ แต่ภายหลัง ไข่สุกแล้วร่างกายจะมีอุณหภูมิสูงขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน การใช้ปรอทชนิดพิเศษวัดจะมีความเที่ยงตรงมากกว่าปรอทวัดไข้ธรรมดา การวัดต้องวัดทุกเช้าก่อนลุกจากที่นอนโดยอมไว้ใต้ลิ้นสัก 3 นาที หรืออาจวัดทางช่องคลอดก็ได้ โดยทั่วไปจะพบว่าวันไข่สุกอุณหภูมิจะต่างจากปกติคือ จะสูงกว่าปกติมาก โดยลดต่ำกว่าปกติก่อนแล้วจะสูงอยู่ตลอดไปจนมีประจำเดือน ดังแสดงในภาพประกอบ



ภาพประกอบ 2 การหาระยะปลอดภัยโดยการวัดอุณหภูมิของร่างกาย

3. พหุระยะปลอดภัยจากการสังเกตภูมิบริเวณปากช่องคลอด ใช้วิธีการสังเกตความเปลี่ยนแปลงบริเวณปากช่องคลอด ซึ่งเป็นผลมาจากการเพิ่มจำนวนมากขึ้นของเมือกจากปากมดลูก โดยธรรมชาติของสตรี เมื่อประจำเดือนหมดใหม่ ๆ ระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนในกระแสโลหิตจะต่ำและจะมีระดับสูงขึ้นเรื่อย ๆ จนสูงสุดเมื่อไข่สุกฮอร์โมนเอสโตรเจนมีผลทำให้เมือกที่ปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น ในระยะประจำเดือนหมดใหม่ ๆ การขับเมือกจากปากมดลูกจะน้อย มีผลให้ปากช่องคลอดแห้ง และในเวลาต่อมา เมือกจากปากมดลูกจะเพิ่มมากขึ้น ซึ่งมีผลให้บริเวณปากช่องคลอดเปียกชื้นมากขึ้นและในขณะไข่สุกปากช่องคลอดจะเปียกชื้นมากที่สุด เมื่อมีไข่สุกจะมีฮอร์โมนอีกอย่างหนึ่ง คือ โปรเจนเตอโรน ซึ่งจะทำให้เมือกน้อยและเหนียว ดังนั้น หลังไข่สุกบริเวณปากช่องคลอดจะแห้ง ระยะที่ปากช่องคลอดแห้งจะเป็นระยะที่ปลอดภัย ระยะที่ปากช่องคลอดเปียกชื้นจะเป็นระยะที่อาจมีลูกได้ (ระยะไม่ปลอดภัย)

2.6 การใช้หมวกยาง ปิดปากมดลูก และหมวกยางครอบปากมดลูก (Cervical cap ; Diaphragm) (สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย, 2530 : 150 - 151) การคุมกำเนิดวิธีนี้เคยเป็นที่นิยมเมื่อประมาณ 20 กว่าปีมาแล้ว แต่เนื่องจากปัจจุบันมีวิธีใหม่ ๆ ที่มีประสิทธิภาพดีกว่า และสะดวกในการใช้มากกว่า วิธีนี้จึงไม่เป็นที่นิยมใช้

หมวกยางมีหลายแบบ แต่ที่ใช้มากที่สุด คือ Diaphragm ซึ่งเป็นชื่อเรียกในอเมริกา ในอังกฤษเรียก Dutch cap ทำด้วยยางเป็นรูปโดม แขนในของขอบหมวกมีสปริงโลหะหุ้มด้วยยางโดยรอบ หมวกยางมีหลายขนาด ถ้าเก็บรักษาให้ดีอันหนึ่งใช้ได้ประมาณ 2 ปี หมวกยางป้องกันการตั้งครรภ์ได้โดย

1. หมวกยางชนิดปิดปากมดลูก ใช้ปิดกั้นปากมดลูกไม่ให้ตัวอสุจิผ่านเข้าไปในมดลูก
2. หมวกยางชนิดครอบปากมดลูก ใช้ครอบปิดปากมดลูกโดยตรง
3. เพื่อให้ประสิทธิภาพสูงจะต้องใช้ร่วมกับครีมาใส่ช่องคลอด เพื่อทำลายตัวอสุจิ

วิธีใช้

ก่อนใช้แพทย์จะต้องตรวจภายใน เพื่อดูลักษณะของฝีเย็บ ช่องคลอด ปากมดลูก ตำแหน่งและขนาดของมดลูกเพื่อดูว่า เหมาะสมกับขนาดของหมวกยางหรือไม่ การคุมกำเนิดโดยใช้หมวกยาง มีผลในการป้องกันน้อยกว่าการใช้ห่วงอนามัย และยาเม็ดคุมกำเนิด

2.7 การใช้ยาคุมกำเนิดใส่ในช่องคลอด (Vaginal Spermicides)

(สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย. 2530 : 151)

ยาคุมกำเนิดสำหรับใส่ช่องคลอด มีหลายชนิดได้แก่

1. ยาเม็ดที่จะกลายเป็นฟอง (Foam Tablet)
2. ครีมและเยลลี่ (Cream and Jellies)
3. แท่งขี้ผึ้ง หรือแท่งครีม (Suppositories)
4. ฟองอัดแอโรซอล (Aerosol Foam)

ยาเหล่านี้สามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้โดยจะมีสรรพคุณในการปิดกั้นและทำลายตัวอสุจิหรือทำให้ตัวอสุจิเคลื่อนไหวช้าลง

วิธีการใช้ยา

ยาทั้ง 4 ชนิดนี้หลักในการใช้คล้ายคลึงกัน คือ

1. ใส่ยาก่อนมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง รอให้ยากระจายทั่วช่องคลอดประมาณ 15 นาที ยานี้จะมีฤทธิ์ป้องกันได้ภายใน 1 ชั่วโมง หลังจากใส่ยา
2. การใส่ยาต้องให้ลึกถึงบริเวณปากมดลูก
3. ขนาดของยาแล้วแต่ชนิดของยา ถ้าช่องคลอดกว้างและลึกมากหรือฝีเย็บขาดมาก ต้องใช้ยาเป็น 2 แท่ง
4. เมื่อใส่ยาแล้วไม่ควรลุกยืน หรือเดิน จนกว่าจะมีเพศสัมพันธ์แล้ว ควรถ่ายปัสสาวะก่อนใส่ยา
5. ไม่ควรสวนล้างช่องคลอดหลังการร่วมเพศ ถ้าต้องการสวนล้างต้องทิ้งไว้ไม่ต่ำกว่า 6 ชั่วโมง

ข้อเสีย ของยาใส่ช่องคลอด ถ้าแพ้ยาอาจมีอาการแสบหรือคัน และยาเม็ดไหลออกมาเพราะเป็นภายนอก ทำให้ผู้ใช้รำคาญ คนไม่ค่อยนิยมใช้

ข้อดี ยานี้ใช้ง่าย ไม่ต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์ ไม่มีอาการแทรกซ้อน

2.8 การสวนล้างช่องคลอด (สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย .

2530 : 151 - 152) การคุมกำเนิดโดยการใช้น้ำสวนล้างช่องคลอดหลังการมีเพศสัมพันธ์ วิธีนี้ใช้กันมาแต่โบราณก่อนที่จะรู้จักวิธีใช้ยาหรืออุปกรณ์อื่น ๆ วิธีนี้ป้องกันการตั้งครรภ์ไม่ค่อยได้ผล เพราะหลังการร่วมเพศ กว่าที่ฝ่ายหญิงจะมีโอกาสสวนล้างช่องคลอดตัวสูกก็เข้าผสมกับไข่ได้เสียก่อนแล้ว จากการศึกษาสมัยใหม่พบว่า การสวนล้างช่องคลอดนอกจากไม่ได้ผลแล้ว ยังเป็นผลเสียอีกด้วย โดยไปทำลายความเป็นกรด ด่าง ภายในช่องคลอดให้เสียไป และทำให้เชื้อโรคผ่านไปที่หรือเติบโตได้ง่าย

2.9 การใช้ถุงยางอนามัย (Condom) (สมาคมวางแผนครอบครัว

แห่งประเทศไทย . 2530 : 154 - 156) ถุงยางอนามัย มีชื่อเรียกได้หลายชื่อ เช่น ถุงยางคุมกำเนิด ปลอก เลื้อกันฝน เลื้อเกราะ ฯลฯ

ลักษณะถุงยางอนามัย

ถุงยางอนามัยมีรูปร่างเป็นปลอกหรือถุงคล้ายลูกโป่ง ทำด้วยยางบาง ๆ ยืดขยายได้มาก ไม่ขาดง่าย กันถุงมี 2 แบบ คือ กันถุงธรรมดาปลายมน และกันถุงเป็นกระเปาะเล็ก ๆ สำหรับเก็บน้ำอสุจิ ปากเปิดของถุงเป็นวงแหวน บรรจุอยู่ในห่อมีก๊ลิเซอรินหล่อลื่นบางชนิด อยู่ในห่อแบบแห้ง มีผงยาทำลายตัวสูกโรยเคลือบไว้

วิธีใช้

ใช้สำหรับใส่คลุมองคชาต (Penis) ซึ่งแข็งตัวขณะที่มีการร่วมเพศ เพื่อป้องกันการหลั่งน้ำอสุจิเข้าช่องคลอด มีขั้นตอนการใช้ ดังนี้

1. ต้องใช้ถุงยางอนามัยในขณะที่อวัยวะเพศของผู้ชายกำลังแข็งตัวอาจให้ฝ่ายหญิงเป็นผู้ใส่ให้ก็ได้

2. เอาถุงยางครอบปลายอวัยวะเพศของผู้ชายที่แข็งตัวเต็มที่
3. ใช้นิ้วบีบกระเปาะหรือถุงเล็ก ๆ ที่ส่วนปลายของถุงยางเพื่อไล่

อากาศออก และรัดถุงยางออกคลุมอวัยวะเพศจนสุดความยาวของอวัยวะเพศ

4. เมื่อเสร็จกิจแล้ว ให้ถอนอวัยวะเพศออกก่อนที่อวัยวะเพศจะอ่อนตัว และขณะถอนอวัยวะเพศออกนั้น ให้จับส่วนโคนของถุงยางให้ติดแน่นกับอวัยวะเพศ มิฉะนั้นแล้ว อาจจะมีน้ำอสุจิหรือตัวอสุจิไหลเข้าไปในช่องคลอดได้ เพราะถุงยางจะไม่กระชับดั้งเดิมเมื่ออวัยวะเพศเล็กลงแล้ว

5. หลังจากนั้นก็ทำความสะอาดอวัยวะเพศให้เรียบร้อยจนไม่มีตัวอสุจิหลงเหลืออยู่ ควรใช้ถุงยางอนามัยเมื่อต้องการเว้นระยะเวลากการมีบุตร และภายหลังจากที่ฝ่ายชายทำหมันมาใหม่ ๆ ควรใช้ถุงยางประมาณ 10 ครั้ง เพื่อป้องกันอสุจิที่ค้างอยู่ตามท่อนำเชื้อหรือในต่อมลูกหมากเข้าสู่ช่องคลอด

ข้อดีของถุงยางอนามัย

1. หาซื้อได้ง่ายตามร้านขายยาทั่วไป
2. ไม่มีอันตรายหรืออาการข้างเคียงใด ๆ
3. ป้องกันการตั้งครรภ์ได้ผลดี
4. วิธีใช้ง่ายและสะดวกมากใช้ได้ทันทีเมื่อต้องการ
5. ถุงยางอนามัยอาจจะเป็นเหตุผลความรู้สึกทางสัมผัสลงบ้างเล็กน้อย แต่บางครั้งกลับเป็นผลดีทำให้ฝ่ายชายหลั่งน้ำอสุจิช้าลงจนพอดีกับความรู้สึกสุดยอดของผู้หญิง
6. ช่วยป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคติดต่อบางชนิดซึ่งค้างอยู่ภายในท่อปัสสาวะของฝ่ายชายไม่ให้แพร่เชื้อโรคเข้าสู่ผู้หญิง

2.10 การหลั่งน้ำอสุจิกายนอกช่องคลอด (Coitus interruptus, Withdrawal, "Being Careful") (สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย. 2530 : 154)

วิธีหลั่งน้ำอสุจิกายนอกนี้ บางที่เรียกว่าวิธีระมัดระวัง เป็นการคุมกำเนิดโดยวิธีธรรมชาติไม่ต้องใช้อุปกรณ์ใด ๆ วิธีนี้ใช้กันมาแต่สมัยโบราณจนถึงปัจจุบันก็ยังใช้อยู่ หมายถึง การที่ฝ่ายชายถอนอวัยวะเพศออกจากช่องคลอดก่อนที่จะมีการหลั่งน้ำอสุจิ (ถึงจุดสุดยอด) อสุจิจึงอยู่ภายนอกช่องคลอด ไม่สามารถเข้าผสมกับไข่

การคุมกำเนิดวิธีนี้ไม่ค่อยได้ผล เพราะฝ่ายชายถอนอวัยวะเพศออกไม่ทัน หรือบางทีอสุจิเคลื่อนมาก่อนที่จะถึงจุดสุดยอด หรืออสุจิที่หลั่งภายนอกช่องคลอดอาจเปื้อนบริเวณอวัยวะเพศหญิง จึงสามารถเคลื่อนเข้าสู่ช่องคลอดได้

ประสิทธิผลของการคุมกำเนิด

จริยวัตร คมพยัคฆ์ (2525 : 119) ได้กล่าวถึงประสิทธิผลของการคุมกำเนิดว่า หมายถึง ผลของวิธีการคุมกำเนิดที่ทำให้ไม่เกิดการตั้งครรภ์ขึ้นระหว่างที่ใช้วิธีนั้น ๆ โดยใช้อัตรา การตั้งครรภ์ (Pregnancy Rate of Failure Rate) ของหญิงที่เกิดขึ้นขณะที่ใช้วิธีการคุมกำเนิดเป็นเครื่องวัดประสิทธิภาพของวิธีนั้น ๆ วิธี คุมกำเนิดวิธีใดมีประสิทธิภาพสูงจะมีอัตราการตั้งครรภ์ต่ำ และวิธีคุมกำเนิดวิธีใดที่มีประสิทธิภาพต่ำก็จะมีอัตราการตั้งครรภ์สูง

การวัดประสิทธิผลของวิธีคุมกำเนิดที่ใช้กันมากในปัจจุบัน ทิทซ์ (ศุภวีย์ พลายน้อย. 2530 : 28 ; อ้างอิงมาจาก Tietze. 1970 : 1 - 40) ได้แบ่งเป็น 3 แบบ คือ

1. ประสิทธิภาพทางทฤษฎี (Theoretical or Method Effectiveness)

คำนึงถึงเฉพาะการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นขณะที่มีการใช้วิธีคุมกำเนิดอย่างถูกต้อง (Method Failures) ประสิทธิภาพทางทฤษฎี จึงหมายถึง ประสิทธิภาพสูงสุดของวิธีนั้น เมื่อใช้ในสภาพที่ดีที่สุดเหมาะสมที่สุด มีประโยชน์ในการศึกษาประสิทธิภาพของวิธีการคุมกำเนิดในระยะที่เริ่มศึกษาวิธีนั้น ๆ แต่ไม่มีประโยชน์มากนัก หากจะนำมาใช้ในทางปฏิบัติทั่วไป

2. ประสิทธิภาพทางปฏิบัติ (Classical Use - Effectiveness)

ครอบคลุมไปถึงการตั้งครรภ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้นขณะที่ใช้วิธีคุมกำเนิดทั้งที่เป็นการตั้งครรภ์ ขณะใช้วิธีนั้น อย่างถูกต้องและการตั้งครรภ์จากความผิดพลาดในการใช้ (Patient or User Failures) ประสิทธิภาพในการปฏิบัติจึงใกล้เคียงกับผลที่จะได้รับ

3. ประสิทธิภาพทางปฏิบัติในวงกว้าง (Extended Use - Effectiveness)
จะรวมการตั้งครุฑโดยไม่ได้ตั้งใจทั้งหมดในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา เหมาะสำหรับใช้ในโครงการใหญ่ ๆ เช่น โครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ

แหล่งบริการคุมกำเนิด

ปัจจุบัน โครงการวางแผนครอบครัวในประเทศไทยให้บริการคุมกำเนิด
โดยหน่วยงานทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน ดังนี้ (สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย,

ม.ป.ป. : 114 - 117)

1. คลินิกบริการวางแผนครอบครัว กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีทั้งในส่วนภูมิภาค
และส่วนกลาง ได้แก่

- 1.1 โรงพยาบาลประจำจังหวัด
- 1.2 โรงพยาบาลประจำอำเภอ
- 1.3 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและอำเภอ
- 1.4 สถานีอนามัย
- 1.5 สำนักงานผดุงครรภ์
- 1.6 หน่วยทำหมันเคลื่อนที่
- 1.7 ศูนย์การแพทย์และอนามัย
- 1.8 ศูนย์บริการสาธารณสุข
- 1.9 ศูนย์อนามัยแม่และเด็ก เขตต่าง ๆ

2. คลินิกบริการวางแผนครอบครัว สังกัดหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งในส่วนภูมิภาคและ
ส่วนกลาง ได้แก่

- 2.1 โรงพยาบาลหน่วยราชการอื่น ๆ เช่น โรงพยาบาลทหาร
โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย
- 2.2 ศูนย์บริการสาธารณสุขของสำนักงานอนามัยกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีประมาณ
40 แห่ง
- 2.3 หน่วยงานตำรวจตระเวนชายแดน

3. หน่วยงานวางแผนครอบครัวของเอกชน

3.1 โรงพยาบาลเอกชน

3.2 คลินิกเอกชน

3.3 สมาคมและศูนย์บริการวางแผนครอบครัวต่าง ๆ

ความหมายของการยอมรับ

ได้มีผู้ให้ความหมายของคำว่า การยอมรับไว้ต่าง ๆ กันดังนี้

ระคม เศรษฐกร (2512 : 29) ได้ให้ความหมายของการยอมรับว่า หมายถึง กระบวนการที่เริ่มต้นตั้งแต่บุคคลหนึ่งได้รับทราบเกี่ยวกับสิ่งใหม่ ๆ จนกระทั่งรับเอาสิ่งเปลี่ยนแปลงนั้นไปปฏิบัติ

โรเจอร์ (Roger. 1968 : 108 - 109) ได้ให้ความหมายของกระบวนการยอมรับว่า คือ กระบวนการทางจิตใจ ซึ่งแต่ละบุคคลรู้สึกจากการได้ยินในครั้งแรก เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงจนถึงขั้นยอมรับ และนำไปใช้ในที่สุด

โกลเสน และเรลส์ (Golsen and Rails. 1963 : 195 - 196) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการยอมรับไว้ 3 ประการ คือ

1. เป็นการยอมรับครั้งแรก หรือเป็นการทดลองใช้นวัตกรรมคนใดคนหนึ่ง หรือของกลุ่ม
2. เป็นการใช้นวัตกรรมนั้นต่อไปเรื่อย ๆ
3. การยอมรับเป็นเรื่องภายในจิตใจของแต่ละคนที่มีต่อนวัตกรรมนั้น

คลองเกลน และโควอร์ด จูเนียร์ (Klonglan and Coward Jr. 1977 : 137 - 142) ได้กล่าวว่า การยอมรับที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic Adoption) เป็นการยอมรับความคิดเห็นเกี่ยวกับนวัตกรรมหลังจากได้ประเมินผลแล้ว แต่ยังไม่ได้อำนาจไปใช้ การยอมรับการปฏิบัติหรือหลังจากได้ทดลองใช้สิ่งเหล่านี้เป็นกระบวนการยอมรับ

จึงกล่าวสรุปได้ว่า การยอมรับคือ กระบวนการที่เริ่มตั้งแต่ด้านความคิดต่อการรับรู้สิ่งใหม่ ๆ หรือการเปลี่ยนแปลงใด ๆ จนกระทั่งรับเอาสิ่งใหม่ ๆ หรือการเปลี่ยนแปลงนั้นไปปฏิบัติหรือใช้ อันเป็นเรื่องภายในจิตใจของบุคคลแต่ละคน

ขั้นตอนการยอมรับ

โรเจอร์ (Roger. 1962 : 76 - 93) ได้แบ่งขั้นตอนของการยอมรับนวัตกรรมหรือสิ่งประดิษฐ์ใหม่ ๆ (Innovations) โดยกล่าวว่า การยอมรับมีลักษณะเป็นกระบวนการ และได้ให้ความหมายกระบวนการยอมรับ (Adoption Process) ว่าเป็นกระบวนการทางจิตใจที่เกิดขึ้นภายในปัจเจกบุคคล (Individual) เริ่มจากได้ยินเรื่องเกี่ยวกับนวัตกรรมนั้น จนกระทั่งยอมรับหรือใช้นวัตกรรมนั้นในที่สุด กระบวนการมีลักษณะคล้ายกับการเรียนรู้ และการตัดสินใจ (decision making) กระบวนการยอมรับมีทั้งหมด 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นรู้ (Awareness Stage) เป็นขั้นเริ่มแรกที่จะนำไปสู่การยอมรับ หรือปฏิเสธสิ่งใหม่ ๆ ที่มีคนสร้างขึ้นมา ขั้นนี้เป็นขั้นที่รับรู้เกี่ยวกับสิ่งใหม่ ๆ นั้น แต่ยังรู้ข่าวสารอย่างไม่ครบถ้วน มักเป็นการรับรู้โดยบังเอิญ ซึ่งอาจทำให้เกิดความอยากรู้ต่อไป อันเนื่องมาจากมีความต้องการที่จะใช้สิ่งประดิษฐ์ใหม่ ๆ นั้นในการแก้ปัญหาที่มีอยู่
2. ขั้นสนใจ (Interest Stage) เป็นขั้นที่เริ่มมีความสนใจและแสวงหาข่าวสารเพิ่มเติม พฤติกรรมในขั้นนี้เป็นไปในลักษณะที่ตั้งใจแน่วแน่ และใช้กระบวนการคิดมากกว่าขั้นแรก ในขั้นนี้ทำให้ปัจเจกบุคคลได้รับข่าวสารเกี่ยวกับสิ่งใหม่ ๆ นั้นมากขึ้น บุคลิกภาพและค่านิยมของปัจเจกบุคคลรวมทั้งบรรทัดฐานทางสังคมอาจมีผลต่อแหล่งที่ปัจเจกบุคคลไปหาข่าวสาร และมีผลต่อการตีความข่าวสารเกี่ยวกับสิ่งใหม่ ๆ นั้นด้วย
3. ขั้นไตร่ตรองตัดสินใจ (Evaluation Stage) เป็นขั้นที่ปัจเจกบุคคลคิดจะใช้ นวัตกรรมนั้นกับสถานการณ์ปัจจุบันและข้างหน้า โดยไตร่ตรองว่าจะลองใช้ดีหรือไม่ด้วยการ ชั่งน้ำหนักระหว่างข้อดีและข้อเสียของนวัตกรรมนั้น ถ้ารู้สึกว่าคุณดีมีมากกว่าก็จะตัดสินใจที่จะลองใช้ ขั้นนี้จึงแตกต่างจากขั้นอื่น ๆ ตรงที่ได้เกิดการตัดสินใจที่จะลองความคิดใหม่ ๆ โดยที่ปัจเจกบุคคล มักคิดว่าการใช้นวัตกรรมเป็นการเสี่ยง เพราะไม่แน่ใจในผลที่จะเกิดขึ้น ดังนั้น ในขั้นของการ ไตร่ตรองตัดสินใจนี้จึงต้องการการเสริมแรง (Reinforcement) ที่จะทำให้แน่ใจยิ่งขึ้นว่ากำลังทำ ในสิ่งที่ถูกต้อง ได้แก่ ข่าวสารและคำแนะนำจากเพื่อน ๆ ตลอดจนการเสริมแรงจากสื่อสารมวลชนต่าง ๆ ในขั้นนี้จึงได้รวมถึงพฤติกรรมด้านความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบต่อความคิดใหม่ ๆ นั้น

4. ^{ขั้นทดลองปฏิบัติ} (Trial Stage) เป็นขั้นที่ปัจเจกบุคคลลองใช้นวัตกรรมนั้นกับสถานการณ์ของตน แต่เป็นการลองดูกับส่วนน้อยก่อน เพื่อดูว่าได้ผลดีหรือไม่ และประโยชน์ที่ได้นั้นมากพอที่จะยอมรับปฏิบัติอย่างเต็มที่หรือไม่ จึงเป็นการทดสอบว่านวัตกรรมนั้นใช้ได้ตรงกับที่ต้องการหรือไม่ ในขั้นนี้ปัจเจกบุคคลอาจแสวงหาข่าวสารที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับการใช้นวัตกรรมนั้น ผลของการทดลองปฏิบัตินี้มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการตัดสินใจที่จะปฏิเสธ หรือยอมรับต่อไป

5. ^{ขั้นยอมรับไปปฏิบัติอย่างสมบูรณ์} (Adoption Stage) เป็นขั้นที่ปัจเจกบุคคลตัดสินใจที่จะใช้นวัตกรรมนั้นต่อไปอย่างเต็มที่ หลังจากได้พิจารณาไตร่ตรองจากผลที่ได้ลองปฏิบัติ

จากความหมายของการยอมรับ และขั้นตอนของการยอมรับ สามารถกล่าวได้ว่าการยอมรับการคุมกำเนิดหมายความว่า การที่บุคคลได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องการคุมกำเนิด และพิจารณาไตร่ตรองจนรับเอาวิธีการคุมกำเนิดนั้นไปปฏิบัติหรือใช้ในที่สุด ดังนั้น จากความหมายการยอมรับการคุมกำเนิดดังกล่าว จึงสามารถพิจารณาการยอมรับการคุมกำเนิดได้ 2 ระดับ คือ การยอมรับในระดับความคิด และการยอมรับในระดับปฏิบัติ การยอมรับในระดับความคิดนั้น อาจเริ่มจากการที่บุคคลยอมรับข่าวสารเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว หรือเกี่ยวกับการคุมกำเนิด จากข่าวสารที่ได้รับเนื่องจากมีความสนใจ จึงทำให้เกิดความคิดพิจารณา หรือทัศนคติที่ดีต่อการคุมกำเนิด คนที่มีทัศนคติที่ดีต่อการคุมกำเนิด ก็มีแนวโน้มที่จะยอมรับการคุมกำเนิดมากขึ้นด้วย และการยอมรับในระดับปฏิบัติ ได้แก่ การใช้วิธีการคุมกำเนิด

^{ขั้นตอนการยอมรับการคุมกำเนิดไปปฏิบัติ}

จากแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการยอมรับนวัตกรรมแต่ละขั้นตอน ของไรเจอร์ ดังกล่าวมาแล้ว ไบก (วิฑูร โสสถานนท์, 2516 : 29 - 30 ; อ้างอิงมาจาก Bouge, 1968) ได้พัฒนาประยุกต์เพื่ออธิบายถึงกระบวนการยอมรับการคุมกำเนิดไปปฏิบัติว่า มี 4 ขั้นตอนด้วยกัน คือ

1. ^{ขั้นรู้และสนใจ} (Awareness and Interest) เป็นขั้นที่รับรู้ว่าการตั้งครรภ์ก็สามารถป้องกันได้ และเมื่อเห็นว่า เป็นสิ่งดีงามจึงเกิดความสนใจ อยากเรียนรู้ หรืออยากทราบเรื่องเหล่านี้มากยิ่งขึ้น

2. ขั้นรวบรวมข้อมูล ไตร่ตรอง และตัดสินใจที่จะลอง (Information Gathering, Evaluation and Decision to Try) เป็นขั้นที่ศึกษาสอบถามเรื่องการวางแผนครอบครัว หรือการคุมกำเนิด เช่น การคุมกำเนิดมีกี่วิธี วิธีไหนดี มีอันตรายหรือไม่ จะรับบริการที่ไหน ประมวลเอาสิ่งที่ได้รับรู้ต่าง ๆ มาพิจารณาตัดสินใจที่จะทดลองยอมรับความคิด

3. ขั้นทดลองปฏิบัติ (Implementation) เป็นขั้นที่เริ่มทดลองปฏิบัติ ดังนั้น จึงเป็นระยะที่ผู้สนใจจะไปปรึกษาแพทย์ หน่วยบริการวางแผนครอบครัว ร้านขายยา ฯลฯ เพื่อที่จะเรียนรู้ในการปฏิบัติเพิ่มขึ้น และทดลองปฏิบัติการคุมกำเนิด

4. ขั้นยอมรับและใช้ต่อไป (Adoption and Continue Use) เป็นขั้นที่ยอมรับโดยสมบูรณ์ เมื่อถึงระยะนี้จะรู้สึกว่า การคุมกำเนิดเป็นของธรรมดาและควรปฏิบัติ

อุปสรรคในการยอมรับการคุมกำเนิดไปปฏิบัติ

ระดับของการยอมรับจะมีมากหรือน้อยก็ขึ้นอยู่กับปัจจัยและลักษณะ โครงสร้างของสังคม ตลอดจนคุณภาพของประชากรว่า มีแนวโน้มพื้นฐานการยอมรับต่อแนวทางใหม่หรือไม่ และแนวทางใหม่นั้นสามารถปรับเข้ากับลักษณะของชุมชนนั้น ๆ หรือไม่อย่างไร กล่าวคือ การที่จะพิจารณาว่าสิ่งใดเป็นอุปสรรคหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยและลักษณะเฉพาะของแต่ละชุมชน รวมทั้งคุณภาพของประชากรด้วย แต่จากการศึกษาค้นคว้า และผลงานวิจัยของไบก (สนธิ สมัครการ, 2522 : 12 - 14 ; อ้างอิงมาจาก Bogue, 1968) ได้สรุปอุปสรรคในการยอมรับการคุมกำเนิดไปปฏิบัติไว้ดังนี้คือ

1. ความไม่รู้ ไม่เข้าใจ เป็นต้นว่า ไม่รู้ว่า คุมกำเนิดคืออะไร ไม่รู้ว่าการตั้งครรภ์ป้องกันได้ ไม่รู้ถึงประโยชน์ต่าง ๆ ของการชลอการเกิด เมื่อไม่รู้คนเราก็ไม่คุมกำเนิดแต่ในปัจจุบัน ประชากรส่วนใหญ่รู้เรื่องการคุมกำเนิด และพยายามที่จะนำมาทดลองปฏิบัติเป็นการแพร่หลายมากยิ่งขึ้น

2. รู้แต่เข้าใจไม่ถูกต้อง เข้าใจคลาดเคลื่อน อาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ความระแวงหรือไม่รู้จริง

3. ขัดต่อความเชื่อที่ที่ยึดมั่น สิ่งใดถ้าขัดต่อความเชื่อ ถือ และยึดมั่นแล้ว ก็ยากที่จะนำไปปฏิบัติ

4. ความไม่สะดวกหรือยุ่งยากในการปฏิบัติ เช่น เสียเวลามากหรือวิธีคุมกำเนิดซับซ้อนไม่เอื้อความสะดวกแก่ผู้ใช้

5. ความกลัวในการปฏิบัติ เนื่องจากเป็นสิ่งใหม่ที่ยังไม่เคยทดลองปฏิบัติ จึงทำให้เกิดความลังเลใจ และไม่กล้าปฏิบัติ

6. ทดลองปฏิบัติแล้ว ไม่เหมาะสมในการปฏิบัติต่อไป เช่น ใส่ห่วงแล้วห่วงหลุดเสมอ หรือกินยาแล้วมีอาการข้างเคียง (Side Effect) ต่าง ๆ

7. อายุ เพศ ระดับการศึกษา และครอบครัว ก็มีผลสำคัญในการที่จะผลักดันให้ยอมรับวิธีการคุมกำเนิดกล่าวคือ คนที่มีอายุน้อยมีแนวโน้มที่จะนำเอาวิธีการคุมกำเนิดไปใช้ได้ ง่ายกว่าผู้ที่อายุมาก หรือเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะคุมกำเนิดมากกว่าเพศชาย ซึ่งอาจจะเป็นเพราะต้องมีการรับผิดชอบสูงกว่าเพศชายในการตั้งครรภ์ คลอด และเลี้ยงดูบุตร หรือคนที่มีการศึกษาระดับสูง ซึ่งมักจะสนใจสิ่งแวดลอม และเหตุการณ์ความเคลื่อนไหวต่าง ๆ ทำให้เป็นคนที่มีแนวความคิดกว้างออกไป เข้าใจสิ่งต่าง ๆ ได้ง่ายกว่า ฉะนั้นจึงมีแนวโน้มที่จะยอมรับการคุมกำเนิดมากกว่าคนที่มีการศึกษาระดับต่ำหรือไม่มีการศึกษา

แรงชักนำที่ทำให้มนุษย์คุมกำเนิด มีหลายประการด้วยกันดังที่ วิฑูร โอสถานนท์ (2516 : 11 - 25) ได้กล่าวถึงแรงชักนำที่ทำให้มนุษย์คุมกำเนิด เอาไว้ดังนี้

1. แรงผลักดันที่เกิดจากความต้องการของมนุษย์เอง (Pressure as a Result of Human Needs)

1.1 ความต้องการเป็นแรงชักนำให้มนุษย์ปฏิบัติงานและปรับปรุงการมีบุตร

เมื่อคนเรามีความต้องการในสิ่งหนึ่งสิ่งใด ก็พยายามคิดปฏิบัติตนเพื่อที่จะสนองความต้องการ เช่น ถ้าการมีลูกน้อย ๆ สามารถจะช่วยให้สมความต้องการได้ ความต้องการอันนั้นก็ชักนำให้คนเรายุ่งยากในการคุมกำเนิด ในทางตรงกันข้ามถ้าการมีลูกมาก ๆ ทำให้สมความต้องการแรงชักนำนั้นก็ชักจูงให้คนเรามีลูกกันมาก ๆ

1.2 ระดับความต้องการของมนุษย์และการปรับปรุงการเจริญพันธุ์

นักวิชาการได้แบ่งระดับความต้องการของมนุษย์ไว้หลายอย่าง ที่กล่าวถึงกันบ่อยและพอเข้าใจง่าย คือ แบ่งระดับความต้องการไว้เป็น 4 ชั้น ซึ่งเกิดต่อเนื่องกันตามลำดับความต้องการแต่ละชั้นมีมากน้อยไม่เท่ากันในแต่ละบุคคล แต่ละชุมชน แต่ละยุคสมัยและไม่มีควมจำเป็นที่ทุกคนจะมีความต้องการถึงขั้นที่ 4 หรือขั้นสุดท้าย

1.2.1 ความต้องการขั้นที่ 1 (Physiological and Safety Needs)

ความต้องการอันนี้เป็นความต้องการเบื้องต้นของมนุษย์ คือ ความต้องการมีชีวิตรอดและอยู่ด้วยความผาสุกปลอดภัย ความต้องการพื้นฐานอันนี้ทำให้มนุษย์ต้องการสิ่งต่าง ๆ เพื่อดำรงชีวิตและความปลอดภัย เช่น ต้องการอากาศหายใจ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค เป็นต้น ทำให้มนุษย์ต้องดิ้นรนขวบววยปฏิบัติงานเพื่อให้ได้สิ่งเหล่านี้มา ความต้องการพื้นฐานนี้เคยชักจูงให้คนเราอยากมีลูกมาก ๆ ได้ ตัวอย่าง เช่น คนในสมัยก่อน ในชนบทที่ห่างไกลความเจริญ ในกลุ่มชนที่อยู่ลักษณะสันโดษ เช่น กลุ่มชนบางกลุ่มสมัยก่อน เกษตรกรสมัยก่อน ฯลฯ มักนิยมมีบุตรกันมาก ๆ เพราะมีประสบการณ์หรือมีความเชื่อว่า มีบุตรมาก ๆ เมื่อบุตรเติบโตจะได้เป็นแรงช่วยทำมาหากิน จะได้ช่วยกันป้องกันคนอื่นรังแก ป้องกันภัยอันตรายต่าง ๆ เวลาเจ็บป่วยจะได้ช่วยกันดูแลรักษา จะได้เป็นเพื่อน ๆ กัน ซึ่งทำให้มีความอบอุ่นมีความสุขทางใจ ทศนคตินี้เกิดจากความต้องการพื้นฐานในการมีชีวิตอยู่รอด และอยู่ด้วยความผาสุกปลอดภัย การเลี้ยงดูบุตรสมัยก่อนนั้น มักจะเลี้ยงกันไปตามธรรมชาติ ไม่ได้คำนึงถึงระดับความรู้การศึกษาของบุตรเมื่อเติบโตขึ้นไปภายหน้า นึกถึงเพียงแรงงานจากกัลลังกายที่จะเพิ่มขึ้นกับครอบครัว และความอบอุ่นของครอบครัว ความต้องการพื้นฐานอันเดียวกันนี้ได้ชักจูงให้คนเราคุมกำเนิดกันมานานแล้วเช่นกัน และกำลังมีแรงชักจูงมากขึ้นทุกที ซึ่งอยู่ที่ความเข้าใจของคนเราเอง เช่น ในปัจจุบันสามีภรรยาจำนวนมากได้คุมกำเนิด หรือชะลอการมีบุตร เพื่อที่จะให้สภาพเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัวดีขึ้น เพื่อให้ตนเองและบุตรที่เกิดมาอยู่อย่างมีความสุข หรือกล่าวอีกอย่างหนึ่ง คือ เนื่องจาก

แรงชักนำจากความต้องการขั้นพื้นฐานดังกล่าวนั่นเอง เพราะได้เข้าใจว่า การดำรงชีวิตสมัยนี้ ไม่เหมือนสมัยก่อน

1.2.2 ความต้องการขั้นที่ 2 (Social Needs)

เป็นความต้องการที่จะอยู่รวมกันเป็นหมู่เป็นชุมชน ทำให้มีการอยู่เป็นหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด และประเทศขึ้นมา เหตุที่ทำให้คนเรารวมกันเป็นหมู่เป็นชุมชน มีอยู่หลายอย่าง เช่น เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการดำรงชีวิตและอยู่อย่างปลอดภัย ความต้องการอยู่ใกล้ชิดญาติพี่น้อง บิดามารดา ความต้องการในความชอบพอรักใคร่ (Love and Beloved) เมื่อคนเราอยู่เป็นชุมชน ความต้องการสิ่งต่าง ๆ ก็ตามมาเพื่อการดำรงชีวิตที่ดีและอยู่อย่างปลอดภัยในสังคม สิ่งเหล่านี้เป็นเหตุให้มีการจัดระเบียบหรือกติกาต่าง ๆ ในการอยู่ในสังคม ทำให้เกิดมีสถาบันต่าง ๆ ขึ้น เช่น สถาบันศาสนา ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม ระเบียบข้อบังคับ กฎหมาย กฎจราจร และอื่น ๆ เมื่อกติกาต่าง ๆ เหล่านี้ได้ใช้กันมาหลายชั่วชีวิตเป็นร้อย ๆ ปี คนเราก็มีความคุ้นเคยกับกติกาต่าง ๆ เหล่านี้จนเป็นความเชื่อถ้อยคัมมัน มีการเลียนแบบซึ่งกันและกัน ปัจจุบันนี้สังคมมีความเจริญก้าวหน้าไปมาก ความต้องการอยู่ในสังคมและมีระดับติดเทียมกับเพื่อน ๆ อาจเป็นเหตุอันหนึ่งชักนำให้คนกำเริดกัน เช่น เห็นเพื่อนบ้านเขามีรถยนต์ใช้กัน ต้องการจะมีบ้าง พิจารณาหลายด้าน ด้านหนึ่งพิจารณาถึงการมีบุตร และได้นึกคิดว่าการมีบุตรมาก ๆ จะทำให้รายจ่ายมาก ฉะนั้นควรมีบุตรน้อย ๆ รายจ่ายจะได้น้อยลง จะได้ออมทรัพย์ไว้ซื้อรถยนต์กับเขาได้บ้าง เป็นต้น

1.2.3 ความต้องการขั้นที่ 3 (Esteem Needs)

คือความต้องการมีศักดิ์ศรีเป็นที่ยอมรับนับถือในสังคม เป็นความต้องการที่สืบเนื่องจากความต้องการขั้นที่ 2 เหตุที่ทำให้มนุษย์มีความต้องการขั้นนี้เป็นขบวนการที่ซับซ้อน เกิดจากนิสัยพื้นฐานของคนเราเอง เช่น อยากดี อยากเด่น อยากเป็นที่รัก เป็นต้น

ความต้องการมีศักดิ์ศรีเป็นที่ยอมรับนับถือในสังคมได้เป็นแรงชักนำให้ปรับปรุงการมีบุตรทำให้ทั้งอยากมีบุตรมากและอยากมีบุตรน้อย ซึ่งขึ้นอยู่กับความเข้าใจ ความเชื่อถ้อยคัมมันตามกาลเวลาที่ผ่านมา

ความต้องการเป็นที่ยอมรับนับถือ เคยชักนำให้คนเราอยากมีลูก มีหลานมาก ๆ เพราะเมื่อมีลูก ๆ หลาน ๆ มาก ตนเองจะได้มีความอบอุ่นใจ เป็นที่นับหน้าถือตา อย่างน้อยก็มีลูกหลานคอยยกย่องเคารพกราบไหว้ ลักษณะอันนี้เป็นความเชื่อถือของคนในสังคม สมัยก่อน แต่ในปัจจุบันความต้องการมีศักดิ์ศรีมักจะชักนำให้มีบุตรเท่าที่ตนต้องการ ไม่มากเกินไป จนตนเองรับเลี้ยงดูไม่ไหว เพราะความมีศักดิ์ศรี ในปัจจุบันนี้เป็นลักษณะความมีศักดิ์ศรีในกลุ่มชน ไม่ใช่ความมีศักดิ์ศรีในกลุ่มญาติพี่น้อง

1.2.4 ความต้องการขั้นที่ 4 (Self - Fulfilment Needs)

เป็นความต้องการขั้นสูงสุดของคนเรา เป็นความต้องการในอุดมคติที่มีความซับซ้อนมาก เป็นขบวนการทางสมองแสดงถึงความก้าวหน้า เป็นความต้องการที่จะทำตามอุดมการณ์ เป็นคุณสมบัติของผู้นำทางสังคมและนักวิทยาศาสตร์ เป็นเหตุอันหนึ่งที่ทำให้สังคมมนุษย์ก้าวหน้ามาถึงปัจจุบันนี้ ความต้องการขั้นนี้จะมีผลทำให้มนุษย์ปรับปรุงการมีบุตรทั้งด้านร่างกายและชะลอการเกิด แล้วแต่เหตุผลและอุดมการณ์ที่มิตามยุคตามสมัยนั้น ๆ

1.3 การใช้ความต้องการของมนุษย์ชักนำให้คุมกำเนิดอาจสรุปได้ 2 วิธีใหญ่ ๆ

คือ

1.3.1 สร้างระดับความต้องการในการดำรงชีวิตให้สูงขึ้นกล่าวอีก

อย่างหนึ่ง คือ พัฒนาบ้านเมืองให้เจริญมาก ๆ ให้เป็นสังคมอุตสาหกรรม ให้มีมาตรฐานการครองชีพที่สูง จะทำให้คนเราหันมาคุมกำเนิดกันเอง เนื่องจาก เมื่อบ้านเมืองเจริญขึ้น การดำรงชีวิตก็จะต้องมีมากขึ้น มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น ฯลฯ สิ่งเหล่านี้จะทำให้ประชาชนเริ่มมีความเข้าใจและจะปฏิบัติการคุมกำเนิดมากขึ้น

1.3.2 การชี้แจงให้เข้าใจว่าความต้องการที่ตนเองคิดไว้นั้นจะสม

ประสงค์ได้ด้วยการคุมกำเนิดหรือชะลอการเกิดสิ่งนี้เป็นสิ่งสำคัญได้ใช้ปฏิบัติกันอย่างกว้างขวาง และมีความสำเร็จแล้วก็ตาม ทั้งนี้ เพราะมีคนจำนวนมากยังไม่เข้าใจปัญหา มองไม่เห็นปัญหา ไม่รู้ว่าปัญหาต่าง ๆ ที่มีอยู่ในสังคมปัจจุบันนี้มีรากฐานมาจากการเพิ่มประชากรอย่างรวดเร็วเกินการพัฒนาจะตามทัน ความต้องการต่าง ๆ ที่อยากจะได้แต่ไม่ได้ตามปรารถนานั้นมีมูลเหตุ

โดยตรงหรือสาเหตุทางอ้อมจากการมีบุตรเกินต้องการ กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ผู้นำสังคมในปัจจุบัน ตลอดจนนักวิชาการจำนวนไม่น้อย ยังไม่เข้าใจถึงปัญหาประชากรอย่างแท้จริงหรือลึกซึ้งพอ ไม่ได้ให้ความสำคัญของปัญหานี้เท่าที่ควร ประชาชนจำนวนมากไม่ได้คำนึงถึงเรื่องผลเสียของการมีบุตรมากเกินต้องการ การแก้ไขให้ความกระจ่างในเรื่องนี้เป็นสิ่งสำคัญมาก เพราะถ้าทุกคนได้รู้สำนึกอย่างแท้จริงว่าความต้องการในระดับต่าง ๆ ของคนเราเวลานี้ หรือที่เรียกร้องกันอยู่เวลานี้สามารถช่วยแก้ไขได้ในอนาคตอันใกล้ด้วยวิธีหนึ่งคือการชะลอการเกิดแล้ว ประชาชนก็จะหันมาคุมกำเนิดโดยเต็มใจหรือจงใจ กิจกรรมอันใหญ่ในปัจจุบันนี้คือเสริมสร้างความรู้ให้คนเราได้คิด ได้รู้ถึงปัญหาต่าง ๆ ที่ตามมากับการเพิ่มประชากรอย่างรวดเร็ว การที่จะทำให้นักทุกระดับชั้น เข้าใจสิ่งต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้วได้ เป็นเรื่องที่จะต้องใช่วิธีการและศิลปะในการถ่ายทอดความรู้ การโน้มน้าวใจ และการชักนำพอสมควร

2. แรงผลักดันของกลุ่มหรือสังคม (Group Pressure)

2.1 อิทธิพลของกลุ่มหรือของสังคมในการชักนำให้มนุษย์ เปลี่ยนนิสัยและปฏิบัติงาน

มนุษย์เราต้องการมีเพื่อน ต้องการอยู่รวมกันเป็นหมู่เป็นกลุ่มชนดังกล่าวนั้นมาแล้วในความต้องการขั้นที่ 2 ของมนุษย์ ความต้องการอันนี้ทำให้มนุษย์เราต้องพยายามปรับนิสัยและพฤติกรรมให้มีความคล้ายคลึงกัน จึงจะทำให้เป็นเพื่อนกันอยู่รวมกันเป็นหมู่เป็นกลุ่มชนได้ด้วยความสุขและความพอใจ มนุษย์มีขบวนการหลายอย่างที่จะปรับนิสัยและพฤติกรรมให้คล้ายคลึงกัน ขบวนการอันหนึ่งคือ การเลียนแบบ การเอาอย่าง การปฏิบัติตามกันไป เพราะฉะนั้นการอยู่เป็นกลุ่มชนในสังคม ความนิยมของสังคม มติของกลุ่มหรือส่วนใหญ่ของสังคม มีอิทธิพลทำให้คนในสังคมนั้นเปลี่ยนนิสัยและปฏิบัติงานได้ การที่จะเอาความคิดหรือสิ่งประดิษฐ์ใหม่ให้ปฏิบัติในสังคมจะต้องทำให้ความคิดและสิ่งนั้นเป็นที่นิยมของสังคมก่อน เมื่ออยู่ในความนิยมแล้วอิทธิพลของสังคมจะชักนำให้สมาชิกของสังคมปฏิบัติตามกันไปเอง

2.2 อิทธิพลของกลุ่มหรือสังคมในการชักนำให้มนุษย์คุมกำเนิด

สิ่งนี้หลักเกณฑ์อันเดียวกันกับอิทธิพลของกลุ่มหรือสังคมชักนำให้ปฏิบัติตาม และเปลี่ยนนิสัย กล่าวคือ ในละแวกบ้านหนึ่งไม่มีใครคุมกำเนิดเลย ถ้ามีครอบครัวหนึ่งคุมกำเนิด และเป็นที่รู้กัน ครอบครัวนั้นอาจถูกขบขันนินทา แต่ถ้าครอบครัวนั้นมีลักษณะความเป็นผู้นำก็อาจสามารถชักจูงให้มีการคุมกำเนิดในครอบครัวอื่น ๆ ได้อีก การคุมกำเนิดหลายครอบครัวก็จะกลายเป็นอิทธิพลกลุ่มชักนำให้มีการคุมกำเนิดมากขึ้น จนในที่สุดเมื่อส่วนใหญ่ของละแวกบ้านนั้นคุมกำเนิดกันแล้ว ถ้าครอบครัวไหนไม่คุมกำเนิดหรือมีลูกถี่เกินไปก็จะดูเป็นของแปลก

3. แรงผลักดันที่มนุษย์คิดขึ้นมา (Creative Pressure)

3.1 แรงผลักดันที่มนุษย์คิดขึ้นมาเอง

มนุษย์ได้คิดค้นแรงผลักดันหรือชักนำมาใช้กับมนุษย์กันเองเพื่อทำให้มีความขยัน ปรับปรุงนิสัยและปฏิบัติงาน เพื่อความก้าวหน้าของสังคม แรงผลักดันที่ได้คิดขึ้นมา มีหลายอย่าง เช่น การชมเชย การให้รางวัล การลงโทษ การสร้างพันธะ และการปฏิรูปงาน เป็นต้น วิธีการใช้แรงผลักดันอันนี้มีมากมายหลายแบบ เช่น การมีกฎหมายให้คุมแก่ผู้ประพฤติดี และลงโทษแก่ผู้ประพฤติชั่ว การสอบต่าง ๆ นอกจากจะเป็นการวัดความรู้ความสามารถแล้วยังใช้ระบบการให้คะแนนและโทษอยู่เสมอ เช่น สอบได้ก็จะได้เลื่อนขั้น สอบได้ที่ 1 จะได้รับรางวัลพิเศษ สอบตกจะต้องซ้ำชั้นหรือถูกไล่ออก แรงผลักดันแบบให้คะแนนและลงโทษนี้ เป็นแรงที่สำคัญและใช้กันแพร่หลายในการทำให้มนุษย์มีความขยันปรับปรุงเปลี่ยนแปลงนิสัยและปฏิบัติงาน

3.2 การใช้แรงผลักดันที่คิดขึ้นมาเองชักนำให้คุมกำเนิด

ในปัจจุบันได้มีการใช้แรงผลักดันอันนี้ชักนำให้คุมกำเนิด ซึ่งการทำในสิ่งนี้จะต้องทำด้วยความรอบคอบต้องศึกษาให้กว้างขวางและต้องมีเทคนิคการปฏิบัติงานที่เหมาะสม เช่น

3.2.1 การชมเชย การให้รางวัลให้ประโยชน์และการลงโทษ เรื่องนี้

ได้มีการใช้กันในหลายชุมชน เช่น ชมเชย ให้กำลังใจ ให้ความสะดวกสำหรับผู้ที่มาคุมกำเนิดตาม คลินิกวางแผนครอบครัว สิ่งนี้เป็นการชักนำให้มาคุมกำเนิดอันหนึ่ง สำหรับการให้รางวัลต้องทำ

ด้วยความรอบคอบ เพราะอาจได้ผลไม่ตรงตามความประสงค์ได้ คือ ผู้ที่มาคุมกำเนิดอาจไม่มีความเข้าใจหรือความตั้งใจในการวางแผนครอบครัวเลย แต่มารับบริการคุมกำเนิดเพราะหวังผลประโยชน์ ส่วนการลงโทษโดยทั่วไปยังไม่มีการใช้

3.2.2 การสร้างพันธะต่าง ๆ ได้มีการกระทำโดยทั่วไปในระดับต่าง ๆ เช่น ในระดับนักวิชาการโดยการให้ความช่วยเหลือเป็นเงินสิ่งของต่าง ๆ เพื่อการอบรม การบริการ การวิจัย ในการคุมกำเนิด เพราะการได้เงินสิ่งของนอกจากจะล่อใจให้ปฏิบัติงานแล้วยังจะทำให้เกิดพันธะแก่ผู้รับที่จะต้องปฏิบัติ การบริการ การวิจัย ตามการตกลงที่ทำไว้

3.2.3 การปฏิรูปงาน แรงผลักดันอันนี้ส่วนใหญ่ใช้กันในกลุ่มนักวิชาการ และนักบริการคุมกำเนิดด้วยกันเอง เช่น การตั้งวัตถุประสงค์ในการบริการเกี่ยวกับเป้าหมาย ประชากร การปฏิบัติงานและการประเมินผล ถ้าประเมินผลว่าการคุมกำเนิดของชุมชน ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ก็ต้องปรับปรุงกิจกรรมให้มีประสิทธิภาพขึ้น เพื่อให้มีผลไปตามเป้าหมายที่วางไว้

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ในปัจจุบันพบว่า ได้มีผู้ทำการวิจัยเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวและการยอมรับการวางแผนครอบครัวของบุคคลกลุ่มต่าง ๆ ไว้มากมาย ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

การวิจัยในต่างประเทศ

ฟิชเชอร์ และซิลวา (Fisher and Silva. 1986 : 235) ได้ทำการศึกษาผู้ที่พึงพอใจยอมรับการใส่ห่วงอนามัยในโครงการวางแผนครอบครัวของประเทศศรีลังกาด้วยการใช้วิธีเพิ่มแรงจูงใจ โดยได้เริ่มทดลองตั้งแต่ปี ค.ศ. 1983 - 1985 รวมเวลา 2 ปี ผลการศึกษาพบว่า ในเขตพื้นที่ทดลองที่เจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัวได้เพิ่มแรงจูงใจให้ยอมรับการใส่ห่วงอนามัย ได้มีผู้อยอมรับเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษานี้ยังได้พบว่า การให้คำแนะนำของเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัวมีอิทธิพลต่ออัตราการคงใช้ของผู้ที่ยอมรับด้วย

ดอร์ และคนอื่น ๆ (Daw and others. 1986 : 107) ได้ศึกษาคุณลักษณะของผู้รับบริการคุมกำเนิดรายใหม่ในซิมบับเว โดยการศึกษาสตรีจำนวน 3,269 คน ผลการศึกษาพบว่า จำนวนสตรีมากกว่าครึ่งหนึ่งมีอายุต่ำกว่า 25 ปี มีบุตรที่มีชีวิตมากกว่า 3 คน ร้อยละ 90 ของสตรีเหล่านั้นคุมกำเนิดเพราะว่าต้องการเว้นระยะการมีบุตร และร้อยละ 10 ของสตรีเหล่านั้น ต้องการหยุดการมีบุตร สำหรับการเปรียบเทียบระหว่างสตรีที่ต้องการเว้นระยะการมีบุตรกับสตรีที่ต้องการหยุดการมีบุตร พบว่า สตรีที่ต้องการเว้นระยะการมีบุตรมีอายุประมาณ 24 ปี มีบุตร 2 - 3 คน บุตรคนสุดท้ายอายุ 12 เดือน ส่วนสตรีที่ต้องการหยุดการมีบุตรนั้นมีอายุประมาณ 34 ปี มีบุตร 6 - 7 คน และบุตรคนสุดท้ายอายุ 25 เดือน

พอตเตอร์, โมจาร์โร และนูนีซ (Potter, Mojarro and Nunez. 1987 : 144 - 155) ได้ศึกษาถึงอิทธิพลของการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวกับการยอมรับการวางแผนครอบครัวในเขตชนบทของประเทศเม็กซิโกในปี ค.ศ. 1981 พบว่า การให้การดูแลในระยะก่อนและหลังคลอดอย่างใกล้ชิดมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการวางแผนครอบครัวในระยะหลังคลอด และการให้คำแนะนำของแพทย์ พยาบาล มีส่วนช่วยสนับสนุนให้เว้นระยะการมีบุตรให้นานออกไป สำหรับวิธีคุมกำเนิดที่ต้องการได้แก่ การคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ รวมทั้งการทำหมันหญิง ส่วนอุปสรรคในการยอมรับการวางแผนครอบครัวคือ ความกลัวผลข้างเคียงที่ตามมาอันจะทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ

ดิวเยอร์ และฮอว์ (Dewyer and Haws. 1990 : 322 - 326) ได้ศึกษาการยอมรับการคุมกำเนิดชนิดถาวร ในทวีปแอฟริกาพบว่า การยอมรับการทำหมันหญิง และการทำหมันชาย มีอัตราการยอมรับอยู่ในระดับต่ำ สาเหตุไม่ใช่เกิดจากความไม่ต้องการคุมกำเนิด แต่ขึ้นอยู่กับวิธีการให้บริการคุมกำเนิดเป็นสำคัญโดยเฉพาะในประเทศเคนยา ซึ่งเมื่อได้มีการปรับปรุงคุณภาพและการบริการในการทำหมันให้ดีขึ้นแล้ว ปรากฏว่ามีการยอมรับการทำหมันมากขึ้น นอกจากนี้ การยอมรับการคุมกำเนิด ยังมีความสัมพันธ์กับหน่วยงานที่ให้บริการ และผู้ที่ให้คำแนะนำในการคุมกำเนิดอีกด้วย

การวิจัยในประเทศ

ได้มีผู้ทำการวิจัยเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว และการยอมรับการวางแผนครอบครัว ของบุคคลกลุ่มต่าง ๆ ไว้ดังนี้

จินตนา ธีรธนกุล (2518 : 44 - 48) ได้ศึกษาความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับประชากรศึกษาของนักศึกษาครู โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนฝึกหัดครู ระดับประกาศนียบัตรปีที่ 2 ปีการศึกษา 2517 และนิสิตชั้นปีที่ 4 ระดับปริญญาตรี ปีการศึกษา 2517 ซึ่งกำลังศึกษาอยู่ในวิทยาลัยครูและมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ทั้งในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด จำนวน 240 คน เป็นเพศชาย 118 คน เพศหญิง 122 คน ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวและทัศนคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวมีความสัมพันธ์กันในทางบวก นักศึกษาครูชายมีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวไม่ต่างกับนักศึกษาครูหญิง นักศึกษาครูหญิงมีทัศนคติเกี่ยวกับประชากรศึกษาสูงกว่านักศึกษาครูชายทั้ง 2 กลุ่ม นักศึกษาครูระดับประกาศนียบัตรที่มีอายุสูงมีทัศนคติเกี่ยวกับประชากรศึกษาไม่แตกต่างกับกลุ่มนักศึกษาครูประกาศนียบัตรที่มีอายุต่ำ แต่เพื่อพิจารณานิสิตครูระดับปริญญาตรี ปรากฏว่า นิสิตครูระดับปริญญาตรีที่มีอายุสูงมีทัศนคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวสูงกว่านิสิตครูระดับปริญญาตรีที่มีอายุต่ำ นิสิตระดับชั้นปีที่ 4 มีความรู้เกี่ยวกับประชากรศึกษาดีกว่านักศึกษาครูในระดับประกาศนียบัตร และนักศึกษาที่อยู่ในกรุงเทพมหานครมีความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับประชากรศึกษาไม่แตกต่างจากนักศึกษาครูในต่างจังหวัด

เกื้อ วงศ์บุญสิน (2522 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยในหมู่บ้านประมง โดยใช้ข้อมูลปฐมภูมิจากการวิจัยของโครงการวิจัยลักษณะทางเศรษฐกิจของหมู่บ้านประมง ซึ่งดำเนินการโดยสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในระหว่างเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน พ.ศ. 2521 โดยมีครัวเรือนที่เป็นตัวอย่างทั้งสิ้น 638 ครัวเรือน จาก 3 จังหวัด คือ จังหวัดระยอง จังหวัดเพชรบุรี และจังหวัดพังงา ผลการศึกษาพบว่า อายุแรกสมรสมีความสัมพันธ์กับภาวะเจริญพันธุ์ โดยที่จำนวนบุตรเกิดรอดจะลดลงตามการเพิ่มขึ้นของอายุแรกสมรส ระยะเวลาก่อนสมรสมีผลต่อภาวะเจริญพันธุ์ การศึกษาของสามีและของภรรยามีความสัมพันธ์กับภาวะเจริญพันธุ์ ด้านอาชีพพบว่า สตรีที่สามีมีอาชีพเกี่ยวกับประมง เกี่ยวกับการเกษตรจะมีจำนวนบุตร

เกิดรอดโดยเฉลี่ยสูงกว่า สตรีที่มีอาชีพบริการ ส่วนรายได้พบว่าคู่สมรสที่มีรายได้ต่ำจะมีภาวะเจริญพันธุ์สูงกว่าคู่สมรสที่มีรายได้สูง และเรื่องเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และ การวางแผนครอบครัวพบว่า ผู้ที่เห็นด้วยกับการวางแผนครอบครัวจะมีจำนวนบุตรโดยเฉลี่ยต่ำกว่าผู้ที่ไม่เห็นด้วย และผู้ที่เคยใช้การปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวจะมีจำนวนบุตรโดยเฉลี่ยต่ำกว่าผู้ที่ไม่เคยใช้

เพ็ญพร อีระสวัสดิ์ (2522 : 50 - 55) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับพฤติกรรมการวางแผนครอบครัว ได้ผลดังนี้

1. ระดับการศึกษา พบว่า การยอมรับพฤติกรรมการวางแผนครอบครัวมีอัตราส่วนสูงขึ้นตามระดับการศึกษา แม้ว่าจะมีการควบคุมด้วยอายุของสตรี จำนวนบุตรที่มีชีวิต ที่อยู่อาศัย หรือเชื้อชาติ
2. อาชีพ พบว่า สตรีที่มีอาชีพทำงานนอกบ้าน มีอัตราส่วนยอมรับพฤติกรรมการวางแผนครอบครัวมากกว่าสตรีที่ไม่ได้ทำงานนอกบ้าน
3. การรับข่าวสารจากสื่อมวลชน พบว่า กลุ่มผู้รับข่าวสารจากสื่อมวลชนประเภทต่าง ๆ เช่น วิทยุ หนังสือพิมพ์ มีอัตราส่วนของผู้อยอมรับพฤติกรรมการวางแผนครอบครัวมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยรับข่าวสารจากสื่อมวลชน
4. ความเป็นเมือง พบว่า การยอมรับพฤติกรรมการวางแผนครอบครัวมีอัตราส่วนสูงขึ้นตามความซับซ้อนในสังคม โดยผู้ที่อยู่อาศัยในเขตชนบทมีอัตราส่วนของผู้อยอมรับพฤติกรรมการวางแผนครอบครัวต่ำกว่าผู้ที่อยู่อาศัยในเขตเมืองและในกลุ่มผู้ที่อยู่อาศัยในเขตเมืองเล็ก มีอัตราส่วนของผู้อยอมรับพฤติกรรมการวางแผนครอบครัวต่ำกว่าผู้ที่อยู่อาศัยในเขตเมืองใหญ่
5. ทักษะเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว พบว่า กลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ทั้งในเขตชนบทและเขตเมืองที่เห็นด้วยกับการวางแผนครอบครัว มีอัตราส่วนการใช้วิธีการคุมกำเนิดสูงกว่าสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ไม่เห็นด้วยการวางแผนครอบครัว

สนิธ สัมครการ (2522 : 119 - 120) ได้ศึกษาการยอมรับการวางแผนครอบครัวในกลุ่มสตรีภาคใต้ ศึกษาเฉพาะกรณี อำเภหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ประชากรที่ศึกษาได้แก่สตรีจาก 3 ตำบล ของอำเภหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา คือ นาหม่อม คลองหรั่ง และทุ่งมน

จำนวนทั้งสิ้น 400 คน ผลการวิจัยพบว่า สตรีที่มีอายุน้อยมีแนวโน้มจะยอมรับการวางแผนครอบครัวมากกว่าสตรีที่มีอายุมาก สตรีที่มีบุตรมากมีแนวโน้มที่จะยอมรับการวางแผนครอบครัวมากกว่าสตรีที่มีบุตรน้อย ส่วนจำนวนบุตรที่มีชีวิตนั้น มีอิทธิพลสูงสุดต่อกลุ่มที่ตัดสินใจทำหมัน และยังคงมีอิทธิพลค่อนข้างสูงต่อกลุ่มยอมรับอื่น ๆ แทบทุกกลุ่ม สำหรับสถานภาพ เศรษฐกิจสังคมมีอิทธิพลค่อนข้างสูงต่อกลุ่มยอมรับต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่เปลี่ยนแปลงวิธีคุมกำเนิด และสตรีที่มีโอกาสรับรู้ข่าวสารมาก ฐานะทางเศรษฐกิจอานวย ก็จะนิยมเปลี่ยนแปลงวิธีคุมกำเนิดวิธีต่าง ๆ บ่อยครั้งกว่าสตรีกลุ่มอื่น

จิรา เจือศิริภักดี (2524 : 71 - 74) ได้ศึกษาทัศนคติและการยอมรับการวางแผนครอบครัวศึกษาเฉพาะหญิงหลังคลอด และคู่สมรสในโรงพยาบาลนครเชียงใหม่ โดยการใช้การสัมภาษณ์เฉพาะหญิงหลังคลอดทันทีขณะอยู่ในโรงพยาบาล และคู่สมรสของหญิงนั้นขณะที่มาเยี่ยมภรรยาเมื่อคลอดแล้ว รวมทั้งสิ้น 801 คน เป็นหญิง 463 คน ชาย 338 คน ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่ในครอบครัวเห็นด้วยและใช้วิธีคุมกำเนิดในการวางแผนครอบครัว โดยหญิงเป็นผู้ปฏิบัติมากกว่าชาย การยอมรับและการปฏิบัติตนในการวางแผนครอบครัวของหญิงก่อนการตั้งครรภ์ คนปัจจุบันที่เพิ่งคลอดพบว่า เคยคุมกำเนิดร้อยละ 64.4 วิธีที่ใช้มากที่สุดคือยาเม็ดคุมกำเนิด รองลงมาคือยาฉีด นีบระยะปลอดภ้ย และใส่ห่วง สำหรับการตัดสินใจเลือกวิธีคุมกำเนิดพบว่า หญิงเลือกวิธีคุมกำเนิดด้วยตนเองจำนวนมากกว่าครึ่ง เพราะรู้จักคุ้นเคยกับการใช้วิธีคุมกำเนิด ซึ่งเป็นของฝ่ายหญิงและจะต้องปฏิบัติเอง แหล่งความรู้ที่ทราบวิธีคุมกำเนิดนี้ได้จาก เพื่อนบ้านญาติพี่น้อง พ่อแม่มากที่สุด และเหตุผลในการเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดของหญิงคำนึงถึงความสะอาดในการใช้และเศรษฐกิจมากที่สุด

อรพินท์ บุนนาค และระพีพรรณ หุ่นพานิช (2524 : 47 - 50) ได้ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติด้านการวางแผนครอบครัว และขนาดครอบครัวที่ปรารถนาของสตรีไทย พบว่า สตรีไทยมีความรู้ และทราบถึงวิธีคุมกำเนิดด้วยตนเองมีจำนวนร้อยละ 80.1 ในเขตชนบท และร้อยละ 79.4 ในเขตเมือง สำหรับเรื่องของการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวนั้น สตรีชนบทกำลังปฏิบัติวิธีคุมกำเนิดประมาณร้อยละ 47.2 ส่วนสตรีในเขตเมืองมีจำนวนร้อยละ 53.9 ส่วนในเรื่องการใช้วิธีคุมกำเนิดแต่ละวิธีจำแนกตามเขตชนบท และเขตเมืองนั้น

ปรากฏว่าวิธีที่สตรีที่สมรสแล้วรู้จักดีที่สุด ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด การทำหมันหญิง และยาฉีด สำหรับในเรื่องทัศนคติสตรีไทยไม่ว่าจะอาศัยอยู่ในเขตไหน ยอมรับการทำหมันหญิงเป็นอันดับแรก ถัดมาก็ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด และยาฉีดตามลำดับ ส่วนในด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวนั้น สตรีในเขตชนบทใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดมากที่สุดคือ ร้อยละ 43.9 ส่วนการทำหมันหญิงมีอยู่ร้อยละ 27.2 แต่สำหรับสตรีในเขตเมืองใช้การคุมกำเนิดด้วยการทำหมันหญิงมากที่สุด คือ ร้อยละ 50.3 ส่วนยาเม็ดคุมกำเนิดนั้นนิยมใช้รองลงมาเป็นจำนวนร้อยละ 26.4 และการใส่ห่วงอนามัยมีอยู่ร้อยละ 6.2 ตามลำดับ สำหรับด้านปัจจัยที่มีผลต่องานด้านวางแผนครอบครัวพบว่า สักส่วนของสตรีทั้งในชนบทและเขตเมืองยอมรับและใช้วิธีคุมกำเนิดเพิ่มขึ้นตามอายุ และจะเริ่มลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ส่วนระดับการศึกษา สตรีที่ได้รับการศึกษาสูงเป็นขั้นที่มั่งคั่งความรู้ ยอมรับและกำลังใช้วิธีคุมกำเนิดมากกว่าสตรีที่มีการศึกษาน้อย สำหรับความต้องการบุตรเพิ่ม พบว่า สตรีที่ไม่ต้องการบุตรเพิ่มได้ยอมรับการวางแผนครอบครัวมากกว่าสตรีที่ต้องการบุตรเพิ่ม และความต้องการบุตรเพิ่มนั้นจะมีผลมากที่สุดต่อการใช่วิธีการวางแผนครอบครัว เพราะสตรีที่กำลังปฏิบัติการคุมกำเนิด คือ สตรีที่ไม่ต้องการมีบุตรเพิ่มถึงแม้ว่าจะมีสตรีในเขตเมืองบางกลุ่มที่กำลังใช้วิธีการวางแผนครอบครัว เพื่อที่จะเว้นระยะการมีบุตรก็ตาม

สุจิตรา กิจวิวัฒนาชัย (2525 : 131 - 139) ได้ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของประชากรหมู่บ้านประมง โดยใช้ข้อมูลปฐมภูมิจาก โครงการวิจัยลักษณะทางเศรษฐกิจสังคมและประชากรของหมู่บ้านประมง ซึ่งดำเนินการโดย สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ คู่สมรสที่กำลังอยู่กินกันฉันท์สามี - ภรรยา โดยสตรีมีอายุ 15 - 49 ปี ซึ่งมีทั้งหมด 489 คู่ครัวเรือน ในการวิจัยได้ใช้วิธีการศึกษาเปรียบเทียบประชากรหมู่บ้านในระดับการพัฒนาที่ต่างกัน โดยถือเอาเครื่องมือเครื่องใช้ในการทำการประมงเป็นเกณฑ์ คือ หมู่บ้านประมงที่มีเครื่องมือที่พัฒนาแล้ว กำลังพัฒนา และยังไม่มีการพัฒนา ผลการศึกษาพบว่า

1. สตรีที่มีอายุ 25 - 34 ปี มีความรู้ ทัศนคติที่เห็นด้วย และใช้วิธีการวางแผนครอบครัวมากที่สุด
2. อายุแรกสมรสมีความสัมพันธ์ในทางลบกับความรู้ ทัศนคติที่เห็นด้วย และการใช้วิธีการวางแผนครอบครัว

3. ระยะเวลาการสัมผัสมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความรู้ ทักษะคิด และการใช้วิธีการวางแผนครอบครัว
4. จำนวนบุตรที่มีชีวิตมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความรู้ ทักษะคิด และการใช้วิธีการวางแผนครอบครัว
5. การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ ทักษะคิดที่เห็นด้วย และการใช้วิธีการวางแผนครอบครัว
6. สตรีไทยพุทธจะมีความรู้ และใช้วิธีการวางแผนครอบครัวมากกว่าสตรีไทยมุสลิม
7. สตรีและสามีที่เคยย้ายถิ่นจะใช้วิธีการวางแผนครอบครัวน้อยกว่าสตรีและสามีที่ไม่เคยย้ายถิ่น
8. สตรีที่มาจากครอบครัวเดียวจะมีความรู้ ทักษะคิดที่เห็นด้วย และการใช้วิธีการวางแผนครอบครัวมากกว่าสตรีจากครอบครัวขยาย
9. สตรีที่มีความประสงค์จะคลอดบุตรที่สถานอนามัย โรงพยาบาล หรือคลินิกจะมีความรู้ ทักษะคิดที่เห็นด้วย และการใช้วิธีการวางแผนครอบครัวมากกว่าสตรีที่จะคลอดที่บ้าน และสตรีที่ต้องการให้แพทย์ พยาบาล หรือผดุงครรภ์เป็นผู้ทำคลอด จะมีความรู้ ทักษะคิดที่เห็นด้วย และการใช้วิธีการวางแผนครอบครัวมากกว่าสตรีที่ต้องการให้หมอตายาเป็นผู้นำทำคลอด
10. สตรีที่ไปขอรับบริการ (ขอคำแนะนำ) ที่โรงพยาบาล หรือ สถานอนามัยจะมีความรู้ และใช้วิธีการวางแผนครอบครัวมากที่สุด ส่วนทักษะคิดที่เห็นด้วย กับการวางแผนครอบครัวนั้น พบว่า มีแบบแผนที่ไม่แน่นอน
11. สตรีที่เคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะมีความรู้ในด้านการวางแผนครอบครัวน้อยกว่าสตรีที่ไม่เคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แต่จะมีทักษะคิดที่เห็นด้วย และใช้วิธีการวางแผนครอบครัวที่มากกว่าสตรีที่ไม่เคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ธวัช อักโข (2526 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้การวางแผนครอบครัวในเขตเมืองของประเทศไทย โดยทำการสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่างสตรีที่สมรสแล้ว และยังอยู่กินกับสามี อายุ 15 - 45 ปี จำนวน 746 คน ในเขตเมือง 20 จังหวัด ในโครงการประชากร ผลการวิจัยพบว่า

1. ปัจจัยทางด้านประชากร ซึ่งได้แก่ อายุ จำนวนบุตรที่มีชีวิต ความต้องการบุตรเพิ่ม จำนวนบุตรที่ต้องการ ตัวแปรเหล่านี้มีผลต่อการใช้การคุมกำเนิด แต่ความต้องการบุตรเพิ่มจะมีอิทธิพลมากที่สุด จำนวนบุตรที่มีชีวิตก็นับว่ามีอิทธิพล อายุ และจำนวนบุตรที่ต้องการแทบจะไม่มีผลต่อการใช้การคุมกำเนิดเลย

2. ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม ซึ่งได้แก่ การศึกษา อาชีพ รายได้ มีผลต่อการใช้การคุมกำเนิดค่อนข้างต่ำ

3. ปัจจัยอื่น ๆ ซึ่งได้แก่ แหล่งข่าวสาร พบว่า ไม่ก่อให้เกิดความแตกต่างในเรื่องการใช้การคุมกำเนิดมากนัก สำหรับระยะทางและค่าใช้จ่าย พบว่า มีอิทธิพลในทางบวกต่อการใช้การคุมกำเนิด

นิพนธ์ เทพวัลย์ และอรพินท์ บุณนาถ (2528 : 148 - 161) ได้ศึกษาการวางแผนครอบครัวในชุมชนแออัดที่พัฒนาแล้ว 4 แห่ง ในกรุงเทพมหานคร พบว่า ลักษณะทางประชากร เช่น อายุ จำนวนบุตรเกิดรอด และจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่นั้นมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว กล่าวคือสตรีในวัยเจริญพันธุ์จะมีการปฏิบัติด้านการวางแผนครอบครัวมากกว่าในวัยเริ่มสาวหรือวัยเลยกลางคนไปแล้ว และสตรีที่มีจำนวนบุตรเกิดรอด ที่มีจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ 1 - 2 คน ยอมรับการปฏิบัติด้านการวางแผนครอบครัวสูงสุด และจะเริ่มลดลงตามจำนวนบุตรเกิดรอด และบุตรที่มีชีวิตอยู่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ยังพบว่า สตรีที่มีอายุน้อยนิยมวิธีคุมกำเนิดชนิดชั่วคราว ในขณะที่สตรีที่มีอายุมากเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดชนิดถาวร ซึ่งคล้ายกับสตรีที่มีจำนวนบุตรเกิดรอด และจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่น้อยก็ยังต้องใช้วิธีคุมกำเนิดชนิดชั่วคราว แต่เมื่อมีบุตรเพิ่มมากขึ้นก็ใช้วิธีคุมกำเนิดชนิดถาวร

ประติษฐ์ บัณเฑาะ (2528 : 71 - 72) ได้ศึกษาความคิดเห็นของนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษาที่มีต่อการวางแผนครอบครัว จำแนกตาม เพศ วิชาเอก ภูมิภาค จำนวนพี่น้องในครอบครัว อาชีพของบิดามารดา รายได้ของครอบครัว และการศึกษาของบิดามารดา ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษามีความคิดเห็นต่อการวางแผนครอบครัวอยู่ในระดับที่ดี และนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษาที่มีความแตกต่างกันในด้านเพศ และวิชาเอก มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวไม่แตกต่างกัน แต่นักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษาที่มีความแตกต่างกันในด้านอื่น ๆ พบว่า มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน

ศิริรัตน์ เอกปิยะกุล (2529 : 68 - 71) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการคุมกำเนิดชนิดชั่วคราวและชนิดถาวรของสตรีในเขตชนบท โดยอาศัยข้อมูลจากการสำรวจในโครงการวิจัยผลกระทบและประสิทธิภาพของโครงการประชากรใน 20 จังหวัด ต่อการวางแผนครอบครัวและต่อภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนปี พ.ศ. 2524 โดยการสัมภาษณ์ด้วยคำถามตามแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ประชากรที่ศึกษาได้แก่ สตรีในเขตชนบทที่มีอายุ 15 - 44 ปี แต่งงานแล้วกำลังอยู่กินกับสามีและกำลังใช้บริการคุมกำเนิดอยู่ จำนวนทั้งสิ้น 1,076 ราย จากการศึกษาพบว่า สตรีที่ใช้การคุมกำเนิดชนิดถาวรจะมีอายุ ระยะเวลาสมรส และจำนวนบุตรมีชีวิตสูงกว่าสตรีที่ใช้การคุมกำเนิดชั่วคราว ด้านจำนวนบุตรเสียชีวิตพบว่า สตรีที่ใช้การคุมกำเนิดชนิดชั่วคราวและชนิดถาวรจะมีอัตราส่วนของการใช้บริการคุมกำเนิดลดลงตามจำนวนบุตรเสียชีวิตที่เพิ่มสูงขึ้น สำหรับด้านการศึกษาของสตรี พบว่า สตรีที่ใช้การคุมกำเนิดทั้งสองชนิดจะเป็นสตรีที่มีการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 มากกว่าสตรีที่มีการศึกษาต่ำหรือสูงกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ทางด้านอาชีพ พบว่า สตรีที่ใช้การคุมกำเนิดชั่วคราวและชนิดถาวรเป็นสตรีที่มีอาชีพเกษตรกรรมมากกว่าสตรีที่มีอาชีพอื่น สำหรับความต้องการบุตรเพิ่มนั้น พบว่า สตรีที่ใช้การคุมกำเนิดทั้งสองชนิด ส่วนใหญ่จะเป็นสตรีที่ไม่ต้องการบุตรเพิ่ม ด้านสถานที่รับบริการพบว่า สตรีในชนบทที่ใช้การคุมกำเนิดชั่วคราวไปรับบริการจากสถานอนามัยมากที่สุด ส่วนสตรีที่ใช้การคุมกำเนิดชนิดถาวรไปรับบริการจากโรงพยาบาลจังหวัดมากที่สุด สำหรับระยะเวลาเดินทางไปรับบริการ พบว่า สตรีที่ใช้การคุมกำเนิดชั่วคราวนั้นใช้เวลาเดินทางไปรับบริการต่ำกว่า 15 นาที มากที่สุด ส่วนสตรีที่ใช้การคุมกำเนิดชนิดถาวรนั้นประมาณครึ่งหนึ่งจะใช้เวลาเดินทางไปรับบริการ 1 ชั่วโมงขึ้นไป และค่าใช้จ่ายในการรับบริการ พบว่าสตรีที่ใช้การคุมกำเนิดชั่วคราวประมาณครึ่งหนึ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรับบริการ 1 - 50 บาท ส่วนสตรีที่ใช้การคุมกำเนิดชนิดถาวรนั้น เป็นการรับบริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายมากที่สุด

ชาญชัย ยามะรัต (2530 : 21 - 33) ได้ศึกษาปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวในระยะหลังคลอด โดยการสัมภาษณ์สตรีที่ไปคลอดและยอมรับเอาวิธีการวางแผนครอบครัวไปปฏิบัติในระยะหลังคลอด ที่ศูนย์อนามัยแม่และเด็กเขต 4 จังหวัดขอนแก่น จำนวน 120 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยสำคัญที่สุดในการยอมรับการวางแผนครอบครัวในระยะ

หลังคลอดคือ มีบุตรเพียงพอแล้ว และเว้นระยะการมีบุตร ส่วนจำนวนบุตรที่มีชีวิต รายได้ อายุ มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการวางแผนครอบครัวในระยะเวลาหลังคลอด แต่ระดับการศึกษา อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการวางแผนครอบครัว สำหรับการเลือกใช้วิธีการวางแผนครอบครัวนั้น ผลการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์กับอายุ จำนวนบุตรที่มีชีวิต และแหล่งความรู้ที่ผู้ยอมรับการวางแผนครอบครัวในระยะเวลาหลังคลอดได้รับรู้ เรื่องการวางแผนครอบครัวมากที่สุด คือ ญาติ เพื่อนบ้าน รองลงไป คือ เจ้าหน้าที่อนามัย ผู้ยอมรับการวางแผนครอบครัวส่วนมากเห็นด้วยและพอใจในการยอมรับการวางแผนครอบครัวในระยะเวลาหลังคลอด และมีความคิดเห็นว่าการวางแผนครอบครัวจะทำให้เศรษฐกิจภายในครอบครัวดีขึ้น

บัณฑิต พันธุ์พาณิชย์ (2530 : ไม่มีเลขหน้า) ได้ศึกษาทัศนะของนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีต่อการวางแผนครอบครัว โดยการเปรียบเทียบทัศนะที่มีต่อการวางแผนครอบครัวของนักศึกษา 3 กลุ่ม คือ นักศึกษา ก่อนเข้าเรียนซึ่งผ่านการสอบคัดเลือก นักศึกษาชั้นปีที่ 1 และนักศึกษาชั้นปีที่ 2 จำนวน 335 คน ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเห็นด้วยกับการวางแผนครอบครัวทั้ง 5 ด้าน คือ ด้านนโยบายและเป้าหมายการวางแผนครอบครัวของรัฐบาล ด้านหน่วยงานและโครงการเพื่อให้บริการด้านการวางแผนครอบครัว ด้านแนวทางในการวางแผนครอบครัว ด้านผลดีของการวางแผนครอบครัว และด้านการให้การศึกษาด้านการวางแผนครอบครัว และเห็นด้วยอย่างยิ่งในด้านผลดีของการวางแผนครอบครัว กับด้านแนวทางในการวางแผนครอบครัว เมื่อเปรียบเทียบทัศนะของนักศึกษาชายและนักศึกษาหญิงที่มีต่อการวางแผนครอบครัว พบว่า แตกต่างกัน ส่วนนักศึกษาต่างระดับชั้นปีมีทัศนะต่อการวางแผนครอบครัวไม่แตกต่างกัน

มะลิ ลีวนานนท์ชัย (2530 : 7 - 19) ได้ศึกษาความแตกต่างทางด้านเศรษฐกิจและสังคมในการเว้นระยะการมีบุตร พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมของประชากร กับการเว้นระยะการมีบุตร มีส่วนเกี่ยวพันกัน สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมมีความสัมพันธ์กับการเว้นระยะการมีบุตรในเชิงลบเป็นส่วนมาก กล่าวคือ สตรีที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำกว่า มีแนวโน้มที่จะมีการเว้นระยะการมีบุตรยาวนานกว่า เพราะสตรีที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำส่วนใหญ่มักจะเป็นครอบครัวที่ยากจน อาศัยอยู่ในเขตชนบท มีลักษณะ

อาชีพเป็นเกษตรกรรม และมีระดับการศึกษาต่ำ ซึ่งไม่มีทรัพยากรเพียงพอที่จะใช้เทคนิควิทยาการใหม่ ๆ ในการปรับปรุงเศรษฐกิจของครัวเรือน และไม่สามารถเสียค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตร และค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับบุตรได้ ทำให้จำเป็นต้องตัดสินใจวันระยะการมีบุตรให้ยาวนานออกไป ส่วนในครอบครัวที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมสูงจะมีการวางแผนครอบครัว และรู้จักใช้วิธีคุมกำเนิด เพื่อจะวันระยะการมีบุตรตามต้องการได้มากกว่าครอบครัวที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่า การศึกษาสูงและรายได้สูง ย่อมสามารถจะมีแรงจูงใจในการรับบริการวางแผนครอบครัวและการใช้วิธีคุมกำเนิด เพื่อที่จะเลื่อนหรือวันระยะการมีบุตรได้ตามต้องการ นอกจากนี้ ในด้านการเลือกใช้วิธีคุมกำเนิด เพื่อให้เหมาะสมกับการวันระยะการมีบุตรน่าจะส่งผลถึงการเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดวิธีต่าง ๆ

ศรีบังอร สุวรรณพานิช (2530 : 74 - 76) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นของอาจารย์และนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษาภาคใต้ที่มีต่อการวางแผนครอบครัว โดยใช้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นอาจารย์จำนวน 60 คน และนักศึกษาชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2529 จำนวน 169 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามความคิดเห็นที่มีต่อการวางแผนครอบครัว เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ผลการศึกษาพบว่า

1. อาจารย์กับนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษาภาคใต้ มีความคิดเห็นต่อการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน
2. อาจารย์วิทยาลัยพลศึกษาภาคใต้ที่มีความแตกต่างกันในด้านจำนวนพี่น้องที่เกิดจากบิดามารดาเดียวกัน รายได้ของครอบครัว การศึกษาของบิดาหรือมารดา ภูมิลำเนา และแหล่งข่าวสารที่ได้รับเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวมีความคิดเห็นต่อการวางแผนครอบครัวไม่แตกต่างกัน แต่อาจารย์ที่นับถือศาสนาต่างกัน มีความคิดเห็นต่อการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน
3. นักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษาภาคใต้ที่มีความแตกต่างกันในด้านรายได้ของครอบครัว การศึกษาของบิดามารดา ภูมิลำเนา และแหล่งข่าวสารที่ได้รับเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวมีความคิดเห็นต่อการวางแผนครอบครัวไม่แตกต่างกัน แต่นักศึกษาที่มีจำนวนพี่น้องต่างกัน และนับถือศาสนาต่างกัน มีความคิดเห็นต่อการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จะเห็นได้ว่า การวางแผนครอบครัวมีเป้าหมายสำคัญ คือ ส่งเสริมให้ชีวิตครอบครัวมีความสุข มีความมั่นคง และราบรื่นในสังคมตามอัตภาพ พร้อมทั้งให้ทุกคนในสังคมได้ตระหนักถึงความสำคัญของการวางแผนครอบครัว และยอมรับไปปฏิบัติ โดยเฉพาะสตรีที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญที่สุด ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานครที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว โดยการตั้งสมมติฐานดังนี้

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีอายุต่างกันจะมีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน
2. สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน
3. สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีอาชีพต่างกันจะมีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน
4. สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีรายได้ต่างกัน จะมีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว แตกต่างกัน
5. สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีระยะเวลาสมรสต่างกันจะมีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน
6. สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ต่างกัน จะมีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว แตกต่างกัน
7. สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีจำนวนบุตรที่มีชีวิตต่างกัน จะมีความคิดเห็นต่อการยอมรับ การวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน
8. สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่ไม่มีความต้องการบุตรเพิ่ม จะมีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวดีกว่า สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีความต้องการบุตรเพิ่ม

9. สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว
ในระยะก่อนและหลังคลอดจะมีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว ดีกว่าสตรี
ภายหลังการคลอดบุตรที่ไม่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ ได้แก่ สตรีภายหลังคลอดบุตรที่มารับบริการคลอดในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ทั้งหมด 3 โรงพยาบาล จำนวนประมาณ 1,200 คน ต่อเดือน เป็นสตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 245 คน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะเกล้า จำนวน 475 คน และโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 480 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ ได้แก่ สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มารับบริการคลอดในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2535 จำนวน 300 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) ตามลำดับขั้นตอนดังนี้

1. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของยามาเน่ (Yamane. 1967 : 581) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างให้มีความคลาดเคลื่อนที่ .05 จากสูตร

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n แทน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N แทน กลุ่มประชากร

e แทน ค่าความคลาดเคลื่อนในการสุ่ม

ในการวิจัยครั้งนี้ ยินยอมให้มีการคลาดเคลื่อนในการสุ่มได้เท่ากับ 0.05

2. สุ่มสตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีมารับบริการคลอดในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวง
กลาโหม กรุงเทพมหานคร โดยวิธีสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling)

3. สุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random
Sampling) จนครบตามจำนวนที่ต้องการดังปรากฏในตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร	จำนวนประชากร สตรีคนไข้คลอดปกติเฉลี่ย/เดือน	กลุ่มตัวอย่าง
1. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	245	61
2. โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า	475	119
3. โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	480	120
รวม	1,200	300

แหล่งข้อมูล : สตรีคนไข้คลอดปกติโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม

กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2533

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือ เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการยอมรับการวางแผน
ครอบครัวของสตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร
แบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม ตามตัวแปรที่ต้องการ
ศึกษา ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาสมรส จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์

จำนวนบุตรที่มีชีวิต ความต้องการบุตรเพิ่มและการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว ซึ่งเป็นลักษณะแบบสำรวจรายการ (Check List)

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีการยอมรับการวางแผนครอบครัว มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งมีทั้งหมด 5 ระดับ คือ

- 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- 4 หมายถึง เห็นด้วย
- 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ
- 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย
- 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างแบบสอบถามตามลำดับขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างแบบสอบถามจากหนังสือและเอกสารต่าง ๆ
2. ศึกษาค้นคว้า เอกสาร หนังสือ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนครอบครัว ตลอดจนปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านการวางแผนครอบครัว เพื่อขอประกอบในการสร้างแบบสอบถาม
3. สร้างแบบสอบถามตามแนวทางที่ได้ศึกษาจากเอกสารโดยตอนที่ 1 เป็นแบบสำรวจรายการ (Check List) ตามตัวแปรที่ต้องการศึกษา จำนวน 10 ข้อ และตอนที่ 2 เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) เพื่อสอบถามความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว จำนวน 35 ข้อ

การหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เพื่อให้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นมีคุณภาพดีพอที่จะนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลได้ ผู้วิจัยจึงหาคุณภาพเครื่องมือ โดยดำเนินการดังต่อไปนี้

1. เพื่อให้ได้ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จึงนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านวางแผนครอบครัว จำนวน 5 ท่านตรวจสอบ และช่วยปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม
2. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับสตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่ไม่ได้รับคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน
3. นำแบบสอบถามที่ผ่านการทดลองใช้แล้วมาตรวจความถูกต้องให้คะแนน และหาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อโดยเรียงลำดับคะแนนจากสูงไปต่ำ แล้วเลือกแบบสอบถามมา 2 กลุ่ม คือ กลุ่มคะแนนสูง โดยนับจากแบบสอบถามที่มีคะแนนสูงสุดลงมาจำนวน 25 % ของทั้งกลุ่ม และกลุ่มคะแนนต่ำ โดยนับจากแบบสอบถามที่มีคะแนนต่ำสุดขึ้นไป 25 % ของทั้งกลุ่ม แล้วเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำ โดยใช้ทดสอบค่าที (t-test) เทคนิค 25% ของ เอ็ดเวิร์ด ทดสอบนัยสำคัญของคำถามแต่ละข้อ (Edwards. 1958 : 152) ถ้าพบข้อใดที่มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 1.75 ถือว่าข้อนั้นมีค่าอำนาจจำแนก แสดงว่าข้อคำถามของแบบสอบถามสามารถวัดความคิดเห็นที่แตกต่างกันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
4. หาค่าความเชื่อมั่น โดยนำแบบทดสอบที่มีค่าอำนาจจำแนกสูงอยู่ในเกณฑ์ใช้ได้ คือ มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 1.75 ขึ้นไป มาหาค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (Reliability) โดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) ถ้าค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.6 ขึ้นไป ถือว่าใช้ได้ ถ้าค่าความเชื่อมั่นเข้าใกล้ 1 ถือว่า มีความเชื่อมั่นสูง (Cronbach. 1970 : 161) ผลปรากฏว่าได้ค่าความเชื่อมั่น 0.9058 ซึ่งเป็นค่าความเชื่อมั่นที่สูงพอที่จะนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง ต่อไปได้

เกณฑ์ในการให้คะแนน

ลักษณะและรายละเอียดของเครื่องมืออยู่ในภาคผนวก

การตอบแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการยอมรับการวางแผนครอบครัวของสตรี ภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร มีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

1. ข้อความที่มีความหมายเชิงนิเสธ ถ้ากลุ่มตัวอย่างกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	5 คะแนน
เห็นด้วย	ให้คะแนน	4 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	1 คะแนน
2. ข้อความที่มีความหมายในเชิงนิเสธ ถ้ากลุ่มตัวอย่างกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย	ให้คะแนน	2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนน	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้คะแนน	5 คะแนน

วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1. ขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร เพื่อขอความร่วมมือ
ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตัวเองที่ตึกสุติกรรม โรงพยาบาล
สังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร รวมทั้งสิ้น 300 ฉบับ

วิธีจัดการกับข้อมูล

เมื่อรวบรวมแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้คือ

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแต่ละฉบับ

2. ตรวจนับคะแนนตามวิธีการของการให้คะแนนแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า และแยกออกเป็นกลุ่ม ๆ ตามตัวแปรที่ศึกษา

3. วิเคราะห์ความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวแยกตาม อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาสมรส จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนบุตรที่มีชีวิต ความต้องการบุตรเพิ่ม การได้รับความแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว โดยวิธีหาค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) แล้วแปรผลโดยใช้เกณฑ์ของเบสต์ (Best. 1986 : 184 - 186) ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
1.000 - 2.333	สตรีภายหลังการคลอดบุตรมีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวในเชิงนิเสธ (ค่า)
2.334 - 3.667	สตรีภายหลังการคลอดบุตรมีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว ปานกลาง
3.668 - 5.000	สตรีภายหลังการคลอดบุตรมีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวในเชิงนิเสธ (สูง)

4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน คือ ความต้องการบุตรเพิ่ม และการได้รับความแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว โดยใช้การทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 8 และ 9

5. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่มากกว่า 2 กลุ่ม คือ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาสมรส จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนบุตรที่มีชีวิต โดยวิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบมี 1 ตัวประกอบ (One-Way Analysis of Variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6 และ 7

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ค่าสถิติพื้นฐาน

ค่าสถิติพื้นฐานที่ใช้ในการวิเคราะห์ครั้งนี้ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ยโดยใช้สูตรของเฟอร์กูสัน (Ferguson. 1981 : 49) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานโดยใช้สูตรของเฟอร์กูสัน (Ferguson. 1981 : 68)

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพของเครื่องมือ

2.1 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach. 1970 : 161) และ

2.2 หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ ด้วยเทคนิค 25 % ของ เอ็ดเวิร์ดส์ โดยใช้สูตร (Edwards. 1958 : 152)

3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

3.1 ทาค่าที (t-test) เพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของความต้องการบุตรเพิ่ม และการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม เป็นอิสระจากกันเพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 8 และ 9 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2530 : 180)

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2}}}$$

โดยมี df

$$\frac{\left[\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2} \right]^2}{\frac{\frac{s_1^2}{n_1}}{n_1 - 1} + \frac{\frac{s_2^2}{n_2}}{n_2 - 1}}$$

เมื่อ t แทน ค่าที่ใช้พิจารณาใน t -distribution

$\bar{X}_1, \bar{X}_2$ แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มตัวอย่างที่ 2

n_1, n_2 แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มตัวอย่างที่ 2

df แทน ชั้นแห่งความเป็นอิสระ

S_1^2, S_2^2 แทน ค่าความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มตัวอย่างที่ 2

n_1, n_2 แทน จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มตัวอย่างที่ 2

3.2 วิเคราะห์ความแปรปรวน 1 ตัวประกอบ (One - Way Analysis)

โดยใช้สูตร (Winer. 1971 : 185 196)

$$F = \frac{MS_A}{MS_w}$$

เมื่อ F แทน ค่าที่ใช้พิจารณาใน F -distribution

MS_A แทน ค่า Mean Square ระหว่างกลุ่ม

MS_w แทน ค่า Mean Square ภายในกลุ่ม

เมื่อพบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของ นิวแมน-คูลส์ (Newman - Keuls Method) โดยใช้สูตร (Winer. 1971 : 185 - 196)

$$q = \sqrt{\frac{MS_w}{n}}$$

เมื่อ q แทน q -Statistic ที่ได้จากตาราง

MS_w แทน ค่า Mean Square ภายในกลุ่ม

n แทน จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากัน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

$\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
S	แทน	คะแนนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติ พิจารณาใน t-distribution
F	แทน	ค่าสถิติ พิจารณาใน F-distribution
SS	แทน	ผลบวกกำลังสอง
MS	แทน	รายเฉลี่ยกำลังสอง
df	แทน	degree of freedom
q	แทน	q-statistic
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์โดยใช้ไมโครคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป เอส ที เอส เอส (SPSS-Statistical Package for the Social Science) วิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1

วิเคราะห์สภาพทั่วไปของสตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร โดยการแจกแจงความถี่ คิดเป็นร้อยละ และเสนอเป็นตาราง

ตอนที่ 2

วิเคราะห์แบบสอบถามความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาล
สังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวโดยมีขั้นตอน
ตามลำดับดังนี้

2.1 วิเคราะห์ระดับความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาล สังกัด
กระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว

2.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่มากกว่า 2 กลุ่ม คือ อายุ
ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาสมรส จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนบุตรที่มีชีวิต
โดยการทดสอบค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6 และ 7
ในกรณีที่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยจะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่
โดยใช้วิธีของ นิวแมน - คูลส์ (Newman-Keuls Method)

2.3 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกัน
คือ ความต้องการบุตรเพิ่ม และการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว โดยใช้
การทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 8 และ 9

ผลการศึกษาค้นคว้า

ตอนที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ทั่วไปของสตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาล
สังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร โดยการแจกแจงความถี่ คิดเป็นค่าร้อยละ และเสนอ
เป็นตาราง ดังปรากฏในตาราง 5

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรที่ต้องการศึกษา

ตัวแปรที่ต้องการศึกษา		จำนวน	ร้อยละ
1. อายุ			
1.1	15 - 24 ปี	150	50.00
1.2	25 - 34 ปี	129	43.00
1.3	35 ปีขึ้นไป	21	7.00
รวม		300	100.00
2. ระดับการศึกษา			
2.1	ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	133	44.33
2.2	มัธยมศึกษา	110	36.67
2.3	อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	32	10.67
2.4	ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	25	8.33
รวม		300	100.00

ตาราง 5 (ต่อ)

ตัวแปรที่ต้องการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
3. อาชีพ		
3.1 รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	22	7.34
3.2 ค้าขาย	21	7.00
3.3 รับจ้าง	145	48.33
3.4 แม่บ้าน	112	37.33
3.5 อื่น ๆ	-	-
รวม	300	100.00
4. รายได้ของครอบครัว		
4.1 รายได้ไม่เกิน 3,000 บาท/เดือน	78	26.00
4.2 รายได้ตั้งแต่ 3,001 - 6,000 บาท/เดือน	109	36.33
4.3 รายได้ตั้งแต่ 6,001 บาทขึ้นไป	113	37.67
รวม	300	100.00

ตาราง 5 (ต่อ)

ตัวแปรที่ต้องการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
5. ระยะเวลาสมรส		
5.1 ต่ำกว่า 5 ปี	219	73.00
5.2 6 - 10 ปี	58	19.33
5.3 11 ปีขึ้นไป	23	7.67
รวม	300	100.00
6. จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์		
6.1 จำนวน 1 ครั้ง	163	54.33
6.2 จำนวน 2 ครั้ง	92	30.67
6.3 จำนวน 3 ครั้ง	29	9.67
6.4 จำนวนมากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป	16	5.33
รวม	300	100.00

ตาราง 5 (ต่อ)

ตัวแปรที่ต้องการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
7. จำนวนบุตรที่มีชีวิต		
7.1 จำนวน 1 คน	186	62.00
7.2 จำนวน 2 คน	83	27.67
7.3 จำนวน 3 คน	25	8.33
7.4 จำนวน 3 คนขึ้นไป	6	2.00
รวม	300	100.00
8. ความต้องการบุตรเพิ่ม		
8.1 ต้องการบุตรเพิ่ม	146	48.67
8.2 ไม่ต้องการบุตรเพิ่ม	154	51.33
รวม	300	100.00
9. การได้รับคำแนะนำเรื่องการวางแผนครอบครัวจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัวในระยะ ก่อนและหลังคลอด		
9.1 ได้รับคำแนะนำ	185	61.67
9.2 ไม่ได้รับคำแนะนำ	115	38.33
รวม	300	100.00

จากตาราง 5 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 15 - 24 ปี ร้อยละ 50.00 อายุ 25 - 34 ปี ร้อยละ 43.00 และอายุ 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 7.00

ระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 44.33 รองลงมาคือ มัธยมศึกษา ร้อยละ 36.67 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า ร้อยละ 10.67 และปริญญาตรีหรือสูงกว่าร้อยละ 8.33 ตามลำดับ

อาชีพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 48.33 รองลงมา อาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 37.33 อาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 7.34 และอาชีพค้าขาย ร้อยละ 7.00 ตามลำดับ

รายได้ของครอบครัว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีรายได้ตั้งแต่ 6,001 บาทขึ้นไป/เดือน ร้อยละ 37.67 รองลงมา ตั้งแต่ 3,001 - 6,000 บาท/เดือน ร้อยละ 36.33 และรายได้ไม่เกิน 3,000 บาท/เดือน ร้อยละ 26.00

ระยะเวลาสมรส กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีระยะเวลาสมรสต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 73.00 รองลงมาคือ 6 - 10 ปี ร้อยละ 19.33 และ 11 ปีขึ้นไป ร้อยละ 7.67 ตามลำดับ

จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ 1 ครั้ง ร้อยละ 54.33 จำนวนการตั้งครรภ์ 2 ครั้ง ร้อยละ 30.67 จำนวนการตั้งครรภ์ 3 ครั้ง ร้อยละ 9.67 และจำนวนการตั้งครรภ์มากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 5.33 ตามลำดับ

จำนวนบุตรที่มีชีวิต กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีจำนวนบุตรที่มีชีวิตจำนวน 1 คน ร้อยละ 62.00 รองลงมา จำนวนบุตรที่มีชีวิต จำนวน 2 คน ร้อยละ 27.67 จำนวนบุตรที่มีชีวิต จำนวน 3 คน ร้อยละ 8.33 และจำนวนบุตรที่มีชีวิตมากกว่า 3 คนขึ้นไป ร้อยละ 2.00 ตามลำดับ

ความต้องการบุตรเพิ่ม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ต้องการบุตรเพิ่ม ร้อยละ 51.33 ส่วนต้องการบุตรเพิ่ม ร้อยละ 48.67

การได้รับคำแนะนำ เรื่องการวางแผนครอบครัวจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัวใน ระยะก่อนและหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ได้รับคำแนะนำ ร้อยละ 61.67 ส่วนไม่ได้รับ คำแนะนำ ร้อยละ 38.33

ตอนที่ 2

2.1 วิเคราะห์ระดับความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานครที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว ได้ผลการวิเคราะห์ดังปรากฏในตาราง 6

ตาราง 6 ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว

ตัวแปรตาม	N	$\bar{X}$	S	ระดับ
ความคิดเห็นที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว	300	3.8106	0.1386	สูง

จากตาราง 6 แสดงว่า ความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานครที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว โดยทั่วไปมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.8106 ความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.1386 ซึ่งหมายความว่า ความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวอยู่ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.668 - 5.00) ตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best. 1986 : 184 - 186)

2.2 ทดสอบความแตกต่างความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวตามตัวแปร เกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาสมรส จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนบุตรที่มีชีวิต ความต้องการบุตรเพิ่ม และการได้รับความแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว โดยการวิเคราะห์ ความแปรปรวนแบบทางเดียว ดังปรากฏตามตาราง 7 - 24

ตาราง 7 คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาล สังกัด กระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว จำแนกตามอายุ

อายุ	N	$\bar{X}$	S
15 - 24 ปี	150	3.7608	0.3614
25 - 34 ปี	129	3.8532	0.3549
35 ปีขึ้นไป	21	3.9197	0.4634

จากตาราง 7 แสดงว่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว จำแนกตามอายุที่แตกต่างกัน 3 กลุ่ม ผลปรากฏว่า สตรีภายหลังการคลอดบุตร ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ $\bar{X} = 3.9197$ ($S = 0.4634$) รองลงมา ได้แก่ สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีอายุ 25 - 34 ปี มีคะแนนเฉลี่ย $\bar{X} = 3.8532$ ($S = 0.3549$) และสตรี

ภายหลังการคลอดบุตรที่มีอายุ 15 - 24 ปี มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ $x = 3.7608$ ($s = 0.3614$) ตามลำดับ แล้วนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนเกี่ยวกับความคิดเห็นของสตรี ภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวปรากฏตามตาราง 8

ตาราง 8 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตร ในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีอายุต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	0.8560	0.4280	3.1869*
ภายในกลุ่ม	297	39.8856	0.1343	
รวม	299	40.7415		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{2,297} = 3.03$)

จากตาราง 8 แสดงว่า สตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีอายุต่างกัน มีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ผู้วิจัยจึงทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของ นิวแมน - คูลส์ (Newman - Keuls Method) ดังปรากฏตามตาราง 9

ตาราง 9 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรใน
โรงพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีต่อการยอมรับการวางแผน
ครอบครัว จำแนกตามอายุ

อายุ		15 - 24 ปี	25 - 34 ปี	35 ปีขึ้นไป
	$\bar{X}$	3.7608	3.8532	3.9197
15 - 24 ปี	3.7608	-	0.0924*	0.1589*
25 - 34 ปี	3.8532		-	0.0665
35 ปีขึ้นไป	3.9197			-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 9 แสดงว่า สตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวง
กลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีอายุ 25 - 34 ปี และอายุ 35 ปีขึ้นไป มีความคิดเห็นต่อการ
ยอมรับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกับสตรีภายหลังการคลอดบุตร ที่มีอายุ 15 - 24 ปี
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่า ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 10 คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาล สังกัด
กระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว จำแนกตาม
ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	N	$\bar{X}$	S
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	133	3.6782	0.3419
มัธยมศึกษา	110	3.8465	0.3542
อนุญาโตหรือเทียบเท่า	32	3.9857	0.2578
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	25	4.1451	0.3721

จากตาราง 10 แสดงว่า คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรใน
โรงพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว
จำแนกตามระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน 4 กลุ่ม ผลปรากฏว่า สตรีภายหลังการคลอดบุตร ที่มี
ระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ $\bar{X} = 4.1451$ ($S = 0.3721$)
รองลงมาคือสตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีระดับการศึกษาอนุญาโตหรือเทียบเท่า มีคะแนนเฉลี่ย
คือ $\bar{X} = 3.9857$ ($S = 0.2578$) ส่วนสตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีระดับศึกษามัธยมศึกษา
มีคะแนนเฉลี่ยคือ $\bar{X} = 3.8465$ ($S = 0.3542$) และสตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีระดับ
การศึกษาประถมศึกษาหรือต่ำกว่า มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ $\bar{X} = 3.6782$ ($S = 0.3419$)
ตามลำดับแล้วนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนเกี่ยวกับความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตร

ในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มึ่ต้องการยอมรับการวางแผน
ครอบครัว ปรากฏผลตามตาราง 11

ตาราง 11 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรใน
โรงพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	6.2523	2.0841	17.8865**
ภายในกลุ่ม	296	34.4893	0.1165	
รวม	299	40.7415		

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F_{3,296} = 3.60$)

จากตาราง 11 แสดงว่า สตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวง
กลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผน
ครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ผู้วิจัย
จึงทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน - คูลส์ (Newman -
Keuls Method) ดังปรากฏตามตาราง 12

ตาราง 12 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรใน
โรงพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีต่อการยอมรับการวางแผน
ครอบครัว จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	ค่าเฉลี่ย	ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า	มัธยมศึกษา	อนุปริญญา หรือเทียบเท่า	ปริญญาตรี หรือสูงกว่า
		3.6782	3.8465	3.9857	4.1451
ประถมศึกษาหรือ					
ต่ำกว่า	3.6782	-	0.1683**	0.3075**	0.4669**
มัธยมศึกษา	6.8465		-	0.1392**	0.2986**
อนุปริญญาหรือ					
เทียบเท่า	3.9857			-	0.1594
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	4.1451				-

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 12 แสดงว่าสตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวง
กลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีความคิดเห็นต่อการยอมรับ
การวางแผนครอบครัว ไม่แตกต่างกับสตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีระดับการศึกษาอนุปริญญาหรือ
เทียบเท่า ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 13 คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาล สังกัด
กระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว จำแนกตาม
อาชีพ

อาชีพ	N	$\bar{X}$	S
รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	22	4.1792	0.2990
ค้าขาย	21	3.7510	0.2530
รับจ้าง	145	3.7907	0.3800
แม่บ้าน	112	3.7778	0.3493
อื่น ๆ	-	-	-

จากตาราง 13 แสดงว่า คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรใน
โรงพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว
จำแนกตามอาชีพที่แตกต่างกัน 4 กลุ่ม ผลปรากฏว่า สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีอาชีพ
รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ $\bar{X} = 4.1792$ ($S = 0.2990$) รองลงมาคือ
สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีอาชีพรับจ้าง มีคะแนนเฉลี่ย $\bar{X} = 3.7907$ ($S = 0.3800$)
ส่วนสตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีอาชีพแม่บ้าน มีคะแนนเฉลี่ยคือ $\bar{X} = 3.7778$ ($S = 0.3493$)
และสตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีอาชีพค้าขาย มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ $\bar{X} = 3.7510$
($S = 0.2530$) ตามลำดับ แล้วนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนเกี่ยวกับความคิดเห็นของสตรี

ภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานครที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว ปรากฏผลตามตาราง 14

ตาราง 14 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีอาชีพต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	3.2413	1.0804	8.5281**
ภายในกลุ่ม	296	37.5003	0.1267	
รวม	299	40.7416		

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F_{3,296} = 3.60$)

จากตาราง 14 แสดงว่า สตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีอาชีพต่างกัน มีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3 ผู้วิจัยจึงทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของ นิวแมน - คูลส์ (Newman - Keuls Method) ดังปรากฏตามตาราง 15

ตาราง 15 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรใน
โรงพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีต่อการยอมรับการวางแผน
ครอบครัว จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ		ค้าขาย	แม่บ้าน	รับจ้าง	รับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ
	$\bar{X}$	3.7510	3.7778	3.7907	4.1792
ค้าขาย	3.7510	-	0.0268	0.0397	0.4282**
แม่บ้าน	3.7778			0.0129	0.4014**
รับจ้าง	3.7907			-	0.3885**
รับราชการหรือ รัฐวิสาหกิจ	4.1792				-

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 15 แสดงว่า สตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวง
กลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีความคิดเห็นต่อการยอมรับ
การวางแผนครอบครัวแตกต่างกับสตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวง
กลาโหม กรุงเทพมหานครที่อาชีพค้าขาย แม่บ้าน รับจ้าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่า ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 16 คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาล สังกัด
กระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร จำแนกตามรายได้ของครอบครัว

รายได้ของครอบครัว	N	$\bar{X}$	S
รายได้ไม่เกิน 3,000 บาท/เดือน	78	3.6692	0.3450
รายได้ 3,001 - 6,000 บาท/เดือน	109	3.7250	0.3348
รายได้ 6,001 บาท/เดือนขึ้นไป	113	3.9934	0.3451

จากตาราง 16 แสดงว่า คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตร
ในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีต่อการยอมรับการวางแผน
ครอบครัวจำแนกตามรายได้ของครอบครัวที่แตกต่างกัน 3 กลุ่ม ผลปรากฏว่า สตรีภายหลัง
การคลอดบุตรที่มีรายได้ของครอบครัว 6,001 บาท/เดือนขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ
 $\bar{X} = 3.9934$ ($S = 0.3451$) รองลงมาคือ สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีรายได้ของครอบครัว
3,001 - 6,000 บาท/เดือน มีคะแนนเฉลี่ยคือ $\bar{X} = 3.7250$ ($S = 0.3348$) และสตรี
ภายหลังการคลอดบุตรที่มีรายได้ไม่เกิน 3000 บาท/เดือน มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ $\bar{X} = 3.6692$
($S = 0.3450$) ตามลำดับ แล้วนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนเกี่ยวกับความคิดเห็นของสตรี
ภายหลังการคลอดบุตร ในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีต่อ
การยอมรับการวางแผนครอบครัว ปรากฏผลตามตาราง 17

ตาราง 17 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรใน
โรงพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	6.1337	3.0668	26.3192**
ภายในกลุ่ม	297	34.6079	0.1165	
รวม	299	40.7415		

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F_{2,297} = 4.68$)

จากตาราง 17 แสดงว่า สตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวง
กลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวาง
แผนครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4
ผู้วิจัยจึงทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยวิธีของ นิวแมน - คูลส์
(Newman - Keuls Method) ดังปรากฏตามตาราง 18

ตาราง 18 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรใน
โรงพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีต่อการยอมรับการวางแผน
ครอบครัว จำแนกตามรายได้ของครอบครัว

รายได้ของ ครอบครัว	ไม่เกิน 3,000 บาท/เดือน	3,001 - 6,000 บาท/เดือน	6,001 บาท/เดือนขึ้นไป
$\bar{X}$	3.6692	3.7250	3.9934
ไม่เกิน 3,000 บาท/เดือน	3.6692	-	0.3242**
3,001 - 6,000 บาท/เดือน	3.7250	-	0.2684**
6,001 บาท/เดือนขึ้นไป	3.9934		-

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 18 แสดงว่า สตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวง
กลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีรายได้ 6,001 บาท/เดือนขึ้นไป มีความคิดเห็นต่อการยอมรับ
การวางแผนครอบครัวแตกต่างกับสตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวง
กลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีรายได้ไม่เกิน 3,000 บาท/เดือน และ 3,001 - 6,000 บาท/
เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่า ไม่แตกต่างกัน

ตาราง 19 คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาล สังกัด
กระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีการยอมรับการวางแผนครอบครัว จำแนกตาม
ระยะเวลาสมรส

ระยะเวลาสมรส	N	$\bar{X}$	S
ต่ำกว่า 5 ปี	219	3.8279	0.3689
6 - 10 ปี	58	3.7419	0.3424
11 ปีขึ้นไป	23	3.8323	0.4289

จากตาราง 19 แสดงว่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตร
ในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีการยอมรับการวางแผน
ครอบครัว จำแนกตามระยะเวลาสมรสที่แตกต่างกัน 3 กลุ่ม ผลปรากฏว่า สตรีภายหลังการ
คลอดบุตรที่มีระยะเวลาสมรส 11 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ $\bar{X} = 3.8323$ ($S = 0.4289$)
รองลงมาคือ สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีระยะเวลาสมรส ต่ำกว่า 5 ปี มีคะแนนเฉลี่ยคือ
 $\bar{X} = 3.7419$ ($S = 0.3424$) และสตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีระยะเวลาสมรส 6 - 10 ปี
มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ $\bar{X} = 3.8279$ ($S = 0.3689$) ตามลำดับแล้วนำไปวิเคราะห์ความ
แปรปรวนเกี่ยวกับความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวง
กลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีการยอมรับการวางแผนครอบครัว ปรากฏผลตามตาราง 20

ตาราง 20 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวน ของความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตร
ในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีระยะเวลาสมรสต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	0.3502	0.1751	1.2874
ภายในกลุ่ม	297	40.3914	0.1360	
รวม	299	40.7416		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{2,297} = 3.03$)

จากตาราง 20 แสดงว่า สตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวง
กลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีระยะเวลาสมรสต่างกัน มีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผน
ครอบครัวไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 5 ที่ว่า สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มี
ระยะเวลาสมรสต่างกันจะมีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน

ตาราง 21 คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาล สังกัด
กระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีการยอมรับการวางแผนครอบครัว จำแนกตาม
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์

จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์	N	$\bar{X}$	S
จำนวน 1 ครั้ง	163	3.8096	0.3763
จำนวน 2 ครั้ง	92	3.8314	0.3608
จำนวน 3 ครั้ง	29	3.8719	0.3638
จำนวนมากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป	16	3.6089	0.3107

จากตาราง 21 แสดงว่า คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตร
ในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีการยอมรับการวางแผน
ครอบครัว จำแนกตามจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ที่แตกต่างกัน 4 กลุ่ม ผลปรากฏว่า
สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวน 3 ครั้ง มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ
 $\bar{X} = 3.8719$ ($S = 0.3638$) รองลงมาคือสตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีจำนวนครั้งของการตั้ง
ครรภ์ จำนวน 2 ครั้ง มีคะแนนเฉลี่ย คือ $\bar{X} = 3.8314$ ($S = 0.3608$) ส่วนสตรีภายหลัง
การคลอดบุตรที่มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวน 1 ครั้ง มีคะแนนเฉลี่ย $\bar{X} = 3.8096$
($S = 0.3763$) และสตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ มากกว่า
3 ครั้งขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ $\bar{X} = 3.6089$ ($S = 0.3107$) ตามลำดับแล้วนำไป

วิเคราะห์ความแปรปรวนเกี่ยวกับความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาล
สังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว ปรากฏผล
ตามตาราง 22

ตาราง 22 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตร
ในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์
ต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	0.7993	0.2664	1.9745
ภายในกลุ่ม	296	39.9422	0.1349	
รวม	299	40.7415		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{3,297} = 2.63$)

จากตาราง 22 แสดงว่า สตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวง
กลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ต่างกัน มีความคิดเห็นต่อการยอมรับ
การวางแผนครอบครัวไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 6 ที่ว่าสตรีภายหลัง
การคลอดบุตรที่มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ต่างกัน จะมีความคิดเห็นต่อการยอมรับ การวางแผน
ครอบครัวแตกต่างกัน

ตาราง 23 คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของสตรีภายหลังการบุตร ในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวง
กลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีการยอมรับการวางแผนครอบครัว จำแนกตามจำนวนบุตรที่มี
ชีวิต

จำนวนบุตรที่มีชีวิต	N	$\bar{X}$	S
จำนวน 1 คน	186	3.8257	0.3803
จำนวน 2 คน	83	3.8017	0.3472
จำนวน 3 คน	25	3.7851	0.3764
จำนวนมากกว่า 3 คนขึ้นไป	6	3.6238	0.2938

จากตาราง 23 แสดงว่า คะแนนความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรใน
โรงพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีการยอมรับการวางแผนครอบครัว
จำแนกตามจำนวนบุตรที่มีชีวิตที่แตกต่างกัน 4 กลุ่ม ผลปรากฏว่า สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มี
จำนวนบุตรที่มีชีวิต 1 คน มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ $\bar{X} = 3.8257$ ($S = 0.3803$) รองลงมาคือ
สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีจำนวนบุตรที่มีชีวิต 2 คน มีคะแนนเฉลี่ยคือ $\bar{X} = 3.8017$
($S = 0.3472$) ส่วนสตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีจำนวนบุตรที่มีชีวิต 3 คน มีคะแนนเฉลี่ย
 $\bar{X} = 3.7851$ ($S = 0.3764$) และสตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีจำนวนบุตรที่มีชีวิตมากกว่า
3 คนขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ $\bar{X} = 3.6238$ ($S = 0.2938$) ตามลำดับ แล้วนำไป
วิเคราะห์ความแปรปรวน เกี่ยวกับความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาล

สังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีการยอมรับการวางแผนครอบครัว ปรากฏผล
ตามตาราง 24

ตาราง 24 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตร
ในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีจำนวนบุตรที่มีชีวิตต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	0.2739	0.0913	0.6679
ภายในกลุ่ม	296	40.4676	0.1367	
รวม	299	40.7415		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F_{3,296} = 2.63$)

จากตาราง 24 แสดงว่า สตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวง
กลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีจำนวนบุตรที่มีชีวิตต่างกัน มีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผน
ครอบครัวไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 7 ที่ว่า สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มี
จำนวนบุตรที่มีชีวิตต่างกัน จะมีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน

2.3 ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความคิดเห็น ของสตรีภายหลังการคลอดบุตร
ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีการยอมรับการวางแผนครอบครัว
จำแนกตาม ความต้องการบุตรเพิ่ม คือต้องการบุตรเพิ่ม และไม่ต้องการบุตรเพิ่ม โดยการทดสอบ
ค่าที (t-test) ดังปรากฏตามตาราง 25 - 26

ตาราง 25 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของสตรีภายหลัง
การคลอดบุตรในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีการยอมรับ
การวางแผนครอบครัว ระหว่างความต้องการบุตรเพิ่มและไม่ต้องการบุตรเพิ่ม

ความต้องการของบุตรเพิ่ม	n	$\bar{X}$	S	t
ต้องการบุตรเพิ่ม	146	3.8164	0.373	0.22
ไม่ต้องการบุตรเพิ่ม	154	3.8071	0.366	

จากตาราง 25 แสดงว่า สตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวง
กลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีความต้องการบุตรเพิ่ม และไม่ต้องการบุตรเพิ่ม มีความคิดเห็น
ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 8 ที่ว่า
สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่ไม่มีความต้องการบุตรเพิ่ม จะมีความคิดเห็นต่อการยอมรับ
การวางแผนครอบครัวดีกว่าสตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีความต้องการบุตรเพิ่ม

ตาราง 26 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเจตคติความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว ระหว่างการได้รับคำแนะนำเรื่องการวางแผนครอบครัวจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัวในระยะก่อนและหลังคลอดกับการไม่ได้รับคำแนะนำ

การได้รับคำแนะนำเรื่อง การวางแผนครอบครัว	n	$\bar{X}$	S	t
ได้รับคำแนะนำ	185	3.8230	0.376	0.68
ไม่ได้รับคำแนะนำ	115	3.7933	0.359	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 1.96$, $df = 298$)

จากตาราง 26 แสดงว่า สตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัวในระยะก่อนและหลังคลอด กับการไม่ได้รับคำแนะนำ มีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 9 ที่ว่าสตรีภายหลังการคลอดบุตรที่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัวในระยะก่อนและหลังคลอดจะมีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวดีกว่าสตรีภายหลังการคลอดบุตรที่ไม่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว

บทย่อ

ความมุ่งหมายในการค้นคว้า

1. เพื่อทราบความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาสมรส จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนบุตรที่มีชีวิต ความต้องการบุตรเพิ่ม และการได้รับความแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัวตามลำดับ

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มารับบริการคลอดในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร จำนวน 300 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับรายละเอียดส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถามตามตัวแปรที่ต้องการศึกษา ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาสมรส จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนบุตรที่มีชีวิต ความต้องการบุตรเพิ่ม และการได้รับความแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว ซึ่งเป็นลักษณะแบบสำรวจรายการ (Check List)

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการยอมรับการวางแผนครอบครัวเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแต่ละฉบับ
2. ตรวจสอบคะแนน ตามวิธีการของการให้คะแนนแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า และแยกออกเป็นกลุ่ม ๆ ตามตัวแปรที่ศึกษา

3. วิเคราะห์ความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว แยกตาม อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาสมรส จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนบุตรที่มีชีวิต ความต้องการบุตรเพิ่ม การได้รับความแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว โดยวิธีหาค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) แล้วแปรผลโดยใช้เกณฑ์ของเบสต์ (Best)

4. เปรียบเทียบความแตกต่าง ระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกันคือ ความต้องการบุตรเพิ่ม และการได้รับความแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว โดยใช้การทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 8 และ 9

5. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่มากกว่า 2 กลุ่ม คือ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาสมรส จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนบุตรที่มีชีวิต โดยวิธีวิเคราะห์ ความแปรปรวนแบบ 1 ตัวประกอบ (One - way Analysis of Variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1,2,3,4,5,6 และ 7

สรุปผลการค้นคว้า

1. สตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร มีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวในระดับสูง

2. สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีอายุต่างกัน มีความคิดเห็นต่อการยอมรับ การวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความคิดเห็นต่อการยอมรับ การวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
4. สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีอาชีพต่างกัน มีความคิดเห็นต่อการยอมรับ การวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
5. สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีรายได้ต่างกัน มีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
6. สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีระยะเวลาสมรสต่างกัน มีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว ไม่แตกต่างกัน
7. สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ต่างกัน มีความคิดเห็นต่อการยอมรับ การวางแผนครอบครัว ไม่แตกต่างกัน
8. สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีจำนวนบุตรที่มีชีวิตต่างกัน มีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว ไม่แตกต่างกัน
9. สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่ไม่มีความต้องการบุตรเพิ่ม มีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว ไม่ดีกว่าสตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีความต้องการบุตรเพิ่ม
10. สตรีภายหลังคลอดบุตรที่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว ในระยะก่อนและหลังคลอด มีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวไม่ดีกว่าสตรีภายหลังการคลอดบุตรที่ไม่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว

อภิปรายผล

1. ผลการศึกษาความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตร ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวพบว่า สตรีภายหลังการคลอดบุตรมีความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.8106 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสตรีภายหลังการคลอดบุตรได้รับความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัวจากการเรียนในสถาบัน

การศึกษา จากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัวในโรงพยาบาลขณะที่สตรี ภายหลังการคลอดบุตร ไปรับบริการฝากครรภ์ และการคลอด จากญาติพี่น้อง บิดา มารดา และเพื่อนบ้าน จากสื่อสารมวลชนต่าง ๆ เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ และสิ่งพิมพ์ที่ได้เสนอ เนื้อหาสาระ ตลอดจนบทความและข้อคิดเห็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว ทำให้สตรี ภายหลังการคลอดบุตร มีความรู้ มีความคิดเห็น และแนวโน้มของการยอมรับการวางแผน ครอบครัวอยู่ในระดับสูง

2. ผลการศึกษาความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตร ในโรงพยาบาลสังกัด กระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว ที่มีอายุต่างกัน พบว่ามีความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อที่ 1 และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่า สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป มีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวดีที่สุด รองลงมาได้แก่ สตรีภายหลังการคลอด บุตรที่มีอายุ 25 - 34 ปี และสตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีอายุ 15 - 24 ปี ตามลำดับ ซึ่ง ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุจิตรา กิจวิวัฒนาชัย ที่ได้ศึกษา ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของประชากรหมู่บ้านประมงพบว่า สตรีที่มีอายุ 25 - 34 ปี จะมีความรู้ ทักษะ ที่เห็นด้วยและใช้วิธีการวางแผนครอบครัวมากที่สุด (สุจิตรา กิจวิวัฒนาชัย. 2525 : 132) และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ศิริรัตน์ เอกปิยะกุล ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้การคุมกำเนิดชั่วคราวและชนิดถาวรของสตรีไทย ในชนบทพบว่า สตรีในชนบทใช้การคุมกำเนิดชั่วคราวมากที่สุดในกลุ่มสตรีอายุ 25 - 29 ปี รองลงมาคือในกลุ่มอายุ 30 - 35 ปี และ 20 - 24 ตามลำดับ ส่วนสตรีที่ใช้การคุมกำเนิด ชนิดถาวรมากที่สุดได้แก่กลุ่มสตรีอายุ 30 - 34 ปี รองลงมาคืออายุ 35 - 39 ปี และ 25 - 29 ปีตามลำดับ (ศิริรัตน์ เอกปิยะกุล. 2529 : 68) ซึ่งผลการวิจัยเป็นเช่นนี้อาจ เป็นเพราะในปัจจุบันสตรีในวัยเจริญพันธุ์ได้รับความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดมากขึ้น จะเห็นเมื่ออยู่ในช่วงวัยที่ไม่เหมาะสมกับการตั้งครรภ์ จึงใช้วิธีการคุมกำเนิด ซึ่งนายแพทย์สุวชัย อินทรประเสริฐ กล่าวว่า สตรีในช่วงอายุ 20 - 30 ปี ร่างกายจะสมบูรณ์เต็มที่ภาวะแทรกซ้อน ระหว่างตั้งครรภ์และการคลอดมีน้อยกว่าในช่วงอื่น ๆ แต่ถ้าตั้งครรภ์เมื่ออายุ 35 ปีขึ้นไป อาจมี

โรคแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้ เช่น ความดันโลหิตสูง ครรภ์เป็นพิษ เบาหวาน ฯลฯ และถ้าเป็น การตั้งครรภ์ครั้งแรก ก็มีโอกาสดูแลไม่ได้ คลอดยากหรือคลอดลำบาก ต้องใช้เครื่องมือช่วย คลอดหรือผ่าตัดเอาเด็กออกจากหน้าท้อง นอกจากนั้นบุตรที่เกิดมามีโอกาสพิการและปัญญาอ่อน เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าอายุใกล้ 40 ปี หรือ 40 ปีขึ้นไป (สุวัชัย อินทรประเสริฐ. ม.ป.ป. : 11) ดังนั้นสตรีที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป จึงมีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผน ครอบครัวดีกว่าสตรีที่มีช่วงอายุต่ำกว่า

3. ผลการศึกษาความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตร ในโรงพยาบาลสังกัด กระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว ที่มีระดับการศึกษา ต่างกัน พบว่ามีความคิดเห็นแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับ สมมติฐานข้อที่ 2 และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่าสตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีระดับการศึกษา ปริญญาตรีหรือสูงกว่ามีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวดีที่สุด รองลงมาได้แก่ สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีระดับการศึกษาอนุปริญญาหรือเทียบเท่า มัธยมศึกษาและประถมศึกษา หรือต่ำกว่าตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อรพรรณ หันจางสิทธิ์ และคนอื่น ๆ ที่ได้ศึกษาภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีแหล่งเสื่อมโทรม กรุงเทพมหานคร ศึกษาเฉพาะแหล่งเสื่อม โทรมหมู่บ้านเสนานิคม 2 บางเขนและคลองเตย ผลจากการศึกษาพบว่าภาวะเจริญพันธุ์จะมี ความสัมพันธ์ในทางลบกับระดับการศึกษา คือ ภาวะเจริญพันธุ์จะลดลงเมื่อระดับการศึกษาสูงขึ้น หรือเมื่อระดับการศึกษาสูงขึ้นจะมีการยอมรับการวางแผนครอบครัวเพิ่มขึ้น (อรพรรณ หันจางสิทธิ์ และคนอื่น ๆ. 2523 : 8) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ธวัช อักโข ที่ได้ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการให้การวางแผนครอบครัวในเขตเมืองของประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า การศึกษาของสตรีและสามีมีอิทธิพลในทางบวกต่อการให้การคุมกำเนิด (ธวัช อักโข. 2526 : 62) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญพร อีระสวัสดิ์ ที่ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยทางสังคมที่ มีอิทธิพลต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว ผลการศึกษาพบว่าการยอมรับการวางแผนครอบครัว มีอัตราส่วนสูงขึ้นตามระดับการศึกษาของสตรี แม้ว่าจะมีการควบคุมด้วยอายุ จำนวนบุตรที่มีชีวิต ที่อยู่อาศัยหรือเชื้อชาติ (เพ็ญพร อีระสวัสดิ์. 2522 : 50 - 55) ซึ่งผลการวิจัยเป็นเช่นนั้น อาจเป็นเพราะการศึกษาเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งในการที่จะช่วยให้สตรีภายหลังคลอดบุตร

ได้รับความรู้ใหม่ ๆ และสามารถคิดได้อย่างมีเหตุผล เพื่อการวางแผนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและมีการตัดสินใจที่ถูกต้อง การศึกษาจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่มีผลต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว ดังนั้นความแตกต่างกันในระดับการศึกษาจึงทำให้มีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกันด้วย

4. ผลการศึกษาความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตร ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวที่มีอาชีพต่างกัน พบว่ามีความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3 และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่า สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจมีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวดีที่สุด รองลงมา ได้แก่ สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีอาชีพรับจ้าง แม่บ้าน และค้าขายตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ธวัช อักไข ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการวางแผนครอบครัวในเขตเมืองของประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า สตรีและสามีที่มีสถานภาพอาชีพทางสังคมสูงมีการใช้การคุมกำเนิดมากกว่าสตรีและสามีที่มีสถานภาพอาชีพทางสังคมต่ำ (ธวัช อักไข, 2525 : 62) และสอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญพร อีระสวัสดิ์ ที่ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว ผลการศึกษาพบว่าสตรีที่มีอาชีพทำงานนอกบ้านเมื่ออัตราส่วนยอมรับปฏิบัติการวางแผนครอบครัวมากกว่าสตรีที่ไม่ได้ทำงานนอกบ้าน ซึ่งผลการวิจัยเป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะสตรีที่มีสถานภาพอาชีพทางสังคมสูงมักมีการศึกษาสูง และทำงานนอกบ้านจึงได้รับข่าวสารความรู้ และแหล่งให้บริการวางแผนครอบครัวเป็นอย่างดี เมื่อมีบุตรก็มีความคิดที่จะยอมรับการวางแผนครอบครัวเพื่อเว้นระยะการมีบุตรให้นานออกไป และเมื่อมีบุตรตามจำนวนที่ต้องการแล้วก็มีความคิดที่จะยอมรับการวางแผนครอบครัวเพื่อยุติการมีบุตร อันเนื่องมาจากการกักในการปฏิบัติงานอาชีพ ทำให้ไม่สามารถจะมีบุตรได้จำนวนหลายคน ส่วนสตรีที่มีอาชีพรับจ้าง แม่บ้าน และค้าขาย การมีบุตรหลายคนไม่ค่อยจะเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงานอาชีพมากนัก ด้วยเหตุนี้จึงทำให้สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีอาชีพต่างกัน มีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน

5. ผลการศึกษาความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรใน โรงพยาบาลสังกัด กระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวที่มีรายได้ต่างกัน พบว่ามีความคิดเห็นแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่าสตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีรายได้ของครอบครัว 6,001 บาท/เดือนขึ้นไป มีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวดีที่สุด รองลงมา ได้แก่ สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีรายได้ของครอบครัว 3,001 - 6,000 บาท/เดือน และ สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีรายได้ของครอบครัวไม่เกิน 3,000 บาท/เดือน ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ธวัช อักโข ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการวางแผนครอบครัวในเขตเมืองของประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่ารายได้มีอิทธิพลในทางบวกต่อการใช้อุปกรณ์คุมกำเนิด กล่าวคือ คู่สมรสที่มีรายได้ของครอบครัวสูง จะมีการวางแผนครอบครัวมากกว่าคู่สมรสที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำ (ธวัช อักโข. 2528 : 62) และสอดคล้องกับการศึกษาของ มะลิ ลิวนานนท์ชัย ที่ได้ศึกษาความแตกต่างทางด้านเศรษฐกิจและสังคมในการเว้นระยะการมีบุตร ผลการศึกษาพบว่าครอบครัวที่มีสถานภาพเศรษฐกิจและสังคมสูงจะมีการวางแผนครอบครัวและรู้จักใช้วิธีคุมกำเนิด เพื่อจะเว้นระยะการมีบุตรตามต้องการ ได้มากกว่าครอบครัวที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ (มะลิ ลิวนานนท์ชัย. 2530 : 19) ซึ่งผลการวิจัยเป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะสตรีที่มีรายได้ของครอบครัวสูง เป็นหัวหน้าครอบครัวของตน จึงพึงเล็งในแง่คุณภาพของบุตรมากกว่าปริมาณ การมีบุตรน้อยคน พ่อแม่ก็สามารถเลี้ยงดูให้การศึกษาขั้นสูงแก่บุตรทุกคนได้ เพื่อให้มีอาชีพและอนาคตที่ดีและมีรายได้ครอบครัวสูงเหมือนกับตนเอง จึงทำให้มีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวดีกว่าสตรีที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า

6. ผลการศึกษาความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตร ในโรงพยาบาลสังกัด กระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว ที่มีระยะเวลาสมรสต่างกัน พบว่ามีความคิดเห็นไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วชิระ สิงห์เชนทร์ และ อนุสรณ์ สุนทรพงษ์ ที่ได้ศึกษาการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านและประเมินผลพยาบาลเยี่ยมบ้าน กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า สตรีที่มีระยะเวลาสมรสระหว่าง 5 - 9 ปี มีการใช้วิธีคุมกำเนิดมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ (วชิระ สิงห์เชนทร์ และอนุสรณ์ สุนทรพงษ์. 2522 : 11)

และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลสัน ภูผาสุบ ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้และระยะเวลาที่เริ่มใช้วิธีคุมกำเนิดของสตรีภายหลังการคลอดบุตร ผลการศึกษาพบว่า สตรีกลุ่มที่มีระยะเวลาสมรส 5 - 9 ปี ใช้วิธีการคุมกำเนิดเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าสตรีกลุ่มอื่น ๆ (วิลสัน ภูผาสุบ. 2532 : 35) ซึ่งผลการวิจัยเป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะปัจจุบันสตรีได้รับความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวมากขึ้น รู้ว่าอายุที่สามารถตั้งครรภ์ได้นั้นอยู่ในช่วงวัยเจริญพันธุ์ การยอมรับการวางแผนครอบครัวของสตรี จึงขึ้นอยู่กับช่วงวัยของสตรีเป็นสำคัญ ไม่ได้ขึ้นอยู่กับระยะเวลาสมรส ดังนั้นสตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีระยะเวลาสมรสต่างกัน จึงมีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว ไม่แตกต่างกัน

7. ผลการศึกษาความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตร ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว ที่มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ต่างกัน พบว่ามีความคิดเห็นไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศธร พันธุ์เมธิ์ศรี ที่ได้ศึกษา ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ของสตรีมีครรภ์ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลราชวิถี พบว่า สตรีที่มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ต่างกัน มีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีไม่แตกต่างกัน (ศศธร พันธุ์เมธิ์ศรี. 2533 : 138) และจากการศึกษาของ ขวัญ เขียวเอี่ยมวัฒนา ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของสตรีขณะตั้งครรภ์ ที่มาคลอดในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า สตรีที่มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ต่างกัน จะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับสุขภาพขณะตั้งครรภ์ไม่แตกต่างกัน (ขวัญ เขียวเอี่ยมวัฒนา. 2534 : 93) ซึ่งผลการวิจัยเป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะในปัจจุบัน งานอนามัยแม่และเด็ก ได้รับการส่งเสริมอย่างเต็มที่ เน้นนโยบายลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย สตรีที่กำลังตั้งครรภ์ได้รับการดูแลให้มีความปลอดภัยตลอดระยะเวลาในการตั้งครรภ์ ทำให้การสิ้นสุดการตั้งครรภ์โดยการแท้งบุตรหรือการคลอดก่อนกำหนดมีน้อย จึงทำให้สตรีส่วนใหญ่สามารถผ่านการตั้งครรภ์และการคลอดโดยปลอดภัย และสาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่ง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีจำนวนการตั้งครรภ์ 1 ครั้ง ผลการวิเคราะห์จึง ไม่พบความแตกต่างกัน

8. ผลการศึกษาความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตร ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่ต้องการยอมรับการวางแผนครอบครัว ที่มีจำนวนบุตรที่มีชีวิตต่างกัน พบว่ามีความคิดเห็นไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สนิท สมัยการ ที่ได้ศึกษาการยอมรับการวางแผนครอบครัวในกลุ่มสตรีภาคใต้ ศึกษาเฉพาะกรณี อำเภอบางใหญ่ จังหวัดสงขลา ผลการศึกษาพบว่าสตรีที่มีบุตรมากจะมีแนวโน้มที่ยอมรับการวางแผนครอบครัว มากกว่าสตรีที่มีบุตรน้อย (สนิท สมัยการ, 2522 : 119) และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุจิตรา กิจวิวัฒนาชัย ที่ได้ศึกษาความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของประชากรหมู่บ้านประมง ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ ทักษะคิดที่เห็นด้วยและการใช้วิธีการวางแผนครอบครัวของสตรีจะเพิ่มขึ้นตามจำนวนบุตรที่มีชีวิต (สุจิตรา กิจวิวัฒนาชัย, 2525 : 133) ซึ่งผลการวิจัยเป็นเช่นนั้นอาจเป็นเพราะปัจจุบันการแพทย์ได้เจริญก้าวหน้า อัตราการตายของทารกลดลง พ่อแม่เกิดความมั่นใจในการอยู่รอดของบุตรจึงทำให้สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีจำนวนบุตรที่มีชีวิตต่างกัน มีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว ไม่แตกต่างกัน

9. ผลการศึกษาความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตร ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่ต้องการยอมรับการวางแผนครอบครัว ที่มีความต้องการบุตรเพิ่ม และไม่ต้องการบุตรเพิ่ม พบว่ามีความคิดเห็นไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อรพินท์ ขุนนาค และ ระพีพรรณ ทันทพานิช ที่ได้ศึกษาความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติด้านการวางแผนครอบครัวและขนาดครอบครัวที่ปรารถนาของสตรีไทย ผลการศึกษาพบว่า สตรีที่ไม่ต้องการบุตรเพิ่ม ได้ยอมรับการวางแผนครอบครัวมากกว่าสตรีที่ต้องการบุตรเพิ่ม (อรพินท์ ขุนนาค และ ระพีพรรณ ทันทพานิช, 2524 : 47 - 50) และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุมาลี เพิ่มแพงพันธุ์ ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการคงใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ผลการศึกษาพบว่าผู้รับบริการที่ต้องการบุตรเพิ่มมีอัตราการคงใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดต่ำกว่าผู้รับบริการที่ไม่ต้องการบุตรเพิ่ม (สุมาลี เพิ่มแพงพันธุ์, 2527 : 71) ซึ่งผลการวิจัยเป็นเช่นนั้นอาจเป็นเพราะสตรีภายหลังการคลอดบุตรที่ไม่ต้องการบุตรเพิ่มได้รับข่าวสาร ความรู้หรือประสบการณ์ในด้านลบเกี่ยวกับการคุมกำเนิด เช่น ใส่ห่วงแล้วห่วงหลุดเสมอ มีเลือดออก ปวดท้อง หรือกินยาแล้วมี

อาการข้างเคียง ทำให้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิดทั้งที่ไม่อยากมีบุตรเพิ่มซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวลักษณ์ บุญศรีสกุลศักดิ์ ที่ได้ศึกษาปัจจัยทางสังคมจิตวิทยาที่กำหนดพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีที่ไม่ต้องการมีบุตรเพิ่ม ผลการศึกษาพบว่า สตรีที่ไม่ต้องการมีบุตรเพิ่มแต่ไม่คุมกำเนิดเพราะมีการรับรู้ถึงความสามารถในการให้กำเนิดบุตรต่ำกว่าสตรีที่ไม่ต้องการมีบุตรเพิ่มและคุมกำเนิด นอกจากนี้การได้รับข่าวสารหรือความรู้ในด้านลบเกี่ยวกับการคุมกำเนิด บุคคลสำคัญที่ทำต่อการใช้ในการคุมกำเนิด การมีประสบการณ์ในด้านลบเกี่ยวกับการคุมกำเนิด ทำให้สตรีที่ไม่ต้องการบุตรเพิ่มแต่ไม่คุมกำเนิด (เสาวลักษณ์ บุญศรีสกุลศักดิ์. 2527 : บทคัดย่อ) ดังนั้นสตรีภายหลังการคลอดบุตรที่ไม่มีความต้องการบุตรเพิ่ม จึงมีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว ไม่ดีกว่าสตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีความต้องการบุตรเพิ่ม

10. ผลการศึกษาความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตร ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว ที่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัวในระยะก่อนและหลังคลอด กับไม่ได้รับคำแนะนำ พบว่ามีความคิดเห็นไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีบังอร สุวรรณพานิช ที่ได้ศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นของอาจารย์และนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษาภาคใต้ ที่มีต่อการวางแผนครอบครัว ผลการศึกษาพบว่าอาจารย์วิทยาลัยพลศึกษาภาคใต้และนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษาภาคใต้ที่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวต่างกัน มีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวไม่แตกต่างกัน (ศรีบังอร สุวรรณพานิช. 2530 : 76) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ธวัช อักไข ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ในการวางแผนครอบครัวในเขตเมืองของประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่าระหว่างแหล่งข่าวสารจากสามี คนในบ้านญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน และแหล่งข่าวสารจากสื่อมวลชน วิทยู เจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ไม่ก่อให้เกิดความแตกต่างในเรื่องการใช้ในการคุมกำเนิด (ธวัช อักไข. 2526 : 62) ซึ่งผลการวิจัยเป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่า ในปัจจุบันโครงการเผยแพร่ความรู้ด้านการวางแผนครอบครัวได้มีสื่อที่มีคุณภาพ มีการเผยแพร่ความรู้ผ่านสื่อมวลชนต่าง ๆ เช่น วิทยู โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วิทยุ แผ่นพับ ไปสเตอร์ จุลสาร การจัดนิทรรศการ ฯลฯ โดยคำนึงถึงผู้รับที่มีความแตกต่างกันทำให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการวางแผนครอบครัวและยอมรับจนถึง

ขึ้นนำไปใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวัน จึงทำให้สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่ได้รับความแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว ในระยะก่อนและหลังคลอดมีความคิดเห็นไม่ดีกว่าสตรีภายหลังการคลอดบุตรที่ไม่ได้รับความแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีข้อเสนอซึ่งน่าจะเป็นประโยชน์ในการนำผลการศึกษาค้นคว้าไปใช้ดังต่อไปนี้

1. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้มาเป็นข้อมูลในการดำเนินงานด้านการวางแผนครอบครัว ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร เพื่อให้งานวางแผนครอบครัว ได้ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ
2. ควรจัดอบรมความรู้ เรื่องการวางแผนครอบครัวให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องกับการวางแผนครอบครัว ในโรงพยาบาลทุกคน เพื่อให้ได้ตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องนี้ เพราะเป็นผู้ที่มีส่วนช่วยสร้างเจตคติที่ดีให้กับสตรีภายหลังการคลอดบุตร
3. ควรมีการกำหนดบทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติงานด้านวางแผนครอบครัว ในโรงพยาบาลให้ชัดเจน เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้ตรงตามเป้าหมายที่วางไว้
4. ควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแก่สตรีภายหลังคลอดบุตร โดยการสร้างเจตคติที่ดีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว เพื่อให้สตรีเหล่านี้ได้ตระหนักถึงความจำเป็นในการยอมรับการวางแผนครอบครัวและพร้อมที่จะนำไปปฏิบัติ

ข้อเสนอแนะ ในการทาวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้เลือกวิจัยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ดังนั้นจึงควรมีการวิจัยเรื่องนี้ซ้ำ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่ครอบคลุมทั่วกรุงเทพมหานคร
2. ควรศึกษาตัวแปรอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น ความต้องการเพศบุตร จำนวนบุตรที่เสียชีวิต และค่าใช้จ่ายในการวางแผนครอบครัว

3. ควรทำการศึกษาเรื่องนี้ในกลุ่มสตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มารับบริการคลอดโดยวิธีผิพกติ เช่น การคลอดบุตรโดยวิธีการทำผ่าตัดเอาเด็กรอกทางหน้าท้อง การคลอดบุตรโดยการใช้เครื่องดูด และการคลอดบุตรโดยการใช้คีม เป็นต้น
4. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่คลอดปกติกับกลุ่มตัวอย่างที่คลอดผิดปกติ ว่ามีความคิดเห็นแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร
5. ควรมีการวิจัยหารูปแบบ การให้สุบศึกษาที่เหมาะสมเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของสตรีภายหลังการคลอดบุตร เพื่อที่จะให้กลุ่มเป้าหมายนี้การยอมรับการวางแผนครอบครัวและนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- เกื้อ วงศ์บุณลีน. ภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยในหมู่บ้านประมง. วิทยานิพนธ์ ค.ม.
กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2522. อัดสำเนา.
- คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจ, สำนักงาน. แผนพัฒนาคน สังคม และวัฒนธรรมในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 พ.ศ. 2535 - 3539. กรุงเทพฯ :
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2534.
- จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และอุดม คมพยัคฆ์. อนามัยแม่ - เด็กและการวางแผนครอบครัว.
พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม, 2525.
- จินตนา ธีรธนกุล. ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับประชากรศึกษาของนักศึกษาครู. วิทยานิพนธ์
กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2518.
อัดสำเนา.
- จิรา เจือศิริภักดี. ทัศนคติและการยอมรับการวางแผนครอบครัว ศึกษาเฉพาะหญิงหลังคลอด
และคู่สมรสในโรงพยาบาลนครเชียงใหม่. เชียงใหม่ : ภาควิชาการพยาบาล
สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2524. อัดสำเนา.
- ชัยชนะ สุวรรณเวช และสนิท มาประจวบ. เรื่องสังเขปประเทศไทย. กรุงเทพฯ :
กองอนามัยครอบครัว, 2520.
- ชวณี เขียวเอี่ยมวัฒนา. พฤติกรรมสุขภาพของสตรีระยะตั้งครรภ์ที่มาคลอดในโรงพยาบาล
สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534. อัดสำเนา.
- ชวนชม สกนธวัฒน์. "ยาคุมกำเนิดชนิดฝังใต้ผิวหนัง," สารศิริราช. 38(9) : 695 -
700 ; กันยายน 2529.
- ชาญชัย ยามะรัต. "ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว ระยะหลัง
คลอด," วารสารสหศึกษา. 10(38) : 21 - 33 ; เมษายน - มิถุนายน 2530.

- ชูศรี วีระสัมพันธ์. ความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการเจริญพันธุ์ของสตรีชนบทระยะหลังคลอด
ในศูนย์อนามัยแม่และเด็ก เขต 7 ราชบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ :
 มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525. อัดสำเนา.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์
 เจริญผล, 2530.
- ดำรง เจริญประยูร. "วิธีการวางแผนครอบครัวแบบชั่วคราว," ใน เอกสารการสอนชุดวิชา
อนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัย
 ธรรมาธิราช, 2528.
- ธวัช อักโข. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้การวางแผนครอบครัวในเขตเมืองของประเทศไทย.
 วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526. อัดสำเนา.
- นงลักษณ์ เอมประดิษฐ์ และคนอื่น ๆ. เพศศึกษา. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรบัณฑิต,
 2529.
- นิกร ศุภิตสิน. "ยาฉีดคุมกำเนิด Depo provera," ใน คำบรรยายประกอบการสอน
การวางแผนครอบครัว. หน้า 152 - 156. กรุงเทพฯ : โครงการ
 วางแผนครอบครัว กระทรวงสาธารณสุข, 2520.
- นิพนธ์ เทพวัลย์ และอรพินท์ บุนนาค. "การวางแผนครอบครัวในชุมชนแออัดที่พัฒนาแล้ว
 4 แห่ง ในกรุงเทพมหานคร," ใน รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการ การวางแผน
ครอบครัวในชุมชนแออัด : กรณีของกรุงเทพมหานคร. หน้า 148 - 161.
 กรุงเทพฯ : สมาคมทนายแห่งประเทศไทย, 2528.
- บัณฑิต พันธุ์พาณิชย์. ทัศนะของนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีต่อ
การวางแผนครอบครัว. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
 ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2530. อัดสำเนา.
- บุญเลิศ เลี้ยวประไพ. "การประเมินศักยภาพตลาดการคุมกำเนิดในประเทศไทย,"
สมาคมทนายแห่งประเทศไทย. 9(9) : 31 - 39 ; ธันวาคม 2527.

ประดิษฐ์ บัณฑิต. ความคิดเห็นของนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษาที่มีต่อการวางแผนครอบครัว.
 บริษัทยาพันธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร,
 2528. อัดสำเนา.

ปิยะพงษ์ รัตนอาภา และครรชิต คุณาภูติ. การศึกษารูปแบบที่เหมาะสมของการให้สัปดาห์ศึกษา
เพื่อให้หญิงหลังคลอดในโรงพยาบาลชุมชนยอมรับบริการคุมกำเนิด. กรุงเทพฯ :
 กองอนามัยครอบครัว, 2529.

เพ็ญพร อีระสวัสดิ์. "ปัจจัยทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับพฤติกรรมการวางแผนครอบครัวของ
 สตรีไทยในวัยเจริญพันธุ์," สมาคมทนายแม่แห่งประเทศไทย. 4(4) : 50 - 56 ;
 ธันวาคม 2522.

เพ็ญศรี พิชัยสนธิ. อนามัยครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : อมรินทร์การพิมพ์,
 2528.

มะลิ ลีวนานนท์ชัย. "ความแตกต่างทางด้านเศรษฐกิจและสังคมในการเว้นระยะการมีบุตร,"
 ใน รายงานการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ. หน้า 7 - 19.
 กรุงเทพฯ : สมาคมนักประชากรไทย, 2530.

ยุพา อุดมศักดิ์. "แนวคิด หลักการ และวิธีการทางประชากรศึกษา," แพทยสภาสาร.
 2(6) : 429 - 448 ; มิถุนายน 2516.

ระคม เศรษฐกร. "การรับสิ่งเปลี่ยนแปลงใหม่ ๆ ในท้องถิ่นชนบท," พัฒนาชุมชน.
 18(4) : 29 ; เมษายน 2512.

วชิระ สิงหะเชนทร์ และอนุสรณ์ สุนทรพงศ์. การปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านและประเมินผล
พยาบาลเยี่ยมบ้าน กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ : ภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุข
 ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2522.

วางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย,. สมาคม. คู่มือการสอนเรื่องครอบครัวศึกษา.

กรุงเทพฯ : สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย, 2530.

..... เอกสารการอบรมวิทยากรเรื่องชีวิตครอบครัวศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 9.

กรุงเทพฯ : สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย, 2533.

วางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย, . สมาคม. "แหล่งบริการคุมกำเนิด," ใน เอกสารการอบรมวิทยากรเรื่องชีวิตครอบครัวศึกษา. หน้า 114 - 117. กรุงเทพฯ :

สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย, ม.ป.ป.

วิฑูร โสธานนท์. การสื่อสารให้ปฏิบัติวางแผนครอบครัวและประชากร. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์พระจันทร์, 2516.

วิลรัตน์ ภูผาสุข. ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้และระยะเวลาที่เริ่มใช้วิธีคุมกำเนิดของสตรีภายหลังการคลอดบุตร. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อุดสาเนา

วีระ นิยมวัน. "สรุปการดำเนินงานวางแผนครอบครัวในปีงบประมาณ 2533," อนามัยครอบครัว. 18(3) : 19 - 24 ; กันยายน 2533.

วีระ นิยมวัน และปิติ พูนไชยศรี. "การบริการวางแผนครอบครัว," ใน เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว หน่วยที่ 15 สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. หน้า 858 - 859. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2528.

วีระ โสธานนท์. "การบริหารและการประสานงานเกี่ยวกับกิจกรรมประชากร," ใน เอกสารกิจกรรมประชากรในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : กองวางแผนประชากรและกำลังคน สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2522.

ศศธร พันธุ์เมธิ์ศรี. ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีของสตรีมีครรภ์ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2533. อุดสาเนา.

ศิโรรัตน์ เอกปิยะกุล. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้การคุมกำเนิดชั่วคราวและชนิดถาวรของสตรีไทยในชนบท. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2529. อุดสาเนา.

- ศรีบังอร สุวรรณพานิช. การศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นของอาจารย์และนักศึกษาวิทยาลัย
พลศึกษาภาคใต้ ที่มีต่อการวางแผนครอบครัว. ปรินทิพจน์ กศ.ม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2530. อัดสำเนา.
- ศุภวัลย์ พลายน้อย. อิทธิพลของปัจจัยระดับบุคคลและปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อ
การยอมรับการคุมกำเนิดในจังหวัดที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ : กรณีศึกษาจังหวัด
ศรีสะเกษ. ปรินทิพจน์ กศ.ด. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร, 2530. อัดสำเนา.
- สนิท สัมครการ. การยอมรับการวางแผนครอบครัวในกลุ่มสตรีภาคใต้ : ศึกษาเฉพาะกรณี
อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. กรุงเทพฯ : สำนักวิจัยสถาบันบัณฑิต
พัฒนบริหารศาสตร์, 2522.
- เสาวลักษณ์ บุญศรีสกุลศักดิ์. ปัจจัยทางสังคมจิตวิทยาที่กำหนดพฤติกรรมการคุมกำเนิด
ของสตรีที่ไม่ต้องการมีบุตรเพิ่ม. วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล,
2527. อัดสำเนา.
- สุจิตรา กิจวิวัฒนาชัย. ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของ
ประชากรหมู่บ้านประมง. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
2525. อัดสำเนา.
- สุชาติ ไสมประยูร และวรรณ ไสมประยูร. เพศศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ :
ไทยวัฒนาพานิช, 2531.
- สุพร เกิดสว่าง. Contraception. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรสมัย, 2516.
_____. คุมกำเนิด. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : อีระการพิมพ์, 2527.
- สุมาลี เพิ่มแพ่งพันธ์. ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการคงใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.
- สุวชัย อินทรประเสริฐ. คู่มือตั้งครรภ์และเตรียมคลอด. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ :
สำนักพิมพ์รักลูก, ม.ป.ป.

- อนามัย, กรม. นโยบายประชากรและโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ. กรุงเทพฯ : กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย, 2533.
- _____. รายงานการวางแผนครอบครัวประจำปี 2533. กรุงเทพฯ : ฝ่ายวิเคราะห์และประเมินผล กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย, 2534.
- อรพรรณ ทันจางสิทธิ์ และคนอื่น ๆ. ภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีแหล่งเสื่อมโทรม กรุงเทพมหานคร ศึกษาเฉพาะแหล่งเสื่อมโทรมหมู่บ้านเสนานิคม 2. บางเขน และคลองเตย. เอกสารทางวิชาการหมายเลข 42. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2523.
- อรพินท์ บุญนาค และระพีพรรณ ทันทานิช. ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติด้านการวางแผนครอบครัวและบุตรในอุดมคติของประชากรไทย. (เอกสารวิจัยหมายเลข 12) กรุงเทพฯ : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524.
- อารี สมบูรณ์สุข. "การวางแผนครอบครัว," ใน เอกสารการอบรมวิทยากรเรื่องชีวิตครอบครัวศึกษา. หน้า 91. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ ; สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย, 2533.
- _____. "การวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด," ใน เอกสารการอบรมวิทยากรเรื่องชีวิตครอบครัวศึกษา. หน้า 128 - 130. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ : สมาคมการวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย, 2533.
- Best, John W. Research in Education. Fourth Edition. New Delhi : V.K. Batrd at Pearl Offset Press, 1983.
- Bogue, Donald J. and VS. Keiskanen. How to Improve Written Communication for Birth Control. Community and Family Center, University of Chicago, 1963.
- Bougue, D.J. How people adopt new practices. A paper presented at the International Workshop on Communication Aspects of Family Planning Programs, Bangkok, 1968.
- Cronbach, Lee Joseph. Essential of Psychological Testing. 3rd ed. New York : Harper and Row, 1970.
- Dow, Thomas and others. "Characteristics of New Contraception Acceptor in Zimbabwe," Studies in Family Planning. 17(2) : 107 ; March/April, 1986.

Dwyer, Joseph C. and Jeanne M. Haws. "Is Permanent Contraception Acceptable in Sub-Saharan Africa;" Studies in Family Planning 21(6) : 322 - 326 ; November - December, 1990.

Edwards, Allen L. Statistic Analysis. New York : Rinehart and Company, 1958.

Ferguson, George A. Statistic Analysis in Psychology and Education. 5th ed. Tokyo : McGraw-Hill Book company, 1987.

Fisher, Andrew A. and Silva Victor de. "Satisfied IUD Acceptors as Family Planning Motivators in Sri Lanka," Studies in Family Planning. 17(5) : 235 ; September/October, 1986.

Golsen , Rose K. and Rails Max. Factors Related to Acceptance of Innovation in Bang Chan Thailand. New York : Cornell University, 1963.

Klonglan, B.E. and E.W. Coward Jr. Some Factors Affecting to Adoption of Multiple Cropping in Imigration Area of Petchaburi Province. Master Thesis Dept of Agricultural Extension Kasetsart University, 1977.

Potter, Joseph E. Mojarro Octario and Nunez Leopoldo. "The Influence of Health Care on Contraceptive Acceptance in Rural Maxico," Studies in Family Planning. 18(3) : 144 - 155 ; May / June, 1987.

Roger, Everett M. Diffusion of Innovation. The Free Press New York : 1962.

_____. Diffusion of Innovation. The Free Press New York, 1968.

Winer, B.J. Statistical Principles in Experimental Design. 2nd ed. New York : McGraw-Hill book Company, 1971.

Yamane, Taro. Statistics : Antropology Analysis. 2nd ed. New York : Harper and Row, 1967.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบสอบถามสำหรับการวิจัย

แบบสอบถาม

คำชี้แจงเกี่ยวกับแบบสอบถาม

แบบสอบถามเรื่อง ความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัด
กระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว มีทั้งหมด 2 ตอน
คือ

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับ รายละเอียดส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการยอมรับการวางแผนครอบครัว

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามนี้ มีจุดประสงค์เพื่อต้องการทราบความคิดเห็นเกี่ยวกับการยอมรับ
การวางแผนครอบครัว โดยขอให้ท่านตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด และ
ขอความกรุณาให้ตอบทุกข้อ เพื่อความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ขอขอบคุณที่ท่านให้ความร่วมมือ
ในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้

ร.อ.หญิง อมรา ชิตมีไชย ร.น.

นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง () ให้ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่าน

1. ปัจจุบันท่านอายุ

- () 15 - 24 ปี
- () 25 - 34 ปี
- () 35 ปีขึ้นไป

2. ท่านจบการศึกษาชั้นใด

- () ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า
- () มัธยมศึกษา
- () อนุปริญญาหรือเทียบเท่า
- () ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

3. ขณะนี้ท่านประกอบอาชีพอะไร

- () รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ
- () ค้าขาย
- () รับจ้าง
- () แม่บ้าน
- () อื่น ๆ ระบุ

4. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน

- () ไม่เกิน 3,000 บาท/เดือน
- () 3,001 - 6,000 บาท/เดือน
- () 6,001 บาทขึ้นไป/ต่อเดือน

5. ท่านสมรสมาแล้วกี่ปี

- () ต่ำกว่า 5 ปี
- () 6 - 10 ปี
- () 11 ปีขึ้นไป

6. ท่านเคยตั้งครรภ์มาแล้วกี่ครั้ง

- () จำนวน 1 ครั้ง
- () จำนวน 2 ครั้ง
- () จำนวน 3 ครั้ง
- () มากกว่า 3 ครั้ง

7. ขณะนี้ท่านมีบุตรอยู่กี่คน

- () จำนวน 1 คน
- () จำนวน 2 คน
- () จำนวน 3 คน
- () มากกว่า 3 คน

8. ท่านต้องการมีบุตรเพิ่มหรือไม่

- () ต้องการบุตรเพิ่ม
- () ไม่ต้องการบุตรเพิ่ม

9. ท่านเคยได้รับคำแนะนำเรื่องการวางแผนครอบครัวจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัวในระยะก่อนและหลังคลอดหรือไม่

- () ได้รับคำแนะนำ
- () ไม่ได้รับคำแนะนำ

10. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวจากแหล่งใดมากที่สุด (ตอบข้อเดียว)

- () แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว
- () สามี ญาติ เพื่อน พ่อ - แม่
- () วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร
- () อื่น ๆ โปรดระบุ

ตอนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการยอมรับการวางแผนครอบครัว

คำชี้แจง ให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วพิจารณาว่า ท่านมีความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อความนั้นในระดับใด (ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) โดยการกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นและความรู้สึกที่แท้จริงของท่านเพียงช่องเดียวในแต่ละข้อความ

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. การวางแผนครอบครัวช่วยให้ ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ดีขึ้น					
2. การวางแผนครอบครัวช่วยให้ท่าน สามารถให้การศึกษา และอบรม เลี้ยงดูบุตรได้ดีขึ้น					
3. คนที่ยังไม่มีครอบครัว ไม่จำเป็นต้องทราบเรื่องการวางแผน ครอบครัว					
4. ควรส่งเสริมการวางแผน ครอบครัวเฉพาะกลุ่ม ประชากรที่มีรายได้น้อย					
5. นโยบายวางแผนครอบครัวเป็น การจำกัดเสรีภาพของมนุษย์ ..					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
6. นโยบายวางแผนครอบครัวจะ ประสบความสำเร็จได้ต้องมี กฎหมายบังคับ					
7. การให้บริการวางแผนครอบครัว ทั่วประเทศจะช่วยให้สุขภาพ ของประชาชนโดยทั่วไป ดีขึ้น					
8. ความสะดวกในการไปรับบริการ วางแผนครอบครัว จะทำให้มี ผู้ไปขอรับบริการเพิ่มมากขึ้น ..					
9. ทุกคนควรมีความรู้หรือ เรียนรู้เกี่ยวกับการวางแผน ครอบครัว					
10. ถ้าท่านพบคนที่ไม่เห็นด้วยกับการ วางแผนครอบครัว ท่านจะ พยายามชักชวนให้เขาเห็น คุณค่าของการวางแผน ครอบครัว					
11. รัฐบาลควรจัดบริการวางแผน ครอบครัวให้แก่ประชาชน โดยที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ใด ๆ					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
12. การวางแผนครอบครัวช่วยลด ปัญหาวัยรุ่นและปัญหา อาชญากรรม					
13. การมีหน่วยงานด้านบริการ วางแผนครอบครัวมากขึ้น ทำให้คนกล้าประพฤติผิด ศีลธรรมทางเพศมากขึ้น					
14. การมีบุตรมากเกินไป ทำให้เป็นภาระแก่บิดา มารดา และสังคม					
15. การมีบุตรมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับ บุญ-กรรม					
16. การมีบุตรมาก ทำให้ชีวิต ครอบครัวอบอุ่นและมี ความสุข					
17. ครอบครัวหนึ่งจะมีบุตรกี่คน ก็ได้ แล้วแต่ความต้องการ ของพ่อ - แม่ ที่จะเลี้ยงดูได้					
18. การมีบุตรน้อยคน เหมาะสมกับ ภาวะสังคมและเศรษฐกิจใน ปัจจุบัน					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
19. ควรมีบุตรให้เพียงพอเสียก่อน แล้วค่อยสนใจเรื่องคุมกำเนิด					
20. การคุมกำเนิด ทำให้เกิด อันตรายและเกิดโรคแทรกซ้อน ได้ง่าย					
21. การคุมกำเนิด เป็นการกระทำ ที่ขัดต่อหลักทางศาสนาพุทธ					
22. การคุมกำเนิดเป็นสาเหตุหนึ่ง ที่ทำให้เกิดการหย่าร้างกันใน ครอบครัว					
23. เมื่อได้บุตรตามความต้องการแล้ว ควรใช้วิธีคุมกำเนิดชนิดถาวร (การทากัน)					
24. ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ขาดการ แนะนำให้ผู้ใช้บริการเข้าใจในวิธี การคุมกำเนิดที่ถูกต้อง					
25. ประชากรจะสมดุลกันเองตาม ธรรมชาติโดยไม่ต้องมีการ คุมกำเนิด					
26. เมื่อมีคนเกิดน้อยลงต่อไปก็จะ ทำให้ประเทศขาดแรงงานใน ระดับต่าง ๆ					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
27. การเพิ่มประชากรอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดปัญหาการว่างงาน ...					
28. ควรสร้างทัศนคติและค่านิยม ให้ประชาชนนิยมมีครอบครัว ขนาดเล็ก					
29. การพัฒนาประเทศไม่เจริญ เท่าที่ควร เนื่องจากจำนวน ประชากรมากเกินไป เป็น อุปสรรคในการพัฒนาทุก ๆ ด้าน					
30. ท่านเห็นด้วยหรือไม่กับการที่จะมี บุตร 1 - 2 คน					
31. ท่านเห็นด้วยหรือไม่กับเป้าหมาย การลดประชากรให้เหลือ ร้อยละ 1.2 เมื่อสิ้นแผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7					
32. ท่านเห็นด้วยหรือไม่กับการที่ โรงพยาบาลนัดมาตรวจหลัง คลอดพร้อมกับการคุมกำเนิด ..					
33. สตรีภายหลังการคลอดบุตร ควรได้รับการคุมกำเนิดทุกราย					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
34. การมีบุตรติดต่อกัน ทำให้ไม่ต้อง เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น					
35. ควรเว้นระยะการมีบุตรคนต่อไป ประมาณ 2 - 3 ปี					

ภาคผนวก ข

คำอธิบายแจกเป็นรายชื่อของแบบสอบถาม

ตาราง 27 ค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อของแบบสอบถาม

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก	ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	5.97	21	5.71
2	6.87	22	6.41
3	3.58	23	2.30
4	2.82	24	5.10
5	6.73	25	3.80
6	3.56	26	6.21
7	3.83	27	6.14
8	4.52	28	4.02
9	4.60	29	3.09
10	3.16	30	3.17
11	2.78	31	3.89
12	4.87	32	4.00
13	3.37	33	3.34
14	4.12	34	2.44
15	8.28	35	2.80
16	5.88		
17	2.78		
18	2.81		
19	2.83		
20	6.15		

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ ร.อ.หญิงอมรา ชื้อสกุล ชิตมีไชย ร.น.

เกิดวันที่ 2 เดือน กุมภาพันธ์ พุทธศักราช 2499

สถานที่เกิด อำเภอกะพะงั่น จังหวัดสุราษฎร์ธานี

สถานที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ 157 บ้านพัทพหารเรือ ขอยโรงพยาบาลสมเด็จพระ

พระปิ่นเกล้า ต.บุคคโล อ.ธนบุรี กรุงเทพฯ

ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน ผู้ช่วยหัวหน้าตึกสูตินารีเวชกรรม

สถานที่ทำงานปัจจุบัน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ต.บุคคโล อ.ธนบุรี

กรุงเทพฯ

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2515 มัธยมศึกษาตอนต้น จากโรงเรียนสตรีสุราษฎร์ธานี อ.เมือง
จ.สุราษฎร์ธานี

พ.ศ. 2519 ประกาศนียบัตรพยาบาลผดุงครรภ์ และอนามัยจากโรงเรียน
พยาบาลผดุงครรภ์ และอนามัย กรมแพทยทหารเรือ

พ.ศ. 2530 กศ.บ. (สุขศึกษา) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร

พ.ศ. 2535 กศ.ม. (สุขศึกษา) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร

ความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม
กรุงเทพมหานคร ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว

บทคัดย่อ

ของ

ร.อ.หญิงอมรา ชิตมีไชย ร.น.

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตรเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

ธันวาคม 2535

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อทราบความคิดเห็นและเปรียบเทียบความแตกต่างของความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวตามตัวแปรที่ต้องการศึกษา คือ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาสมรส จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนบุตรที่มีชีวิต ความต้องการบุตรเพิ่ม และการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีภายหลังการคลอดบุตรจำนวน 300 คน ได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย การทดสอบค่าที (t-test) และวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบมี 1 ตัวประกอบ (One - Way Analysis of Variance)

ผลการศึกษามีดังนี้

1. สตรีภายหลังการคลอดบุตรมีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวอยู่ในระดับสูง
2. สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีความแตกต่างกันในด้านอายุ มีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีความแตกต่างกันในด้านระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว มีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
4. สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีความแตกต่างกันในด้านระยะเวลาสมรส จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนบุตรที่มีชีวิต ความต้องการบุตรเพิ่ม และการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว มีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวไม่แตกต่างกัน

OPINIONS OF THE WOMEN AFTER DELIVERY IN THE MINISTRY
OF DEFENSE HOSPITALS IN BANGKOK METROPOLIS TOWARD
ACCEPTABILITY OF FAMILY PLANNING

AN ABSTRACT
OF
LIEUTENANT AMARA CHITMEECHAI R.N.

Presented in partial fulfillment of the requirements for the
Master of Education degree in Health Education
at Srinakharinwirot University

December 1992

The purpose of this study was to determine and compare the opinions of the women after delivery in the ministry of defense hospitals in Bangkok metropolis toward acceptability of family planning. The variables : age, education, occupation, incomes, married time, number of pregnancy, number of living children, desire of additional children and suggest that teaming of family planning the sample were selected by multistage random sampling consisted of 300 women after delivery in the ministry of defense hospitals in Bangkok metropolis. The instrument for the collecting data were the questionnaire on rating scale that built by researcher related opinions toward acceptability of family planning. The data were analyzed by t-test, One - way Analysis of Variance and Newman-Keuls test.

The result of this study revealed that :

1. The opinions of the woman after delivery in the ministry of defense hospitals in Bangkok metropolis toward acceptability of family planning were high opinions.

2. The comparision of the opinions to different group of the women after delivery toward acceptability of family planning according to age they were statistically significant at the .05 level.

3. The comparision of the opinions to the different group of the women after delivery according to education, occupation, incomes they were statistically significant at the .01 level.

4. The comparison of the opinions to the different group of the women after delivery according to married time, number of pregnancy, number of living children, desire for additional children, suggest that teaming of family planning were not different.