

๒๕.๑๔๒

๑๕๕๖

๖.๖

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมันของสตรีมีบุตร 2 คนขึ้นไป
ที่มารับบริการ ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ปริญญานิพนธ์

ของ

อัญชลี อุณญาติ

๒-๔ ก.ค. ๒๕๕๐

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา

พฤษภาคม ๒๕๕๐

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

๒๓/๒๕๕๗

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมันของสตรีมีบุตร 2 คนขึ้นไป
ที่มารับบริการ ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร
และวชิรพยาบาล สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ
ของ
อัญชลี อุ่นญาติ

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา
พฤษภาคม 2550

อัญชลี อุ่นญาติ. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมันของสตรีมีบุตร 2 คนขึ้นไปที่มาใช้บริการ ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. ปรินิพนธ์ วท.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม : รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี, รองศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์.

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบ Case-control Study เพื่อศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมันของสตรี ที่มีบุตร 2 คนขึ้นไป ที่มาใช้บริการ ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล ตามตัวแปร 1) ปัจจัยด้าน ชีวสังคม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตรที่มีชีวิต 2) ปัจจัยด้าน จิตลักษณะ ได้แก่ จำนวนบุตรที่ต้องการ เจตคติต่อการทำหมัน และ 3) การได้รับแรงสนับสนุน ทางสังคมเรื่องการทำหมัน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็นสตรีที่มีบุตร 2 คนขึ้นไปที่มาใช้บริการที่หน่วย วางแผนครอบครัว และตึกสูติกรรมหลังคลอด วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและ วชิรพยาบาล แบ่งเป็นกลุ่มที่ยอมรับการทำหมัน จำนวน 100 คน และกลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ ยอมรับการทำหมันจำนวน 200 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะโควตา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นวิเคราะห์ ข้อมูล โดยการหาค่าร้อยละ ทดสอบไค-สแควร์ (Chi-square test) ค่า Odds Ratio ช่วงความ เชื่อมั่นของ Odds Ratio (95% Confidence interval of OR) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำเร็จรูป

ผลการวิจัยพบว่า

1. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ อายุ โดยพบว่า สตรีที่มีบุตร 2 คนขึ้นไป ที่มีอายุ 25 – 34 ปี และอายุ 35 ปีขึ้นไป มี การยอมรับการทำหมันมากกว่าสตรีที่มีอายุ 18 – 24 ปี เท่ากับ 2.71 เท่า และ 3.86 เท่า ตามลำดับ (95% CI COR) = 1.47 – 5.01 และ 1.76 – 8.49 ตามลำดับ) ระดับการศึกษา พบว่า สตรีมีบุตร 2 คนขึ้นไป ที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า และมีการศึกษาระดับ ปริญญาตรี หรือสูงกว่า มีการยอมรับการทำหมันมากกว่าสตรีที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา หรือต่ำกว่าเท่ากับ 3.13 เท่าและ 2.25 เท่าตามลำดับ (95% CI COR) = 1.52 – 6.42 และ 1.01 – 5.05 ตามลำดับ) รายได้ของครอบครัว พบว่า สตรีมีบุตร 2 คนขึ้นไป ที่มีรายได้ครอบครัว 5,001 – 10,000 บาท และ มากกว่า 10,001 บาทขึ้นไป มีการยอมรับการทำหมันมากกว่าสตรีที่ มีรายได้ครอบครัวต่ำกว่า 5,000 บาท เท่ากับ 3.32 เท่า และ 3.45 เท่าตามลำดับ (95% CI COR) = 1.61 – 6.58 และ 1.82 – 6.51 ตามลำดับ) จำนวนบุตรที่มีชีวิต พบว่า สตรีมีบุตร 2 คนขึ้นไป ที่มีบุตรที่มีชีวิตจำนวน 3 คนขึ้นไป มีการยอมรับการทำหมันมากกว่า สตรีที่มีบุตรที่มี ชีวิตจำนวน 2 คน เท่ากับ 5.13 เท่า (95% CI COR) = 2.84 – 9.26) เจตคติต่อการทำหมัน

พบว่า สตรีมีบุตร 2 ขึ้นไป ที่มีเจตคติต่อการทำหมันในระดับดี มีการยอมรับการทำหมันมากกว่าสตรีที่มีเจตคติต่อการทำหมันในระดับปานกลาง เท่ากับ 6.00 เท่า (95% CI COR) = 3.53 – 10.20) และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เรื่องการทำหมัน พบว่า สตรีมีบุตร 2 คน ขึ้นไป ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง มีการยอมรับการทำหมันมากกว่าสตรีที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง เท่ากับ 42- 07 เท่า (95% CI COR) = 19.96 – 88.67)

2. ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมัน ได้แก่ อาชีพ และจำนวนบุตรที่ต้องการ

FACTORS RELATED TO THE STERILIZATION ACCEPTANCE OF MULTIPAROUS
WOMEN AT BANGKOK METROPOLITAN ADMINISTRATION MEDICAL COLLEGE
AND VAJIRA HOSPITAL

AN ABSTRACT
BY
UNCHALEE AUNYART

Presented in Partial Fulfillment of Requirements for the
Master of Science Degree in Health Education
at Srinakharinwirot University
March 2007

Unchalee Aunyard (2007). *Factors Related to the sterilization acceptance of multiparous women at Bangkok Metropolitan Administration Medical Collage and Vajira Hospital*. Master thesis, Master of Science (Health Education). Bangkok: Graduate studies. Srinakharinwirot University. Thesis advisor: Assoct Prof. Jutamard Tepchaisi, Assoct Prof Vinus Pattamapaspong.

This case –control was designed to study factors related to the sterilization acceptance of multiparous women at Bangkok Metropolitan Administration Medical College and Vajira Hospital. The studied variables were 1) biosocial factors, i.e., age, educational level, occupation, family income per month, number of deceived children; 2) psychological trait factors, i.e., number of deceived children, attitude towards sterilization and 3) social support regarding to sterilization.

The studied samples were 300 multiparous woman who received at the family planning and Bangkok at Bangkok Metropolitan Administration Medical College and Vajira Hospital. They were deceived into two groups by purposive sampling, i.e., group 1 : 100 woman who accepted sterilization and group 2 : 200 woman who deceived sterilization as the sample group.

Questionnaires constructed by the rescarcher were used to collect data. Percentage, Chi – square test, Odd Ratio, 95% confidence interval of Odds Ratio were used to analyze the data by a computer program.

The results were as follow:

1. Factor related to the sterilization acceptance among multiparous woman (at .05 level of sterilization) were 1) age : i.e., 25 – 34 and over 35 years old multiparous woman had sterilization acceptance than 18 – 24 years old multiparous woman by 2.71 and 3.86 times, respectively (95% CI COR) = 1.47 – 5.01 and 1.76 – 8.49 respectively); 2) educational level; it was found that multiparous woman who had diploma or bachelor degree or higher had sterilization acceptance than those who had studied in primary school or lower by 3.13 and 2.25 times, respectively (95% CI COR) = 1.52 – 6.42 and 1.01 – 5.05, respectively; 3) family income: it was found that multiparous woman who had family income month between 5,001 – 10,000 and over 10,001 baht had sterilization acceptance than those who had family income less than 5,000 by 3.32 and 3.45 times, respectively (95% CI COR) = 1.67 – 6.58 and 1.82 – 6.51 respectively; 4) number of survived children: it found that multiparous woman who had 3 survived children or more had sterilization acceptance than those had 2 survived children by 5.13

time (95% CI COR) = 2.84 – 9.26); 5) attitude towards sterilization by 6.00 time (95% CI COR) = 3.53 – 10.20); 6) social support regarding to sterilization : it was found that multiparous woman who had high social support regarding to sterilization had sterilization acceptance than those who had moderate social support regarding to sterilization by 42.07 time (95% CI COR) = 19.96 – 88.67)

2. The factors with no significant differences in relation to the sterilization acceptance of multiparous woman were occupation and number of desired children.

ปริญญานิพนธ์
เรื่อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมันของสตรีมีบุตร 2 คนขึ้นไปที่มาใช้บริการ
ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ของ
อัญชลี อนุญาติ

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาวิทยาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

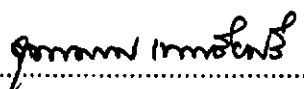


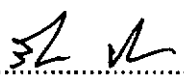
..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญศิริ จีระเดชากุล)

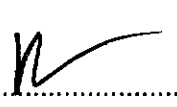
วันที่ 17 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2550

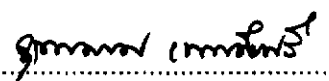
คณะกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์

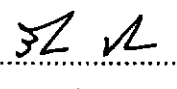
 ประธาน
(รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี)

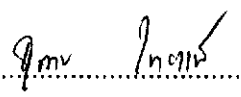
 กรรมการ
(รองศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์)

คณะกรรมการสอบปากเปล่า

 ประธาน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทรงพล ต่อนี่)

 กรรมการ
(รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี)

 กรรมการ
(รองศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์)

 กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุภาพ ไทยแท้)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดีเพราะได้รับความกรุณาอย่างยิ่งจาก
รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี ประธานกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์
รองศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์
ดร. ทรงพล ต่อนี้ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุภาพ ไทยแท้ กรรมการสอบปริญญานิพนธ์ ที่
กรุณาดูแลให้คำแนะนำ เสนอแนะ ตลอดจนช่วยเหลือ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในการดำเนินการ
ศึกษาวิจัย ทำให้ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สามารถสำเร็จลงได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ
ทุกท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์สัตวแพทย์หญิงนภาพร มัชฌมางกูร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุภาพ ไทยแท้ อาจารย์อมรา วิสูตรานุกูล อาจารย์เกศแก้ว วิมณมาลา
และอาจารย์บังอร ศิริบุรณะภานนท์ ผู้เชี่ยวชาญที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ตรวจแบบสอบถาม
และให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมในบางประเด็นของการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ทุกท่านที่ได้อบรมสั่งสอน ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้
แก่ผู้วิจัยตั้งแต่เริ่มการศึกษเป็นต้นมา ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์
กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ที่ให้ความช่วยเหลือ
อำนวยความสะดวกในการศึกษาวิจัย และขอขอบคุณเพื่อนนิสิตปริญญาโท หลักสูตร
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา ทุกท่าน รวมทั้งทุกท่านที่เกี่ยวข้องซึ่งมิได้กล่าว
นามในที่นี้ ที่ให้ความช่วยเหลือ แนะนำ และให้กำลังใจในการทำปริญญานิพนธ์

ขอขอบพระคุณสตรีมีบุตร 2 คนขึ้นไปที่มาใช้บริการที่หน่วยฝากครรภ์และตึก
สูติกรรมหลังคลอด วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลทุกท่านที่กรุณาให้
ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และญาติพี่น้องทุกท่าน ที่กรุณาส่งเสริม
สนับสนุน และให้กำลังใจผู้วิจัยมาโดยตลอด จนประสบความสำเร็จในครั้งนี้

อัญชลี อุ่นญาติ

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	3
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	3
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	3
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	3
ตัวแปรที่ศึกษา.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	4
กรอบแนวความคิดในการวิจัย.....	6
สมมุติฐานในการศึกษาค้นคว้า.....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	8
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการทำหมัน.....	8
การยอมรับการทำหมัน.....	12
ค่านิยมต่อบุตร.....	15
ความพึงพอใจต่อจำนวนบุตร.....	18
เจตคติต่อการทำหมัน.....	18
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม.....	23
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	25
งานวิจัยในต่างประเทศ.....	25
งานวิจัยในประเทศ.....	27
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	31
การกำหนดประชากรและเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	31
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า.....	32

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3 (ต่อ)	
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	36
การจัดการกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	36
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	36
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	40
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	40
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	40
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	41
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	49
สังเขปความมุ่งหมายและวิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	49
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	50
อภิปรายผลการศึกษาค้นคว้า.....	52
ข้อเสนอแนะ.....	54
ข้อเสนอแนะทั่วไป.....	54
ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	55
บรรณานุกรม.....	56
ภาคผนวก.....	62
ภาคผนวก ก.....	63
ภาคผนวก ข.....	69
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	76

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนสตรีมีบุตร 2 คน ขึ้นไปที่มาใช้บริการที่หน่วยวางแผนครอบครัวและศึกษา พฤติกรรมหลังคลอด วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล แบ่งตามจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ตั้งแต่เดือน มกราคม – มิถุนายน พ.ศ.2548.....	2
2 การคำนวณการทดสอบความสัมพันธ์โดยวิธี Yate's correction.....	38
3 แสดงการคำนวณการทดสอบความสัมพันธ์โดยวิธี Fisher's exact test.....	39
4 การคำนวณ Odds Ratio.....	39
5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านชีวสังคม ($n = 300$)...	41
6 ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุกับการยอมรับการทำหมันของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน และไม่ยอมรับการทำหมัน จำนวน 200 คน.....	43
7 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับการยอมรับการทำหมัน.....	44
8 ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับการยอมรับการทำหมัน.....	45
9 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของครอบครัวต่อเดือนกับการยอมรับการทำหมัน...	45
10 ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนบุตรที่มีชีวิตกับการยอมรับการทำหมัน.....	46
11 ความสัมพันธ์ระหว่าง จำนวนบุตรที่ต้องการกับการยอมรับการทำหมัน.....	46
12 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับเจตคติต่อการทำหมัน...	47
13 ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการทำหมันกับการยอมรับการทำหมัน.....	47
14 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างตามระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม.....	48
15 ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเรื่องการทำหมันกับการ ยอมรับการทำหมัน จำนวน 100 คน และไม่ยอมรับการทำหมัน จำนวน 200 คน	48

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ

หน้า

- | | | |
|---|---|----|
| 1 | กรอบแนวคิดการวิจัย..... | 6 |
| 2 | รูปแบบของการพัฒนาการทางด้านความรู้สึก ตามแนวคิดของบลูมและคณะ... | 21 |

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

การพัฒนาตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติในอดีต ได้ให้ความสำคัญกับการเร่งรัดการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ยุทธศาสตร์การพัฒนาได้มุ่งเน้นพัฒนาอุตสาหกรรมและการผลิตเพื่อการส่งออก โดยอาศัยความได้เปรียบทางด้านทรัพยากรธรรมชาติและทรัพยากรมนุษย์มาใช้ขยายฐานการผลิตเพื่อสร้างรายได้และการมีงานทำ ความเจริญรุดหน้าทางเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศและความเจริญทางด้านวัตถุที่มีมากขึ้นไม่ได้ทำให้คนไทย และสังคมไทยมีความสมบูรณ์ พูนสุขมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างทั่วถึงวัฒนธรรมและวิถีชีวิตที่เรียบง่ายดีงามของสังคมไทย เริ่มเปลี่ยนแปลงไปพร้อมกับความเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติและ ความไม่มั่นคงของครอบครัวชุมชนและสังคม (วินัส ปัทมภาสพงษ์, 2547 : 1) ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 จึงได้ปรับแนวคิดการพัฒนาจากเดิมที่มุ่งเน้นการพัฒนาเศรษฐกิจเพียงอย่างเดียวมาเป็นการให้คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา เพราะคนเป็นปัจจัยบ่งชี้ถึงความสำเร็จของการพัฒนาในทุกเรื่อง โดยการพัฒนาทางเศรษฐกิจเป็นเพียงเครื่องมืออย่างหนึ่งที่จะช่วยให้คนมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่ใช่เป็นเป้าหมายสุดท้ายของการพัฒนาอีกต่อไป ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 ซึ่งเป็นแผนยุทธศาสตร์ที่ชี้นำทิศทางการพัฒนาประเทศในระยะปานกลางที่ สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ระยะยาว “คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา” ในทุกมิติอย่างเป็นองค์รวม และให้ความสำคัญกับการพัฒนาที่สมดุล ทั้งด้านตัวคน สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม สร้างระบบบริหารจัดการภายในที่ดีให้เกิดขึ้นในทุกระดับเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยมี “คน” เป็นศูนย์กลางอย่างแท้จริง

การพัฒนาคน หมายถึง การพัฒนาศักยภาพของคนในเชิงคุณภาพโดยเน้นการเสริมสร้างคุณภาพและความสามารถของคนทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา เพื่อให้มีความรู้ความสามารถในการประกอบอาชีพ มีความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงของโลก มีความรู้และทักษะที่จะสามารถปรับตัวให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว โดยมีได้ละทิ้งวัฒนธรรมและจารีตประเพณีอันดีงามของไทยและการพัฒนานี้จะเป็นการพัฒนาตลอดชีวิต ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาไปจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต (ปรากฏม วุฒิพงศ์, 2539 : 1) การที่จะพัฒนาคนให้มีคุณภาพที่พึงประสงค์นั้นจะต้องคำนึง ถึงโครงสร้างประชากรในขนาดที่เหมาะสม และมีการกระจายตัวของประชากรที่สอดคล้องกับศักยภาพ และโอกาสในการพัฒนาในแต่ละพื้นที่ของประเทศ ด้วยเหตุผลดังกล่าวการวางแผนครอบครัวจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งที่ควรเน้นด้านคุณภาพมากขึ้นทั้งในด้านชีววิทยา และด้านพฤติกรรม

ปัจจุบันประเทศไทยได้ประสบความสำเร็จอย่างยิ่งในการลดอัตราการเพิ่มของประชากร ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ได้กำหนดแนวทางหลัก

โดยการสนับสนุนให้คนไทยมีขนาดครอบครัวที่เหมาะสม และในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) ยังคงมีเป้าหมายให้มี โครงสร้างประชากรที่สมดุล ขนาดครอบครัวที่เหมาะสม โดยรักษาแนวโน้มภาวะเจริญพันธุ์ของประชากรให้อยู่ในระดับทดแทนอย่างต่อเนื่องโดยแบบแผนการมีบุตรที่เหมาะสมของครอบครัวไทย เพื่อชี้้นำให้ครอบครัวใหม่เกิดทัศนคติ และพฤติกรรมที่พึงประสงค์ คือ ควรมีบุตรไม่เกิน 2 คน ระยะการมีบุตรห่างกันอย่างน้อย 3 ปี และมารดาควรมีบุตรคนแรกเมื่ออายุ 20 ปี (ชวนชม สกนธวัฒน์. 2540 : 6-7)

ดังนั้นการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ จึงเป็นวิธีหนึ่งที่จะควบคุมให้มีขนาดครอบครัวที่เหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากสถิติของสตรีมีบุตร 2 คน ขึ้นไปที่มารับบริการที่หน่วยวางแผนครอบครัวและตีกสูติกรรมหลังคลอด วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ตั้งแต่เดือน มกราคม-มิถุนายน ปี พ.ศ. 2548 จำนวน 1,063 คน แบ่งตามจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ได้ดังนี้

ตาราง 1 จำนวนสตรีที่มีบุตร 2 คน ขึ้นไปที่มารับบริการที่หน่วยวางแผนครอบครัวและตีกสูติกรรมหลังคลอด วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล แบ่งตามจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ตั้งแต่เดือน มกราคม – มิถุนายน พ.ศ. 2548

จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์	จำนวน	ร้อยละ
2 ครั้ง	619	58.23
3 ครั้ง	254	23.90
4 ครั้ง	135	12.70
5 ครั้งขึ้นไป	55	5.17
รวม	1063	100

ที่มา : รายงานการคลอด ตีกคลอด วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. 2548 : ไม่มีเลขหน้า.

จากตาราง 1 พบว่าถึงแม้ในปัจจุบันการดำเนินการวางแผนครอบครัวในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติจะประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย ไม่ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่ม โดยพบว่าจำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลอด ณ ตีกคลอด วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร ที่มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์มากกว่า 2 ครั้งขึ้นไปมีเป็นจำนวนมาก ซึ่งไม่บรรลุตามนโยบายและ

แผนประชากรในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 9 ที่ได้กำหนดแผนการมีบุตรที่เหมาะสมของครอบครัวไทย คือ การมีบุตรไม่เกิน 2 คน

ดังที่กล่าวมาแล้วว่า สตรีมีบุตร 2 คน ขึ้นไปเป็นกลุ่มประชากรเป้าหมายที่ควรจูงใจให้มีการคุมกำเนิดชนิดถาวรหรือการทำหมันซึ่งนับว่าเป็นวิธีการคุมกำเนิดชนิดถาวรวิธีหนึ่งที่นิยมใช้กันมากที่สุด เนื่องจากการทำหมันหญิงเป็นวิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพสูง ปลอดภัยและประหยัด ซึ่งทำได้ 2 ระยะคือ การทำหมันในระยะหลังคลอด (หมันเปียก) และการทำหมันในระยะไม่ได้ตั้งครรภ์ (หมันแห้ง) สำหรับครอบครัวที่ต้องการลองเลี้ยงดูบุตรสักระยะหนึ่งก่อนจนแน่ใจว่าบุตรมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ดีที่สุด และการทำหมันจะเป็นที่ยอมรับ ต้องเปลี่ยนแนวคิดโดยอาศัยความเห็นชอบว่าเป็นสิ่งที่ดี มีประโยชน์ สมควรกระทำ จะเห็นได้ว่าสังคมที่ประสบความสำเร็จของการทำหมันนั้น ประชาชนส่วนใหญ่จะมีความรู้ ความเข้าใจ และการเห็นชอบต่อการทำหมันอย่างดี ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงต้องการจะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมันของสตรีที่มีบุตร 2 คน ขึ้นไป เพื่อเป็นแนวทางในการจัดทำโครงการวางแผนครอบครัวของวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานครและโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ และจะได้หากลวิธีในการให้สุขศึกษาที่สามารถสร้างแรงจูงใจในกลุ่มสตรีที่มีบุตร 2 คน ขึ้นไปให้ตระหนัก และเห็นความสำคัญของการทำหมันมากยิ่งขึ้น

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมันของสตรีมีบุตร 2 คน ขึ้นไป ที่มารับบริการ ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบ Case-control study โดยศึกษาในสตรีมีบุตร 2 คน ขึ้นไปที่มารับบริการที่หน่วยวางแผนครอบครัวและตึกสูติกรรมหลังคลอด วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นสตรีมีบุตร 2 คน ขึ้นไป ที่มารับบริการที่หน่วยวางแผนครอบครัวและตึกสูติกรรมหลังคลอด วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่เดือน มกราคม-มิถุนายน ปี พ.ศ. 2548 จำนวน 1,063 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้เป็นสตรีมีบุตร 2 คน ขึ้นไปที่มาใช้บริการที่หน่วยวางแผนครอบครัวและติักสูติกรรมหลังคลอด วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร แบ่งเป็นกลุ่มที่ยอมรับการทำหมัน (Case group) จำนวน 100 คน และกลุ่มที่ไม่ยอมรับการทำหมัน (Control group) จำนวน 200 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีแบบโควต้า

ตัวแปรที่จะศึกษา

ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย

1. ปัจจัยด้านชีวสังคม
 - 1.1 อายุ
 - 1.2 ระดับการศึกษา
 - 1.3 อาชีพ
 - 1.4 รายได้ของครอบครัว
 - 1.5 จำนวนบุตรที่มีชีวิต
 2. ปัจจัยด้านจิตลักษณะ
 - 2.1 จำนวนบุตรที่ต้องการ
 - 2.2 เจตคติต่อการทำหมัน
 3. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเรื่องการทำหมัน
- ตัวแปรตาม ได้แก่ การยอมรับการทำหมัน

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. กลุ่มที่ยอมรับการทำหมัน (Case) หมายถึง สตรีมีบุตร 2 คน ขึ้นไป ที่มาใช้บริการที่หน่วยวางแผนครอบครัวและติักสูติกรรมหลังคลอด วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ที่ยินยอมทำหมันหลังคลอด (การทำหมันเปียก) หรือการทำหมันในช่วงที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ (การทำหมันแห้ง)
2. กลุ่มที่ไม่ยอมรับการทำหมัน (Control) หมายถึง สตรีมีบุตร 2 คน ขึ้นไป ที่มาใช้บริการที่หน่วยวางแผนครอบครัวและติักสูติกรรมหลังคลอดวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ที่ไม่ยินยอมทำหมันหลังคลอด (การทำหมันเปียก) หรือการทำหมันในช่วงที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ (การทำหมันแห้ง)
3. การยอมรับการทำหมัน หมายถึง สตรีมีบุตร 2 คน ขึ้นไปตัดสินใจที่จะทำหมันภายหลังคลอดบุตร ซึ่งอาจทำหมันหลังคลอด (การทำหมันเปียก) หรือการทำหมันหญิงในช่วงเวลาที่ไม่ตั้งครรภ์ (การทำหมันแห้ง)

4. **หน่วยวางแผนครอบครัว** หมายถึง หน่วยงานที่ให้บริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว และให้บริการวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิดชนิดไม่ถาวร

5. **ตีกสูติกรรมหลังคลอด** หมายถึง หน่วยงานที่หญิงหลังคลอดบุตรไปพักหลังการคลอดบุตรทั้งการคลอดเอง และการผ่าตัดคลอด

6. **วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล** หมายถึง โรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ตั้งอยู่ที่ 681 ถ.สามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร

7. **อายุ** หมายถึง จำนวนปีเกิดตามปฏิทินของสตรีมีบุตร 2 คน ขึ้นไปที่มาใช้บริการที่หน่วยวางแผนครอบครัวและตีกสูติกรรมหลังคลอด วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ซึ่งกำหนดมาจากช่วงวัยเจริญพันธุ์ของสตรีที่จำแนกตามกลุ่มอายุดังนี้

7.1 อายุระหว่าง 18 - 24 ปี

7.2 อายุระหว่าง 25 - 34 ปี

7.3 อายุ 35 ปีขึ้นไป

8. **ระดับการศึกษา** หมายถึง วุฒิสองสูงสุดจากการเรียนที่สตรีมีบุตร 2 คนขึ้นไปได้รับ ตามหลักสูตรกระทรวงศึกษาธิการ ดังนี้

8.1 ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า

8.2 มัธยมศึกษา

8.3 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า

8.4 ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

9. **อาชีพ** หมายถึง งานที่สตรีมีบุตร 2 คนขึ้นไปยึดเป็นหลักในการทำมาหากินเพื่อเลี้ยงชีพได้แก่

9.1 รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ

9.2 ค้าขาย

9.3 รับจ้าง

9.4 เกษตรกรรม

9.5 แม่บ้าน

10. **รายได้ของครอบครัว** หมายถึง ค่าตอบแทนในรูปของเงินที่ได้รับจากการประกอบอาชีพและเงินที่ได้รับจากแหล่งอื่นต่อเดือน โดยแบ่งเป็น

10.1 ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท/เดือน

10.2 5,001 – 10,000 บาท/เดือน

10.3 10,001 บาท ขึ้นไป/เดือน

11. **จำนวนบุตรที่มีชีวิต** หมายถึง จำนวนบุตรทั้งหมดที่คลอดแล้วและยังมีชีวิตอยู่จนถึงปัจจุบัน

12. จำนวนบุตรที่ต้องการ หมายถึง จำนวนบุตรที่คิดว่าเพียงพอแล้ว

13. เจตคติต่อการทำหมัน หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อและท่าทีของสตรี มีบุตร 2 คนขึ้นไปที่มีต่อการทำหมัน แบ่งเป็น

13.1 เจตคติทางบวกต่อการทำหมัน หมายถึง ความรู้สึกที่เห็นด้วยกับการทำหมัน

13.2 เจตคติทางลบต่อการทำหมัน หมายถึง ความรู้สึกที่ไม่เห็นด้วยกับการทำหมัน

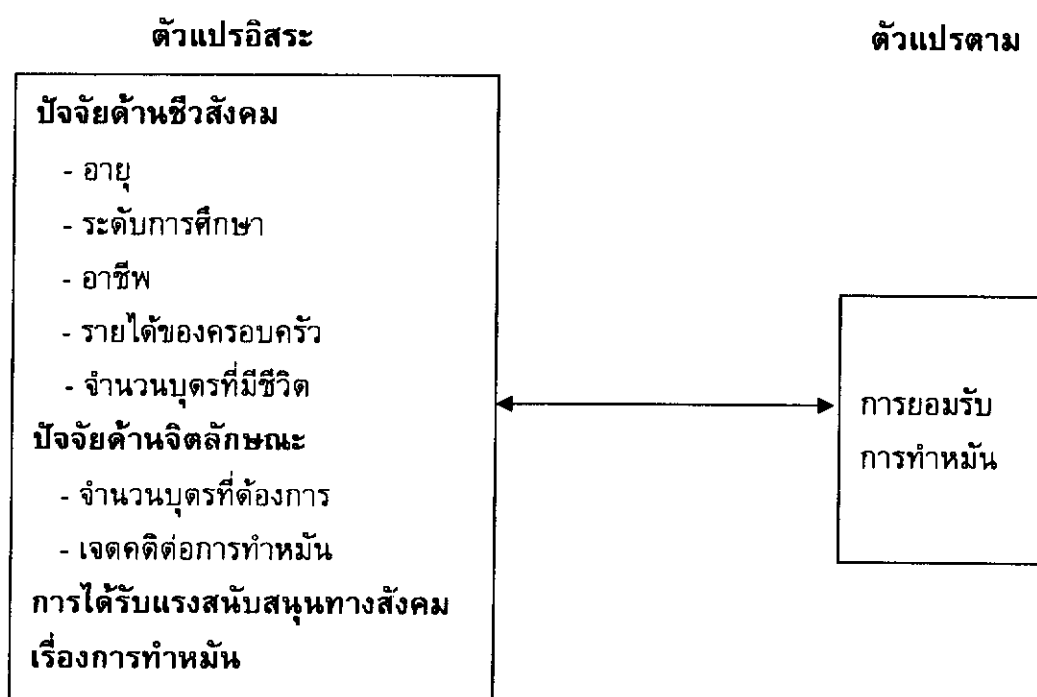
14. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเรื่องการทำหมัน หมายถึง สตรีมีบุตร 2 คนขึ้นไปรับรู้ และประเมินว่าได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวที่มีส่วนในการเลี้ยงดูบุตรในการวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์แนวคิดเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคมของเชฟเฟอร์และคณะ ซึ่งแบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 แบบ ดังนี้ (Schaefer, et al. 1981 : 381)

14.1 การสนับสนุนทางอารมณ์ หมายถึง การได้รับความเชื่อถือ ความไว้วางใจและกำลังใจจากพ่อแม่ สามี และญาติพี่น้องเรื่องการทำหมัน

14.2 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร และคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือบุคลากรทางการแพทย์เรื่องการทำหมัน

14.3 การสนับสนุนทางวัตถุ เงินทอง บริการ เวลา หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุ เงินทอง บริการ เวลาจากพ่อแม่ สามี และญาติพี่น้อง

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมุติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. อายุมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมัน
2. ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมัน
3. อาชีพมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมัน
4. รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมัน
5. จำนวนบุตรที่มีชีวิตมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมัน
6. จำนวนบุตรที่ต้องการมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมัน
7. เจตคติต่อการทำหมันมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมัน
8. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเรื่องการทำหมันมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมัน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมันของสตรีมีบุตร 2 คนขึ้นไป ที่มารับบริการ ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามหัวข้อต่อไปนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

- 1.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการทำหมัน
- 1.2 การยอมรับการทำหมัน
- 1.3 ค่านิยมต่อบุตร
- 1.4 ความพึงพอใจต่อจำนวนบุตร
- 1.5 เจตคติต่อการทำหมัน
- 1.6 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

- 2.1 งานวิจัยในต่างประเทศ
- 2.2 งานวิจัยในประเทศ

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

1.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการทำหมัน

ความหมายของการทำหมัน

การทำหมันในสตรี หมายถึง การทำให้ท่อนำไข่อุดตัน เพื่อไม่ให้ไข่เดินทางมาพบกับอสุจิ การทำหมันหญิงสามารถจำแนกได้ 2 วิธี โดยแบ่งตามระยะเวลาในการทำหมันคือ

1. การทำหมันหลังคลอดหรือการทำหมันเปียก (Postpartum Sterilization) เป็นการ ทำหมันในระยะหลังคลอด ซึ่งส่วนใหญ่นิยมทำภายในระยะเวลา 24 – 72 ชั่วโมงหลังคลอด ในระยะ หลังคลอดใหม่ๆ นี้ มดลูกยังมีขนาดโต สามารถคลำทางหน้าท้องได้อย่างชัดเจน การผ่าตัดทางหน้าท้องเพื่อจะทำการอุดตันท่อนำไข่จึงทำได้ง่าย

2. การทำหมันซึ่งไม่ได้อยู่ในระยะหลังคลอดหรือการทำหมันแหว่ง (Interval Sterilization) เป็นการ ทำหมันในระยะตั้งแต่ 6 สัปดาห์หลังคลอดเป็นต้นไป ระยะนี้มดลูกจะมีขนาด เล็กอยู่ในช่องเชิงกรานและอยู่ห่างจากหน้าท้อง ทำให้การผ่าตัดทางหน้าท้องเพื่อทำหมันในระยะที่ ไม่ใช้ระยะหลังคลอดทำได้ยากกว่า ในอดีตการผ่าตัดทำหมันแหว่งเป็นการผ่าตัดใหญ่ต้องใช้การดม ยาสลบและผู้รับบริการจะต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหลายวัน แต่ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาการ

ทำหมันแห่งตลอดจนวิวัฒนาการทำให้รังไข่ลดต้นมีมากขึ้น สามารถทำหมันแห่งได้โดยวิธีที่ง่าย สะดวก ปลอดภัย และผู้รับบริการกลับบ้านในวันเดียวกันคือ เป็นลักษณะคนไข้นอก

การทำหมันหญิง (Female sterilization)

การทำหมันหญิง โดยวิธีการผ่าตัด มีหลายวิธีดังนี้ คือ

1. การผูก ตัดบางส่วนของปีกมดลูก หรือจี้ด้วยไฟฟ้า (Tubal ligation and remove of a portion of oviduct, Electrocoagulation) เป็นวิธีที่นิยมใช้กันอยู่ในปัจจุบันมากที่สุด
2. การตัดรังไข่ (Oophorectomy, Ovariectomy) เป็นวิธีตัดเอารังไข่ทั้งสองข้าง จะทำให้หญิงนั้นเป็นหมันอย่างสมบูรณ์ และทำให้ไม่มีประจำเดือน แต่เป็นวิธีที่ไม่พึงประสงค์ ด้วยเหตุที่รังไข่เป็นแหล่งสำคัญในการผลิตฮอร์โมนเพศ นอกจากจะตัดรังไข่ออก ในรายที่เป็นมะเร็ง (Cancer) ถุงน้ำ (Cyst) ที่รังไข่หรือมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่ไม่สามารถแก้ไขให้กลับคืนสู่สภาพเดิมได้
3. การตัดมดลูกออก (Hysterectomy) การตัดมดลูกออกซึ่งเป็นการทำหมันไปด้วยนั้น จะทำในบางกรณีที่มีความจำเป็น เช่น เป็นเนื้องอกของมดลูก หรือเป็นโรคของมดลูก ที่แพทย์มีความเห็นสมควรทำผ่าตัดเอาออก และจะเก็บรักษามดลูกไว้ไม่ได้ เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคร้ายแรงและมีลูกเพียงพอลแล้ว กล่าวคือ เป็นการรักษาโรคมามากกว่าวัตถุประสงค์ในการคุมกำเนิด เนื่องจากการผ่าตัดมดลูกมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการผ่าตัดสูง

หลักเกณฑ์เกี่ยวกับการทำหมัน

การผ่าตัดทำหมันหญิง มีหลักเกณฑ์ต่างๆ ที่ควรนำมาพิจารณา ดังต่อไปนี้

1. ข้อบ่งชี้ในการทำหมันหญิง (Indication for female sterilization) มีข้อบ่งชี้ดังต่อไปนี้

- 1.1 ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ (Medical indication) เป็นสิ่งแรกที่ต้องคำนึงถึงเพื่อป้องกันอันตราย ที่อาจจะเกิดขึ้นกับหญิงนั้นได้ ถ้าหากมีการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป โรคที่ควรคำนึงถึงคือ
 - 1.1.1 โรคหัวใจ หญิงที่ป่วยเป็นโรคหัวใจ ถ้าตั้งครรภ์ จะทำให้โรคหัวใจมีอาการมากขึ้น และเกิดอุบัติการณ์แทรกซ้อนได้สูง เช่น การแท้งบุตร การคลอดก่อนกำหนด เด็กตายในครรภ์ หรือตายหลังคลอด ถ้าทำหมันควรทำในระยะที่อาการของโรคไม่รุนแรง และให้การดูแลอย่างดี
 - 1.1.2 โรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์ จะทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนของแม่ และเด็ก ได้สูง เช่น ครรภ์เป็นพิษ รกลอกตัวก่อนกำหนด เส้นเลือดในสมองแตก หัวใจวาย จึงควรพิจารณาทำหมัน ในระยะที่ควบคุมความดันโลหิตได้
 - 1.1.3 โรคไต หญิงที่ตั้งครรภ์เป็นโรคไต จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ มากขึ้น เช่น อาการบวม ความดันโลหิตสูง ครรภ์เป็นพิษ

1.1.4 โรคเบาหวาน หญิงตั้งครรภ์เป็นโรคเบาหวาน จะทำให้โรคที่มีความรุนแรงในการควบคุมเบาหวานได้ยากขึ้น ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การแท้งบุตร คลอดยาก เพราะเด็กหัวโต ตกเลือดหลังคลอด การติดเชื้อ เด็กตายในครรภ์ และตายหลังคลอด

1.1.5 โรคจิต และปัญญาอ่อน ผู้ที่เป็นโรคนี้ ถ้ามีบุตรอาจจะมีโอกาสเป็นปัญญาอ่อน หรือมีอาการผิดปกติทางจิตได้ ซึ่งจะเป็นภาระ และเป็นปัญหาต่อสังคมอย่างยิ่ง

1.1.6 โรคติดต่อทางพันธุกรรม โรคติดต่อทางพันธุกรรมที่มีปัญหารุนแรงและสามารถสืบทอดโรคต่อเนื่องกันได้ ก็ควรทำหมัน

1.2 ข้อบ่งชี้ทางพันธุกรรม (Genetic indication) มีคนในครอบครัว หรือมีลูกคนก่อนเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม เช่น ฮีโมฟีเลีย (Hemophilia) มองโกลิซึม (Mongolism) หรือ Down syndrome

1.3 ข้อบ่งชี้ทางสังคม และเศรษฐกิจ (Socio – economic indication) เป็นเหตุผลอีกอย่างหนึ่งในการทำหมัน เช่น คนที่มีบุตร 2 คนแล้ว และมีฐานะยากจน

1.4 ข้อบ่งชี้ทางด้านประชากร (Demographic indication) ในบางประเทศที่มีอัตราการเพิ่มของประชากรสูง รัฐบาลจึงได้จัดทำโครงการให้มีการทำหมันมากขึ้น

1.5 ข้อบ่งชี้ทางสูติกรรม (Obstetric indication) ในผู้ที่คลอดโดยการผ่าตัด (Caesarean section) มาแล้ว 2 ครั้ง อาจทำหมันพร้อมการผ่าตัดครั้งที่ 2 หรือทำที่หลังได้

2. ข้อห้ามในการทำหมัน

การทำหมัน มีข้อห้ามในระหว่างที่มีโรค หรือภาวะผิดปกติ ดังต่อไปนี้

2.1 โรคโลหิตจาง ในผู้ที่เป็นโรคโลหิตจาง อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัดได้ เช่น ภาวะเสี่ยงต่อการช็อกจากภาวะขาดเลือด การให้ยากระตุ้นไขกระดูก การใช้ยากระตุ้นไขกระดูก ความรู้สึกเฉพาะที่ นอกจากนี้ อาจเกิดการติดเชื้อได้สูงจึงควรรักษาให้อยู่ในภาวะปกติก่อน

2.2 โรคหัวใจ ในผู้ที่มีอาการของโรครุนแรงห้ามทำการผ่าตัด เพราะ จะทำให้เกิดความกลัว และความเครียด ทำให้การทำงานของหัวใจผิดปกติ

2.3 โรคความดันโลหิตสูง ในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมาก อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบ และการผ่าตัดได้สูง จะต้องรักษาให้ความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติก่อน

2.4 โรคปอด โรคปอดที่มีอาการมาก เช่น หืด หอบ ปอดอักเสบ วัณโรค จะต้องได้รับการรักษาให้หายก่อน มิฉะนั้นจะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้สูง

2.5 โรคเบาหวาน ถ้าอยู่ในระยะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ การผ่าตัดจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้สูง

2.6 การติดเชื้อ ในผู้ที่มีไข้สูงเกิน 38.9 °c แสดงว่ามีการติดเชื้อ การผ่าตัดทำหมันอาจทำให้เกิดการติดเชื้อลุกลาม และรุนแรงยิ่งขึ้น หรือมีภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลผ่าตัดอักเสบ เป็นต้น

2.7 สภาพชีวิตสมรสไม่ราบรื่น และมีแนวโน้มของการหย่าร้างสูง ควรพิจารณาให้รอบคอบ เพราะถ้าหย่าร้างไปแล้ว และจะแต่งงานใหม่ต้องการมีบุตร จะต้องมาแก้หมั้นอีก

3. กฎหมาย และระเบียบเกี่ยวกับการทำหมั้น

ประเทศไทยไม่มีกฎหมายห้ามการทำหมั้น อนุญาตให้ทำหมั้นเพื่อการคุมกำเนิดได้ ก่อนการผ่าตัด จะต้องมีการเซ็นชื่อ ยินยอมให้ผ่าตัดทำหมั้นได้ โดยผู้จะผ่าตัดยินยอมเองโดยไม่มีการข่มขู่ หรือให้สิ่งจูงใจ ในการทำหมั้นหญิง ผู้รับบริการเซ็นชื่อยินยอมผู้เดียว ก็สามารถทำการผ่าตัดทำหมั้นได้ ไม่ผิดกฎหมาย แม้จะไม่มีลายเซ็นยินยอมของสามี แต่ในทางปฏิบัติมักจะให้สามีเซ็นยินยอมรับทราบด้วย

4. ระยะเวลาที่เหมาะสมในการทำหมั้น

ระยะเวลาในการทำหมั้น ทำได้ตลอดเวลาขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้รับบริการ ยกเว้นขณะตั้งครรภ์ และมีข้อห้ามในการทำหมั้นเท่านั้น สำหรับระยะเวลาในการทำหมั้นที่เหมาะสมมีดังต่อไปนี้

4.1 ระยะเวลาปกติ (Interval sterilization) เป็นการทำหมั้นในช่วงเวลาใดก็ได้ แต่จะหลีกเลี่ยงไม่ทำในขณะที่มีประจำเดือน หรือในวันแรกของการมีประจำเดือน การทำหมั้นในระยะนี้เรียกอีกอย่างหนึ่งคือ การทำหมั้นแห้ง

4.2 การทำหมั้นในระยะหลังคลอด (Postpartum sterilization) หรือที่เรียกการทำหมั้นเปียก การทำหมั้นในระยะหลังคลอด อาจทำหลังคลอดทันที หรือหลังคลอด 2 – 3 วัน ทำในระยะนี้นับว่าดีที่สุด เพราะผนังหน้าท้องบาง มดลูกยังอยู่ในระดับสูงกว่ากระดูกหัวเหน่า ทำให้หาท่อรังไข่ได้ง่าย

4.3 การทำหมั้นในขณะที่ทำการผ่าตัดอื่นๆ ในอุ้งเชิงกราน เช่น ในรายที่ผ่าตัดเอาเด็กออกทางหน้าท้อง และมีบุตรเพียงพอแล้ว ก็สามารถทำหมั้นพร้อมกันได้

5. วิธีการทำหมั้น

การทำหมั้นหญิงแบ่งออกเป็น 2 ชนิด ดังนี้คือ

5.1 การผูกปีกมดลูก (Tubal ligation) ทำโดยการผ่าตัดและผูกปีกมดลูก (Fallopian) ด้วย

5.2 การทำให้ปีกมดลูกอุดตัน (Tubal occlusion) โดยการใช้ยางรัด (Band of silicone) คลิป (Clip) หรือใช้ไฟฟ้าจี้ (Cauterizing)

เทคนิคการผ่าตัดทำหมั้น (Surgical technique)

การทำหมั้นหญิงมีเทคนิค วิธีการผ่าตัด ที่นิยมกัน 2 วิธี ดังนี้ คือ

1. มินิลาพาโรโตมี (Minilaparotomy)

วิธีนี้ทำโดยใช้เครื่องมือ อีลิเวเตอร์ (Elevator) สอดผ่านช่องคลอดเข้าโพรงมดลูกดันยอดมดลูก (Fundus) เพื่อยกให้มดลูกสูงขึ้นและเข้ามาใกล้ผิวหนังหน้าท้องแล้วผ่าแผลตามแนวขวาง 2-5

เซนติเมตร บริเวณเหนือหัวหน้า ประมาณ 2 เซนติเมตร เปิดเข้าไปผูก และตัดปีกมดลูก แผลผ่าตัดจะไม่กว้างมาก ในผู้หญิงที่หน้าท้องไม่หนา อาจใช้ยาชาเฉพาะที่ได้ และถ้ากลัวการผ่าตัดควรใช้การดมยาสลบ (General anaesthesia)

วิธีมินิลาพาโรโตมีนี้ นิยมมากในสตรีที่ไม่ได้อยู่ในระยะหลังคลอด เพราะใช้เครื่องมือง่าย ๆ การทำก็สะดวก หลังทำเสร็จแล้ว ไม่ต้องนอนค้างคืนในโรงพยาบาล จึงทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายมาก ผู้ที่ประดิษฐ์เครื่องมือนี้คือ ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิฑูร โอสถานนท์ สูตินรีแพทย์ แห่งโรงพยาบาลรามาริบัติ และเรียกเครื่องมือนี้ว่ารามาริบัติ อีลิเวเตอร์ (Ramathibodi elevator)

2. ลาปาโลสโคปี (Laparoscopy)

วิธีนี้กระทำโดยใช้ ลาปาโลสโคปีผ่านเข้าทางหน้าท้องของผู้รับบริการ แล้วจี้ปีกมดลูกด้วยไฟฟ้า (Electrocoagulation) หรือใช้คลิป บีบ รัด ปีกมดลูกทั้งสองข้าง การทำหัตถ์เป็นวิธีการคุมกำเนิดที่มีอัตราการตั้งครรภ์ ภายหลังการทำหัตถ์เพียงร้อยละ 0.2-0.3 (สุวชัย อินทรประเสริฐ. 2534 : 109) จากประสิทธิภาพที่สูง ในด้านการคุมกำเนิด ทำให้มีผลต่อสุขภาพของมารดา และบุตร เช่น การลดอัตราเสี่ยงตายของมารดาในการตั้งครรภ์ ลดจำนวนการตั้งครรภ์ที่ไม่ปรารถนา และเมื่อครอบครัวมีบุตรในจำนวนที่เหมาะสม ทำให้มีโอกาสเลี้ยงดูบุตรได้ดี ทำให้ทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพต่อไป

1.2 การยอมรับการทำหัตถ์

ความหมายของการยอมรับ

ได้มีผู้ให้ความหมายของคำว่า การยอมรับไว้ต่างๆ กันดังนี้

โรเจอร์ (Roger. 1968 : 108-109) ได้ให้ความหมายของกระบวนการยอมรับว่า คือ กระบวนการทางจิตใจ ซึ่งแต่ละบุคคลรู้สึกจากการได้ยินในครั้งแรกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงจนถึงขั้นยอมรับและนำไปใช้ในที่สุด

โกลเสนและเรลส์ (Golsen ;& Rails. 1963 : 195-196) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการยอมรับไว้ 3 ประการ คือ

1. เป็นการยอมรับครั้งแรก หรือเป็นการทดลองใช้นวัตกรรมกับคนใดคนหนึ่งของกลุ่ม
2. เป็นการยอมรับนวัตกรรมนั้นต่อไปเรื่อยๆ
3. การยอมรับเป็นเรื่องภายในจิตใจของแต่ละคนที่มีต่อนวัตกรรมนั้น

คลองเกลน และโควอร์ด จูเนียร์ (Klonglan ;& Coward Jr. 1977 : 137-142) ได้กล่าวว่า การยอมรับที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic Adoption) เป็นการยอมรับความคิดเห็นเกี่ยวกับนวัตกรรม หลังจากได้ประเมินผลแล้วแต่ยังไม่ได้ปฏิบัติ การเริ่มนำความรู้ไปใช้การยอมรับการปฏิบัติ หรือหลังจากทดลองใช้สิ่งเหล่านี้เป็นกระบวนการยอมรับ

ระดม เศรษฐกร (2512 : 29) ได้ให้ความหมายของการยอมรับว่าเป็นกระบวนการที่เริ่มต้นตั้งแต่บุคคลหนึ่งได้รับทราบเกี่ยวกับสิ่งใหม่ๆ จนกระทั่งรับเอาสิ่งเปลี่ยนแปลงนั้นไปปฏิบัติ

จึงสรุปได้ว่า การยอมรับคือ กระบวนการที่เริ่มตั้งแต่ด้านความคิดต่อการรับรู้สิ่งใหม่ๆ หรือการเปลี่ยนแปลงใดๆ จนกระทั่งรับเอาสิ่งใหม่ๆ หรือการเปลี่ยนแปลงนั้นไปปฏิบัติหรือใช้อันเป็น เรื่องภายในจิตใจของบุคคลแต่ละคน

ขั้นตอนการยอมรับ

โรเจอร์ (Roger. 1962 : 76-93) ได้แบ่งขั้นตอนของการยอมรับนวัตกรรมหรือสิ่งประดิษฐ์ ใหม่ๆ โดยกล่าวว่าการยอมรับมีลักษณะเป็นกระบวนการ และได้ให้ความหมายกระบวนการยอมรับ (Adoption process) ว่าเป็นกระบวนการทางจิตใจที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล เริ่มจากได้ยินเรื่อง เกี่ยวกับนวัตกรรมนั้น จนกระทั่งยอมรับ หรือใช้นวัตกรรมนั้นในที่สุด กระบวนการยอมรับมีทั้งหมด 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นรู้ (Awareness stage) เป็นขั้นเริ่มแรกที่จะนำไปสู่การยอมรับ หรือการปฏิเสธ ในสิ่งใหม่ๆ ที่มีคนสร้างขึ้นมา ขั้นนี้เป็นขั้นที่รับรู้เกี่ยวกับสิ่งใหม่ๆ นั้น แต่ยังไม่รู้ข่าวสารอย่าง ไม่ครบถ้วนมักเป็นการรู้โดยบังเอิญ ซึ่งอาจทำให้เกิดความอยากรู้ต่อไป อันเนื่องมาจากมีความต้องการที่ จะใช้สิ่งประดิษฐ์ใหม่ๆ นั้นในการแก้ปัญหาที่มีอยู่

2. ขั้นสนใจ (Interest stage) เป็นขั้นที่มีความสนใจและแสวงหาข่าวสารเพิ่มเติม พฤติกรรมในขั้นนี้เป็นไปในลักษณะที่ตั้งใจแน่วแน่ และใช้กระบวนการคิดมากกว่าขั้นแรก ในขั้นนี้ทำให้ตัวบุคคลได้ข่าวสารเกี่ยวกับสิ่งใหม่ๆ นั้นมากขึ้น บุคลิกภาพ และค่านิยมของตัวบุคคลรวมทั้ง บรรทัดฐานทางสังคมอาจมีผลต่อแหล่งที่ตัวบุคคลไปหาข่าวสาร และมีผลต่อการตีความข่าวสาร เกี่ยวกับสิ่งใหม่ๆ นั้นด้วย

3. ขั้นไตร่ตรองตัดสินใจ (Evaluation stage) เป็นขั้นที่ตัวบุคคลจะใช้นวัตกรรมนั้นกับ สถานการณ์ปัจจุบันและข้างหน้า โดยไตร่ตรองว่าจะลองใช้ดี หรือไม่ด้วยการชั่งน้ำหนักระหว่างข้อดี และข้อจำกัดของนวัตกรรมนั้น ถ้ารู้สึกว่าคุณดีมีมากกว่าก็ตัดสินใจที่จะลองใช้ ขั้นนี้จึงแตกต่างจากขั้น อื่นๆ ตรงที่ได้เกิดการตัดสินใจที่จะลองความคิดใหม่ๆ โดยที่ตัวบุคคลมักคิดว่าการใช้นวัตกรรมเป็น การเสี่ยง เพราะไม่แน่ใจในผลที่เกิดขึ้น ดังนั้นในขั้นของการไตร่ตรองตัดสินใจนี้จึงต้องเสริมแรงที่จะทำให้ แน่ใจยิ่งขึ้นว่ากำลังทำในสิ่งที่ถูกต้อง ได้แก่ ข่าวดูและคำแนะนำจากเพื่อนๆ ตลอดจนการ เสริมแรงจากสื่อมวลชนต่างๆ ในขั้นนี้จึงได้รวมถึงพฤติกรรมด้านความรู้สึกชอบ หรือไม่ชอบต่อ ความคิดใหม่ๆ นั้น

4. ขั้นทดลองปฏิบัติ (Trial stage) เป็นขั้นที่ตัวบุคคลใช้นวัตกรรมนั้นกับสถานการณ์ ของตน แต่เป็นการทดลองดูกับส่วนน้อยก่อน เพื่อดูว่าได้ผลดีหรือไม่และประโยชน์ที่ได้นั้นมาก พอที่จะยอมรับปฏิบัติอย่างเต็มที่หรือไม่ จึงเป็นการทดสอบว่านวัตกรรมนั้นใช้ได้ตรงกับที่ต้องการ หรือไม่ ในขั้นนี้บุคคลแสวงหาข่าวสารที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับการใช้นวัตกรรมนั้นผลของการทดลอง ปฏิบัตินี้ มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการตัดสินใจที่จะปฏิเสธ หรือการยอมรับต่อไป

5. ขั้นยอมรับไปปฏิบัติอย่างสมบูรณ์ (Adoption stage) เป็นขั้นที่ตัวบุคคลตัดสินใจที่ จะใช้นวัตกรรมนั้นต่อไปอย่างเต็มที่ หลังจากที่ได้พิจารณาไตร่ตรองจากผลที่ได้ลองปฏิบัติ

จากความหมายของการยอมรับและขั้นตอนของการยอมรับ สามารถสรุปได้ว่า การยอมรับการคุมกำเนิดหมายความว่า การที่บุคคลได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องการคุมกำเนิด และพิจารณาไตร่ตรองจนรับเอาวิธีการคุมกำเนิดนั้นไปปฏิบัติหรือใช้ในที่สุด ดังนั้นจากความหมายการยอมรับการคุมกำเนิดดังกล่าว จึงสามารถพิจารณาการยอมรับการคุมกำเนิดได้ 2 ระดับ คือ การยอมรับในระดับความคิดและการยอมรับในระดับปฏิบัติการยอมรับในระดับความคิดนั้น อาจเริ่มจากการที่บุคคลยอมรับข่าวสารเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว หรือเกี่ยวกับการคุมกำเนิดจากข่าวสารที่ได้รับ เนื่องจากมีความสนใจจึงทำให้เกิดความคิดพิจารณา หรือมีเจตคติที่ดีต่อการคุมกำเนิด คนที่มีเจตคติที่ดีต่อการคุมกำเนิดก็มีแนวโน้มที่จะยอมรับการคุมกำเนิดมากขึ้นด้วย และการยอมรับในระดับปฏิบัติ ได้แก่ การใช้วิธีการคุมกำเนิด

ขั้นตอนการยอมรับการคุมกำเนิดไปปฏิบัติ

จากแนวความคิดเกี่ยวกับกระบวนการยอมรับนวัตกรรมแต่ละขั้นตอนของ โรเจอร์ ดังกล่าวมาแล้วนั้น โบก (วิฑูร โอสถานนท์. 2516 : 29-30 ;อ้างอิงจาก Bouge. 1968) ได้นำมาประยุกต์เพื่ออธิบายกระบวนการยอมรับการคุมกำเนิดไปปฏิบัติว่ามี 4 ขั้นตอนด้วยกัน คือ

1. ขั้นรู้และสนใจ (Awareness and Interest) เป็นขั้นที่รู้ว่าการตั้งครรภ์ก็สามารถป้องกันได้และเมื่อเห็นว่า เป็นสิ่งที่ดีงามจึงเกิดความสนใจ อยากเรียนรู้หรืออยากทราบเรื่องเหล่านี้มากขึ้น
2. ขั้นรวบรวมข้อมูลไตร่ตรองและตัดสินใจที่จะลอง (Information Gathering , Evaluation and Decision to try) เป็นขั้นที่ศึกษาสอบถามเรื่องการวางแผนครอบครัว หรือการคุมกำเนิด เช่นการคุมกำเนิดมีกี่วิธี วิธีไหน มีอันตรายหรือไม่ จะไปรับบริการที่ไหน ประมวลเอาสิ่งที่ได้รับรู้ต่างๆ มาพิจารณาตัดสินใจที่จะทดลองยอมรับความคิด
3. ขั้นทดลองปฏิบัติ (Implementation) เป็นขั้นที่เริ่มทดลองปฏิบัติดังนั้นจึงเป็นระยะที่ผู้สนใจจะไปปรึกษาแพทย์ หน่วยบริการวางแผนครอบครัว ร้านขายยา ฯลฯ เพื่อที่จะเรียนรู้ในการปฏิบัติเพิ่มขึ้น และทดลองปฏิบัติการคุมกำเนิด
4. ขั้นการยอมรับและใช้ต่อไป (Adoption and Continue Use) เป็นขั้นที่ยอมรับโดยสมบูรณ์ เมื่อถึงระยะนี้รู้ว่าการคุมกำเนิดเป็นของธรรมดา และควรปฏิบัติ

อุปสรรคในการยอมรับการคุมกำเนิดไปปฏิบัติ

ระดับของการยอมรับจะมีมาก หรือน้อยก็ขึ้นกับปัจจัย และลักษณะโครงสร้างของสังคม ตลอดจนคุณภาพของประชากรว่า มีแนวโน้มพื้นฐานการยอมรับต่อแนวทางใหม่หรือไม่ และแนวทางใหม่นั้นสามารถปรับเข้ากับลักษณะของชุมชนนั้นๆ หรือไม่อย่างไร กล่าวคือ การที่จะพิจารณาว่าสิ่งใดเป็นอุปสรรคหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยและลักษณะเฉพาะของแต่ละชุมชนรวมทั้ง

คุณภาพของประชากรด้วย แต่จากการศึกษาและผลงานวิจัยของโบก (สนิท สมักรการ. 2522 : 12-14 ; อ้างอิงจาก Bogue. 1968) ได้สรุปอุปสรรคในการยอมรับการคุมกำเนิดไปปฏิบัติไว้ดังนี้

1. ความไม่รู้ ไม่เข้าใจ เป็นต้นว่า ไม่รู้ว่า การคุมกำเนิดคืออะไร ไม่รู้ว่าการตั้งครรภ์ป้องกันได้ ไม่รู้ถึงประโยชน์ต่างๆ ของการชลอการเกิด เมื่อไม่รู้คนเราก็ไม่คุมกำเนิด แต่ในปัจจุบันประชากรส่วนใหญ่รู้เรื่องการคุมกำเนิด และพยายามที่จะนำมาทดลองปฏิบัติเป็นการแพร่หลายมากยิ่งขึ้น

2. รู้แต่เข้าใจไม่ถูกต้องเข้าใจคลาดเคลื่อนอาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ความระแวง หรือไม่รู้จริง

3. ขัดต่อความเชื่อถือที่ยึดมั่นสิ่งใดถ้าขัดต่อความเชื่อถือและยึดมั่นแล้วก็ยากที่จะนำไปปฏิบัติ

4. ความไม่สะดวกหรือยุ่งยากในการปฏิบัติ เช่น เสียเวลามาก หรือวิธีคุมกำเนิดซับซ้อน ไม่เอื้อความสะดวกแก่ผู้ใช้

5. ความกลัวในการปฏิบัติ เนื่องจากเป็นสิ่งที่ยังไม่เคยทดลองปฏิบัติจึงทำให้เกิดความลังเลใจ และไม่กล้าปฏิบัติ

6. ทดลองปฏิบัติแล้วไม่เหมาะในการปฏิบัติต่อไป เช่น มีอาการข้างเคียง (Side effect) ต่างๆ

7. อายุ เพศ ระดับการศึกษา และครอบครัว ก็มีผลสำคัญในการที่จะผลักดันให้ยอมรับวิธีคุมกำเนิด กล่าวคือ คนที่อายุน้อยมีแนวโน้มตัดสินใจทำหมันมากกว่าหญิงอายุมาก หรือเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะคุมกำเนิดมากกว่าเพศชาย ซึ่งอาจเป็นเพราะต้องมีการรับผิดชอบสูงกว่าเพศชายในการตั้งครรภ์ คลอดบุตร และเลี้ยงดูบุตร หรือคนที่มีแนวความคิดกว้างออกไปเข้าใจสิ่งต่างๆ ได้ง่ายกว่า ฉะนั้นจึงมีแนวโน้มที่จะยอมรับการคุมกำเนิดมากกว่าคนที่มีการศึกษาระดับต่ำหรือไม่มีการศึกษา

1.3 ค่านิยมต่อบุตร

โดยปกติมนุษย์ย่อมให้คุณค่า (Value judgement) กับพฤติกรรมต่างๆ ที่ตนปฏิบัติอยู่เสมอ แม้คุณค่าในสิ่งเหล่านี้จะมีมากน้อยต่างกัน ตามกลุ่มบุคคลก็ตาม การตัดสินใจเพื่อปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่งของมนุษย์ มักมีปัจจัยหลายๆ อย่างมาเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะในเรื่องของการมีบุตรนั้น มีปัจจัยหลายด้านที่ให้คุณค่าทั้งในทางบวกและลบทั้งที่เป็นปัจจัยเกี่ยวกับคุณค่าในเชิงเศรษฐกิจ (Economic values) และปัจจัยที่ไม่เกี่ยวกับคุณค่าเชิงเศรษฐกิจ (Non-economic values)

การมีบุตรนั้นถือได้ว่ามีส่วนสำคัญของทุกชีวิตในทุกสังคม บุตรเป็นผู้สืบทอดเผ่าพันธุ์ของมนุษยชาติให้คงอยู่ต่อไป การมีบุตรเป็นสัจธาตุแห่งชีวิตและการสืบเผ่าพันธุ์ของมนุษย์นำมาซึ่งความสุข ความมั่นคง ความปลอดภัย ความภาคภูมิใจมาสู่บิดามารดา ตลอดจนนำมาซึ่งหลักประกันในความสุขเมื่อถึงช่วงชีวิตบั้นปลาย คือในยามชราด้วย สิ่งต่างๆ ดังกล่าวมานี้เป็น

ค่านิยมต่อบุตรในเชิงบวก ซึ่งในความจริงนั้น บุตรก็มีโอกาสที่จะนำความรู้สึกรักหรือค่านิยมในทางลบ มาสู่บิดามารดาได้ด้วย เช่น การเสียค่าใช้จ่าย การเสียต้นทุน ทางอารมณ์ความห่วงกังวล และการเสียโอกาสที่ควรจะได้ในการทำงานอื่น เป็นต้น

จากทฤษฎีเกี่ยวกับคุณค่าของบุตร ไม่ว่าจะมองในเชิงเศรษฐศาสตร์ ในแง่ค่าใช้จ่าย การลงทุน ผลตอบแทน หรือมองในแง่ของสังคมวิทยา จิตวิทยา ดังได้กล่าวไว้ข้างต้นตามแนวทฤษฎีของฟอร์เชทท์ ทฤษฎีของเบนสไคน์ และทฤษฎีของเบคเกอร์ จะเห็นว่าเหตุที่คู่สมรสมีบุตรและต้องการจะมีบุตรจะถูกกำหนดด้วยค่านิยมในทางบวกและทางลบ ดังนี้

1. ค่านิยมในทางบวก (Positive values) ได้แก่

- เพื่อการดำรงและสืบต่อวงศ์สกุล
- เพื่อแสดงความรักทะนุถนอม
- เพื่อคลายความเบื่อหน่าย
- เพื่อความภาคภูมิใจในยามชรา
- เพื่อช่วยแรงงานในบางลักษณะ ฯลฯ

2. ค่านิยมในทางลบ (Negative values) ได้แก่

- เสียต้นทุนทางอารมณ์ (Emotional costs) เช่น ความกังวลในสุขภาพ ความ

ประพฤติ

- เสียค่าใช้จ่าย (Economic costs) เช่น ค่าเลี้ยงดู ให้การศึกษา
- เสียโอกาส (Opportunity costs) เช่น เสียโอกาสก้าวหน้าในงานอาชีพ และความ

คล่องตัวในการพักผ่อนหย่อนใจ

ค่านิยมในการมีบุตรในลักษณะดังกล่าวนี้ เป็นปัจจัยที่สำคัญในการกำหนดขนาดครอบครัว และพฤติกรรมการยอมรับการคุมกำเนิด ในกรณีของประเทศไทยในช่วงเวลาที่ผ่านมา ได้มีการให้ค่านิยมทางบวกเกี่ยวกับบุตรหลายประการ เป็นต้นว่า ประชากรนิยมมีครอบครัวขนาดใหญ่เพื่อใช้แรงงาน เลี้ยงดูในยามชรา เพื่อผลในการทดแทนโลหิต และผลในการเป็นหลักประกัน ที่บุตรของตนจะไม่สูญเสียชีวิตไปก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ยังปรากฏว่าบิดามารดายังมีความปรารถนาในเพศบุตรบางเพศเป็นพิเศษ เช่น มีความปรารถนาบุตรเพศชายไว้บวชเรียน บุตรเพศหญิงไว้ปรนนิบัติเลี้ยงดู เป็นต้น ความปรารถนาในบุตรเพศใดเพศหนึ่งนี้บางครั้งเป็นผลทำให้มีขนาดครอบครัวที่เป็นจริง ใหญ่กว่าขนาดครอบครัวที่ต้องการ เพราะคู่สมรสต้องการได้เพศบุตรที่ตนต้องการก่อนจึงจะยุติการมีบุตร

สถาบันประชากรอีสต์เวสต์ฮาวาย (East – West Population Institutul Hawaii) ได้ริเริ่มวิจัยเกี่ยวกับค่านิยมในการมีบุตรใน 6 ประเทศ คือ ญี่ปุ่น เกาหลี ฟิลิปปินส์ ไต้หวัน ไทย และสหรัฐอเมริกา (ฮาวาย) ในโครงการเรื่อง “ The Value of Children : A Cross – National Study; Introduction and Comparative Analysis” (Arnold ;& Others. 1975 : 7 – 10) ผลการวิจัยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับภาวะเจริญพันธุ์พบว่าคุณค่าของบุตรในด้านสืบสกุล ที่พึงยามชรา และความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ ต่อครอบครัวและคุณค่าทางอารมณ์ มีส่วนสำคัญในการตัดสินใจมีบุตร

แต่ระดับของความสำเร็จดังกล่าวไม่เท่ากันในแต่ละประเทศ บางประเทศ เช่น ฟิลิปปินส์ให้คุณค่าทางด้านเศรษฐกิจสูง แต่ฮาวายให้คุณค่าทางเศรษฐกิจเพียงเล็กน้อย

โรดอลโฟ เอ บูลาเทา (Bulatao. 1979 : 82) ศึกษาการเปลี่ยนแปลงค่านิยมของบุตรในระยะที่ 2 ของโครงการใน 6 ประเทศ เช่น เดิม คือ ญี่ปุ่น เกาหลี ฟิลิปปินส์ ไต้หวัน ไทย และสหรัฐอเมริกา (ฮาวาย) โดยแบ่งเป็นกลุ่มประเทศที่มีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำ ปานกลาง และสูง ผลปรากฏว่าผลประโยชน์ทางด้านเศรษฐกิจมีความสำคัญมากในกลุ่มประเทศที่มีภาวะเจริญพันธุ์สูง ความสำคัญจะลดลงในกลุ่มประเทศที่มีภาวะเจริญพันธุ์ปานกลางและลดต่ำลงไปอีกในกลุ่มประเทศที่มีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำ ส่วนความช่วยเหลือในบ้านหรือความช่วยเหลือด้านอื่นๆ ที่ไม่เป็นตัวเงินมีความสำคัญในกลุ่มประเทศที่มีภาวะเจริญพันธุ์สูงและปานกลาง และต่ำมากในประเทศที่มีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำ ผลจากการวิจัยในสหรัฐอเมริกาให้ผลสอดคล้องกัน กล่าวคือ คุณค่าของเด็กในการให้ผลตอบแทนทางเศรษฐกิจในสหรัฐอเมริกาค่า เพราะค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตรและผลตอบแทนจากบุตรอยู่ในภาวะสมดุลกัน ความต้องการเพิ่มมาตรฐานความเป็นอยู่ทำให้ค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตรสูง (Noppavan Chongvatana. 1985 : 5) เดวิด และลี (Mueller's. 1971 ; อ้างอิงจาก David ;& Lee. 1974 : 18) พบว่า ค่าใช้จ่ายและผลตอบแทนของเด็กจะมีผลต่อการใช้การคุมกำเนิด เช่นเดียวกับที่ของ เชียว วู (WU. 1977) พบว่า คู่สมรสที่คาดหวังความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจจากการมีบุตรเพิ่มมีการยอมรับการคุมกำเนิดน้อยกว่าคนอื่นๆ

ในประเทศไทย เฉลียว บุรีภักดี (Buripakdi. 1977) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณค่าบุตรกับการปฏิบัติการวางแผนครอบครัว พบว่า คุณค่าของบุตรมีความสำคัญต่อคู่สมรสในทุกกลุ่มและเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มคู่สมรสชั้นกลางและในชนบท จากการศึกษาของเฟรด อาร์โนและจินนา เพชรานนท์ (Arnold ;& Pejaranonda. 1977) พบว่า การที่บิดามารดาคาดหวังว่าจะได้รับผลตอบแทนทางเศรษฐกิจสูงและเห็นว่าค่าใช้จ่ายของบุตรต่ำมีความสัมพันธ์กับภาวะเจริญพันธุ์สูง การคุมกำเนิดต่ำ ผลการวิจัยในระยะต่อมาก็ได้ผลเช่นเดียวกันคือ สตรีไทยเห็นประโยชน์ด้านเศรษฐกิจของบุตรเป็นสำคัญ คุณค่าของบุตรทางด้านเศรษฐกิจและความมั่นคงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะเจริญพันธุ์ (Kamnuansilpa. 1981 ; อ้างอิงจาก เสวภา วีระประทีป. 2526 : 120)

นพวรรณ จงวัฒนา และจุฑา มนัสไพบลูญ (Noppavan Chongvatana ;& Jutha Manaspaibul. 1985 : 6) ได้ศึกษาค่าใช้จ่ายของเด็กในเขตชนบทและเมืองในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่า ในสภาพความเป็นจริงเด็กในชนบทเริ่มช่วยงานบิดามารดาได้เร็วกว่าในเมือง มารดาในชนบทพะวงเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพและค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตรในขณะที่มารดาในเมืองพะวงเรื่องสุขภาพและการศึกษาบุตร มารดาในชนบทหวังพึ่งลูกในยามชรามากกว่ามารดาในเมือง มารดาในชนบทชอบบุตรชายมากกว่าบุตรสาว แต่ก็คิดว่าการเลี้ยงดูบุตรชายเสียค่าใช้จ่ายมากกว่าบุตรสาว

1.4 ความพึงพอใจต่อจำนวนบุตร

แนวคิดและทฤษฎีความพึงพอใจ

ได้มีนักวิชาการและผู้รู้หลายท่านให้ความหมายเกี่ยวกับความพึงพอใจไว้ดังนี้

ซูชีพ อ่อนโคกสูง (2522 : 108-109) กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นส่วนหนึ่งของเจตคติ ซึ่งหมายถึงความรู้สึกซึ่งใจ ความรู้สึกที่ดี ความรู้สึกในทางบวก ที่คนเรามีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

วูม (Vroom. 1964 : 99) กล่าวว่า ทศคติและความพึงพอใจเป็นสิ่งที่สามารถใช้แทนกันได้ เพราะทั้งสองคำนี้จะหมายถึงผลที่ได้จากการที่บุคคลเข้าไปมีส่วนร่วมในสิ่งนั้น ทศคติด้านบวกจะแสดงให้เห็น สภาพความพึงพอใจในสิ่งนั้นและทศคติในด้านลบจะแสดงให้เห็นสภาพความไม่พึงพอใจนั่นเอง

มอส (Morse. 1958) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจไว้ว่า สิ่งใดก็ตามที่สามารถลดความตึงเครียดของมนุษย์ให้น้อยลง และความตึงเครียดเหล่านั้นเป็นผลจากความต้องการของมนุษย์ เมื่อมนุษย์มีความต้องการเพิ่มมากขึ้นก็จะเกิดปฏิกิริยาเรียกร้องเมื่อใดความต้องการได้รับการตอบสนอง ความตึงเครียดก็จะน้อยลงหรือหมดไปทำให้เกิดความพึงพอใจ

พอตเตอร์ และลอว์เลอร์ (Porter & Lawler. 1975) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจว่า หมายถึง แนวคิดหรือทศคติอย่างหนึ่งเป็นภาวะรับรู้ภายในซึ่งเกิดจากความคาดหวัง

จากความหมายดังกล่าวข้างต้นสามารถสรุปได้ว่าสตรีที่มีความพึงพอใจต่อจำนวนบุตรในระดับสูง ก็จะมีความรู้สึกที่ดีต่อบุตรสามารถอบรมเลี้ยงดูบุตรให้มีคุณภาพได้และลดความตึงเครียดของมารดาได้

1.5 เจตคติต่อการทำหมัน

แนวคิดเกี่ยวกับเจตคติ

เจตคติ (Attitude) มาจากคำว่า Aptus ในภาษาละตินซึ่งตรงกับคำว่าความเหมาะสม (Fitness) หรือการปรองดอง (Adapteness) ซึ่งมีนักจิตวิทยาและนักวิชาการศึกษาได้ให้ความหมายแตกต่างกันไป ดังต่อไปนี้

นิวคอมบ์ (Newcomb. 1950 : 128) ได้ให้ความหมายคำว่า เจตคติ ไว้ว่าเป็นความรู้สึกเองเอียงของจิตใจ ที่มีต่อประสบการณ์ซึ่งคนเราได้รับอย่างมาก หรือน้อยก็ได้เจตคติแสดงออกได้ทางพฤติกรรมซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะใหญ่ๆ คือ การแสดงออกในทางลักษณะพึงพอใจ ชอบ หรือเห็นด้วย ลักษณะนี้เรียกว่า เจตคติเชิงบวก หรือเชิงนิมาน (Positive Attitude) อีกลักษณะหนึ่งคือ การแสดงออกในลักษณะที่ไม่พึงพอใจ ไม่ชอบ ไม่เห็นด้วย เบื่อหน่าย ลักษณะนี้เรียกว่า เจตคติเชิงลบหรือเชิงนิเสธ (Negative Attitude)

กู๊ด (Good. 1963 : 48) ได้ให้ความหมายของเจตคติไว้ว่าเจตคติคือ ความพร้อมที่จะแสดงออกในลักษณะหนึ่งอาจเป็นการต่อต้านสถานการณ์บางอย่าง บุคคลหรือสิ่งใดๆ เช่น รักเกลียด หรือกลัว หรือไม่พอใจมานาน้อยเพียงใดสิ่งนั้น

อนาสตาซิ (Anastasi. 1967 : 541) ได้ให้ความหมายว่า เจตคติหมายถึงความโน้มเอียงที่แสดงออกว่าชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งต่างๆ เช่น ต่อเชื้อชาติชนธรรมนิยมประเพณีหรือสถาบันต่างๆ เป็นต้น เจตคติไม่สามารถเห็นได้โดยตรงแต่ไม่สามารถสรุปอ้างอิงจากพฤติกรรมภายนอกได้

เคแกน (Kadam. 1968 : 613) ได้ให้ความหมายของเจตคติไว้ว่า เจตคติคือ ความรู้สึกเอนเอียงของจิตใจที่มีประสบการณ์ที่คนเรารับรู้ไว้ ซึ่งทำให้มีความรู้ต่อสิ่งใดในทางบวกหรือทางลบ อย่างใดอย่างหนึ่ง และเจตคติเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ

เทอร์สโตน (Thurstone. 1976 : 77) ได้ให้ความหมายของเจตคติไว้ว่า เจตคติเป็นระดับความมากน้อยของความรู้สึกในด้านบวกและด้านลบที่มีต่อสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจเป็นอะไรได้หลายอย่างเป็นต้น สิ่งของบุคคล บทความ องค์การ ความคิดเห็น ฯลฯ ความรู้สึกเหล่านี้ ผู้รู้สึกสามารถบอกความแตกต่างได้ เห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วย

ดวงเดือน พันธุพานิช (2518 : 3) ได้ให้ความหมายไว้ว่าเจตคติ หมายถึง ความรู้สึกแสดงออกอย่างมั่นคงต่อบุคคลหรือสถานการณ์ใดๆ ซึ่งอาจเป็นในทางที่ดี ชัดแจ้ง หรือเป็นกลางก็ได้ ซึ่งเป็นผลของการรับรู้เกี่ยวกับลักษณะที่ดีหรือเลวของบุคคลหรือสถานการณ์นั้น

สมบุญ ชิตพงศ์ (2523 : 111) ได้ให้ความหมายของเจตคติว่า หมายถึงท่าทีความคิดเห็น ความรู้สึกเอนเอียงทางจิตใจของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด ภายหลังจากการที่บุคคลได้มีประสบการณ์ในสิ่งนั้นพฤติกรรมเช่นนี้อาจไม่สามารถวัดได้โดยตรง แต่สามารถสังเกตวัดได้จากพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกต่อสิ่งนั้น โดยแสดงออกให้เห็นได้ในลักษณะความเชื่อ ท่าทาง ความคิดเห็น ซึ่งอาจแบ่งออกได้เป็น 3 ลักษณะ

1. เจตคติเชิงนิมาน เป็นการแสดงออกมาในลักษณะของความพึงพอใจ เห็นด้วย ชอบ สนับสนุน ปฏิบัติตามด้วยความเต็มใจ

2. เจตคติเชิงนิเสธ เป็นการแสดงออกในลักษณะตรงข้ามกับเจตคติเชิงนิมาน เช่น ไม่พึงพอใจ ไม่เห็นด้วย ไม่ยินดี ไม่ร่วมมือ และไม่ทำตาม เป็นต้น

3. เจตคติที่เป็นกลาง เป็นการแสดงออกในลักษณะที่ไม่เป็นทั้งเจตคติเชิงนิมาน และเจตคติเชิงนิเสธ แต่อยู่ระหว่างกลางไม่เข้าข้างใดข้างหนึ่ง เช่น รู้สึกเฉยๆ ไม่ถึงกับชอบ หรือเกลียด

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 16) ได้ให้ความหมายของเจตคติไว้ว่า เป็นความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ เช่น ต่อบุคคล สิ่งของ การกระทำ สถานการณ์ และอื่นๆ รวมทั้งท่าทีที่บ่งบอกถึงสภาพจิตใจที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

ไพศาล หวังพานิช (2526 : 146) ได้ให้ความหมายของเจตคติไว้ว่า เจตคติเป็นความรู้สึกภายในของบุคคล ที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งอันเป็นผลจากประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับสิ่งนั้น และความรู้สึกดังกล่าวจะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลนั้นแสดงพฤติกรรม หรือแนวโน้มของการตอบสนองต่อสิ่งนั้นในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง อาจเป็นทางสนับสนุนหรือโต้แย้งคัดค้านก็ได้

กมลรัตน์ หล้าสุวรรณ (2528 : 231) ได้กล่าวถึงลักษณะทั่วไปของเจตคติไว้ดังนี้คือ

1. เจตคติเป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ หรือการได้รับประสบการณ์ มิใช่สิ่งที่มีติดตัวมาแต่กำเนิด

2. เจตคติเป็นดัชนีที่ชี้แนวทางในการแสดงพฤติกรรม กล่าวคือ ถ้ามีเจตคติที่ดี ก็มีแนวโน้มที่จะเข้าหาหรือแสดงพฤติกรรมนั้นๆ

3. เจตคติสามารถถ่ายทอดจากบุคคลหนึ่งไปสู่บุคคลอื่นได้ เช่น บิดามารดาไม่ชอบบุคคลหนึ่ง ย่อมมีแนวโน้มทำให้เด็กไม่ชอบบุคคลนั้นด้วย

4. เจตคติสามารถเปลี่ยนแปลงได้ เนื่องจากเจตคติเป็นสิ่งที่ได้รับจากการเรียนรู้ หรือประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ถ้าการเรียนรู้หรือประสบการณ์นั้นเปลี่ยนแปลงไป เจตคติดำเนินการเปลี่ยนแปลงไปด้วย

จากความหมายของเจตคติที่กล่าวมาสรุปได้ว่า เจตคติเป็นลักษณะความรู้สึกรูปแบบหนึ่งของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งในลักษณะที่พึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจ ซึ่งลักษณะเจตคติที่เกิดขึ้นนี้จะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของพฤติกรรมในทางที่สอดคล้องกับเจตคติที่เกิดขึ้น

องค์ประกอบของเจตคติ

เจตคติเป็นระบบที่มีลักษณะมั่นคงอันหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการคือ (ศักดิ์ สุนทรเสณี. 2531 : 4-5 ; อ้างอิงจาก Freeman. 1970)

1. องค์ประกอบด้านความรู้ (Cognitive Compoment) เป็นเรื่องของการรับรู้ของบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่งอาจเป็นการรับรู้เกี่ยวกับวัตถุ สิ่งของ บุคคลหรือเหตุการณ์ต่างๆ ว่าความรู้สึกต่างๆ ดังกล่าวนั้นได้อย่างอย่างไร รู้ในทางบวก หรือทางลบ ซึ่งจะก่อให้เกิดเจตคติขึ้น ถ้าเรารู้สิ่งใดสิ่งหนึ่งในทางที่ดี เราก็จะมีเจตคติต่อสิ่งนั้นในทางที่ดี ซึ่งกลับกัน ถ้ารู้สิ่งไม่ดีก็จะตรงข้ามกัน ถ้าไม่รู้สิ่งใดเลยก็อาจไม่เกิดขึ้นเลย

2. องค์ประกอบทางด้านความรู้สึก (Affective Compoment or Feeling) เป็นองค์ประกอบทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก ซึ่งถูกเร้าขึ้นจากการรู้นั้น เมื่อเรารู้สิ่งใดแล้ว จะทำให้เราเกิดความรู้สึกในทางที่ดี หรือไม่ดี ถ้าเรารู้สึกต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดในทางที่ไม่ดี เราก็จะไม่ชอบหรือไม่พอใจในสิ่งนั้น

3. องค์ประกอบทางด้านแนวโน้มในเชิงพฤติกรรม หรือการกระทำ (Action Tendency Compoment or Behavioral Compoment) เป็นองค์ประกอบทางด้านความพร้อม หรือความโน้มเอียงที่บุคคลจะประพฤติปฏิบัติ เมื่อบุคคลมีความรู้เชิงประเมินค่าและมีความรู้สึกที่จะตอบสนองต่อสิ่งนั้นๆ ในทางใดทางหนึ่ง ซึ่งความพร้อมที่จะกระทำนี้สอดคล้องกับความรู้สึกของตนเองต่อสิ่งนั้นด้วย

พัฒนาการของเจตคติ

เชดส์คอร์ต โฆวาสิษฐ์ (2530 : 39) ได้นำแนวความคิดของบลูมและคณะในเรื่องพัฒนาการของเจตคตินั้น ควรมีรูปแบบตามลำดับดังนี้



ภาพประกอบ 2 รูปแบบของการพัฒนาการทางด้านความรู้สึก ตามแนวคิดของบลูมและคณะ
ที่มา : เชดส์คอร์ต โฆวาสิษฐ์. (2520). การวัดทัศนคติและบุคลิกภาพ. หน้า. 39

เคลแมน (Kelman. 1958 : 51-60) ได้อธิบายการเปลี่ยนแปลงเจตคติไว้ว่า เป็นไปตามสภาพแวดล้อมของสังคมภายใต้กระบวนการนี้

1. การยินยอม (Compliance) คือการยอมรับอิทธิพลจากผู้อื่นเพื่อให้เขาปฏิบัติต่อตัวในทางที่ตนต้องการ หรือพอใจ

2. การเลียนแบบ (Identification) คือ การแสดงพฤติกรรม เพื่อให้เหมือนสมาชิกในสังคม เพื่อจะมีสัมพันธภาพอันดีกับผู้อื่น

3. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความต้องการที่อยากจะเปลี่ยน (Internalization) คือ การที่บุคคลนั้นยอมรับสิ่งที่มีอิทธิพลเหนือกว่า เนื่องจากสิ่งนั้นตรงกับค่านิยมที่อยู่ในตัวเอง

ประโยชน์ของเจตคติ

ทางด้านประโยชน์ของเจตคติ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 5-6) ได้กล่าวไว้ดังต่อไปนี้

1. ช่วยให้เข้าใจสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัว โดยการจัดรูปหรือจัดระบบสิ่งของต่างๆ ที่อยู่รอบๆ ตัวเขา
2. ช่วยให้มีการเข้าข้างตนเอง (Self-esteem) โดยช่วยให้บุคคลหลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่ดี หรือปกปิดความจริงบางอย่าง ซึ่งนำความไม่พอใจมาสู่ตัวเอง
3. ช่วยในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่สลับซับซ้อนซึ่งการมีปฏิริยาโต้ตอบ หรือการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งลงไปนั้น ส่วนมากจะทำในสิ่งที่ทำความพอใจมาให้ หรือเป็นบำเหน็จรางวัลจากสิ่งแวดล้อม
4. ช่วยให้บุคคลสามารถแสดงออกถึงค่านิยมของตนเอง ซึ่งแสดงว่าเจตคตินั้นนำความพอใจมาให้บุคคลนั้น

การวัดเจตคติ

ซูซีฟ อ่อนโคกสูง (2522 : 111-113) ได้เสนอวิธีการที่จะทราบถึงเจตคติของใครคนหนึ่งที่มีค่าต่อตน วัตถุ สิ่งกับหรือสถานการณ์ต่างๆ ว่าทำได้โดยวิธีการดังต่อไปนี้

1. ใช้แบบสอบถาม
2. สังเกต สัมภาษณ์ และบันทึก
3. ใช้สังคมมิติ
4. การใช้วิธีสร้างจินตนาการ

การสร้างเครื่องมือวัดเจตคติมีหลายวิธีสำหรับวิธีการสร้างแบบสอบถามตามแนวของ ลีเคิร์ท ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 28-29) ได้อธิบายขั้นตอนในการสร้าง ดังนี้

1. พิจารณาว่าต้องการจะวัดเจตคติของใคร มีต่ออะไร แล้วให้ความหมายของเจตคติ และสิ่งที่วัดนั้นให้แน่นอน
2. เมื่อตีความหมายของสิ่งที่วัดแน่นอนแล้วให้สร้างข้อความในแต่ละหัวข้อนั้นๆ โดยให้ครอบคลุมเนื้อหาในหัวข้อเหล่านั้น ซึ่งข้อความเหล่านั้นจะมีลักษณะที่ถามเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ตอบ ผู้สร้างเครื่องมืออาจเขียนขึ้นเอง หรือจากผู้ทรงคุณวุฒิในด้านนั้นๆ ก็ได้ แต่ต้องมีลักษณะดังนี้

2.1 ต้องเป็นข้อความที่ถามในแง่ความรู้สึก ความเชื่อหรือความตั้งใจที่จะทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ไม่ใช่ข้อเท็จจริง (Fact)

2.2 ข้อความที่บรรจุอยู่ในมาตราวัด (Scale) จะต้องประกอบด้วยข้อความที่เป็นบวก (Positive) และด้านลบ (Negative) ละครึ่ง

2.3 แต่ละข้อความต้องสั้น เข้าใจง่าย ชัดเจน ไม่กำกวม จำนวนข้อความที่สร้างขึ้นครั้งแรกควรมีประมาณ 30 ข้อความขึ้นไป เพราะจะต้องคัดเลือกข้อความให้เหลือ 20-25 ข้อความ

ในแต่ละหัวข้อของสิ่งที่ต้องการจะวัด

3. เมื่อได้ข้อความเพียงพอก็บรรจุในมาตราวัด โดยให้มีข้อเลือก 5 ข้อ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

4. กำหนดน้ำหนักในการตอบข้อเลือกต่างๆ ของแต่ละข้อความ ซึ่งในการกำหนดน้ำหนักเท่าใดนั้น มีวิธีการอยู่ 3 วิธี แต่ที่นิยมใช้กันมากที่สุด คือ วิธีกำหนดน้ำหนักให้แต่ละข้อเลือกมีน้ำหนัก 3, 2, 1 หรือ 1, 2, 3 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับข้อความว่า เป็นด้านบวกหรือด้านลบ

ไพศาล หวังพานิช (2526 : 147-148) ได้เสนอหลักของการวัดเจตคติไว้ดังนี้
การวัดเจตคตินับว่าเป็นสิ่งที่มีความยุ่งยากพอสมควร เพราะเป็นการวัดคุณลักษณะทางจิตใจ คุณลักษณะดังกล่าวมีการแปรเปลี่ยนได้ง่าย แต่อย่างไรก็ตามเจตคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งก็ยังสามารถวัดได้ ซึ่งต้องอาศัยหลักสำคัญ ดังต่อไปนี้

1. ต้องยอมรับข้อตกลงเบื้องต้น เกี่ยวกับการวัดเจตคติ คือ

1.1 ความคิดเห็น ความรู้สึก หรือเจตคติของบุคคลนั้นจะคงที่อยู่ช่วงหนึ่ง นั่นคือ ความรู้สึกนึกคิดของคนเราไม่ได้เปลี่ยนแปลงหรือแปรผันตลอดเวลา อย่างน้อยจะต้องมีช่วงเวลาใดช่วงเวลาหนึ่งที่ความรู้สึกของคนเรานั้นมีความคงที่ ทำให้สามารถวัดได้

1.2 เจตคติของบุคคลไม่สามารถวัดหรือสังเกตได้โดยตรง การวัดจะเป็นแบบวัดทางอ้อม โดยวัดแนวโน้มที่บุคคลแสดงออกหรือประพฤติอยู่เสมอ

1.2 เจตคตินอกจากแสดงออกในรูปทิศทางของความรู้สึกนึกคิด เช่น สนับสนุน หรือคัดค้าน ยังมีขนาดหรือปริมาณของความคิด ความรู้สึกนั้นอีกครั้ง ดังนั้น ในการวัดเจตคติ นอกจากจะทำให้ทราบลักษณะหรือทิศทางแล้ว ยังสามารถบอกระดับความมากน้อย หรือความเข้มข้นของเจตคติได้ด้วย

2. การวัดเจตคติด้วยวิธีใดก็ตาม จะต้องวัดสิ่งประกอบ 3 อย่าง คือ ตัวบุคคลที่จะถูกวัดมีสิ่งเร้า เช่น การกระทำ เรื่องราวที่บุคคลแสดงเจตคติตอบสนองและสุดท้ายต้องมีการตอบสนอง ซึ่งจะออกมาในระดับ สูงต่ำ มากน้อย

3. สิ่งเร้าที่จะนำไปใช้ คือข้อความคิดเจตคติ (Attitude Statement) ซึ่งเป็นสิ่งเร้าทางภาษาที่ใช้อธิบายคุณค่า คุณลักษณะของสิ่งนั้น เพื่อให้บุคคลตอบสนองออกมาเป็นระดับความรู้สึก (Attitude Continuum or Scale) เช่น มาก ปานกลาง น้อย เป็นต้น

4. การวัดเจตคติต้องคำนึงถึงความเที่ยงตรง (Validity) ของการวัดเป็นพิเศษ ต้องพยายามให้ผลของการวัดที่ได้ตรงกับสภาพความเป็นจริงของบุคคลทั้งในแง่ทิศทางและระดับ

1.6 การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมในการคุมกำเนิดมีความสำคัญต่อการยอมรับการคุมกำเนิดมาก โดยเฉพาะในกลุ่มเป้าหมายที่ค่อนข้างยอมรับช้า กลุ่มเพื่อนบ้านหรือผู้นำทางความคิดจะมีผลมาก ชาวที่ไม่ดีที่ได้รับจากเพื่อนและผู้ให้บริการคุมกำเนิดคนอื่นๆ จะมีผลต่อการใช้

หรือไม่ใช้การคุมกำเนิด การชักชวนสนับสนุนของเพื่อนๆ มีผลในการเพิ่มปริมาณผู้รับบริการคุมกำเนิดมากขึ้น ในสังคมแบบสังคมไทยเช่นนี้ความเห็นสนับสนุนของบุคคลหลายๆ ฝ่ายเช่นบิดามารดา ญาติผู้ใหญ่ และสามี มีความสำคัญต่อการคุมกำเนิดของสตรีไม่น้อย (เบญจายอดคำเนิน และอรพรรณ หันจางสิทธิ์. 2526 : 37-38) จากการศึกษาผู้ที่ทำหมันชาย พบว่าส่วนใหญ่ (เกินครึ่ง) ของการตัดสินใจทำหมันเป็นเพราะถูกชักชวนหรือแนะนำจากเพื่อนและญาติ (จรรยา เศรษฐบุตร. 2526 : 50) ดังนั้นการสนับสนุนจากสังคมจึงเป็นตัวแปรที่สำคัญตัวแปรหนึ่งในการยอมรับการคุมกำเนิด ไม่ว่าจะเป็นการคุมกำเนิดแบบชั่วคราวหรือถาวร

การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al. 1981: 381) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การได้รับความเชื่อถือ ความไว้วางใจและกำลังใจจากพ่อแม่ สามี และญาติพี่น้องเรื่องการทำหมัน
2. การสนับสนุนข้อมูลด้านข่าวสาร (Information support) หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร และคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือบุคลากรทางการแพทย์เรื่องการทำหมัน
3. การสนับสนุนทางวัตถุ เงินทอง บริการ เวลา (Tangible support) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของ การบริการ และเวลาจากพ่อแม่ สามี และญาติพี่น้อง

จากการศึกษาคอลลิสเตอร์ (Callister. 1993 : 288-293) ได้ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเชฟเฟอร์และคณะมาประยุกต์ใช้ในสตรีมีบุตร 2 คนขึ้นไปมาเป็นแนวทางในการศึกษา โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support)

การที่ได้รับความเชื่อถือ ความไว้วางใจ และกำลังใจจากพ่อแม่ สามี และญาติพี่น้องในเรื่องการทำหมัน จะทำให้สตรีมีบุตร 2 คนขึ้นไปรู้สึกปลอดภัย สบายใจ และมีทัศนคติที่เข้มแข็งขึ้น กล้าที่จะตัดสินใจที่จะทำหมัน จากการศึกษาของ ครอนเนนเวทท์ (Cronenwett 1985 : 98) ศึกษาถึงโครงสร้างเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมและผลทางด้านจิตใจในหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่าการได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ และวัตถุสิ่งของมีความสัมพันธ์ทางบวกกับหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด

2. การสนับสนุนข้อมูลด้านข่าวสาร (Information support)

การสนับสนุนข้อมูลด้านข่าวสาร นับเป็นสิ่งสำคัญ เพราะการได้รับข้อมูลข่าวสาร ทำให้บุคคลสามารถนำไปแก้ไขปัญหา หรือข้อมูลป้อนกลับ ทำให้บุคคลรับรู้ถึงพฤติกรรม และนำไปใช้ในการปฏิบัติตน โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับการทำหมัน ถ้าสตรีมีบุตร 2 คนขึ้นไปได้รับข้อมูลที่สนองตอบความต้องการอย่างเหมาะสมตรงตามความต้องการ จะทำให้สตรีมีบุตร 2 คนขึ้นไปมีความวิตกกังวลลดลง มีกำลังใจในการที่จะเผชิญรับรู้ขั้นตอนการปฏิบัติตัวและนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือบุคลากรทางการแพทย์เป็นบุคคลที่จะให้ข้อมูล ข่าวสารในเรื่อง การทำหมันได้ดีและถูกต้องที่สุด เนื่องจากเป็นบุคคลที่มีความรู้เรื่องการทำหมันดีที่สุด จาก การศึกษาของไมล์น (Milne BJ. 1988 : 347 – 352) กล่าวว่า ความต้องการขั้นแรกของคู่สมรส ที่มารักษาการมีบุตรยากโดยอาศัยเทคโนโลยีขั้นสูง ต้องการจากพยาบาลคือ ด้านข้อมูลข่าวสาร และการประคับประคองปลอบใจ ซึ่งพยาบาลควรให้ข่าวสารที่เป็นความจริง บนรากฐานของความรู้ เช่น คำแนะนำเกี่ยวกับขั้นตอน และข้อกำหนด ในการทำเด็กหลอดแก้ว และการย้ายตัวอ่อน ผลข้างเคียงของยา การตรวจสอบทางห้องทดลอง และค่าใช้จ่ายต่างๆ เพื่อคู่สมรสจะได้มีความรู้ ในกระบวนการต่างๆ ของโปรแกรมการรักษา

3. การสนับสนุนทางวัตถุ เงินทอง บริการ เวลา (Tangible support)

การสนับสนุนทางวัตถุ เงินทอง บริการ เวลา เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ ที่จะทำหมัน เพราะการได้รับการสนับสนุนทางวัตถุ เงินทอง บริการ และเวลาทำให้สตรีมีบุตร 2 คนขึ้นไปมั่นคง และสบายใจที่จะตัดสินใจยอมรับการทำหมัน จากการศึกษาของ ครอนแนเวทท์ (Cronenwett 1985 : 98) ศึกษาถึงโครงสร้างเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมและผล ทางด้านจิตใจในหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่าการได้รับการสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ในปัจจุบันพบว่า ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว และการยอมรับ การวางแผนครอบครัวของบุคคลต่างๆ ไว้มากมาย ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 งานวิจัยในต่างประเทศ

รอส และสมิท (Ross ;& Smith. 1969 : 8) ได้ทำการศึกษา ความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการ วางแผนครอบครัว ณ ประเทศเกาหลี พบว่า ผู้ไม่รู้หนังสือเคยไต่ยีนวิธีคุมกำเนิด ร้อยละ 76 ผู้ที่มี ความรู้ระดับประถมศึกษาเคยไต่ยีน ร้อยละ 85 ผู้ที่มีการศึกษาระดับมหาวิทยาลัยเคยไต่ยีน ร้อยละ 95 แต่เมื่อถามถึงการทราบรายละเอียดอย่างน้อย 1 วิธี อัตราของผู้ที่ทราบลดลง ผู้ที่ไม่รู้หนังสือเคย ทราบเพียง ร้อยละ 45 ผู้ที่มีความรู้ระดับประถมศึกษาทราบ ร้อยละ 57 ผู้ที่มีการศึกษาสูงมี ความเห็นด้วยกับการวางแผนครอบครัวมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ดังจะเห็นได้ว่า ผู้ที่มีการศึกษา ระดับวิทยาลัยจะเห็นด้วย ร้อยละ 97 ผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาเห็นด้วย ร้อยละ 90 และผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาเห็นด้วย ร้อยละ 76 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฮอคค์ (Hock. 1968 : 702-708) ได้ทำการศึกษาความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของกลุ่มสตรีในประเทศ มาเลเซีย พบว่า สตรีผู้ที่ไม่มีการศึกษาเห็นด้วยกับการคุมกำเนิด ร้อยละ 65.5 และเคยทราบเกี่ยวกับ วิธีการคุมกำเนิดตั้งแต่ 1 วิธี หรือมากกว่า 1 วิธี ร้อยละ 28.7 สตรีที่มีจำนวนปีของการศึกษา 1-5 ปี เห็นด้วยกับการคุมกำเนิด ร้อยละ 75.2 และเคยทราบเกี่ยวกับการคุมกำเนิดตั้งแต่ 1 วิธี หรือมากกว่า

ร้อยละ 53.2 ส่วนสตรีที่มีจำนวนปีการศึกษาตั้งแต่ 6 ปี หรือมากกว่า เห็นด้วย ร้อยละ 75.6 และเคยทราบวิธีคุมกำเนิดตั้งแต่ 1 วิธี หรือมากกว่าขึ้นไป ร้อยละ 71 และสอดคล้องกับ โรเบิร์ต (Robert. 1965 : 580-581) ได้ศึกษาความรู้และเจตคติที่มีต่อการคุมกำเนิดที่ประเทศบาบาโคส พบว่าสตรีที่มีการศึกษาสูงย่อมมีความรู้ในเรื่องวิธีคุมกำเนิดอย่างน้อย 1 วิธี ด้วยอัตราร้อยละที่ทวีขึ้นตามลำดับของจำนวนปีที่ได้รับการศึกษา ได้แก่ สตรีที่มีจำนวนปีของการศึกษา 4, 5, 6, 7 และระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่าขึ้นไปมีความรู้ร้อยละ 34.7, 68.9, 79.2, 80.0 และ 81.5 ตามลำดับ

การยอมรับการคุมกำเนิดชนิดถาวร ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

ดิวเยอร์ (Dewyer ;& Haws.1990 : 322-326) ได้ศึกษาการยอมรับการคุมกำเนิดชนิดถาวรในทวีปแอฟริกา พบว่า การยอมรับการทำหมันหญิงและการทำหมันชายมีอัตราการยอมรับอยู่ในระดับต่ำ สาเหตุไม่ใช่เกิดจากความไม่ต้องการคุมกำเนิด แต่ขึ้นอยู่กับวิธีการให้บริการคุมกำเนิดเป็นสำคัญ โดยเฉพาะในประเทศเคนยา ซึ่งเมื่อได้มีการปรับปรุงคุณภาพและการบริการในการทำหมันให้ดีขึ้นแล้ว ปรากฏว่ามีการยอมรับการทำหมันชายมากขึ้น นอกจากนี้การยอมรับการคุมกำเนิด ยังมีความสัมพันธ์กับหน่วยงานที่ให้บริการและผู้ให้คำแนะนำในการคุมกำเนิดอีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับพอทเตอร์ , โมजारโร และนูนเซ (Poter , Mojarro ;& Nunez . 1987 : 144-155) ได้ศึกษาถึงอิทธิพลของการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวกับการยอมรับการวางแผนครอบครัวในเขตชนบทของประเทศเม็กซิโก พบว่า การให้การดูแลในระยะก่อน และหลังคลอดอย่างใกล้ชิดมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการวางแผนครอบครัวในระยะหลังคลอด และการให้คำแนะนำของแพทย์ พยาบาลมีส่วนช่วยสนับสนุนให้เว้นระยะการมีบุตรให้นานออกไป สำหรับวิธีการคุมกำเนิดที่ต้องการ ได้แก่ การคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ รวมทั้งการทำหมันหญิงส่วนอุปสรรคในการยอมรับการวางแผนครอบครัว คือความกลัวผลข้างเคียงที่ตามมาอันจะทำให้เกิดผลข้างเคียงที่ตามมาอันจะทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ สอดคล้องกับ ฟิชเชอร์ และซิลวา (Fisher and Silva. 1986 : 235) ได้ทำการศึกษาผู้ที่พึงพอใจการยอมรับการใส่ห่วงอนามัยในโครงการการวางแผนครอบครัวของประเทศศรีลังกา ด้วยการใช้วิธีเพิ่มแรงจูงใจ พบว่า ในเขตพื้นที่ทดลองที่เจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัวได้เพิ่มแรงจูงใจให้ยอมรับการใส่ห่วงอนามัย ได้มีผู้ยอมรับเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษายังพบว่า การให้คำแนะนำของเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัวมีอิทธิพลต่ออัตราการคงใช้ของผู้ที่ยอมรับด้วย

อาซีฟ ได้มีผู้ศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

เพรสตัน และริชาร์ด (Preston ;& Richards . 1975 : 209) ได้ศึกษาเกี่ยวกับอาซีฟของสตรีในโปรตุเกสที่มีอิทธิพลต่อการสมรส พบว่า สตรีที่มาทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมมีอัตราการแต่งงานต่ำกว่าสตรีทั่วไป

รายได้ ได้มีผู้ศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

ซิมมอส (Simmos . 1983 : 103) ได้ศึกษาปัจจัยที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับการทำหมัน พบว่ารายได้เป็นปัจจัยที่มีส่วนกำหนดการคุมกำเนิดโดยวิธีการทำหมัน ซึ่งคู่สามีภรรยาจะเป็นผู้กำหนดจำนวนบุตรตามที่ตนเองต้องการ หรือจะเว้นช่วงการมีบุตรซึ่งสอดคล้องกับ มิสรา (Misra . 1967 : 181) ได้ศึกษาความสำคัญของรายได้ของครอบครัวกับเจตคติต่อการวางแผนครอบครัวในซีกาโก พบว่า เมื่อรายได้สูงขึ้นอัตราการเห็นด้วยจะสูงตามไปด้วย ครอบครัวที่มีรายได้ต่ำกว่า 4,000 เหรียญอเมริกา สามีเห็นด้วยร้อยละ 65 ภรรยาเห็นด้วย ร้อยละ 74 รายได้ระหว่าง 4,000-7,999 เหรียญอเมริกา สามีเห็นด้วยร้อยละ 79 ภรรยาเห็นด้วย ร้อยละ 84 ครอบครัวที่มีรายได้ต่อปีสูงกว่า 8,000 เหรียญอเมริกา สามีเห็นด้วยร้อยละ 80 ภรรยาเห็นด้วย ร้อยละ 86.7

จำนวนบุตรที่มีชีวิต ได้มีผู้ศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

คลินเจอร์ (Klinger. 1981 : 601) ได้ศึกษาจำนวนบุตรที่มีชีวิตเป็นสิ่งหนึ่งที่จะช่วยในการตัดสินใจของคู่สมรสในการที่จะมีบุตรต่อไปในประเทศศรีเซีย พบว่าจำนวนบุตรยิ่งมากขึ้น สัดส่วนของการทำหมันหญิงก็ยิ่งทวีเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ ดอร์ และคนอื่นๆ (Dow ;& Others. 1986 : 107) ได้ศึกษาคุณลักษณะของผู้มารับบริการคุมกำเนิดใหม่ในซิมบับเว โดยศึกษาสตรี จำนวน 3,269 คน พบว่า จำนวนสตรีมากกว่าครึ่งหนึ่งมีอายุต่ำกว่า 25 ปี มีบุตรที่มีชีวิตมากกว่า 3 คน ร้อยละ 90 ส่วนสตรีที่ต้องการเว้นระยะการมีบุตรมีอายุประมาณ 24 ปี มีบุตร 2-3 คน บุตรคนสุดท้ายอายุ 12 เดือน ส่วนสตรีที่ต้องการหยุดการมีบุตรนั้นมีอายุประมาณ 34 ปี มีบุตร 6-7 คน และบุตรคนสุดท้ายอายุ 25 เดือน

ระยะเวลาการสมรส ได้มีผู้ศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

ไดรเวอร์ (Driver. 1962 : 61) ได้ศึกษาสังคมชนบทและสังคมเมืองมีผลทำให้การสมรสมีลักษณะแตกต่างกันในประเทศอินเดีย พบว่า คนในชนบทมักให้บุตรสาว และบุตรชายของตนสมรสเร็วกว่าคนในเขตเมืองเมื่ออายุแรกสมรสของสตรีในเขตชนบท โดยเฉลี่ยประมาณ 13.4-13.6 ปี และผู้ชายประมาณ 21 ปี ส่วนในเขตเมืองอายุสมรสของสตรี โดยเฉลี่ย 15.5 ปี ผู้ชายอายุ 22.5 ปี

2.2 งานวิจัยในประเทศไทย

อายุ ได้มีผู้ศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

อมรา ชิตมิไชย (2535 :131) ได้ศึกษา ความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานครที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว พบว่า อายุของสตรีที่แตกต่างกันมีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับ กษมา โรจนนิท (2534 : ก) ได้ศึกษาความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการวางแผนครอบครัวของทหารอากาศไทย พบว่า อายุของทหารอากาศมี

ความสัมพันธ์ในเชิงลบเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว และการศึกษาของ เสาวนีย์ สิริยุดตะ (2532 : ข) ปัจจัยที่กำหนดการใช้วิธีการคุมกำเนิดด้วยยาฝังได้ผิวหนังของสตรีวัยเจริญพันธุ์จังหวัดขอนแก่น พบว่า อายุของสตรีวัยเจริญพันธุ์มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาฝังให้ผิวหนัง และการศึกษาของ อัจฉรา มาศมาลัย (2532 : 89) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดในกลุ่มสตรีที่ไม่ต้องการบุตรเพิ่ม พบว่า อายุของสตรีมีความสัมพันธ์กับการคุมกำเนิดและไม่คุมกำเนิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของนันทนา คงนันทะ (2531 : 77) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำหมันหลังคลอดของสตรีที่มีบุตร ตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าอายุของสตรีเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการทำหมันหลังคลอด และจากการศึกษาของ สุภาภรณ์ วีระจันทร์ (2531 : ก-ข) อิทธิพลของศาสนาต่อการควบคุมภาวะการเจริญพันธุ์ภาคใต้ พบว่าอายุของสตรีที่นับถือศาสนาอิสลามต่อความสำคัญการใช้การคุมกำเนิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ ฤดี เอมแยม (2529 : 102) ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมและประชากรที่มีผลต่อการตัดสินใจทำหมันหญิงหลังคลอด โรงพยาบาลศิริราช พบว่า อายุของสตรีมีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจทำหมันหญิงหลังคลอด และจากการศึกษาของ ศิโรรัตน์ เอกปิยะกุล (2529 : ก-ค) ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้การคุมกำเนิดชนิดชั่วคราว และชนิดถาวรของสตรีในชนบท พบว่า สตรีที่มีอายุมากจะเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดชนิดถาวรสูงกว่าสตรีที่มีอายุน้อย แต่แตกต่างจากการศึกษาของ ทองอยู่ บุญการ (2535 : 84) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดของหญิงวัยเจริญพันธุ์ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดของหญิงวัยเจริญพันธุ์ทั้งชนิดชั่วคราว และชนิดถาวร

ระดับการศึกษา ได้มีผู้ศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

อมรา ชิตมีไชย (2523 : 131) ได้ศึกษาความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว พบว่า ระดับการศึกษาของสตรีภายหลังคลอดบุตรที่มีความแตกต่างกันมีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับ อัจฉรา มาศมาลัย (2532 : ก-ข) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดในกลุ่มสตรีที่ไม่ต้องการบุตรเพิ่ม พบว่า การศึกษาของสตรีมีความสัมพันธ์กับการคุมกำเนิด และไม่คุมกำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ สุภาภรณ์ วีระจันทร์ (2531 : ก-ข) อิทธิพลของศาสนาต่อการควบคุมภาวะการเจริญพันธุ์ภาคใต้ พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับการใช้การคุมกำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ ขวัญมณล ตั้งศิลปชัย (2531 : ก-ข) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคุมกำเนิดในปัจจุบัน : เปรียบเทียบระหว่างภาพที่มีอัตราคุมกำเนิดสูงและต่ำ พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์ในทางบวก แต่แตกต่างจากการศึกษาของ ทองอยู่ บุญการ (2535 : 85) ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้การคุมกำเนิดของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มารับบริการจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดของหญิงวัยเจริญพันธุ์ และจากการศึกษาของ สุทิน ศิริอักษร (2532 : ข) การศึกษาความเชื่อ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของข้าราชการตำรวจใน 4 จังหวัดภาคใต้

พบว่า การศึกษาของข้าราชการตำรวจแตกต่างกันมีความเชื่อไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ ฤดี เอมแย้ม (2539 : จ-ฉ) ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมและประชากรที่มีผลต่อการตัดสินใจทำหมันหญิงหลังคลอดโรงพยาบาลศิริราช พบว่า ระดับการศึกษาของสตรีที่แตกต่างกันไม่มีความแตกต่างมากพอที่จะส่งผลต่อการตัดสินใจทำหมัน

อาชีพรู้ ได้มีผู้ศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

วรารักษ์ แผลงมน (2536 : 241) ได้ศึกษาความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 สถาบันราชภัฏสววิทยาลัยรัตนโกสินทร์ พบว่า นักศึกษาที่มีผู้ปกครองอาชีพต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับ อมรา ชิตมิไชย (2535 : 131) ได้ศึกษาความคิดเห็นของสตรีภายหลังคลอดบุตรที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว พบว่า อาชีพของสตรีที่แตกต่างกันมีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการศึกษาของ นันทนา คงนันทะ (2531 : ก-ข) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำหมันหลังคลอดของสตรีที่มีบุตร 3 คนขึ้นไปในโรงพยาบาลจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า อาชีพของสตรีมีอิทธิพลน้อยต่อการตัดสินใจทำหมัน และการศึกษาของ ศิริรัตน์ เอกปิยะกุล (2529 : 68-71) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้การคุมกำเนิดชนิดชั่วคราวและชนิดถาวรของสตรีในเขตชนบท พบว่า อาชีพของสตรีที่ใช้การคุมกำเนิดชนิดชั่วคราวและชนิดถาวร เป็นสตรีที่มีอาชีพเกษตรกรรมมากกว่าสตรีที่มีอาชีพอื่น และการศึกษาของ งามนิตย์ รัตนานุกูล (2528 : ก-ค) การปฏิบัติการคุมกำเนิดในสตรีตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา พบว่า อาชีพของสตรีมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการคุมกำเนิดในด้านความต่อเนื่องของการใช้ และชนิดวิธีคุมกำเนิดที่ใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่แตกต่างจากการศึกษาของ อัจฉรา มาศมัลย์ (2532 : ก) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดในกลุ่มสตรีที่ไม่ต้องการบุตรเพิ่ม พบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการคุมกำเนิดและไม่คุมกำเนิดและการศึกษาของ สุทิน ศิริอักษร (2532 : ข) ความเชื่อและการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของข้าราชการตำรวจใน 4 จังหวัดภาคใต้ พบว่า อาชีพของตำรวจมีผลต่อความเชื่อไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ได้มีผู้ศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

ชาญชัย ยามะรัต (2530 : 21-33) ได้ศึกษาปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวในระยะหลังคลอดจังหวัดขอนแก่น พบว่า จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการวางแผนครอบครัวในระยะหลังคลอด และสอดคล้องกับ มะลิ สีวานนท์ (2530 : 7-19) ได้ศึกษาความแตกต่างทางด้านเศรษฐกิจ และสังคมในการเว้นระยะการมีบุตร พบว่า จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางเศรษฐกิจ และสังคมของประชากร แต่แตกต่างจากการศึกษาของ อมรา ชิตมิไชย (2535 : 131) พบว่า สตรีภายหลังคลอด

บุตรที่มีความแตกต่างกันในจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์มีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวไม่แตกต่างกัน

จำนวนบุตรที่มีชีวิต ได้มีผู้ศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

อัจฉรา มาศมัลย์ (2532 : ก) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดในกลุ่มสตรีที่ไม่ต้องการบุตรเพิ่ม พบว่า จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ที่มีความสัมพันธ์กับการคุมกำเนิด และไม่คุมกำเนิดและเหตุผลที่สตรีไม่คุมกำเนิดที่พบมากที่สุด คือ กลัวเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวนีย์ สิริยุดตะ (2532 : ข) พบว่า จำนวนบุตรที่มีชีวิตต่างมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการยาฝังได้ผิวหนังของสตรีวัยเจริญพันธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากการศึกษาของ นันทนา คงนันทะ (2531 : ก-ข) พบว่า จำนวนบุตรที่มีชีวิตเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลน้อยต่อการทำหมันหลังคลอดของสตรีที่มีบุตรตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป และจากการศึกษาของ สุภาภรณ์ ชีระจันทร์ (2531 : ก-ข) พบว่า จำนวนบุตรที่มีชีวิตของสตรีนับถือศาสนาอิสลามมีความสัมพันธ์กับการใช้การคุมกำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ ขวัญกลม ตั้งศิลปชัย (2531 : ก-ข) พบว่า จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่มีความสัมพันธ์ในทางบวกของอัตราคุมกำเนิดสูงและต่ำ และการศึกษาของ ศิโรรัตน์ เอกปิยะกุล (2529 : 68-71) พบว่า สตรีที่ใช้การคุมกำเนิดชนิดถาวรจะมีจำนวนบุตรที่มีชีวิตสูงกว่าสตรีที่ใช้การคุมกำเนิดชั่วคราวและการศึกษาของ งามนิตย์ รัตนานุกูล (2528 : ก-ข) พบว่า สตรีตั้งครรภ์ไม่ปรารถนาจะมีจำนวนบุตรที่มีชีวิตมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติคุมกำเนิดในด้านความต่อเนื่องของการใช้ และชนิดวิธีคุมกำเนิดที่ใช้ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และการศึกษาของ ฤดี เอมแยม (2529 : ฉ) พบว่าจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจทำหมันของสตรีหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ สุจิตรา กิจวิวัฒนา (2525 : 131-139) พบว่า จำนวนบุตรที่มีชีวิตมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความรู้เจตคติและการใช้วิธีการวางแผนครอบครัวแต่แตกต่างจากการศึกษาของ อมรา ชิตมีไชย (2535 : 131) พบว่าสตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีความแตกต่างกันในด้านจำนวนบุตรที่มีชีวิตมีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวไม่แตกต่างกัน

จากการศึกษาแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำหมันนี้ พบว่ามีความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านชีวสังคม ด้านจิตลักษณะ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเรื่องการทำหมัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมันของสตรีมีบุตร 2 คนขึ้นไปมารับบริการ ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบ Case – control study เพื่อศึกษาการยอมรับการทำหมันของสตรีมีบุตร 2 คน ขึ้นไปที่มีมารับบริการ ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล ผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับ ดังต่อไปนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า
 - 2.1 ลักษณะของเครื่องมือ
 - 2.2 ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ
 - 2.3 เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย
 - 2.4 การหาคุณภาพเครื่องมือ
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล
5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นสตรีที่มีบุตร 2 คน ขึ้นไปที่มีมารับบริการที่หน่วยวางแผนครอบครัวและตึกสูติกรรมหลังคลอด วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่เดือน มกราคม-มิถุนายน ปี พ.ศ. 2548 จำนวน 1,063 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นสตรีที่มีบุตร 2 คน ขึ้นไปที่มีมารับบริการที่หน่วยวางแผนครอบครัวและตึกสูติกรรมหลังคลอด วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร แบ่งเป็นกลุ่มที่ยอมรับการทำหมัน (Case group) จำนวน 100 คน และกลุ่มที่ไม่ยอมรับการทำหมัน (Control group) จำนวน 200 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีแบบโควต้า

1. การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณ โดยใช้สูตรของ (Kelsey J.L.et.al. 1996 : 327)

$$n = \frac{(z_{\alpha/2} + z_{\beta})^2 \bar{p}(1 - \bar{p})(r + 1)}{(d *)^2 r}$$

เมื่อ $(Z_{\alpha/2} + Z_\beta)^2$	แทน	ค่าโดยการเปิดตาราง
n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{p}$	แทน	$\frac{p_1 + rp_2}{1+r}$
p_1	แทน	สัดส่วนของการยอมรับในกลุ่ม case
p_2	แทน	สัดส่วนของการไม่ยอมรับในกลุ่ม control
r	แทน	อัตราส่วนจำนวน case ต่อ control
d^*	แทน	$p_1 - p_2$

2. เลือกกลุ่มตัวอย่างจากสตรีที่มีบุตร 2 คน ขึ้นไปที่มาใช้บริการที่หน่วยวางแผนครอบครัว และตึกสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร โดยการเลือกแบบโควตา (Quota sampling) ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มศึกษา (Case) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Control) โดยทั้งสองกลุ่มคือผู้ที่มาใช้บริการที่สถานี่ดังกล่าวในช่วงเดือน มกราคม – มีนาคม 2548

กลุ่มที่ยอมรับการทำหมัน (Case) หมายถึง สตรีที่มีบุตร 2 คนขึ้นไปที่มาใช้บริการที่หน่วยวางแผนครอบครัวและตึกสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ที่ยินยอมทำหมันหลังคลอด (การทำหมันเปียก) หรือการทำหมันในช่วงที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ (การทำหมันแห้ง)

กลุ่มที่ไม่ยอมรับการทำหมัน (Control) หมายถึง สตรีที่มีบุตร 2 คน ขึ้นไปที่มาใช้บริการที่หน่วยวางแผนครอบครัวและตึกสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาลแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ที่ไม่ยินยอมทำหมันหลังคลอด (การทำหมันเปียก) หรือการทำหมันในช่วงที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ (การทำหมันแห้ง)

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ตามตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาของการสมรส จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และจำนวนบุตรที่มีชีวิต ซึ่งลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเจตคติต่อการทำหมัน ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งมีทั้งหมด 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งมีทั้งหมด 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างแบบสอบถามตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาเอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำหมันหญิง
2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีสร้างแบบสอบถามจากหนังสือ บทความและเอกสารต่างๆ
3. สร้างแบบสอบถามตามหลักเกณฑ์ให้ครอบคลุมเนื้อหา โดยรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาและข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญด้านการทำหมัน เป็นแบบสอบถามวัดเจตคติ จำนวน 23 ข้อ และแบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 25 ข้อ รวมทั้งสิ้น 48 ข้อ
4. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น เสนอต่อคณะกรรมการผู้ควบคุมปริญญาโท ตรวจสอบแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข ได้แบบสอบถาม จำนวน 45 ข้อ จากจำนวนทั้งสิ้น 48 ข้อ
5. นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้ว เสนอให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม โดยเกณฑ์การตรวจสอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับคือ 1 (แน่ใจ) 0 (ไม่แน่ใจ) และ -1 (ไม่แน่ใจ) ได้แบบสอบถามวัดเจตคติ จำนวน 20 ข้อ และแบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 22 ข้อ เหลือแบบสอบถามทั้งสิ้นจำนวน 42 ข้อ
6. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับสตรีที่มีบุตร 2 คน ขึ้นไปที่มารับบริการ ณ ดิक्คลอด ห้องผ่าตัดสูติกรรมและตีกักหลังคลอด โรงพยาบาลกลาง จำนวน 50 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง
7. นำแบบสอบถามมาทำการวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่น ได้แบบสอบถามวัดเจตคติ จำนวน 18 ข้อ และแบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 20 ข้อ เหลือแบบสอบถามทั้งสิ้นจำนวน 38 ข้อ และได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.85

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย

1. แบบสอบถามวัดเจตคติ และแบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยข้อความในแบบสอบถามประกอบด้วยข้อความด้านบวก และข้อความด้านลบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน การตอบแบบสอบถามเป็นรายข้อ ดังนี้

	ข้อความ ทางบวก (คะแนน)	ข้อความ ทางลบ (คะแนน)
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

2. การแปลความหมายค่าเฉลี่ยของเจตคติโดยใช้ของเบสท์ (Best. 1986 : 184 - 186) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	ความหมาย
1.00 - 2.33	สตรีมีบุตร 2 ขึ้นไปมีเจตคติในการยอมรับการทำหมันในระดับไม่ดี
2.34 - 3.66	สตรีมีบุตร 2 ขึ้นไปมีเจตคติในการยอมรับการทำหมันปานกลาง
3.67 - 5.00	สตรีมีบุตร 2 ขึ้นไปมีเจตคติในการยอมรับการทำหมันในระดับดี

3. การแปลความหมายค่าเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมโดยใช้ของเบสท์ (Best. 1986 : 184 - 186) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	ความหมาย
1.00 - 2.33	สตรีมีบุตร 2 ขึ้นไปได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการทำหมันในระดับต่ำ
2.34 - 3.66	สตรีมีบุตร 2 ขึ้นไปได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการทำหมันในระดับปานกลาง
3.67 - 5.00	สตรีมีบุตร 2 ขึ้นไปได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการทำหมันในระดับสูง

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามพร้อมสรุปย่อเค้าโครงการวิจัยไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรง ตามเนื้อหาเป็นรายข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- +1 เมื่อแน่ใจ ว่าแบบสอบถามนั้น มีความสอดคล้องกับจุดประสงค์
- 0 เมื่อไม่แน่ใจ ว่าแบบสอบถามนั้น มีความสอดคล้องกับจุดประสงค์
- 1 เมื่อแน่ใจ ว่าแบบสอบถามนั้น ไม่มีความสอดคล้องกับจุดประสงค์

นำผลการพิจารณาความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ แต่ละข้อไปหาค่าดัชนีความสอดคล้อง โดยใช้สูตร IC ได้ข้อคำถามที่มีค่าเท่ากับ 0.5 หรือมากกว่า ส่วนข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องน้อยกว่า 0.5 ผู้วิจัยคัดข้อคำถามนั้นออก

2. การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้วทดลองใช้ (Try Out) กับสตรีที่มีบุตร 2 คน ขึ้นไปที่มารับบริการ ณ ดิक्คลอด ห้องผ่าตัดสูติกรรม และดิक्คลอด หลังคลอด โรงพยาบาลกลาง จำนวน 50 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาคุณภาพเครื่องมือตามลำดับดังนี้

2.1 การหาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) นำแบบสอบถามมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก โดยหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) และเลือกข้อที่มีค่าอำนาจตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117-118) ได้ข้อคำถามด้านเจตคติ จำนวน 20 ข้อ ซึ่งได้ค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.40-0.76 โดยผู้วิจัยได้ตัดคำถามที่มีอำนาจจำแนกน้อยกว่า . 20 ทิ้งไป จำนวน 2 ข้อ เหลือข้อคำถามทั้งสิ้น 18 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกเท่ากับ 0.40 และ 0.18 ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.75

2.2 การหาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) นำแบบสอบถามมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก โดยหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) และเลือกข้อที่มีค่าอำนาจตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117-118) ได้ข้อคำถามด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเรื่องการทำหมัน จำนวน 22 ข้อ ซึ่งได้ค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.00 – 0.85 โดยผู้วิจัยได้ตัดคำถามที่มีอำนาจจำแนกน้อยกว่า . 20 ทิ้งไป จำนวน 2 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนกเท่ากับ 0.00 และ 0.11 ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.80

2.3 การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามที่มีอำนาจจำแนกตามเกณฑ์ มาหาค่าเชื่อมั่น โดยวิธีหาสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) (ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2538 : 200-202) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองและผู้ช่วยวิจัยที่หน่วยวางแผนครอบครัวและตึกสุติกรรมหลังคลอด วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล รวมทั้งสิ้น 300 ฉบับ
3. นำแบบสอบถามที่ได้ข้อมูลครบถ้วนไปจัดกระทำและทำการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การจัดกระทำกับข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยผู้วิจัยดำเนินการตามหลักดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแต่ละฉบับ
2. ตรวจสอบให้คะแนนข้อคำถามแต่ละส่วนของแบบสอบถามตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
3. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของสตรีมีบุตร 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการทำหมันแยกตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตรที่มีชีวิต จำนวนบุตรที่ต้องการ เจตคติต่อการทำหมัน และแรงสนับสนุนทางสังคมเรื่องการทำหมัน มาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ตามตัวแปร
4. นำแบบสอบถามปัจจัยด้านจิตลักษณะและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมมาวิเคราะห์หาค่าร้อยละ
5. หาค่าความสัมพันธ์ของตัวแปรตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และ Odds ratio

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่

- 1.1 หาค่าร้อยละ (P) โดยใช้สูตร (ล้วน สายยศและอังคณา สายยศ. 2531 : 59)

$$P = \frac{f \times 100}{n}$$

เมื่อ P แทน ค่าร้อยละ

f แทน ค่าความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นค่าร้อยละ

n แทน จำนวนความถี่ทั้งหมด

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพของเครื่องมือ มีดังนี้

2.1 การหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 117)

$$IC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะเจตคติ
 $\sum R$ แทน ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
 N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 การหาค่าอำนาจจำแนกแบบสอบถาม โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected item to total correlation) โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117)

$$r_{xy} = \frac{n \sum xy - \sum x \sum y}{\sqrt{[n \sum x^2 - (\sum x)^2][n \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

เมื่อ r_{xy} แทน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ
 $\sum x$ แทน ผลรวมรายข้อ (Item) ของกลุ่มตัวอย่าง
 $\sum y$ แทน ผลรวมของคะแนนรวม (Total) ของกลุ่มตัวอย่าง
 $\sum xy$ แทน ผลรวมของผลคูณของคะแนน x และคะแนน y
 n แทน จำนวนคนของกลุ่มตัวอย่าง

2.3 การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการหาค่าความเชื่อมั่นโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 125)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum s_i^2}{s_r^2} \right]$$

เมื่อ α แทน สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น
 n แทน จำนวนข้อ
 s_i^2 แทน คะแนนความแปรปรวนในแต่ละข้อ
 s_r^2 แทน คะแนนความแปรปรวนทั้งฉบับ

3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

3.1 การทดสอบไค-สแควร์ (Chi-square test) เป็นการทดสอบหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัว โดยใช้สูตรทั่วไป (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2537 : 219)

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}, df = (r - 1)(c - 1)$$

เมื่อ χ^2 แทน ค่า Chi-square

O_{ij} แทน จำนวนความถี่ที่อยู่ในเซลล์ ij

E_{ij} แทน ค่า expected frequencies ที่คำนวณได้จาก $\frac{R_i C_j}{n}$

n แทน จำนวนตัวอย่างทั้งหมด

R_i แทน ผลรวมของ row นั้น

C_j แทน ผลรวมของ column นั้น

3.2 การทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ correction χ^2 (Yate's correction) เป็นค่าสถิติทดสอบที่มีการปรับความต่อเนื่องสำหรับตาราง 2×2 ใช้เมื่อ ต้องการปรับข้อมูลให้มีความต่อเนื่องดังสูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2537 : 235)

$$\chi^2 = \frac{n(ad - bc - n/2)^2}{R_1 R_2 C_1 C_2}, df = 1$$

ตาราง 2 แสดงการคำนวณการทดสอบความสัมพันธ์โดยวิธี Yate's correction

ปัจจัย	กลุ่มศึกษา		รวม
	1	2	
1	a	b	R_1
2	c	d	R_2
รวม	C_1	C_2	n

3.3 การทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Fisher's exact test ใช้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรเมื่อ expected frequency (E_{ij}) มีค่าต่ำกว่า 5 ในกรณีตาราง 2 x 2 โดยที่ตัวแปรนั้นเป็นตัวแปรที่เป็น dichotomous (วีรานันท์ พงศาภักดี. 2544 : 36)

$$P = \frac{R_1!R_2!C_1!C_2!}{n!a!b!c!d!}$$

ตาราง 3 แสดงการคำนวณการทดสอบความสัมพันธ์โดยวิธี Fisher's exact test

ปัจจัย	กลุ่มศึกษา		รวม
	1	2	
X_1	a	b	R_1
X_2	c	d	R_2
รวม	C_1	C_2	n

3.4 การคำนวณหาค่า Odds Ratio (OR) ได้จากสูตร (กัลยา วาณิชยปัญญา. 2543 : 354)

$$\text{Odds Ratio} = \frac{AD}{BC}$$

ตาราง 4 แสดงการคำนวณ Odds Ratio

กลุ่ม	ปัจจัย		รวม
	1	2	
กลุ่มที่ยินยอม	A	B	A+B
กลุ่มที่ไม่ยินยอม	C	D	C+D
รวม	A+C	B+D	N

3.5 การคำนวณช่วงความเชื่อมั่นของ Odds Ratio (95% confidence interval of OR) สูตรที่คำนวณคือ (กัลยา วาณิชยปัญญา. 2543 : 357)

$$95\% \text{ confidence interval of OR} = \text{OR} \times \exp \left(\pm 1.96 \sqrt{\frac{1}{A} + \frac{1}{B} + \frac{1}{C} + \frac{1}{D}} \right)$$

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการแปลความหมาย ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ต่างๆ แทนความหมายดังต่อไปนี้

n แทน กลุ่มตัวอย่าง

χ^2 แทน ค่าสถิติของการทดสอบไค – สแควร์ (Chi - square)

OR แทน ค่า Odds Ratio

95% CI of OR แทน ค่าช่วงความเชื่อมั่น 95% ของ Odds Ratio

df แทน ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)

p แทน ความน่าจะเป็นหรือโอกาส (Probability) ที่เกิดความคลาดเคลื่อนแบบ 1 (Type I error) ในการปฏิเสธสมมติฐานเป็นกลาง (H_0) จากการทดสอบค่าไค – สแควร์ (Chi - square)

* แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปดำเนินการวิเคราะห์ แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ปัจจัยด้านชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ จำแนกตามตัวแปรอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตรที่มีชีวิต และจำนวนบุตรที่ต้องการ

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมันของกลุ่มตัวอย่าง โดยทดสอบความสัมพันธ์ χ^2 และค่า 95% CI of OR แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

2.1 วิเคราะห์ปัจจัยด้านชีวสังคมที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมัน ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตรที่มีชีวิต และจำนวนบุตรที่ต้องการ

2.2 วิเคราะห์ปัจจัยด้านจิตลักษณะที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมัน ได้แก่ เจตคติต่อการทำหมัน

2.3 วิเคราะห์สิ่งชักนำสู่การตัดสินใจที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมัน ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเรื่องการทำหมัน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ปัจจัยด้านชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ จำแนกตามตัวแปรอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตรที่มีชีวิต และจำนวนบุตรที่ต้องการ

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านชีวสังคม (n = 300)

ปัจจัยด้านชีวสังคม	ยอมรับ การทำหมัน		ไม่ยอมรับ การทำหมัน		รวม	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
อายุ						
18-24 ปี	17	17.00	75	37.50	92	30.70
25-34 ปี	62	62.00	101	50.50	163	54.30
35 ปี ขึ้นไป	21	21.00	24	12.00	45	15.00
รวม	100	100.00	200	100.00	300	100.00
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	25	25.00	75	37.50	100	33.33
มัธยมศึกษา	35	35.00	81	40.50	116	38.67
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	25	25.00	24	12.00	49	16.33
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	15	15.00	20	10.00	35	11.67
รวม	100	100.00	200	100.00	300	100.00
อาชีพ						
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	11	11.00	11	5.50	22	7.33
ค้าขาย	14	14.00	19	9.50	33	11.00
รับจ้าง	33	33.00	77	38.50	110	36.67
แม่บ้าน	39	39.00	92	46.00	131	43.67
อื่นๆ	3	2.00	1	0.50	4	1.33
รวม	100	100.00	200	100.00	300	100.00

ตาราง 5 (ต่อ)

ปัจจัยด้านชีวสังคม	ยอมรับ การทำหมัน		ไม่ยอมรับ การทำหมัน		รวม	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
รายได้ของครอบครัว						
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท/เดือน	17	17.00	82	41.00	99	33.00
5,001-10,000 บาท/เดือน	33	33.00	48	24.00	81	27.00
10,001 บาทขึ้นไป/เดือน	50	50.00	70	35.00	120	40.00
รวม	100	100.00	200	100.00	300	100.00
จำนวนบุตรที่มีชีวิต						
จำนวน 2 คน	60	60.00	177	88.50	237	79.00
จำนวน 3 คน ขึ้นไป	40	40.00	23	11.50	63	21.00
รวม	100	100.00	200	100.00	300	100.00
จำนวนบุตรที่ต้องการ						
จำนวน 2 คน	54	54.00	105	52.50	159	53.00
จำนวน 3 คน	42	42.00	88	44.00	130	43.33
จำนวน 4 คน	4	4.00	7	3.50	11	3.67
รวม	100	100.00	200	100.00	300	100.00

จากตาราง 5 กลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับการทำหมัน และไม่ยอมรับการทำหมัน ส่วนใหญ่มีอายุ 25 – 34 ปี คิดเป็นร้อยละ 66.70 และ 50.50 ตามลำดับ

ระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับการทำหมัน และไม่ยอมรับการทำหมัน ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 35.00 และ 40.50 ตามลำดับ

อาชีพ กลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับการทำหมัน และไม่ยอมรับการทำหมัน ส่วนใหญ่มีอาชีพเป็นแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 39.00 และ 46.00 ตามลำดับ

รายได้ของครอบครัว กลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับการทำหมัน ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 10,001 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 50.00 และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ยอมรับการทำหมัน ส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท

จำนวนบุตรที่มีชีวิต กลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับการทำหมัน และไม่ยอมรับการทำหมัน ส่วนใหญ่มีบุตร จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 และ 88.50 ตามลำดับ

จำนวนบุตรที่ต้องการ กลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับการทำหมัน และไม่ยอมรับการทำหมัน ส่วนใหญ่ต้องการจะมีบุตร จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 54.00 และ 52.50 ตามลำดับ

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมันของกลุ่มตัวอย่าง โดยทดสอบความสัมพันธ์ χ^2 และค่า 95% CI of OR แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

2.1 วิเคราะห์ปัจจัยด้านชีวสังคมที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมัน ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตรที่มีชีวิต และจำนวนบุตรที่ต้องการ

ตาราง 6 ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุกับการยอมรับการทำหมัน

อายุ	ยอมรับ n (ร้อยละ)	ไม่ยอมรับ n (ร้อยละ)	OR	95%CI of OR	χ^2	p
18 – 24 ปี	17 (18.50)	75 (81.50)	1		14.36*	.001
25 – 34 ปี	62 (38.00)	101 (62.00)	2.71*	1.47 – 5.01		
35 ปี ขึ้นไป	21 (46.70)	24 (53.30)	3.86*	1.76 – 8.49		
รวม	100 (33.30)	200 (66.70)				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 6 พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 25-34 ปี มีการยอมรับการทำหมัน มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 18-24 ปี 2.71 เท่า อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 (95%CI of OR = 1.47 - 5.01) และกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไป มีการยอมรับการทำหมัน มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 18-24 ปี 3.86 เท่า อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 (95%CI of OR = 1.76-8.49)

ตาราง 7 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับการยอมรับการทำหมัน

ระดับการศึกษา	ยอมรับ n (ร้อยละ)	ไม่ยอมรับ n (ร้อยละ)	OR	95%CI of OR	χ^2	p
ประถมศึกษา						
หรือต่ำกว่า	25 (25.00)	75 (75.00)	1		11.97*	.007
มัธยมศึกษา	35 (30.20)	81 (69.80)	1.30	0.71 – 2.37		
อนุปริญญา						
หรือเทียบเท่า	25 (51.00)	24 (49.00)	3.13*	1.52 – 6.42		
ปริญญาตรี						
หรือสูงกว่า	15 (42.90)	20 (57.10)	2.25*	1.01 – 5.05		
รวม	100 (33.30)	200 (66.70)				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 7 พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า มีการยอมรับการทำหมันมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า 3.13 เท่า อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 (95%CI of OR = 1.52 – 6.42) และกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีการยอมรับการทำหมันมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า 2.25 เท่า อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 (95%CI of OR = 1.01 – 5.05)

ตาราง 8 ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับการยอมรับการทำหมัน

อาชีพ	ยอมรับ n (ร้อยละ)	ไม่ยอมรับ n (ร้อยละ)	OR	95%CI of OR	χ^2	p
รับราชการ/พนักงาน รัฐวิสาหกิจ	11 (50.00)	11 (50.00)	2.36	0.94 – 5.90	8.40	.07
ค้าขาย	14 (42.40)	19 (57.60)	1.74	0.79 – 3.81		
รับจ้าง	33 (30.00)	77 (70.00)	1.01	0.58 – 1.76		
แม่บ้าน	39 (29.80)	92 (70.20)	1			
อื่นๆ	3 (75.00)	1 (25.00)	7.08	0.71 – 70.16		
รวม	100 (33.30)	200 (66.70)				

จากตาราง 8 พบว่า อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3

ตาราง 9 ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของครอบครัวต่อเดือนกับการยอมรับการทำหมัน

รายได้ของครอบครัว ต่อเดือน (บาท)	ยอมรับ n (ร้อยละ)	ไม่ยอมรับ n (ร้อยละ)	OR	95%CI of OR	χ^2	p
ต่ำกว่า 5,000	17 (17.20)	82 (82.80)	1		17.39*	.000
5,001 – 10,000	33 (40.70)	48 (59.30)	3.32*	1.67 – 6.58		
10,001 ขึ้นไป	50 (41.70)	70 (58.30)	3.45*	1.82 – 6.51		
รวม	100 (33.30)	200 (66.70)				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 9 พบว่า รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 5,001-10,000 บาท/เดือน มีการยอมรับการทำหมัน มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท/เดือน 3.32 เท่า อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 (95%CI of OR = 1.67 – 6.58) และกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้มากกว่า 10,001 บาท/เดือน มีการยอมรับการทำหมัน มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท/เดือน 3.45 เท่า อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 (95%CI of OR = 1.82 – 6.51)

ตาราง 10 ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนบุตรที่มีชีวิตกับการยอมรับการทำหมัน

จำนวนบุตรที่มีชีวิต	ยอมรับ n (ร้อยละ)	ไม่ยอมรับ n (ร้อยละ)	OR	95%CI of OR	χ^2	p
จำนวน 2 คน	60 (25.30)	177 (74.70)	1		32.64*	.000
จำนวน 3 คน ขึ้นไป	40 (63.50)	23 (36.50)	5.13*	2.84 – 9.26		
รวม	100 (33.30)	200 (66.70)				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 10 พบว่า จำนวนบุตรที่มีชีวิต มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มี จำนวนบุตร 3 คน ขึ้นไป มีการยอมรับการทำหมัน มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนบุตร 2 คน 5.13 เท่า อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 (95%CI of OR = 2.84 – 9.26)

2.2 วิเคราะห์ปัจจัยด้านจิตลักษณะที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมัน ได้แก่ จำนวนบุตรที่ต้องการ และเจตคติต่อการทำหมัน

ตาราง 11 ความสัมพันธ์ระหว่าง จำนวนบุตรที่ต้องการกับการยอมรับการทำ

จำนวนบุตร ที่ต้องการ	ยอมรับ n (ร้อยละ)	ไม่ยอมรับ n (ร้อยละ)	OR	95%CI of OR	χ^2	p
จำนวน 2 คน	54 (34.00)	105 (66.00)	1		0.135	.935
จำนวน 3 คน	42 (32.30)	88 (67.70)	0.92	0.57 – 1.52		
จำนวน 4 คน	4 (36.40)	7 (63.60)	1.11	0.31 – 3.96		
รวม	100 (33.30)	200 (66.70)				

จากตาราง 11 พบว่า จำนวนบุตรที่ต้องการ ไม่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6

ตาราง 12 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับเจตคติต่อการทำหมัน

เจตคติต่อการทำหมัน	ยอมรับการทำหมัน		ไม่ยอมรับการทำหมัน		รวม	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
ระดับดี	72	72.00	60	30.00	132	44.00
ระดับปานกลาง	28	28.00	140	70.00	168	56.00
รวม	100	100.00	200	100.00	300	100.00

จากตาราง 12 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเจตคติต่อการทำหมันในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 56.00 รองลงมาคือ ระดับดี คิดเป็นร้อยละ 44.00

ในกลุ่มที่ยอมรับการทำหมัน ส่วนใหญ่มีเจตคติต่อการทำหมันในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 72.00 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 28.00 ส่วนในกลุ่มที่ไม่ยอมรับการทำหมัน ส่วนใหญ่มีเจตคติต่อการทำหมัน ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 70.00 รองลงมาคือ ระดับดี คิดเป็นร้อยละ 30.00

ตาราง 13 ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการทำหมันกับการยอมรับการทำหมัน

เจตคติต่อการทำหมัน	ยอมรับ	ไม่ยอมรับ	OR	95%CI of OR	χ^2	p
	n (ร้อยละ)	n (ร้อยละ)				
ระดับดี	72 (54.50)	60 (45.50)	6.00*	3.53 – 10.20	47.73*	.000
ระดับปานกลาง	28 (16.70)	140 (83.30)	1			
รวม	100 (33.30)	200 (66.70)				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 13 พบว่า เจตคติต่อการทำหมัน มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเจตคติต่อการทำหมันในระดับดี มีการยอมรับการทำหมันมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเจตคติต่อการทำหมันในระดับปานกลาง 6.00 เท่า อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 (95%CI of OR = 3.53 – 10.20)

2.3 วิเคราะห์การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเรื่องการทำหมันที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมัน

ตาราง 14 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมฯ	ยอมรับการทำหมัน		ไม่ยอมรับการทำหมัน		รวม	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
ระดับสูง	71	71.00	11	5.50	82	27.33
ระดับปานกลาง	29	29.00	189	94.50	218	72.67
รวม	100	100.00	200	100.00	300	100.00

จากตาราง 14 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเรื่องการทำหมันในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 72.67 รองลงมาคือ ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 27.33

ในกลุ่มที่ยอมรับการทำหมัน ส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเรื่องการทำหมันในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 71.00 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 29.00 ส่วนในกลุ่มที่ไม่ยอมรับการทำหมัน ส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเรื่องการทำหมันในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 94.50 รองลงมาคือ ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 5.50

ตาราง 15 ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเรื่องการทำหมันกับการยอมรับการทำหมัน จำนวน 100 คน และไม่ยอมรับการทำหมัน จำนวน 200 คน

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	ยอมรับ n (ร้อยละ)	ไม่ยอมรับ n (ร้อยละ)	OR	95%CI of OR	χ^2	p
ระดับสูง	71 (86.60)	11 (13.40)	42.07*	19.96 - 88.67	144.00*	.000
ระดับปานกลาง	29 (13.30)	189 (86.70)	1			
รวม	100 (33.30)	200 (66.70)				

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 15 พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเรื่องการทำหมัน มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8 โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง มีการยอมรับทำหมัน มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ในระดับปานกลาง 42.07 เท่า อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 (95%CI of OR = 19.96 – 88.67)

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมันของสตรีมีบุตร 2 คน ขึ้นไป ที่มารับบริการ ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. อายุมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมัน
2. ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมัน
3. อาชีพมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมัน
4. รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมัน
5. จำนวนบุตรที่มีชีวิตมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมัน
6. จำนวนบุตรที่ต้องการมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมัน
7. เจตคติต่อการทำหมันมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมัน
8. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเรื่องการทำหมันมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมัน

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นสตรีมีบุตร 2 คนขึ้นไป ที่มารับบริการที่หน่วยวางแผนครอบครัวและตึกสูติกรรมหลังคลอด วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล จำนวน 1,063 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นสตรีมีบุตร 2 คนขึ้นไป ที่มารับบริการที่หน่วยงานแผนครอบครัวและตึกสูติกรรมหลังคลอด วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และ

วชิรพยาบาล แบ่งเป็นกลุ่มที่ยอมรับการทำหมัน (Case Group) จำนวน 100 คน และกลุ่มที่ไม่ยอมรับการทำหมัน (Control Group) จำนวน 200 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างวิธีแบบโควต้า

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ตามตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตรที่มีชีวิต และจำนวนบุตรที่ต้องการ ซึ่งลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) จำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามเจตคติของสตรีที่มารับบริการที่หน่วยงานแผนครอบครัวและตึกสูติกรรมหลังคลอด ที่มีต่อการยอมรับการทำหมัน ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งมีทั้งหมด 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งมีทั้งหมด 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด จำนวน 6 ข้อ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาวิเคราะห์โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป โดยผู้วิจัยดำเนินการตามหลักดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแต่ละฉบับ
2. ตรวจสอบให้คะแนนข้อคำถามแต่ละส่วนของแบบสอบถามตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
3. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของสตรีที่มีต่อการยอมรับการทำหมันแยกตาม อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตรที่มีชีวิต จำนวนบุตรที่ต้องการ เจตคติต่อการทำหมัน และแรงสนับสนุนทางสังคม มาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละตามตัวแปร
4. หาความสัมพันธ์ของตัวแปรตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ และ Odds ratio

สรุปผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปผลได้ดังนี้

1. ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปพบว่า

กลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับการทำหมัน จำนวน 100 คน ส่วนใหญ่มีอายุ 25-34 ปี สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา มีอาชีพเป็นแม่บ้าน มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 10,001 บาท ขึ้นไป และจำนวนบุตรที่มีชีวิตทั้งหมด 2 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ยอมรับการทำหมัน จำนวน 200 คน ส่วนใหญ่มีอายุ 25-34 ปี สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา มีอาชีพเป็นแม่บ้าน มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท และจำนวนบุตรที่มีชีวิตทั้งหมด 2 คน

2. ผลการศึกษาปัจจัยด้านชีวสังคมที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมัน ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตรที่มีชีวิต ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมัน ได้แก่ อาชีพ ปรากฏดังนี้

2.1 อายุมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 25-34 ปี มีการยอมรับการทำหมัน มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 18-24 ปี 2.71 เท่า อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไป มีการยอมรับการทำหมันมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 18-24 ปี 3.86 เท่า อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

2.2 ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญาหรือเทียบเท่า มีการยอมรับการทำหมันมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า 3.13 เท่า อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และกลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีการยอมรับการทำหมันมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า 2.25 เท่า อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

2.3 อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3

2.4 รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 5,001-10,000 บาท/เดือน มีการยอมรับการทำหมัน มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท/เดือน 3.32 เท่า อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้มากกว่า 10,001 บาท/เดือน มีการยอมรับการทำหมัน มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท/เดือน 3.45 เท่า อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

2.5 จำนวนบุตรที่มีชีวิต มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนบุตร 3 คน ขึ้นไป มีการยอมรับการทำหมัน มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนบุตร 2 คน 5.13 เท่า อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

3. ผลการศึกษาปัจจัยด้านจิตลักษณะที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมัน ได้แก่ เจตคติต่อการทำหมัน ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมัน ได้แก่ จำนวนบุตรที่ต้องการ

3.1 เจตคติต่อการทำหมัน มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเจตคติต่อการทำ

หมั้นในระดับดี มีการยอมรับการการทำหมั้น มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเจตคติต่อการทำหมั้นในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

3.2 จำนวนบุตรที่ต้องการ ไม่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการการทำหมั้น ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6

4. การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเรื่องการทำหมั้นมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการการทำหมั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8 โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง มีการยอมรับการการทำหมั้น มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากการศึกษาการยอมรับการทำหมั้นของสตรีที่มารับบริการ อภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. ผลการศึกษาปัจจัยด้านชีวสังคมที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมั้น ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และจำนวนบุตรที่มีชีวิต ดังนี้

1.1 อายุมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการการทำหมั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 อธิบายได้ว่าสตรีที่มีบุตรจะต้องมีอายุเหมาะสม ในช่วงวัยเจริญพันธุ์ และควรจะต้องคุมกำเนิดเมื่อมีจำนวนบุตรตามที่ต้องการแล้ว หมายความว่าสตรีที่มีอายุมากขึ้นยอมรับการทำหมั้นมากกว่าสตรีที่อายุน้อย ดังนั้นอายุจึงมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมั้น ซึ่งสอดคล้องกับ เสาวนีย์ สิริยุดตะ (2532 : ข) ปัจจัยที่กำหนดการใช้วิธีการคุมกำเนิด ด้วยยาฝังได้ผิวหนังของสตรีวัยเจริญพันธุ์จังหวัดขอนแก่น พบว่า อายุของสตรีวัยเจริญพันธุ์มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาฝังให้ผิวหนัง และการศึกษาของ นันทนา คงนันทะ (2531 : 77) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำหมั้นหลังคลอดของสตรีที่มีบุตร ตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า อายุของสตรีเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการทำหมั้นหลังคลอด

1.2 ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการยอมรับการการทำหมั้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 อธิบายได้ว่าสตรีที่มีการศึกษาสูงขึ้น มีความรู้เรื่องการคุมกำเนิดและการวางแผนครอบครัว ตระหนักถึงความสำคัญของการการทำหมั้น ดังนั้นระดับการศึกษาจึงมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการการทำหมั้น ซึ่งสอดคล้องกับ อัจฉรา มาศมาลัย (2532 : ก-ข) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดในกลุ่มสตรีที่ไม่ต้องการบุตรเพิ่ม พบว่าการศึกษาของสตรีมีความสัมพันธ์กับการคุมกำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ การศึกษาของ สุภาภรณ์ ชีระจันทร์ (2531 : ก-ข) ที่ศึกษาอิทธิพลของศาสนาต่อการควบคุมภาวะการเจริญพันธุ์ภาคใต้ พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับการใช้การคุมกำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.3 รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการการทำหมัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 ซึ่งสอดคล้องกับ ซิมมอส (Simmos. 1983 : 103) ได้ศึกษาปัจจัยที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับการทำหมัน พบว่า รายได้เป็นปัจจัยที่มีส่วนกำหนดโดยวิธีการทำหมันซึ่งคู่สามีภรรยาจะเป็นผู้กำหนดจำนวนบุตรตามที่ตนเองต้องการหรือเว้นช่วงการมีบุตร มิสรา (Misra. 1967 : 181) ได้ศึกษาความสำคัญของรายได้ของครอบครัวกับเจตคติต่อการวางแผนครอบครัวในซีกาโก พบว่า เมื่อรายได้สูงขึ้นอัตราการเห็นด้วยจะสูงตามไปด้วย ครอบครัวที่มีรายได้ต่ำกว่า 4,000 เหรียญสหรัฐอเมริกา สามีเห็นด้วยร้อยละ 65 ภรรยาเห็นด้วยร้อยละ 74 รายได้ระหว่าง 4,000 – 7,999 เหรียญสหรัฐอเมริกา สามีเห็นด้วยร้อยละ 79 ภรรยาเห็นด้วย ร้อยละ 84 ครอบครัวที่มีรายได้ต่อปีสูงกว่า 8,000 เหรียญสหรัฐอเมริกา สามีเห็นด้วยร้อยละ 80 ภรรยาเห็นด้วย ร้อยละ 86.70

1.4 จำนวนบุตรที่มีชีวิต มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการการทำหมัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่าจำนวนบุตรที่มีชีวิต จะเป็นตัวบ่งชี้ว่าปัจจุบันพร้อมที่จะมีบุตรคนต่อไปหรือไม่ มีปัญหาในการเลี้ยงดู การดูแลเอาใจใส่อย่างเต็มที่ เพื่อให้บุตรโตมาอย่างสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดังนั้นจำนวนบุตรที่มีชีวิต จึงมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการการทำหมัน ซึ่งสอดคล้องกับคลินเจอร์ (Klinger. 1981 : 601) ได้ศึกษาจำนวนบุตรที่มีชีวิตเป็นสิ่งที่จะช่วยในการตัดสินใจของคู่สมรสในการที่จะมีบุตรต่อไปในประเทศรัสเซีย พบว่า จำนวนบุตรยิ่งมากขึ้น สัดส่วนของการทำหมันหญิงก็ยิ่งทวีเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ ดาวและคนอื่นๆ (Dow and Others. 1986 : 107) ได้ศึกษาคูณลักษณะของผู้มารับบริการคุมกำเนิดใหม่ในซิมบับเว โดยศึกษาสตรี จำนวน 3,269 คน พบว่า จำนวนสตรีมากกว่าครึ่งหนึ่งมีอายุต่ำกว่า 25 ปี มีบุตรที่มีชีวิตมากกว่า 3 คน ร้อยละ 90 ส่วนสตรีที่ต้องการเว้นระยะการมีบุตรมีอายุอายุประมาณ 24 ปี มีบุตร 6-7 และบุตรคนสุดท้ายอายุ 2 ปี 1 เดือน

1.5 อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการการทำหมัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 อธิบายได้ว่าสตรีไม่ได้เป็นหลักของครอบครัวในการหารายได้ ฉะนั้นสตรีที่ประกอบอาชีพต่างกันจึงไม่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการการทำหมัน ซึ่งสอดคล้องกับอัจนรา มาศมาลัย (2532 : ก) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดในกลุ่มสตรีที่ไม่ต้องการบุตรเพิ่ม พบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการคุมกำเนิดและไม่คุมกำเนิด และการศึกษาของ สุทิน ศิริอักษร (2532 : ข) ความเชื่อ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของข้าราชการตำรวจใน 4 จังหวัดภาคใต้ พบว่า อาชีพของตำรวจมีผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวไม่แตกต่างกัน

2. ผลการศึกษาปัจจัยด้านจิตลักษณะที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการการทำหมัน ได้แก่ จำนวนบุตรที่ต้องการ และเจตคติต่อการทำหมัน

2.1 เจตคติต่อการทำหมันมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการการทำหมัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 อธิบายได้ว่าเจตคติเป็นความรู้สึก

นึกคิด ความคิดเห็น และความเชื่อในด้านต่างๆ ของบุคคลเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง บุคคลที่มีเจตคติที่ดีจะมีความรู้สึกภูมิใจ ยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลง และมีความเชื่อมั่นในตนเอง เมื่อบุคคลมีเจตคติที่ดีต่อเรื่องใด ก็จะมีส่งเสริมให้มีการปรับตัวและมีความพร้อมในการเรียนรู้เรื่องนั้นๆ ดังนั้นจึงพบว่า เจตคติต่อการทำหมันจึงมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมัน ซึ่งสอดคล้องกับ นงนุช ชันธวาริ (2548 : 90) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการฝากครรภ์โรงพยาบาล ในสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า เจตคติต่อการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 จำนวนบุตรที่ต้องการ ไม่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมัน ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 อธิบายได้ว่า ความต้องการบุตรจำนวนมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความพร้อมของครอบครัว ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ และความพร้อมในการเลี้ยงดู ดังนั้นจำนวนบุตรที่ต้องการ จึงไม่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมัน ซึ่งสอดคล้องกับอมรา ชิตมิไชย (2535 : 131) ได้ศึกษาความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานครที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว พบว่า สตรีภายหลังคลอดบุตรที่มีความแตกต่างกันในด้านจำนวนบุตรที่มีชีวิตมีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวไม่แตกต่างกัน

3. ผลการศึกษาการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเรื่องการทำหมัน มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8 อธิบายได้ว่าการที่บุคคลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นทางด้านอารมณ์ เช่น การได้รับกำลังใจจากครอบครัว การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือบุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนการสนับสนุนทางด้านวัตถุ เงินทอง ย่อมจะทำให้สตรีมีบุตร 2 คนขึ้นไปที่มาใช้บริการเกิดการยอมรับการทำหมันมากยิ่งขึ้น จึงพบว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเรื่องการทำหมัน มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมัน ซึ่งสอดคล้องกับพอทเตอร์, โมจาร์โร และนูเนซ (Potter, Mojarro ;& Nunez. 1978 : 144-155) ได้ศึกษาถึงอิทธิพลของการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวกับการยอมรับการวางแผนครอบครัวในเขตชนบทของประเทศเม็กซิโก พบว่า การให้คำแนะนำของแพทย์ พยาบาล มีส่วนช่วยสนับสนุนให้เว้นระยะการมีบุตรให้นานออกไปสำหรับวิธีการคุมกำเนิดที่ต้องการ ได้แก่ การคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ รวมทั้งการทำหมันหญิง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการยอมรับการทำหมันของสตรีที่มารับบริการ ดังนี้

1. จากการศึกษาพบว่า เจตคติต่อการทำหมัน และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเรื่องการทำหมัน มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมันของสตรี ดังนั้นจึงควรให้ส่งเสริมให้สตรีมีบุตร

2 คนขึ้นไป รวมทั้งพ่อแม่ สามิ และญาติพี่น้อง มีเจตคติที่ดีต่อการทำหมันและมีความรู้ที่ถูกต้อง เรื่องการทำหมัน เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง และเพื่อเป็นการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการวางแผน ครอบครัวอีกทางหนึ่งด้วย

2. วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล ควรให้การสนับสนุนให้มีการ จัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาในการวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิดชนิดต่างๆ ทั้งชั่วคราว และถาวร อย่างถูกต้อง ให้กับสตรีที่แต่งงานแล้ว

ข้อเสนอแนะสำหรับการค้นคว้าครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมัน ในกลุ่ม ตัวอย่างโรงพยาบาลอื่นๆ ในเขตกรุงเทพมหานคร

2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการทำหมันทั้งในชายและหญิง เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง รวมทั้งเจตคติที่ดีต่อการทำหมัน และประโยชน์ต่อการวางแผน ครอบครัว เป็นต้น

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรมอนามัย. (2536). *อนามัยการเจริญพันธุ์*. นนทบุรี : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
ถ่ายเอกสาร.
- ขวัญกมล ตั้งศิลาปะชัย. (2531). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคุมกำเนิดในปัจจุบัน :*
เปรียบเทียบระหว่างภาคที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงและต่ำ. วิทยานิพนธ์ ศม. (สังคม
สงเคราะห์ศาสตร์). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- เจลีเยว บุรีภักดี. (2517). *จิตวิทยาสังคม*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์คุรุสภา.
- ชวนชม สกนธวัฒน์. (2538). *การคุมกำเนิด : Contraception*. ขอนแก่น : คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- . (2540). *การคุมกำเนิด*. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชาคริต ชมชื่น. (2530). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะปฏิบัติในการวางแผน
ครอบครัวของนักเรียนชาวเขาในจังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (การจัดการ
ศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ชาญชัย ยามะรัต. (2530). *ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวระยะ
หลังคลอด*. วารสารสุขศึกษา ฉบับที่ 10. กรุงเทพฯ : สมาคม.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2534). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล.
- เชิดศักดิ์ โฆวาสินธุ์. (2520). *การวัดทัศนคติและบุคลิกภาพ*. กรุงเทพฯ : สำนักทดสอบ
การศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ชูชีพ อ่อนโคกสูง. (2522). *จิตวิทยาการศึกษา*. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- ดวงเดือน พันธุมนาวิน. (2518). *อิทธิพลของสังคมต่อทัศนคติของวัยรุ่น*. รายงานการวิจัย
ฉบับที่ 18. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์คุรุสภา.
- นันทพร แสนศิริพันธ์. (2544). *รายงานวิจัยเรื่อง มิติทางสังคมวัฒนธรรม : การตัดสินใจเลือก
วิธีคุมกำเนิดของหญิงชายในจังหวัดเชียงใหม่*. เชียงใหม่ : ธนบรรณการพิมพ์.
- นิภาวรรณ รัตนานนท์. (2532). *ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการตั้งครรภ์ การสนับสนุนทาง
สังคม กับแบบแผนการดำรงชีวิตด้านสุขภาพในสตรีตั้งครรภ์ของหญิงวัยรุ่นครรภ์แรก*.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. (การวิจัยธรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ.
- ประคอง กรรณสูตร. (2532). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. ปทุมธานี : ศูนย์หนังสือ
ดร. สง่า จำกัด.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). *ทัศนคติ : การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย*. กรุงเทพฯ :
โอเดียนสโตร์.

- ปรากรม วุฒิพงศ์. (2539). นโยบายอนามัยการเจริญพันธุ์. นนทบุรี : กรมอนามัย.
 ถ่ายเอกสาร.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2540). วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ :
 สำนักทดสอบการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- มะลิ ลีวานนท์ชัย. (2530). ความแตกต่างทางด้านเศรษฐกิจและสังคมในการเว้นระยะการมีบุตร:
 รายงานการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ. กรุงเทพฯ : สมาคมนักประชากร
 ไทย.
- มัลลิกา มัติโก; และคณะ. (2540). อนามัยเจริญพันธุ์และการวางแผนครอบครัวในประเทศไทย
 : ภาพสะท้อนจากงานวิจัย. กรุงเทพฯ : ภาพพิมพ์.
- มาโนช สุตสายดา. (2539). ความรู้และเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับ
 การวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไปจังหวัดลพบุรี สังกัดกระทรวง
 สาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (การวิจัยและสถิติทางการศึกษา). กรุงเทพฯ :
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ระดม เศรษฐกร. (2512). การรับสิ่งเปลี่ยนแปลงใหม่ๆในท้องถิ่นชนบท. วารสารพัฒนาชุมชน
 ฉบับที่ 18. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ครุสภา.
- ฤดี เอ็มแย้ม. (2529). ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรที่มีผลต่อการตัดสินใจทำหมัน
 หญิงหลังคลอด : ศึกษาเฉพาะกรณีผู้มารับบริการจากห้องคลอดสามัญ โรงพยาบาล
 ศิริราช. วิทยานิพนธ์ สค.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วราภรณ์ แผลงมน. (2536). ความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของนักศึกษาชั้น
 ปีที่ 4 สถาบันราชภัฏสววิทยาลัยรัตนโกสินทร์. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (การบริหาร
 การศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
 ถ่ายเอกสาร.
- วิฑูร โอสถานนท์. (2534). การเจริญพันธุ์และการวางแผนครอบครัว อดีต ปัจจุบัน และอนาคต.
 กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง.
- วินัส ปัทมภาสพงษ์. (2547). การวางแผนครอบครัว. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสุขศึกษา
 คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วีรพันธ์ พงศาภักดี. (2544). การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงกลุ่ม : ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้.
 นครปฐม : มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์.
- ศักดิ์ สุนทรเสณี. (2531). เจตคติ. กรุงเทพฯ : ดิฉันบุ๊คส์.
- ศิริพร งามแสง. (2546). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทาง
 สังคมในการป้องกันโรคพิษและเหวี่ยงอกักเสบของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียน
 สังกัดสำนักกรมสามัญศึกษา อำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
 (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
 ถ่ายเอกสาร.

- ศิริรัตน์ เอกปิยะกุล. (2529). การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้การคุมกำเนิดชนิดชั่วคราวและชนิดถาวรของสตรีไทยในชนบท. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- ศุภวัลย์ พลายน้อย. (2530). อิทธิพลของปัจจัยระดับบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการยอมรับการคุมกำเนิดในจังหวัดที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ : กรณีศึกษาจังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ กศ.ด. (วิทยาศาสตร์ศึกษา). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2541). ประชากรและการพัฒนา. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สนิท สมักรการ. (2522). การยอมรับการวางแผนครอบครัวในกลุ่มสตรีภาคใต้ : ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. กรุงเทพฯ : สำนักวิจัยสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- สุจิตรา กิจวิวัฒนาชัย. (2525). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการวางแผนครอบครัวของประชากรหมู่บ้านประมง. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- สมบูรณ์ ชิดพงษ์. (2523). เทคนิคการวัดผลและประเมินผลการเรียนการสอนสังคมศึกษา. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย. (2542). อนามัยเจริญพันธุ์. กรุงเทพฯ : สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2539). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540 – 2544. กรุงเทพฯ : เม็ดทรายพรินติ้ง.
- (2544). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545 – 2549. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.
- สุมิตรา สิทธิฤทธิ์. (2544). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว ของหญิงหลังคลอดที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (พฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สุรศักดิ์ ฐานิพานิชกุล; และคณะ. (2543). การวางแผนครอบครัวและเทคโนโลยีการคุมกำเนิด. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสูติศาสตร์ – นารีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- (2546). เทคโนโลยีการคุมกำเนิด. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- หิรัญญา ปะดุกา. (2543). ค่านิยมเกี่ยวกับภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีชาวเล จังหวัดสตูล. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (วิทยาการศึกษา). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.

- อมรา ชิตมีไชย. (2535). *ความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว*. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. (วิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- อัญญา มาตมาลัย. (2532). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดในสตรีที่ไม่ต้องการบุตรเพิ่มในประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์ ส.ม. (สังคมศึกษา). มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- Arnold, Fred and other. (1975). *The Value of Children : A Cross-National Study, Introduction and Comparative Analysis*. Volume I Ease-West Population Institute, Ease-West Center, Hawaii.
- Best, John W. (1983). *Research in Education*. Fourth Edition. New Delhi : V.K. Batra at Peart Offset Press.
- Bloom, B.S. ; Madaus, G.F. ; & Hasting, J.T. (1975). *Evaluation to Improve Learning*. New York : McGraw Hill Book Company.
- Bulatao Rodolfo A. (1981). *Values and Disvalues of Children in Successive Childbearing Decisions*. Papers of the Ease-West Population Institute, reprint No. 129, Ease-West Center, Hawaii.
- Callister, L.C. (November, 1993). *The role of the nurse in childbirth : Perceptions of the childbearing woman*. Clinical Nurse Specialist. 7 : 288-293.
- Cronewett, L.R. (1985). *Parental Network Structure and Perceived Support After Birth of First Child*.
- Dow, Thomas; & Others. (1986, March - April). *Characteristics of New Contraception Acceptor in Zimbabwe*. Studies in Family Planning. 17(2) : 107.
- Driver, Edwin D. (1962). *Differential Fertility in Central India*. New Jersey : Princeton University Press.
- Dwyer, Joseph C. (1990). *Is Permanent Contraception Acceptable in Subsaharan Africa*. Studies in Family Planning. 21(6) : 322 – 326.
- Fisher, Andrew A. and Silva Victor de. (1986). *Satisfied IUD Acceptors as Family Planning Motivators in Sri Lanka* : Studies in Family Planning. 17(5) : 235.
- Glosen, Rose K. and Ralls Max. (1963). *Factors Related to Acceptance of Innovation in Bang Chan Thailand*. New York : Cornell University.
- Hock, Saw – Swee. (1968). *Family Planning Knowledge Attitude and Practice in Mayaya Demography*. 5(2) : 702 – 708.

- Kamnuansilpa, Peerasit. (1981). *A Study of Fertility Decisions Among Thai Women*. Resear Center, National Institute of Development Administration : 105.
- Kelsey J.L.; Whittemore A.S.; E Van A.S.; & Thomoson W.D. (1996). *Method in Observational Epidemiology*. New York : Oxford University.
- Klonglan, B.E. and E.W. Coward Jr. (1977). *Some Factors Affecting to Adoption of Multiple Cropping in Imigration Area of Petchaburi Province*. Master Thesis Dept of Agricultural Extension Kasetsart University.
- Milne. B.J. (1988). *Couples' experiences with in vitro Fertilization*. Journal Obstet-Gynecol-Neonatal Nurse. 17 : 347-352.
- Misra, B.D. (1967). *Correlate of Males Attitudes Toward Family Planning*. Sociological Contribution to Family Planning Research. Chicago : University of Chicago.
- Newcomb, Theodore M. (1954). *Social Psychology*. New York : The Dryden Press.
- Noppawan Chongvatana and Jutha Manaspaikul. (1985). *The survey of the Cost of Children in Rural-Urban Northeastern Thailand*. Paper No. 50. Institute of Population Studies Chulalongkorn University : 203.
- Poter, John F. (1987). *The Control of Human Fertility*. Victoria : Blackwell Scientific Publications.
- Potter, Joseph E. Mojarro Octario and Nunez Leopoldo. (1987). *The Influence of Health Care on Contraceptive Acceptance in Rural Maxico : Studies in Family Planning*. 18(3) : 144-155.
- Preston, Samual H.; & Richard, Alan T. (1975). *The Influence of Woman's Work Opportunities on Marriage*. Demography.
- Rogers, Everett M. (1983). *Diffusion of Innovation*. The Free Press New York.
- Ross, Jok A.; & Smith, David P. Korca. (1964 – 1967). *Trends in Four National KAP. Suvey : Studies in Family Planning*. The Copulation Council.
- Schaefer, C.,Coyne, J.C. and Lazarus,R.S. (December, 1981). *The health-related functions of social support*. Journal of Behavioral Medicine. 4 : 381-406.
- Williams, Brain K.; & Knight , Sharon M. (1995). *Health for Life*. Pacific Grove : Book/Cole Publishing Company.
- Youkey David. (1972). *Fertility Difference in a Modernizing Country : Survey of Lebanese Couples*.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

หนังสือขออนุมัติการทำวิจัยในคน
หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัย



ด่วนที่สุด

บันทึกข้อความ

กองวิชาการ สนท.

รับที่ 6010
วันที่ 17 พ.ค. 2549
เรื่อง 16.19 %

ส่วนราชการ กองวิชาการ (ฝ่ายพัฒนามนุชคน โทร. 0 2224 9710 โทรสาร 0 2221 6029)

ที่ กท 0602.4/วค.230

วันที่ 17 พฤษภาคม 2549

เรื่อง อนุมัติโครงการวิจัย ของ นางสาวอัญชลี อุ่นญาติ

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์

เลขที่	5700
วันที่	18 พ.ค. 2549
เวลา	

ตามบันทึกที่ กท.0602/3883 ลงวันที่ 17 เมษายน 2549 เรื่อง ขออนุมัติการทำวิจัยในคน ซึ่งท่านขอให้คณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร พิจารณาโครงการวิจัยของ นางสาวอัญชลี อุ่นญาติ เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมันของสตรีมีบุตร 2 คนขึ้นไปที่มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล สำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร" นั้น

บัดนี้คณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร ได้พิจารณาโครงการวิจัยที่นำเสนอแล้ว มีความเห็นว่าโครงการได้มาตรฐาน ไม่ขัดต่อสวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ถูกวิจัย เห็นควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการที่นำเสนอได้ และให้ผู้วิจัยรายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการ ฯ ทุก 6 เดือน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบต่อไป พร้อมนี้ได้แนบเอกสารรับรองโครงการวิจัยในคนมาด้วยแล้ว

เปรมวดี คุณเดช
(นางสาวเปรมวดี คุณเดช)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคน

ของกรุงเทพมหานคร

เรียน ผอ.วพท.

☐ เพื่อโปรดทราบ

☐ เพื่อโปรดพิจารณา

☒ เห็นควรมอบให้ สอ.สว.สอ.สว.สอ.

ที่ กท 0602.4/ 0.1066

เรียน วอ. วพท.

เพื่อโปรดทราบและแจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบ

ขอรับ - คำเนินการ

(นายสุกิจ หาญพานิชกิจ (นายสุกิจสันต์ กิตติสุกกร)

นาชแพทย์ 9 วช. (ด้านเวชการกองวิชาการ สำนักงานการแพทย์

ผู้ช่วยผู้อำนวยการวิทยาลัย (ฝ่ายวิจัยและวิชาการ)

ปฏิบัติราชการแทนผู้อำนวยการวิทยาลัย

กองเวชการแพทย์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล สำนักงานการแพทย์

(นายสมพงษ์ เจริญกุล)

เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป 6 ปีงานบริหารงานทั่วไป
รักษาการในตำแหน่ง...
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

1 ต.ค. 2549

No. W. 104

Ethics Committee
For
Researches Involving Human Subjects, the Bangkok Metropolitan Administration

Title of Project : Factors Related to the Acception of
Sterilisation Contraception among Multiparity
Woman at Bangkok Metropolitan
Administration Medical College and Vajira
Hospital

Registered Number : 0065.49

Principal Investigator : Miss Unchalee Aunyard

Name of Institution : Bangkok Metropolitan Administration
Medical College and Vajira Hospital

The aforementioned project has been reviewed and approved by Ethics
Committee for Researches Involving Human Subjects, based on the Declaration of
Helsinki.

..... Chairman

(Mr. Pitinan Natrujirote)

Deputy Permanent Secretary for BMA

DATE OF APPROVAL 16 MAY 2006

ที่ ศธ 0519.12/6855



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุมนวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

14 ตุลาคม 2548

เรื่อง ขอกความอนุเคราะห์เพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เลขที่	10502
วันที่	27 ต.ค. 2548
วันที่รับ	31 ต.ค. 2548
วันที่ส่ง	10 ธ.ค.

เนื่องด้วย นางสาวอัญชลี อุ่นญาติ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "การยอมรับการคุมกำเนิดชนิดถาวรของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มารับบริการ ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล" โดยมี รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันิส ปัทมภาสพงษ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยขอให้ สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่ยอมรับการคุมกำเนิดชนิดถาวร เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการยอมรับการคุมกำเนิดชนิดถาวรของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มารับบริการ ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ในระหว่างเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน 2548

จึงเรียนมาเพื่อขอกความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวอัญชลี อุ่นญาติ ได้เก็บข้อมูล

☐ เพื่อไปรคทราบ

☐ เพื่อไปรคพิจารณา

☒ เพื่อไปรคพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

ขอป-ดำเนินการตามเสนอ

 27 ต.ค. 2548
(นางอัญชลี อุ่นญาติ)

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญสิริ จีระเดชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(นายโอกาส ไทยพิสุทธิกุล)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

สำนักงานแพทย์

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-6687155

28 ต.ค. 2548

ที่ ศร 0519.12/8555



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุมนวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

5 มกราคม 2549

เรื่อง ขอกความอนุเคราะห์เพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวอัญชลี อุ่นญาติ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการคุมกำเนิดชนิดถาวรของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มารับบริการ ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล” โดยมี รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอใช้สถานที่ฝึกปฏิบัติการหลังคลอด และหน่วยวางแผนครอบครัว เพื่อขอให้สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มารับบริการ คอบแบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการคุมกำเนิดชนิดถาวรของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มารับบริการ ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2549

จึงเรียนมาเพื่อขอกความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวอัญชลี อุ่นญาติ ได้เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญศิริ จีระเดชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-668-7155 มือถือ 01-610-7335

ที่ ศธ 0519.12/ 8554



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

5 มกราคม 2549

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่เพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวอัญชลี อุ่นญาติ นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการคุมกำเนิดชนิดถาวรของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มารับบริการ ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล” โดยมี รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันดี ปัทมภาสพงษ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขอใช้สถานที่เด็กสุติกรรมหลังคลอด และหน่วยวางแผนครอบครัว เพื่อขอให้สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มารับบริการ ตอบแบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการคุมกำเนิดชนิดถาวรของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มารับบริการ ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2549

จึงเรียนมาเพื่อขออนุญาตเผยแพร่ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวอัญชลี อุ่นญาติ ได้เก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพญศิริ จิระเชชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 02-664-1000 ต่อ 5731

หมายเหตุ : ต้องการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-668-7155 มือถือ 01-610-7335

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถาม

คำชี้แจงเกี่ยวกับแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการทำหมันของสตรีมีบุตร 2 ขึ้นไปที่มารับบริการ ณ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล มีทั้งหมด 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

1.1 ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม

1.2 ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเจตคติต่อการทำหมัน

1.3 ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเรื่องการทำหมัน

2. เพื่อความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม กรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบทุกส่วน ทุกข้อ ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับการวิจัยครั้งนี้ คำตอบของท่านจะไม่มีผลเสียใดๆ ต่อท่านและบุคคลที่ให้การสนับสนุนท่านทั้งสิ้น

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ

อัญชลี อุ่นญาติ

นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

แบบสอบถาม

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย x ลงในช่อง () หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่เป็นความจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

1. ปัจจุบันท่านอายุ

() 18 – 24 ปี () 25 – 34 ปี () 35 ปีขึ้นไป

2. ท่านจบการศึกษาระดับใด

() ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า () มัธยมศึกษา
() อนุปริญญา หรือเทียบเท่า () ปริญญาตรี หรือสูงกว่า

3. ขณะนี้ท่านประกอบอาชีพอะไร

() รับราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ () เกษตรกรรม
() ค้าขาย () แม่บ้าน
() รับจ้าง () อื่นๆ ระบุ.....

4. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน

() ไม่ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน () 5,001 – 10,000 บาท/เดือน
() 10,000 บาทขึ้นไป/เดือน

5. ขณะนี้ท่านมีบุตรอยู่ที่คน (บุตรที่มีชีวิตอยู่ในปัจจุบัน)

() จำนวน 1 คน () จำนวน 2 คน () จำนวน 3 คนขึ้นไป

6. จำนวนบุตรที่ท่านต้องการ.....คน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเจตคติต่อการทำหมัน

คำชี้แจง การตอบข้อความต่อไปนี้ เป็นเรื่องเกี่ยวกับการทำหมันซึ่งหมายถึง การทำหมันหลังคลอด (การทำหมันเปียก) หรือการทำหมันช่วงที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ (การทำหมันแห้ง) ให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วพิจารณาว่า ท่านมีความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อความนั้นในระดับใด (ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) โดยกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงช่องเดียวในแต่ละข้อความ

เจตคติต่อการทำหมัน	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่ เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
1. ประเทศที่มีประชากรมากถือว่าเป็นประเทศ มหาอำนาจ					
2. ประเทศที่มีประชากรจำนวนมาก ประชาชน จะไม่ได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงจากรัฐ					
3. ประเทศที่มีจำนวนประชากรน้อย ปัญหา การว่างงานก็จะน้อยกว่าประเทศที่มีจำนวน ประชากรมาก					
4. ประเทศที่มีโครงสร้างประชากรที่ สมดุลจะ ให้ความสำคัญกับการทำหมัน					
5. การทำหมันไม่ทำให้เกิดอันตรายหรือเกิด ภาวะแทรกซ้อนต่อร่างกาย					
6. การทำหมันไม่ทำให้สมรรถภาพทางกาย เสื่อมลง					
7. การทำหมันไม่ทำให้สมรรถภาพทางเพศ เสื่อมลง					
8. การทำหมันไม่ทำให้อ้วน					
9. การทำหมันสามารถทำงานได้ตามปกติ					
10. การทำหมัน เมื่อทำไปแล้วสามารถแก้การ เป็นหมันได้เลย					
11. การทำหมันเป็นสิ่งผิดบาป					
12. การทำหมันไม่ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย					

เจตคติต่อการทำหมัน	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่ เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
13. การทำหมัน ช่วยให้มีบุตรจำนวนที่เหมาะสม และทำให้ท่านไม่ต้องทำงานหนักเพิ่มขึ้น					
14. การทำหมัน ช่วยให้มีจำนวนบุตรที่เหมาะสม ทำให้ท่านได้มีเวลาพักผ่อนหย่อนใจ					
15. การไม่ทำหมัน จะทำให้มีบุตรมาก ทำให้ดูแล ยากเร็ว					
16. การไม่ทำหมัน จะทำให้มีบุตรมาก ทำให้ เสียโอกาสความก้าวหน้าในงานอาชีพ					
17. การทำหมันช่วยให้มีจำนวนบุตรเหมาะสม ไม่มีปัญหาต่อการมีเพศสัมพันธ์					
18. การทำหมัน ช่วยให้มีจำนวนบุตรเหมาะสม ทำให้ท่านสามารถเลี้ยงดูบุตรได้อย่างมี ประสิทธิภาพ					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง ให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วพิจารณาว่า ท่านมีความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อความนั้นในระดับใด (ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) โดยกาเครื่องหมาย✓ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียงช่องเดียวในแต่ละข้อความ

แรงสนับสนุนทางสังคม	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. พ่อแม่ของท่านเห็นด้วยหากท่านต้องการทำหมัน					
2. สามีของท่านเห็นด้วยหากท่านต้องการทำหมัน					
3. ญาติพี่น้องของท่านเห็นด้วยหากท่านต้องการทำหมัน					
4. ท่านมีพ่อแม่คอยให้กำลังใจเมื่อท่านต้องการทำหมัน					
5. ท่านมีสามีคอยให้กำลังใจเมื่อท่านต้องการทำหมัน					
6. ท่านมีญาติพี่น้องคอยให้กำลังใจเมื่อท่านต้องการทำหมัน					
7. ท่านไม่เคยได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ของรัฐเรื่องการทำหมัน					
8. ท่านได้รับคำแนะนำจากสามีเรื่องการทำหมัน					
9. ท่านได้รับคำแนะนำจากญาติเรื่องการทำหมัน					
10. ท่านวิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายมากหากท่านต้องคุมกำเนิดชนิดถาวร					
11. ท่านได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินจากพ่อแม่เมื่อท่านทำหมัน					
12. ท่านได้รับความช่วยเหลือด้านเวลาจากสามีเมื่อท่านทำหมัน					
13. ท่านได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของเครื่องใช้จากญาติพี่น้องเมื่อท่านทำหมัน					

แรงสนับสนุนทางสังคม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่ เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
14. การมารับบริการทำหมันไม่ทำให้ท่านต้องเสียเวลา					
15. สามีสับสนุนค่าใช้จ่ายในการทำหมัน					
16. ช่วงพักฟื้นหลังการทำหมันท่านมีพ่อแม่ช่วยดูแลบุตรให้					
17. ช่วงพักฟื้นหลังการทำหมันท่านมีสามีช่วยดูแลบุตรให้					
18. ช่วงพักฟื้นหลังการทำหมันท่านมีญาติพี่น้องช่วยดูแลบุตรให้					
19. ท่านได้รับการปลอบโยนจากสามีเมื่อท่านวิตกกังวลเรื่องการทำหมัน					
20. พ่อแม่ของสามีไม่เห็นด้วยในการทำหมัน					

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวอัญชลี ชื่อสกุล อุ่นญาติ

เกิดวันที่ 12 เดือนสิงหาคม พุทธศักราช 2520

สถานที่เกิด โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร

สถานที่อยู่ปัจจุบัน 681 ถ. สามเสน แขวงวชิรพยาบาล ดุสิต กรุงเทพฯ 10300

ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ 5

สถานที่ทำงานปัจจุบัน ดิเกดลอด วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและ
วชิรพยาบาล

ประวัติการศึกษา

- พ.ศ. 2533 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น
จากโรงเรียนศรีสะเกษวิทยาลัย จังหวัดศรีสะเกษ
- พ.ศ. 2539 ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย
จากโรงเรียนศรีสะเกษวิทยาลัย จังหวัดศรีสะเกษ
- พ.ศ. 2543 พยาบาลศาสตรบัณฑิต
จากวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
- พ.ศ. 2550 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา)
จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ