

พิธีทูลขอของบัณฑิตยระดับบุคคลและบัณฑิตยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม
เพื่อผลต่อการยอมรับการคุมกำเนิดในจังหวัดศรีสะเกษ
การคุมกำเนิด : กรณีศึกษาจังหวัดศรีสะเกษ



พ.ศ. 2530

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประธานมิตร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษาดุจฎีบัณฑิต
เมษายน 2530
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

อิทธิพลของปัจจัยระดับบุคคลและปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม

ที่มีผลต่อการยอมรับการคุมกำเนิดในจังหวัดที่เป็ชัตรา

การคุมกำเนิดต่ำ : กรณีศึกษาจังหวัดศรีสะเกษ



เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

เพื่อ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาดำหลักสูตร

ปริญญาโทการศึกษาต่อปริญญาตรี

เมษายน ๒๕๓๐

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาอิทธิพลของปัจจัยระดับบุคคลและปัจจัยด้านสังคม สิ่งแวดล้อม

ที่มีผลต่อการยอมรับการคุมกำเนิด ในจังหวัดที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ : กรณีศึกษาจังหวัดศรีสะเกษ

✓ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยระดับบุคคล ซึ่งประกอบด้วยตัวแปร ๔ ตัว คือ จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ การศึกษาของสตรี การศึกษาของสามี การเข้าร่วมแรงงานสตรี รายได้ของครัวเรือน การรับรู้การสนับสนุนการคุมกำเนิดจากสังคม การรับรู้การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด ความทันสมัยของบุคคล และค่านิยมที่มีต่อบุตร และปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ซึ่งประกอบด้วยตัวแปร ๔ ตัว คือ การเข้าถึงบริการคุมกำเนิดจำนวนของการมีโครงการวางแผนครอบครัวพิเศษ ประสิทธิภาพการให้บริการวางแผนครอบครัว อัตราตายของทารก อัตราการอ่านออกเขียนได้ อัตราส่วนร้อยละของครัวเรือนที่มีไฟฟ้าใช้ อัตราส่วนร้อยละของครัวเรือนที่มีโทรทัศน์และรายได้เฉลี่ยของครัวเรือนในชุมชน มีอิทธิพลต่อการยอมรับการคุมกำเนิดอย่างไร/หมู่บ้านที่เป็นตัวอย่างในการวิจัยได้จากการสุ่มหลายขั้นตอนได้หมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง และตัวอย่างละ ๑๔ หมู่บ้านรวม ๓๐ หมู่บ้าน ตัวอย่างบุคคลในการวิจัยได้จากการสุ่มหลายขั้นตอน ประกอบด้วยสตรีที่สมรสแล้ว อายุ ๑๕ - ๔๔ ปี จำนวน ๒๘๑ คน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในหมู่บ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้การสัมภาษณ์จากแบบสอบถาม การสนทนากลุ่มสตรีที่ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด และการสัมภาษณ์แนวคิด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเบื้องต้น การวิเคราะห์จำแนกประเภทการวิเคราะห์การถดถอย พหุแบบขั้นตอน และวิเคราะห์ในเชิงพรรณนาผลการวิจัยพบว่า

๑. สตรีผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิด มีคุณลักษณะส่วนใหญ่คล้ายคลึงกันคือ คำนึงการเข้าร่วมแรงงานสตรี สตรีมีส่วนร่วมในแรงงานน้อย รายได้ของครัวเรือนค่อนข้างต่ำ มีการรับรู้การเข้าถึงบริการคุมกำเนิดเป็นอย่างดี ความทันสมัยของบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง และให้ค่านิยมต่อบุตรสูง แต่มีคุณลักษณะบางประการแตกต่างกันคือ สตรีผู้ยอมรับการคุมกำเนิดมีจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่มากกว่า มีระดับการศึกษาของตนเองและสามีสูงกว่า และมีการรับรู้การสนับสนุนการคุมกำเนิดจากสังคม มากกว่าสตรีผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด

๒. ปัจจัยระดับ บุคคลที่มีอิทธิพลในการจำแนกสตรีผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิดมี ๔ ตัวแปร คือ จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ การศึกษาของสตรี การศึกษาของสามี การเข้าร่วมแรงงาน

สตรี การรับรู้การสนับสนุนการคุมกำเนิดจากสังคม การรับรู้การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด ความ
ทันสมัยของบุคคลและค่านิยมต่อบุตร โดยสมการสามารถจำแนกได้ร้อยละ ๒๖.๑ และเมื่อวิเคราะห์
สตรีผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิดในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล
ที่มีอิทธิพลในการจำแนกมี ๔ ตัวแปร คือ จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ การรับรู้การเข้าถึงบริการคุม
กำเนิด การศึกษาของสามี ความทันสมัยของบุคคล โดยสมการสามารถจำแนกได้ร้อยละ ๓๑.๘
และเมื่อวิเคราะห์ผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิดในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ พบว่า
ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลในการจำแนกมี ๕ ตัวแปร คือ จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ การศึกษาของสตรี
ค่านิยมต่อบุตร การรับรู้การสนับสนุนจากสังคม และการรับรู้การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด โดยสมการ
สามารถจำแนกได้ร้อยละ ๒๖.๕

๓. ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลในการจำแนกอัตราการคุมกำเนิดสูงต่ำของ
หมู่บ้านมี ๓ ตัวแปร คือ จำนวนโครงการวางแผนครอบครัวพิเศษ อัตราการอ่านออกเขียนได้
และร้อยละของครัวเรือนที่มีโทรทัศน์ โดยสมการสามารถจำแนกได้ร้อยละ ๕๑.๐

๔. ปัจจัยระดับบุคคล และปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการ
คุมกำเนิด ประกอบด้วย ๖ ตัวแปรคือ ร้อยละของครัวเรือนที่มีไฟฟ้า ร้อยละของครัวเรือนที่มี
โทรทัศน์ จำนวนบุตรที่มีชีวิต การศึกษาของสตรี การศึกษาของสามี และการรับรู้การสนับสนุน
การคุมกำเนิดจากสังคม โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถอธิบายการยอมรับได้ร้อยละ ๗.๐ เมื่อ
วิเคราะห์เฉพาะในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงพบว่า ปัจจัยระดับบุคคล และปัจจัยด้านสังคม
สิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการคุมกำเนิด ประกอบด้วย ๔ ตัวแปร คือ การเข้าถึงบริการ
การคุมกำเนิด อัตราตายของทารก ร้อยละของครัวเรือนที่มีไฟฟ้า และจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่
โดยตัวแปรทั้ง ๔ ตัว สามารถอธิบายการยอมรับการคุมกำเนิดได้ร้อยละ ๑๑.๖ และเมื่อวิเคราะห์
เฉพาะลงไป หมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำพบว่า ปัจจัยระดับบุคคลและปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม
ที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการคุมกำเนิด ประกอบด้วย ๔ ตัวแปร คือ จำนวนของการมีโครงการ
วางแผนครอบครัวพิเศษ ร้อยละของครัวเรือนที่มีโทรทัศน์จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ การรับรู้การ
สนับสนุนการคุมกำเนิด จากสังคม ตัวแปรทั้ง ๔ สามารถอธิบายการยอมรับได้ร้อยละ ๕.๘

ผลการวิจัยที่ได้สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ แม้ว่าปัจจัยต่าง ๆ จะอธิบายการยอมรับ การคุมกำเนิดได้ไม่มาก โดยเฉพาะปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ปัจจัยส่วนบุคคลที่สามารถอธิบาย การยอมรับการคุมกำเนิดได้ดีคือ จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ ซึ่งผลที่ได้สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการ สันทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์แนวลึกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับ การคุมกำเนิดของสตรีคือ จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ ความกลัว วิธีการคุมกำเนิด และผลข้างเคียง ของวิธีคุมกำเนิด



THE EFFECTS OF INDIVIDUAL FACTORS AND CONTEXTUAL
FACTORS ON CONTRACEPTIVE USE IN LOW CONTRACEPTIVE
PREVALENCE RATE AREAS : A CASE STUDY IN
SRISAKET PROVINCE



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

April 1987

The research is a study to determine how and to what extent the individual factors and the village's contextual factors have an influence over the contraceptive acceptance in the low prevalence rate area of Srisaket province. The individual factors in this study composed of 9 variables, they were : living children ; wife's and husband's education; women's participation in labour force; household's income; perception of social support in family planning; perception of accessibility in family planning service; individual modernity and value of children. The villages' contextual factors composed of the following 8 variables : accessibility of family planning service; number of special intensive family planning campaign and service; effectiveness of the family planning services; infant mortality rate; literacy rate; percentage of households with electricity and television and the average income of the households in the village. The sample villages of the study consisted of 30 villages, half of them were defined to be the high contraceptive prevalence rate villages and the rest were the low contraceptive prevalence rate villages. These villages were drawn using the multi - stage sampling technique. The multi - stage sampling technique was also used to select 680 sample ever married women aged 15 - 44 year. In addition, the study also includes the village - headmen, the village health - volunteers and the health personnels in the sample villages as the sources of data for contextual level. The focus group discussion and the in - depth interview were also used to collect data. Both descriptive and multivariate analysis were used to analyse the data. Results of the study can be summarized as follows :-

1. There is essentially no difference in the characteristics of women who were acceptors and non - acceptors of family planning. Their participation in labour force was low. They have low average family income, and low degree of perception in the accessibility of family planning. Their level of individual modernity was in the middle range and their perception on value of children was high. However, there were some dissimilarities between the women in two groups. Those who accepted family planning had more living children than non - acceptors. The educational level of family planning acceptors and their spouses and their level of perception of social support in family planning were higher than women who were non - acceptors.

2. The individual factors which had the power to differentiate the acceptors from the non - acceptors were : number of living children; own and spouses' education; women's participation in labour force; perception of social support in family planning; individual modernity and value of children. The discriminant function had 26.1 percentage of discrimination power. In the high prevalence rate villages, it was found that there were four factors that discriminated the acceptors from the non - acceptors, namely, living children, perception of accessibility in family planning service, husband's education and level of individual modernity. The discriminant function had 31.8 percentage of discrimination power. In the low contraceptive prevalence rate villages, however; it was found that there were five factors which could discriminate the acceptors from the non - acceptors, e.g. living children, perception of social support in family planning and

perception of accessibilities in family planning. The discrimination function had 26.5 percentage of discrimination power.

3. For the contextual factors, it was found that three factors had the influence in discriminating the contraceptive prevalence rate in the high and low areas. They were : the special intensive family planning campaign and services, village's literacy rate and percentage of households with television. The discrimination function had 91.0 percentage of discrimination power.

4. Individual factors and contextual factors which accounted for the village's contraceptive prevalence rate composed of six variables: percentage of households with electricity; percentage of households with television; living children; wife's and husband's education and perception of social support in family planning. All six factors mentioned above explained 7 percent of variance of family planning acceptance. In the high contraceptive prevalence rate village, it was found that the individual factors and contextual factors which had the influence over contraceptive prevalence rate are composed of five factors : accessibility to family planning service, infant mortality rate, percentage of households with electricity and living children; respectively. These four factors explained 11.6 percentage of variance of family planning acceptance. Regarding contraceptive prevalence rate in the low prevalence rate villages, it was found out that the individual and contextual factors which had the influence over the contraceptive prevalence rate were the number of special intensive family planning campaign and service, percentage of households

with television, living children and perception of social support in family planning; respectively. All four factors explained 5.8 percent of variance of family planning acceptance.

Although the factors operationalized in this study, especially the contextual factors, could explain only a moderate degree of village's contraceptive prevalence rate, the findings mentioned above still confirmed the hypothesis that had been formulated. The individual factor which explained the contraceptive prevalence rate very well was living children. This results seemed to be consistent with the findings from the focus group technique and from the in-depth interview of health personnels. Data obtained from the latter two methods of data collection also revealed that fear about some family planning methods and fear of side effects were also the great barriers in family planning acceptance.

คณะกรรมการที่ปรึกษาประจำตัวนิสิตและคณะกรรมการสอบ ได้พิจารณาปริญญาบัตร
ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษาดุขภูมิต
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้



คณะกรรมการที่ปรึกษา

[Signature]
.....ประธาน
.....กรรมการ
.....กรรมการ

คณะกรรมการสอบ

[Signature]
.....ประธาน
.....กรรมการ
.....กรรมการ
.....กรรมการ

ประกาศคุณูปการ

ความสำเร็จของการศึกษาในครั้งนี้ สำเร็จได้ด้วยดีเนื่องจากได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลต่าง ๆ มากมาย ดังต่อไปนี้

บิดามารดา ผู้ให้การสนับสนุนในการศึกษาตั้งแต่ต้นมาโดยตลอด

คณาจารย์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร และคณาจารย์พิเศษภายนอกหลายท่านที่มีอาจกล่าวนามในที่นี้ได้หมด ได้กรุณาถ่ายทอดความรู้พื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการศึกษาในระดับนี้

ศาสตราจารย์ ดร.สมพร ชิวทอง อาจารย์ที่ปรึกษา ได้กรุณาให้คำแนะนำ สั่งสอนด้วยน้ำใจที่เปี่ยมล้นด้วยความปรารถนาดีต่อศิษย์ทุก ๆ คนโดยเสมอเหมือน

คณะกรรมการที่ปรึกษาปริญญาณิพนธ์ทั้งสามท่าน ซึ่งประกอบด้วย รองศาสตราจารย์ ดร.สมบูรณ์ ชิตพงศ์ ประธานกรรมการ นพ.ดร.สมศักดิ์ วรคามิน และรองศาสตราจารย์ ดร.บุญเลิศ เลี้ยวประไพ กรรมการ ที่แม้ว่าแต่ละท่านจะมีภาระกิจในตำแหน่งหน้าที่การงานมาก แต่ท่านก็ได้ให้ความเมตตากรุณาแก่ผู้วิจัยในการให้คำแนะนำ และข้อคิดในการทำปริญญาณิพนธ์เป็นอย่างดี

ท่านคณบดี คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุบรรณ พินธุ์วิศาล และหัวหน้าภาควิชาศึกษาศาสตร์ รองศาสตราจารย์บุญธรรม กิจปรีดาภิรุทธิ์ ได้ให้การสนับสนุนแก่ผู้วิจัยในการศึกษาต่อและการทำปริญญาณิพนธ์ในครั้งนี้

รองศาสตราจารย์ ดร.ชัยวัฒน์ ปัญงพงษ์ ผู้ซึ่งกรุณารับเป็นกรรมการสอบและได้ให้การสนับสนุนทั้งในด้านการศึกษา และการทำงานอย่างสม่ำเสมอโดยตลอด

นอกจากท่านคณาจารย์ ผู้มีพระคุณทั้งหลายแล้ว เพื่อน ๆ ร่วมชั้นเรียนทั้ง ๑๒ คน ได้มีส่วนในการแลกเปลี่ยนความคิด ประสบการณ์ที่มีคุณค่า และได้ให้ความช่วยเหลือแนะนำด้วยน้ำใจของความเป็นพี่และเพื่อนที่ดีทุกคน

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความร่วมมือของนักศึกษาวิทยาลัยครูสุรินทร์ที่ช่วยเป็นพนักงานสัมภาษณ์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ที่ช่วยประสานงานและกลุ่มตัวอย่างที่ได้สละเวลาในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และมีคุณค่ายิ่ง

ความสำเร็จในการพิมพ์และรูปเล่มได้รับความร่วมมือจากคุณสุภาภรณ์ คำศิริ และคุณบุญส่ง บวรสวัสดิ์ ที่อดทนต่อการพิมพ์และปรับแก้หลายครั้งจนสำเร็จเป็นรูปเล่มโดยสมบูรณ์

ท้ายที่สุดแห่งความสำเร็จในครั้งนี้จะไม่บังเกิดขึ้นหากปราศจากความช่วยเหลือในทุก ๆ ด้าน จากรองศาสตราจารย์ ดร.เนาวรัตน์ ปลายน้อย และกำลังใจจาก "น้องโอม" นวรัฐ ปลายน้อย บุตรชายที่รักของเราทั้งสอง

ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความช่วยเหลือของทุกท่าน จึงขอกราบขอบพระคุณและขอบคุณ มา ณ โอกาสนี้ด้วย



ศุภวีย์ ปลายน้อย

สารบัญ

| บทที่ | หน้า |
|--|------|
| ๑ บทนำ | ๑ |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา | ๑ |
| ความมุ่งหมายของการวิจัย | ๑๑ |
| ความมุ่งหมาย เฉพาะด้าน | ๑๑ |
| สมมติฐานการวิจัย | ๑๒ |
| กรอบแนวความคิดในการวิจัย | ๑๒ |
| ขอบเขตของการวิจัย | ๑๕ |
| คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย | ๑๕ |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย | ๑๘ |
| ๒ เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | ๑๘ |
| ความคิดรวบยอด หลักการ ทฤษฎีเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว | ๒๐ |
| การวางแผนครอบครัวในประเทศไทย | ๓๑ |
| ทฤษฎีอธิบายพฤติกรรมทางประชากรด้านการวางแผนครอบครัว | ๔๗ |
| ตัวแปรในการวิจัย : ความสำคัญและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง | ๕๒ |
| ๓ วิธีดำเนินการวิจัย | ๑๒๑ |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง | ๑๒๒ |
| เครื่องมือและการสร้าง เครื่องมือ | ๑๒๔ |
| การทดลองและหาประสิทธิภาพเครื่องมือ | ๑๒๔ |
| การเก็บรวบรวมข้อมูล | ๑๒๔ |
| การวิเคราะห์ข้อมูล | ๑๒๔ |

| | |
|---|-----|
| ๔ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล | ๑๓๒ |
| ผลการวิเคราะห์ปัจจัยระดับบุคคลในกลุ่มผู้ยอมรับและ ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด | ๑๓๓ |
| ผลการวิเคราะห์ปัจจัยระดับบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับ การคุมกำเนิด | ๑๔๓ |
| ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมในหมู่บ้านที่มีอัตรา การคุมกำเนิดสูงและต่ำ | ๑๖๕ |
| ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลในการ จำแนกอัตราการคุมกำเนิดในหมู่บ้าน | ๑๖๗ |
| ผลการวิเคราะห์ปัจจัยระดับบุคคลและปัจจัยด้านสังคม สิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการคุมกำเนิด | ๑๗๐ |
| ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการจัดสนทนากลุ่ม | ๑๘๑ |
| ผลการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในชุมชน / | ๑๘๔ |
| ๕ บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ | ๑๘๖ |
| บทย่อ | ๑๘๖ |
| ความมุ่งหมายของการวิจัย | ๑๘๗ |
| วิธีดำเนินการวิจัย | ๑๘๘ |
| การวิเคราะห์ข้อมูล | ๑๘๙ |
| สรุปผลการค้นคว้า | ๑๘๙ |
| อภิปรายผล | ๑๙๔ |
| ข้อเสนอแนะ | ๒๐๑ |
| ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป | ๒๐๓ |

| | |
|------------------|-----|
| บรรณานุกรม | ๒๐๔ |
| ภาคผนวก | ๒๒๔ |
| ภาคผนวก ก | ๒๒๔ |
| ภาคผนวก ข | ๒๔๔ |



บัญชีตาราง

| ตาราง | หน้า |
|---|------|
| ๑ ประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ (ร้อยละของการตั้งครรภ์) ของวิธีคุมกำเนิดชนิดต่าง ๆ | ๒๔ |
| ๒ แนวโน้มอัตราเจริญพันธุ์รวม (TFR) และอัตราคุมกำเนิดระหว่าง พ.ศ. ๒๕๑๓ - ๒๕๒๗ | ๔๑ |
| ๓ อัตราส่วนร้อยละของสตรีอายุ ๑๕ - ๔๔ ปี ที่สมรสแล้วและอยู่กินกับ สามีอยู่ ซึ่งกำลังใช้วิธีคุมกำเนิด แยกตามวิธีที่ใช้จาก CPS 1 CPS 2 และ CPS 3 | ๔๓ |
| ๔ จำนวนและร้อยละของประชากรวัยเจริญพันธุ์ พ.ศ. ๒๕๐๓ - ๒๕๓๓ | ๔๔ |
| ๕ เป้าหมายผู้รับบริการวางแผนครอบครัวรายใหม่ จำแนกตามวิธี (พ.ศ. ๒๕๓๐ - ๒๕๓๕) | ๔๕ |
| ๖ เป้าหมายผู้รับบริการที่ยังคงใช้อยู่ จำแนกตามวิธี (ปี พ.ศ. ๒๕๓๐ - ๒๕๓๕) | ๔๖ |
| ๗ อัตราการทำแท้ง (ต่อพัน) จำแนกตามกลุ่มอายุ | ๔๗ |
| ๘ ร้อยละของสตรีสมรสอายุ ๑๕ - ๔๔ ปี ที่กำลังคุมกำเนิด จำแนกตามภาคภูมิศาสตร์ในปี พ.ศ. ๒๕๒๑, ๒๕๒๔ และ ๒๕๒๗ | ๔๘ |
| ๙ การกระจายของสตรีอายุ ๑๕ - ๔๔ ปี ที่สมรสแล้วและอยู่กิน กับสามี แยกตามวิธีที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน และภาคปี พ.ศ. ๒๕๒๗ | ๔๙ |
| ๑๐ การเปลี่ยนแปลงอัตราการคุมกำเนิดตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๑๔ - ๒๕๒๑ แยกตามภาค | ๕๐ |

| | | |
|----|--|-----|
| ๑๑ | การเปลี่ยนแปลงอัตราการคุมกำเนิดตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๒๑-๒๕๒๗ | ๕๑ |
| ๑๒ | จำนวนคู่สมรสวัยเจริญพันธุ์ จำแนกตามภูมิภาค พ.ศ. ๒๕๒๘ | ๕๒ |
| ๑๓ | อัตราการย่อยละของแหล่งบริการการวางแผนครอบครัว ผู้ที่กำลังใช้วิธีคุมกำเนิดไปใช้บริการ | ๕๔ |
| ๑๔ | การวัดการเข้าถึงบริการการคุมกำเนิดในชุมชน ในการสำรวจ ข้อมูลระดับหมู่บ้านในประเทศไทยในระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๓๑ - ๒๕๓๔ | ๑๐๔ |
| ๑๕ | จำนวนสตรีจำแนกตามหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง-ต่ำ และการยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิด | ๑๓๓ |
| ๑๖ | ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ จำแนกตามสตรีผู้ยอมรับ-ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด | ๑๓๔ |
| ๑๗ | ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ จำแนกตามสตรีผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิด ในหมู่บ้าน ที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงและอัตราการคุมกำเนิดต่ำ | ๑๓๖ |
| ๑๘ | จำนวนและร้อยละของระดับการอ่านออกเขียนได้ของสตรี จำแนกตามสตรีผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิด | ๑๓๗ |
| ๑๙ | จำนวนและร้อยละของสตรีที่อ่านออกเขียนได้ จำแนกตามหมู่บ้านที่มี อัตราการคุมกำเนิดสูง-ต่ำ และการยอมรับและไม่ยอมรับ การคุมกำเนิด | ๑๓๘ |
| ๒๐ | จำนวนและร้อยละของระดับการอ่านออกเขียนได้ของสามี จำแนกตามสตรีที่ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิด | ๑๓๘ |
| ๒๑ | จำนวนและร้อยละของการอ่านออกเขียนได้ของสามี จำแนกตาม หมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง-ต่ำ และการยอมรับและไม่ ยอมรับการคุมกำเนิด | ๑๔๐ |

| | | |
|----|---|-----|
| ๒๒ | จำนวนและร้อยละของการมีส่วนร่วมในแรงงานของสตรี จำแนกตามการยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิด | ๑๔๑ |
| ๒๓ | จำนวนและร้อยละของการมีส่วนร่วมในแรงงานสตรี จำแนกตามหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง-ต่ำ และ การยอมรับ-ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด | ๑๔๒ |
| ๒๔ | ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของรายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำแนกตามสตรีผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิด | ๑๔๓ |
| ๒๔ | ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของรายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำแนกตามหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง-ต่ำ และการ ยอมรับ-ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด | ๑๔๔ |
| ๒๖ | ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ การสนับสนุนการคุมกำเนิดจากสังคมของสตรีผู้ยอมรับ และไม่ยอมรับการคุมกำเนิด | ๑๔๕ |
| ๒๗ | ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ การสนับสนุนการคุมกำเนิดจากสังคม จำแนกตามหมู่บ้านที่มี อัตราการคุมกำเนิดสูง-ต่ำ และการยอมรับ-ไม่ยอมรับ การคุมกำเนิด | ๑๔๖ |
| ๒๘ | ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ การเข้าถึงบริการการคุมกำเนิด จำแนกตามการยอมรับ การคุมกำเนิด | ๑๔๗ |
| ๒๘ | ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ การเข้าถึงบริการการคุมกำเนิด จำแนกตามอัตราการคุมกำเนิด ของหมู่บ้านและการยอมรับการคุมกำเนิด | ๑๔๘ |

| | | |
|----|--|-----|
| ๓๐ | ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความทันสมัย ของบุคคลจำแนกตามการยอมรับการคุมกำเนิด | ๑๔๙ |
| ๓๑ | ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความทันสมัย ของบุคคลจำแนกตามอัตราการคุมกำเนิดของหมู่บ้านและ การยอมรับการคุมกำเนิด | ๑๕๐ |
| ๓๒ | ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่านิยมที่มีต่อบุตร จำแนกตามการยอมรับการคุมกำเนิด | ๑๕๑ |
| ๓๓ | ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่านิยมที่มีต่อบุตร จำแนกตามอัตราการคุมกำเนิดของหมู่บ้าน และการยอมรับ การคุมกำเนิด | ๑๕๒ |
| ๓๔ | ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปร จำแนกตามสตรี ผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิด | ๑๕๔ |
| ๓๕ | ค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรในสมการจำแนกประเภทสตรีผู้ยอมรับ และไม่ยอมรับการคุมกำเนิด | ๑๕๕ |
| ๓๖ | ค่าต่าง ๆ ที่ใช้ในการตัดสินใจสมการจำแนกประเภทสตรีผู้ยอมรับ และไม่ยอมรับการคุมกำเนิด | ๑๕๖ |
| ๓๗ | ผลการคาดประมาณการจำแนกสตรีผู้ยอมรับและไม่ยอมรับ การคุมกำเนิด โดยสมการจำแนกประเภทที่ได้ | ๑๕๗ |
| ๓๘ | ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปร จำแนกตามสตรี ผู้ที่ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิด ในหมู่บ้านที่มีอัตรา การคุมกำเนิดสูง | ๑๕๘ |
| ๓๙ | ค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรในสมการ จำแนกประเภทสตรีผู้ยอมรับ และไม่ยอมรับการคุมกำเนิดในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง ... | ๑๕๙ |

| | | |
|----|--|-----|
| ๔๐ | คำต่าง ๆ ที่ใช้ในการตัดสินสมการจำแนกประเภทสตรีผู้ยอมรับ- ไม่ยอมรับการคุมกำเนิดในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง | ๑๖๐ |
| ๔๑ | ผลการคาดประมาณการจำแนกสตรีผู้ยอมรับและไม่ยอมรับ การคุมกำเนิด | ๑๖๐ |
| ๔๒ | ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปร จำแนกตามสตรี ผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิดในหมู่บ้านที่มีอัตรา การคุมกำเนิดต่ำ | ๑๖๑ |
| ๔๓ | ค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรในสมการจำแนกประเภทสตรีผู้ยอมรับ และไม่ยอมรับการคุมกำเนิดในหมู่บ้านที่มีอัตรา การคุมกำเนิดต่ำ | ๑๖๒ |
| ๔๔ | คำต่าง ๆ ที่ใช้ในการตัดสินสมการจำแนกประเภทผู้ยอมรับ- ไม่ยอมรับการคุมกำเนิดในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ | ๑๖๓ |
| ๔๕ | ผลการคาดประมาณการจำแนกสตรีผู้ยอมรับและไม่ยอมรับ การคุมกำเนิดในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ โดยสมการ จำแนกประเภทที่ได้ | ๑๖๔ |
| ๔๖ | ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยด้านสังคม สิ่งแวดล้อมในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงและต่ำ | ๑๖๖ |
| ๔๗ | ค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรในสมการจำแนกประเภทหมู่บ้านที่มี อัตราการคุมกำเนิดสูงและต่ำ | ๑๖๘ |
| ๔๘ | คำต่าง ๆ ที่ใช้ในการตัดสินสมการจำแนกประเภทผู้ยอมรับ- ไม่ยอมรับการคุมกำเนิดในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ | ๑๖๘ |
| ๔๙ | ผลการคาดประมาณการจำแนกกลุ่มหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ และอัตราการคุมกำเนิดสูง โดยสมการจำแนกประเภทที่ได้ | ๑๖๙ |

๕๐ อิทธิพลของปัจจัยระดับบุคคลและปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อ
 การยอมรับการคุมกำเนิด ๑๗๒

๕๑ อิทธิพลของปัจจัยระดับบุคคลและปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อ
 การยอมรับการคุมกำเนิดในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง ๑๗๕

๕๒ อิทธิพลของปัจจัยระดับบุคคลและปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อ
 การยอมรับการคุมกำเนิดในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ ๑๗๘



บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ

หน้า

- ๑ กรอบแนวความคิดปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการคุมกำเนิด ๑๔
- ๒ ชีตตราส่วนร้อยของสตรีอายุ ๑๕ - ๔๔ ปี ที่สมรสแล้วและอยู่กินกับ
สามีอยู่ที่ใช้วิธีการคุมกำเนิดวิธีต่าง ๆ พ.ศ. ๒๕๑๒ - ๒๕๑๓ ๓๔
- ๓ การจัดสนทนากลุ่ม (ภาษาลาว) ที่บ้านส้มป่อย อ.ราษีไศล
จ.ศรีสะเกษ ๒๓๐
- ๔ การจัดสนทนากลุ่ม (ภาษาส่วย) ที่บ้านตุม กิ่งอำเภอสรีรัตนะ
จ.ศรีสะเกษ ๒๓๑
- ๕ การสัมภาษณ์สตรีกลุ่มตัวอย่าง บ้านหิงพวย กิ่งอำเภอสรีรัตนะ
จ.ศรีสะเกษ ๒๓๒
- ๖ การสัมภาษณ์สตรีกลุ่มตัวอย่าง บ้านทุง กิ่งอำเภอสรีรัตนะ
จ.ศรีสะเกษ ๒๓๓

บทที่ ๑

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การพัฒนาประเทศให้ก้าวหน้าตามเป้าหมายได้ต้องอาศัยประชากรหรือทรัพยากรมนุษย์ที่เหมาะสมทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ ในด้านปริมาณประชากรนั้นเป็นที่ยอมรับกันว่า การมีประชากรเพิ่มอย่างรวดเร็ว ไม่ได้สัดส่วนกับความสามารถในการพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมจะเป็นปัญหาและเป็นภาระต่อทั้งบุคคล ครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติเป็นอย่างยิ่ง (Coale ; National Academy of Science and Hauser อ้างอิงมาจาก พิเชิต พิทักษ์เทพสมบัติ ๒๕๖๔ : ๑ - ๔) การพัฒนาคุณภาพประชากรด้วยการสร้างนิสัยที่เชื่อต่อการพัฒนาประเทศปลูกฝังลักษณะความเป็นพลเมืองที่ดีนั้นจะต้องผ่านขั้นตอนการจำกัดจำนวนหรือปริมาณการเกิดประชากรในประเทศให้ไม่มีมากจนเกินกำลังที่จะให้การศึกษาอบรมและจัดบริการต่าง ๆ ได้เป็นที่ยอมรับว่าการเสริมสร้างคุณภาพประชากรที่มีจำนวนเหมาะสม ย่อมทำได้อย่างมีประสิทธิภาพกว่าการกระทำกับประชากรจำนวนมาก (ดวงเดือน พันธุมนาวิน ๒๕๖๔ : ๑, ๒๓)

ในกรณีของประเทศไทยได้เกิดความตระหนักกันมาไม่ต่ำกว่า ๒ ทศวรรษแล้วว่า การเพิ่มประชากรของประเทศเป็นอุปสรรคที่สำคัญยิ่งต่อการพัฒนาไม่ว่าจะพิจารณาในเชิง เศรษฐกิจ สังคม หรือการเมืองการปกครองก็ตาม (จักรกฤษณ์ นรนิติผดุงการ ๒๕๖๔ : ๑๗๙, ๒๐๔, ๒๐๙ แฟรงซ์ แกงกอล์ฟโฮม อकिन ระพีพัฒน์ และเจิมศักดิ์ ปิ่นทอง ๒๕๖๔ : ๒๔๔)

เพื่อผ่อนคลายและแก้ปัญหาอันสืบเนื่องมาจากการเพิ่มประชากรอย่างรวดเร็ว รัฐบาลไทยได้ประกาศให้การวางแผนครอบครัวเป็นนโยบายระดับชาติ เมื่อวันที่ ๑๗ มีนาคม ๒๕๑๓ โดยรัฐบาลมุ่งสนับสนุนการวางแผนครอบครัวด้วยระบบสมัครใจ และได้รวมงานด้านวางแผนครอบครัวไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๑๔ - ๒๕๑๘) ตลอดจนได้มีการบัญญัตินโยบายประชากรไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๑๗ มาตรา ๘๖ ว่า "รัฐพึงวางนโยบายประชากรให้เหมาะสมกับทรัพยากรธรรมชาติ ภาวะเศรษฐกิจ สังคม และความ

เจริญทางวิชาการ เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนความมั่นคงของรัฐ (วิระ โอสถานนท์ ๒๕๒๒ : ๖)

ดังนั้นตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ เป็นต้นมาจรจบจนถึงปัจจุบัน นโยบายประชากรสำคัญที่มุ่งเน้นมาตลอดทุกแผนพัฒนา ได้แก่ นโยบายด้านการลดอัตราเพิ่มประชากร โดยในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๓ มีเป้าหมายลดอัตราเพิ่มประชากรจากร้อยละ ๓.๐ ให้เหลือร้อยละ ๒.๕ และให้ลดลงเหลือร้อยละ ๒.๑ และ ๑.๕ ในปีสิ้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๔ และฉบับที่ ๕ ตามลำดับ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ๒๕๒๔ : ๖, ๕) การศึกษาผลกระทบจากการดำเนินงานวางแผนครอบครัว ในช่วงเวลาที่ผ่านมาพบว่า ได้มีการคาดประมาณประชากรไว้ว่า หากไม่มีการวางแผนครอบครัว เฉพาะจนถึงปี พ.ศ. ๒๕๒๔ ประเทศไทยจะมีจำนวนประชากรประมาณ ๖๐ ล้านคนเศษ ซึ่งเป็นจำนวนที่มากกว่าที่มีอยู่จริงราว ๔ ล้านคนเศษ และในปี พ.ศ. ๒๕๓๓ จะมีจำนวนประชากรประมาณ ๗๒ ล้านคน ซึ่งถ้ามีการวางแผนครอบครัวจะมีประชากรเพียง ๕๕ ล้านคน (บุญเลิศ เสียวประไพ ๒๕๒๔ : ไม่มีเลขหน้า)

นอกจากนี้เมื่อพิจารณาในด้านองค์ประกอบอายุประชากร เปรียบเทียบระหว่างกรณี และไม่มีโครงการวางแผนครอบครัวแล้ว พบว่าหากไม่มีการวางแผนครอบครัวในปี พ.ศ. ๒๕๒๔ ประเทศไทยจะมีประชากรวัยเด็กอายุระหว่าง ๐ - ๑๔ ปี ซึ่งถือเป็นประชากรในวัยพึ่งพิง (Dependency group) ๔๖๕ คน จากจำนวนประชากรทั้งหมด ๑,๐๐๐ คน แต่เนื่องจากการวางแผนครอบครัวในช่วงเวลาที่ผ่านมาจึงมีประชากรวัยนี้เพียง ๓๖๕ คน จากประชากรทั้งหมด ๑,๐๐๐ คน (บุญเลิศ เสียวประไพ ๒๕๒๔ : ไม่มีเลขหน้า)

ในด้านผลกระทบต่อการให้บริการสังคม เสียเงินตาย ก็ระมัดระวัง ได้ทำการคาดประมาณพบว่า การที่รัฐบาลจัดให้มีบริการวางแผนครอบครัวอันส่งผลให้สามารถป้องกันการเกิดไว้ได้เป็นจำนวนมากนั้น คาดประมาณได้ว่าในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๕ (พ.ศ. ๒๕๒๔ - ๒๕๒๙) รัฐบาลสามารถประหยัดรายจ่ายเฉพาะที่เกี่ยวกับการให้บริการทางสังคมไปได้ถึงประมาณกว่า ๒๑,๐๐๐ ล้านบาท และได้คาดประมาณต่อไปว่า หากยังคงมีบริการวางแผนครอบครัวในลักษณะเช่นเดิมต่อไปในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๖ (พ.ศ. ๒๕๓๐ - ๒๕๓๕) จะทำให้

สามารถประหยัดรายจ่ายด้านบริการทางสังคมได้กว่า ๔๑,๐๐๐ ล้านบาท (เทียนฉาย กระฉิมพันธ์ ๒๕๒๘ : ๓ - ๔) อนึ่งได้มีผู้เชี่ยวชาญชาวต่างประเทศศึกษาค่าใช้จ่ายด้านการศึกษา สาธารณสุข และที่อยู่อาศัย พบว่า ผลจากการที่รัฐบาลมีนโยบายวางแผนครอบครัวตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๑๓ เป็นต้นมาทำให้รัฐสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๑๓ - ๒๕๒๕ ได้ถึง ๔๑,๐๐๐ ล้านบาท (Abel and Others อ้างอิงมาจาก พิเชิต พิทักษ์เทพสมบัติ ๒๕๒๘ : ๑๒) การศึกษาที่ชี้ให้เห็นถึงผลของโครงการวางแผนครอบครัว ดังกล่าวมาข้างต้นนี้มีการจัดทำกันเป็นจำนวนมากทั้งภายในและระหว่างประเทศ นอกจากผลได้ทาง เศรษฐกิจและสังคมแล้ว ยังมีการศึกษาถึงผลได้จากการวางแผนครอบครัวในด้านอื่น ๆ อีกมาก เช่น ผลต่อการลดอัตราตายของมารดา อันเนื่องมาจากการตั้งครรภ์และผลต่อการลดอัตราตายของทารก เป็นต้น (Trussel & Pebley, 1984 : 665)

การวางแผนครอบครัวในประเทศไทยในช่วงเวลาที่ผ่านมาประมาณร้อยละ ๘๒ อยู่ในความรับผิดชอบของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เป็นหลัก ส่วนที่เหลือเป็นหน้าที่ประชาชนช่วยตัวเองโดยการซื้อยาคุมกำเนิดจากร้านขายยาไปบริโภคและหรือไปรับบริการจากหน่วยงานภาคเอกชนที่ดำเนินงานด้านนี้ ซึ่งมีอยู่ทั้งสิ้น ๔ หน่วยงานในปัจจุบัน (วีระ นิยมวัน ๒๕๒๕ : ๑)

ผลการดำเนินงานด้านการวางแผนครอบครัวในช่วงเวลาที่ผ่านมา พบว่า สามารถดำเนินการลดอัตราเพิ่มประชากรได้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายในทุกแผนพัฒนา ในปี พ.ศ. ๒๕๒๗ พบว่า มีอัตราเพิ่มประชากรประมาณร้อยละ ๑.๗ ซึ่งคาดหมายว่าจะสามารถลดอัตราเพิ่มประชากรให้เหลือร้อยละ ๑.๕ ได้ในปีสิ้นแผนพัฒนา ฉบับที่ ๕ (พ.ศ. ๒๕๒๘) ผลสำเร็จของการวางแผนครอบครัวเมื่อพิจารณาจากอัตราการคุมกำเนิดในช่วงการสำรวจสถานะการคุมกำเนิด (Contraceptive Prevalence Survey) ๓ ครั้ง คือ ครั้งที่ ๑ (CPS 1) ปี พ.ศ. ๒๕๒๑ ครั้งที่ ๒ (CPS 2) ปี พ.ศ. ๒๕๒๔ และครั้งที่ ๓ (CPS 3) ปี พ.ศ. ๒๕๒๗ พบว่า อัตราส่วนร้อยละของสตรีอายุ ๑๕ - ๔๔ ปี ที่สมรสแล้วและอยู่กับสามีกำลังใช้วิธีการคุมกำเนิดเพิ่มขึ้นทุกปี คือ ร้อยละ ๔๓.๔ ใน CPS 1 ร้อยละ ๔๔.๐ ใน CPS 2 และร้อยละ ๖๔.๖ ใน CPS 3 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ๒๕๒๘ : ๖๕)

แม้จะสามารถลดอัตราเพิ่มประชากรได้ตามเป้าหมายมาโดยตลอดในช่วงเกือบสองทศวรรษที่ผ่านมา แต่ความจำเป็นในการลดอัตราเพิ่มประชากรให้ลดต่ำไปกว่าเดิม ก็ยังคงมีอยู่อีกต่อไป (จิระ หงส์दारมย์ ๒๕๒๔ : ๓) ทั้งนี้เพราะสภาวะการปฏิบัติการคุมกำเนิดนั้น มีลักษณะพลวัต (Dynamic) คือ เปลี่ยนแปลงไปได้ง่าย ผู้ใช้อาจใช้โดยขาดความต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้ผลในการป้องกันการเกิดมีประสิทธิภาพน้อยลง ดังนั้นควรส่งเสริมให้มีอัตราการคงใช้ (Continuation Rate) ในระดับสูงจึงเป็นสิ่งจำเป็น นอกจากนี้ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๖ (พ.ศ. ๒๕๓๐ - ๒๕๓๕) โครงสร้างประชากรที่มีอายุเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์จะเพิ่มมากขึ้น กว่าเดิมอีกประมาณร้อยละ ๓๐ หรือจากประมาณ ๗.๒ ล้านคนเป็น ๙.๒ ล้านคน (กระทรวงสาธารณสุข ๒๕๒๔ : ๒) ซึ่งเป็นผลมาจากการที่อัตราการเกิดของประเทศไทยสูงมากในอดีต สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่เพิ่มขึ้นนี้ต้องได้รับการดูแลเรื่องการวางแผนครอบครัวเพิ่มขึ้น มิฉะนั้นจะทำให้อัตราเพิ่มประชากรที่เริ่มลดลงได้ตามเป้าหมายกลับสูงเพิ่มขึ้นไปอีกได้ ในปัจจุบันแม้ว่าจะลดอัตราเพิ่มประชากรลงได้แต่ประชากรไทยยังคงเพิ่มขึ้นปีละประมาณ ๑ ล้านคน ขณะที่ปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรประมาณ ๕๒ ล้านคนนั้นก็ยังพบว่า มีปัญหาต่าง ๆ มากมายเป็นต้นว่า รายได้ต่อหัวของประชากรยังคงตกต่ำ เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่น ๆ และประชากร ๑ ใน ๔ ยังคงอยู่ในสภาพยากไร้ เป็นต้น การวางแผนครอบครัวจึงเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นอยู่ยิ่งเป็น อย่างยิ่ง (พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ ๒๕๒๔ : ๗ - ๘) บุญเลิศ เลี้ยวประไพ ได้ชี้ให้เห็นว่า แม้การวางแผนครอบครัวในช่วงเวลาที่ผ่านมาจะสามารถลดอัตราเพิ่มประชากรได้ตามเป้าหมาย แต่ผลสำเร็จดังกล่าวก็มิได้หมายความว่า ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบ เกี่ยวข้องกับ เรื่องนี้จะวางมือหรือลด ความพยายามลงไปได้ ในทางตรงกันข้ามกลับมีความจำเป็นที่จะต้องเพิ่มความพยายามมากยิ่งขึ้น เพราะนับตั้งแต่ช่วงนี้เป็นต้นไปถ้าหากไม่สามารถเร่งให้อัตราเพิ่มประชากรลดต่ำลงไปได้อีก ความหวังที่ตั้งไว้ว่าจะให้ประชากรส่วนใหญ่หรือแทบทั้งหมดมีการอยู่ดีกินดีมีการศึกษามีสุขภาพ อนามัยดีขึ้นไปเรื่อย ๆ ในอนาคตจะเลื่อนหายไปหรือไม่เกิดขึ้นเลย (บุญเลิศ เลี้ยวประไพ ม.ป.ป.ว. : ๒)

* อัตราการคงใช้ (Continuation Rate) หมายถึง โอกาสที่ผู้รับบริการรายใหม่ จำนวนหนึ่ง เมื่อรับบริการวิธีการคุมกำเนิดชั่วคราวอย่างใดอย่างหนึ่งไปแล้ว จะยังมีผู้ยังคงใช้ อย่างต่อเนื่องติดต่อกันเหลือจำนวนเท่าใด ตามระยะเวลาที่กำหนด

แม้จะมีความจำเป็นในการดำเนินงานวางแผนครอบครัวอย่างต่อเนื่อง แต่ประสบการณ์การดำเนินงานวางแผนครอบครัวทั้งในประเทศไทยและในประเทศด้อยพัฒนาอื่น ๆ ชี้ให้เห็นว่าการลดอัตราเพิ่มประชากรให้ต่ำลงนั้นมักจะประสบผลสำเร็จได้ง่ายในช่วงแรก ๆ แต่เมื่อลดอัตราเพิ่มได้ถึงระดับหนึ่งแล้ว จะลดให้ต่ำลงไปกว่านั้นอีกเป็นเรื่องที่ต้องใช้ความพยายามเป็นอันมากในช่วงที่รัฐบาลไทยประกาศนโยบายประชากร เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๑๓ นั้น สตรีคนหนึ่ง ๆ มีบุตรตลอดวัยให้กำเนิดบุตร (อัตราเจริญพันธุ์รวม) เฉลี่ย ๖.๐๕ คน และลดลงเป็น ๓.๓ คน ในปี พ.ศ. ๒๕๒๗ การลดอัตราการเจริญพันธุ์รวมจาก ๓.๓ คน ให้ต่ำลงไปอีก เป็นเรื่องที่ทำได้ยากกว่าการลดจาก ๖.๐๕ คน มาเป็น ๓.๓ คน ในช่วงที่ผ่านมาเป็นอันมาก

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๖ ได้ตั้งเป้าหมายที่จะลดจำนวนบุตรเฉลี่ยต่อสตรีสมรสแล้ว จากประมาณ ๒.๔๔ คน ในปี พ.ศ. ๒๕๒๕ ให้เหลือ ๒.๔๓ คนในปี พ.ศ. ๒๕๓๔ และลดอัตราเพิ่มประชากรให้เหลือร้อยละ ๑.๓ ในปี พ.ศ. ๒๕๓๔ (วิระ นิยมวัน ๒๕๒๕ : ๕) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว โครงการวางแผนครอบครัวจะต้องให้บริการคุมกำเนิดแก่ผู้รับบริการรายใหม่ถึง ๖,๖๔๗,๐๐๐ ราย และผู้รับบริการคงใช้อยู่อีก ๕,๖๔๒,๐๐๐ ราย (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ๒๕๒๕ : ๕)

การที่จะลดอัตราเพิ่มประชากรไทยให้เหลือร้อยละ ๑.๓ ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๖ นั้น จำต้องดำเนินการให้มีผู้รับบริการการคุมกำเนิดถึงร้อยละ ๗๔ ของจำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้ว โครงการวางแผนครอบครัวจะต้องเร่งรัดดำเนินการเผยแพร่ให้การศึกษาชักจูงใจและให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่ที่มีอัตราคุมกำเนิดต่ำและมีภาวะเจริญพันธุ์สูงให้ได้ผลจริงจึงมากขึ้น ดังนั้นในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๖ จึงมุ่งเน้นการวางแผนครอบครัวในพื้นที่ที่อัตราการคุมกำเนิดต่ำ และสภาวะเศรษฐกิจและสังคมต่ำเป็นพิเศษ

จากรายงานเกี่ยวกับอัตราการคุมกำเนิดของจังหวัดต่าง ๆ ในประเทศไทยที่จัดทำโดยกองอนามัยครอบครัว กระทรวงสาธารณสุขสามารถแบ่งกลุ่มจังหวัดที่มีอัตราการคุมกำเนิดแตกต่างกัน ๓ กลุ่มคือ

ก. จังหวัดที่มีอัตราการคุมกำเนิดของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้วเกินร้อยละ ๖๕

ข. จังหวัดที่มีอัตราการคุมกำเนิดของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้วระหว่างร้อยละ

๕๐ - ๖๕

ค. จังหวัดที่มีอัตราการคุมกำเนิดของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้วต่ำกว่าร้อยละ ๕๐

จังหวัดในกลุ่มสุดท้ายเป็นจังหวัดเป้าหมายอันดับแรกของการดำเนินงานการวางแผนครอบครัวในช่วงต่อไปในอนาคต ซึ่งจากข้อมูลประจำเดือนพฤศจิกายน ๒๕๒๔ ของกองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย พบว่า มีจังหวัดที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำกว่าร้อยละ ๕๐ ทั้งหมด ๑๒ จังหวัด โดยเป็นจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ๕ จังหวัด ภาคเหนือ ๑ จังหวัด และภาคใต้ ๗ จังหวัด แม้ว่าในภาคใต้จะมีจำนวนจังหวัดที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำกว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แต่เมื่อพิจารณาจากกลุ่มคู่สมรสวัยเจริญพันธุ์แล้วปรากฏว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีคู่สมรสวัยเจริญพันธุ์ถึง ๒,๔๔๔,๖๐๒ คน ในขณะที่ภาคใต้มีเพียง ๘๕๕,๑๕๑ คน เท่านั้น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือจึงมีความสำคัญต่อผลสำเร็จในการดำเนินงานวางแผนครอบครัวให้บรรลุเป้าหมายในอนาคตได้มากกว่า

จังหวัดศรีสะเกษเป็นหนึ่งในสี่จังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีอัตราการคุมกำเนิดอยู่ในกลุ่มล่างหลัง คือ มีอัตราการคุมกำเนิดเฉลี่ยทั้งจังหวัดเพียงร้อยละ ๔๗.๖ เท่านั้น ทั้ง ๆ ที่มีคู่สมรสอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ที่สมควรได้รับบริการคุมกำเนิดในปี ๒๕๒๔ ถึง ๑๖๕,๗๕๕ คน และจะเพิ่มจำนวนขึ้นอีกมากในอนาคต (รายงานเดือนพฤศจิกายน ๒๕๒๔ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข) อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาข้อมูลด้านการคุมกำเนิดของจังหวัดศรีสะเกษเป็นกลุ่มย่อยลงไปในระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้านก็ได้พบว่า แม้โดยภาพรวมจังหวัดศรีสะเกษจะเป็นจังหวัดล่างหลังมีหมู่บ้านที่ต้องได้รับการพัฒนาทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และการยอมรับการคุมกำเนิดในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๖ เป็นอันมาก (ข้อมูล กขช.๒ค. กองวิจัยและประเมินผล กรมพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย ๒๕๒๔) แต่ก็พบว่า ความล้มเหลวด้านการคุมกำเนิดมิได้เกิดขึ้นเหมือนกันทั้งจังหวัด หากแต่มีความแตกต่างในการยอมรับการคุมกำเนิดในระดับพื้นที่อยู่มาก กล่าวคือ ในบางพื้นที่ในเขตชนบทของจังหวัดศรีสะเกษมีการยอมรับการคุมกำเนิดสูงถึงร้อยละ ๖๓.๖ ในขณะที่ ในบางพื้นที่ในเขตชนบทมีอัตราการยอมรับการคุมกำเนิดต่ำมากเพียงร้อยละ ๓๐.๘ เท่านั้น

และพบข้อมูลระดับหมู่บ้านอีก เป็นจำนวนมากที่ชี้ให้เห็นว่าบางหมู่บ้านมีการคุมกำเนิดต่ำมากและบางหมู่บ้านไม่มีผู้สมรสที่ยอมรับการคุมกำเนิดเลย (รายงานเดือนพฤศจิกายน ๒๕๒๖ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และข้อมูล กชช. ๒๑. กองวิจัยและประเมินผล กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย ๒๕๒๙) จากปรากฏการณ์ของพฤติกรรมด้านการยอมรับการวางแผนครอบครัวในจังหวัดศรีสะเกษดังกล่าวข้างต้น จังหวัดนี้จึงเป็นจังหวัดหนึ่งที่น่าสนใจ ตัวกำหนดการยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิด ตลอดจนศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดความแตกต่างในอัตราการยอมรับการคุมกำเนิด ซึ่งมีความแตกต่างกันมากในแต่ละท้องที่ของจังหวัดศรีสะเกษ ทั้งนี้เพราะข้อมูลดังกล่าวส่วนหนึ่งจะเป็นประโยชน์ในฐานะ เป็นข้อมูลพื้นฐานค้ำผู้เรียน ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางสำหรับกำหนดนโยบายประชากรและการจัดโครงการทางการศึกษา (ประชากรศึกษา) ที่จะสร้างความตระหนักในการยอมรับการวางแผนครอบครัวหรือโครงการการศึกษาอื่น ๆ ที่จะช่วยให้การดำเนินกิจกรรมการวางแผนครอบครัวให้ท้องที่นั้น ๆ ดำเนินไปได้อย่างเหมาะสม (Namard Harrington, 1986 : 304 Philiber, 1980 : 3 - 9 Nelson and Honnold, 1980 : 3 - 12) และจะเป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาโครงการเพื่อก่อให้เกิดการยอมรับการคุมกำเนิดในท้องที่ของจังหวัดศรีสะเกษที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มที่มีปัญหาหรือยากจะเข้าถึง (Hard core group) ทางการวางแผนครอบครัวและในขณะเดียวกันก็จะเป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาโครงการให้เกิดการยอมรับการคุมกำเนิดในบางท้องที่ของจังหวัดศรีสะเกษที่ค่อนข้างสูงอยู่แล้วให้สูงยิ่งขึ้นจนถึงร้อยละ ๗๕ ตามเป้าหมายในแผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติในปัจจุบันอีกประการหนึ่งด้วย

การศึกษา เรื่องการยอมรับการคุมกำเนิดในอดีตที่ผ่านมาส่วนมากมุ่งเน้นศึกษาในระดับจุลภาค (Micro level) คือ ระดับบุคคล (Individual) และมักจะพิจารณาถึงสถานภาพ เศรษฐกิจและสังคมของบุคคลที่มีผลต่อการยอมรับการคุมกำเนิด เป็นสำคัญ ตัวแปรด้านรายได้ ขนาดถือครองที่ดิน การเข้าร่วมแรงงานของสตรี การศึกษา อาชีพ สถานที่อยู่อาศัย ได้รับการนำมาศึกษา เรื่องการยอมรับการคุมกำเนิดกันมาก แต่ปรากฏว่าสามารถอธิบายการยอมรับการคุมกำเนิดได้น้อย (IPPF, 1978 : 15 Suchart Prasithrathsint and Others, 1980 : 33 Beckman, 1978 : 58 Shafie, 1983 : abstract)

สำหรับตัวแปรทางด้านประชากรที่มีหน่วยการวิเคราะห์เป็นระดับบุคคลนั้น พบผลจากการศึกษาว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว ได้แก่ จำนวนบุตรเกิดรอด ระยะเวลาการให้บุตร จำนวนบุตรตาย ระยะเวลาในการสมรส เพศบุตร ที่มีอยู่ อายุของมารดา ตัวแปรเหล่านี้จะมีผลต่อความต้องการจำนวนบุตร (Demand for Children) ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีผลในทางอ้อมต่อการยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิด (Bulatao and Lee. 1983 : 765 Vernuri. 1980 Kanyiri. 1984 Ahmed. 1984 Porter. 1984 : 20)

ทางด้านจิตวิทยาพบว่า มีผู้ที่พยายามนำเอาปัจจัยทางจิตวิทยามาอธิบายพฤติกรรม การเจริญพันธุ์ของแต่ละบุคคล ตัวแปรที่พบว่า มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการคุมกำเนิด ได้แก่ ความทันสมัยของบุคคล (Individual Modernity) ที่สนใจต่อการคุมกำเนิด ความพึงพอใจในเพศชาย ค่านิยมต่อการมีบุตร (Value of Children) การรับรู้ด้านการสนับสนุนจากสังคม (Perception of Social Support) (David and others. 1974 Palmore. 1972 Kothandapany. 1970 -1971 Laing. 1969 Beckman. 1978 Bom and others. 1972 and Kamnuansilpa. 1981)

นอกจากนี้ได้มีผู้นำตัวแปรด้านการเข้าถึงบริการการคุมกำเนิด (accessibility) การรู้แหล่งบริการ ระยะเวลา ระยะทาง ค่าใช้จ่ายในการไปรับบริการ ความง่ายและความสะดวกในการรับบริการมาเป็นตัวแปรอธิบาย การยอมรับการคุมกำเนิดด้วย (Kanyiri. 1984 Ahmed. 1984 Mudjiman. 1976 : 34 Churler and others. 1985 : 268 Chayovan and others. 1984)

การศึกษาการยอมรับการคุมกำเนิดในระดับจุลภาคดังกล่าวนี้ได้รับการท้วงติงว่า มักเป็นการศึกษาปัจจัยระดับบุคคลที่มุ่งเน้นปัจจัยเฉพาะด้านตามความถนัดและความเชี่ยวชาญของผู้ศึกษาทำให้ศึกษาได้ไม่ครอบคลุมรวมทั้งมีปัญหาที่เกิดจากการขาดความเชื่อมโยงปรากฏการณ์ในระดับตัวบุคคลกับปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ซึ่งยอมรับกันว่าอิทธิพลไม่น้อยในการกำหนดพฤติกรรมในระดับบุคคล (Srikantan. 1977 : xi-2 - 231 United Nations 1981 : 8 Chung. 1972 : 11 - 14 and Kar. 1975 : 7 - 8)

ข้อท้วงติงดังกล่าวนี้ ตรงกับข้อเสนอของนักวิชาการหลายท่านที่ชี้ให้เห็นว่า พฤติกรรมของมนุษย์เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจากหลายสาเหตุ (Multiple Causality of Human Behavior) กล่าวคือ เป็นผลมาจากปัจจัยทั้งจากตัวบุคคลเองและปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม (Kaplan. 1964 : 28 Eeden and Eiten. 1982 : 1 IPPF. 1978 : 10) การศึกษาเรื่องการยอมรับการวางแผนครอบครัว จึงได้รับการเสนอให้พิจารณาปัจจัยระดับจุลภาค อันได้แก่ ระดับตัวบุคคลดังกล่าวมาแล้วผนวกเข้ากับปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมด้วย (Mamdani อ้างอิงมาจาก ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และกนกศักดิ์ แล้วเทพ ๒๕๒๔ : ๗๗ - ๑๑๗ Kim แปลโดย ภัสสร ลิมานนท์ ๒๕๒๗ : ๑ - ๔ Kar. 1975 : 7 - 8) แนวคิดเช่นนี้มีพื้นฐานมาจากแนวคิดทางสังคมศาสตร์ที่ชี้ให้เห็นว่ามนุษย์เป็นผลผลิตทางสังคม (Social Product) หรืออีกนัยหนึ่งระบบโครงสร้างในสังคม เป็นสิ่งกำหนดพฤติกรรมของมวลสมาชิกในสังคมนั้นเอง (Luckman & Berger. 1970 Durkhiem. 1897 Cooley. 1909 and Lewin. 1951)

สำหรับปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมที่ได้รับการเสนอแนะให้นำมาพิจารณาประกอบไปกับปัจจัยระดับบุคคลในเรื่องของการยอมรับการวางแผนครอบครัวนั้น ได้แก่ ปัจจัยทางด้านโปรแกรมการวางแผนครอบครัว และปัจจัยทางด้านระดับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของชุมชนในพื้นที่นั้น ๆ ทั้งนี้โดยมีความเชื่อว่า หากปัจจัยสองประการนี้มีภาวะการเป็นไปในทางที่ดีจะทำให้มีการยอมรับการวางแผนครอบครัวมาก แต่หากปัจจัย ๒ ด้านนี้เป็นไปในทางตรงข้ามจะทำให้การยอมรับการวางแผนครอบครัวไม่ เป็นไปตามเป้าหมาย ปัจจัยดังกล่าว ๒ ประการนี้ผนวกเข้ากับปัจจัยต่าง ๆ ในระดับบุคคลจะทำให้สามารถอธิบายการยอมรับการวางแผนครอบครัวได้อย่างสมบูรณ์ (Bogue & Tsui. 1979 Demeny. 1979 Farooq & Simmons. 1985 Selby and others 1980 Schultz. 1974 Freedman & Berelson. 1976 and Mauldin and others 1978)

สำหรับข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ชี้ให้เห็นถึงผลของปัจจัยด้านโปรแกรมการวางแผนครอบครัว ที่มีต่อการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์นั้น ดังเช่น การศึกษาของดู (Khoo) และพิพิตลท์ (Piputsitee) ที่พบว่า การลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ในไต้หวันระหว่างปี ค.ศ. ๑๙๖๔ - ๑๙๗๔ เป็นผลมาจากโครงการวางแผนครอบครัวร้อยละ ๓๐ ในสิงคโปร์ ระหว่างปี ค.ศ. ๑๙๖๔ - ๑๙๗๔

คิดเป็นร้อยละ ๓๐ และในประเทศไทยระหว่างปี ๑๙๖๔ - ๑๙๗๒ คิดเป็นร้อยละ ๔๐ เป็นต้น (Khoo. 1978 : 1 Piputsitee. 1984 : 1539 A)

ในด้านปัจจัยการพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมของชุมชนที่มีผลต่อการยอมรับการคุมกำเนิดนั้น จากการประเมินผลนโยบายประชากรในประเทศไทยเปรียบเทียบกับประเทศในกลุ่มอาเซียนอื่น ๆ พบว่า การพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลทางอ้อมต่อการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์เช่นกัน (Piputsitee. 1984 : 1539 A) และจากผลการวิจัยของ แอนเคอร์ (Anker. 1973) และเคน (Cain. 1975) พบว่า การพัฒนาให้เกิดความทันสมัยขึ้นในหมู่บ้านมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการคุมกำเนิด (Nizamuddin. 1980 : 11)

โดยสรุปจะเห็นได้ว่า การยอมรับการคุมกำเนิดของผู้สมรสนั้นมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับอยู่ ๒ ระดับด้วยกันคือ ปัจจัยระดับจุลภาค (Micro-level) หรือระดับบุคคล ซึ่งสามารถจำแนกเป็นปัจจัยทางด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคมและจิตวิทยา และปัจจัยที่มีอิทธิพลระดับมหภาค (Macro-level) หรือปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ซึ่งได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวกับการพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมของชุมชน และปัจจัยที่เกี่ยวกับโปรแกรมการวางแผนครอบครัวที่ดำเนินงานอยู่ในท้องถิ่นนั้น ๆ ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับการยอมรับการคุมกำเนิดเพื่อให้ได้ผลที่ใกล้เคียงความจริงมากที่สุดจึงควรต้องศึกษาปัจจัยทั้ง ๒ ระดับ ดังกล่าวนี ในช่วงเวลาที่ผ่านมาได้เริ่มมีผู้ศึกษาในแนวทางดังกล่าวอยู่บ้างและปรากฏผลว่าปัจจัยทั้ง ๒ ระดับมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางประชากร เช่นกล่าวนั้น (Duncan. 1964 Rhodes. 1971 Srikantan. 1967 Anker. 1967 Alauddin. 1979 and Chou. 1981 citing Chayovan. 1982 : 12) นอกจากนี้ ได้มีผู้สนับสนุนให้ศึกษาเรื่องการยอมรับการคุมกำเนิดโดยใช้ปัจจัย ๒ ระดับนี้ เช่น แอนริสเชอล์ และมาซัน (Entwisle and Mason. 1984 : 35) ได้กล่าวว่า การวิจัยก่อน ๆ ที่เน้นตัวกำหนดระดับใดระดับหนึ่งเพียงระดับเดียวจะนำไปสู่การประมาณค่าที่คลาดเคลื่อน เพราะตัวกำหนดในระดับอื่นมีความเกี่ยวข้องกันเช่นเดียวกับ เฮอร์มาลิน และชโยวรณ (Hermalin and Chayovan. 1984 : 2) ที่ชี้ให้เห็นว่า อัตราการคุมกำเนิดในชุมชนขึ้นอยู่กับคุณลักษณะของผู้สมรส ลักษณะของสถานที่และสภาพแวดล้อมที่ผู้สมรสอาศัยอยู่ จากแนวคิดเชิงทฤษฎีที่พยายามเชื่อมโยงปรากฏการณ์ทั้งระดับมหภาคและจุลภาคเข้าด้วยกัน ได้มีผู้พยายามที่จะอธิบายปรากฏการณ์

ทางประชากร โดยใช้ข้อมูลหลายระดับหรือต่างระดับ (Multi-level) โดยคาดหวังว่าจะทำให้เข้าใจและสามารถอธิบายพฤติกรรมต่าง ๆ ได้ดีขึ้น แต่งานวิจัยและข้อมูลเชิงประจักษ์ที่อธิบายแนวคิดนี้ในส่วนที่เกี่ยวกับการยอมรับการคุมกำเนิดยังมีอยู่น้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีประเทศไทย ซึ่งมีความจำเป็นอย่างมากในปัจจุบันในอันที่จะต้องทำความเข้าใจพฤติกรรม การยอมรับการคุมกำเนิดในกลุ่มประชากรที่มีความหลากหลายด้านนี้ให้ลึกซึ้งกว่าที่เป็นอยู่นั้นยังมีการศึกษาทำนองนี้น้อยมาก (Edden, 1982 Lee, 1982 Kim, 1984 Entwisle, 1984)

ในการวิจัยการยอมรับการคุมกำเนิดในจังหวัดที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำที่เป็นเป้าหมายของการเร่งรัดการคุมกำเนิดคือ จังหวัดศรีสะเกษในครั้งนี้ เพื่อให้สามารถอธิบายปรากฏการณ์ด้านยอมรับการคุมกำเนิดได้โดยเด่นชัด ผู้วิจัยจะดำเนินการวิจัยในพื้นที่ที่มีความแตกต่างกันในอัตราการยอมรับการคุมกำเนิดคือ ดำเนินการในพื้นที่ที่มีอัตราการยอมรับการคุมกำเนิดค่อนข้างสูงและต่ำรวมทั้งจะสังเคราะห์ทฤษฎีที่อธิบายเรื่องการยอมรับการคุมกำเนิดและระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งปัจจัยระดับบุคคลและปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม โดยคาดหมายว่าจะสามารถอธิบายการยอมรับการคุมกำเนิดในกลุ่มประชากรที่มีปัญหาได้ดียิ่งขึ้นและจะทำให้มองเห็นแนวทางสำหรับการดำเนินงานในกลุ่มเป้าหมายนี้ชัดเจนมากขึ้นว่าจะมุ่งเน้นการพัฒนาการยอมรับการคุมกำเนิดในพื้นที่นี้ อย่างไรจึงจะก่อให้เกิดผลตามต้องการ

ความมุ่งหมายของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีความมุ่งหมายที่จะศึกษาอิทธิพลของปัจจัยระดับบุคคล ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม และจิตวิทยา และปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรด้านโปรแกรมการวางแผนครอบครัว และตัวแปรด้านการพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมของชุมชนที่มีผลต่อการยอมรับการคุมกำเนิดในจังหวัดที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ

ความมุ่งหมายเฉพาะด้าน

๑. เพื่อศึกษาปัจจัยระดับบุคคล (ตัวแปรด้านประชากร เศรษฐกิจ และสังคม และจิตวิทยา) ในแต่ละตัวแปรในกลุ่มผู้ยอมรับ และไม่ยอมรับการคุมกำเนิด ในภาพรวม และเมื่อ

จำแนกตามหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง-ต่ำ

๒. เพื่อศึกษาปัจจัยระดับบุคคล ที่มีอิทธิพลในการจำแนกการยอมรับการคุมกำเนิด ในภาพรวม และเมื่อจำแนกตามหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง-ต่ำ
๓. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม (ตัวแปรด้านโปรแกรมการวางแผนครอบครัว และด้านการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม) ในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงและต่ำ
๔. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลในการจำแนกอัตราการคุมกำเนิด ของหมู่บ้าน
๕. เพื่อศึกษาว่าปัจจัยระดับบุคคลและปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม สามารถร่วมกันอธิบาย การยอมรับการคุมกำเนิดในภาพรวม และเมื่อจำแนกตามหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงและต่ำ

สมมุติฐานในการวิจัย

๑. ปัจจัยระดับบุคคล (ตัวแปรด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคม และจิตวิทยา) มีอิทธิพลต่อการยอมรับการคุมกำเนิดของบุคคล
๒. ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม (ตัวแปรด้านโปรแกรมการวางแผนครอบครัว และด้านการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของชุมชน) มีอิทธิพลต่ออัตราการคุมกำเนิดของชุมชน
๓. ปัจจัยระดับบุคคลและปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม มีอิทธิพลต่อการยอมรับการคุมกำเนิดของบุคคล

กรอบแนวความคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการภายใต้กรอบแนวคิดทางทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ว่า การยอมรับการคุมกำเนิด เป็นจุดเบี่ยงต้นที่นำไปสู่การลดลงของระดับภาวะเจริญพันธุ์ ปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับการคุมกำเนิดจึงอาศัยมาจากแนวคิดทฤษฎีปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเจริญพันธุ์ ซึ่งสามารถแยกเป็น ๒ ระดับใหญ่ ๆ คือ ปัจจัยระดับบุคคล และปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม โดยปัจจัยระดับบุคคลประกอบด้วยตัวแปรด้านประชากร ด้านเศรษฐกิจ และสังคม และตัวแปร

ด้านจิตวิทยา สำหรับปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมประกอบด้วยตัวแปรด้านโปรแกรมการวางแผนครอบครัว และด้านการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของชุมชน โดยตัวแปรในแต่ละด้านจะคัดเลือกเฉพาะตัวแปรที่ทั้งทฤษฎีและผลงานวิจัยสนับสนุนว่าเป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้เกิดการยอมรับการคุมกำเนิด (รายละเอียดอยู่ในบทที่ ๒) ดังมีรายละเอียดตามกรอบแนวคิดในภาพประกอบ ๑



| |
|---|
| การยอมรับการคุมกำเนิด |
| ๑. ผู้ยอมรับการคุมกำเนิดในปัจจุบัน (Current Use) |
| - ยาเม็ด |
| - ยาฉีด |
| + ท่วงอามัย |
| - อื่น ๆ ฯลฯ |
| ๒. ผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิดในปัจจุบัน |
| ๒.๑' เคยคุมกำเนิด (Ever Use) แต่ปัจจุบันไม่ได้คุม |
| ๒.๒' ไม่เคยคุมกำเนิด (Never Use) |

| | | |
|---|---|---|
| ตัวแปรด้านประชากร (Demographic Variable) | ตัวแปรด้านจิตวิทยา (Psychological Variables) | ตัวแปรด้านโปรแกรมวางแผนครอบครัว (Family Planning Program Variables) |
| - จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ | - ความทันสมัยของบุคคล (Individual Modernity) | - การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด |
| ตัวแปรเศรษฐกิจและสังคม (Socio-Economic Variables) | - ค่านิยมต่อบุตร (Value of Children) | - จำนวนของการมีโครงการวางแผนครอบครัวพิเศษ |
| - การศึกษาของสตรีและสามี | - การรับรู้การสนับสนุนการคุมกำเนิดจากสังคม (Perception of Social Support) | - ประสิทธิภาพการให้บริการวางแผนครอบครัวจากเจ้าหน้าที่ของรัฐ |
| - การเข้าร่วมแรงงานสตรี (Women Participation in Laborforce) | - การรับรู้การเข้าถึงบริการการคุมกำเนิด (Perception of Accessibility) | ตัวแปรด้านการพัฒนาชุมชน (Community Development Variables) |
| - รายได้ของครัวเรือน | | - อัตราตายของทารก (Infant Mortality Rate) |
| | | - อัตราการอ่านออกเขียนได้ |
| | | - อัตราส่วนร้อยละของครัวเรือนที่มีไฟฟ้าใช้ |
| | | - อัตราส่วนร้อยละของครัวเรือนที่มีโทรศัพท์ |
| | | - รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนในชุมชน |

แนวคิดระดับจุลภาค
Micro Approach

แนวคิดระดับมหภาค
Macro Approach

ภาพประกอบ ๑ กรอบแนวความคิดปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการคุมกำเนิดในการวิจัยครั้งนี้

ขอบเขตของการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีปัญหาเรื่องการยอมรับการคุมกำเนิด

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

๑. ประชากรวัยเจริญพันธุ์ หมายถึง ประชากรที่มีอายุระหว่าง ๑๕ - ๔๔ ปี ซึ่งกำหนดจากช่วงอายุสตรี เพราะกำหนดวัยสิ้นสุดการเจริญพันธุ์ได้แน่นอน
๒. การวางแผนครอบครัว (Family Planning) หมายถึง การที่คู่สมรสร่วมกันวางแผนเพื่อกำหนดจำนวนบุตร และระยะเวลาในการมีบุตร เพื่อความเหมาะสมกับฐานะของตน แต่โดยทั่วไปและในที่นี้จะใช้ในความหมายของการคุมกำเนิด
๓. การคุมกำเนิด (Contraception) หมายถึง วิธีการใด ๆ ที่ป้องกันการตั้งครรภ์ที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งมีหลายวิธี เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ยาฝัง ถุงยางอนามัย ท่วงอนามัย การทำหมัน และอื่น ๆ (ยกเว้นการทำแท้ง)
๔. อัตราการคุมกำเนิด (Contraceptive Prevalence Rate) หมายถึง อัตราร้อยละของหญิงวัยเจริญพันธุ์ (อายุ ๑๕ - ๔๔ ปี) ที่สมรสและอยู่กับสามี ซึ่งกำลังใช้วิธีการคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่งอยู่ ในเวลาและในพื้นที่ที่กำหนด
๕. ท้องที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง หมายถึง ท้องที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงกว่าร้อยละ ๕๐
๖. ท้องที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ หมายถึง ท้องที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำกว่าร้อยละ ๕๐
๗. การยอมรับการคุมกำเนิด หมายถึง การที่คู่สมรสวัยเจริญพันธุ์ปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ การคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่งในปัจจุบัน
๘. คู่สมรสวัยเจริญพันธุ์ที่ยอมรับการคุมกำเนิด หมายถึง คู่สมรสวัยเจริญพันธุ์ในปัจจุบัน กำลังใช้วิธีการคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่งอยู่
๙. คู่สมรสวัยเจริญพันธุ์ที่ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด หมายถึง คู่สมรสวัยเจริญพันธุ์ที่ไม่ได้ ปฏิบัติการคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่งในปัจจุบัน ซึ่งแยกออกได้เป็น ๒ กลุ่มคือ

๔.๑ ผู้เคยคุมกำเนิด (Ever Use) หมายถึง ผู้ที่อดีตเคยคุมกำเนิดแต่ปัจจุบันไม่ได้คุมกำเนิดด้วยเหตุผลอื่นที่นอกเหนือจากตั้งครรภ์ ไม่สามารถจะมีบุตรได้ สามีไม่อยู่หรือต้องการบุตรเพิ่ม (planned pregnancy)

๔.๒ ผู้ไม่เคยคุมกำเนิด (Never Use) คือ ผู้ที่ไม่เคยคุมกำเนิดด้วยวิธีใด ๆ เลย ซึ่งจำแนกได้ ๒ กลุ่มคือ ผู้ที่คิดจะคุมกำเนิดในอนาคต และไม่เคยคิดจะคุมกำเนิด

๑๐. จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ หมายถึง จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งได้จากจำนวนบุตรเกิดรอด (Children Ever Born) ลบด้วยจำนวนบุตรตาย

๑๑. การศึกษาของสตรีและสามี หมายถึง ระดับความสามารถในการอ่านเขียนภาษาไทยของสตรีและสามี ซึ่งจำแนกเป็น ๔ กลุ่มคือ

- ๑๑.๑ อ่าน - เขียน ไม่ได้
- ๑๑.๒ อ่านได้ - เขียนไม่ได้
- ๑๑.๓ อ่านได้ - เขียนได้เล็กน้อย
- ๑๑.๔ อ่านได้ - เขียนได้คล่อง

๑๒. การเข้าร่วมแรงงานสตรี หมายถึง การที่สตรีได้มีส่วนร่วมในการทำงานประจำอื่น ๆ นอกเหนือจากงานแม่บ้าน หรืองานภายในครอบครัว การพิจารณาการเข้าร่วมแรงงานพิจารณาจากผลตอบแทนที่ได้รับ เป็นตัว เงินและลักษณะงานที่ทำเป็นงานนอกบ้าน

๑๓. รายได้ของครัวเรือน หมายถึง รายได้ทั้งหมดของคู่สมรสก่อนหักค่าใช้จ่ายใด ๆ ในรอบปีที่ผ่านมา

๑๔. ความทันสมัยของบุคคล หมายถึง คุณลักษณะในตัวบุคคลที่ใจกว้างยอมรับการเปลี่ยนแปลงเห็นคุณค่าของเวลา มุ่งอนาคตมากกว่าอดีต มีการวางแผนการแผ้วถางหน้า เชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ไม่เชื่อโชคชะตา ให้ความสำคัญทางเศรษฐกิจสูง

๑๕. ค่านิยมต่อบุตร (Value of Children) หมายถึง คุณค่าของบุตรแต่ละคนที่อาจพิจารณาได้ทั้งในเชิงที่เป็นบวก เช่น บุตรเป็นที่พึ่งยามชรา บุตรเป็นสายสัมพันธ์ช่วยให้ชีวิตครอบครัวสุขสมบูรณ์ หรืออาจพิจารณาในแง่ลบคือ การมีบุตรจะต้องทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดู มารดาเสียโอกาสในการทำงาน เป็นต้น

๑๖. การรับรู้การสนับสนุนจากสังคม (Perception of Social Support)

หมายถึง การรับรู้ว่าสังคมยอมรับเรื่องการคุมกำเนิดมากน้อยเพียงใด กลุ่มเพื่อนบ้านหรือผู้ที่มีอิทธิพล (Significant Others) ผู้นำทางความคิดและทางปฏิบัติในท้องถิ่นสนับสนุนหรือไม่

๑๗. การรับรู้การเข้าถึงบริการการคุมกำเนิด (Perception of Accessibility)

หมายถึง การที่สตรีรับรู้ว่าจะสามารถไปรับบริการวิธีคุมกำเนิดวิธีใดได้จากสถานที่ใด เสียเวลา ค่าใช้จ่ายมากน้อยเพียงไร และมีความสะดวกในการรับบริการเพียงใด

๑๘. การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด หมายถึง ระยะทาง ระยะเวลา ค่าใช้จ่าย ในการรับบริการคุมกำเนิดจากหมู่บ้านไปยังแหล่งบริการคุมกำเนิด

๑๙. โครงการวางแผนครอบครัวพิเศษ หมายถึง การให้บริการโครงการวางแผนครอบครัวเป็นกรณีพิเศษ เป็นครั้งคราวนอกเหนือจากการดำเนินงานโดยปกติ เช่น การมีการตรวจคัดวางแผนครอบครัวหรือการมีหน่วยเคลื่อนที่พิเศษ

๒๐. ประสิทธิภาพในการให้บริการการวางแผนครอบครัวจากเจ้าหน้าที่ของรัฐ หมายถึง เจ้าหน้าที่ของรัฐสามารถให้บริการการคุมกำเนิดได้สอดคล้องกับความต้องการและคุณลักษณะของผู้รับบริการ ทำให้ผู้รับบริการพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

๒๑. อัตราตายของทารก (Infant Mortality Rate) หมายถึง จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า ๑ ปี ตายต่อจำนวนเด็กเกิดมีชีวิตทั้งหมดในปีเดียวกัน

๒๒. อัตราการอ่านออกเขียนได้ หมายถึง จำนวนผู้อ่านออกเขียนได้ต่อจำนวนประชากรอายุ ๑๐ ปี ขึ้นไป

๒๓. อัตราส่วนร้อยของครัวเรือนที่มีไฟฟ้าใช้ หมายถึง จำนวนครัวเรือนที่มีไฟฟ้าใช้ต่อ ๑๐๐ ครัวเรือนในหมู่บ้านนั้น

๒๔. อัตราส่วนร้อยของครัวเรือนที่มีโทรทัศน์ใช้ หมายถึง จำนวนครัวเรือนที่มีโทรทัศน์ (ขาวดำ/สี) ใช้ต่อ ๑๐๐ ครัวเรือนในหมู่บ้านนั้น

๒๕. รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนในชุมชน หมายถึง รายได้โดยเฉลี่ยใน ๑ ปี ของครัวเรือนในชุมชนก่อนหักค่าใช้จ่ายใด ๆ

๒๖. ปัจจัยระดับบุคคล (Individual Factors) หมายถึง ปัจจัยด้านประชากร ด้านเศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยด้านจิตวิทยาของบุคคลที่มีผลต่อการยอมรับการคุมกำเนิด

๒๗. ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม (Contextual Factors) หมายถึง ปัจจัยด้านโปรแกรมการวางแผนครอบครัวและการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของชุมชนที่มีผลต่อการยอมรับการคุมกำเนิด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ทำให้เข้าใจว่าปัจจัยใดมีความสำคัญยิ่งต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ที่เป็นปัญหาอยู่ในปัจจุบัน เพื่อผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินกิจกรรมในด้านนี้จะได้ตระหนักและหาวิธีส่งเสริมการจัดโครงการทางการศึกษาให้ประชาชนยอมรับการวางแผนครอบครัวให้มากยิ่งขึ้น และในขณะเดียวกันจะเป็นแนวทางสำคัญในการปรับสภาพสังคมสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการพัฒนาโครงการทางประชากรและโครงการพัฒนาต่าง ๆ ให้เอื้อต่อการยอมรับการคุมกำเนิดให้มากยิ่งขึ้น อันจะมีผลต่อการลดลงของอัตราเพิ่มประชากรของประเทศไทยตาม เป้าหมาย โยแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับปัจจุบันและอนาคต

บทที่ ๒

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยเรื่องอิทธิพลของปัจจัยระดับบุคคลและปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการยอมรับการคุมกำเนิดในจังหวัดที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำในครั้งนี มีเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้

๑. ความคิดรวบยอด หลักการ ทฤษฎี เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว
 - ๑.๑ ความหมายของการวางแผนครอบครัว
 - ๑.๒ ความสำคัญของการวางแผนครอบครัว
 - ๑.๓ วิธีการคุมกำเนิด
 - ๑.๔ ประสิทธิภาพของการคุมกำเนิด
 - ๑.๕ แนวคิดและกระบวนการตัดสินใจในการยอมรับการวางแผนครอบครัว
๒. การวางแผนครอบครัวในประเทศไทย
 - ๒.๑ ความเป็นมาของประชากรและการวางแผนครอบครัวในประเทศไทย
 - ๒.๒ สภาวะการคุมกำเนิดในประเทศไทย
 - ๒.๓ แหล่งบริการการวางแผนครอบครัว
๓. ทฤษฎีอธิบายพฤติกรรมทางประชากรด้านการวางแผนครอบครัว
 - ๓.๑ ทฤษฎีของกลุ่มมิลลิสใหม่
 - ๓.๒ ทฤษฎีของกลุ่มนิกชีวิทยา
 - ๓.๓ ทฤษฎีหลอดแก้วทางสังคม
 - ๓.๔ ทฤษฎีประชากรของนิกสังคมนิยม
 - ๓.๕ ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทางประชากร
 - ๓.๖ ทฤษฎีการตื่นตัวทางประชากร
 - ๓.๗ ทฤษฎีทางด้านเศรษฐศาสตร์จุลภาคที่อธิบายภาวะเจริญพันธุ์

๓.๘ ทฤษฎีทางจิตวิทยาประชากรที่อธิบายภาวะเจริญพันธุ์

๓.๘ ทฤษฎีทางประชากรศาสตร์ที่อธิบายภาวะเจริญพันธุ์

๓.๑๐ ข้อสรุปในเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับปัจจัยที่อธิบายพฤติกรรมทางประชากรด้านการวางแผนครอบครัว

๓.๑๑ การสังเคราะห์ทฤษฎีประชากรเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวเพื่อการวิจัยและการพัฒนาการยอมรับการวางแผนครอบครัว

๔. ตัวแปรในการวิจัย : ความสำคัญและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๔.๑ ปัจจัยด้านส่วนบุคคล

๔.๑.๑ ตัวแปรด้านประชากร

๔.๑.๒ ตัวแปรด้านเศรษฐกิจและสังคม

๔.๑.๓ ตัวแปรด้านจิตวิทยา

๔.๒ ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม

๔.๒.๑ ตัวแปรด้านโปรแกรมการวางแผนครอบครัว

๔.๒.๒ ตัวแปรด้านการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของชุมชน

๔.๓ ตัวแปรด้านการยอมรับการวางแผนครอบครัว

๔.๔ สรุปตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

๑. ความคิดรวบยอด หลักการ ทฤษฎีเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว

๑.๑ ความหมายของการวางแผนครอบครัว

การวางแผนครอบครัวมีความหมายกว้าง ไม่ได้หมายถึงการคุมกำเนิดเท่านั้น แต่เป็นการวางแผนหรือตั้งเป้าหมายให้ครอบครัวมีความพร้อมที่จะมีสมาชิกตามจำนวนที่ต้องการ ในระยะเวลาที่เหมาะสมมีฐานะทางเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมที่ดี สำหรับการดำรงชีวิตเพื่อสุขภาพ และอนามัยของครอบครัวนั้น ๆ ซึ่งจะมีผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศด้วย ดังนั้นการวางแผนครอบครัวจึงมิได้มีความหมายแต่เพียงการจำกัดขนาดครอบครัวไม่ให้มากเกินไป เท่านั้น แต่ยังเป็นกำลังเสริมการมีบุตรในคู่สมรสที่มีบุตรได้ยาก รวมทั้งการเลือกเพศบุตรด้วย

(จริยวัตร คมพยัคฆ์ ๒๕๒๕ : ๑๐๑, เยาวรัตน์ ปรัชญ์ขาม ๒๕๒๕ : ๖๓๙, Ross 1982:205)

อย่างไรก็ตาม การวางแผนครอบครัวในปัจจุบันมักเน้นหนักไปในด้านการลดการเกิด หรือการคุมกำเนิดเป็นสำคัญ

การคุมกำเนิด (Conception Control, Contraception) คือการป้องกันการปฏิสนธิระหว่างไข่และสเปิร์ม (Ross. 1982 : 102) ซึ่งอาจแบ่งเป็นประเภทใหญ่ ๆ ได้ ๒ ประเภท คือ (สุพร เกิดสว่าง ๒๕๒๗ : ๒)

๑. การคุมกำเนิดแบบถาวร (Permanent Contraception) ได้แก่ การทำหมันหญิง (Tubal Sterilization) และการทำหมันชาย (Vasectomy)

๒. การคุมกำเนิดแบบชั่วคราว (Temporary or Reversible Contraception) ได้แก่ การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด (Oral Contraception) ท่วงอนามัย (I.U.D.) ยาฉีดคุมกำเนิด (Injectable Contraception) ถุงยางอนามัย (Condom) เป็นต้น การคุมกำเนิดชนิดนี้เมื่อเลิกใช้จะสามารถมีบุตรได้อีก

การวางแผนครอบครัวเป็นสิทธิของมนุษยชน เป็นการปฏิบัติโดยความสมัครใจ ไม่มีประเทศใดในโลกที่ออกกฎหมายบังคับให้ทำการวางแผนครอบครัวด้วยมาตรการต่าง ๆ จะมีก็แต่การโฆษณา เชิญชวนหรือโน้มน้าวจิตใจให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการวางแผนครอบครัวว่ามีประโยชน์ต่อทั้งตนเองและประเทศชาติ ครอบครัวใดจะตัดสินใจจะมีบุตรจำนวนเท่าใดเป็นสิทธิของครอบครัวนั้น ๆ ที่จะคำนึงถึงความเหมาะสมกับฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมของตน และเมื่อใดก็ตามที่ครอบครัวนั้นมีบุตรเพียงพอแล้ว หรือต้องการที่จะเว้นระยะการมีบุตรชั่วคราวหนึ่งด้วยเหตุผลต่าง ๆ เช่น เพื่อสุขภาพอนามัยของมารดา หรือเพื่อรอให้บุตรเติบโตขึ้น หรือต้องการให้มีฐานะดีขึ้น การวางแผนครอบครัวก็จะตอบสนองให้ได้ด้วยการบริการการคุมกำเนิดประเภทต่าง ๆ

๑.๒ ความสำคัญของการวางแผนครอบครัว

ในอดีตอัตราการเพิ่มประชากรโลกเป็นไปอย่างช้า ๆ ถึงแม้ว่าอัตราเกิดจะสูง แต่อัตราตายสูงไล่เสียกัน (Murphy. 1985 : 2 - 3) เป็นที่ทราบกันอยู่แล้วว่า อัตราตายที่สูงนั้นสืบเนื่องมาจากภัยธรรมชาติต่าง ๆ โรคระบาด และสงคราม ต่อมาจนถึงศตวรรษที่ ๑๘

เมื่อเริ่มมีการเปลี่ยนสภาพความเป็นอยู่จากสังคมในระบบเกษตรกรรมไปสู่ระบบอุตสาหกรรม ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีใหม่ ๆ ในศตวรรษที่ ๑๙ - ๒๐ ทำให้สามารถป้องกันและหลีกเลี่ยงภัยธรรมชาติต่าง ๆ ได้ตลอดจนสามารถควบคุมโรคระบาดได้เกือบทุกชนิด อันเนื่องมาจากการพัฒนาทางการแพทย์และสาธารณสุข การสร้างสันติภาพของประเทศต่าง ๆ ทำให้หลีกเลี่ยงการเกิดสงครามได้ เหตุการณ์เหล่านี้มีผลต่อการลดอัตราการตายอย่างรวดเร็วมาก ส่งผลให้อัตราการเพิ่มประชากรอยู่ในระดับที่สูง ซึ่งทำให้เกิดปัญหาตามมามากมายจนเกิดความจำเป็นในการลดอัตราเพิ่มประชากรต่อมา การลดอัตราเพิ่มของประชากรนั้นอาจทำได้ ๒ วิธีคือ การเพิ่มอัตราการตายและการลดอัตราเกิด (สำหรับการย้ายถิ่นไม่มีผลต่อการเพิ่มประชากรโลก) แต่การเพิ่มอัตราการตาย เป็นวิธีการที่ไม่พึงปรารถนา ดังนั้นการลดอัตราเพิ่มประชากรจึงต้องมุ่งที่การลดอัตราเกิดหรือขลอการเกิด ซึ่งสามารถทำได้โดยวิธีการวางแผนครอบครัว

เองเก (เยาเวรต์น์ ปรบึกษ์ซาม ๒๔๒๘ : ๒๕๐ อ้างอิงมาจาก Enke) นักเศรษฐศาสตร์ผู้มีชื่อเสียงของโลกได้ศึกษาพบว่า การลงทุนพัฒนาในด้านการลดอัตราเกิดจะดีกว่ามากกว่าการลงทุนพัฒนาด้านอื่น ๆ ประมาณ ๒๐ เท่าตัว เพราะจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาชาติหลายประการ เช่น อัตราคนวัยทำงานสูงขึ้น ภาระเลี้ยงดูเด็กลดลง รายได้เฉลี่ยสูงขึ้น การออมทรัพย์และการลงทุนสูงขึ้น สภาพความเป็นอยู่และสวัสดิการทางสังคมอื่น ๆ ดีขึ้น ดังนั้นประเทศที่ประสบปัญหาในเรื่องอัตราเพิ่มประชากรตามธรรมชาติสูง จึงพยายามที่จะวางแผนการลดอัตราเพิ่มของประชากรโดยใช้นโยบายการวางแผนครอบครัว ได้มีการศึกษาคำใช้จ่ายและผลตอบแทนของโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติของประเทศไทย โดยประมาณผลตอบแทนจากการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ พบว่า การลงทุนในโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติในช่วงปี ค.ศ. ๑๙๗๒ - ๑๙๘๐ ด้รับผลตอบแทนสูงถึงร้อยละ ๑๑๐ ตลอดจนมีการยอมรับกันอย่างกว้างขวางว่า โครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ จะเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพสำหรับการลดค่าใช้จ่ายของรัฐบาลในด้านบริการสังคมในอนาคต (Abel and others. 1982)

จากผลการสัมมนาเรื่องผลกระทบของงานวางแผนครอบครัวต่อการพัฒนาประเทศของบรรดานักวิชาการและผู้บริหารประเทศ ประมาณ ๕๐ คน ที่โรงแรมเวียงตาด จังหวัดตาก วันที่ ๑๙ - ๒๐ ธันวาคม ๒๕๒๔ ได้ข้อสรุปและข้อคิดเห็นที่น่าสนใจดังนี้

๑. ผลกระทบต่อขนาดและองค์ประกอบของประชากรไทย จากการศึกษาของ ดร.บุญเลิศ เลี้ยวประไพ แห่งสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า

๑.๑ ถ้าไม่มีการวางแผนครอบครัว ประเทศไทยจะมีประชากรประมาณ หกสิบล้านคนเศษ ใน พ.ศ. ๒๕๒๘ ซึ่งมีจำนวนมากกว่่าที่มีอยู่จริงในปัจจุบัน ไม่น้อยกว่า เก้าล้านคน

๑.๒ ในค้ำนอนค์ประกอบอายุประชากร ถ้าเปรียบเทียบระหว่างที่ไม่มีและมีการวางแผนครอบครัว จะมีความแตกต่างกัน ดังนี้คือ ถ้าประเทศไทยไม่มีการวางแผนครอบครัว ในปี ๒๕๒๘ จะมีกลุ่มวัยเด็ก (๐ - ๑๔ ปี) จำนวน ๔๖๕ คน ในจำนวนประชากรทั้งหมด ๑,๐๐๐ คน แต่เมื่อมีการวางแผนครอบครัวจะมีเพียง ๓๖๕ คนเท่านั้น ส่วนกลุ่มวัยสูงอายุ (๖๐ ปีขึ้นไป) นั้นเกือบจะไม่มี ความแตกต่างกันเลยคือ ถ้าไม่มีการวางแผนครอบครัวจะมีคนกลุ่มนี้ ๔๖ คน และเมื่อมีการวางแผนครอบครัวจะมีมากกว่า ๘ คน คือมีเพียง ๔๔ คน ในประชากร ๑,๐๐๐ คนเท่านั้น

๒. ผลกระทบต่อการให้บริการทางสังคม จากการศึกษาของ ดร.เทียนฉาย กิรินันท์ แห่งคณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่า

การให้บริการทางสังคมของรัฐในที่นี้หมายความรวมถึงสวัสดิการสังคม การสงเคราะห์แม่และเด็ก การสงเคราะห์คนชราและผู้พิการ การสงเคราะห์ผู้ป่วยทางจิต การบรรเทาสาธารณภัย ฝึกหัดและการและกิจการบริการสังคมอื่น ๆ ทั้งหมด จากรายงานการจัดสรรงบประมาณของสำนักงานงบประมาณในระยะเวลา ๑๐ ปี คือระหว่าง พ.ศ. ๒๕๑๔ - ๒๕๒๔ ทำให้สามารถประมาณการค่าใช้จ่ายพื้นฐานของรัฐเพื่อบริการสังคมทั้งหมด สำหรับในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๕ (๒๕๒๕-๒๕๒๙) และแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๖ (๒๕๓๐-๒๕๓๔) ซึ่งสรุปได้ว่าผลจากการวางแผนครอบครัวที่ป้องกัน การเกิดไว้ได้นั้น สามารถประหยัดรายจ่ายของรัฐเฉพาะที่เกี่ยวกับการให้บริการทางสังคมไปได้ถึงประมาณกว่า ๒๑,๐๐๐ ล้านบาทในระยะแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๕ และประมาณกว่า ๕๑,๐๐๐ ล้านบาทในระยะแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๖

ถ้าเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานวางแผนครอบครัวกับค่าใช้จ่ายที่รัฐสามารถประหยัดไว้ได้เฉพาะในส่วนนี้ จะเห็นได้ว่าในระยะแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๕ มีความแตกต่างกัน ไม่น้อยกว่า ๑๐ เท่า คือในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๕ มีค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานวางแผนครอบครัว ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน รวมกันเพียง ๑,๘๖๑ ล้านบาทเศษเท่านั้น

๓. ผลกระทบต่อการบริหารการศึกษา จากการศึกษาของ ดร.ปราโมทย์ ประสาทกุล แห่งสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า

การวางแผนครอบครัวทำให้จำนวนประชากรในวัยประถมศึกษาและมัธยมศึกษา (ประชากรในช่วงอายุ ๖ - ๑๗ ปี) มีน้อยกว่าถ้าไม่มีการวางแผนครอบครัว ถึง ๑.๔ ล้านคน ในปี ๒๕๒๓ ๔ ล้านคนในปี ๒๕๒๔ ๘ ล้านคนในปี ๒๕๓๓ และเกือบ ๑๓ ล้านคนในปี ๒๕๓๔

๔. ผลกระทบต่อการใช้ทรัพยากรธรรมชาติ จากการศึกษาของ ดร.พีรสิทธิ์ คำานวมศิลป์ แห่งสำนักวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ พบว่า

เนื่องจากประชากรเป็นทั้งผู้บริโภคและผู้ผลิตพร้อม ๆ กัน ในการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคม ฉะนั้นไม่ว่าประชากรจะอยู่ในฐานะใดก็ตาม การเพิ่มของประชากรย่อมหมายถึงการใช้ทรัพยากรธรรมชาติที่เพิ่มขึ้น

จากข้อมูลที่ได้จากกรมการปกครองและกระทรวงเกษตรฯ จะเห็นได้ว่าเมื่อประชากรที่เพิ่มขึ้นจำนวนที่ดินที่ใช้ในการเกษตรก็จะเพิ่มขึ้น และพื้นที่ป่าไม้จะลดลงเรื่อย ๆ

สมมุติว่าไม่สามารถจะลดอัตราการเพิ่มของประชากรให้ต่ำกว่าร้อยละ ๑.๖ ต่อปีได้อีก ก็พอจะประมาณจำนวนประชากรในอนาคตได้ว่าใน พ.ศ. ๒๕๓๓ ประเทศไทยจะมีประชากรประมาณ ๕๕.๒ ล้านคน และหลังจากนั้นจะมีประชากรเพิ่มขึ้นปีละ ๑ ล้านคน จนกระทั่งถึงปี พ.ศ. ๒๕๔๓ จะมีประชากรประมาณ ๖๖ ล้านคน แต่ต่อจากนั้นไปจำนวนเพิ่มแต่ละปีจะมากกว่า ๑ ล้านคนและเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เพราะฐานประชากรที่เพิ่ม

ในขณะที่เดียวกันการที่จะให้ประชากรมีมาตรฐานการครองชีพ และความเป็นอยู่เท่ากับปัจจุบันภายใต้ระดับการพัฒนาในปัจจุบัน เราจะต้องมีที่ดินที่ใช้ในการเกษตรเพิ่มขึ้นจาก ๑๔๑.๑ ล้านไร่ใน พ.ศ. ๒๕๓๓ เป็น ๑๔๔.๕ ล้านไร่ใน พ.ศ. ๒๕๓๔ และเป็น ๒๔๑ ล้านไร่ใน พ.ศ. ๒๕๓๓ ซึ่งประเทศไทยจะมีประชากรประมาณ ๑๑๒ ล้านคน ซึ่งสภาวะเช่นนี้จะ เป็นไปไม่ได้ ในเมื่อประเทศไทยมีที่ดินอยู่ทั้งหมดเพียง ๒๒๒ ล้านไร่เท่านั้น

โดยสรุปแล้วความสภาพเศรษฐกิจ สังคม ทรัพยากรธรรมชาติ และเทคโนโลยีที่มีอยู่ในปัจจุบัน ประเทศไทยควรมีจำนวนประชากรไม่เกิน ๖๔ ล้านคน ซึ่งในขณะที่เดียวกันนั้น ประเทศจะมีพื้นที่ป่าไม้เหลืออยู่เพียงประมาณ ๖๔ ล้านไร่เท่านั้น แต่ถ้าไม่สามารถจะหยุดยั้งการ

เพิ่มของประชากรได้และเมื่อมีถึง ๘๖ ล้านคนเมื่อใดก็อาจจะเกิดภาวะวิกฤติทางประชากร โดยจะมีอัตราตายจากโรคภัยไข้เจ็บเพิ่มขึ้น ซึ่งเกิดขึ้นจากความแออัดของมนุษย์ภายใต้เนื้อที่และทรัพยากรที่จำกัด

๑.๓ วิธีการคุมกำเนิด

วิธีการคุมกำเนิดอาศัยหลักทางวิทยาศาสตร์ที่เชื่อว่า การปฏิสนธิตามปกติจะเป็นไปได้ต่อเมื่อตัวอสุจิของฝ่ายชายมีโอกาสเดินทางเข้าไปผสมกับไข่ที่สุกของฝ่ายหญิงภายในท่อนำไข่ และไข่ที่ผสมกันแล้วจะเดินทางลงมาฝังตัวที่เยื่อภายในโพรงมดลูก ดังนั้นนักวิทยาศาสตร์และแพทย์จึงได้พยายามค้นคว้าหาวิธีการต่าง ๆ ที่จะขัดขวางไม่ให้ตัวอสุจิพบและผสมกับไข่ที่สุก หรือป้องกันไม่ให้มีการฝังตัวของไข่ที่ผสมแล้วในโพรงมดลูก การค้นคว้าได้กระทำกันอย่างกว้างขวาง ทำให้มีการพัฒนาวิธีการควบคุมการปฏิสนธิขึ้น การพัฒนาส่วนใหญ่ในขณะนี้มุ่งไปในทางขัดขวางกลไกกว้าง ๆ ของกระบวนการปกติของการสืบพันธุ์ วิธีการที่ใช้กันในปัจจุบันมีหลักใหญ่ ๆ ดังนี้

(สุพร เกิดสว่าง ๒๕๒๗ : ๑ - ๒๐๐)

- การป้องกันไม่ให้มีไข่สุกโดยการให้รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด และยาฉีดคุมกำเนิด
- การป้องกันการผสมตัวของอสุจิและไข่ โดยการใช้ถุงยางอนามัย หมวกยางครอบปากมดลูก การทำหมันชาย และการทำหมันหญิง
- การป้องกันการฝังตัวของไข่ที่ถูกผสมแล้ว ได้แก่ การใส่ห่วงอนามัย

วิธีการคุมกำเนิดในปัจจุบันจำแนกได้ ๒ ประเภทใหญ่ ๆ คือ การคุมกำเนิดแบบถาวร และการคุมกำเนิดแบบชั่วคราว

๑.๓.๑ วิธีการคุมกำเนิดแบบถาวร หรือการทำหมัน เป็นการสิ้นสุดการมีบุตรที่ปฏิบัติได้ทั้งฝ่ายชายและฝ่ายหญิง นิยมใช้เมื่อไม่ต้องการมีบุตรอีก การทำหมันหญิงและหมันชาย อาศัยหลักที่ทำให้ท่อนำไข่หรือท่อนำน้ำเชื้ออุดตัน อาจทำโดยการจี้ไฟฟ้า คลิบหนีบ หรือผูกตัดท่อนำไข่ หรือน้ำเชื้อออก เล็กน้อย การทำหมันหญิงอาจทำได้ห้อยคล้องหรือในภาวะปกติที่ไม่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์หรือการคลอดที่เรียกว่า "การทำหมันแห้ง" ก็ได้ สำหรับการทำหมันชายนั้นทำได้สะดวก และมีความยุ่งยากน้อยกว่าการทำหมันหญิง

๑.๓.๒: วิธีการคุมกำเนิดแบบชั่วคราว เป็นการป้องกันการปฏิสนธิชนิดที่เมื่อผู้ใช้เลิกใช้แล้ว จะมีประสิทธิภาพในการมีบุตรได้เหมือนเดิม จึงเหมาะสำหรับครอบครัวที่ต้องการมีบุตรอีก แต่ต้องการเว้นระยะการมีบุตรไว้ชั่วคราว การคุมกำเนิดแบบชั่วคราวมีมาตั้งแต่สมัยโบราณ ซึ่งบางวิธีก็ยังมีใช้อยู่จนถึงปัจจุบัน ซีกัล และทีสเน (จริยาวัตร คมพยัคฆ์ ๒๕๒๕ : ๑๒๐ อ้างอิงมาจาก Segal and Tietze) ได้รวบรวมวิธีคุมกำเนิดชั่วคราวที่ใช้ในปัจจุบันไว้ดังนี้คือ

๑.๓.๒.๑ วิธีสามัญที่ใช้กันมาแต่โบราณ (Folk Methods)

๑.๓.๒.๑.๑ การหลั่งน้ำอสุจิกายนอกของคลอด
(Coitus Interruptus)

๑.๓.๒.๑.๒ การสวนล้างหลังร่วมเพศ

(Post - coital Douche)

๑.๓.๒.๑.๓ การยืดเวลาการให้นมบุตร

(Prolonged Lactation)

๑.๓.๒.๒ วิธีสมัยเก่าที่ยังคงใช้สืบต่อกันมา (Traditional Methods)

๑.๓.๒.๒.๑ ถุงยางอนามัย (Condom)

๑.๓.๒.๒.๒ ท막ครอบมดลูก (Vaginal Diaphragm)

๑.๓.๒.๒.๓ ยาฆ่าตัวอสุจิ (Spermicides)

๑.๓.๒.๒.๔ การงดเว้นร่วมเพศบางช่วงเวลา

(Rhythms Method)

๑.๓.๒.๓ วิธีสมัยใหม่ (Modern Methods)

๑.๓.๒.๓.๑ ยาเม็ดคุมกำเนิด

(Oral Contraception)

๑.๓.๒.๓.๒ ยาฉีดคุมกำเนิด

(Injectable Contraception)

๑.๓.๒.๓.๓ ห่วงอนามัย (IUD = Intrauterine

Contraceptive Device)

วิธีการคุมกำเนิดแต่ละชนิดมีข้อดีและข้อห้ามในการใช้แตกต่างกันไป ผู้ที่จะเลือกวิธีการคุมกำเนิดชนิดใดขึ้นอยู่กับความพึงพอใจ และผลของการตรวจร่างกาย โดยแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่อนามัยว่า เหมาะสมกับการคุมกำเนิดชนิดใด

วิธีคุมกำเนิดต่างกับวิธีการรักษาทางแพทย์อื่น ๆ เพราะวิธีการคุมกำเนิดใช้กับคนเป็นล้าน ๆ คน ทั้งที่มีสุขภาพสมบูรณ์และที่เจ็บป่วย ทั้งเป็นการใช้ในระยะเวลาเป็นปี ๆ โดยมีการควบคุมดูแลทางแพทย์เพียงส่วนน้อย

วิธีคุมกำเนิดที่ดีพร้อมในอุดมคติจึงควรมีคุณสมบัติสำคัญดังนี้คือ

๑. ประสิทธิภาพสูงในการป้องกันการตั้งครรภ์ (Effective)
๒. ปลอดภัย ไม่มีอาการแทรกซ้อนที่รุนแรง และไม่อันตราย แม้จะใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน (safe)
๓. กลับตั้งครรภ์ได้ใหม่ เมื่อเลิกใช้ (ในกรณีที่เป็นวิธีคุมกำเนิดแบบชั่วคราว)

มีการเจริญพันธุ์เหมือนเดิม (Reversible)

๔. ใช้ได้ง่าย สะดวกในทางปฏิบัติและการให้บริการ (Simple)
๕. เป็นวิธีที่คนส่วนใหญ่ยอมรับ (Acceptable)
๖. ราคาถูก (In Expensive)

วิธีคุมกำเนิดมีอยู่ในบันทึกของฮิปโปคราตัส ตั้งแต่สมัย ๔,๐๐๐ ปีมาแล้ว และได้มีการพยายามคิดค้นหาวิธีการที่มีคุณสมบัติดีขึ้นอยู่ตลอดเวลา แต่ก็ยังไม่มีวิธีใดดีพร้อม และเหมาะสมสำหรับคนทุกคน การพิจารณาเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดนั้น นอกจากคุณสมบัติดังกล่าวแล้ว ยังต้องคำนึงถึงปัจจัยต่าง ๆ ดังต่อไปนี้คือ

๑. วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี
๒. ศาสนา
๓. เศรษฐกิจ
๔. ระดับการศึกษา
๕. พฤติกรรมทางเพศ
๖. กำลังและความสามารถในการให้บริการ

ความแตกต่างในปัจจัยดังกล่าวนี้ ทำให้ไม่สามารถหาวิธีคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่งที่จะมีคุณสมบัติดีพร้อมสำหรับทุก ๆ คนได้ จึงจำเป็นต้องมีวิธีคุมกำเนิดหลายวิธีไว้ให้เลือกใช้ตามความเหมาะสมของแต่ละคน ในแต่ละช่วงเวลา (สุพร เกิดสว่าง ๒๕๒๗ : ๖ - ๗)

๑.๔ ประสิทธิผลของการคุมกำเนิด

ประสิทธิผลของการคุมกำเนิด หมายถึง ผลของวิธีการคุมกำเนิดที่ทำให้ไม่เกิดการตั้งครรภ์ขึ้นระหว่างที่ใช้วิธีนั้น ๆ โดยใช้อัตราการตั้งครรภ์ (Pregnancy rate or Failure rate) ของหญิงที่เกิดขึ้นขณะที่ใช้วิธีการคุมกำเนิดเป็นเครื่องวัดประสิทธิภาพของวิธีนั้น ๆ วิธีคุมกำเนิดวิธีใดมีประสิทธิภาพสูงจะมีอัตราการตั้งครรภ์ต่ำ และวิธีคุมกำเนิดวิธีใดที่มีประสิทธิภาพต่ำก็จะมีอัตราการตั้งครรภ์สูง (จริยวัตร คมพัตต์ ๒๕๒๕ : ๑๑๔)

การวัดประสิทธิผลของวิธีคุมกำเนิดที่ใช้กันมากในปัจจุบันมี ๓ แบบ (Tietze and Lewit, 1968 : 1 - 40) คือ

๑. ประสิทธิภาพทางทฤษฎี (Theoretical of Method Effectiveness)

คำนึงถึงเฉพาะการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นขณะที่มีการใช้วิธีคุมกำเนิดอย่างถูกต้อง (Method Failures) ประสิทธิภาพทางทฤษฎีจึงหมายถึง ประสิทธิภาพสูงสุดของวิธีนั้น เมื่อใช้ในสภาพที่ดีที่สุดเหมาะสมที่สุด มีประโยชน์ในการศึกษาประสิทธิภาพของวิธีการคุมกำเนิดในระยะที่เริ่มศึกษาริธีนั้น ๆ แต่ไม่มีประโยชน์มากนัก หากจะนำมาใช้ในทางปฏิบัติทั่วไป

๒. ประสิทธิภาพทางปฏิบัติ (Classical Use - Effectiveness)

ครอบคลุมไปถึงการตั้งครรภ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้นขณะที่ใช้วิธีคุมกำเนิดทั้งที่เป็นการตั้งครรภ์ ขณะใช้วิธีนั้นอย่างถูกต้องและการตั้งครรภ์จากความผิดพลาดในการใช้ (Patient or User Failures) ประสิทธิภาพในการปฏิบัติจึงใกล้เคียงกับผลที่จะได้รับ

๓. ประสิทธิภาพทางปฏิบัติในวงกว้าง (Extended Use - Effectiveness)

จะรวมการตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจทั้งหมดในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา เหมาะสมสำหรับใช้ในโครงการใหม่ ๆ เช่น โครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ จากข้อมูลในตาราง ๑ ได้สรุป ประสิทธิภาพของวิธีการคุมกำเนิดวิธีต่าง ๆ ไว้ดังนี้

ตาราง ๑ ประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ (ร้อยละของการตั้งครรภ์) ของวิธีคุมกำเนิดชนิดต่าง ๆ

| วิธีคุมกำเนิด | ประสิทธิภาพทางทฤษฎี | ประสิทธิภาพทางปฏิบัติ |
|-------------------------|---------------------|-----------------------|
| หมั้นชาย | ๐.๑๔ | ๐.๒ - ๐.๔ |
| หมั้นหญิง | ๐.๐๔ | ๐.๒๑ |
| หลอดยาฝัง (Norplant) | ๐.๓ | ๐.๓ |
| ยาฉีดคุมกำเนิด | ๐.๒๕ | ๑ |
| ห่วงอนามัย | ๑ - ๓ | ๑ - ๔ |
| ยาเม็ดคุมกำเนิด | ๐.๕ | ๑ - ๑ |
| Minipill | ๑ | ๓ - ๑๐ |
| ถุงยางอนามัย | ๑ - ๒ | ๓ - ๑๔ |
| หมวกครอบมดลูก | ๒ | ๔ - ๒๕ |
| การงดร่วมเพศบางช่วงเวลา | ๒ - ๕ | ๑๐ - ๓๐ |
| ฟองน้ำ | ๑๑ | ๑๔ - ๓๐ |

ที่มา : A Guide to Modern Contraceptive Methods Prepared by
The Population Crisis Committee, 1120 19 th street N.W.
Washington D.C. 20036 USA. May 1985.

จากตาราง ๑ จะเห็นว่า วิธีคุมกำเนิดบางชนิด เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิดที่เป็นที่นิยมใช้กันมากที่สุดในปัจจุบันนี้ มีประสิทธิผลทางทฤษฎีสูงกว่าห่วงอนามัย แต่ประสิทธิผลในทางปฏิบัติใกล้เคียงกัน ในการพิจารณาประสิทธิผล วิธีการคุมกำเนิดคงต้องคำนึงประสิทธิผล ในทางปฏิบัติ เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาเปรียบเทียบมากกว่าประสิทธิภาพในทางทฤษฎี เพราะประสิทธิผล ทางปฏิบัติ จะเป็นตัวสะท้อนประสิทธิผล ที่แท้จริงเมื่อนำมาใช้

๑.๕ แนวคิดและกระบวนการตัดสินใจในการยอมรับการวางแผนครอบครัว

โลกปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้ามาก ทั้งเครื่องจักรกลและวิทยาการใหม่ ๆ สิ่งประดิษฐ์ต่าง ๆ รวมทั้งความรู้ใหม่ ๆ กระบวนการที่จะทำให้บุคคลยอมรับความคิดใหม่ (Innovations)* ไปใช้ปฏิบัติได้มีนักสังคมวิทยา ชื่อ โรเจอร์ (Everett M. Rogers) ได้ทำการค้นคว้าและทดลองกับคนหลายกลุ่ม และหลายแห่งในอเมริกาใต้ และได้สรุปลำดับขั้นของการยอมรับและใช้ความคิดใหม่ออกเป็น ๕ ขั้น คือ (๑) ขั้นตื่นตัว (Awareness Stage) (๒) ขั้นสนใจ (Interest Stage) (๓) ขั้นประเมิน (Evaluation Stage) (๔) ขั้นทดลอง (Trial Stage) และ (๕) ขั้นยอมรับเป็นนิสัย (Adoption Stage) (Rogers. 1962 : 76 - 93)

*ความคิดใหม่ (นวัตกรรม = Innovations) หมายถึง ความคิดที่บุคคลหรือกลุ่มบุคคลไม่เคยมีมาก่อน เช่น การคุมกำเนิด การปลูกยางพันธุ์ใหม่ ซึ่งอาจไม่ใช่ความคิดใหม่สำหรับบุคคลหรือกลุ่มคนบางกลุ่ม แต่ยังมีบุคคลและกลุ่มบุคคลอีกหลายกลุ่มยังไม่รู้ไม่เคยใช้มาก่อน ก็ถือว่าเป็นความคิดใหม่สำหรับบุคคลหรือกลุ่มบุคคลนั้น ๆ

ในการยอมรับการวางแผนครอบครัว ก็เหมือนกระบวนการยอมรับสิ่งใหม่ ๆ อื่น ๆ ในด้านการวางแผนครอบครัว (คุมกำเนิด) การยอมรับอย่างสมบูรณ์ก็คือ การใช้วิธีป้องกันการตั้งครรภ์ในระยะยาว จนกว่าจะต้องการมีบุตรอีก หรือให้วิธีคุมกำเนิดแบบถาวร เมื่อต้องการยุติการมีบุตร ใช้แล้วเกิดความพอใจแก่ผู้ใช้ บุคคลแต่ละคนที่จะยอมรับปฏิบัติจะต้องผ่านขั้นตอนต่าง ๆ กระบวนการยอมรับอาจแตกต่างกันในแต่ละบุคคล บางคนอาจจะใช้ระยะเวลาสั้นเพียง ๒ - ๓ ชั่วโมง แต่บางคนอาจจะใช้เวลานาน ๖ - ๗ เดือน หรือบางคนไม่ผ่านขั้นตอนต่าง ๆ แต่มีพฤติกรรมไปจนถึงขั้นยอมรับเลยก็ได้

๒. การวางแผนครอบครัวในประเทศไทย

๒.๑ ความเป็นมาของประชากรและการวางแผนครอบครัวในประเทศไทยในทศวรรษ
แบ่งเป็น ๒ ระยะคือ

๒.๑.๑ ระยะที่ ๑ ก่อนมีนโยบายประชากร

จากหลักฐานทางประวัติศาสตร์ย้อนหลังไปตั้งแต่สมัยรัชกาลที่ ๓ ในปี พ.ศ. ๒๓๗๑ ดร.เคนเนท อี เวลส์ (Kenneth E. Wells) ผู้เขียนหนังสือประวัติของกิจกรรมคริสตศาสนิกายโปรเตสแตนต์ในประเทศไทย ได้กล่าวว่า ประเทศไทยมีประชากรประมาณ ๔ ล้านคน และโรคที่ทำให้คนตายมากคือ อหิวาตกโรค ไข้รากสาดน้อย บิด ไข้ทรพิษ วัณโรค และไข้มาเลเรีย

สมัยรัชกาลที่ ๔ ปี พ.ศ. ๒๓๘๓ ศาสตราจารย์วง บับติสตา ปาเลอกัวส์ (D.J.B. Pallegoix) ผู้เขียนเอกสารเผยแพร่ศาสนิกายโรมันคาทอลิก ได้ประมาณประชากรของประเทศไทยว่าไม่เกิน ๖ ล้านคน

ในสมัยรัชกาลที่ ๔ ปี พ.ศ. ๒๔๔๔ ทางราชการจึงได้มีการนับจดประชากรครั้งแรก แต่ทำเพียง ๑๒ มณฑล คือ กรุงเก่า ชัยบุรี ชุมพร นครชัยศรี นครราชสีมา นครสวรรค์ นครศรีธรรมราช อุเก็ด ปราจีนบุรี ศิษณุโลก เพชรบูรณ์ และราชบุรี ปรากฏว่ามีจำนวนประชากร ๓,๓๐๐,๐๓๒ คน เป็นชาย ๑,๖๖๔,๔๖๒ คน หญิง ๑,๖๓๕,๖๐๗ คน มณฑลมิได้มีจดมี ๔ มณฑลคือ มณฑลกรุงเทพฯ พายัพ อีสาน บุรพา อุตร ไทรบุรี กลันตัน และตรังกานู

แนวนโยบายที่เกี่ยวกับการเพิ่มประชากรเริ่มปรากฏในปี

พ.ศ. ๒๔๔๔ โดยสมเด็จพระยาดำรงราชานุภาพ เสนาบดีกระทรวงมหาดไทย ได้กล่าวว่า
 "...เมืองไทยมีอาณาเขตกว้างขวาง แต่มีผู้น้อย...จำนวนพลเมืองเป็นสิ่งสำคัญแก่บ้านเมืองมาก
 จะทำอย่างไรให้พลเมืองของเรามีมากขึ้น...ถ้ารัฐบาลคิดอ่านป้องกันอย่างใดให้คนตายน้อยลงได้
 จำนวนไพร่บ้านพลเมืองก็ย่อมจะมากขึ้นโดยรวดเร็ว" ในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. ๒๔๔๒ ได้มี
 ประกาศใช้พระราชบัญญัติสำหรับทำบัญชีคนในพระราชอาณาจักรคือ บัญญัติให้กระทรวงมหาดไทย
 และกระทรวงนครบาลทำบัญชีสำมะโนครัว บัญชีคนเกิด ตาย ย้ายถิ่น พอในเดือนสิงหาคม
 พ.ศ. ๒๔๔๒ ก็ได้มีประกาศใช้กฎเสนาบดี กระทรวงนครบาล กำหนดให้มีการจดทะเบียนคนเกิด
 คนตายขึ้นในมณฑลกรุงเทพฯ แต่เฉพาะเขตตำบล ๒๕ ตำบล และให้มีการจดทะเบียนคนย้ายตำบล
 ในมณฑลกรุงเทพฯขึ้นด้วย

ในสมัยรัชกาลที่ ๖ ได้จัดให้มีการจดนับจำนวนประชากรพร้อมกัน
 ในวันที่ ๑ เมษายน ๒๔๔๔ เป็นการสำมะโนประชากรครั้งแรก ปรากฏว่า ประเทศไทยมีจำนวน
 ประชากร ๘,๒๖๖,๔๐๘ คน เป็นชาย ๔,๑๒๒,๑๖๘ คน เป็นหญิง ๔,๑๔๔,๒๔๐ คน และต่อมา
 ได้จัดให้มีการสำมะโนประชากรเป็นครั้งที่ ๒ ในวันที่ ๑ เมษายน พ.ศ. ๒๔๖๒ ปรากฏว่ามี
 จำนวนประชากร ๘,๒๐๗,๓๕๕ คน เป็นชาย ๔,๕๕๕,๖๖๗ คน หญิง ๔,๖๐๗,๖๘๘ คน

ในสมัยรัชกาลที่ ๗ ได้มีการสำรวจสำมะโนประชากรเป็นครั้งที่ ๓
 ปรากฏว่ามีจำนวนประชากร ๑๑,๕๐๖,๒๐๗ คน เป็นชาย ๕,๗๕๕,๐๕๖ คน หญิง ๕,๗๕๑,๑๕๑ คน
 และในสมัยนี้เอง เริ่มมีการตระหนักถึงการเพิ่มของประชากรที่มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างผิดสังเกต และ
 เริ่มมีการเผยแพร่เรื่องการคุมกำเนิดในหนังสือพิมพ์รายวัน "สยามใหม่" เป็นครั้งแรกในวันที่ ๔
 ตุลาคม พ.ศ. ๒๔๗๕

ในสมัยรัชกาลที่ ๘ ได้มีการสำรวจสำมะโนประชากรเป็นครั้งที่ ๔
 มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น ๑๔,๕๖๕,๑๐๕ คน เป็นชาย ๗,๓๑๓,๕๘๕ คน เป็นหญิง ๗,๒๕๑,๕๒๐ คน
 ในสมัยนี้มีจอมพลแปลก พิบูลสงคราม เป็นนายกรัฐมนตรี ได้มีนโยบายส่งเสริมให้มีการเพิ่ม
 ประชากรอย่างรวดเร็ว เพื่อเป็นการเสริมความมั่นคงของประเทศชาติ โดยส่งเสริมให้มีการประกวด
 แม่ที่มีลูกมาก และจัดให้มีการสมรสหมู่

ในสมัยรัชกาลที่ ๔ ได้มีการสำรวจสำมะโนประชากรเป็นครั้งที่ ๕
ปรากฏว่ามีจำนวนประชากร ๑๗,๔๔๒,๖๘๔ คน เป็นชาย ๘,๗๒๒,๑๔๔ คน หญิง ๘,๗๒๐,๕๓๙ คน

ใน พ.ศ. ๒๔๔๔ ได้มีการก่อตั้งสมาคมครอบครัวบริการหรือนัยหนึ่ง
วางแผนครอบครัว เป็นสมาชิกของสหพันธ์สมาคมวางแผนครอบครัวระหว่างประเทศ แต่นโยบาย
ของจอมพลแปลก พิบูลสงคราม ในขณะนั้นก็ยังคงส่งเสริมให้มีประชากรเพิ่มจำนวนมาก โดย
ประกาศใช้พระราชบัญญัติสงเคราะห์ผู้ที่มีบุตรมาก

ในระหว่างปี พ.ศ. ๒๔๔๔ - ๒๕๐๐ คณะผู้เชี่ยวชาญของธนาคาร
โลกได้เข้ามาสำรวจภาวะเศรษฐกิจในประเทศไทย และได้กล่าวว่า "การเพิ่มประชากรของ
ประเทศไทยในอัตราสูงก่อให้เกิดปัญหานำวิตถกนานาประการ...น่าจะเกิดปัญหาการว่างงานอย่าง
ร้ายแรงในอนาคต...เห็นว่าควรส่งเสริมให้ประชากรรู้จักวิธีจำกัดขนาดของครอบครัว โดยจัด
ให้มีการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับวิธีคุมกำเนิดขึ้น ตามสถานอนามัยต่าง ๆ (สังค เบล่งวาณิช
๒๕๑๒ : ๕๓ - ๕๔)

ในเดือนพฤษภาคม ๒๕๐๐ รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขได้ออก
ระเบียบเกี่ยวกับการทำหมันว่า ในการทำหมันแต่ละรายให้อยู่ในความวินิจฉัยของนายแพทย์
อย่างน้อย ๓ นาย และให้อยู่ในดุลพินิจของนายแพทย์ผู้อำนวยการ จะพิจารณาอนุมัติและผู้ที่จะทำ
หมันได้ต้องมีบุตรไม่น้อยกว่า ๔ คน

พ.ศ. ๒๕๐๑ โรงพยาบาลหัวเฉียว ได้เริ่มให้บริการการชลอการ
เกิดโดยใช้ห่วงอนามัยแบบออปเพินไฮม์ (Oppenheim) และโอตา (Ota) และโรงพยาบาล
สมเด็จพระปิ่นเกล้าฯ ธนบุรี ให้บริการครีมเจลลีและหมวกครอบโคอะแพรม ต่อมาใน พ.ศ. ๒๕๐๗
จึงเปลี่ยนเป็นให้บริการห่วงอนามัยและให้บริการยาเม็ดคุมกำเนิดใน พ.ศ. ๒๕๐๘

ในเดือนเมษายน ๒๕๐๓ ได้มีการสำมะโนประชากรเป็นครั้งที่ ๖
มีประชากร ๒๖,๒๕๗,๕๑๖ คน เป็นชาย ๑๓,๑๕๔,๑๕๔ คน หญิง ๑๓,๑๐๓,๓๖๒ คน ในขณะที่
คณะกรรมการสภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติ และคณะกรรมการสภาวิจัยได้ร่วมกันศึกษาว่ารัฐบาล
ควรจะมีนโยบายอย่างไรในเรื่องการเพิ่มประชากร ปรากฏว่ายังไม่สามารถจะหาข้อยุติร่วมกันได้
ในปี พ.ศ. ๒๕๐๔ คณะรัฐมนตรีจึงประกาศให้การคุมกำเนิดขอให้เป็นไปตามความสมัครใจของ

ประชาชน ซึ่งควรจะรู้จักฐานะของตนเองว่าสมควรจะมีบุตรมากน้อยเท่าใด ส่วนการแนะนำในเรื่องการคุมกำเนิดนั้นพึงกระทำได้แต่ยังไม่ควรทำเป็นการเปิดเผย (ไพโรจน์ นิงสานนท์ ๒๕๒๑ : ๗๔)

ในปี พ.ศ. ๒๕๐๕ สภาประชากรแห่งนิวยอร์ก (Population Council New York) และองค์การร่วมมือระหว่างประเทศของสวีเดน (SIDA) ได้ให้ความสนใจและยินดีที่จะให้ความช่วยเหลือทำการวิจัย เรื่องประชากรและอนามัยครอบครัว

ในเดือนมีนาคม พ.ศ. ๒๕๐๖ สภาวิจัยแห่งชาติได้จัดให้มีการประชุมสัมมนาทางวิชาการเรื่องประชากรของประเทศไทย เป็นครั้งแรก ที่ประชุมได้เสนอแนะให้มีการสำรวจและรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประชากรและควรดำเนินการวางแผนครอบครัวเป็นโครงการทดลองขึ้นที่บริเวณใดบริเวณหนึ่งก่อน ดังนั้นใน พ.ศ. ๒๕๐๗ สภาวิจัยร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโครงการวิจัยอนามัยครอบครัวที่อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี ให้บริการคุมกำเนิดแก่ประชาชนในเขตวิจัยจนกระทั่งถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. ๒๕๐๘

ในเดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๐๘ สภาวิจัยฯ ได้จัดให้มีการประชุมทางวิชาการเรื่อง ประชากรของประเทศไทย เป็นครั้งที่ ๒ ที่ประชุมส่วนใหญ่ลงมติเห็นชอบให้เสนอรัฐบาลให้ดำเนินการวางแผนครอบครัว เพราะอัตราเพิ่มประชากรโดยประมาณร้อยละ ๓.๒ เป็นอุปสรรคสำหรับการพัฒนา แต่ปรากฏว่าเมื่อเสนอรัฐบาล คณะรัฐมนตรีมีมติว่ารัฐบาลไม่มีนโยบายส่งเสริมการคุมกำเนิด เพราะยังมีที่ทำกินอีกมาก และต้องการกำลังคน เพื่อพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม เกรงว่าชนชาติอื่นไม่นิยมวิธีการนี้จะทำให้เกิดปัญหาชนส่วนน้อย

แม้ว่ารัฐบาลจะยังไม่มียุทธศาสตร์ส่งเสริมการคุมกำเนิด แต่ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๐๘ - ๒๕๑๑ ก็มีหลายหน่วยงานที่ให้บริการคุมกำเนิด อาทิเช่น ศูนย์บริการสาธารณสุข ๒๒ แห่งของกรุงเทพมหานคร มีการทดลองใส่ห่วงหลังคลอดที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลวชิระ และโรงพยาบาลศิริราช

ต่อมาในเดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๑๑ สภาวิจัยฯ ได้จัดให้มีการสัมมนาทางวิชาการเรื่องประชากรเป็นครั้งที่ ๓ ที่ประชุมมีมติเป็นเอกฉันท์ ให้เสนอรัฐบาลว่าการอนามัยครอบครัวให้เป็นนโยบายระดับชาติ

ในระหว่าง พ.ศ. ๒๕๑๑ - ๒๕๑๓ ได้มีความเห็นตัวและยอมรับกัน

แพร่หลายมากขึ้นว่า อัตราการเพิ่มประชากรสูงจะเป็นปัญหาต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ในที่สุดในเดือนมีนาคม พ.ศ. ๒๕๑๓ รัฐบาลจึงได้ประกาศนโยบายประชากรแห่งชาติอย่างเป็นทางการ และรวมงานวางแผนประชากรเข้าไว้กับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๑๕ - ๒๕๑๙) ได้มีการบัญญัตินโยบายประชากรไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๑๗ มาตรา ๘๖ ว่า "รัฐพึงวางนโยบายประชากรให้เหมาะสมกับทรัพยากรของชาติ ภาวะเศรษฐกิจ สังคม และความเจริญทางวิชาการ เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนความมั่นคงของรัฐ" (วิระ โอสถานนท์ ๒๕๒๒ : ๑) และภายหลังประกาศนโยบายประชากรแห่งชาติแล้ว กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ และได้มีการกำหนดแผนงานการวางแผนครอบครัวขึ้น ให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

สาเหตุประการสำคัญที่รัฐบาลได้มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบการดำเนินงานด้านการวางแผนครอบครัว ก็เพราะลักษณะงานการวางแผนครอบครัวมีส่วนเกี่ยวข้องกับอย่างใกล้ชิดกับงานด้านสุขภาพอนามัย กล่าวคือ การคุมกำเนิดก็เช่นเดียวกับการป้องกันและรักษาโรคต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยาแต่ละชนิด เพื่อให้มีอันตรายน้อยที่สุดและได้ผลสูงสุด และด้วยเหตุที่สามารถใช้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีอยู่แล้วทั่วประเทศได้ เพียงแต่อบรมให้ความรู้ด้านการคุมกำเนิด จึงเป็นวิธีดำเนินงานที่ประหยัดค่าใช้จ่ายมาก

๒.๑.๒ ระยะที่ ๒ หลังจากมีนโยบายประชากร

เป็นการดำเนินงานวางแผนครอบครัวในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งแบ่งได้ดังนี้

ก. ระยะตั้งแต่ประกาศนโยบายประชากร พ.ศ. ๒๕๑๓ - ๒๕๑๔

การให้บริการการวางแผนครอบครัวก่อนแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ นั้น ยังมีไม่มากและไม่ครอบคลุมทั่วประเทศ การให้บริการวางแผนครอบครัวมีเฉพาะในโรงพยาบาลและศูนย์สาธารณสุขในกรุงเทพฯ จำนวนผู้รับบริการวางแผน

ครอบครัวจึงยังมีไม่มาก กล่าวคือ ในปี พ.ศ. ๒๕๑๓ มีผู้รับบริการรายใหม่เพียง ๑๓๐,๖๘๓ ราย และในปี พ.ศ. ๒๕๑๔ มีผู้รับบริการรายใหม่ ๒๔๗,๓๖๗ ราย ในระยะนี้ยังไม่มีกำหนดเป้าหมายใด ๆ

ข. ระยะแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๓

(พ.ศ. ๒๕๑๕ - ๒๕๑๙)

โครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติได้มีการกำหนดแผนงานการวางแผนครอบครัว ๕ ปีขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราเพิ่มประชากรจากร้อยละ ๓ ต่อปี ให้เหลือร้อยละ ๒.๕ เมื่อสิ้นปี พ.ศ. ๒๕๑๙ ได้คำนวณเป้าหมายผู้รับบริการรายใหม่ ๑,๔๗๕,๐๐๐ ราย ผลเมื่อสิ้นปี พ.ศ. ๒๕๑๙ ปรากฏว่ามีผู้รับบริการรายใหม่ ๒,๔๐๑,๔๑๔ ราย สูงกว่าเป้าหมายร้อยละ ๖๑.๖ โดยเฉพาะผู้รับบริการแบบถาวรคือ การทำหมันหญิงและชายสูงกว่าเป้าหมายถึงร้อยละ ๑๑๐.๗ นอกจากนั้นในปี พ.ศ. ๒๕๑๘ และ พ.ศ. ๒๕๑๙ มีจำนวนผู้รับบริการยาฉีดคุมกำเนิด ๒๔,๕๕๕ ราย และ ๒๗,๓๕๗ ราย ตามลำดับ ซึ่งเป็นส่วนเสริมให้งานเกินกว่าเป้าหมายไปอีก เพราะมิได้กำหนดเป้าหมายผู้รับบริการยาฉีดไว้ โครงการวางแผนครอบครัวประสบผลสำเร็จในการขยายบริการออกไปให้สตรีโดยมากกว่า ๒ ล้านคน และเพิ่มหน่วยบริการเป็น ๔,๐๐๐ หน่วย

ค. ระยะแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๔

(พ.ศ. ๒๕๒๐ - ๒๕๒๔)

กำหนดเป้าหมายที่จะลดอัตราเพิ่มประชากรลงไปอีก จากร้อยละ ๒.๕ ให้เหลือร้อยละ ๒.๑ เมื่อสิ้นปีของแผนฯ และได้ตั้งเป้าหมายผู้รับบริการการวางแผนครอบครัวรายใหม่ไม่ต่ำกว่า ๓.๐๓ ล้านคน และผู้รับบริการรายเก่า ๒ ล้านกว่าคน ในขณะที่เดียวกันในแผนฯนี้ได้พยายามที่จะปรับมาตรการกฎหมายต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนงานวางแผนครอบครัวดังนี้

๑) ปรับปรุงระเบียบการกำหนดให้เงินเลี้ยงดูบุตร

การช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาลและการศึกษา ตลอดจนสวัสดิการการรถตลอดแก่ข้าราชการ ซึ่งเดิมให้เงินช่วยเหลือและสวัสดิการโดยไม่กำหนดจำนวนบุตร ให้จำกัดลงเหลือเพียงบุตรคนที่ ๔ (ยกเว้นผู้มีบุตรมา ก่อนที่ระเบียบใหม่จะประกาศใช้)

๒) ปรับปรุงกฎหมายการทำหมั้น โดยให้บริการแก่ผู้ที่มี
ความต้องการทำหมั้นทั้งหญิงและชาย โดยไม่จำกัดจำนวนบุตร และรัฐออกค่าใช้จ่ายในการทำหมั้น
ให้แก่ข้าราชการผู้น้อย และลูกจ้างของรัฐ

๓) ขยายอายุการแต่งงานโดยการลดภาษคนโสด

๔) ปรับปรุงกฎหมาย การทำแท้งมาตรา ๓๐๕ เพื่อลด

อันตรายจากการทำแท้งโดยผิดกฎหมาย

๕) กำหนดมาตรการและแนวทางที่เหมาะสมด้านให้

บริการวางแผนครอบครัวแก่ประชากรกลุ่มเป้าหมายพิเศษ เช่น ชนกลุ่มน้อย ชาวชนบทที่อยู่ห่างไกล
ประชากรในแหล่งเสื่อมโทรม ฯลฯ

๖) ปรับปรุงมาตรการในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ กิจกรรม
ประชากรให้ทั่วถึงชาวชนบทถิ่นกันดารและห่างไกล เพื่อให้ความรู้ ความเข้าใจ และกระตุ้นให้
ยอมรับในบริการที่รัฐหรือองค์การเอกชนมอบให้

ง. ระยะแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ ๕ (พ.ศ. ๒๕๒๕ -

๒๕๒๙) ได้ตั้งเป้าหมายในโครงการวางแผนครอบครัว แห่งชาติว่าจะลดอัตราเพิ่มประชากร
เป็นร้อยละ ๑.๕ ปี พ.ศ. ๒๕๒๙ กำหนดเป้าหมายจำนวนผู้รับบริการวางแผนครอบครัวรายใหม่
๔.๖ ล้านราย และจำนวนผู้รับบริการนี้ยังคงใช้อยู่ประมาณ ๔.๑ ล้านราย โดยมีมุ่งเน้นวิธี
คุมกำเนิดชนิดถาวร คือ การผ่าตัดทำหมั้นทั้งชายและหญิงให้มากขึ้น และจะพิจารณามาตรการ
ทางสังคมที่จะช่วยให้การดำเนินงานวางแผนครอบครัวคล่องตัวมากขึ้น ขยายและปรับปรุงการ
ให้บริการวางแผนครอบครัว ทั้งภาครัฐบาลและเอกชนให้ทั่วถึงยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีอัตรา
เกิดสูงและในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ตลอดจนปรับปรุงเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ด้านวางแผนครอบครัว
ให้เข้าถึงประชาชนทุกระดับ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

๒๕๒๕ : ๖๓ - ๑๔)

๒.๑.๓) แนวนโยบายด้านการวางแผนครอบครัวในแผนพัฒนาเศรษฐกิจ
และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๖ (พ.ศ. ๒๕๓๐ - ๒๕๓๔)

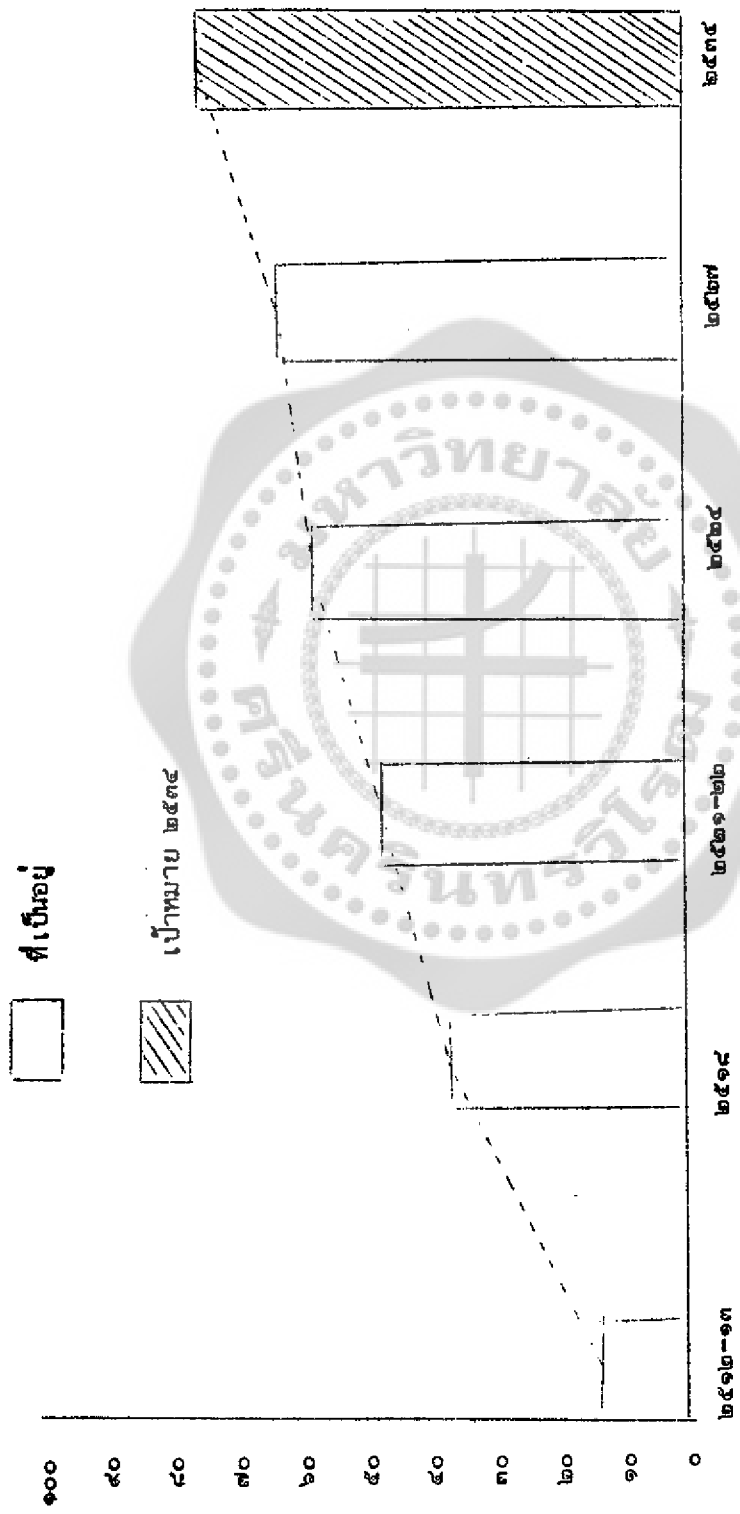
คณะทำงานเตรียมแผนประชากรในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม
แห่งชาติ ฉบับที่ ๖ ได้เสนอแนวนโยบายในด้านที่เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวดังนี้
(วิศิษฐ์ บุญเอกทานนท์ ๒๕๒๔ : ๘ - ๑๐)

แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๖ มีนโยบายหลักที่จะลดอัตราเพิ่มประชากร
ให้ลดต่ำลงเหลือร้อยละ ๑.๓ และลดจำนวนบุตรเฉลี่ยต่อสตรีสมรสจากประมาณ ๒.๔๕ คน
ในปี พ.ศ. ๒๕๒๔ ให้เหลือ ๒.๔๓ คน ในปี พ.ศ. ๒๕๓๔ ซึ่งคาดว่าจะมีจำนวนประชากรเพิ่ม
เป็นประมาณ ๕๖.๔ ล้านคน โดยมีมาตรการส่งเสริมวางแผนครอบครัวด้านขยายบริการให้ทั่วถึง
เน้นชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และชนกลุ่มน้อย ปรับปรุงการประชาสัมพันธ์และพัฒนา
สมรรถภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานวางแผนครอบครัว เน้นให้ใช้วิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพสูง
ปรับปรุงระเบียบกฎหมายเกี่ยวกับการลาของลูกจ้างเอกชนเพื่อทำหมัน การหักลดหย่อนภาษีเงินได้
เงินช่วยเหลือบุตร และสวัสดิการต่าง ๆ โดยจำกัดเฉพาะบุตร ๒ คนแรก และให้มีการเสียค่า
ใช้จ่ายในการตรวจครรภ์และทำคลอดสำหรับบุตรคนที่ ๓ เป็นต้นไป และเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย
โครงการวางแผนครอบครัวจะต้องให้บริการผู้รับบริการรายใหม่ ๖,๖๕๑,๐๐๐ ราย และผู้รับ
บริการคงใช้อยู่ ๔,๖๘๒,๐๐๐ ราย หรือรวมทั้งสิ้น ๑๒,๒๔๔,๐๐๐ ราย ซึ่งมากกว่าแผนพัฒนา
๕๓,๒๐๔,๐๐๐ ราย หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ ๓๔.๑ จะต้องเพิ่มอัตราคุมกำเนิดรวมเป็นร้อยละ ๓๕
ทั่วประเทศในปี พ.ศ. ๒๕๓๔ (ดูภาพประกอบ ๒) และจะเน้นการวางแผนครอบครัวในพื้นที่ที่มี
การคุมกำเนิดต่ำและมีปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งกลุ่มเป้าหมายพิเศษ เช่น ชาวเขาใน
แผนปฏิบัติการได้กำหนดพื้นที่เป้าหมายที่ได้รับการเร่งรัดและส่งเสริมการวางแผนครอบครัวเป็น
อันดับต้นคือ จังหวัดที่มีอัตราคุมกำเนิดต่ำกว่าร้อยละ ๕๐ ซึ่งมีอยู่ ๒๐ จังหวัดตามรายภาคคือ

ภาคใต้ ๑๐ จังหวัด คือ ปัตตานี นราธิวาส สตูล ยะลา สงขลา
กระบี่ พัทลุง ตรัง สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ๕ จังหวัดคือ สุรินทร์ ศรีสะเกษ
อุบลราชธานี สกลนคร นครราชสีมา

ร้อยละ



ภาพประกอบ ๒ อัตราส่วนร้อยละของสตรีอายุ ๑๕ - ๔๔ ปี ที่สมรสแล้ว และอยู่กับสามีอยู่ที่ใช้วิธีการคุมกำเนิดวิธีต่างๆ พ.ศ. ๒๕๑๒ - ๒๕๑๓ ถึง พ.ศ. ๒๕๒๗ และเป้าหมายที่ต้องการให้เป็นใน พ.ศ. ๒๕๓๔

ที่มา : บุญเลิศ เสี่ยวประไพ ความสำคัญของทำให้คำปรึกษาการวางแผนครอบครัว และการทำหมัน น.ป.พ. หน้า ๒ ๖

ภาคเหนือ ๔ จังหวัด คือ เพชรบูรณ์ อุทัยธานี ลำปาง พิจิตร
ภาคกลาง ๑ จังหวัด คือ เพชรบุรี

และหากอำเภอใดมีสภาพที่ดำรงอัตราการรวมกำเนิดและสภาพ

เศรษฐกิจและสังคม จะถือว่าเป็นอำเภอที่ได้รับความสำคัญอันดับแรก (วิระ นิยมวัน ๒๕๒๔ :

๔ - ๖)

๒.๒ สภาวะการรวมกำเนิดในประเทศไทย

๒.๒.๑ สภาพปัจจุบันและแนวโน้ม

ก่อนที่รัฐบาลจะรับนโยบายประชากรเป็นนโยบายของชาติและรวมเข้าไว้ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๓ เป็นครั้งแรกนั้น อัตราเพิ่มประชากรอยู่ในระดับสูงมากระหว่างร้อยละ ๓.๐ - ๓.๒ เพราะว่ามีอัตราเกิดยังอยู่ในระดับสูง ในขณะที่อัตราตายได้ลดลงอย่างมาก สตรีวัยเจริญพันธุ์มีบุตรโดยเฉลี่ย (TFR*) ประมาณ ๖.๓ คน เมื่อมีนโยบายลดอัตราเพิ่มประชากรและรัฐบาลส่งเสริมให้มีการวางแผนครอบครัวโดยความสมัครใจแล้วสัดส่วนของสตรีสมรสอายุ ๑๕ - ๔๔ ปี ที่กำลังรวมกำเนิด (อัตราการรวมกำเนิด) จึงเพิ่มจากประมาณ ร้อยละ ๑๕ ของสตรีที่สมรสทั้งหมดเป็นประมาณร้อยละ ๓๗ ในปี พ.ศ. ๒๕๑๘ จึงมีผลให้จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยลดลงเหลือประมาณ ๔.๔ คน ในปี พ.ศ. ๒๕๑๘ อัตราการรวมกำเนิดเพิ่มเป็นร้อยละ ๔๓ ในปี พ.ศ. ๒๕๒๑ และจำนวนบุตรเฉลี่ยต่อสตรีลดเหลือประมาณ ๓.๗ คน และจากผลการสำรวจล่าสุด พบว่า อัตราการรวมกำเนิดดังกล่าวเพิ่มขึ้นในอัตราที่ช้าลงเป็นประมาณร้อยละ ๖๕ ในปี พ.ศ. ๒๕๒๗ จำนวนบุตรเฉลี่ยลดลงเหลือประมาณ ๓.๕ คน ในปี พ.ศ. ๒๕๒๖ (ตาราง ๒)

* TFR = Total Fertility Rate (อัตราการภาวะเจริญพันธุ์รวมยอด) คือจำนวนบุตรโดยเฉลี่ยที่คาดว่าจะสตรีคนหนึ่ง (หรือกลุ่มหนึ่ง) จะให้กำเนิดในช่วงชีวิตนั้น ถ้าหากการมีบุตรตลอดช่วงของการมีบุตรของสตรีเป็นไปตามอัตราเจริญพันธุ์ตามรายอายุที่เป็นอายุที่เป็นอยู่ในนั้น

ตาราง ๒ แนวโน้มอัตราเจริญพันธุ์รวม (TFR) และอัตราคุมกำเนิดระหว่าง พ.ศ. ๒๕๑๓-๒๕๒๗

| รายการ | LS 1 (๒๕๐๙-๒๕๑๓) | LS 2 (๒๕๑๔-๒๕๑๖) | SOFT (๒๕๑๘) | CPS 1 (๒๕๒๑) | CPS 2 (๒๕๒๔) | CPS 3 (๒๕๒๗) |
|----------------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| อัตราเจริญพันธุ์รวม | ๖.๑ (๒๕๑๑-๒๕๑๒) | - | ๔.๘๕ (๒๕๑๓-๒๕๑๗) | ๓.๘ (๒๕๒๐) | ๓.๖๘ (๒๕๒๓) | ๓.๔๗ (๒๕๒๖) |
| อัตราคุมกำเนิด | ๑๔.๘ | ๒๖.๖ | ๓๖.๗ | ๔๓.๗ | ๔๘.๒ | ๖๔.๖ |
| การเปลี่ยนแปลงอัตรา คุมกำเนิด | | | | | | |
| ในช่วงการสำรวจ | - | ๑๑.๘ | ๑๑.๑ | ๗.๗ | ๕.๖ | ๕.๖ |
| เฉลี่ยต่อปี | - | ๒.๘ | ๒.๘ | ๔.๒ | ๑.๔ | ๑.๔ |

ที่มา : รัชชรั บุณยเกศานนท์ ๒๕๒๔ : ภาคผนวก

หมายเหตุ : LSI, 2 = Longitudinal Study of Social, Economic and Demographic Change

SOFT = Survey of Fertility in Thailand

CPS 1,2,3 = Contraceptive Prevalence Survey ครั้งที่ ๑, ๒, ๓

จากข้อมูลในตาราง ๒ จะเห็นว่า อัตราการคุมกำเนิดสูงขึ้นเรื่อย ๆ ในขณะที่อัตราเจริญพันธุ์รวมลดลง จึงอาจกล่าวได้ว่า การใช้การคุมกำเนิดของสตรีมีบทบาทหรือเป็นตัวกำหนด (Determinants) ที่สำคัญที่สุดของการลดลงของระดับการเกิดของประชากรไทย แต่อย่างไรก็ตามจะเห็นว่าในระยะแรก ๆ การเปลี่ยนแปลงอัตราการคุมกำเนิดจะสูง แต่ผลสำรวจในระยะหลัง

คือใน CPS 2 และ CPS 3 อัตราการเปลี่ยนแปลงเริ่มคงที่ นักวิชาการบางท่านกล่าวว่า "ระดับการใช้วิธีการคุมกำเนิดได้เริ่มใกล้ถึงจุดอิ่มตัวแล้ว ซึ่งบางทีอาจหยุดอยู่ที่อัตราร้อยละ ๗๐" (อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์ และคนอื่น ๆ ๒๕๒๘ : ๒๘) แต่ถ้านำอัตราการคุมกำเนิดของประเทศไทยครั้งหลังสุด พ.ศ. ๒๕๒๗ คือร้อยละ ๖๔.๖ เปรียบเทียบกับอัตราการคุมกำเนิดของประเทศกำลังพัฒนา และประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ฮ็องกงร้อยละ ๘๐ (พ.ศ. ๒๕๒๔) สิงคโปร์ร้อยละ ๗๑ (พ.ศ. ๒๕๒๑) เบลเยียม ร้อยละ ๘๗ (พ.ศ. ๒๕๑๘) สหราชอาณาจักรร้อยละ ๘๓ (พ.ศ. ๒๕๑๘) ฝรั่งเศสร้อยละ ๗๔ (พ.ศ. ๒๕๒๑) เนเธอร์แลนด์ร้อยละ ๗๔ (พ.ศ. ๒๕๑๘) และสหรัฐอเมริการ้อยละ ๖๘ (พ.ศ. ๒๕๑๔) แล้วก็จะเห็นได้ว่าโอกาสที่จะเพิ่มอัตราส่วนผู้รับบริการคุมกำเนิดของประเทศไทยก็ยังคงมีอยู่ (บุญเลิศ เลี้ยวประไพ ๒๕๒๗ : ๒๓)

เป็นที่น่าสังเกตว่า วิธีการคุมกำเนิดที่นิยมแพร่หลายมากขึ้น คือ การทำหมันหญิง รองลงมาคือ ยาเม็ดคุมกำเนิด ส่วนหมันชายพบว่า อยู่ในสภาพค่อนข้างคงที่ และเป็นวิธีที่นิยมใช้กันน้อยกว่าการทำหมันหญิง ซึ่งมากกว่าหมันชายถึง ๕ เท่า สำหรับวิธีคุมกำเนิดอื่น ๆ เช่น ห่วงอนามัย ยาฉีด ฉวยยาง ฯลฯ พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงสัดส่วนในการใช้น้อยมาก (ตาราง ๓)

ตาราง ๓ อัตราส่วนร้อยละของสตรีอายุ ๑๕ - ๔๔ ปี ที่สมรสแล้วและอยู่กินกับสามีอยู่ ซึ่งกำลังใช้วิธีคุมกำเนิด แยกตามวิธีที่ใช้ จาก CPS 1 CPS 2 และ CPS 3

| วิธีที่กำลังใช้ | CPS 1 | CPS 2 | CPS 3 |
|-----------------|-------|-------|-------|
| ยาเม็ด | ๒๑.๙ | ๒๐.๒ | ๑๙.๘ |
| หมิ้นหญิง | ๑๓.๐ | ๑๘.๗ | ๒๓.๕ |
| หมิ้นชาย | ๓.๕ | ๔.๒ | ๔.๕ |
| ห่วงอนามัย | ๔.๐ | ๔.๒ | ๔.๙ |
| ยาฉีด | ๔.๗ | ๗.๑ | ๗.๖ |
| ถุงยาง | ๒.๓ | ๑.๕ | ๑.๘ |
| อื่น ๆ | ๔.๑ | ๒.๗ | ๒.๖ |
| รวม | ๕๓.๔ | ๕๙.๐ | ๖๔.๖ |

ที่มา : รายงานการสำรวจสภาวะการคุมกำเนิดในประเทศไทยรอบที่ ๓ ๒๕๒๘ : ๑๔

จากผลสำเร็จของการเพิ่มขึ้นของอัตราการคุมกำเนิด ทำให้ภาวะเจริญพันธุ์ลดลงมาตลอดนับตั้งแต่ช่วงระยะเวลาระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๑๓ ถึง พ.ศ. ๒๕๒๘ มีผลทำให้โครงสร้างทางอายุของประชากรเปลี่ยนแปลง คือจะทำให้สัดส่วนของวัยเจริญพันธุ์มีแนวโน้มสูงขึ้น (ตาราง ๔)

ตาราง ๔ จำนวนและร้อยละของประชากรวัยเจริญพันธุ์ พ.ศ. ๒๕๐๓ - ๒๕๓๔

| ปี พ.ศ. | จำนวน (ล้านคน) | ร้อยละ |
|---------|----------------|--------|
| ๒๕๐๓ | ๑๓.๑ | ๔๙.๖ |
| ๒๕๑๓ | ๑๕.๔ | ๕๐.๕ |
| ๒๕๒๓ | ๒๕.๕ | ๕๔.๖ |
| ๒๕๓๓* | ๓๕.๑ | ๖๐.๕ |
| ๒๕๓๔* | ๓๕.๐ | ๖๓.๘ |
| ๒๕๔๓* | ๔๑.๘ | ๖๖.๒ |

ที่มา : ฝ่ายประชากร กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

* ตามการคาดประมาณประชากรที่มีอัตราเพิ่มประชากรร้อยละ ๑.๓ ในปีสิ้นแผนพัฒนาฉบับที่ ๖

จากตาราง ๔ จะเห็นว่า จำนวนประชากรวัยเจริญพันธุ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี การให้บริการการวางแผนครอบครัวจึงต้องให้สอดคล้องกับจำนวนประชากรวัยเจริญพันธุ์ที่เพิ่มขึ้น

ได้มีการประมาณว่าใน ๕ ปีต่อไปหรือในช่วงแผนฯ ๖ ประชากรสตรีอายุ ๑๕ - ๔๔ ปี จะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ ๓๐ อันเป็นกลุ่มที่เกิดมากก่อนมีโครงการวางแผนครอบครัว เมื่อ พ.ศ. ๒๕๑๓ ทำให้สตรีในวัยเจริญพันธุ์เพิ่มจาก ๗ ล้านคนในปัจจุบันเป็น ๙ ล้านคน ซึ่งได้มีการกำหนดเป้าหมายผู้รับบริการรายใหม่จำแนกตามวิธีการคุมกำเนิดเป็นรายปีดังตาราง ๕, ๖ (วีระ นิยมวัน

๒๕๒๔ : ๕)

ตาราง ๕ เป้าหมายผู้รับบริการวางแผนครอบครัวรายใหม่ จำแนกตามวิธี (พ.ศ. ๒๕๓๐ - ๒๕๓๔)

| ปี พ.ศ. | ยาเม็ดคุมกำเนิด | ยาฉีดคุมกำเนิด | ห่วงอนามัย | ทำหมัน | วิธีอื่น ๆ | รวม |
|---------|-----------------|----------------|------------|---------|------------|-----------|
| ๒๕๓๐ | ๕๘๓,๐๐๐ | ๒๓๐,๐๐๐ | ๒๒๐,๐๐๐ | ๑๖๐,๐๐๐ | ๑๐๐,๐๐๐ | ๑,๒๙๓,๐๐๐ |
| ๒๕๓๑ | ๕๘๓,๐๐๐ | ๒๔๐,๐๐๐ | ๒๐๓,๐๐๐ | ๑๘๕,๐๐๐ | ๑๐๐,๐๐๐ | ๑,๓๑๑,๐๐๐ |
| ๒๕๓๒ | ๕๘๓,๐๐๐ | ๒๕๐,๐๐๐ | ๒๐๗,๐๐๐ | ๑๙๐,๐๐๐ | ๑๐๐,๐๐๐ | ๑,๓๓๐,๐๐๐ |
| ๒๕๓๓ | ๕๘๓,๐๐๐ | ๒๖๐,๐๐๐ | ๒๑๑,๐๐๐ | ๑๙๕,๐๐๐ | ๑๐๐,๐๐๐ | ๑,๓๔๙,๐๐๐ |
| ๒๕๓๔ | ๕๘๓,๐๐๐ | ๒๗๐,๐๐๐ | ๒๓๕,๐๐๐ | ๒๐๐,๐๐๐ | ๑๐๐,๐๐๐ | ๑,๓๖๘,๐๐๐ |
| รวม | ๒,๙๑๕,๐๐๐ | ๑,๒๕๐,๐๐๐ | ๑,๐๖๖,๐๐๐ | ๙๕๐,๐๐๐ | ๕๐๐,๐๐๐ | ๕,๖๘๑,๐๐๐ |

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เอกสารประกอบการประชุม คณะทำงานเตรียมแผนประชากรในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๖ เรื่อง วางแผนประชากรในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๖ (ครั้งที่ ๓) กุมภาพันธ์ ๒๕๒๕ หน้า ๔

ตาราง ๖ เป้าหมายผู้รับบริการที่ยังคงใช้ยา จำแนกตามวิธี (ปี พ.ศ. ๒๕๓๐ - ๒๕๓๕)

| ปี พ.ศ. | ยาเม็ดคุมกำเนิด | ยาฉีดคุมกำเนิด | ห่วงอนามัย | ทำหมัน | วิธีอื่น ๆ | รวม |
|---------|-----------------|----------------|------------|-----------|------------|-----------|
| ๒๕๓๐ | ๑,๒๑๑,๕๕๕ | ๕๖๑,๕๘๕ | ๕๖๕,๖๖๖ | ๒,๑๘๑,๗๒๒ | ๘๕,๐๐๐ | ๕,๕๐๕,๘๑๗ |
| ๒๕๓๑ | ๑,๓๖๓,๗๗๗ | ๕๐๑,๘๕๐ | ๕๖๒,๒๗๗ | ๒,๓๒๑,๒๓๗ | ๑๕๕,๕๐๐ | ๕,๕๕๓,๖๘๑ |
| ๒๕๓๒ | ๑,๕๕๒,๒๗๕ | ๕๒๑,๑๗๒ | ๖๓๖,๕๓๖ | ๒,๕๖๒,๕๑๓ | ๑๘๗,๕๕๕ | ๕,๒๖๐,๓๘๕ |
| ๒๕๓๓ | ๑,๕๗๕,๑๕๕ | ๕๓๑,๑๐๓ | ๖๘๘,๕๒๘ | ๒,๖๐๖,๗๐๕ | ๑๘๗,๕๕๗ | ๕,๕๘๘,๐๘๗ |
| ๒๕๓๔ | ๑,๕๗๕,๐๑๗ | ๕๔๑,๑๕๑ | ๗๐๖,๕๖๖ | ๒,๗๕๒,๕๗๐ | ๒๑๗,๓๖๓ | ๕,๖๕๒,๕๖๗ |

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ รายงานผลการสัมมนา เรื่อง นโยบายและแผนปฏิบัติการด้านประชากรในช่วงแผนพัฒนา ฉบับที่ ๖ ณ โรงแรมรอยัลคัลทิพย์ เมืองพัทยา ๓๐ - ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๒๙ หน้า ๔

จากการคาดประมาณอัตราการคุมกำเนิด โดยใช้แบบจำลองของบอมการ์ดส์

(สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และ ชูตินาฏ บุญพวง ๒๕๒๙ : ๖๔ - ๑๖) พบว่า อัตราการ

คุมกำเนิดรวมทุกวิธีในปี พ.ศ. ๒๕๒๗ ร้อยละ ๖๓.๘๕ และร้อยละ ๖๕.๘๓ ในปี พ.ศ. ๒๕๒๙

ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๓๐ - ๓๕ ซึ่งตรงกับช่วงระยะแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๖

พบว่า ในปีแรกของแผนฯ มีเป้าหมายวางแผนครอบครัวร้อยละ ๖๖.๘๖ และเพิ่มขึ้นเป็น ๖๘.๑๐,

๖๘.๒๖ และ ๗๑.๑๖ ในปีต่อ ๆ มาและปีสิ้นสุดแผนตามลำดับ ในปีแรกของแผนฯ อัตราการใช้

ยาเม็ดคุมกำเนิดสูงสุดคือ ร้อยละ ๒๓.๗ รองลงมาคือการทำหมันหญิงร้อยละ ๒๒.๖ ยาฉีด

ร้อยละ ๘.๖ อัตราทำหมันชายร้อยละ ๔.๖๓ และวิธีอื่น ๆ ร้อยละ ๔.๐๓ และการใส่ห่วงอนามัย

ร้อยละ ๓.๘๖ ตามลำดับ ในปีต่อมาอัตราการใช้คุมกำเนิดในเกือบทุกวิธีจะมีค่าเพิ่มขึ้น ยกเว้น

อัตราการใช้ห่วงอนามัยและวิธีอื่น ๆ จะมีค่าลดลงจนกระทั่งสิ้นสุดแผนฯ เป้าหมาย

อัตราการทำหมันหญิงจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๒๖.๐๔ ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีด และหมันชายจะเพิ่มเป็นร้อยละ ๒๔.๗๘, ๔.๖๖ และ ๓.๒๑ ตามลำดับ ส่วนอัตราการใช้ห่วงอนามัยและวิธีอื่น ๆ จะลดลงเหลือร้อยละ ๒.๘๗ และร้อยละ ๒.๔๔ ตามลำดับ

ข้อมูลของวิธีคุมกำเนิดอีกวิธีหนึ่งซึ่งไม่ทราบรายละเอียดมากนัก เนื่องจากเป็นวิธีที่ผิดกฎหมายคือ การทำแท้งในทางพุทธศาสนาเองก็ถือว่าบาป คำถามเกี่ยวกับเรื่องการทำแท้งในการสำรวจต่าง ๆ มักจะได้คำตอบต่ำกว่าความเป็นจริงเป็นอันมาก อาทิเช่น ในการสำรวจโครงการ CPS 1 มีสตรีที่สมรสเพียงร้อยละ ๓ ที่ยอมรับว่าใช้การทำแท้งเป็นวิธีคุมกำเนิด แต่อย่างไรก็ตามมีหลักฐานจากแหล่งต่าง ๆ ยืนยันว่ามีการทำแท้งอยู่ไม่น้อยในประเทศไทย จากการศึกษาเรื่องการทำแท้งในปี พ.ศ. ๒๕๒๑ มีการประมาณว่ามีการทำแท้งที่ผิดกฎหมายในชนบทไทยสูงถึง ๓๐๐,๐๐๐ รายต่อปี เฉลี่ยแล้วมีการทำแท้ง ๑ ครั้งต่อการเกิดมีชีพ ๔ - ๕ ราย (นิพนธ์ เทพวัลย์ ๒๕๒๔ : ๗๗) ได้มีผู้ประมาณอัตราการทำแท้งตามกลุ่มอายุ ดังต่อไปนี้ (ตาราง ๗)

ตาราง ๗ อัตราการทำแท้ง (ต่อพัน) จำแนกตามกลุ่มอายุ

| กลุ่มอายุ | ๑๕-๑๙ ปี | ๒๐-๒๔ ปี | ๒๕-๒๙ ปี | ๓๐-๓๔ ปี | ๓๕-๓๙ ปี | ๔๐-๔๔ ปี |
|----------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| อัตราการทำแท้ง (ต่อพัน) | ๑๐ | ๒๐ | ๒๐ | ๒๐ | ๒๐ | ๑๐ |

ที่มา : สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และ ชุตินาฏ บุญทวง ๒๕๒๔ : ๑๓

๒.๒.๒) ความแตกต่างของสภาวะการคุมกำเนิดในแต่ละภูมิภาคของ

ประเทศไทย

จากการสำรวจ CPS 1, CPS 2 และ CPS 3 ที่ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องทุก ๆ ระยะเวลาครึ่งแผนพัฒนาคือ พ.ศ. ๒๕๒๑, ๒๕๒๔ และ ๒๕๒๗ พบว่า ระดับการใช้วิธีการคุมกำเนิดในประเทศไทยเพิ่มขึ้นทั้ง ๔ ภาค รวมทั้งในกรุงเทพฯ ด้วย โดยมีอัตราเพิ่มขึ้นอยู่ระหว่างร้อยละ ๕ ในภาคกลางร้อยละ ๖ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และร้อยละ ๗ ในกรุงเทพฯ และภาคใต้ (ตาราง ๔)

ตาราง ๔ ร้อยละของสตรีสมรสอายุ ๑๕ - ๔๔ ปี ที่กำลังคุมกำเนิด จำแนกตามภาคภูมิศาสตร์ ในปี พ.ศ. ๒๕๒๑, ๒๕๒๔ และ ๒๕๒๗

| ภาค | พ.ศ. ๒๕๒๑ | พ.ศ. ๒๕๒๑ (CPS 1) | พ.ศ. ๒๕๒๔ (CPS 2) | พ.ศ. ๒๕๒๗ (CPS 3) |
|-----------------------|-----------|----------------------|----------------------|----------------------|
| กรุงเทพฯ | | ๖๓.๕ | ๖๕.๒ | ๗๑.๘ |
| ภาคกลาง | | ๕๖.๖ | ๖๔.๓ | ๖๘.๘ |
| ภาคเหนือ | | ๕๕.๑ | ๖๕.๘ | ๗๑.๕ |
| ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ | | ๔๕.๕ | ๕๔.๘ | ๖๐.๘ |
| ภาคใต้ | | ๓๖.๗ | ๔๓.๘ | ๕๐.๕ |
| รวม | | ๕๓.๕ | ๕๙.๐ | ๖๔.๖ |

ที่มา : วีระ นิยมวัน ๒๕๒๙ : ๒

นอกจากจะมีความแตกต่างในอัตราการคุมกำเนิดระหว่างภาคแล้ว ยังพบว่า มีความแตกต่างในวิธีการคุมกำเนิดในแต่ละภาคเป็นอย่างมาก กล่าวคือ ห่วงอนามัย เป็นที่นิยมแพร่หลายมากที่สุดใภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การทำหมันหญิงและการใช้ยาฉีดคุมกำเนิด เป็นวิธีที่นิยมแพร่หลายที่สุดในภาคเหนือ การทำหมันชายเป็นวิธีที่นิยมแพร่หลายที่สุดในภาคกลาง และการหลังนอกช่องคลอดเป็นวิธีที่นิยมแพร่หลายมากที่สุดใภาคใต้ อย่างไรก็ตาม ทุก ๆ ภาคนั้นปรากฏว่าการทำหมันหญิงเป็นวิธีที่นิยมใช้กันมากที่สุด(ตาราง ๔)

ตาราง ๔ การกระจายของสตรีอายุ ๑๕ - ๔๔ ปี ที่สมรสแล้วและอยู่กับสามี แยกตามวิธีที่ใช้อยู่ในปัจจุบันและภาค ปี พ.ศ. ๒๕๒๗

| วิธีคุมกำเนิด | รวมทั้งประเทศ | ภาค | | | ใต้ |
|----------------------|---------------|------|-------|--------------------|------|
| | | กลาง | เหนือ | ตะวันออกเฉียงเหนือ | |
| ยาเม็ด | ๑๙.๘ | ๒๓.๒ | ๒๕.๑ | ๑๗.๑ | ๑๓.๓ |
| ถุงยาง | ๑.๘ | ๑.๔ | ๑.๘ | ๐.๘ | ๑.๘ |
| ห่วง | ๕.๘ | ๓.๐ | ๓.๗ | ๘.๗ | ๒.๕ |
| หมันหญิง | ๒๓.๕ | ๒๓.๘ | ๒๕.๒ | ๒๑.๕ | ๑๖.๓ |
| หมันชาย | ๕.๕ | ๖.๒ | ๑.๕ | ๕.๓ | ๒.๕ |
| ยาฉีด | ๗.๖ | ๔.๕ | ๑๐.๖ | ๕.๖ | ๕.๕ |
| หลังขลุจุนอกช่องคลอด | ๑.๓ | ๐.๕ | ๐.๓ | ๐.๘ | ๕.๓ |
| วิธีอื่น ๆ | ๑.๓ | ๑.๕ | ๐.๓ | ๑.๑ | ๒.๕ |
| รวม | ๖๔.๖ | ๖๘.๘ | ๗๑.๕ | ๖๐.๘ | ๕๐.๕ |

เมื่อมาพิจารณาสภาพการเปลี่ยนแปลงอัตราการคุมกำเนิดในแต่ละภาคย้อนหลังไปตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๑๘ ถึงปี พ.ศ. ๒๕๒๑ โดยอาศัยการเปรียบเทียบระหว่างข้อมูล SOFT และ CPS พบว่า การคุมกำเนิดได้เพิ่มขึ้นทุกภาคของประเทศไทย แต่ภาคที่น่าสนใจ ได้แก่ ภาคตะวันออก เชียงเหนือและภาคใต้ ในระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๑๘ ถึง พ.ศ. ๒๕๒๑ ภาคตะวันออก เชียงเหนือ มีอัตราการเพิ่มร้อยละ ๒๐ ขณะที่ภาคใต้มีอัตราการเพิ่มร้อยละ ๒๑ สำหรับภาคเหนือและภาคกลาง นั้นมีอัตราการเพิ่มน้อย เพราะอยู่ในสภาวะที่สูงแล้ว จึงยากจะจับตัวให้สูงขึ้นไปอีก (ตาราง ๑๐)

ตาราง ๑๐ การเปลี่ยนแปลงอัตราการคุมกำเนิด ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๑๘ - ๒๕๒๑ แยกตามภาค

| ภาค | SOFT ¹ | CPS 1 | เพิ่มขึ้น |
|--------------------------|-------------------|-------|-----------|
| เขตชนบท | | | |
| - ภาคเหนือ | ๔๓ | ๔๔ | ๑๒ |
| - ภาคตะวันออก เชียงเหนือ | ๒๕ | ๔๔ | ๒๐ |
| - ภาคกลาง | ๔๒ | ๔๗ | ๑๔ |
| - ภาคใต้ | ๑๓ | ๓๗ | ๒๑ |
| กรุงเทพฯ | ๔๘ ^๒ | ๖๓ | ๑๔ |
| ทั้งประเทศ | ๓๔ | ๕๑ | ๑๖ |

ที่มา : ศิริสิทธิ์ คำานวนศิลป์ และ สุภา กิริติบุตร ๒๕๒๓ : ๒๓ - ๒๔

๑. จาก The Survey of Fertility in Thailand : Country Report

โดยสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ร่วมกับสำนักงานสถิติแห่งชาติ

๒. รวมทั้งเขตเมืองอื่น ๆ

ความแตกต่างอัตราการเพิ่มการคุมกำเนิดระหว่างภาคในช่วง CPS 1 ถึง CPS 3 พบว่า มีการเพิ่มขึ้นในอัตราที่ช้าลงทุกภาค ยกเว้นกรุงเทพมหานคร (ตาราง ๑๑)

ตาราง ๑๑ การเปลี่ยนแปลงอัตราการคุมกำเนิด พ.ศ. ๒๕๒๑ - ๒๕๒๗

| ภาค | CPS 1 - CPS 2 (พ.ศ. ๒๕๒๑-๒๕๒๔) | CPS 2 - CPS 3 (พ.ศ. ๒๕๒๔-๒๕๒๗) |
|--------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| เหนือ | ๑๐.๗ | ๕.๖ |
| ตะวันออกเฉียงเหนือ | ๕.๓ | ๖.๐ |
| ภาคกลาง | ๗.๗ | ๕.๕ |
| ใต้ | ๗.๑ | ๖.๖ |
| กรุงเทพฯ | ๑.๗ | ๖.๖ |
| ทั้งประเทศ | ๕.๖ | ๕.๖ |

ที่มา : ปรับจากตาราง ๑๐

ข้อมูลจากตาราง ๑๐ และ ๑๑ แสดงให้เห็นว่า แนวโน้มการเพิ่มขึ้นของอัตราการคุมกำเนิดจะลดลงเรื่อย ๆ โดยเฉพาะในภูมิภาคที่มีอัตราคุมกำเนิดสูงอยู่แล้ว ภูมิภาคที่มีศักยภาพที่จะเพิ่มอัตราคุมกำเนิดให้สูงขึ้นได้ในอนาคตคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ แต่ถ้าหากพิจารณาตามจำนวนประชากรของประเทศแล้ว ภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะมีประชากรถึง ๑ ใน ๓ ของประชากรทั้งประเทศ และเมื่อพิจารณาเฉพาะคู่สมรสวัยเจริญพันธุ์ก็จะพบว่า มีจำนวนสูงกว่าทุก ๆ ภูมิภาคเช่นกัน (ตาราง ๑๒) ดังนั้นภาคตะวันออกเฉียงเหนือจึงเป็นเป้าหมายที่สำคัญสำหรับการพัฒนาศักยภาพในการเพิ่มอัตราการคุมกำเนิด

ตาราง ๑๒ จำนวนผู้สมัครวัยเจริญพันธุ์ จำแนกตามภูมิภาค พ.ศ. ๒๕๒๘

| ภูมิภาค | จำนวน (คน) |
|-----------------------|------------|
| กรุงเทพฯ | ๗๒๕,๐๕๔ |
| ภาคกลาง | ๑,๕๕๖,๗๐๔ |
| ภาคเหนือ | ๑,๕๕๔,๔๘๗ |
| ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ | ๒,๔๘๔,๑๕๑ |
| ภาคใต้ | ๘๕๕,๑๕๑ |
| รวม | ๗,๐๖๗,๕๔๘ |

ที่มา : กรมอนามัยครอบครัว กระทรวงสาธารณสุข พฤศจิกายน ๒๕๒๘

โดยสรุปจะเห็นได้ว่า ในอนาคตยังพอมีทางเป็นไปได้ที่จะเพิ่มอัตราการคุมกำเนิดให้สูงขึ้นจนถึงร้อยละ ๗๕ ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๖ โดยภาคที่มีแนวทางการพัฒนาอัตราการคุมกำเนิดให้สูงขึ้นได้มากที่สุดคือ ภาคที่ยังมีอัตราคุมกำเนิดต่ำอยู่ ได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ ๖๐.๘) และภาคใต้ (ร้อยละ ๕๐.๔) แต่กลุ่มประชากรวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสแล้ว ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนถึง ๒ ล้านกว่าคน ในขณะที่ภาคใต้มีประมาณ ๘ แสนคน ผลสำเร็จนี้จะเพิ่มอัตราการคุมกำเนิดของทั้งประเทศจึงอยู่ที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นสำคัญ ประกอบกับภาคใต้มีอิทธิพลของเรื่องศาสนาอิสลามและความมั่นคงภายในประเทศ เข้ามามีอิทธิพลต่อการยอมรับการคุมกำเนิด การดำเนินงานเพิ่มอัตราการคุมกำเนิดในภาคใต้จึงเป็นเรื่องละเอียดอ่อนที่ต้องค่อย ๆ ดำเนินงานด้วยความระมัดระวังเป็นพิเศษ จึงทำได้ยากกว่า

๒.๓ แหล่งบริการการวางแผนครอบครัว

หลังจากได้มีประกาศนโยบายประชากร พ.ศ. ๒๕๑๓ โครงการอนามัยครอบครัวของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้ตั้งขึ้นเมื่อ พ.ศ. ๒๕๑๐ ก็ได้เปลี่ยนชื่อเป็นโครงการวางแผนครอบครัว และต่อมาเรียกว่า โครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ (วิชูร โอสถานนท์ ๒๕๒๒ : ๕๘) และเนื่องจากโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข แหล่งให้บริการการวางแผนครอบครัวแหล่งใหญ่ก็คือ หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลจังหวัดอำเภอ ศูนย์การแพทยอนามัย สถานีอนามัย สถานีผดุงครรภ์ นอกจากนี้ก็มีแหล่งบริการวางแผนครอบครัวของรัฐนอกเหนือจากกระทรวงสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลต่าง ๆ ที่สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย ศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร และในระยะหลังได้มีองค์การภาคเอกชนสมาคมได้เข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการการวางแผนครอบครัวมากขึ้น ปัจจุบันมีสมาคมที่ให้บริการในเรื่องนี้ ๕ สมาคม คือ สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย สมาคมทำหมันแห่งประเทศไทย สมาคมพัฒนาประชากร สมาคมสนับสนุนโครงการวางแผนครอบครัวด้านประชาสัมพันธ์แห่งประเทศไทย และสมาคมเร่งรัดพัฒนาคุณภาพชีวิต แม้ว่าสมาคม คลินิก โรงพยาบาลเอกชน ร้านขายยา มีบทบาทในการให้บริการมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม จากผลการสำรวจการรับบริการการวางแผนครอบครัวจาก CPS 3 พบว่า โดยเฉลี่ยทั้งประเทศแล้ว คู่สมรสไปรับบริการจากแหล่งใดแหล่งหนึ่งของรัฐบาลสูงถึงร้อยละ ๗๔ ของคู่สมรสที่ใช้วิธีคุมกำเนิดในปัจจุบัน และถ้าแยกตามเขตเมืองแล้ว พบว่า ในเขตเมืองมีการใช้บริการของรัฐร้อยละ ๖๓ และชนบทใช้บริการรัฐสูงถึงร้อยละ ๘๓ สำหรับวิธีการวางแผนครอบครัวที่คู่สมรสใช้จากแหล่งบริการของรัฐบาลมีสัดส่วนแตกต่างกันตามแต่ละวิธี ความแตกต่างกันตามรายวิธีนี้จะมีในเขตเมืองมากกว่าเขตชนบท แต่อย่างไรก็ตามทั้งเขตชนบทและเขตเมืองการใส่ห่วงอนามัยและการทำหมันหญิงมีผู้มารับบริการจากแหล่งบริการของรัฐบาลอย่างมากมาย ตรงกันข้ามกับยาเม็ดคุมกำเนิด อันเป็นอุปกรณ์การคุมกำเนิดชนิดเดียวที่รัฐได้จัดสรรให้อย่างมาก โดยเฉพาะในเขตชนบท แต่จัดสรรให้น้อยในเขตเมือง ผู้ที่อยู่ในเขตเมืองซึ่งต้องการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดเกือบ ๒ ใน ๓ จึงต้องหาซื้อเองตามร้านค้า ดูกองอนามัยก็เช่นเดียวกันคู่สมรสทั้งในเขตเมืองและชนบทต้องซื้อตามร้านขายยาเอง (ตาราง ๑๓)

ตาราง ๑๓ ยัตราร้อยละของแหล่งบริการการวางแผนครอบครัวผู้ที่กำลังใช้วิธีคุมกำเนิดไปใช้
บริการ

| วิธีคุม | แหล่งบริการ | | | |
|------------|-------------|-------------------|--------|-------------------|
| | ชนบท | | เมือง | |
| | รัฐบาล | เอกชน (ร้านขายยา) | รัฐบาล | เอกชน (ร้านขายยา) |
| ยาเม็ด | ๗๘ | ๒๒ (๑๖) | ๓๗ | ๓๗ (๔๗) |
| ถุงยาง | ๕๓ | ๔๗ (๔๓) | ๑๖ | ๘๔ (๘๑) |
| ยาฉีด | ๗๔ | ๒๖ (-) | ๖๔ | ๓๒ (-) |
| ห่วง | ๘๓ | ๔ (-) | ๘๐ | ๑๐ (-) |
| หมั้นหญิง | ๘๑ | ๔ (-) | ๘๓ | ๑๗ (-) |
| หมั้นชาย | ๗๗ | ๒๓ (-) | ๕๓ | ๔๗ (-) |
| รวมทุกวิธี | ๘๓ | ๑๗ (๗) | ๖๓ | ๓๗ (๑๘) |

ที่มา : รายงานการสำรวจสภาวะการคุมกำเนิดรอบ ๓ ๒๕๒๘ : ๒๒

จากข้อมูลในตาราง ๑๓ จะเห็นจ้ะ การรับบริการคุมกำเนิดไม่ว่าจะวิธีใดก็ตามใน
ชนบทจะรับบริการจากภาครัฐบาลมากกว่าในเขตเมือง ภาคเอกชน โดยเฉพาะร้านขายยามีบทบาท
น้อยมาก จะมีผลเฉพาะวิธีคุมกำเนิดด้วยยาเม็ดและถุงยางเท่านั้น เช่นเดียวกับการคาดประมาณ
ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๖ พบว่า สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ทำการสมรสแล้วใช้
การคุมกำเนิดจากแหล่งบริการของรัฐสูงกว่าแหล่งอื่น ๆ และมีแนวโน้มที่จะใช้บริการทำหมั้นหญิง
สูงกว่าการใช้วิธีคุมกำเนิดแบบอื่น สำหรับเอกชนการให้บริการคุมกำเนิดโดยการใช้ยาเม็ดจะสูง
กว่าบริการประเภทอื่น ๆ (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และ ชูตินาฏ / บุญพวง ๒๕๒๘ : ๑๘)

แต่เนื่องจากสถานการณ์ทางด้านสาธารณสุขของรัฐในชนบทจะมีถึงระดับตำบลเท่านั้น ไม่มีกระจายไปตามหมู่บ้านโดยทั่วไป ในปี พ.ศ. ๒๕๒๐ กระทรวงสาธารณสุขได้ริเริ่มงานการสาธารณสุขเบื้องต้น (Primary Health Care) และได้มีโครงการผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผลส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยคัดเลือกจากผู้สนใจงานสาธารณสุขในหมู่บ้าน ซึ่งตามปกติบุคคลเหล่านี้ได้ให้บริการด้านการรักษาพยาบาลช่วยเหลือประชาชนในท้องถิ่นของตนอยู่แล้ว เมื่อนำมารับการอบรมในด้านบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการรักษาพยาบาลและการป้องกันโรค ก็จะสามารถช่วยเหลือประชาชนได้อย่างถูกต้อง ผู้ที่เป็นผลส. หรือ อสม. จะต้องเป็นผู้ที่สมัครใจและเต็มใจรับใช้เพื่อนบ้าน โดยไม่หวังผลตอบแทนจากรัฐ สิ่งที่รัฐจะให้ก็มีเพียงสิ่งจูงใจบางอย่างเพื่อประกอบการดำเนินงานเท่านั้น แต่พวกเขาอาจจะได้รับค่าตอบแทนจากเพื่อนบ้านของเขาเอง (กองฝึกอบรมสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๒๕๒๑ : ๖)

นอกเหนือจากให้ข่าวสารและบริการสาธารณสุขด้านอื่น ๆ ที่ว่าไปแล้ว หน้าที่หนึ่งของผลส. ก็คือ เป็นผู้ให้คำแนะนำ เผยแพร่ความรู้ และชักชวนประชาชนในด้านการวางแผนครอบครัวสำหรับ อสม. นั้นมีหน้าที่คล้าย ผลส. แต่ อสม. มีบทบาทเพิ่มคือ บทบาทในด้านบริการและบันทึกข้อมูลข่าวสาร อสม. มีหน้าที่ให้บริการยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว และให้บริการฉวยยางอนามัย ดังนั้นหลังจากที่มี ผลส. และ อสม. แหล่งบริการการคุมกำเนิดที่มีอยู่ในระดับหมู่บ้านก็คือ การให้บริการยาเม็ดคุมกำเนิด และฉวยยางอนามัยจาก อสม. ซึ่งมีอยู่ทุกหมู่บ้าน นอกจากนี้ในบางหมู่บ้านที่มีโครงการเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหน่วยงานเอกชน สมาคมอื่น ๆ ก็อาจจะมีอาสาสมัครของหน่วยงานนั้น ๆ ปฏิบัติงานในหมู่บ้านที่จะให้บริการเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว หรืออาจมีการให้บริการในลักษณะของการมีหน่วยเคลื่อนที่เข้าไปให้บริการเป็นครั้งคราวเท่านั้น

จากแหล่งที่ให้บริการตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ เป็นต้นมา สามารถสรุปจำนวนสถานบริการได้ดังนี้ (มรดก กรเกษม ม.ป.ป.ย : ๑ - ๒)

แผนฯ ๓

รพ.๓๔๐ แห่ง
 สอ. สผด.๔,๔๗๐ แห่ง
 ภาคเอกชน

แผนฯ ๔

รพ.๓๕๐ แห่ง
 สอ. สผด.๔,๗๖๐ แห่ง
 เจ้าหน้าที่ประชาสงเคราะห์
 ต.ช.ค.
 อสม.
 แพทย์ประจำตำบล
 ผดุงครรภ์โบราณ
 ภาคเอกชน

แผนฯ ๕

รพ.๕๓๐ แห่ง
 สอ. ๗,๐๐๐ แห่ง

ในกลางแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๓ คือ ปี พ.ศ. ๒๕๑๗ กระทรวงสาธารณสุข มีโรงพยาบาลศูนย์
 โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลอำเภอ รวม ๓๔๐ แห่ง มีสถานอนามัยและสำนักงานผดุงครรภ์
 ๔,๔๗๐ แห่ง นอกจากนี้ยังมีโรงพยาบาลอื่น ๆ ของรัฐ เช่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
 โรงพยาบาลทหารที่ให้บริการวางแผนครอบครัว สำหรับการให้บริการของโรงพยาบาลนั้น โดย
 ทั่วไปให้บริการได้ทุกระยะ ยกเว้นโรงพยาบาลอำเภอ ซึ่งมีอยู่ประมาณ ๒๖๐ แห่ง มีเพียงร้อยละ ๔๐
 ที่ทำหมันได้ ส่วนสถานอนามัย สำนักงานผดุงครรภ์สามารถให้บริการได้เพียงจ่ายยาเม็ดและดูงูยาง
 อาจจะมีสถานอนามัยบางแห่งมีพยาบาลประจำที่สามารถใส่ห่วงอนามัยได้เนื่องจากได้ฝึกอบรม
 ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๑๘ - ๒๕๑๙ อบรมพยาบาลใส่ห่วงอนามัยจำนวน ๑๔๔ คน

ในกลางแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๔ หน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขได้เพิ่มมากขึ้น คือ
 โรงพยาบาลเพิ่มเป็น ๓๒๐ แห่ง สถานอนามัยและสำนักงานผดุงครรภ์เพิ่มเป็น ๔,๗๒๐ แห่ง
 ส่วนการให้บริการของโรงพยาบาลและสถานอนามัยได้มีการอบรมแพทย์และพยาบาลที่สามารถทำหมัน
 และใส่ห่วงได้เพิ่มมากขึ้น มีการให้บริการยาฉีดในบางแห่ง โดยอยู่ในความควบคุมของนายแพทย์
 สาธารณสุขจังหวัด นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานอื่น ๆ ของรัฐและอาสาสมัคร เช่น เจ้าหน้าที่
 กรมประชาสงเคราะห์ประจำศูนย์ชาวเขาและนิคมสร้างตนเอง ตำรวจตระเวนชายแดน อสม.

แพทย์ประจำตำบลและผดุงครรภ์โรงงานที่ได้รับการอบรมจากกระทรวงสาธารณสุข สามารถจ่าย ยาเม็ดคุมกำเนิดรายเก่าและถุงยางอนามัยได้ และโรงพยาบาลอำเภอขนาด ๓๐ เตียงขึ้นไป มีหน่วยเคลื่อนที่ให้บริการ

ในกลางแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๕ คือในปี พ.ศ. ๒๕๒๗ จำนวนสถานบริการเพิ่มขึ้น คือ โรงพยาบาล ๔๓๐ แห่ง สถานีอนามัย ๗,๐๐๐ แห่ง และอบรมพยาบาลใส่ห่วง ผดุงครรภ์ ฉีดยาคุมกำเนิด แพทย์ให้บริการวางแผนครอบครัวได้เพิ่มขึ้นอีกจำนวนมาก และมีหน่วยเคลื่อนที่บริการ

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นว่าแหล่งบริการ และบุคลากรที่จะให้บริการการคุมกำเนิด ยังมีจำนวนไม่พอเพียง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในชนบทจะมีความจำกัดในการเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิด มากกว่าในเมือง โอกาสที่วิธีคุมกำเนิดที่ชาวชนบทจะได้รับมากคือ วิธีคุมกำเนิดแบบชั่วคราว คือ ยาเม็ดและถุงยางอนามัยเท่านั้น สำหรับวิธีคุมกึ่งถาวร เช่น การใส่ห่วงอนามัย การใช้ยาฝัง หรือวิธีถาวร เช่น การทำหมัน โอกาสที่จะได้รับบริการมีน้อยกว่าคือ ต้องมารับบริการถึงในตัวอำเภอ หรือในกรณีที่มีหน่วยเคลื่อนที่พิเศษเท่านั้น

๓. ทฤษฎีอธิบายพฤติกรรมทางประชากรด้านการวางแผนครอบครัว

พฤติกรรมทางประชากรด้านการวางแผนครอบครัวนั้น ไม่มีทฤษฎีที่กล่าวถึงเรื่องนี้โดยตรง แต่มีแนวคิดและทฤษฎีที่กล่าวถึงพฤติกรรมของประชากรในด้านการเกิดหรือภาวะเจริญพันธุ์อยู่หลาย แนวคิดและหลายทฤษฎี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงประมาณ ๒๐ ปีที่ผ่านมา แนวคิดและทฤษฎี ด้านภาวะเจริญพันธุ์โดยส่วนใหญ่จะให้คำอธิบายว่า พฤติกรรมที่เกิดในสังคมหรือกลุ่มชน หนึ่ง ๆ เป็นอย่างไรภายใต้สถานการณ์เช่นใดที่ผู้สมรส หรือสังคมมีความต้องการบุตรจำนวนต่าง ๆ กัน ความปรารถนาจะมีบุตรจำนวนหนึ่งหรือยุติการมีบุตร โดยการวางแผนครอบครัวหรือวิธีอื่น ๆ ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา ประชากร และปัจจัยทางจิตวิทยา ปัจจัยใดบ้างที่ เอื้ออำนวยหรือขัดแย้งพฤติกรรมการมีบุตรหรือพฤติกรรมยุติการมีบุตรอย่างไร เป็นต้น จากขอบเขต ของอธิบายของทฤษฎีด้านภาวะเจริญพันธุ์ทฤษฎีต่าง ๆ ดังกล่าวมานั้น พบว่า ทฤษฎีต่าง ๆ ได้ให้คำอธิบายพฤติกรรมประชากรด้านการวางแผนครอบครัวพร้อมกับคำอธิบาย พฤติกรรมด้านภาวะเจริญพันธุ์ด้านอื่น ๆ ไปด้วยในตัว สำหรับอธิบายในส่วนที่เกี่ยวกับการ

วางแผนครอบครัวนั้น อาจเป็นไปได้โดยตรงหรือทางอ้อมก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับทฤษฎีแต่ละทฤษฎี

แนวคิดเรื่องการวางแผนครอบครัวหรือการจำกัดจำนวนประชากรนั้น มีมานานแล้ว แต่มักจะเป็นในลักษณะแนวคิดของนักปรัชญาหรือนักปราชญ์มากกว่าที่จะถือเป็นทฤษฎี โดยแท้จริง ดังเช่น ชงจื้อ ได้พิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างที่ดินกับจำนวนประชากร โดยให้ความเห็นว่าการที่ประชากรเพิ่มจำนวนมากเกินไปจะทำให้ผลผลิตโดยเฉลี่ยต่อคนลดลง ทำให้ระดับการครองชีพโดยทั่วไปมีตกต่ำและเกิดความอดอยากยากจนขึ้นโดยทั่วไป พลาโต ได้พิจารณาจำกัดจำนวนประชากรให้เหมาะสมกับนครรัฐ (City State) สมัยนั้นโดยได้เสนอว่า ประชากรจำนวน ๕,๐๕๐ คน เป็นจำนวนที่เหมาะสมสำหรับการเก็บภาษี การใช้ประโยชน์จากที่ดิน และการป้องกันประเทศ รวมทั้งได้เสนอให้มีการคุมกำเนิดกรณีที่มีประชากรมากเกินไป อริสโตเติล มีความเห็นว่า ที่ดินและทรัพยากรต่าง ๆ มีค่อนข้างจำกัดไม่อาจเพิ่มได้เร็วกว่าการเพิ่มประชากร เมื่อประชากรเพิ่มมากเกินไปจะเป็นสาเหตุให้เกิดความยากจน และความเจ็บป่วยทางสังคม (Social Ills) ซึ่งสามารถป้องกันได้โดยการฆ่าทารกและการทำแท้ง (United Nations, 1973 : 34)

ในช่วงต่อมาได้มีความพยายามพัฒนาแนวคิด เพื่ออธิบายปรากฏการณ์และพฤติกรรมทางประชากรในเชิงทฤษฎีกันมากขึ้น ทฤษฎีที่ผู้วิจัยนำมาเป็นฐานแนวคิดเพื่อกำหนดตัวแปรในการวิจัยครั้งนี้มีดังนี้

๓.๑ ทฤษฎีของกลุ่มมัลธัสใหม่ (Neo - Malthusian Theory)

ทฤษฎีของกลุ่มมัลธัสใหม่พัฒนาเพิ่มเติมขึ้นจากทฤษฎีประชากรของมัลธัส (Thomas R. Malthus) ซึ่งได้เสนอไว้ตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๗๙๘ มัลธัสได้ชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการเพิ่มประชากรกับการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม โดยได้เสนอหลักการแห่งความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั้งสอง มัลธัสเชื่อว่า การที่ประชากรเพิ่มจำนวนขึ้นเป็นผลมาจากการที่มนุษย์มีสัญชาตญาณที่จะสืบพันธุ์และเพิ่มจำนวนเผ่าพันธุ์ของตน ถ้าหากไม่มีสิ่งป้องกันไว้ประชากรจะเพิ่มจำนวนจนเป็นปัญหาขึ้นได้ ในทัศนะของมัลธัสประชากรจะเพิ่มจำนวนแบบทวีคูณ (Geometric Progression) กล่าวคือ เมื่อคู่สมรสมีบุตรและบุตรแต่งงานมีบุตรต่อ ๆ ไปอีกนั้นการเพิ่มจะ

หรือถูกออกไปแบบเรขาคณิต คือ จาก ๑ เป็น ๒ เป็น ๔ เป็น ๘ เป็น ๑๖ ฯลฯ ในขณะที่
 ทรัพยากรหรือสิ่งจำเป็นในการดำรงชีพ (Means of Subsistence) จะมีความสามารถในการ
 การเพิ่มแบบบวก (Arithmetic Progression) เท่านั้น นั่นคือ มัลธัสเห็นว่า เมื่อประชากร
 ทำงานเพิ่มขึ้น ผลผลิตต่าง ๆ จะเพิ่มขึ้นตามจำนวนเป็นจาก ๑ เป็น ๒ เป็น ๓ เป็น ๔ เป็น ๕
 ความล่าช้า ดังนั้นการเพิ่มของประชากรจึงเร็วกว่าการเพิ่มของผลผลิต หากไม่มีการยับยั้งการ
 เพิ่มประชากรจะทำให้เกิดความอดอยาก โรคภัย สงคราม และความหายนะขึ้นได้ สิ่งต่าง ๆ
 เหล่านี้หากปล่อยให้เกิดขึ้น มัลธัสเรียกว่า เป็นการควบคุมโดยตรงในเชิงทำลาย (Positive
 Checks) ซึ่งเป็นวิธีที่มิได้เกิดขึ้นโดยความสมัครใจของประชากร วิธีที่มัลธัสเสนอให้ใช้เพื่อแก้
 ปัญหาจำนวนประชากรเพิ่มเร็วเกินไปตั้งอยู่บนรากฐานแห่งความสมัครใจของประชากรเรียกว่า
 วิธีการควบคุมในเชิงป้องกัน (Preventive Checks) ซึ่งอาศัยวิธีการยกระดับจิตใจของประชากร
 (Moral Restraint) โดยการให้คำนึงถึงความพร้อมในการแต่งงาน โดยเลื่อนอายุการแต่งงาน
 ให้สูงขึ้น หรือไม่แต่งงานเลยหากไม่มีความพร้อม เมื่อเลื่อนอายุการแต่งงานแล้วหากจะต้อง
 แต่งงานมัลธัสเสนอว่าควรมีบุตรให้น้อยคนไปก่อนจนกว่าจะมีฐานะมั่นคงไม่ควรดำรงชีวิตอยู่
 อย่างยากจนจนทำให้เป็นที่เดือดร้อนและเสื่อมเสียแก่สังคมโดยรวม (Ford & De Jong.
 1970 : 623 - 624 อภิชาติ จักรัสฤทธิรงค์ และ พิมพ์พรรณ อิศรภักดี ๒๕๒๖ :
 ๔ - ๖ และ ปราโมทย์ ประสาทกุล ๒๕๓๒ : ๑ - ๒)

ทฤษฎีของมัลธัสมีผู้กล่าวถึงกันมากเพราะเป็นบุคคลที่ถือได้ว่าอยู่ในกลุ่มแรกที่มีมองเห็น
 ปัญหาประชากรและก่อให้เกิดความตระหนักในปัญหา ตลอดจนเรียกร้องให้แก้ปัญหาอย่างเป็น
 รูปธรรม อย่างไรก็ตามในภายหลังกฎได้แย้งและกล่าวถึงความไม่สมบูรณ์ในทฤษฎีของมัลธัสกัน
 มากขึ้น รวมทั้งมีผู้อาศัยพื้นฐานจากทฤษฎีของมัลธัสพัฒนาทฤษฎีประชากรต่อไปอีกด้วย

ข้อจำกัดส่วนตัวที่สำคัญของมัลธัสประการสำคัญที่สุดประการหนึ่งคือ การไม่ให้ความสนใจ
 กับบทบาทของการคุมกำเนิดในอันที่จะช่วยป้องกันปัญหาการเพิ่มประชากร ทั้งนี้เพราะมัลธัส
 เป็นนักบวชนิกายโรมันคาทอลิกที่มีความเคร่งครัดต่อศาสนา เขาเห็นว่าการคุมกำเนิดขัดกับข้อ
 ปฏิบัติของศาสนาที่เขายึดถือ การเสนอทางออกเกี่ยวกับการแก้ปัญหาประชากรของมัลธัสจึงไม่มี
 เรื่องการคุมกำเนิดอยู่ด้วย

กลุ่มมัลติสใหม่ เป็นกลุ่มที่ปรับปรุงแก้ไขทฤษฎีของมัลติส แนวความคิดของกลุ่มนี้คล้ายคลึงกับของมัลติสที่เชื่อว่า มีข้อจำกัดในทรัพยากร และเครื่องยังชีพที่ทำให้ครอบครัวและสังคมไม่สามารถบรรลุภาวะอยู่ดีกินดี การเพิ่มมากขึ้นของประชากรไม่เพียงแต่จะทำให้เกิดความยากจนขึ้นแค่นั้นตามที่มัลติสเน้นเท่านั้น หากแต่จะนำเอาสงครามและความหายนะอื่น ๆ มาสู่ประชากรในเวลาอันไม่นานด้วย การแก้ปัญหาโดยวิธีการเลื่อนการแต่งงานเพียงอย่างเดียวตามข้อเสนอของมัลติสไม่อาจทำให้สังคมอยู่รอดได้ กลุ่มมัลติสใหม่มีความเห็นว่าการแก้ไขปัญหาค่าการเพิ่มประชากรจะต้องใช้วิธีการทุก ๆ วิธีทาง โดยไม่ถือว่าเป็นการผิดศีลธรรมหรือความผิดกึ่งศีลธรรมของประชาชนแต่อย่างใด วิธีทางที่สำคัญได้แก่ การคุมกำเนิด กล่าวได้ว่า กลุ่มมัลติสใหม่เป็นกลุ่มแรกที่เสนอให้มีการคุมกำเนิดอย่างจริงจัง และข้อเสนอนี้มีว่ามีอิทธิพลต่อนโยบายประชากรของประเทศต่าง ๆ ในโลกเป็นอย่างมากต่อมา (อภิชาติ จารุสฤทธิรงค์ และ พิมลพรรณ อิศรภิกขุ ๒๕๒๖ : ๖)

กลุ่มมัลติสใหม่ มีผู้นำที่แข็งขันอยู่หลายคน ที่สำคัญได้แก่ เอนเก้ (Enke) ทฤษฎีของกลุ่มนี้เชื่อว่า ครอบครัวเป็นหน่วยการตัดสินใจที่มีเหตุและผล (Rational) ในการดำเนินการสิ่งหนึ่งสิ่งใด ในส่วนของขนาดครอบครัวนั้น ทฤษฎีนี้เชื่อว่า ครอบครัวโดยทั่วไปมีความประสงค์จะจำกัดจำนวนบุตร ให้เหมาะสมกับความจำกัดต่าง ๆ เพื่อคงไว้ซึ่งมาตรฐานการครองชีพ บุตรที่มากเกินไปจะเป็นแหล่งกำเนิดแห่งความยากจน ครอบครัวจะมีความต้องการบุตรจำนวนน้อยจำนวนหนึ่ง (Minimum Number) บุตรจำนวนมากจะนำมาซึ่งความยากลำบาก เป็นแหล่งความชื่นชมของผู้สมรสที่มีราคาแพง การใช้ทรัพยากรลงทุนไปกับการมีบุตรนั้น อรรถประโยชน์ตอบแทนของบุตรต่อคนจะลดลง (Diminishing Utility) เมื่อมีบุตรจำนวนมากขึ้น เหตุที่ผู้สมรสมีบุตรมากนั้นทฤษฎีนี้เชื่อว่าเป็นเพราะความไม่รู้ (Ignorance) และการไม่สามารถเข้าถึง (Access to) บริการวางแผนครอบครัว ดังนั้นจึงเชื่อว่าการเผยแพร่ความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว เพื่อให้สาธารณชนตระหนักถึงผลทางลบอันเกิดจากการมีครอบครัวขนาดใหญ่ และการให้บริการวางแผนครอบครัวโดยทั่วถึงเป็นสิ่งจำเป็นในขั้นที่จะทำให้ผู้สมรสจำกัดขนาดครอบครัวโดยการคุมกำเนิดได้ อีกนัยหนึ่งทฤษฎีนี้เชื่อว่าภาวะเจริญพันธุ์ได้รับอิทธิพลและเปลี่ยนแปลงไปโดยการมีบริการ (Supply) วางแผนครอบครัว และการแพร่กระจายของข้อมูลด้านการวางแผนครอบครัวนั่นเอง (Enke, 1960, Farooq and Simmons, 1985 : 29 - 30) ทฤษฎีดังกล่าวนี้มีกรอบในการ

พิจารณาปรากฏการณ์ทางประชากรในลักษณะกลุ่มรวม โดยเน้นด้านเศรษฐศาสตร์ ภูมิภาคเป็นสำคัญ (Farooq and Simmons. 1985 : 30)

๓.๒ ทฤษฎีของกลุ่มชีววิทยา (Biological Theories)

นักชีววิทยาที่เสนอความคิดเกี่ยวกับภาวะเจริญพันธุ์มีอยู่หลายคน เริ่มจาก แซดเลอร์ (Sadler) ที่ได้ชี้ว่าในท้องที่ที่มีความหนาแน่นของประชากรสูง เช่น ในเขตเมืองภาวะเจริญพันธุ์จะต่ำ ขณะที่ท้องที่ที่มีประชากรอยู่กันไม่หนาแน่น เช่น ในชนบทจะมีภาวะเจริญพันธุ์สูง อีกนัยหนึ่งแซดเลอร์ได้ชี้ให้เห็นว่า ประชากรในชนบทมีบุตรต่อครอบครัวมากกว่าประชากรในเขตเมืองนั่นเอง (ชัยวัฒน์ บุญพงษ์ ๒๕๒๑ : ๑๘ - ๒๐)

สเปนเซอร์ (Spencer) เสนอแนวความคิดว่า ความต้องการควบคุมและปรับปรุงตนเอง (Self - regulating) ของประชากรจะทำให้คู่สมรสมีบุตรจำนวนน้อยคนลง สเปนเซอร์เชื่อว่า ภายในตัวบุคคลมีพลังอยู่ ๒ ประการ ประการแรกคือความสามารถในการดำรงชีวิต ประการต่อมาคือความสามารถในการขยายเผ่าพันธุ์ พลังความสามารถในการดำรงชีวิตจะแปรผันโดยตรงกับพัฒนาการของระบบประสาทในร่างกาย ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมและปรับปรุงตนเอง ส่วนพลังด้านความสามารถในการขยายเผ่าพันธุ์จะแปรผัน เป็นปฏิภาคกลับกันกับพัฒนาการของระบบประสาทในร่างกาย ที่ทำหน้าที่ควบคุมและปรับปรุงตนเองดังกล่าวข้างต้น ลักษณะทางชีววิทยาเช่นนี้ ทำให้ผู้ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี เจริญจะพัฒนาความรู้สึกในการควบคุมและปรับปรุงตนเอง เพื่อให้เกิดพลังความสามารถในการดำรงชีวิตที่ดีมีมาตรฐาน ประชากรในลักษณะเช่นนี้จะมีบุตรจำนวนน้อยคน ตรงกันข้ามกับประชากรที่อยู่ในภาวะแร้นแค้น ซึ่งมักไม่สามารถเพิ่มพลังความสามารถในการดำรงชีวิตให้เป็นมาตรฐานได้โดยง่าย แต่จะมีพลังความสามารถในการขยายเผ่าพันธุ์อันเป็นไปตามหลักแห่งการดำรงรักษาและเพื่อความอยู่รอดของเผ่าพันธุ์ทำให้ประชากรกลุ่มนี้มีบุตรจำนวนมาก (ชัยวัฒน์ บุญพงษ์ ๒๕๒๑ : ๑๘ - ๒๐ และ สมหมาย วันสอน ๒๕๒๔ : ๔๔ - ๔๕)

นอกจากสเปนเซอร์แล้ว ยังมีนักชีววิทยาที่สนใจในเรื่องประชากรและเสนอแนวคิดที่สอดคล้องกันคือ ดับเบิลเดย์ (Doubleday) ชี้ให้เห็นว่าผู้ที่อยู่ในฐานะมั่งคั่งจะมีบุตรแต่เพียงน้อยคน ขณะที่ผู้ยากจนจะมีบุตรมาก เพราะมีความเป็นอยู่ที่ขาดแคลน คาสโตร (Castro)

ชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนบุตรกับการบริโภคอาหาร โดยระบุว่า ผู้ที่มีมาตรฐานความเป็นอยู่ดีจะบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์มากกว่าผู้อยู่ในสถานะต้อยกว่าและผู้มีฐานะดีจะมีบุตรจำนวนน้อยกว่าด้วย (สมหมาย วันสอน ๒๕๒๘ : ๕๑ และ ชัยวัฒน์ ปัญพงษ์ และ ณรงค์ เทียนสังข์ ๒๕๒๑ : ๒๐)

ทฤษฎีของกลุ่มนักชีววิทยาดังกล่าวมาข้างต้นกล่าวถึงปรากฏการณ์ทางประชากรด้านการเกิดทั้งในระดับจุลภาคและมหภาครวมกันไป ปัจจัยสำคัญที่นำมาสู่การจำกัดจำนวนบุตรในทัศนะของนักชีววิทยากลุ่มนี้ในระดับมหภาค ได้แก่ ปัจจัยด้านระดับการพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมในขั้นที่หนึ่ง ๆ ปัจจัยในระดับจุลภาค ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจและมาตรฐานความเป็นอยู่ของครัวเรือน ปัจจัย ๒ ประการนี้จะร่วมกันมีอิทธิพลต่อความต้องการควบคุมและปรับปรุงตนเองของคู่สมรส ตลอดจนมีอิทธิพลต่อระบบชีววิทยาของร่างกายด้วย

๓.๓ ทฤษฎีหลอดแก้วทางสังคม (Social Capillarity Theory)

ทฤษฎีนี้อธิบายปรากฏการณ์ด้านภาวะเจริญพันธุ์ โดยแนวคิดทางสังคมวิทยาเป็นการพยายามหาข้อสรุประหว่างปรากฏการณ์ที่ประชากรมีบุตรน้อยลงกับระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม บุคคลที่มีบทบาทสำคัญในทฤษฎีนี้คือ คูมองต์ (Arsene Dumont) ซึ่งเสนอว่า ความต้องการมีบุตรน้อยคนลงนั้นมีความสัมพันธ์อยู่กับความเจริญก้าวหน้าของสังคม กล่าวคือ ในสังคมที่มีความเจริญสูงขึ้น คู่สมรสจะมีความทะเยอทะยานในการเลื่อนฐานะทางสังคมสูงขึ้นด้วย เปรียบได้เหมือนหลอดแก้วเล็ก ๆ เมื่อจุ่มน้ำจะมีน้ำขึ้นสูงกว่าหลอดแก้วหลอดใหญ่ภายใต้ความกดอากาศและสภาพแวดล้อมระดับเดียวกัน ซึ่งเหมือนกับบุคคลหรือคู่สมรสที่มีครอบครัวขนาดเล็กหรือบุตรน้อยคนจะมีศักยภาพในการเลื่อนฐานะทางสังคมได้สูงกว่าผู้ที่มีบุตรมาก ในทัศนะของคูมองต์เห็นว่าเมื่อสภาพสังคมสิ่งแวดล้อมพัฒนาขึ้นจะทำให้เกิดความทะเยอทะยานของบุคคลในการยกฐานะทางสังคมและปรับปรุงตนเอง ความต้องการความเป็นอิสระและความคาดหวังต่ออนาคตของบุตร ความรู้สึกเหล่านี้ทำให้คู่สมรสเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดและค่านิยมเกี่ยวกับบุตร ทำให้มีบุตรจำนวนที่พอเหมาะไม่เป็นอุปสรรคกับการเลื่อนฐานะทางสังคมของตน (นิวัติ กสิณงาม ๒๕๒๗ : ๗ สมหมาย วันสอน ๒๕๒๘ : ๕๖ - ๕๗ และ ชัยวัฒน์ ปัญพงษ์ ๒๕๒๑ : ๒๗ - ๑๘)

ทฤษฎีหลอดแก้วทางสังคมนี้เห็นว่าปัจจัยทั้งระดับจุลภาคและมหภาคจะร่วมกันใช้อำนาจ
ให้คู่สมรสมีบุตรน้อยคนลง กล่าวคือ เชื่อว่า การพัฒนามาตรฐานความเป็นอยู่ในสังคมจะทำให้
เกิดความต้องการยกฐานะทางสังคมและความต้องการดังกล่าวจะทำให้คู่สมรสตัดสินใจมีบุตรแต่
เพียงน้อยคน เพื่อเป็นการลดภาระในครัวเรือนลง

๓.๔ ทฤษฎีประชากรของนิกสังคมนิยม

กลุ่มนิกสังคมนิยมพิจารณาปรากฏการณ์ทางประชากรภายหลังจากที่มีลัทธิ
ได้เสนอทฤษฎีไปแล้วแนวคิดของนิกสังคมนิยมแตกต่างไปจากกลุ่มมีลัทธิและลัทธิใหม่โดยได้แสดง
ความคิดเห็นได้แย้งไว้เป็นอันมาก

มาร์กซ์ (Marx) มีแนวคิดว่า ปรากฏการณ์ทางประชากรโดยเฉพาะ
อย่างยิ่ง เรื่องการเกิด เป็นภาพสะท้อนของระบบสังคมและการเมือง การที่บุคคลภายใต้สังคมหนึ่ง
มีอัตราการเกิดสูงหรือต่ำนั้นเป็นเพราะความแตกต่างของมาตรฐานระดับการครองชีพ ซึ่งหมายถึง
การมีปัจจัยยังชีพด้านอาหาร วิธีชีวิต สถานภาพทางสังคม สภาพแวดล้อมในการทำงาน และ
ปัจจัยทางสังคมอื่น ๆ ที่ไม่เหมือนกัน ขนาดครอบครัวสมบูรณ์ (Completed Family Size)
และหรือจำนวนบุตรของคู่สมรสจะเป็นปฏิภาคกลับกันกับระดับรายได้ อาหาร และปัจจัยอื่น ๆ
(ในทัศนะของมาร์กซ์คู่สมรสที่กล่าวนี้คือ กลุ่มชนชั้นกรรมาชีพหรือกรรมกรผู้ใช้แรงงาน)
มาร์กซ์ เชื่อว่า ในระบบทุนนิยมจะมีการขูดรีดใช้กำลังแรงงานคนอย่างมหาศาลและรวดเร็ว
ทำให้กลุ่มกรรมกรวัยแรงงานมีความยืนยาวของชีวิตสั้นลง จึงมีความจำเป็นที่คู่สมรสซึ่งอยู่ใน
ภาวะอ่อนน้อมยอมจำนนต่อรัฐจะต้องมีบุตรจำนวนมาก เพื่อไปทดแทนเป็นพลังการผลิตต่อไป
แนวคิดของมาร์กซ์เช่นนี้ วลาซซอฟ (Vlassoff) และกิลเบิร์ต และกักเกลอร์ (Gilbert &
Gugler) ได้นำมากล่าวในทฤษฎียุทธวิธีการอยู่รอด (Survival Strategies) โดยได้ชี้
ให้เห็นว่าคู่สมรสผู้ยากจนในประเทศด้อยพัฒนาที่ต้องมีบุตรเป็นจำนวนมากนั้น เป็นไปโดยเหตุผล
เพื่อความอยู่รอดของครัวเรือน ชีวิตของคนยากจนนั้นต้องเสี่ยงทุกรูปแบบ เพื่อความอยู่รอด
การมีบุตรจำนวนมากจะเป็นการช่วยกระจายความเสี่ยงและทำให้ครัวเรือนอยู่รอดในสังคมทุนนิยมได้
(Vlassoff, 1983 : 2 - 39 Gilbert & Gugler, 1982 : 106 - 123)

จะเห็นได้ว่า มาร์กซ์และนักสังคมนิยมพยายามอธิบายภาวะเจริญพันธุ์ โดยใช้ปัจจัยหลักด้านชนชั้นทางสังคมและระบบ เศรษฐกิจและสังคมมาอธิบาย การเปลี่ยนแปลงในชนชั้นและระบบเศรษฐกิจสังคมจึงเป็นวิธีทางที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงภาวะเจริญพันธุ์ของบุคคลและสังคมได้

แองเจอลส์ (Angels) เป็นนักสังคมนิยมผู้หนึ่งที่สนับสนุนแนวคิดของมาร์กซ์และเห็นว่าชนชั้นแรงงานจะมีพฤติกรรมเจริญพันธุ์ในลักษณะ เช่นใดนั้นขึ้นอยู่กับ การวางแผนของรัฐและรูปแบบของสังคมที่จะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจอย่างใดอย่างหนึ่งเกี่ยวกับภาวะเจริญพันธุ์ การปฏิรูปองค์กรทางสังคม เสียใหม่เป็นเงื่อนไขที่จำเป็น เพราะผลจากการปฏิรูปสังคมจะทำให้ชนชั้นกรรมกรเปลี่ยนแปลงแผนการตัดสินใจและพฤติกรรมการมีบุตรได้

เลนิน (Lenin) เป็นนักสังคมนิยมอีกคนหนึ่งที่ให้แนวคิดเกี่ยวกับ เรื่องภาวะเจริญพันธุ์ไว้ โดยเสนอว่าการมีบุตรมากหรือน้อยของประชากรนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านโครงสร้างของสังคม อีกนัยหนึ่งเลนินเชื่อว่า รูปแบบหรือโครงสร้างทางสังคมเป็นตัวกำหนดภาวะเจริญพันธุ์โดย เลนินได้ยกกรณีตัวอย่างประเทศรัสเซียประกอบอธิบายนี้

นักสังคมนิยมในยุคหลังมาร์กซ์ แองเจอลส์และเลนิน ยังคงสืบทอดแนวคิดด้านประชากรของบุคคลดังกล่าวนี้ไว้ และยอมรับบทบาทของการวางแผนครอบครัวด้วย โดยถือว่าการวางแผนครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีส่วนเสริมนโยบายทางเศรษฐกิจและสังคมมากกว่าที่จะถือว่าเป็นเรื่องของนโยบายประชากรโดยตรง (Farooq and Simmons, 1985 : 25 - 30 United Nations, 1973 และสมหมาย วันสอน ๒๕๒๔ : ๓๒ - ๔๐)

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ทฤษฎีประชากรของกลุ่มนักสังคมนิยมเป็นทฤษฎีที่มุ่งอธิบายปรากฏการณ์ด้านการเกิดในระดับมหภาคและเห็นว่าการที่คู่สมรสจะจำกัดจำนวนบุตรของตนหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับ การปฏิรูปหรือพัฒนาโครงสร้างรวมทั้งการกระจายอำนาจทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองเป็นสำคัญ

๓.๔ ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงทางประชากร (The Theory of Demographic Transition)

ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงประชากรที่พัฒนาขึ้นโดย ทอมป์สัน (Warren S. Thompson) ใน ปี ค.ศ. ๑๙๒๙ อธิบายพฤติกรรมทางประชากรของบุคคล โดยโยงความสัมพันธ์กับระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม บัญญัติสำคัญทางประชากร ๒ ประการ ที่นำเข้ามาพิจารณา คือ อัตราการเกิดและอัตราการตาย โดยจะให้คำอธิบายถึงกระบวนการคลี่คลายจากยุคที่มีอัตราการเกิดสูงและอัตราการตายสูง ไปสู่ยุคที่มีอัตราการเกิดและอัตราการตายต่ำ

ทฤษฎีนี้แบ่งการเปลี่ยนแปลงประชากรออกเป็น ๓ ระยะ ระยะแรกเป็นสังคมก่อนยุคอุตสาหกรรม อัตราเกิดและอัตราตายจะสูง เนื่องจากมีโรคระบาดและทุพภิกขภัย เกิดขึ้นมากและมักไม่สามารถควบคุมได้ อัตราเพิ่มประชากรในระยะนี้จึงอยู่ในระดับต่ำ ประชากรมีอายุขัยเฉลี่ยน้อยคือไม่เกิน ๓๕ หรือ ๔๐ ปี ส่วนมากจะตายไปเสียก่อน ขณะที่ยังเป็นเด็กทารกหรือยังอยู่ในวัยเด็ก สังคมในระยะนี้มักมีการสร้างบรรพบุรุษหรือค่านิยมที่จะสนับสนุนให้มีบุตรจำนวนมากไว้ เพราะเป็นทางที่จะช่วยให้สังคมดำรงอยู่ได้ การมีบุตรไว้เพื่อตายนับเป็นเรื่องสำคัญ ระยะที่สอง เป็นขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงประชากร (Population Transition) เป็นระยะที่อัตราตายลดต่ำลง แต่อัตราเกิดยังคงสูงอยู่หรือลดลงได้ช้ากว่า เป็นผลทำให้ประชากรเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วซึ่งที่เรียกกันว่า "การระเบิดของประชากร" (Population Explosion) ต่อมาในระยะที่สามอัตราเกิดจะลดลงจนอยู่ในระดับต่ำพอ ๆ กับอัตราตายและเข้าสู่สภาพใหม่คือสภาวะแห่งความสมดุล การเปลี่ยนแปลงประชากรในระยะที่สอง เข้าสู่ระยะที่สามนี้ ทอมป์สันอธิบายว่าจะเกิดขึ้นเมื่อมีการปฏิรูปสังคมให้เป็นสมัยใหม่ (Modernization) โดยสังคมจะค่อย ๆ เปลี่ยนจากระบบประเพณีนิยม เช่น เปลี่ยนจากความเชื่อที่ว่ากิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำจะต้องปฏิบัติสืบต่อไป จะละเลิกไม่ได้มาเป็นสังคมที่มีรากฐานอยู่ที่เหตุและผล สมาชิกในสังคมจะตั้งเป้าหมายในชีวิตและหาวิธีการที่จะบรรลุเป้าหมายนั้นโดยการคาดการณ์ไว้ล่วงหน้า เป้าหมายชีวิตที่ตั้งขึ้นเป็นเป้าหมายที่มีโอกาสบรรลุได้ โดยใช้ความสามารถของบุคคลมิใช่เรื่องเพ้อฝันหรืออยู่นอกความเป็นจริงของชีวิต วิธีการที่จะบรรลุเป้าหมายเป็นวิธีการที่ทำได้มิใช่เรื่องลึกลับที่ต้องอาศัยแรงบันดาลใจทางไสยศาสตร์ เช่นสมัยก่อนในช่วงนี้พฤติกรรมชีวิตมนุษย์ เปลี่ยนไปรู้จักใช้วิธีการที่เป็นวิทยาศาสตร์และมีเหตุผลมากขึ้น

เทคโนโลยีทางการผลิตได้รับการพัฒนาขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ มีการนำเอาเทคนิคใหม่ ๆ ในการลดอัตราการตายเข้ามาใช้ในสังคมทำให้อัตราการตายในทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเด็กลดลง ส่งผลให้ประชากรเพิ่มและมีโอกาสมีชีวิตที่ยืนยาวกว่าเดิม แต่การเพิ่มขึ้นของประชากรก่อให้เกิดแรงกดดันแก่ครอบครัว ค่านิยมในเรื่องบุตรเปลี่ยนแปลงไปควมมีเหตุผลในสังคมใหม่ ก่อให้เกิดความเข้าใจว่า การมีบุตรและการเกิดมีใช้ธรรมชาติที่ควบคุมไม่ได้ หากแต่เป็นผลมาจาก "การกระทำ" ของมนุษย์ที่มีทางควบคุมได้ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมทำให้บุคคลต้องปรับวิถีชีวิตใหม่ การมีบุตร ในสังคมใหม่ี่จะต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก โดยเฉพาะบุตรจะต้องได้รับการศึกษาสูงกว่าในอดีต การมีบุตรจำนวนมากทำให้สูญเสียโอกาสทางเศรษฐกิจและสังคม นอกบ้านที่มีและเปิดโอกาสมากขึ้นกว่าสังคมสมัยเก่า การเปลี่ยนแปลงสังคมทั้งที่หอมบัสันให้ อรรถาธิบายมานี้ทำให้สังคมเปลี่ยนบรรทัดฐานเกี่ยวกับการมีบุตร การพัฒนาและใช้เครื่องมือคุมกำเนิด เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับคู่สมรสในภาวะเช่นนี้ และสังคมจะก้าวไปสู่ภาวะที่มีอัตราการเกิดต่ำและอัตราการตายต่ำในที่สุด (Ford & Dejongced. 1970 : 623 - 637 Farooq & Simmons. 1985 : 31 - 32 Cowgill. 1963 : 270 - 274 และปราโมทย์ ประสาทกุล (ผู้แปล) ๒๕๒๒ : ๖ - ๖)

ทฤษฎีนี้อธิบายพฤติกรรมทางประชากรในระดับมหภาค ปัจจัยสำคัญที่ทำให้คู่สมรสมีบุตรน้อยลงในทัศนะของทฤษฎีนี้คือการลดอัตราการตาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งอัตราการตายของเด็ก และการเปลี่ยนแปลงสภาพสังคมไปสู่สังคมสมัยใหม่ อันทำให้บรรทัดฐานและค่านิยมต่อการมีบุตรจำนวนมากเปลี่ยนแปลงไป

๓.๖ ทฤษฎีการตื่นตัวทางประชากร (The Theory of Demographic Responses)

ทฤษฎีการตื่นตัวทางประชากรพัฒนาขึ้นโดย เดวิส (Kingsley Davis)

ในปี ค.ศ. ๑๙๖๓ เป็นทฤษฎีที่มุ่งอธิบายปรากฏการณ์ทางประชากรในเชิงสังคมวิทยา เช่นเดียวกับทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงประชากรที่ได้เสนอมานแล้ว สาระสำคัญของทฤษฎีนี้ชี้ให้เห็นว่า เมื่อสังคมเปลี่ยนเข้าสู่ความเป็นสมัยใหม่ อัตราการตายลดลง สภาพทางเศรษฐกิจสังคมเปลี่ยนแปลงไป โอกาสในการทำงานมีมากขึ้น มีการขยายการศึกษาออกไปทั่วถึงยิ่งขึ้น ส่งผลให้โอกาสในการ

เลื่อนสถานภาพความก้าวหน้าทางรายได้อาชีพของสมาชิกในสังคมมีมากกว่าเดิม ปรากฏการณ์เช่นนี้ทำให้ประชากรเกิดการตื่นตัวและปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในด้านต่าง ๆ รวมถึงพฤติกรรมด้านการเกิด เพื่อให้สามารถได้รับผลประโยชน์จากสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างเต็มที่ การนิ่งเฉยไม่ปรับปรุงตัวเองจะทำให้เกิดสภาวะที่เรียกว่าความขัดแย้งในระดับการครองชีพ (Conflict of Level of Living and Aspiration) ทำให้เกิดการสูญเสียสถานะทางสังคมได้ต่อไป เดวิสได้เสนอข้อเสนอ ๒ ประการในทฤษฎีการตื่นตัวทางประชากรนี้ ประการแรกคือแนวคิดด้านการหลีกเลี่ยงความสูญเสียโดยการเปรียบเทียบ (Relative Deprivation Thesis) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าเมื่อมีโอกาสทางเศรษฐกิจสมาชิกในสังคมจะสนองตอบโอกาสนั้น โดยการปรับพฤติกรรมทางประชากรให้เหมาะสมกับสถานการณ์ ทั้งนี้เพื่อหลีกเลี่ยงความสูญเสียโดยเปรียบเทียบ (Relative Deprivation) พฤติกรรมทางประชากรที่ปรับให้เหมาะสมกับโอกาสนั้นอาจได้แก่ การย้ายถิ่น การเลื่อนอายุสมรส การอยู่เป็นโสด การทำแท้ง หรือการวางแผนครอบครัว อย่างไรก็ตาม เดวิส เห็นว่า เมื่อสังคมมีการพัฒนามากขึ้น การบริการวางแผนครอบครัวแพร่หลายออกไป ประชากรมักจะเลือกปรับตัวโดยการวางแผนครอบครัวมากกว่าวิธีอื่น ๆ

ข้อเสนอประการที่สองของเดวิส คือแนวคิดที่เรียกว่า การปรับตัวทดแทน (Demographic Substitution Thesis) ซึ่งกล่าวถึงว่า การปรับตัวของประชากรเพื่อสนองตอบต่อความก้าวหน้าของสังคมนั้น มีได้หลายวิธีดังกล่าวนำมาแล้ว แต่ละวิธีอาจมีคุณค่าที่ทดแทนกันได้ (Functional Equivalence) เช่น บางคนอาจไม่ยอมรับการวางแผนครอบครัวก็อาจหันไปใช้วิธีการเลื่อนอายุแต่งงานแทน เป็นต้น อย่างไรก็ตาม บุคคลมักจะเลือกปรับตัวหลาย ๆ ทางในครั้งเดียวกัน ทั้งการปรับตัวทางประชากร โดยการวางแผนครอบครัวหรือวิธีอื่น และการปรับตัวทางอื่นประกอบไปด้วย หากได้พิจารณาแล้วว่าการกระทำเช่นนั้นจะทำให้ได้รับผลประโยชน์จากโอกาสทางเศรษฐกิจสังคมที่เป็นอยู่ดังเช่น พบว่ามีการปรับตัวทางประชากรด้วยการวางแผนครอบครัวไปพร้อมกับการปรับตัวทางการผลิตด้วยเป็นต้น พฤติกรรมเช่นนี้ เดวิสเรียกว่า เป็นการตอบโต้หลายทาง (Multiphasic Responses) ของประชากร (Davis. 1963 : 345 - 366

Podhisita. 1985 : 328 - 343 อภิชาติ จำรัสฤทธิ์รงค์ และกมลพรรณ อิศรภักดี

ทฤษฎีการสืบพันธุ์ทางประชากรนี้มุ่งเน้นอธิบายพฤติกรรมทางประชากรในระดับมหภาค ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ประชากรมีพฤติกรรมประชากรด้านการคุมกำเนิดคือ ความรู้สึกตัวกับระบบเศรษฐกิจและสังคมแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น ประกอบกับการมีบริการวางแผนครอบครัวที่แพร่หลายทำให้ประชากรสามารถเข้าถึงและเลือกปรับตัวโดยหันมาใช้การวางแผนครอบครัวได้โดยง่าย

๓.๗ ทฤษฎีทางด้านเศรษฐศาสตร์จุลภาคที่อธิบายภาวะเจริญพันธุ์ (Micro economic Theories of Fertility)

ลีเบนสไตน์ (Leibenstein) ได้รับการยกย่องว่าเป็นบุคคลแรกที่ประยุกต์ทฤษฎีเศรษฐศาสตร์จุลภาคมาอธิบายพฤติกรรมประชากรด้านความต้องการบุตร โดยได้เสนอแนวความคิดด้านการตัดสินใจมีบุตรภายใต้สภาพการณ์ทางสังคมที่พัฒนาเปลี่ยนแปลงไป เขาเสนอให้พิจารณาถึงอรรถประโยชน์ (Utility) ของบุตร และเห็นว่า การตัดสินใจมีบุตรแต่ละคนของผู้สมรสเหมือนกับการตัดสินใจบริโภคสินค้าชนิดหนึ่ง การที่ผู้สมรสตัดสินใจมีบุตรก็ด้วยคาดหวังว่าจะได้รับอรรถประโยชน์จากบุตรใน ๓ ลักษณะต่อไปนี้

๑. อรรถประโยชน์ที่ได้รับจากบุตรในฐานะเป็นสินค้าบริโภค (Consumptive Utility) ซึ่งหมายถึงความชื่นชมยินดีที่มีความสุขเพิ่มขึ้นจากการมีบุตร
๒. อรรถประโยชน์ในฐานะหลักประกัน (Utility as a Source of Security) ได้แก่ ความรู้สึกที่บุตรเป็นหลักประกันสำหรับผู้สมรสจะมีความมั่นคงในชีวิตชั้นปลาย
๓. อรรถประโยชน์ในฐานะผู้ผลิต (Utility as a Production) ได้แก่ การที่ผู้สมรสคาดหวังว่า บุตรจะเป็นหน่วยการผลิตที่ทำงานสร้างรายได้ให้ครอบครัวในอนาคต

แม้ว่าบุตรจะมีอรรถประโยชน์ดังกล่าวข้างต้น แต่ลีเบนสไตน์ก็ได้ชี้ให้เห็นว่า การมีบุตรนั้นต้องมีต้นทุนเช่นกัน ซึ่งได้แก่

๑. ต้นทุนทางตรง (Direct Costs) คือต้นทุนที่ต้องใช้ในการมีบุตรคนหนึ่ง เช่น ค่าอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ค่าเล่าเรียน ค่าบำรุงครรภ์ ค่าทำคลอด และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ
๒. ต้นทุนทางอ้อม (Indirect Costs) คือ ค่าเสียโอกาสต่าง ๆ ที่ผู้สมรสควรจะได้หากไม่เลือกที่จะมีบุตร (Opportunity Costs) การสูญเสียรายได้จำนวนหนึ่งไป

(Income Forgone) และต้นทุนทางจิตใจ (Psychic Cost) เช่น ความเคร่งเครียดการต้องอาวรณ์เกี่ยวกับการมีบุตร เป็นต้น

ลีเบนสไตน์ เสนอว่า ความชื่นชมยินดีมีความสุขจากการมีบุตรหรืออรรถประโยชน์จากบุตรในฐานะเป็นสินค้าบริโภคจะคงที่ ณ ทุก ๆ ระดับรายได้ของคู่สมรส อีกนัยหนึ่งความชื่นชมยินดีจากการมีบุตรมิได้เปลี่ยนแปลงไปเมื่อคู่สมรสมีรายได้เพิ่มขึ้น แต่การมีรายได้เพิ่มขึ้นของคู่สมรสมีผลทำให้อรรถประโยชน์จากบุตรในฐานะเป็นหลักประกันของความมั่นคงชีวิตในวัยปลายและอรรถประโยชน์ด้านการผลิตทำงานสร้างรายได้ ให้ครอบครัวลดลงไป ทั้งนี้เพราะเมื่อคู่สมรสมีรายได้สูงขึ้นก็มักจะให้บุตรได้รับการศึกษาสูงขึ้นด้วย ทำให้การเข้าสู่ตลาดแรงงานช้าลงรวมทั้งคู่สมรสที่มีรายได้สูงขึ้นจะผ่อนคลายความจำเป็นที่ต้องพึ่งพาบุตรในฐานะหลักประกันด้านต่าง ๆ ในชีวิตลงไป นอกจากนี้ต้นทุนทางตรงและทางอ้อมที่ต้องเสียไปกับบุตรเพิ่มขึ้น เมื่อคู่สมรสมีรายได้สูงขึ้นภาวะการณเช่นนี้โดยส่วนรวมทำให้อรรถประโยชน์ (Marginal Utility) ของการมีบุตรคนที่ n^{th} ต่ำกว่าบุตรคนที่ $n-1^{\text{th}}$ ยังผลทำให้คู่สมรสตัดสินใจมีบุตรในจำนวนที่คงไว้ซึ่งอรรถประโยชน์สูงสุด (Maximize a Global Utility Function) สิ่งที่ลีเบนสไตน์ชี้ให้เห็นคือ พฤติกรรมการมีบุตรของคู่สมรสนั้นขึ้นอยู่กับค่านิยมและความต้องการในอรรถประโยชน์ของบุตร หากคู่สมรสพัฒนาสภาพเศรษฐกิจของครอบครัวให้มีรายได้สูงขึ้นอรรถประโยชน์จากการมีบุตรในหลาย ๆ ด้านจะลดลงขณะที่ต้นทุนการมีบุตรเพิ่มขึ้น ภาวะการณเช่นนี้จึงนำไปสู่การวางแผนครอบครัว (Leibenstein, 1967 : 58 - 92 Farooq & Simmons, 1985 : 42 - 44 Kamnuansilpa, 1981 : 12 - 21 และเทียนฉาย กิระนันทน์ ๒๕๒๖ : ๑๓๖ - ๑๔๐)

แนวคิดของลีเบนสไตน์นี้สอดคล้องกันกับทฤษฎีการหลั่งไหลทรัพย์สินระหว่างรุ่น (Intergeneration Flow of Wealth) ของคาลเวล (Caldwell) ที่ชี้ให้เห็นว่าในสังคมที่พัฒนาที่มีความคาดหวังว่าความมั่งคั่งจะไหลจากบุตรไปสู่บิดามารดาหรือจากคนรุ่นหลังไปสู่คนรุ่นแรก ๆ กล่าวคือ บิดามารดาจะได้รับผลประโยชน์ในด้านต่าง ๆ จากบุตรมากกว่าค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียให้บุตร บุตรจะเป็นผู้ให้บิดามารดาทราบเท่าที่บุตรยังไม่มีครอบครัว การมีบุตรจำนวนมาก ๆ จึงนับว่าเป็นประโยชน์ทางเศรษฐกิจมาก ทำให้สังคมเช่นนี้นิยมการมีบุตรมากคน แต่สำหรับในสังคมที่พัฒนาหรืออยู่ระหว่างการเปลี่ยนแปลง (Transitional Society) นั้น ประชากรจะมีแนวคิดที่คนคิด

ด้านความทันสมัยมากขึ้น การมีบุตรจะกลายเป็นภาระของบิดามารดา ความมั่งคั่งหรือทรัพย์สินสุทธิจะไหลจากบิดามารดาไปสู่บุตรมากกว่าไหลจากบุตรมาสู่อบิดามารดาเช่นเดิม ทั้งนี้เนื่องจากความจำเป็นทั้งในระยะสั้นและระยะยาวในการลงทุนพัฒนาคุณภาพบุตร การต้องให้การศึกษาหรือทรัพย์สินเพื่อการไปตั้งตัวได้ของบุตร (Establishing Fund) ในสังคมปัจจุบันมีความจำเป็นมากขึ้นปรากฏการณ์ทางสังคมที่ภาวะการหลังไหลของทรัพย์ระหว่างรุ่นเปลี่ยนแปลงไปเช่นนี้ ทำให้คู่สมรสยอมรับการคุมกำเนิดมากขึ้น (Economic Impact, 1982 : 75 - 85 Caldwell, 1971 : 25 - 38 และ Podhisita, 1985 : 328 - 337)

เบคเกอร์ (Becker) เป็นนักเศรษฐศาสตร์อีกผู้หนึ่งซึ่งเสนอแนวคิดในการพิจารณาการมีบุตรว่าเป็นเสมือนการตัดสินใจบริโภคสินค้าการประเภทหนึ่ง และคู่สมรสจะใช้แนวทางที่มีเหตุผลในการตัดสินใจเกี่ยวกับจำนวนบุตรที่ต้องการ เขาได้สร้างแบบจำลองขึ้นเพื่อพิจารณาว่าการเลือกมีบุตรขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านใดบ้าง ดังนี้

| | |
|-------|---|
| | $F = f(Y, C, K, E, T)$ |
| เมื่อ | $F =$ แบบแผนการมีบุตรของครอบครัวหนึ่ง |
| | $Y =$ รายได้ของครอบครัวนั้น |
| | $C =$ ต้นทุนของบุตรคนหนึ่งในครอบครัวนั้น |
| | $K =$ ความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว |
| | $E =$ ปัจจัยอื่นเกี่ยวกับความไม่แน่นอนและการผันแปรทางเศรษฐกิจ |
| | $T =$ ค่านิยมของครอบครัวนั้นต่อการมีบุตร |

เบคเกอร์มีความเห็นว่า การที่ครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ มีบุตรเป็นจำนวนมากกว่าความต้องการนั้นเป็นเพราะ การขาดความรู้ข้อมูลข่าวสารทางด้านการวางแผนครอบครัว กรณีครอบครัวที่ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงมีบุตรน้อยคนนั้น เบคเกอร์เห็นว่าแท้จริงแล้วคู่สมรสในครอบครัวประเภทนี้มีความต้องการบุตรมากเช่นกัน แต่พร้อม ๆ กันนั้นก็มีความต้องการบุตรที่มีคุณภาพด้วย ความต้องการเช่นนี้ทำให้จำเป็นต้องมีบุตรน้อยคนลง เนื่องจากต้องใช้จ่ายเพื่อคุณภาพของบุตรเพิ่มขึ้น (Becker, 1960 : Kamnuansilpa, 1981 : 10 - 11, และเทียนฉาย กิระนันทน์ ๒๕๒๖ : ๑๕๒ - ๑๕๓) แนวคิดดังกล่าวนี้

สอดคล้องกับ โอคุน (Okun) ที่เสนอว่า ค่าใช้จ่ายขั้นต่ำสุดต่อบุตรหนึ่งคนนั้นต่ำในครอบครัว รายได้ต่ำและสูงในครอบครัวรายได้สูง เป็นธรรมชาติของคู่สมรสที่ย่อมไม่ยอมเลี้ยงดูบุตรให้มีระดับความเป็นอยู่ต่ำไปกว่าที่ตนเป็นอยู่ขณะนั้น ดังนั้นคู่สมรสจึงมักตัดสินใจมีบุตรน้อยลง เมื่อรายได้ของครอบครัวเพิ่มสูงขึ้น (Okun. 1958 Citing Kamnuansilpa. 1981 : 12)

มินเซอร์ (Mincer) ให้ความเห็นว่า พฤติกรรมการบริโภคใด ๆ ของประชากรขึ้นอยู่กับ การพิจารณาในเรื่องของโอกาส (Opportunity) การตั้งครมภ์การเลี้ยงดูบุตร และการชื่นชมกับบุตรนั้น เป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลา มาก โดยเฉพาะผู้เป็นมารดาอันจะทำให้เกิดการสูญเสียรายได้ที่ควรจะได้รับ ในการถึมารดาที่มีการศึกษาดำ การทำงานมักจะได้รายได้ไม่สูง การเสียโอกาสจึงมีความสำคัญน้อย เหตุการณ์จึงเอื้ออำนวยให้มารดากลุ่มนี้มีบุตรเป็นจำนวนมากได้ ในทัศนะของมินเซอร์ ภาวะเจริญพันธุ์จะอยู่ในระดับใดนั้นขึ้นอยู่กับการใช้เวลาทางเศรษฐกิจของสตรีในครัวเรือน ภาวะเจริญพันธุ์จะผันแปรตามค่าเสียโอกาส (Opportunity Cost) ที่พึงจะได้รับ ถ้าสตรีใช้เวลาส่วนใหญ่ทำงานหารายได้เพื่อ เศรษฐกิจของครอบครัวจะทำให้จำเป็นต้องมีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำ แต่หากสตรีใช้เวลาส่วนใหญ่ทำงานบ้านจะมีภาวะเจริญพันธุ์สูง ดังนั้นปัจจัยกำหนดภาวะเจริญพันธุ์ก็คือ การจัดแบ่งสรรเวลา (Time Allocation) ของสตรีแนวคิดดังกล่าวนี้ต่อมาเรียกชื่อว่า แบบจำลองเศรษฐศาสตร์ครัวเรือนใหม่ (New Home Economic Model) หรือทฤษฎีว่าด้วยการบริโภคและการผลิตในครัวเรือน (Theory of Household Consumption and Production) จะเห็นได้ว่า ทฤษฎีมินเซอร์ให้ความสำคัญกับการเข้าร่วมแรงงานและการทำงานนอกบ้านของ สตรีในฐานะที่จะเป็นปัจจัยผลัดกันให้คู่สมรสยอมรับการวางแผนครอบครัว (Andorka. 1978 : 30 Mincer. 1963 : 63 - 79 Kamnuansilpa. 1981 : 24) ทฤษฎีดังกล่าวนี้

สอดคล้องกับทฤษฎีความขัดแย้งในบทบาท (Role Incompatibility Theory) ซึ่งเสนอโดย สไตโคส (Stycos) และเวลเลอร์ (Weller) ที่ชี้ให้เห็นว่าความขัดแย้งในบทบาทของสตรีจะมีผลต่อภาวะเจริญพันธุ์ สตรีที่ต้องการประสบความสำเร็จในอาชีพย่อมมีบทบาทและการดำเนินชีวิต ที่ขัดแย้งกับการตั้งครมภ์และบทบาทความเป็นแม่ สตรีเหล่านี้จะยอมรับการคุมกำเนิดเพื่อการบรรลุ ผลด้านอาชีพการงาน (Stycos & Weller. 1967 : 112 - 137) นอกจากสไตโคสและเวลเลอร์แล้ว ออฟเพนไฮเมอร์ (Oppenheimer) และคาสาร์ดา (Kasarda) ก็ได้เสนอ

ทฤษฎีที่สอดคล้องกัน กล่าวคือ เสนอว่า การที่สตรีมีกิจกรรมหรือบทบาททางเศรษฐกิจนอกบ้านจะทำให้เกิดความจำเป็นในการยอมรับการคุมกำเนิดมากขึ้น (Oppenheimer, 1967 Citing Kamnuansilpa, 1981 : 18 Kasarda, 1971 อ้างอิงมาจาก นิวัติ กลิ่นงาม ๒๕๒๗ : ๖๐)

อีสเตอร์ไลน์ (Easterline) เป็นนักเศรษฐศาสตร์อีกคนหนึ่งที่พัฒนาแนวความคิดเกี่ยวกับเรื่องนี้ต่อเนื่องกันมาหลายปี เขาเสนอว่าการเลือกที่จะมีบุตรของคู่สมรสเป็นผลมาจากการตัดสินใจในเรื่องอรรถประโยชน์จากบุตร และข้อจำกัดต่าง ๆ เช่น งบประมาณ เวลา เทคโนโลยี และการตายของเด็ก ที่คู่สมรสประสบอยู่ การตัดสินใจมีบุตรเกิดขึ้นภายใต้บริบทของการตัดสินใจเปรียบเทียบเลือกสิ่งอื่นหรือสินค้าบริโภคอื่น ๆ ในครัวเรือน ความพอใจต่อจำนวนบุตรจึงเหมือนความชอบที่มีต่อสินค้าอื่น ๆ การตัดสินใจจึงไม่ใช่การเลือก "อย่างใดอย่างหนึ่ง" แต่เป็นเรื่องของความชอบความต้องการสิ่งหนึ่ง "มากกว่าหรือน้อยกว่า" อีกสิ่งหนึ่งครอบครัวที่มีรายได้สูงจะมีการใช้จ่ายเกี่ยวกับบุตรสูงกว่าครอบครัวที่มีรายได้ต่ำกว่า ทั้งนี้เพราะมีความต้องการคุณภาพของบุตร การมีบุตรมากจะทำให้คู่สมรส โดยเฉพาะสตรีต้องใช้เวลาดูแลบุตรมากไปด้วย ทำให้เหลือเวลาทำงานในเชิงเศรษฐกิจและพักผ่อนน้อยลง เกี่ยวกับเรื่องรายได้ อีสเตอร์ไลน์เสนอว่ารายได้ของคู่สมรสจะมีอิทธิพลต่อการมีบุตรใน ๒ ลักษณะ กล่าวคือ ลักษณะแรกรายได้ที่มีและจะมี (Potential Income) โดยตัวของรายได้เองจะทำให้มีบุตรเพิ่มขึ้น เรียกปรากฏการณ์นี้ว่า เป็นผลของรายได้ (Income Effect) แต่หากคู่สมรสโดยเฉพาะอย่างยิ่งฝ่ายสตรีได้รับการจ้างงานหรือมีงานในเชิงเศรษฐกิจทำอยู่ การมีบุตรจะทำให้มีค่าเสียโอกาส ขาดรายได้ที่ควรจะได้จึงทำให้คู่สมรสเลือกสิ่งอื่นหรือหาสิ่งอื่นทดแทนการมีบุตร ปรากฏการณ์นี้เรียกว่า ผลแห่งการทดแทน (Substitution Effect) คู่สมรสมีกยอมรับผลแห่งการทดแทนนี้ ซึ่งทำให้รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับจำนวนบุตร นอกจากนี้อีสเตอร์ไลน์ยังได้พิจารณาเรื่อง ค่าใช้จ่ายในการวางแผนครอบครัวด้วย ภายใต้ข้อสมมุติที่ว่า คู่สมรสทั่วไปรู้จักวิธีวางแผนครอบครัว ค่าใช้จ่ายในการวางแผนครอบครัวทั้งที่เป็นตัวเงินและไม่เป็นตัวเงิน จะมีส่วนในการตัดสินใจที่จะมีบุตรหรือยังไม่มีบุตร โดยอีสเตอร์ไลน์เชื่อว่า คู่สมรสจะพิจารณาค่าใช้จ่ายในการวางแผนครอบครัวเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายในการมีบุตรเพิ่มอีกหนึ่งคน

อนึ่งฮิสเตอร์สันได้นำปัจจัยด้านรสนิยม (Taste) มาพิจารณาค้วย รสนิยมในที่นี้มีความหมายเทียบเคียงได้กับ เรื่องความคิดเห็นในคุณค่าของบุตรนั้นเอง (Hawthorn. 1978 : 57 - 119) รสนิยมหรือคุณค่าบุตรจะแปรผันโดยตรงกับภาวะเจริญพันธุ์ สิ่งทีหล่อหลอมรสนิยมคือ กระบวนการทางสังคม การศึกษา และสภาพแวดล้อม โดยเฉพาะบิดามารดาหรือกลุ่มเพื่อน (Peer Groups) กลุ่มคนเหล่านี้มีอิทธิพลอย่างสำคัญต่อความคิดอ่านเรื่อง คุณค่าของบุตรต่อ อูสมรส (Easterline. 1974 Farooq & Simmons. 1985 : 44 - 46 Kamnuansilpa. 1981 : 16 - 18 และเกื้อ วงศ์บุญสิน ๒๕๒๘ : ๑๔ - ๓๓)

โดยสรุปจะเห็นได้ว่านักเศรษฐศาสตร์จุลภาคที่พัฒนาทฤษฎีอธิบายภาวะเจริญพันธุ์ ดังได้เสนอมานั้นเห็นว่าการตัดสินใจจะมีหรือ ไม่มีบุตรของอูสมรสนั้นขึ้นอยู่กับค่านิยมและความต้องการในอรรถประโยชน์จากบุตร รายได้ของอูสมรส การทำงานนอกบ้านของสตรี การรับรู้เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการวางแผนครอบครัว และอิทธิพลของกลุ่มทางสังคม เช่นกลุ่มเพื่อนและบุพการี ปัจจัยดังกล่าวมามีความสำคัญในการอธิบายพฤติกรรมคุมกำเนิดของอูสมรสในแต่ละครัวเรือน

๓.๘ ทฤษฎีทางจิตวิทยาประชากรที่อธิบายภาวะเจริญพันธุ์ (Population Psychology Theories of Fertility)

มีนักจิตวิทยาประชากร (Population Psychologist) อยู่มากมายท่าน ที่ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการมีบุตร ผลการศึกษาส่วนใหญ่ระบุว่า ปัจจัยด้านค่านิยมต่อการมีบุตร ความทันสมัยของบุคคล และการได้รับผลประโยชน์จากกระบวนการพัฒนา เป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการมีบุตร

ฮอฟแมน และไวแอท (Hoffman and Wyatt) เฟาสน์ (Faunce) ไกรท และนีส (Groat & Neal) ได้เสนอทฤษฎีเกี่ยวกับสภาวะแปลกแยก (Alienation) ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับค่านิยมของการมีบุตรและความทันสมัยโดยชี้ให้เห็นว่า เมื่อมีการพัฒนา เศรษฐกิจและสังคม เกิดขึ้นหากผลของการพัฒนาไม่ได้กระจายไปอย่างทั่วถึง จะมีกลุ่มชนที่ไม่ได้รับประโยชน์หรือถูกกีดกันในการรับผลจากการพัฒนา เกิดความรู้สึกว่าตนมิได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม กลุ่มคนเหล่านี้จะมีความรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว ไร้อำนาจ ลักษณะเช่นนี้จะส่งเสริมคุณค่าของบุตร และครอบครัวในฐานะเป็นที่พึ่งทางใจและกายมากขึ้น การมีบุตรจะช่วยคลายเหงา ลดความรู้สึก

แปลกแยกในสังคมทำให้บิดามารดา รู้สึกว่าตนเองยังมีความสำคัญอยู่ กลุ่มคนเหล่านี้จะมีความรู้สึกว่าการมีบุตรทำให้คนสามารถเข้าไปผสมผสานตัวเองเข้ากับระบบสังคมสมัยใหม่ได้ (Gain Social Integration) อันเป็นการช่วยชดเชยสิ่งที่ขาดหายไป ในกลุ่มผู้ที่มีสภาวะแปลกแยกสูง ๆ นั้น จะยังมีค่านิยมต่อบุตรจำนวนมาก ๆ และปล่อยให้บุตรไปตามโอกาสหรือตามความสามารถทางสรีรวิทยา (Fecundity) ซึ่งผู้สมรสจนดูเสมือนหนึ่งว่าเป็นกลุ่มที่ปล่อยให้บุตรไปตามยถากรรม (The Operation of "drift" Chance Occurrence) แนวคิดที่นักจิตวิทยาประชากรเสนอมานี้มีส่วนคล้ายคลึงกับทฤษฎีสังคมวิทยาด้านการล่าช้าทางวัฒนธรรม (Cultural Lag Theory) ที่ออกเบิร์น (Ogburn) ได้เสนอไว้ในปี ค.ศ. ๑๙๖๖ ว่าการเติบโตทางเทคโนโลยีที่เกิดขึ้นรวดเร็วกว่าการเปลี่ยนแปลงทางสภาพจิตใจและอุดมการณ์ของประชากร ทำให้เกิดความแปลกแยกทางทัศนคติและพฤติกรรม ภาวะเช่นนี้จะส่งเสริมให้มีค่านิยมในอัตราการเกิดที่สูง (Ogburn. 1922 Citing United Nations. 1974 : 37) ในส่วนของสตรีที่ออกทำงานนอกบ้านในสังคมสมัยใหม่นั้น ถือได้ว่าสตรีกลุ่มนี้มีความทันสมัย ปรับปรุงวิถีชีวิตตนเองให้เข้ากับสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ในกรณีนี้บทบาทเกี่ยวกับงานในครัวเรือนของสตรีจะลดความสำคัญลงไป ครัวเรือนในลักษณะนี้ จะมีความต้องการความสุขในฐานะบทบาทของบิดามารดามากขึ้น การมีบุตรในครัวเรือนเช่นนี้จะให้ความรู้สึกแห่งชีวิต (Sense of Life) และบุตรช่วยให้รู้สึกว่ามีคุณค่าจากความบั่นทอนจากงานนอกครัวเรือนและในครัวเรือนลงได้ (Hoffman and Wyatt citing Andorka. 1978 : 334 Faunce. 1968 Groat and Neal. 1967 : 945 - 959)

นอกจากแนวคิดดังเสนอมาย่างต้นแล้วยังมีนักจิตวิทยาประชากรอีกหลายท่านที่เสนอแนวความคิดในเรื่องนี้ เช่น โพลแมน (Pohlman) ได้เสนอว่า การมีบุตรทำให้ฝ่ายชายได้แสดงออกถึงความสามารถในการสืบวงศ์ตระกูล (Virility) ทำให้ฝ่ายหญิงสามารถเทียบเคียงกับมารดาของเธอ การมีบุตรเป็นการแสดงออกของพลังอีโก้ (Ego) และช่วยให้บรรลุนิยามความรู้สึกว่าเผ่าพันธุ์ของตนจะคงอยู่ต่อไป (Immortality) (Pohlman. 1969 : 80)

ฟอว์เซท และบอร์นสไตน์ (Fawcett and Bornstein) ได้เสนอทฤษฎีว่า ด้วยความทันสมัยโดยชีวภาพการพัฒนาสังคมและบุคคลจะนำไปสู่ความต้องการบุตรที่ลดลงสำหรับความทันสมัยระดับบุคคลนั้นเขาพิจารณาจากความมีใจกว้างพร้อมรับประสบการณ์ใหม่ ๆ การเปิดรับนวัตกรรม

และการเปลี่ยนแปลง การรับและไม่รับความคิดเห็นจากผู้อื่นบนพื้นฐานของสถานภาพ อำนาจ
 ทัศนคติการมุ่งปัจจุบัน อนาคตหรืออดีต การตรงต่อเวลา การวางแผน ความเชื่อว่ามนุษย์สามารถ
 เอาชนะสิ่งแวดล้อมเพื่อบรรลุเป้าหมายในชีวิต ความศรัทธาในวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
 ฟอร์เชทและบอนสไตน์เชื่อว่า การแพร่กระจายคุณลักษณะต่าง ๆ ดังกล่าวนี้ทั้งในระดับสังคมและ
 ระดับบุคคลจะทำให้ค่านิยมต่อการมีบุตรจำนวนมาก ๆ ลดลง (Fawcett & Bornstein:
 1973 : 107 - 108)

ฮอฟแมน และฮอฟแมน (Hoffman & Hoffman) ได้เสนอทฤษฎีคุณลักษณะทางจิตวิทยา
 เกี่ยวกับค่านิยมต่อการมีบุตรไว้ ๘ ลักษณะ คือ

๑. การมีบุตรเป็นการประกันสถานภาพและเอกลักษณ์ทางสังคมแก่บิดามารดา
๒. การมีบุตรให้ความรู้สึกว่ามีขีดความสามารถได้มีการขยายตนเอง (Expansion of Self) ให้ความรู้สึกว่ามีเครือข่ายในสังคมมากขึ้น รวมทั้งความรู้สึกว่าไม่ตายไปจากสังคม
๓. ช่วยให้เกิดความรู้สึกว่ามีขีดความสามารถทำตามหลักกฎเกณฑ์อันเป็นที่ยอมรับในสังคม
 สตรีที่มีบุตรจะได้รับการมองว่าเป็นสตรีที่ดีชื่อเสียงดีต่อสามี
๔. เป็นการขยายครอบครัวไม่เจ็บเหงา บิดามารดาที่มีที่ที่จะแสดงความรัก
 (โดยเฉพาะอย่างยิ่งฝ่ายมารดา)
๕. บุตรเป็นแหล่งให้กำลังใจสนุกสนานขึ้นอย่างถาวร
๖. การเลี้ยงดูบุตรเป็นทางออกของการหักหม่นหย่อนใจ แสดงถึงความสำเร็จ
๗. การมีบุตรเป็นการยกฐานะบิดามารดาในกลุ่มเครือญาติ ยกฐานะภรรยาต่อสามี
 ยกฐานะบิดามารดาต่อญาติผู้ใหญ่ บุตรจะกลายเป็นแหล่งแสดงอำนาจของบิดามารดาอีกแหล่งหนึ่ง
 โดยเฉพาะอำนาจในการสั่งสอนควบคุม
๘. การมีบุตรเป็นการผดุงชื่อเสียงของบิดามารดาในกลุ่มสังคมที่เขาเป็นสมาชิก
 ข้อเสนอของฮอฟแมน และฮอฟแมนนี้เป็นการพิจารณาค่านิยมของบิดามารดาต่อบุตร
 ที่เป็นไปในแง่ดี ซึ่งก็คงจะมีส่วนคล้ายคลึงกับคำกล่าวของฟรอยด์ (Freud) ที่กล่าวว่า "มนุษย์
 มีความชื่นชมในเรื่องเพศและผลิตผลทางเพศ" นั่นเองในทัศนะของฮอฟแมนหากผู้สมรสให้
 ค่านิยมต่อบุตรในด้านต่าง ๆ ที่เสนอมานั้นมากโอกาสที่จะมีบุตรมากจะเป็นไปได้สูง (Hoffman
 and Hoffman citing Fawcett and Arnold. 1973 : 26 - 27)

สถาบันประชากรแห่งอีสต์ เวสต์ เซนเตอร์ (East - West Center) ได้ทำการสำรวจค่านิยมต่อการมีบุตร โดยมีพิจารณาค่านิยมทั้งในแง่บวกและลบ ปรากฏผลว่า ในแง่บวกนั้นบุตรจะให้ความสุขความรักความเป็นเพื่อน ให้บิดามารดาได้พัฒนาตนเอง เกิดความพึงพอใจที่ได้เลี้ยงดูบุตร มีความมั่นคงแน่นอนในเชิงเศรษฐกิจ มีประโยชน์จากการได้อยู่ร่วมกันระหว่างบิดามารดาและบุตร มีกลุ่มเครือข่ายที่ขยายใหญ่ขึ้น มีคุณค่าทางสังคม ศาสนา และคุณค่าภายใน (Intrinsic Values) อีกหลายประการ ในแง่ลบนั้น บุตรย่อมทำให้บิดามารดา ต้องเสียค่าใช้จ่ายที่เป็นตัวเงิน ค่าใช้จ่ายทางอารมณ์ (Emotional Costs) ทำให้มีเวลาปฏิบัติกิจกรรมอื่น ๆ ใต้น้อยลง อาจนำมาซึ่งปัญหาชีวิตสมรส เครือญาติอาจต้องเสียค่าใช้จ่ายร่วมด้วย ตลอดจนต้องเสียค่าใช้จ่ายทางสังคมอื่น ๆ ตามมาหลายประการ การที่คู่สมรสจะมีบุตรจำนวนเท่าใดนั้นจึงขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบค่านิยมต่อบุตรในแง่บวกและลบดังกล่าวมานี้ (East - West Center. 1974 citing Kamnuansilpa. 1981 : 20 - 21)

โดยสรุปกล่าวได้ว่า ทฤษฎีทางจิตวิทยาประชากรที่อธิบายภาวะเจริญพันธุ์นั้น ให้คำอธิบายในระดับจุลภากว่าคู่สมรสจะมีบุตรจำนวนเท่าใดจะวางแผนครอบครัวหรือไม่ขึ้นอยู่กับค่านิยมที่คู่สมรสให้กับบุตร ลักษณะความทันสมัยของคู่สมรสและการได้รับประโยชน์จากการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม

๓.๘ ทฤษฎีทางประชากรศาสตร์ที่อธิบายภาวะเจริญพันธุ์ (Demographic Theories of Fertility)

ชูลซ์ (Schultz) ได้เสนอทฤษฎีที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนบุตรที่มีอยู่ การตายของบุตร และภาวะเจริญพันธุ์ ได้ชี้ให้เห็นว่า การตายของบุตรเป็นปัจจัยร่วม (Integrated Factor) ที่มีอิทธิพลต่อความต้องการมีบุตรและความสามารถทางสรีระวิทยาของการตั้งครรภ์ โดยได้เสนอแนวความคิดไว้ดังนี้

๑. ผลของการทดแทน (Replacement Effect) เมื่อคู่สมรสประสบกับภาวะบุตรตายโดยทั่วไปแล้วคู่สมรสมักจะพยายามมีบุตรเพิ่มขึ้น เพื่อทดแทนบุตรที่เสียชีวิต

๒. ผลทางด้านประกัน (Insurance Effect) ในสังคมที่มีอัตรา การตายสูง คู่สมรสจะมีบุตรมากกว่าที่ต้องการไว้จำนวนหนึ่ง เพื่อเผื่อตายอันเป็นหลักประกันว่า แม้จะมีบุตรตายไปบ้าง ก็ยังคงมีบุตรจำนวนหนึ่งเหลืออยู่

๓. ผลทางด้านสรีระวิทยา (Physiological Effect) การตายของเด็กจะทำให้ระยะการให้นมบุตรสั้นสุดลง ทำให้ไข่ตกเร็วขึ้นเป็นโอกาสแห่งการปฏิสนธิครั้งต่อไป

๔. ผลการเลือกทางสังคม การตายที่ลดต่ำลง ทำให้สังคมเลือกโต้ตอบและเปลี่ยนแปลงบรรทัดฐานการมีบุตร (Reproductive Norms) โดยเปลี่ยนค่านิยมจากการมีบุตรมากไปสู่การมีบุตรน้อย เพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

แนวคิดของชูลซ์ เป็นแนวคิดที่อธิบายพฤติกรรมทางประชากรทั้งในระดับมหภาคและจุลภาคประกอบกันปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การมีบุตรที่ชูลซ์นำเสนอ ได้แก่ การตายของเด็กและจำนวนบุตรที่คู่สมรมีอยู่ (Schultz, 1976 : 89 - 124)

๓.๑๖ ข้อสรุปในเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับปัจจัยที่อธิบายพฤติกรรมทางประชากรด้านการวางแผนครอบครัว

จากทฤษฎีต่าง ๆ ที่ได้นำเสนอมานั้น สามารถหาข้อสรุปในเชิงทฤษฎีที่นำมาสู่การอธิบายพฤติกรรมทางประชากรด้านการวางแผนครอบครัวได้ดังนี้

| <u>ทฤษฎี</u> | <u>ปัจจัยที่อธิบายพฤติกรรมการยอมรับหรือไม่ยอมรับการวางแผนครอบครัว</u> |
|--------------------------------|---|
| ก. ทฤษฎีมีลธัสใหม่ | - การให้บริการวางแผนครอบครัว - การแพร่กระจายของข้อมูลข่าวสารด้านการวางแผนครอบครัว |
| ข. ทฤษฎีของนักชีววิทยา | - การพัฒนาสภาพเศรษฐกิจและสังคม - ฐานะทางเศรษฐกิจของประชากร |
| ค. ทฤษฎีหลอดแก้วทางสังคม | - การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม - ค่านิยมเชิงลบเกี่ยวกับบุตรสืบเนื่องมาจากความต้องการเลื่อนฐานะทางสังคม |
| ง. ทฤษฎีประชากรของนักสังคมนิยม | - การปฏิรูปและกระจายผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจ |

ทฤษฎีปัจจัยที่อธิบายพฤติกรรมกรรมการยอมรับหรือไม่ยอมรับ
การวางแผนครอบครัว

- จ. ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงประชากร
- การลดลงของอัตราตาย (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเด็ก)
 - การพัฒนา เศรษฐกิจและสังคม
 - การเปลี่ยนแปลงค่านิยมและบรรทัดฐานของสังคม เกี่ยวกับบุตร
- ฉ. ทฤษฎีการตื่นตัวทางประชากร
- ความตื่นตัวที่จะรับประโยชน์จากการพัฒนา เศรษฐกิจและสังคม
 - การให้บริการวางแผนครอบครัว
- ช. ทฤษฎีเศรษฐศาสตร์จุลภาคที่อธิบายภาวะเจริญพันธุ์
- ค่านิยม (รสนิยม) เกี่ยวกับบุตร
 - ความต้องการอรรถประโยชน์จากบุตร
 - รายได้ของคู่สมรส
 - การตายของบุตร
 - ความทันสมัยและการศึกษาของคู่สมรส
 - ความรู้ด้านการวางแผนครอบครัว
 - การทำงานนอกบ้านของสตรี
 - การรับรู้เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการวางแผนครอบครัว
 - อิทธิพลของกลุ่มข้างเคียง
- ซ. ทฤษฎีจิตวิทยาประชากรที่อธิบายภาวะเจริญพันธุ์
- ค่านิยมต่อการมีบุตร
 - ความทันสมัยของสังคมและบุคคล
 - การได้รับประโยชน์จากกระบวนการพัฒนา เศรษฐกิจและสังคม

| <u>ทฤษฎี</u> | <u>ปัจจัยที่อธิบายพฤติกรรมการยอมรับหรือไม่ยอมรับ การวางแผนครอบครัว</u> |
|--|--|
| ๘. ทฤษฎีทางประชากรศาสตร์ ที่อธิบายภาวะเจริญพันธุ์ | - จำนวนบุตรที่มีอยู่ - การตายของบุตร |

๓.๑๑ การสังเคราะห์ทฤษฎีประชากรเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวเพื่อการวิจัย
และพัฒนาการยอมรับการวางแผนครอบครัว

จากข้อสรุปเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับปัจจัยที่อธิบายพฤติกรรมทางประชากรด้าน
การวางแผนครอบครัวข้างต้นนั้น ชี้ให้เห็นว่า พฤติกรรมด้านการยอมรับหรือไม่ยอมรับการวางแผน
ครอบครัวจำเป็นต้องอาศัยการพิจารณาในหลายแง่มุม ทฤษฎีต่าง ๆ ที่นำเสนอมานับเป็นกรอบ
ความคิดสำคัญที่ช่วยให้สามารถเข้าใจให้คำอธิบาย ตลอดจนทำนาย และหาทางควบคุมหรือ
เบี่ยงเบนพฤติกรรมการวางแผนครอบครัวให้เป็นไปตามเป้าหมายของสังคมได้ อรรถาธิบาย
ของทฤษฎีแต่ละทฤษฎีมีความขัดแย้งกัน หากแต่มีส่วนเสริมและหลายส่วนมีความสอดคล้อง
กันทำให้เข้าใจพฤติกรรมการยอมรับหรือไม่ยอมรับการวางแผนครอบครัวได้อย่างเด่นชัดและมั่นใจ
ยิ่งขึ้น ข้อแตกต่างสำคัญของทฤษฎีที่นำเสนออยู่ที่ระดับหรือหน่วยของการวิเคราะห์ (Unit of
Analysis) กล่าวคือ บางทฤษฎีใช้หน่วยการวิเคราะห์ในระดับบุคคลและหรือครัวเรือน ซึ่ง
เป็นการวิเคราะห์ที่ใช้หลักการในระดับจุลภาค (Micro Analytic Approach) และบางทฤษฎี
มีหน่วยการวิเคราะห์ในระดับโครงสร้างหรือระดับสังคมสิ่งแวดล้อมอันเป็นการวิเคราะห์พฤติกรรม
ประชากรในระดับมหภาค (Macro Analytic Approach)

แนวความคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสังคมเพื่อให้ไปสู่จุดหมายปลายทาง
ที่พึงปรารถนานั้นมีความเชื่ออยู่ ๒ แนวคิดหลัก แนวคิดแรกซึ่งมักเป็นแนวคิดของนักปรัชญา
นักการศึกษา นักจิตวิทยาสังคม และนักสังคมวิทยาบางคน เช่น ฟรอยด์ (Freud)
เปาโลแฟร์ (Paulo Feire) โรเมอร์ (Reimer) แมคเคลแลนด (McClelland)
เวเบอร์ (Weber) และคนอื่น ๆ กลุ่มนี้จะเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงใด ๆ เกิดขึ้นได้โดยการ

เปลี่ยนความรู้สึกริคิดของปัจเจกบุคคล หากเปลี่ยนแปลงบุคคลได้มาก ๆ ในที่สุดบุคคลเหล่านี้จะไปทำการเปลี่ยนแปลงสังคมในวงกว้างขึ้นต่อไป เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นโดยสะสม (Incremental Change) จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงขนาดใหญ่ (Mass Action) ขึ้นได้ในที่สุด (Vande Walle and Knodel, 1980 : 35 Etzioni, A. 1972 : 45 - 47)

แนวความคิดการเปลี่ยนแปลงสังคมอีกกลุ่มหนึ่ง ซึ่งมักเป็นกลุ่มนักสังคมศาสตร์ นักปรัชญา และนักการศึกษาบางคน เช่น เดอร์ไคล์ม (Durkheim) รูสโซ (Roussau) สกินเนอร์ และคนอื่น ๆ เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใด ๆ ของบุคคลเกิดขึ้นจากอิทธิพลการเปลี่ยนแปลงทางบริบทในสังคม (Social Context) ในทัศนะนี้การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างสิ่งแวดล้อมมีความสำคัญ ในการดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมายของสังคมที่ตั้งไว้ (Durkheim, 1987 Codey, 1922 and Lewin, 1951 citing Nizamuddin, 1980 : 1-9)

แนวคิด ๒ กระแสหลักนี้ ยึดถือกันคือ ๆ มา และเป็นค่านิยมพื้นฐาน (Value Assumption) ในการจัดทำโครงการพัฒนาด้านต่าง ๆ มาโดยตลอด คำกล่าวที่ว่า จะเลือกพัฒนาตัวบุคคลหรือพัฒนาโครงสร้างในสังคมให้ไปมีอิทธิพลต่อบุคคล เป็นสิ่งที่ได้รับพียงกันอยู่เสมอ ทฤษฎีประชากรที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนครอบครัวที่ได้กล่าวมาข้างต้นได้สะท้อนให้เห็นความเชื่อใน ๒ แนวคิดนี้ กล่าวคือ มีทั้งทฤษฎีที่มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงในระดับจุลภาคอันได้แก่ ตัวบุคคลหรือครัวเรือนและทฤษฎีที่มุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงในระดับมหภาคอันได้แก่ การมุ่งเปลี่ยนแปลงระบบสังคมสิ่งแวดล้อม ดังตัวอย่างเช่น ทฤษฎีทางเศรษฐศาสตร์จุลภาคที่มีวิธีเข้าสู่ปรากฏการณ์ว่า บุคคลหรือคู่สมรสจะคิดหรือวางแผนอย่างมีเหตุผลในเชิงเศรษฐกิจ โดยทำการเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายและการลงทุนกับผลลัพธ์ ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมที่ตนตัดสินใจกระทำ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับภาวะเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการตัดสินใจมีบุตรแต่ละครั้ง ขณะที่ทฤษฎีทางสังคมวิทยาเกี่ยวกับภาวะเจริญพันธุ์พิจารณาปรากฏการณ์ว่า พฤติกรรมและความเชื่อต่าง ๆ ของคู่สมรสจะถูกครอบงำโดยค่านิยมและบรรทัดฐาน ซึ่งฝังแน่นอยู่กับระบบโครงสร้างวัฒนธรรมที่ล้อมรอบตัวบุคคลหรือคู่สมรสนั้นอยู่เป็นต้น (Doo - Sub Kim และภัสสร ธิมานนท์ ๒๕๒๗ : ๔)

ในระยะหลัง ๆ นี้ได้มีการยอมรับกันมากขึ้นว่า ปัจจัยทั้งในระดับปัจเจกบุคคลและระดับสังคมสิ่งแวดล้อมต่างมีความสำคัญและเชื่ออำนาจต่อกันให้เป้าหมายทางสังคมต่าง ๆ บรรลุผล ลัคแมน และเบอร์เจอร์ (Luckman and Berger) ได้ให้กรอบแนวคิดในการผสมผสานปัจจัยระดับปัจเจกบุคคล เข้ากับปัจจัยระดับสังคมสิ่งแวดล้อมไว้ว่า สังคมเป็นผลผลิตของมนุษย์ (Society is a Human Product) และมนุษย์เป็นผลผลิตของสังคม (Human is a Social Product) ซึ่งแสดงว่า ทั้งมนุษย์และสังคมต่าง ๆ มีความสำคัญในลักษณะที่เป็นเหตุเป็นผลของกันและกัน (Luckman and Berger. 1970) ทักษะเช่นนี้สอดคล้องกับความเชื่อทางพุทธศาสนาที่เห็นว่า สรรพสิ่งทั้งหลายเป็นกระแสของเหตุปัจจัยที่หมุนเวียนกันไป ไม่มีอะไรที่ทรงตัวอยู่โดด ๆ โดยไม่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม จริงอยู่สำหรับผู้ที่ยังบรรลอรหัสแล้ว ย่อมยกระดับจิตใจอยู่เหนือตัวกำหนดทางสิ่งแวดล้อมโดยสิ้นเชิง แต่ปุถุชนแล้ว เหตุปัจจัยในสิ่งแวดล้อมที่มากกระทบเป็นตัวกำหนดจิตใจและพฤติกรรมที่สำคัญอย่างยิ่ง (ประเวศ วะสี ๒๕๒๙ : ๒๒) นอกจากนี้ โดแกน และรอกคาน (Dogan and Rokkan) ได้เสนอว่าบุคคลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน มีพฤติกรรมต่างกันเมื่ออยู่ในสภาพสังคมสิ่งแวดล้อมต่างกัน ดังนั้นการตรวจสอบพฤติกรรมของบุคคลจึงควรใช้กรอบแนวคิดทั้งในระดับบุคคลและระดับสิ่งแวดล้อม (Dogan and Rokkan. 1969 citing Hee and others. 1985 : 1) ฮีเดน และฮัทเนอร์ (Eden and Huttner) ได้กล่าวถึงความจำเป็นของการผนวกปัจจัยใน ๒ ระดับดังกล่าวนี้เข้าด้วยกันและเสนอว่าในการวิจัยเพื่อให้เข้าใจถึงปรากฏการณ์ทางสังคมอย่างแท้จริงควรได้ทำการวิจัยในลักษณะที่เรียกว่า "การวิจัยหลายระดับ" หรือ "Multi - level Research" (Eden-and Huttner. 1982 : 39-53)

สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านภาวะเจริญพันธุ์นั้น ในอดีตส่วนใหญ่มักมุ่งการศึกษาทางด้านกายภาพและคลินิค ในแง่ผู้รับบริการมักศึกษาที่ตัวสตรีหรืออย่างมากที่สุดจะใช้หน่วยการศึกษาในระดับครัวเรือน โดยไม่ให้ความสนใจกับสภาพสังคมสิ่งแวดล้อมที่บุคคลอาศัยอยู่ (Hauser. 1973 citing Nizamudin. 1980 : 1 - 2) ทำให้ไม่สามารถเข้าใจปรากฏการณ์ได้อย่างชัดเจน ได้มีข้อเสนอของนักประชากรศาสตร์หลายท่านในระยะหลัง ๆ นี้ให้มีการใช้ข้อมูลระดับสังคมสิ่งแวดล้อม เชื่อมโยงกับข้อมูลระดับปัจเจกบุคคล ในการวิจัย

เกี่ยวกับภาวะเจริญพันธุ์เพื่อจะนำผลที่ได้ไปเป็นพื้นฐานสำหรับการกำหนดนโยบายและพัฒนาโครงการทางประชากรได้ดีขึ้น (Freedman, 1974 McIvici, 1975 and Berelson, 1976 citing Nizamudin, 1980 : 9 - 13)

ในการวิจัยเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการยอมรับและไม่ยอมรับการวางแผนครอบครัวครั้งนี้ ผู้วิจัยจะดำเนินการตามแนวคิดที่กล่าวมานั้น โดยการสังเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวมาจากทฤษฎีที่อธิบายปรากฏการณ์ดังกล่าว ทั้งในระดับจุลภาคและมหภาคเข้าด้วยกัน การวิจัยครั้งนี้จึงมีลักษณะของการวิจัยเพื่อพัฒนาทฤษฎีเกี่ยวกับการยอมรับการวางแผนครอบครัวที่พิจารณาปรากฏการณ์จากความเป็นจริงยิ่งขึ้น คือพิจารณาทั้งปรากฏการณ์ระดับจุลภาคและมหภาคเข้าด้วยกัน นอกจากจะเป็นการพัฒนาทฤษฎีแล้ว ยังเป็นการพัฒนาในเชิงปฏิบัติการอีกด้วย เพราะการวิจัยจะทำให้เข้าใจปรากฏการณ์ของการวางแผนครอบครัวได้มากและลึกซึ้งยิ่งขึ้น กล่าวคือ จะช่วยให้เข้าใจว่าปัจจัยระดับบุคคลและสังคมสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวอย่างไรภายใต้สถานการณ์หรือเงื่อนไขส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมอย่างไรที่ทำให้มีการยอมรับ และไม่ยอมรับการวางแผนครอบครัวมีเงื่อนไขใดบ้างที่เป็นเงื่อนไขทั่วไป (Universal Condition) และเงื่อนไขใดบ้างที่เป็นเงื่อนไขเฉพาะ (Unique Conditions) ในการยอมรับการวางแผนครอบครัว การมีความผันแปร (Variation) ในการยอมรับการวางแผนครอบครัวในสภาพแวดล้อมเดียวกันนั้น มีปัจจัยใดเป็นสิ่งที่กำหนด การเข้าสู่ปัญหาด้วยวิธีการวิเคราะห์ทั้งแบบมหภาคและจุลภาค (Macro and Micro Analytic Approach) เช่นนี้จะช่วยให้เกิดความรู้ความเข้าใจในปรากฏการณ์มากขึ้นและส่งผลต่อการปฏิบัติการด้านการวางแผนครอบครัวที่มีประสิทธิภาพต่อไป

๔. ตัวแปรในการวิจัย : ความสำคัญและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากแนวคิดเชิงทฤษฎีดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่าพฤติกรรมการยอมรับการคุมกำเนิดของบุคคลถูกกำหนดด้วย ๒ ปัจจัยหลักคือ ส่วนหนึ่งเกิดจากปัจจัยระดับบุคคล กับอีกส่วนหนึ่งคือปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงได้นำเอาปัจจัยทั้ง ๒ ประการมาศึกษา โดยอาศัยทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการเลือกตัวแปรในแต่ละปัจจัยมาศึกษา ดังมีรายละเอียดดังนี้

๑. ตัวแปรอิสระ แบ่งได้เป็น ๒ ปัจจัยหลักคือ

๑.๑) ปัจจัยระดับบุคคล จำแนกเป็นด้านใหญ่ ๆ ได้ ๓ ด้านคือ ด้านประชากร ด้านเศรษฐกิจและสังคม และด้านจิตวิทยา

๑.๒) ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม จำแนกเป็นด้านใหญ่ ๆ ได้ ๒ ด้าน คือ ตัวแปรด้านโปรแกรมการวางแผนครอบครัวในชุมชน และด้านการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของชุมชน

๒. ตัวแปรตาม คือการยอมรับการคุมกำเนิดในที่มีพิจารณา ๒ ระดับคือ

๒.๑) ระดับบุคคล พิจารณาจากการปฏิบัติการคุมกำเนิดหรือไม่คุมกำเนิดของคู่สมรสในปัจจุบัน

๒.๒) ระดับชุมชน พิจารณาจากอัตราการคุมกำเนิดในหมู่บ้าน
รายละเอียดของแต่ละตัวแปรมีดังต่อไปนี้

๔.๑) ปัจจัยระดับบุคคล

๔.๑.๑) ตัวแปรค่านิยมประชากร

ในการศึกษาตัวแปรค่านิยมประชากรที่มีผลต่อการยอมรับการคุมกำเนิดนั้น ได้มีผู้ศึกษาไว้หลายท่าน และพบว่า ตัวแปรที่มีความสำคัญต่อการยอมรับการคุมกำเนิดมากที่สุดคือ จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงจะใช้ตัวแปรนี้ เป็นตัวแปรด้านประชากร

จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่

เนื่องจากการมีบุตรเป็นภาระทาง เศรษฐกิจและการะการเลี้ยงดูต่อครอบครัว ดังนั้นครอบครัวที่มีบุตรหลายคนและไม่ต้องการบุตรเพิ่มมีแนวโน้มที่จะยอมรับการคุมกำเนิดมากกว่า ในขณะที่ครอบครัวที่ยังไม่มีบุตรหรือน้อยมีแนวโน้มต้องการบุตรเพิ่มจึงอาจมีการยอมรับการคุมกำเนิดน้อยกว่า (Phillips. 1978 : 183) จากผลการวิจัยของสุจิตรา กิจวิวัฒนาชัย พบว่า สตรีที่ยังไม่มีบุตรมีการใช้การคุมกำเนิดร้อยละ ๔.๐ ในขณะที่กลุ่มที่มีบุตร ๓ - ๔ คน ใช้ถึงร้อยละ ๖๒.๕ (สุจิตรา กิจวิวัฒนาชัย ๒๕๒๔ : ๓๖ - ๓๗) ซึ่งผลที่ได้ก็สอดคล้องกับการวิจัยในเรื่องอื่น ๆ ที่ทำในประเทศไทยในกลุ่มตัวอย่างอื่นที่พบว่า

สตรีที่ยังไม่มีบุตรมีการคุมกำเนิดต่ำกว่าสตรีที่มีบุตรแล้ว โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีที่มีบุตร ๔ - ๖ คน มีการใช้การคุมกำเนิดมากที่สุด (สมใจ เสรีขจรกิจเจริญ ๒๕๒๘ : ๖๔ วชิระ สิงหะคเชนทร์ ๒๕๒๓ : ๑๔๑ จันรรจา ชัยโชติชัย ๒๕๒๐ : ๑๑๘ เพ็ญศรี ปิยะรัตน์ ๒๕๑๘ : ๑๐๑ และ รวราภรณ์ พุ่มจำปา ๒๕๑๓ : ๑๓)

จากการวิจัยในประเทศอินเดีย บังคลาเทศ จาไมก้า และเคนยา พบว่า จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการคุมกำเนิด (Vemuri. 1980 Palmore. 1980 : 4 Lighthourne. 1984 : 105 Kanyiri. 1985 and Kanyiri. 1985 : 2999 A) ได้มีผู้ใช้ข้อมูลหลาย ๆ ประเทศในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่กับการยอมรับการคุมกำเนิด เช่น การศึกษาของ โจนส์ (Jones Elise F.) ใน ๑๕ ประเทศซัพพาร์ (Sathar Zeba A) และชิดามปารัม (Chidamparam) ใน ๒๔ ประเทศ องค์การสหประชาชาติ (United Nations) ๑๒ ประเทศ และเอล-ชาฟีล (El-Shafil Mohomed El Mahdi) ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาที่มีอัตราเพิ่มประชากรสูง พบว่า จำนวนบุตรเป็นตัวกำหนดการยอมรับการคุมกำเนิด (Jones. 1984 : 93 Sathar. 1984 : 9 United Nations. 1979 : 30 El-Shafil. 1983 : 2591 A)

ในด้านการยอมรับการคุมกำเนิดแบบถาวร ผลการวิจัยของ จูฬภรณ์ สมรูป พบว่า บุคคลจะมารับบริการทำหมันก็ต่อเมื่อตนเองมีบุตรจำนวนหนึ่งแล้ว (จูฬภรณ์ สมรูป ๒๕๒๒ : ๒๕ - ๒๘) เช่นเดียวกับที่ ฤดี แยมเอม พบว่า จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจทำหมัน (ฤดี แยมเอม ๒๕๒๕ : ๖) ในเบอร์โตริโก พบว่า การทำหมันเป็นวิธีที่แพร่หลายในกลุ่มสตรีที่มีบุตรมีชีวิตอยู่ ๓ - ๔ คน แล้ว (Population Council. 1965 : un page)

ตัวแปรด้านประชากรที่มีผู้ศึกษาในระดับบุคคลที่มีผลต่อการยอมรับการคุมกำเนิดมีอีกหลายตัวแปร เช่น อายุมารดา อายุแรกสมรส ระยะเวลาสมรส จำนวนบุตรตาย จำนวนเพศบุตรที่มีอยู่และจำนวนบุตรเกิดรอด (ปิยะรัตน์ นิลชัยกา ๒๕๑๘ : ๖๔ Westofh and Ryder. 1969 : 275 Hyock and others. 1975 : 140 and United Nations. 1979 : 30) ตัวแปรเหล่านี้แม้จะมีผลการวิจัยหลายเรื่องที่สนับสนุนความสัมพันธ์

ดังกล่าว แต่ถ้าพิจารณาโดยถ่วงแท้จะเห็นว่า ตัวแปรอายุมารดา อายุแรกสมรส และเวลาสมรส จำนวนบุตรตาย จำนวนเพศบุตรที่มีอยู่ และจำนวนบุตรเกิดรอด* ในเชิงทฤษฎีแล้วเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ เช่น กลุ่มมารดาอายุมากย่อมมีบุตรมากกว่า มารดาอายุน้อย หรืออายุแรกสมรสต่ำย่อมมีบุตรมากกว่าอายุแรกสมรสสูง ระยะเวลาสมรสก็เช่นกัน ผู้มีระยะเวลาสมรสนานจะมีบุตรมากกว่าผู้ที่มีระยะเวลาสมรสสั้น จำนวนบุตรที่มีอยู่จริงก็เป็นผลมาจากผลต่างระหว่างจำนวนบุตรเกิดรอดและจำนวนบุตรตาย และจากผลการวิจัยที่ยืนยันความสัมพันธ์ของตัวแปรดังกล่าว (Knodel and Prachuabmoh. 1973 : 619 - 637 พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ ประเสริฐ รักไทยดี ๒๕๒๑ : ๑๒๓ และมาลินี ชุ่มพฤษ ๒๕๑๖ : ๑๒๔) นอกจากนี้ยังพบว่า จำนวนบุตรตายไม่ค่อยมีความสัมพันธ์กับการคุมกำเนิดในระดับบุคคลในปัจจุบัน (Rutstein. 1974 : 182 - 188 and Chompikul. 1983) ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงเลือกตัวแปรจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่จริง เพียงตัวแปรเดียวมาศึกษา เพราะพิจารณาเห็นว่า เป็นตัวแปรที่สะท้อนตัวแปรอื่น ๆ ดังกล่าวข้างต้นได้อย่างดี และจะเป็นการแก้ปัญหาคือความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกันเองด้วย อนึ่ง ตัวแปรจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่นี้เป็นตัวแปรที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีดังได้กล่าวมาในตอนต้นอีกด้วย

๔.๑.๒) ตัวแปรด้าน เศรษฐกิจและสังคม

สถานภาพทางสังคมและสถานภาพทางเศรษฐกิจของบุคคลส่วนใหญ่ผู้มีความสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน กล่าวคือ ผู้มีสถานภาพทางสังคมสูงก็มักมีฐานะทางเศรษฐกิจสูงด้วย หรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงมีแนวโน้มที่จะมีสถานภาพทางสังคมสูงด้วย ดังนั้นในการศึกษาจึงรวมกันทั้งสภาพเศรษฐกิจและสังคม ตัวแปรที่บ่งชี้สถานภาพทางสังคม ได้แก่ ระดับการศึกษา ศาสนา และประเภทของอาชีพที่ทำอยู่ ส่วนเครื่องชี้ฐานะทางเศรษฐกิจมีหลายอย่าง ได้แก่ ความมั่งคั่ง ทรัพย์สิน ที่ดิน และรายได้ของบุคคล (ลนิท สมิครการ ๒๕๑๒ : ๒๖)

* จำนวนบุตรเกิดรอด หมายถึง จำนวนบุตรที่เกิดมาและแสดงว่ามีชีวิตอยู่ในขณะที่เกิด ให้นับเป็นจำนวนบุตรเกิดรอดทั้งหมด ไม่ว่าในปัจจุบันนี้จะยังคงมีชีวิตอยู่หรือไม่ก็ตาม

ในด้านที่เกี่ยวกับการยอมรับการคุมกำเนิดพบว่า ตัวแปรทางเศรษฐกิจและสังคมที่สัมพันธ์กับการยอมรับการคุมกำเนิดมีดังนี้

ระดับการศึกษา

ในประเทศไทยจากข้อมูลจากการวิจัยตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๑๗ เป็นต้นมาพบว่า สตรีที่มีการศึกษาในระดับสูง ปฏิบัติการคุมกำเนิดมากกว่า สตรีที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่า (พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และสุรธนา วิบูลย์เศรษฐ์ ๒๕๑๗ : ๑๐ พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และวิศิษฐ์ ประจวบเหมาะ ๒๕๑๗ : ๒๔ เพ็ญศรี ปิยรัตน์ ๒๕๑๘ : ๒๖ จานรรจา ชัยโชติชัย ๒๕๒๐ : ๔๖ - ๔๗ จุฬารัตน์ สมรูป ๒๕๒๑ : ๑๕ วชิระ สิงหะคเชนทร์ ๒๕๒๓ : ๑๖๑ จิรา เจือศิริภักดิ์ ๒๕๒๔ : ๒๕ อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์ และพิรลพีย์ คำนวนศิลป์ ๒๕๒๔ : ๒๘ และธวัช อักโข ๒๕๒๕ : ๓๔) นอกจากนี้ในการวิจัยบางเรื่องได้ควบคุมตัวแปรด้านอายุสตรี จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ ที่อยู่อาศัย และเชื้อชาติ (เพ็ญพร ธีระสวัสดิ์ ๒๕๒๕ : ๔๐ - ๔๑) หรือตัวแปร อาชีพ รายได้ อายุ ความต้องการบุตรเพิ่มจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ (คมสัน พลศรี ๒๕๒๖ : ๖๒) ก็พบความสัมพันธ์เช่นเดิม นั่นคือ การศึกษามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการยอมรับการคุมกำเนิดของสตรี และจากข้อมูลของการวิจัยดังกล่าวข้างต้นได้สะท้อนให้เห็นว่า แม้ว่าสตรีที่มีการศึกษาสูงมีการยอมรับการคุมกำเนิดมากกว่าสตรีที่มีการศึกษาดำมาตลอดก็ตาม แต่สิ่งหนึ่งที่เปลี่ยนแปลงจากการวิจัยในอดีตมาถึงปัจจุบันก็คือ อัตราส่วนการยอมรับการคุมกำเนิดจะสูงขึ้นในทุกระดับการศึกษาของสตรี

การวิจัยในต่างประเทศโดยใช้ข้อมูลจากหลาย ๆ ประเทศ

ผลการวิจัยก็พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงมีการคุมกำเนิดมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาดำ (Jones. 1984 : 93 Sathar. 1984 : 9 Lighthourne. 1984 : 105 El-Shafil. 1984 : 2591 A เอลิมเผ่า อจละนันท์ ๒๕๒๓ : ๔ และ Cabriles. 1981 : 5) องค์การสหประชาชาติได้ศึกษาและพบว่า การศึกษาของภรรยาามีอิทธิพลสูงต่อการใช้การคุมกำเนิดในประเทศที่กำลังพัฒนา นอกจากนี้ยังพบว่า ยังมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ กล่าวคือ ผู้มีการศึกษาดำในประเทศที่พัฒนาแล้วมีการใช้การคุมกำเนิดมากกว่าผู้มีการศึกษาดำในประเทศด้อยพัฒนา (United Nations. 1979 : 31, 42 - 43)

สำหรับการศึกษาของสามีกับการยอมรับการคุมกำเนิดนั้น ไม่ค่อยมีผู้ศึกษาไว้ส่วนใหญ่ศึกษาแต่ด้านการศึกษาของภรรยาเท่านั้น มีผู้ศึกษาในบางเรื่องก็พบว่า การศึกษาของสามีมีอิทธิพลต่อการยอมรับการคุมกำเนิดเช่นกัน (United Nations, 1979 : 31) จากการศึกษาเฉพาะกรณีประเทศไทยในปี ค.ศ. ๒๕๕๐ พบว่า การศึกษาของสามีสามารถอธิบายการใช้การคุมกำเนิดได้ แต่ไม่มากนัก (Suchart Prasithrathsin, Likhit Dhiravegin and Chavalit Siripirom, 1980 : 33) ธีรช ธีรชโย ได้ศึกษาถึงระดับการศึกษาของสามีและภรรยา พบว่า การศึกษาของสามีและภร่ายามีความสำคัญเท่า ๆ กันต่อการใช้อุปกรณ์คุมกำเนิด (ธีรช ธีรชโย ๒๕๒๖ : ๖๒)

จากผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้น ในการวิจัยครั้งนี้จึงจะศึกษา ทั้งตัวแปรด้านการศึกษาของทั้งสตรีและสามี แต่เนื่องจากสภาพทางด้านการศึกษาของชาวชนบทไทยโดยทั่วไปและชาวชนบทในท้องที่ที่ศึกษา ส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ ๕๐ มีการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ ๔ ดังนั้นในการวัดตัวแปรระดับการศึกษาถ้าใช้เกณฑ์ตามระบบการศึกษา ปัจจุบันคือจบชั้นประถมปีที่ ๔, ๖ หรือชั้นมัธยมศึกษา ก็จะไม่สามารถจำแนกกลุ่มได้ชัดเจน ในการวัดตัวแปรด้านการศึกษาจึงใช้การวัดการอ่านออกเขียนได้แทน

ตัวแปรด้านเศรษฐกิจและสังคมที่มีผู้ศึกษาและพบความสัมพันธ์กับการยอมรับการคุมกำเนิดอีกตัวแปรหนึ่งคือ ตัวแปรด้านอาชีพของสตรีและสามี อาชีพ สตรีและสามีมีผลโดยตรงต่อการยอมรับการคุมกำเนิด (Lighthourne, 1984 : 105 and Kanyiri, 1984 : 2999 A) และอาชีพสตรีทำให้เกิดความแตกต่างในภาวะเจริญพันธุ์ (เฉลิมเผ่า อจละนันท ๒๕๒๓ : ๗๒) อาชีพของสามีสามารถอธิบายการผันแปรของการคุมกำเนิดในอดีต แต่ไม่สามารถอธิบายถึงการใช้อุปกรณ์คุมกำเนิดในปัจจุบันได้ (ธีรชชัย วรพงศธร จุทธิ อธิปัญญาคม และวชิระ สิงหะคเชนทร์ ๒๕๒๗ : ๓๓) เนื่องจากตัวแปรด้านอาชีพของสตรีและสามีพบว่ามีอิทธิพลต่อการยอมรับการคุมกำเนิดในปัจจุบันไม่มากนัก ประกอบกับอาชีพส่วนใหญ่ของชาวชนบทในท้องที่ที่ศึกษาคืออาชีพ เกษตรกรรม จึงไม่มีความแตกต่างในตัวแปรนี้ ในกลุ่มที่ศึกษา และในสภาพความจริงพบว่า อาชีพจะผันแปรไปตามการศึกษาด้วย (Kanyiri, 1984 : 2999 A) ในการวิจัยครั้งนี้จึงไม่นำตัวแปรด้านอาชีพมาศึกษา แต่จะนำตัวแปรอีกตัวหนึ่ง

ซึ่งใกล้เคียงกับตัวแปรด้านอาชีพ และเป็นตัวแปรที่ในหลาย ๆ ทฤษฎีกล่าวว่ามีความสัมพันธ์อย่างมากกับภาวะเจริญพันธุ์ ตัวแปรดังกล่าวคือ ตัวแปรการเข้าร่วมแรงงานของสตรี

การเข้าร่วมแรงงานของสตรี

จากการศึกษาทางด้านประชากรในหลาย ๆ โครงการที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่าในการที่จะลดภาวะเจริญพันธุ์ของสังคมใดสังคมหนึ่ง โดยการจัดหาหรือให้บริการเครื่องคุมกำเนิดเพียงประการเดียวจะไม่ได้รับผลในระดับที่พึงพอใจ เป็นที่เห็นพ้องต้องกันว่า การที่เราสามารถเปลี่ยนแปลงกฎเกณฑ์ทางสังคมบางประการ เพื่อให้ประชากรในสังคมมีการพึงพอใจในการมีครอบครัวขนาดเล็ก จะเป็นรากฐานสำคัญที่จะนำไปสู่การป้องกันหรือควบคุมการเพิ่มประชากรอย่างรวดเร็วได้ (สายใจ คุ่มขาย ๒๕๒๕ : ๕๐)

ในบรรดากฎเกณฑ์ต่าง ๆ ที่น่าจะทำให้การเปลี่ยนแปลงทางสังคมมีผลกระทบต่ออัตราการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ก็คือ การส่งเสริมให้สตรีมีบทบาทเพิ่มขึ้น นอกเหนือจากบทบาทในครอบครัว เพราะเมื่อสตรีต้องทำงานทั้งในบ้านและนอกบ้านจะไม่มีเวลาและแรงงานมากพอที่จะให้กับครอบครัวได้ สภาพเช่นนี้จะเป็นแรงจูงใจเบื้องต้นที่จะทำให้สตรีต้องการมีบุตรน้อยลง และยอมรับการคุมกำเนิดมากขึ้น ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานของสตรีกับภาวะเจริญพันธุ์ในหลายสาขา และได้ข้อสรุปร่วมกัน ๔ ประการ คือ

๑. การเสียโอกาสเนื่องจากการมีบุตรจะสูงขึ้นเมื่อสตรีต้องทำงานมากขึ้น

๒. การที่สตรีได้ทำงานจะทำให้สตรีเหล่านั้นมีความทันสมัยมากขึ้น

๓. การมีงานทำของสตรีจะเป็นการสนองความต้องการทางจิตใจนอกเหนือไปจากด้านสนองความต้องการได้โดยการมีบุตร

๔. การทำงานของสตรีจะนำไปสู่ความสัมพันธ์เท่าเทียมกันระหว่างสามีภรรยา (Weller. 1968 : 437 - 442)

การศึกษาวิจัยถึงความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานของสตรีกับการใช้คุมกำเนิดนั้น ส่วนใหญ่ไม่ได้ศึกษาถึงการใช้การคุมกำเนิดโดยตรงแต่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานของสตรีกับการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ ซึ่งผลการวิจัยในประเทศอุตสาหกรรมเห็นความสัมพันธ์ดังกล่าวชัดเจน โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบระหว่างสตรีที่ทำงานกับไม่ได้ทำงาน สตรีที่ทำงานเต็มเวลากับสตรีที่ทำงานบางเวลา สตรีที่ทำงานวิชาชีพกับไม่ใช้วิชาชีพ สตรีกลุ่มแรกจะมีแนวโน้มที่จะมีบุตรน้อยกว่า (นิพนธ์ เทพวัลย์ ๒๕๒๓ : ๒) ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาพบว่า แบบแผนความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานของสตรีกับภาวะเจริญพันธุ์ไม่แน่นอน การวิจัยบางเรื่องพบว่า สตรีที่ทำงานมีบุตรน้อยกว่าสตรีที่ไม่ได้ทำงาน (Gendell Maraviglia and Kreitner, 1964 Jaffe, 1959 Heer and Tumer, 1965 United Nations, 1979 : 43 and Lighthourne, 1984 : 103) แต่การวิจัยในอีกหลาย ๆ ประเทศ เช่น เปรู อินเดีย ตุรกี ฟิลิปปินส์ และประเทศกำลังพัฒนาอื่น ๆ ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว (Stycos, 1965 Dandekar, 1959 Driver, 1963 Stycos and Weller, 1965 : 210 - 217 Harmon, 1979 Fong, 1970 : 45 - 54 Sathar, 1984 : 27 El-Shafil, 1983 : 2591 A and Colliver, 1968 : 55 - 60)

ในการศึกษาในประเทศไทย สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ ศึกษาจากข้อมูลโครงการวิจัยต่อเนื่องระยะยาวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และประชากร เขตชนบทรอบที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๑๒ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์อย่างแท้จริงระหว่างการทำงานเกษตรหรืองานอื่นกับภาวะเจริญพันธุ์ของสตรี ในขณะที่พบว่าการศึกษาที่สตรีทำงานนอกบ้าน มีความสัมพันธ์กับการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ ๒๕๑๕ : ๓๔ - ๔๔) ต่อมา นิพนธ์ เทพวัลย์ ได้ใช้ข้อมูลโครงการวิจัยต่อเนื่องระยะยาวเช่นเดียวกัน แต่เป็นรอบที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๑๒ - ๒๕๑๖ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานของสตรีกับภาวะเจริญพันธุ์ พบว่า ความสัมพันธ์ดังกล่าวมีอยู่บ้าง แต่ไม่มากนัก และพบว่าการทำงานโดยได้รับเงินเดือนหรือค่าจ้างมีผลทางลบต่อภาวะเจริญพันธุ์ (Debavalya, 1975 : 1977) เฉลิมเผ่า อจละณินท์ ได้ศึกษาการทำงาน of สตรีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่า

สตรีที่มีงานทำมีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำกว่าสตรีที่ไม่ทำงาน หรือทำงานบ้าน (เจลิเม, เฟอร์ อจลเนนัท ๒๕๒๓ : บทคัดย่อ) จากผลการวิจัยในประเทศไทย จะเห็นว่าการทำงานของสตรีมีผลต่อภาวะเจริญพันธุ์ แต่มีแบบแผนที่ไม่แน่นอน แต่ลักษณะหนึ่งที่ได้สังเกตเห็นคือ เรื่องการทำงานของสตรีกับภาวะเจริญพันธุ์ คือการทำงานในลักษณะที่เป็นการทำงานนอกบ้านและได้ผลตอบแทนเป็นเงินหรือค่าจ้าง มีความสัมพันธ์กับภาวะเจริญพันธุ์ ดังนั้นในการศึกษาตัวแปรด้านการเข้าร่วมแรงงานของสตรีจะวัดด้วยลักษณะของการทำงานนอกบ้านและได้รับผลตอบแทนเป็นเงินเป็นตัวบ่งชี้การเข้าร่วมแรงงานของสตรี

รายได้ของครัวเรือน

เป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจมีผลต่อการมีบุตรเพิ่มขึ้น ถ้าหากฐานะทางเศรษฐกิจดีก็มีแนวโน้มความสามารถในการเลี้ยงดูบุตรได้มาก แต่ถ้าฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี จำนวนบุตรที่สามารถเลี้ยงดูได้ก็ควรลดลง การจำกัดขนาดของบุตรจึงเป็นสิ่งสำคัญ แต่ในสภาพความจริงมักเป็นในลักษณะตรงกันข้ามคือ คนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีมีบุตรน้อยกว่าคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่า หรืออาจกล่าวได้ว่า ผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจดีเป็นผู้ที่ยอมรับการคุมกำเนิดมากกว่า ได้มีผู้วิจัยความสัมพันธ์ดังกล่าว โดยใช้รายได้ครัวเรือนเป็นตัวบ่งชี้สถานภาพเศรษฐกิจ ผลการวิจัยพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการคุมกำเนิด (Cabriles. 1981 : 16 Suchart and Others. 1980 : 33) ครอบครัวที่มีรายได้สูงจะยอมรับการคุมกำเนิดมากกว่าครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ (ณัฐพล ชินธไชย ๒๕๑๗ : ๑๖ ปิยะรัตน์ นิลชัยยกา ๒๕๑๘ : ๖๘ - ๗๑ สุจิตรา กิจวิวัฒนาชัย ๒๕๒๕ : ๔๔ - ๑๐๘) Institute of Population Studies, Chulalongkorn University. 1977 : 84 รุ่งนภา ยิ่งชาญกุล ๒๕๒๖ : ๑๔๑ สมใจ เสรีขจรกิจเจริญ ๒๕๒๔ : ๔๐ ธวัช อักโข ๒๕๒๖ : ๓๘ พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และคนอื่น ๆ ๒๕๒๕ : ๕) แต่มีผลการวิจัยบางเรื่องที่ไม่สอดคล้องกัน โดยเฉพาะในเรื่องของการยอมรับการคุมกำเนิดแบบถาวร พบผลในทางตรงข้ามคือ ผู้มีรายได้น้อยจะตัดสินใจทำหมันมากกว่าผู้ที่มีรายได้สูง (Rogelio and Rosa. 1976 อ้างอิงมาจาก สุกานดา สุวณิชชาติ ๒๕๒๑ : ๒๐ และ สุจินต์ มิมงคลกุลคิลก ๒๕๒๔ : ๔๔ - ๔๕) สำหรับการวิจัยบางเรื่องไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับการตัดสินใจทำหมัน (ฤดี เอมแย้ม ๒๕๒๕ : บทคัดย่อ) แต่ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้เหตุผลว่าเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาไม่มีความแตกต่างกันในด้านรายได้มากนัก โดยสรุปจะเห็นว่ารายได้มีความ

สัมพันธ์กับการยอมรับการคุมกำเนิด และทิศทางของความสัมพันธ์เป็นไปในทางบวก ยกเว้นในเรื่องของการทำหมันซึ่งทิศทางยังไม่สามารถสรุปได้แน่นอน

สำหรับตัวแปรทางเศรษฐกิจและสังคม ตัวแปรอื่นที่มีผลต่อการยอมรับการคุมกำเนิด ได้แก่ ศาสนา ขนาดถือครองที่ดิน ไม่ได้นำเข้ามาศึกษาในครั้งนี้ เนื่องจากในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาไม่มีความแตกต่างในเรื่องของศาสนา และตัวแปรด้านขนาดถือครองที่ดิน มีความสัมพันธ์กับสถานภาพเศรษฐกิจด้านรายได้ของครัวเรือนอยู่แล้ว

๔.๑.๔ ตัวแปรด้านจิตวิทยา

ปัจจัยทางจิตวิทยามักจะถูกละเลยในการศึกษาด้านภาวะเจริญพันธุ์สมัยแรก ๆ แต่ในปัจจุบันได้มีการศึกษาทางประชากร โดยใช้วิธีการทางจิตวิทยาสังคมและจิตวิทยาประชากรเพิ่มขึ้น (Andorka, 1978 : 355) จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรสามารถอธิบายภาวะเจริญพันธุ์ได้ลดลง ในขณะที่ปัจจัยทางจิตวิทยามีอำนาจในการอธิบายเพิ่มขึ้น (Beckman, 1978 : 58) ได้มีผู้ศึกษาริชาตัวแปรทางจิตวิทยาทั้งในส่วนบุคคลและในส่วนของความเชื่อ ค่านิยมที่ถูกครอบคลุมโดยบรรทัดฐานทางสังคม ไรต์ต่าง ๆ กันดังต่อไปนี้

ความทันสมัยของบุคคล (Individual Modernity)

ความทันสมัยของบุคคล มีความหมายได้กว้างเป็นคุณลักษณะทางจิตวิทยาที่สัมพันธ์กับความทันสมัยของสังคม เป็นชุดของความเชื่อ ทัศนคติ ค่านิยม ความรู้สึก และการสนองตอบต่อสถานภาพทันสมัย (Smith and Inkeles, 1966 : 353) ความทันสมัยทั้งในระดับสังคมและบุคคลจะนำไปสู่การลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ (Fawcett and Bornstein, 1973 : 107 - 108) เนื่องจากคำว่าความทันสมัยเป็นคำที่กว้างมาก จึงไม่มีคำอธิบายใด ๆ ที่มีความถูกต้องสมบูรณ์จนเป็นที่ยอมรับทั่วไปได้ นักสังคมวิทยาและนักจิตวิทยาได้พยายามค้นคว้าวิจัยกันมาก อิงคิเลส และสมิท (Inkeles and Smith, 1974) ได้กำหนดคุณลักษณะของคนทันสมัยไว้ ๗ ประการ คือ ๑) ใจกว้าง ๒) เป็นอิสระเป็นตัวของตัวเอง ๓) เชื่อความรู้ทางวิทยาศาสตร์ ๔) มีความทะเยอทะยาน ๕) เห็นคุณค่าของเวลา

๖) มีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนและการเมือง ๗) มีความกระตือรือร้นในการติดตามข่าวสาร
 คาส์ (Kahl. 1968) ได้สรุปลักษณะของคนทันสมัยไว้คือ ๑) ขยันไม่นิ่งเฉย ๒) วางแผน
 ชีวิตล่วงหน้ามีใจในความสำเริง ๓) ไม่ชอบเล่นพรรคเล่นพวก ๔) เป็นตัวของตัวเองไม่
 กังวลต่อความเห็นของผู้อื่น ๕) ชอบทำงานในเขตเมืองใหญ่ ๖) ติดตามข่าวสารราสนใจ
 ปัญหาสังคม คลิฟฟอร์ด (Clifford. 1971) ได้วัดความทันสมัยของบุคคลโดยพิจารณาจาก
 ๑) การแสดงออกทางค่านิยม (Value Orient Action) ๒) รูปแบบการบริโภค (Consumption
 Patterns) ๓) การเห็นความสำคัญด้านเศรษฐกิจ (Economists Agruments) และ
 ๔) โครงสร้างทางเครือญาติ (Kinship Structure) นอกจากนี้ยังมีผู้วัดความทันสมัยของ
 บุคคลในลักษณะต่าง ๆ อีกมากมาย เช่น OM-6 Modernity Scale T-W Scale Modernism
 I and II และ Fillipino Traditional and Modern Attitudinal Scale
 (รายละเอียดดูได้จาก Fawcett. 1973 Fawcett. 1970 Freedman. 1963
 Hawthorn. 1970 Inkeles and Smith. 1974)

การศึกษาในประเทศต่าง ๆ เช่น เกาหลี อินเดีย ฮังกง
 ปากีสถาน ประเทศไทย และประเทศอื่น ๆ ได้มีการวิเคราะห์ถึงความสัมพันธ์ของระดับของ
 ความทันสมัยกับการปฏิบัติการคุมกำเนิดก่อนที่จะมีโครงการวางแผนครอบครัวเกิดขึ้น แต่ความ
 สัมพันธ์นั้นมองไม่เห็นชัดเจนต่อการยอมรับ (Fawcett. 1970 : 69 - 72) พอร์เชท
 และบอนสไตส์ ได้แสดงความสัมพันธ์ของความทันสมัยของบุคคลต่อกระบวนการทันสมัยและพฤติกรรม
 ภาวะเจริญพันธุ์ เขาได้วิเคราะห์ว่าความทันสมัยของบุคคลนั้นเป็นประโยชน์ในการคาดประมาณ
 ความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัวของสตรีและการปฏิบัติตัวในการวางแผนครอบครัว (Fawcett
 and Bornstein. 1973 : 84 - 106) และได้ทำการศึกษาในประเทศเดอร์กี และเม็กซิโก
 พบว่า ความทันสมัยมีอิทธิพลต่อการใช้การคุมกำเนิด โบก (Bogue. 1972) ศึกษาในลาติน
 อเมริกาก็พบผลเช่นเดียวกับการศึกษา ของซุง เดวิท และลี ก็พบความสัมพันธ์เชิงบวกของ
 ความทันสมัยกับการปฏิบัติการคุมกำเนิด (Chung and others. 1972 : 31 David
 and Lee. 1973 : 12) แม้ว่าจะมีความหลากหลายในการวัดความทันสมัยของบุคคล แต่
 ผลการวิจัยหลายเรื่องก็สรุปว่าความทันสมัยของบุคคลมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการคุมกำเนิด

ในขณะที่ตัวแปรทางคุณลักษณะบุคคลของบุคคลตัวแปรอื่น ๆ ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะเจริญพันธุ์ เช่น จากการศึกษาที่รัฐอินเดียนาโพลิส (Indianapolis) ในปี ค.ศ. ๑๙๗๘ และการศึกษาที่รัฐพรินซ์ตัน (Princeton) ปี ค.ศ. ๑๙๖๒ เป็นต้น

ในประเทศไทยไม่มีผู้วิจัยถึงเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์กับการยอมรับการคุมกำเนิดโดยตรง แต่มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการตัดสินใจด้านภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทย และพบว่าสตรีที่ทันสมัยมีการใช้การคุมกำเนิดมากกว่ารวมทั้งให้ความสำคัญแก่โอกาสที่บุตรจะมีการศึกษาดี มีงานทำ และมีอาชีพที่ดี จึงมีแนวโน้มที่จะมีครอบครัวขนาดเล็ก และสตรีที่ทันสมัยคิดเรื่องจำนวนบุตรก่อนแต่งงานมากกว่าสตรีที่ไม่ทันสมัย (Peerasit Kamnuansilpa. 1981 : 78) เสาวภา ธีระประทีป ได้ใช้ข้อมูลชุดเดียวกันนี้หาความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์กับคุณค่าของบุตร พบว่า ความทันสมัยมีความสัมพันธ์ผกผันกับคุณค่าบุตร เฉพาะในเชิงเศรษฐกิจด้านเดียวเท่านั้น (เสาวภา ธีระประทีป ๒๕๒๖ : ๒๒๑)

จากผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้นรวมทั้งจากทฤษฎีที่ได้กล่าวมาแล้ว จะเห็นว่าความทันสมัยของบุคคลมีผลต่อการยอมรับการคุมกำเนิด มากกว่าตัวแปรทางจิตลักษณะอื่น ๆ ในการวิจัยครั้งนี้จึงใช้ตัวแปรความทันสมัยของบุคคลเป็นตัวแปรทางจิตวิทยาตัวแปรหนึ่ง ที่นำมาศึกษาโดยจะพัฒนาแบบวัดความทันสมัยขึ้นจากแบบวัดเดิมที่มีผู้พัฒนาขึ้นนำมาปรับให้เข้ากับสภาพของสังคมไทยในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับภาวะเจริญพันธุ์

ค่านิยมต่อบุตร (Value of Children)

โดยปกติมนุษย์ย่อมให้คุณค่า (Value Judgement) กับพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ตนปฏิบัติเสมอ แม้คุณค่าในสิ่งเหล่านี้จะมีมากน้อยต่างกัน ตามกลุ่มบุคคลก็ตาม การตัดสินใจเพื่อปฏิบัติสิ่งใดสิ่งหนึ่งของมนุษย์ มักมีปัจจัยหลาย ๆ อย่างมาเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะในเรื่องของการมีบุตรนั้น มีปัจจัยหลายด้านที่ให้คุณค่าทั้งในทางบวกและลบ ทั้งที่เป็นปัจจัยเกี่ยวกับคุณค่าในเชิงเศรษฐกิจ (Economic Values) และปัจจัยที่ไม่เกี่ยวกับคุณค่าเชิงเศรษฐกิจ (Non - Economic Values)

การมีบุตรนั้นถือได้ว่าเป็นส่วนสำคัญของทุกชีวิตในทุกสังคม บุตรเป็นผู้สืบทอดเผ่าพันธุ์ของมนุษยชาติให้คงอยู่ต่อไป การมีบุตรเป็นสัญญาชญาณแห่งชีวิตและการสืบเผ่าพันธุ์ของมนุษย์นำมาซึ่งความสุข ความมั่นคง ความปลอดภัย ความภาคภูมิใจมาสู่บิดามารดา ตลอดจนนำมาซึ่งหลักประกันในความสุขเมื่อถึงช่วงชีวิตบั้นปลาย คือ ในยามชราด้วยสิ่งต่าง ๆ ดังกล่าวมานี้เป็นค่านิยมต่อบุตรในเชิงบวก ซึ่งในความจริงนั้น บุตรก็มีโอกาสที่จะนำความรู้สึกรหรือค่านิยมในทางลบมาสู่บิดามารดาได้ด้วย เช่น การเสียค่าใช้จ่าย การเสียต้นทุนทางอารมณ์ ความห่วงกังวล และการเสียโอกาสที่ควรจะได้ในการทำงานอื่น เป็นต้น

จากทฤษฎีที่เกี่ยวกับคุณค่าของบุตร ไม่ว่าจะมองในเชิงเศรษฐศาสตร์ ในแง่ค่าใช้จ่าย การลงทุน ผลตอบแทน หรือมองในแง่ของสังคมวิทยา จิตวิทยา ดังได้กล่าวไว้ข้างต้นตามแนวคิดทฤษฎีของฟอร์เซทท์ ทฤษฎีของลิเบนส์ไตน์ และทฤษฎีของเบคเกอร์ จะเห็นว่า เหตุที่ผู้สมรสมีบุตรและต้องการจะมีบุตรจะถูกกำหนดด้วยค่านิยมในทางบวกและลบ ดังนี้

ก. ค่านิยมในทางบวก (Positive Value) ได้แก่

- เพื่อการดำรงและสืบต่อวงศ์สกุล
- เพื่อเป็นเพื่อนหลักเลี่ยงความเจ็บเหงา
- เพื่อแสดงความรักทะนุถนอม
- เพื่อคลายความเบื่อหน่าย
- เพื่อความภาคภูมิใจในยามชรา
- เพื่อเลี้ยงดูเป็นที่พึ่งในยามชรา
- เพื่อช่วยแรงงานในบางลักษณะ ฯลฯ

ข. ค่านิยมในทางลบ (Negative Value) ได้แก่

- เสียต้นทุนทางอารมณ์ (Emotional Costs) เช่น ความกังวลในสุขภาพความประพฤติก

- เสียค่าใช้จ่าย (Economic Costs) เช่น ค่าเลี้ยงดู

ให้การศึกษา

- เสียโอกาส (Opportunity Costs) เช่น เสียโอกาส

ก้าวหน้าในงานอาชีพ และความคล่องตัวในการพักผ่อนหย่อนใจ

ค่านิยมต่อการมีบุตรในลักษณะดังกล่าวนี้ เป็นปัจจัยที่สำคัญในการกำหนดขนาดครอบครัวและพฤติกรรมการยอมรับการคุมกำเนิด

ในกรณีของประเทศไทยในช่วงเวลาที่ผ่านมา ได้มีการให้คำนิยามทางบวกเกี่ยวกับบุตรหลายประการ เป็นต้นว่า ประชากรนิยมมีครอบครัวขนาดใหญ่เพื่อใช้แรงงานเลี้ยงดูในยามชรา เพื่อผลในการทดแทนสายโลหิต (Replacement Effect) และผลในการเป็นหลักประกัน (Insurance Effect) ที่บุตรของตนจะไม่สูญเสียชีวิตไปก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ยังปรากฏว่าบิดามารดายังมีความปรารถนาในเพศบุตรบางเพศ (Sex Preference) เป็นพิเศษ เช่น มีความปรารถนาบุตรเพศชายไว้บวชเรียน บุตรเพศหญิงไว้ปรนนิบัติเลี้ยงดู เป็นต้น ความปรารถนาในบุตรเพศใดเพศหนึ่งนี้บางครั้งเป็นผลทำให้มีขนาดครอบครัวที่เป็นจริง (Actual Family Size) ใหญ่กว่าขนาดครอบครัวที่ต้องการ (Desired Family Size) เพราะคู่สมรสต้องได้เพศบุตรที่ตนต้องการก่อนจึงจะยุติการมีบุตร

สถาบันประชากรอีสต์เวสต์ฮาวาย (East-West Population Institut Hawaii) ได้ริเริ่มวิจัยเกี่ยวกับค่านิยมในการมีบุตรใน ๖ ประเทศ คือ ญี่ปุ่น เกาหลี ฟิลิปปินส์ ไต้หวัน ไทย และสหรัฐอเมริกา (ฮาวาย) ในโครงการเรื่อง "The Value of Children : A Cross - National Study; Introduction and Comparative Analysis" (Arnold and Others. 1975 : 7 - 10) ผลการวิจัยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับภาวะเจริญพันธุ์พบว่าคุณค่าของบุตรในด้านสืบสกุล ที่พึงยามชราและความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ ต่อครอบครัวและคุณค่าทางอารมณ์ มีส่วนสำคัญในการตัดสินใจมีบุตร แต่ระดับของความสำคัญดังกล่าวไม่เท่ากันในแต่ละประเทศ บางประเทศเช่น ฟิลิปปินส์ให้คุณค่าทางด้านเศรษฐกิจสูง แต่ฮาวายให้คุณค่าทางเศรษฐกิจเพียงเล็กน้อย

โรคอลโฟ เอ บูลาเทา (Bulatao. 1979 : 82) ศึกษาการเปลี่ยนแปลงค่านิยมของบุตรในระยะที่ ๒ ของโครงการใน ๖ ประเทศ เช่นเดิม คือ เกาหลี ไต้หวัน ญี่ปุ่น สหรัฐอเมริกา (ฮาวาย) ฟิลิปปินส์ และไทย โดยแบ่งเป็นกลุ่มประเทศที่มีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำ ปานกลาง และสูง ผลปรากฏว่าผลประโยชน์ทางด้านเศรษฐกิจมีความสำคัญมากในกลุ่มประเทศที่มีภาวะเจริญพันธุ์สูง ความสำคัญจะลดลงในกลุ่มประเทศที่มีภาวะ

เจริญพันธุ์ปานกลางและลดต่ำลงไปอีกในกลุ่มประเทศที่มีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำ ส่วนความช่วยเหลือ
ในบ้านหรือความช่วยเหลือด้านอื่น ๆ ที่ไม่เป็นตัวเงินมีความสำคัญในกลุ่มประเทศที่มีภาวะ
เจริญพันธุ์สูงและปานกลาง และต่ำมากในประเทศที่มีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำ ผลจากการวิจัยในสหรัฐ
อเมริกาให้ผลสอดคล้องกัน กล่าวคือ คุณค่าของเด็กในการให้ผลตอบแทนทางเศรษฐกิจใน
สหรัฐอเมริกาค่า เพราะค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตรและผลตอบแทนจากบุตรอยู่ในภาวะสมดุลกัน

ความต้องการเพิ่มมาตรฐานความเป็นอยู่ทำให้ค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตรสูง (Noppavan
Chongvatana, 1985 : 5) มุลเลอร์ (Mueller's, 1971 อ้างอิงมาจาก
David and Lee, 1974 : 18) พบว่า ค่าใช้จ่ายและผลประโยชน์ของเด็กจะมีผลต่อ
การใช้การคุมกำเนิด เช่นเดียวกับที่ของ-เซียว ว (WU, 1977). พบว่า คู่สมรสที่คาดหวัง
ความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจจากการมีบุตรเพิ่มมีการยอมรับการคุมกำเนิดน้อยกว่าคนอื่น ๆ
ในประเทศไทย เจลียว บุรีภักดิ์ (Buripakdi, 1977)
ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณค่าบุตร กับการปฏิบัติการวางแผนครอบครัว พบว่า คุณค่าของบุตร
มีความสำคัญต่อคู่สมรสในทุกกลุ่มและเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มคู่สมรสชั้นกลาง และในชนบทจากการ
ศึกษาของ เฟรด อาร์โน และจินตนา เพชรานนท์ (Arnold and Pejaranonda, 1977)
พบว่า การที่บิดามารดาคาดหวังว่าจะได้รับผลตอบแทนทางเศรษฐกิจสูง และเห็นว่าค่าใช้จ่าย
ของบุตรต่ำมีความสัมพันธ์กับภาวะเจริญพันธุ์สูง และการคุมกำเนิดต่ำ ผลการวิจัยในระยะต่อมา
ก็ได้ผลเช่นเดียวกัน คือ สตรีไทยเห็นประโยชน์ด้านเศรษฐกิจของบุตรเป็นสำคัญ และคุณค่าของ
บุตรทางด้านเศรษฐกิจและความมั่นคง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะเจริญพันธุ์ (Kamnuansilpa,
1981 เสาวภา ธีระประทีป ๒๕๒๖ : ๑๒๐)

นพวรรณ จงวัฒนา และจุก มณีสไพบูลย์ (Noppavan
Chongvatana and Jutha Manaspaibul, 1985 : 6) ได้ศึกษาค่าใช้จ่ายของเด็ก
ในเขตชนบทและเมืองในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบว่า ในสภาพความ
เป็นจริงเด็กในชนบทเริ่มช่วยงานบิดามารดาได้เร็วกว่าในเมือง มารดาในชนบทพะวงเกี่ยวกับ
เรื่องสุขภาพและค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตรในขณะที่มารดาในเมืองพะวงเรื่องสุขภาพและ
การศึกษาบุตร มารดาในชนบทหวังพึ่งลูกในยามชรามากกว่ามารดาในเมือง มารดาในชนบท

ชอบบุตรชายมากกว่าบุตรสาว แต่ก็คิดว่า การเลี้ยงดูบุตรชายเสียค่าใช้จ่ายมากกว่าบุตรสาว

นอกจากค่านิยมที่มีต่อบุตรจะมีอิทธิพลต่อการกำหนดภาวะเจริญพันธุ์แล้ว ผลจากการวิจัยบางส่วนชี้ให้เห็นว่า เพศของบุตรก็มีส่วนในการกำหนดภาวะเจริญพันธุ์ด้วย โดยเฉพาะเพศบุตรชายมีอิทธิพลต่อความต้องการบุตรเพิ่มพบได้ในงานวิจัยในหลาย ๆ ประเทศ โดยเฉพาะในเอเชีย เช่น สตีลปินส์ (Stinner and Mader, 1975) อินเดียน (Repetto, 1972 Bhatia, 1978) ปากีสถาน (Siddiqui, 1967 Khan and Siragelgin, 1977 : 481 - 496) และเกาหลี (Moon Han and Chai, 1973) สำหรับผลการวิจัยในประเทศไทย พบว่า หญิงไทยไม่มีการเลือกเพศบุตรมากนัก และโดยทั่วไปบิดามารดาต้องการบุตรทั้งสองเพศ (Knodel and Prachuabmoh, 1976 Prachuabmoh, Knodel, and Aler, 1974 : 601 - 614 and Boodsayasakul, 1977) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะให้คุณค่าของบุตรในคนละด้านกันคือ ให้คุณค่าบุตรชายในด้านการบวชเรียน สืบสกุล แต่ให้คุณค่าบุตรหญิงในด้านความเป็นเพื่อน ช่วยงานบ้าน ดูแลน้อง การเลือกเพศจึงไม่เด่นชัด ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงเลือกตัวแปรเฉพาะด้านค่านิยมต่อบุตรเป็นสำคัญ เพราะเห็นว่าเป็นตัวที่สะท้อนและเกี่ยวพันกับเพศบุตรด้วยไปในตัวและเป็นตัวแปรที่มีทฤษฎีรองรับดังได้เสนอมาตอนต้นแล้ว

นอกเหนือจากตัวแปรด้านความทันสมัยของบุคคล และค่านิยมที่มีต่อบุตรแล้วตัวแปรทางจิตวิทยาที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การรับรู้การสนับสนุนจากสังคมในการคุมกำเนิดกับการรับรู้การเข้าถึงบริการการคุมกำเนิด

การรับรู้การสนับสนุนจากสังคมในการคุมกำเนิด

(Perception of Social Support)

การรับรู้การสนับสนุนจากสังคมในการคุมกำเนิดมีความสำคัญต่อการยอมรับการคุมกำเนิดมาก (Boque : 19 : 45) โดยเฉพาะในกลุ่มเป้าหมายที่ค่อนข้างยอมรับช้า (Late Adopter) กลุ่มเพื่อนบ้านหรือผู้นำทางความคิดจะมีผลมากกว่าที่ไม่ดีที่ได้รับจากเพื่อนและผู้ให้บริการคุมกำเนิดคนอื่น ๆ จะมีผลต่อการใช้หรือไม่ใช้การคุมกำเนิด (Porfer, 1984 : 20) ลักษณะการสนับสนุนจากสังคมจะเห็นได้ชัดในสังคมมุสลิมในประเทศไทย ที่สังคมไม่ค่อยสนับสนุนการคุมกำเนิดโดยเปิดเผย ชัดรายการคุมกำเนิด

ในสังคมนั้น ๆ จึงต่ำกว่าที่อื่น ๆ (อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์ ๒๕๒๘ : ๒๔ - ๒๕) ตัวอย่างเช่น จากการศึกษาของ ชูเพ็ญศรี วงศ์พุทธา พบว่า สตรีมุสลิมเพียงร้อยละ ๒๐ เท่านั้นที่ยอมรับว่า การวางแผนครอบครัวไม่ขัดกับศาสนาอิสลาม (ชูเพ็ญศรี วงศ์พุทธา ๒๕๒๓ : ๕๔) การชักชวนสนับสนุนของเพื่อน ๆ มีผลในการเพิ่มปริมาณผู้รับบริการคุมกำเนิดมากขึ้น จากประสบการณ์ในการศึกษารวิจัยที่ไพศาราม พบว่า สตรีที่มาใช้บริการใส่ห่วงอนามัยไปแล้ว ในสัปดาห์ต่อมาสตรีคนเดียวกันนี้เองได้นำเพื่อน ๆ จากหมู่บ้านเดียวกันมาพบแพทย์ใส่ห่วงอนามัยอีก ๒ - ๓ คน และในอาทิตย์ต่อ ๆ มาสตรีที่ใส่ห่วงแล้วเหล่านี้ก็ได้นำเพื่อน ๆ มาใส่ห่วงเพิ่มขึ้นอีก การกระจายข่าวแบบปากต่อปาก (Mouth to Mouth Communication) เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพวิธีหนึ่ง (สุนทร สุวิภกิจ ๒๕๒๗ : ๒๓๐ - ๒๓๑) ในสังคมแบบสังคมไทยเช่นนี้ความเห็นสนับสนุนของบุคคลหลาย ๆ ฝ่ายเช่นบิดามารดา ญาติผู้ใหญ่ และสามี มีความสำคัญต่อการคุมกำเนิดของสตรีไม่น้อย (Saunders, 1977 : 18) ในการสำรวจประสิทธิภาพและผลงานปฏิบัติงานของพนักงานเยี่ยมบ้าน พบว่า ในละแวกบ้านใดมีผู้มารับบริการคุมกำเนิดก็จะมาเหมือน ๆ กันหมด แต่ถ้าในละแวกบ้านใดไม่มารับบริการก็จะไม่มาทั้งกลุ่ม (เบญจา ยอดคำเนิน และ อรพรรณ ทินจางสิทธิ์ ๒๕๒๐ : ๓๗ - ๓๘) จากการศึกษาผู้ที่ตัดสินใจทำหมันชาย พบว่า ส่วนใหญ่ (เกินครึ่ง) ของการตัดสินใจทำหมัน เป็นเพราะถูกชักชวนหรือแนะนำจากเพื่อนและญาติ (จรรยา เศรษฐบุตร ๒๕๒๐ : ๕๐) ดังนั้นการสนับสนุนจากสังคมจึงเป็นตัวแปรที่สำคัญ ตัวแปรหนึ่งในเรื่องการยอมรับบริการคุมกำเนิด ไม่ว่าจะเป็นการคุมกำเนิดแบบชั่วคราวหรือถาวร

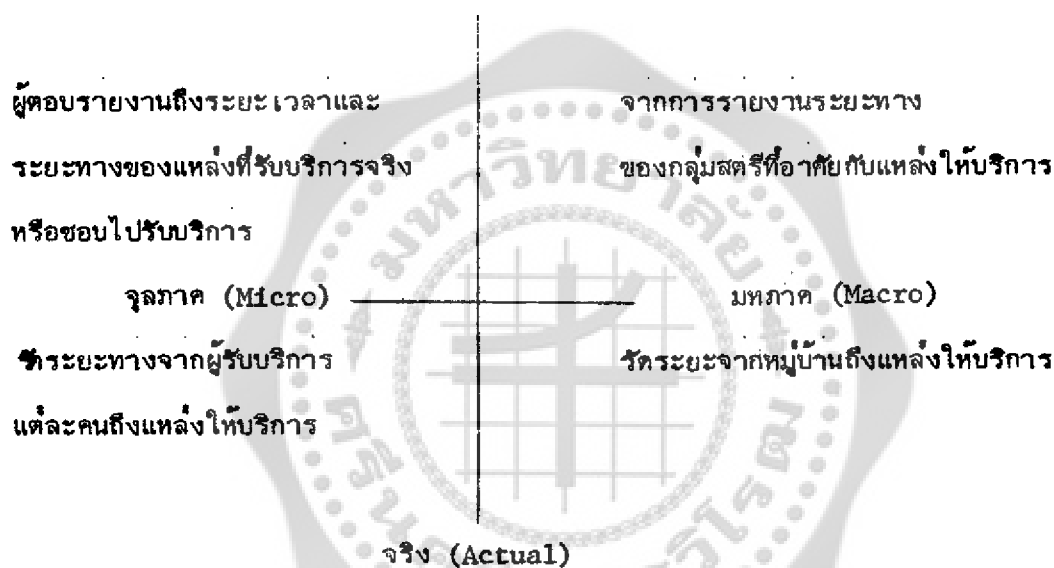
การรับรู้การเข้าถึงบริการการคุมกำเนิด (Perception of Accessibility)

การเข้าถึงบริการการคุมกำเนิดแบ่งออกได้ ๒ มิติ คือ

ระดับจุลภาค (Micro) - มหภาค (Macro) และการเข้าถึงจริง (Actual) กับการรับรู้การเข้าถึง (Perceived) ในการวัดการเข้าถึงในระดับจุลภาควัดได้จากสตรีแต่ละคนที่จะเข้าถึงแหล่งให้บริการการคุมกำเนิด ในขณะที่การเข้าถึงระดับมหภาคจะพิจารณาว่า แหล่งบริการใดบ้างที่กลุ่มสตรีจะสามารถไปรับบริการได้หรือพิจารณาง่าย ๆ ว่า ในชุมชนนั้นมีสถานที่ที่จะให้บริการแก่กลุ่มสตรีได้อย่างไรบ้าง ในอีกมิติหนึ่งคือวัดจากการเข้าถึงจริง ๆ เช่น วัดจากระยะ

ทางที่มาถึงแหล่งบริการนั้นจริง ๆ ว่ากี่กิโลเมตรใช้เวลาเดินทางกี่ชั่วโมง เป็นต้น หรือวัดจาก การรับรู้ว่าระยะทางไปถึงแหล่งบริการกี่กิโลเมตร ซึ่งอาจจะเท่ากับระยะทางจริงหรือไม่ก็ตาม แต่วัดเอาจากการรับรู้ว่าระยะทางนั้นคือกี่กิโลเมตร (Entwisle and Others. 1984 : 560 Hermalin and Chayovan. 1984 : 6) (ดูภาพประกอบ ๓)

การรับรู้ (Perceived)



ภาพประกอบ ๓ มิติของการเข้าถึงบริการการคุมกำเนิด (Entwisle and Others. (1984 : 561)

จากรายละเอียดดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่า การเข้าถึงบริการการคุมกำเนิด วัดได้ ๒ ระดับ คือ ระดับจูลภาค (ระดับบุคคล) และระดับมหภาค (ระดับชุมชน) และในแต่ละระดับสามารถจะวัดได้ ๒ ประเภท คือ วัดการเข้าถึงจริงกับการรับรู้การเข้าถึง ในขั้นนี้จะกล่าวถึงเฉพาะการเข้าถึงระดับบุคคลเท่านั้น สำหรับการเข้าถึงระดับชุมชนจะได้กล่าวในสัปดาห์ระดับชุมชนในตอนต่อไป ดังได้กล่าวแล้วว่า การเข้าถึงบริการการคุมกำเนิด ระดับบุคคลวัดได้ ๒ ประเภท คือ การเข้าถึงจริงกับการรับรู้การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด

การวัดใน ๒ ลักษณะนี้มีข้อจำกัดแตกต่างกัน การวัดการเข้าถึงจริงจากสตรีจะมีความแตกต่างกัน ในคำตอบของสตรีที่กำลังใช้บริการการคุมกำเนิดสตรีที่เคยใช้และสตรีที่ไม่เคยใช้ คำตอบของแต่ละคนอยู่บนพื้นฐานไม่เหมือนกันคือ สตรีที่กำลังใช้ก็จะให้ข้อมูลระยะทางหรือระยะเวลาในการไปรับบริการจากแหล่งที่เขากำลังรับบริการอยู่ ขณะที่สตรีที่เคยใช้จะให้ข้อมูลจากแหล่งที่เขาเคยไปรับบริการในอดีต ซึ่งปัจจุบันอาจเปลี่ยนแปลงไปแล้ว และสตรีที่ไม่เคยใช้บริการจากแหล่งใดเลยจะไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำตอบการเข้าถึงจริงโดยวัดจากระดับบุคคลจึงมีความแปรปรวนสูงจึงไม่นิยมวัด การวัดเข้าถึงจริงในระดับชุมชนเป็นสิ่งที่กระทำได้ง่าย และมีความถูกต้องมากกว่า ประกอบกับจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการกำหนดตำแหน่งที่ตั้ง เพื่อให้สะดวกแก่คนหมู่มากในชุมชน การวัดในระดับชุมชนจึงนิยมวัดการเข้าถึงจริง ในขณะที่การวัดระดับบุคคลนิยมวัดการรับรู้การเข้าถึงมากกว่าการเข้าถึงจริง (Entwisle, 1984 : 561 - 562) ตามเหตุผลดังกล่าวข้างต้นแล้ว และการวัดการรับรู้การเข้าถึงจากระดับบุคคลจะมีความสำคัญมากต่อการยอมรับการคุมกำเนิดมากกว่าการเข้าถึงจริง ตัวอย่างเช่น ระยะเวลาในการไปรับบริการจริง ๆ ๑ ชั่วโมง ถ้าคนหนึ่งรับรู้ว่ามีนานมากเสียเวลาคอย ในขณะที่อีกคนหนึ่งอาจรับรู้ว่ามีไม่นานเท่าไร ผลต่อการปฏิบัติการณ์การคุมกำเนิดใน ๒ คนจะแตกต่างกันทันที ทั้ง ๆ ที่การเข้าถึงบริการจริง ๆ ใช้เวลาเท่า ๆ กัน

การรับรู้การเข้าถึงบริการคุมกำเนิดระดับบุคคล ได้มีผู้ศึกษาจากประเด็นการรับรู้แหล่งที่แนะนำและให้บริการ ระยะเวลาถึงแหล่งให้บริการ วิธีการไปถึงแหล่งบริการ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในวิธีการคุมกำเนิดและลักษณะของการให้บริการ เช่น มีการเยี่ยมบ้าน ผลปรากฏว่า ชนิดของบริการที่ให้และการรู้แหล่งบริการมีผลต่อการคุมกำเนิด แต่ระยะเวลาในการเดินทางไม่มีผล (Jones, 1984 : 93) จากการศึกษาในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาที่มีอัตราการเพิ่มประชากรสูง พบว่า ค่าใช้จ่ายในการคุมกำเนิดมีผลต่อการปฏิบัติการณ์การคุมกำเนิด (El-Shafil, 1984 : 2591 A) ฮาลิน และฮอสเซน (Halim and Hossain, 1981 : 5) พบว่า สาเหตุของการไม่ยอมรับการคุมกำเนิดของเกษตรกรในบังคลาเทศคือการได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติการณ์การคุมกำเนิดที่ไม่เหมาะสมจากเจ้าหน้าที่

นอกจากการรับรู้การเข้าถึงการคุมกำเนิดระดับบุคคลมีความสำคัญมากต่อการยอมรับการคุมกำเนิดดังกล่าวแล้ว การเข้าถึงจริงของการคุมกำเนิดในระดับชุมชนก็มีความสำคัญมากขึ้นกัน ดังรายละเอียดที่จะได้กล่าวต่อไปในข้อมูลระดับชุมชนในเรื่อง ตัวแปรด้านโปรแกรมการวางแผนครอบครัว

๔.๒) ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม (ปัจจัยระดับชุมชน)

จากแนวคิดเชิงทฤษฎีเกี่ยวกับการดำเนินงานวางแผนครอบครัว กับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของชุมชนที่มีผลต่อภาวะเจริญพันธุ์ของชุมชน ได้มีผู้ศึกษาริวิจัยตามแนวความคิดนี้หลายคน และพบข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สอดคล้องกับทฤษฎีว่า การที่โปรแกรมการวางแผนครอบครัวและการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมมีผลต่อการยอมรับการคุมกำเนิด รายละเอียดมีดังต่อไปนี้

๔.๒.๑) ตัวแปรด้านโปรแกรมการวางแผนครอบครัว

ในการศึกษาริวิจัยเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการวางแผนครอบครัวต่อการคุมกำเนิดนั้น ผู้วิจัยบางคนได้พิจารณาแต่เพียงว่า การมี-ไม่มีโปรแกรมการวางแผนครอบครัวในชุมชน (ประเทศนั้น) มีผลต่อการคุมกำเนิดอย่างไร ในขณะที่ผู้วิจัยบางคนพยายามวัดให้ละเอียดลงไปว่า ระดับของความพยายามในการดำเนินโปรแกรมการวางแผนครอบครัว (Family Planning Program Effort) สูง-กลาง-ต่ำ จะมีผลต่อการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ (Sathar. 1984 : 28) ได้มีการพัฒนาแบบวัดเพื่อศึกษาระดับความพยายามในการดำเนินโปรแกรมการวางแผนครอบครัวมาตั้งแต่ ปี ค.ศ. ๑๙๗๒ จนถึง ปี ค.ศ. ๑๙๘๒ แบบวัดประกอบด้วยข้อความตั้งแต่ ๑๓ - ๓๐ ข้อความและทดลองใช้ในหลาย ๆ ประเทศ (Lapham and Mauldin. 1972 Freedman and Berelson. 1978 Cutright and Kelly. 1981 Tolnay and Christenson. 1984 Cutright. 1983 citing Lapham and Mauldin. 1985 : 122)

ใน ปี ค.ศ. ๑๙๘๓ ลาแฟม และมุลลัน ได้ทดลองนำข้อความที่วัดความพยายามในการดำเนินงานโปรแกรมวางแผนครอบครัว ๓๐ ข้อความ ไปให้ผู้เชี่ยวชาญทางการวางแผนครอบครัวจากประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ๒๓๐ คน ได้รับคำตอบกลับคืนมา ๔๒๗ คน

จากกว่า ๕๐ ประเทศในโลก คำตอบนั้นสามารถจัดกลุ่มของความพยายามในการดำเนินงานวางแผนครอบครัวได้ ๔ กลุ่ม คือ

๑. นโยบายและระยะของกิจกรรมที่ดำเนินอยู่ (Policy and Stage - Setting Activities)
๒. บริการและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับบริการ (Services and Related Activities)
๓. ระเบียบและการประเมินผล (Record Keeping and Evaluation)
๔. การกระจายและการเข้าถึงบริการ (Availability and Accessibility)

ในปัจจุบันสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ได้พยายามที่จะหาข้อบ่งชี้ความพยายามของการดำเนินกิจกรรมการวางแผนครอบครัวในระดับอำเภอ โดยวัดในรูปของดัชนีปัจจัยนำเข้า (Input Indicator) โดยปรับจากแนวคิดของ ลาแพม และมุลลิน ๔ กลุ่มข้างบน ได้เป็น ๔ กลุ่มเช่นเดียวกัน เพียงแต่เปลี่ยนข้อ ๑ นโยบายและระยะของกิจกรรมที่ดำเนินอยู่เป็นความต้องการโปรแกรมการวางแผนครอบครัว (Creation of Demand for Family Planning) โดยพิจารณาว่านโยบายในระดับสูงก็คือการปฏิบัติในระดับอำเภอ ซึ่งพิจารณาได้จากการที่มีการดำเนินกิจกรรมการวางแผนครอบครัวพิเศษ ที่นอกเหนือจากปกติ เช่นโครงการรณรงค์การวางแผนครอบครัว โครงการหน่วยเคลื่อนที่ และเปลี่ยนจากข้อ ๓ ระเบียบ และการประเมินผลเป็นการจัดการโปรแกรม (Program Management) รายละเอียดต่าง ๆ คล้ายกับของเดิม (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ม.ป.ป. : ๒๔ - ๒๕)

จากขอบเขตแนวการวัดการดำเนินงานโปรแกรมการวางแผนครอบครัวระดับประเทศของลาแพมและมุลลิน และการวัดการดำเนินงานโปรแกรมการวางแผนครอบครัวระดับอำเภอของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้วิจัยได้นำมาปรับสำหรับกำหนดเป็นขอบเขตของการวัดการดำเนินงานวางแผนครอบครัวในระดับ

หมู่บ้านโดยพิจารณาจากสภาพการดำเนินงานโปรแกรมวางแผนครอบครัวระดับหมู่บ้านที่เป็น
อยู่จริงในปัจจุบันกำหนดเป็นกรอบของการวัด ๓ ตัวแปรดังนี้

๑. การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด
๒. การมีโครงการวางแผนครอบครัวพิเศษ
๓. ประสิทธิภาพการให้บริการการวางแผนครอบครัวจาก

เจ้าหน้าที่ของรัฐ

การเข้าถึงบริการการคุมกำเนิด

นอกจากการรับรู้การเข้าถึงบริการการคุมกำเนิดของบุคคลแล้ว
การเข้าถึงบริการคุมกำเนิดที่เป็นอยู่จริงของชุมชนก็มีความสำคัญต่อการยอมรับการคุมกำเนิด
เช่นกันการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดของชุมชนเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของความพยายามในการดำเนิน
โปรแกรมการวางแผนครอบครัว (Program Effort) (Lapham and Mauldin. 1985 :
132) จากการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับแหล่งให้บริการคุมกำเนิดแก่สตรีในชนบท
พบว่า ประมาณ ๔/๕ ของสตรีในชนบทรับบริการจากรัฐ (Knodel and Others. 1982)
โดยรับบริการจากสำนักงานผดุงครรภ์ สถานีอนามัยตำบล สถานีอนามัยอำเภอ โรงพยาบาลอำเภอ
และโรงพยาบาลจังหวัด ชัยวรรม และเอนไวเซล (Chayovan and others. 1984
Entwisle and others citing Hermalin and Chayovan. 1984 : 6 - 11)
ได้วิเคราะห์การวัดการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดจากการสำรวจวิจัยต่าง ๆ พบว่า แต่ละการ
สำรวจให้ขอบเขตการวัดการเข้าถึงบริการแตกต่างกันแต่พอสรุปได้ดังนี้

๑. วัดระยะทางถึงแหล่งบริการที่กำหนด
๒. วัดระยะทางถึงแหล่งบริการต่าง ๆ
๓. วัดระยะเวลาดังแหล่งบริการที่กำหนด
๔. วัดระยะเวลาดังแหล่งบริการต่าง ๆ
๕. วัดชนิดบริการคุมกำเนิด
๖. วัดระยะเวลาดังแหล่งที่มีอยู่ที่สามารถให้บริการตามชนิดที่กำหนด
๗. วัดในรูปของค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

๘. วัตถุประสงค์ของการบริการในรูปของระยะเวลาที่คอยรับ
บริการที่คนคิดต่อผู้ให้บริการ

๙. วัตถุประสงค์ในการรับบริการการวางแผนครอบครัว
ในประเทศไทยได้มีการสำรวจการเข้าถึงบริการการคุมกำเนิด
ในระดัชมุมชนในช่วง ตั้งแต่ ปี ค.ศ. ๑๙๗๑ - ๑๙๗๔ พบว่า ใช้การวัดการเข้าถึงบริการแตกต่างกัน
จำแนกได้ ๑๑ กลุ่มดังนี้

ตาราง ๑๔ การวัดการเข้าถึงบริการการคุมกำเนิดในชุมชน ในการสำรวจข้อมูลระดับหมู่บ้าน
ในประเทศไทยในระหว่างปี ค.ศ. ๑๙๗๑ - ๑๙๗๔

| รายการ | ในการสำรวจปี-ค.ศ. | คำจำกัดความ/กลุ่ม |
|--|----------------------------|--|
| ๑. ชนิดของสถานบริการที่ใกล้ หมู่บ้านที่สุด | ๑๙๗๑, ๑๙๗๔ | ๑. สถานีอนามัยตำบล ๒. สถานีอนามัยอำเภอหรือ โรงพยาบาล |
| ๒. ระยะทางที่ใกล้ที่สุดถึงสถานี อนามัย | ๑๙๗๑, ๑๙๗๔, ๑๙๗๑ - ๑๙๗๔ | ๑. ในหมู่บ้าน ๒. ๑-๔ กิโลเมตร ๓. ๕ กิโลเมตรและมากกว่า |
| ๓. ระยะเวลาที่สั้นที่สุดถึงสถานี อนามัย | ๑๙๗๑, ๑๙๗๔ | ๑. น้อยกว่า ๑๐ นาที ๒. ๑๐ - ๒๙ นาที ๓. ๓๐ นาทีและมากกว่า |
| ๔. ระยะเวลาและระยะทางที่ ใกล้ที่สุดถึงสถานีอนามัย | ๑๙๗๑, ๑๙๗๔ | ๑. ในหมู่บ้าน ๒. ใน ๒ กิโลเมตรหรือน้อย กว่า ๒๐ นาที |

ตาราง ๑๔ (ต่อ)

| รายการ | ในการสำรวจปี ค.ศ. | คำจำกัดความ/กลุ่ม |
|--|---------------------------|--|
| ๕. สถานีอนามัยภายใน ๕ กิโลเมตรหรือ ๓๐ นาที | ๑๔๗๑, ๑๔๗๔ | ๓. ๓ - ๕ กิโลเมตรหรือน้อยกว่า ๕๐ นาที ๔. ๖ กิโลเมตรหรือมากกว่า ๕๐ กิโลเมตร ๑. ไม่มี ๒. มีเฉพาะตำบล ๓. มีสถานีอนามัยอำเภอหรือโรงพยาบาล อำเภอ หรือมีมากกว่า ๑ ชนิด |
| ๖. ให้น้ำหนัก (Weighted) ของระยะทางตามชนิดที่ให้บริการ | ๑๔๗๑, ๑๔๗๔ ๑๔๗๑ - ๑๔๗๔ | - ระยะทางจากหมู่บ้านไปสถานีอนามัยตำบล สถานีอนามัยอำเภอ และโรงพยาบาลให้น้ำหนัก ๑, ๑/๒ และ ๑/๓ ตามลำดับ |
| ๗. ให้น้ำหนัก (Weighted) ของเวลาตามชนิดของบริการ | ๑๔๗๑, ๑๔๗๔ ๑๔๗๑ - ๑๔๗๔ | - ระยะเวลาจากหมู่บ้านถึงสถานีอนามัยตำบล, สถานีอนามัยอำเภอ และโรงพยาบาลให้น้ำหนัก ๑, ๑/๒ และ ๑/๓ ตามลำดับ |

ตาราง ๑๔ (ต่อ)

| รายการ | ในการสำรวจปี ค.ศ. | คำจำกัดความ/กลุ่ม |
|--|---------------------------|--|
| ๘. ให้ตำแหน่ง (Rank) ของระยะทางโดยเฉลี่ย ตามชนิดของบริการ | ๑๔๗๑, ๑๔๗๔ ๑๔๗๑ - ๑๔๗๔ | - แต่ละหมู่บ้านจะถูกให้ ตำแหน่งตามระยะทางที่ ไปถึงแหล่งบริการและ ตำแหน่งจะนำมาเฉลี่ย อีกครั้งหนึ่ง |
| ๙. ให้ตำแหน่ง (Rank) ของระยะเวลาโดยเฉลี่ย ตามชนิดของบริการ | ๑๔๗๑, ๑๔๗๔ ๑๔๗๑ - ๑๔๗๔ | - แต่ละหมู่บ้านจะถูกให้ตำแหน่ง ตามระยะเวลาที่จะไปถึง แหล่งบริการและตำแหน่ง จะถูกนำมา เฉลี่ยอีกครั้งหนึ่ง |
| ๑๐. ให้ตำแหน่งของทั้งระยะเวลา และระยะทางแล้ว เฉลี่ย | ๑๔๗๑, ๑๔๗๔ ๑๔๗๑ - ๑๔๗๔ | - ตำแหน่งใน ๘ และ ๙ และนำมาเฉลี่ยแต่ละหมู่บ้าน |
| ๑๑. ให้ตำแหน่งของน้ำหนักในระยะ ทางและระยะเวลา แล้วเฉลี่ย | ๑๔๗๑, ๑๔๗๔ ๑๔๗๔ - ๑๔๗๔ | - หาตำแหน่งโดยการวัด ๖ และ ๗ และนำตำแหน่ง มาเฉลี่ย |

ที่มา : Hermalin and Chayovan. 1984 : 11

แม้ว่าในระยะเวลาที่ผ่านมาจะพบว่า มีความหลากหลายในการวัดการเข้าถึงบริการ การผูกกำเนิดในชุมชนก็ตาม แต่ผลจากการวิจัยในหลาย ๆ เรื่อง สามารถยืนยันอันตรวามสำคัญของ

การเข้าถึงบริการการคุมกำเนิดต่อการยอมรับบริการคุมกำเนิดได้ โนเดิล และคนอื่น ๆ (Knodel and Others. 1980) ได้พบว่า การยอมรับบริการคุมกำเนิดมีมากที่สุดในหมู่บ้านที่มีบริการการวางแผนครอบครัวตั้งอยู่ (หมู่บ้านที่มีสถานอนามัยตำบลนั้น) เช่นเดียวกับผลการวิจัยของ ESCAP. (1985) อภิชาติ จำรัสฤทธิ์รงค์ และ พีรสิทธิ์. คำนวนศิลป์ ที่พบว่า การมีแหล่งบริการกระจายในหมู่บ้านมากเพียงไร การใช้บริการคุมกำเนิดจะมากขึ้นไปด้วย (ESCAP. 1985 : 9 อภิชาติ จำรัสฤทธิ์รงค์ และ พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ ๒๕๒๕ : ๒๖) แต่จากการวิจัยเรื่องเดียวกันนี้ของ อภิชาติ จำรัสฤทธิ์รงค์ และพีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ กลับพบว่า ระยะทางจากที่อยู่ของผู้ใช้บริการไปยังสถานอนามัยตำบลไกลที่สุดไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการคุมกำเนิด (อภิชาติ จำรัสฤทธิ์รงค์ และพีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ ๒๕๒๕ : ๒๕ - ๒๕) เอนไวเซล ได้ใช้ข้อมูลจากโครงการสำรวจสภาวะการคุมกำเนิดรอบ ๒ (CPS 2) ปี ค.ศ. ๑๙๘๑ ในการวิเคราะห์การเข้าถึงบริการการคุมกำเนิดในชนบทไทย และพบว่า การเข้าถึงบริการการคุมกำเนิดมีความสัมพันธ์กับการยอมรับบริการคุมกำเนิด (Enwisle and others 1984 : 560) โจนส์ (Jones Elisef) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดใน ๑๕ ประเทศ พบว่า ชนิดของบริการที่มีอยู่และการไม่รู้แหล่งบริการมีผลต่อการยอมรับคุมกำเนิด แต่ระยะเวลาในการเดินทางไปถึงแหล่งบริการไม่มีผลต่อการยอมรับบริการคุมกำเนิด (Jones. 1984 : 93) และจากการศึกษาของเซอร์มาลิน และชโยวรม ที่ได้นำข้อมูลจากการสำรวจการเข้าถึงบริการในประเทศไทยในช่วงปี ค.ศ. ๑๙๗๐ - ๑๙๗๕ ที่แม้จะมีการวัดการเข้าถึงบริการด้วยดัชนีที่แตกต่างกันแต่ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ระยะทางจากหมู่บ้านไปถึงอำเภอและจังหวัดมีผลในทางลบต่อการใช้บริการคุมกำเนิด (Hermalin and Chayovan. 1984 : 27 - 28)

ในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรับบริการนั้น ผลการวิจัยหลายเรื่องในประเทศไทย พบว่าการให้บริการฟรีหรือเสียเงินในราคาถูกในการรับบริการไม่ค่อมีผลต่อการรับบริการคุมกำเนิด (ชัยบุทธิ์ บุญญนิตย์ ๒๕๒๐ : ๖๗) และในบางครั้งพบว่า การให้บริการฟรีทำให้อัตราการใช้ต่ำ (วรวิทย์ เจริญเลิศ ๒๕๒๐ : ๔๔) แต่จากการวิจัยบางเรื่องก็พบว่า การให้ยาคุมกำเนิดฟรีทำให้เพิ่มผู้รับบริการรายใหม่ (Knodel and others 1983 citing United Nations. 1985 : 5) นอกจากนี้ผลการวิจัยการวิเคราะห์การให้บริการการคุมกำเนิด

จากการวิจัยในช่วง ๑๐ ปีที่ผ่านมาจำนวน ๑๔๐ เรื่อง พบว่า การให้เสียค่าบริการเพียงเล็กน้อย จะไม่มีผลต่อการลดลงของผู้ใช้บริการคุมกำเนิด (Population Reports. 1986 : J813)

ในปี ค.ศ. ๑๙๘๕ (Kanyiri. 1985 : 2999A) จากการวิจัยเรื่องปัจจัยทาง เศรษฐกิจสังคมประชากรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการคุมกำเนิดในประเทศเคนยา พบว่า การเข้าถึงบริการคุมกำเนิดมีอิทธิพลโดยตรงมากที่สุดกับการยอมรับการคุมกำเนิด ซึ่งก็สอดคล้องกับผล การวิจัยในอดีตที่พบว่า การเข้าถึงบริการเป็นตัวอธิบายการใช้บริการคุมกำเนิดได้ (United Nations. 1979 : 43)

การมีโครงการวางแผนครอบครัวพิเศษ

นอกจากการเข้าถึงบริการการวางแผนครอบครัวที่ดำเนินงานโดยปกติเป็นประจำแล้ว การมีโครงการวางแผนครอบครัวพิเศษ เช่น โครงการรณรงค์การวางแผนครอบครัว (Family Planning Campaigns) การมีหน่วยเคลื่อนที่ (Mobile Units) และโครงการให้สิ่งจูงใจ ในการวางแผนครอบครัว จะมีผลต่อจำนวนผู้รับบริการคุมกำเนิด ในขณะที่เดียวกันลักษณะการ ดำเนินงานเช่นนี้ในพื้นที่จะเป็นการสะท้อนนโยบายระดับสูงที่ให้การสนับสนุน เรื่องนี้มากน้อย เพียงไรด้วย

ในกรณีของประเทศไทยในช่วงเวลาประมาณ ๓ ปีที่ผ่านมา หักหน่วยงานภาครัฐบาล และเอกชนพยายามดำเนินงานวางแผนครอบครัวในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้ผู้มารับบริการเพิ่ม มากขึ้น หลักการสำคัญที่นำมาใช้ในโครงการต่าง ๆ คือการให้สิ่งจูงใจและไม่จูงใจ (Incentive and Disincentive) ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น ให้แก่ผู้ปฏิบัติงานให้แก่ชุมชน และให้แก่บุคคล และคู่สมรส (คิซิต คัททิกซ์เทพสมบัติ และมยุรี นกยูงทอง ๒๕๒๑ : ๗๕) ในหน่วยงานเอกชน เช่น สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชนได้ทำโครงการให้บริการการวางแผนครอบครัวสอดแทรก ไปในกิจกรรมชุมชน (The Community Based Integrated Rural Development = CBIRD) โครงการให้เงินเป็นสิ่งจูงใจในการวางแผนครอบครัว (The Community - Base Incentive Thailand = CBIT) และโครงการทดลองอื่น ๆ อีกมากในหมู่บ้าน ในภาค ตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ทั้งนี้เพื่อจะจูงใจให้คนมารับบริการการวางแผนครอบครัว ให้มากยิ่งขึ้น สำหรับหน่วยงานภาครัฐบาลที่ทำโครงการพิเศษที่ค่อนข้างแพร่หลายและได้ผลดีคือ

โครงการรณรงค์การวางแผนครอบครัวระดับจังหวัด ซึ่งเป็นโครงการร่วมระหว่างกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข และภาคเอกชน โครงการรณรงค์ระดับจังหวัดมุ่งที่จะเพิ่มจำนวนผู้รับบริการการคุมกำเนิดในระหว่างการรณรงค์ ซึ่งทำได้ ๓ แบบคือ แบบรณรงค์ให้บริการในวันเดียว (Super Mass Campaign) ที่ศูนย์กลางจังหวัด การรณรงค์เป็นช่วงระยะเวลาตลอดสัปดาห์หรือหนึ่งเดือนตามศูนย์อนามัยหรือโรงพยาบาลประจำอำเภอ และการจัดหน่วยเคลื่อนที่ในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ สำหรับหมู่บ้านที่ห่างไกล ผลจากการรณรงค์ในระดับจังหวัด ๓ ลักษณะดังกล่าว เริ่มทำในปี พ.ศ. ๒๕๒๔ ที่จังหวัดมหาสารคาม และในปี พ.ศ. ๒๕๒๗ ได้เพิ่มการรณรงค์ใน ๑๒ จังหวัด มีผู้รับบริการใส่ห่วงอนามัย ๔๖,๐๐๐ คน ทำหมันหญิง ๖๔,๐๐๐ คน ทำหมันชาย ๔,๕๐๐ คน และในช่วงเดือนมกราคม - พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๒๔ มีจังหวัดที่จัดรณรงค์รูปแบบนี้ ๑๔ จังหวัด มีผู้รับบริการใส่ห่วงอนามัย ๓๒,๐๐๐ คน ทำหมันหญิง ๒,๕๐๐ คน และหมันชาย ๓๐,๐๐๐ คน (บุญเลิศ เลี้ยวประไพ ๒๕๒๕ : ๕๒) จะเห็นว่าผลการรณรงค์จะทำให้มีผู้รับบริการคุมกำเนิดรายใหม่สูงขึ้นได้ในระยะเวลาอันสั้น ซึ่งอาจมีส่วนให้อัตราการคุมกำเนิดในชุมชนสูงขึ้นตามด้วย ดังนั้นถ้าชุมชนใดมีลักษณะการสนับสนุนการรณรงค์การวางแผนครอบครัวมากรั้ง ก็จะทำให้้อัตราการคุมกำเนิดในชุมชนนั้นสูงกว่าชุมชนที่ไม่มีการรณรงค์พิเศษได้

ประสิทธิภาพของการให้บริการคุมกำเนิดจากเจ้าหน้าที่ของรัฐ

นอกเหนือจากการเข้าถึงแหล่งบริการคุมกำเนิดแล้ว บุคลากรที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการให้บริการก็มีความสำคัญอย่างยิ่ง จำนวนของบุคลากรจะต้องพอเพียงที่จะให้บริการ คุณภาพของบุคลากร ไม่ว่าจะเป็นด้านความรู้ความสามารถในการแนะนำหรือทักษะในการปฏิบัติ จะมีผลต่อการยอมรับการคุมกำเนิดได้จากการศึกษาของชูเลอร์ (Schuler) ในประเทศเนปาล พบว่าการที่เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำและความรู้ที่ไม่ถูกต้องพอเพียงเกี่ยวกับการคุมกำเนิดจะมีผลทำให้บุคคลไม่ยอมรับการคุมกำเนิด (Schuler and Others. 1985 : 268) ผลการวิจัยของชูเลอร์ ที่เป็นข้อนำคิดอีกประการหนึ่งคือ ผู้รับบริการที่อยู่ในชนชั้นต่ำจะได้รับการบริการที่คุณภาพต่ำกว่าชนชั้นกลางและชั้นสูง ซึ่งเป็นการกลับกันกับสภาพความต้องการในความเป็นจริง กล่าวคือผู้ที่อยู่ในฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำย่อมต้องการได้รับบริการที่ดีที่สะดวก คำแนะนำที่สามารถเรียนรู้เข้าใจได้ง่าย ปฏิบัติง่ายจึงจะมีผลต่อการปฏิบัติการคุมกำเนิด ผู้ที่อยู่ในสถานภาพชนชั้น

สูงเป็นผู้ที่ช่วยเหลือตนเองได้ดีกว่าแล้ว ดังนั้นในทางปฏิบัติที่ถูกที่ควรผู้ที่คือโอกาสทางเศรษฐกิจ และสังคมควรเป็นผู้ที่ได้รับการที่ดี

เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการจะต้องมีความพร้อมเสมอในการให้บริการ เช่น เมื่อผู้รับบริการต้องการยา เม็ดคุมกำเนิดชนิดใดก็สามารถจัดหาให้ได้ตามชนิดที่ต้องการหรือถ้าตนเองไม่สามารถให้บริการได้ ก็จะต้องสามารถแนะนำหรือนำส่งผู้รับบริการไปยังแหล่งอื่น ๆ ได้ จากประสบการณ์ที่ผ่านมาพบว่า ผู้รับบริการจะหยุดรับบริการการวางแผนครอบครัวทันทีที่พบความยุ่งยากในการรับบริการ การรณรงค์จูงใจก่อนให้บริการพร้อมจะไม่ประสบผลสำเร็จในจำนวนผู้รับบริการ (Sannder. 1977 : 99) ดังผลจากการวิจัยของ สุบรรณ พันธ์วิศาล และคนอื่น ๆ พบว่า ผู้มารับบริการทำหมันชายในโครงการรณรงค์กรมร่วมใจการวางแผนครอบครัวของจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ จำนวนมากที่เปลี่ยนใจไม่รับบริการทั้ง ๆ ที่ตั้งใจจะมารับบริการทำหมันแล้ว ทั้งนี้เนื่องจากผู้รับบริการต้องผ่านขั้นตอนต่าง ๆ มากเกินความจำเป็นและต้องรอคิวเข้ารับบริการเป็นเวลานาน (สุบรรณ พันธ์วิศาล และคนอื่น ๆ ม.ป.ป. : ๒๔ - ๒๔)

ในการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ ผู้รับบริการต้องได้รับความพึงพอใจด้วย และผู้รับบริการที่พึงพอใจจะเป็นพลังร่วมและเป็นตัวแทนในการประชาสัมพันธ์และจูงใจให้บุคคลอื่น ๆ เข้ามาเป็นแนวร่วมมากยิ่งขึ้น (บุญเลิศ เลี้ยวประไพ ๒๕๒๔ : ๗)

จากผลการประชุมสมัยที่ ๔ ของคณะกรรมการประชากรแห่งคณะกรรมการวิชาการเศรษฐกิจและสังคมสำหรับเอเชียและแปซิฟิก (ESCAP) ได้ข้อสรุปว่า "เพื่อให้งานวางแผนครอบครัวประสบผลสำเร็จอย่างดียิ่ง ที่ประชุมยังเห็นว่าจะต้องมีการปรับปรุงระบบการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการอย่างทั่วถึง และมีโอกาสเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดที่ตนต้องการ..." (นิพนธ์ เทพวัลย์ ๒๕๒๔ : ๗) หลักสำคัญของการให้บริการที่เป็นข้อสรุปจากการประชุมนานาชาติ เรื่อง การวางแผนครอบครัวในทศวรรษ ๑๙๘๐ ได้เน้นว่าผู้ให้บริการต้องเป็นผู้นำบริการไปให้ผู้รับบริการไม่ใช่ให้ผู้รับบริการต้องมาแสวงหาเอง (International Conference on Family Planning in the 1980's. 1981 : 12 - 14) ผลจากการวิจัยหลายเรื่องสนับสนุนหลักการนี้ คือการที่มีพนักงานเยี่ยมบ้านจะช่วยเพิ่มจำนวนผู้รับบริการการคุมกำเนิดได้ (Cernada and Huang. 1968 : 1 - 6 Keeng and others. 1970 : 33)

๔.๒.๒' ตัวแปรด้านการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของชุมชน

การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม เป็นปัจจัยที่กำหนดภาวะเจริญพันธุ์ของประชากร การแก้ปัญหาประชากรของประเทศ หรือการลดภาวะเจริญพันธุ์ลงย่อมขึ้นอยู่กับสภาพโครงสร้างทางเศรษฐกิจสังคมที่พัฒนาเปลี่ยนแปลงไป งานวิจัยจำนวนมากได้พิสูจน์ให้เห็นถึงความสำคัญของปัจจัยทาง เศรษฐกิจและสังคมที่มีต่อการเจริญพันธุ์มาแล้ว ประเทศที่พัฒนามีอัตราการเจริญพันธุ์ต่ำกว่าประเทศด้อยพัฒนา (ปรกโมทย์ ประสาทกุล ๒๕๒๐ : ๑๑๑ - ๑๑๓) แม้จะมีข้อโต้แย้งในบางประเด็นที่ว่า การลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ในประเทศที่กำลังพัฒนา ไม่เหมือนกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในประเทศที่พัฒนาแล้ว กล่าวคือ ประเทศที่พัฒนาแล้วการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์เกิดขึ้นควบคู่ไปกับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ แต่ในประเทศที่กำลังพัฒนามิได้เป็นเช่นนั้น ผลการวิจัยเพื่อตรวจสอบเรื่องการวางแผนครอบครัวใน ๑๔ ประเทศในเอเชีย พบว่า ในประเทศเอเชียนั้น โปรแกรมการวางแผนครอบครัวแสดงผลกระทบต่อการเพิ่มจำนวนผู้รับบริการและอัตราผู้รับบริการมากกว่าการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม (Ness. 1984 : 1) แต่อย่างไรก็ตามก็พบว่า ถ้าให้ทั้งสองประการร่วมกันคือ ทั้งมีโปรแกรมการวางแผนครอบครัวและการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม จะทำให้อัตราการยอมรับสูงสุด เพราะโปรแกรมที่มีประสิทธิผลขึ้นอยู่กับระดับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมด้วย (Ness. 1984 : 1) จากการศึกษาวิจัยในระยะ ๑๐ กว่าปีที่ผ่านมา ปรากฏว่า การเจริญพันธุ์มีความสัมพันธ์ในทางตรงกันข้ามหรือเป็นปฏิภาคส่วนกลับกับสภาพเศรษฐกิจและสังคม (วิชูร โอสถานนท์ ๒๕๒๒ : ๑)

ในการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมกับภาวะเจริญพันธุ์ในพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่งนั้น มีผู้ศึกษาหลายระดับคือ ศึกษาระดับการพัฒนาระดับประเทศ (Cutright. 1983 Mauldin and Berelson. 1978 Perney. 1975) ระดับจังหวัด (Hermalin. 1975, 1978) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับข้อมูลดัชนีการพัฒนาย่อยๆ ในพื้นที่นั้น ๆ ในอดีตเราขาดข้อมูลระดับล่าง เช่น อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน ซึ่งเป็นการยากที่จะหาดัชนีการพัฒนาย่อยๆ ได้ แต่ปัจจุบันได้มีความพยายามที่จะพัฒนาระบบข้อมูลในระดับล่างให้มีคุณภาพดีขึ้น สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ได้สร้างดัชนีการพัฒนาระดับอำเภอขึ้น ๑๗ ตัวแปร และคิดตัวแปรที่เห็นว่ามีความสัมพันธ์กันเองออกคงเหลือ ๔ ตัวแปร (สถาบันวิจัยประชากร

และสังคม ม.ป.ป. : ๕๑ - ๕๔) ได้แก่ ๑) การกระจายประชากร ๒) ตำแหน่งระดับ การพัฒนาอำเภอ ๓) ร้อยละของชนกลุ่มน้อย ๔) ร้อยละของผู้ประกอบอาชีพนอกการเกษตร ๕) การบริโภคไฟฟ้า ๖) ร้อยละของการอ่านออกเขียนได้ ๗) อัตราตายของทารก ๘) จำนวนกิโลเมตรของถนนราดยาง ๙) การเข้าถึงธนาคาร แต่ก็ยังไม่มีผลวิจัยในประเทศไทยที่ให้ข้อมูล ว่าดัชนีการพัฒนาเหล่านี้ตัวใดมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการคุมกำเนิด มีแต่ ผลการวิจัยในประเทศมาเลเซียที่วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการพัฒนา เศรษฐกิจ และสังคม ระดับอำเภอกับภาวะเจริญพันธุ์ แล้วพบว่า ดัชนีการพัฒนาโดยดูจากร้อยละของประชากรใน เขตเมือง องค์ประกอบทางเชื้อชาติ สัดส่วนของสตรีที่จบการศึกษาระดับประถม สัดส่วนของ ผู้จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา สัดส่วนพยาบาล สัดส่วนคลินิควางแผนครอบครัว สัดส่วนของผู้ มีโทรทัศน์ สัดส่วนของผู้ไม่ได้ประกอบอาชีพเกษตรกรรม อัตราตายของทารก และสัดส่วนของ เด็กต่อสตรี มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการคุมกำเนิด (ESCAP. 1985 : 13)

จากดัชนีของการพัฒนาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้นำมาตรวจสอบกับ แนวคิดทฤษฎีที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ประกอบกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับหมู่บ้านที่มีอยู่กำหนด เป็นดัชนีที่ศึกษาระดับการพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมที่เกี่ยวกับการยอมรับการวางแผนครอบครัว ในระดับหมู่บ้าน ๕ ตัวแปรดังนี้

๑. อัตราตายของทารก
๒. อัตราการอ่านออกเขียนได้
๓. อัตราส่วนร้อยละของครัวเรือนที่มีไฟฟ้า
๔. อัตราส่วนร้อยละของครัวเรือนที่มีโทรทัศน์
๕. รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนในชุมชน

ดัชนีทั้ง ๕ ตัวนี้จะเป็นตัวบ่งชี้ระดับการพัฒนา เศรษฐกิจและสังคม ของหมู่บ้านที่เกี่ยวกับการยอมรับการคุมกำเนิด โดยเฉพาะ เรื่องอัตราตายของทารกเป็นที่ ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า ประเทศที่มีอัตราตายของทารกสูงก็จะมีอัตราภาวะเจริญพันธุ์สูงด้วย (ESCAP. 1985 b : 1) การลดลงของอัตราตายของทารกจะนำไปสู่การลดลงของภาวะ เจริญพันธุ์ มีรายงานหลายฉบับที่ชี้ชัดได้ว่าไม่มีประเทศใดในโลกที่สามารถลดอัตราการขยายตัว

ของประชากรได้สำเร็จเลย ถ้าประเทศนั้นไม่สามารถลดอัตราการเสียชีวิตของเด็กและทารก
ลงเสียก่อน เหตุผลประการหนึ่งก็คือ พ่อแม่ที่มีความมั่นใจในความอยู่รอดของลูกเท่านั้นจึงจะยินยอม
มีลูกน้อยลง (ศูนย์ประมวลข่าวสารอนามัยครอบครัว ๒๕๒๔ ๘ ๗) ผลการวิจัยจากข้อมูล WFS
ใน ๑๐ ประเทศในกลุ่ม ESCAP พบความสัมพันธ์อย่างชัดเจนระหว่างภาวะเจริญพันธุ์ต่ำกับอัตรา
การคุมกำเนิดในประเทศเกาหลี และฟิลิปปินส์ (ESCAP, 1986 : 16)

สำหรับดัชนีด้านอัตราการอ่านออกเขียนได้ อัตราส่วนร้อยละของ
ครัวเรือนที่มีไฟฟ้าใช้และอัตราส่วนร้อยละของครัวเรือนที่มีโทรทัศน์ จะเป็นดัชนีที่ชี้ถึงการพัฒนา
สังคมในด้านการสื่อสาร หมู่บ้านที่คนในหมู่บ้านมีโอกาสสัมผัสถึงสื่อมวลชนสูง คือ อ่านออกเขียนได้
มีโทรทัศน์ น่าจะมีความทันสมัยกว่า หมู่บ้านที่มีอัตราส่วนเรื่องเหล่านี้ในระดับต่ำ สื่อมวลชนด้าน
วิทยุก็มีผลเช่นเดียวกัน แต่เนื่องจากปัจจุบันเกือบทุกครัวเรือนมีวิทยุใช้จึงไม่ค่อยมีความแตกต่างกัน
ในเรื่องโอกาสการได้รับฟังข่าวสารจากทางวิทยุจึงไม่ได้นำตัวแปรนี้มาศึกษาในการวิจัยครั้งนี้

ตัวแปรด้านรายได้เฉลี่ยของครัวเรือนในชุมชน เป็นตัวแปร
ที่บ่งชี้ถึงระดับการพัฒนาเศรษฐกิจของครัวเรือนในชุมชนนั้น รายได้ในที่นี้พิจารณาจากรายได้
ก่อนหักค่าใช้จ่ายใด ๆ เพราะถือว่าบุคคลที่สามารถหารายได้ได้มากถึงแม้จะมีรายจ่ายมาก
แต่ก็ถือได้ว่ามีฐานะทางเศรษฐกิจดีกว่าผู้ที่หารายได้ได้น้อย มีบางคนใช้ดัชนี MPI
(Material Possession Index) หรือดัชนี MWB (Material - Well Being) เป็นตัว
บ่งชี้ฐานะทางเศรษฐกิจ แต่ผลจากการวิจัยพบว่า ข้ออธิบายภาวะเจริญพันธุ์ได้ไม่ดีเท่ากับวัด
จากรายได้โดยตรง (Mingsarn Santikarn, 1980 : 9)

สำหรับตัวแปรอื่น ๆ ที่มีผู้ศึกษาไว้แต่ไม่นำมาใช้ในการวิจัย
ครั้งนี้เช่น ร้อยละของประชากรในเขตเมือง องค์ประกอบเชื้อชาติ หรือสัดส่วนของผู้ไม่ประกอบ
อาชีพเกษตรกรรม และอื่น ๆ มีเหตุผลสำคัญ ๒ ประการคือ ๑) ไม่มีความแตกต่างในตัวแปร
เหล่านั้นในกลุ่มที่ศึกษา เช่น ประชากรในหมู่บ้านทุกหมู่บ้านถือเป็นประชากรในชนบททั้งสิ้นหรือ
ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมทั้งหมด ๒) ตัวแปรเหล่านั้นแม้จะเป็นตัวบ่งชี้ระดับการพัฒนา
เศรษฐกิจและสังคมทั่ว ๆ ไป แต่ไม่มีเหตุผลเชิงทฤษฎีที่สนับสนุนว่าเป็นการพัฒนาที่จะส่งผลต่อ
เรื่องของการยอมรับการคุมกำเนิด ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงพิจารณาระดับการพัฒนาเศรษฐกิจ
และสังคมของหมู่บ้าน จากตัวแปรเพียง ๕ ตัวแปรที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

ตัวแปรตาม

ในการวิจัยครั้งนี้ตัวแปรตามมีตัวแปรเดียวคือ การยอมรับการวางแผน
ครอบครัว

๔.๓) ตัวแปรการยอมรับการวางแผนครอบครัว

ในการวัดการยอมรับการวางแผนครอบครัวสามารถพิจารณาได้ ๒ ระดับ
คือ ในระดับชุมชน/พื้นที่ และในระดับตัวบุคคล

ก. การวัดการยอมรับการวางแผนครอบครัวในระดับชุมชน

ดัชนีวัดการยอมรับการวางแผนครอบครัวที่ใช้กันอยู่ทั่วไปมี ๒ ชนิด
(เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม ๒๕๒๕ : ๖๗๒ - ๖๗๖) คือ

๑. จำนวนผู้รับบริการคุมกำเนิด
๒. อัตราการใช้การคุมกำเนิด
๓. จำนวนผู้รับบริการคุมกำเนิด มักจะรวมเป็นรายปี จำแนกตาม

รายวิธีและแหล่งหรือคลินิกที่ไปรับบริการ แหล่งข้อมูลก็คือ สถิติบริการของโครงการวางแผน
ครอบครัว วิธีนี้จะมีปัญหาในกรณีของการนับซ้ำ เนื่องจากเป็นการนับจำนวนผู้รับบริการรายใหม่จาก
แต่ละคลินิก เช่น ผู้ที่ถูกจัดนับเป็นผู้รับบริการรายใหม่ที่เข้าคุมกำเนิดที่คลินิกหมายเลข ๑ อาจ
เป็นผู้รับบริการที่เปลี่ยนมาจากผู้ที่เคยรับบริการที่คลินิกหมายเลข ๒ มาแล้ว หรืออาจจะเปลี่ยน
วิธีจากยาเม็ดคุมกำเนิดเป็นห่วงอนามัย ถ้าผู้รับบริการรายนี้เปลี่ยนวิธีภายในปีเดียวกันจะถูก
จัดนับเป็นผู้รับบริการรายใหม่ ๒ คน คือ คนหนึ่งใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดอีกคนหนึ่งใช้ห่วงอนามัย
จึงจำเป็นต้องระบุน่าจะมีการนับซ้ำประมาณสักเท่าใด โดยระบุแยกกว่าเป็นผู้รับบริการรายใหม่หรือ
เป็นผู้รับบริการรายเก่าที่เปลี่ยนวิธี เปลี่ยนคลินิกรับบริการ

๒. อัตราการคุมกำเนิด (Contraceptive Prevalence Rate)

อัตราการคุมกำเนิด หมายถึง อัตราร้อยละของหญิงในวัย
เจริญพันธุ์หรืออุ้มสมรสที่กำลังใช้วิธีคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่งในเวลาและในพื้นที่ที่กำหนด ซึ่งคำนวณ
ได้จากสูตรดังนี้

$$\text{อัตราการคุมกำเนิด} = \frac{\text{จำนวนผู้ที่กำลังใช้วิธีคุมกำเนิด} \times ๑๐๐}{\text{จำนวนหญิงในวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสทั้งหมด}}$$

ในการวัดการยอมรับการคุมกำเนิดในชุมชนใดในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง นั้น อัตราการคุมกำเนิดจะทำให้เห็นภาพของการคุมกำเนิดในชุมชนนั้นชัดเจนกว่าดูจากจำนวนผู้รับบริการ เพราะถ้าในกรณีที่เป็นการคุมกำเนิดแบบชั่วคราวแล้ว จำนวนผู้รับบริการรายใหม่ไม่ได้บ่งชี้การรับการคุมกำเนิดที่แท้จริง ถ้าปราศจากซึ่งการใช้อย่างต่อเนื่อง หรือที่เรียกว่า อัตราการคงใช้ (Continuation Rate) อัตราการคงใช้จึงสัมพันธ์กับอัตราการใช้การคุมกำเนิดอย่างมาก

อัตราการคงใช้ (Continuation Rate)

อัตราการคงใช้วิธีคุมกำเนิด เป็นดัชนีที่สร้างขึ้นมาเพื่อเป็นเครื่องชี้หรืออธิบายความต่อเนื่องของการใช้บริการคุมกำเนิดแบบชั่วคราว

อัตราคงใช้วิธีการคุมกำเนิด หมายถึง โอกาส (Probability)

ที่ผู้รับบริการรายใหม่จำนวนหนึ่ง เมื่อรับบริการวิธีคุมกำเนิดชั่วคราวอย่างหนึ่งอย่างใดไปแล้ว จะยังมีผู้ที่ยังคงใช้วิธีคุมกำเนิดชนิดนั้นอย่างต่อเนื่องติดต่อกันเหลืออยู่เท่าใด ตามระยะเวลาที่ต้องการศึกษา (อรทัย รวยอรุณ ๒๕๒๔ : ๔๑)

ตัวอย่างเช่น อัตราการคงใช้ของผู้รับบริการยาคุมกำเนิดของประเทศ ไทย ซึ่งรับบริการครั้งแรกในระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๒๐ - พ.ศ. ๒๕๒๒ เท่ากับร้อยละ ๖๓.๖, ๔๘.๘, ๓๘.๔ และ ๒๗.๓ เมื่อสิ้นระยะเวลา ๑๒ เดือน ๒๔ เดือน ๓๖ เดือน และ ๔๘ เดือน ตามลำดับ ก็หมายความว่าผู้รับบริการยาเม็ดคุมกำเนิดรายใหม่ กลุ่มที่รับบริการในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๒๐ - ๒๕๒๔ จำนวน ๑๐๐ คน เมื่อรับบริการไปแล้วจะคงเหลือผู้ที่ยังคงรับประทานยาคุมอยู่ ๖๓.๖ คน หลังบริการไป ๑๒ เดือน และเหลือเพียง ๔๘.๘ คน ๓๘.๔ คน และ ๒๗.๒ คน หลังจากการรับบริการไป ๒ ปี, ๓ ปี และ ๔ ปี ตามลำดับ

จากสภาพความเป็นจริงที่ว่า วิธีคุมกำเนิดที่รัฐให้บริการแก่ประชาชนนั้น มีทั้งวิธีถาวรเพื่อยุติการมีบุตรและวิธีชั่วคราวเพื่อเว้นระยะการมีบุตร ดังนั้นการกำหนดเป้าหมายจำนวนผู้รับบริการรายใหม่เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานและประเมินผลงานแต่เพียงประการเดียว

นั้น ย่อมไม่เป็นการเพียงพอ เพราะการมีจำนวนผู้รับบริการรายใหม่ที่สูงตามเป้าหมาย (โดยเฉพาะวิธีชั่วคราว) มิได้เป็นหลักประกันเสมอไปว่า อัตราเพิ่มหรืออัตราเกิดของประชากร จะลดลงในระดับที่ต้องการได้ ทั้งนี้เพราะการใช้บริการคุมกำเนิดที่ต่อเนื่องในระยะเวลาที่ย่อมสามารถป้องกันการเกิดได้ดีกว่าและมากกว่าการใช้บริการระยะสั้น ๆ ประสบการณ์ของโครงการวางแผนครอบครัวในประเทศอื่น ๆ ได้ชี้ให้เห็นว่า ไม่เพียงแต่จำนวนผู้รับบริการรายใหม่เท่านั้นที่มีความสำคัญต่อผลสำเร็จของโครงการ หากแต่ว่าระยะเวลาการใช้วิธีการคุมกำเนิดที่ต่อเนื่องไม่ว่าจะวิธีคุมกำเนิดชนิดชั่วคราววิธีแรก ๆ หรือวิธีต่อ ๆ มา นับว่ามีบทบาทสำคัญมากต่อความสำเร็จในการลดอัตราเพิ่มประชากร (Winich Asavasena and Rosenfiels, Allan G. 1974)

การศึกษาอัตราการคงใช้วิธีการคุมกำเนิดสามารถศึกษาได้ทั้งระดับประเทศ จังหวัด หรืออาจจะศึกษาอัตราการคงใช้รวมหรือแยกประเภทตามวิธีการคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่งก็ได้ นอกจากนี้ยังสามารถศึกษาอัตราการคงใช้โดยจำแนกตามคุณลักษณะต่าง ๆ ของผู้รับบริการ เช่น อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ศึกษาชั้นหรือยาวนานอยู่กับวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา อย่างน้อยอาจเป็น ๖ เดือน ๑ ปี ๒ ปี หรือ ๓ ปี

การศึกษาอัตราการคงใช้วิธีการคุมกำเนิดเป็นการศึกษาจากกลุ่มผู้รับบริการรายใหม่ที่มีลักษณะเฉพาะอย่างใดอย่างหนึ่ง (Cohort Study) เช่น กลุ่มผู้รับบริการรายใหม่ในช่วงระยะเวลาเดียวกัน แหล่งข้อมูลอาจหาได้จากทะเบียนประวัติผู้รับบริการที่มีการบันทึกไว้อย่างสมบูรณ์ เช่น ผู้รับบริการเริ่มเมื่อใด คงใช้ยู่ถึงเดือนใด เลิกใช้ในเดือนใด หรืออาจอาศัยข้อมูลจากการสำรวจ สัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถาม

ข. การวัดการยอมรับการวางแผนครอบครัวระดับบุคคล

ในการจำแนกผู้ที่ยอมรับการวางแผนครอบครัวได้มีการจำแนกไว้ ๓ ประเภท คือ

๑. จำแนกตามสถานภาพของการคุมกำเนิด (Status of Contraception) (Chung and Others. 1972 : 22) ได้ ๑๒ แบบ ดังต่อไปนี้คือ

| <u>อดีต</u> | <u>ปัจจุบัน</u> | <u>อนาคต</u> |
|---------------|--|--------------|
| ๑. ไม่ปฏิบัติ | ไม่ตระหนัก | - |
| ๒. ไม่ปฏิบัติ | ตระหนัก - ไม่ต้องการ | จะไม่ปฏิบัติ |
| ๓. ไม่ปฏิบัติ | ตระหนัก - ไม่ต้องการ | จะปฏิบัติ |
| ๔. ไม่ปฏิบัติ | ตระหนัก - ต้องการ | จะไม่ปฏิบัติ |
| ๕. ไม่ปฏิบัติ | ตระหนัก - ต้องการ | จะปฏิบัติ |
| ๖. ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ - ไม่มีเหตุผล* | จะไม่ปฏิบัติ |
| ๗. ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ - ไม่มีเหตุผล | จะปฏิบัติ |
| ๘. ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ - มีเหตุผล | จะไม่ปฏิบัติ |
| ๙. ปฏิบัติ | ไม่ปฏิบัติ - มีเหตุผล | จะปฏิบัติ |
| ๑๐. ปฏิบัติ | ปฏิบัติ | จะไม่ปฏิบัติ |
| ๑๑. ปฏิบัติ | ปฏิบัติ | จะปฏิบัติ |
| ๑๒. ปฏิบัติ | ทำหมิ่นชาย | - |
| ๑๓. ปฏิบัติ | ทำหมิ่นหญิง (เพื่อป้องกัน การตั้งครรภ์) | - |
| ๑๔. ปฏิบัติ | ทำหมิ่นหญิง (ด้วยเหตุผลอื่น ๆ) | - |

๒. จำแนกตามผู้ใช้ (Users) ไว้ ๒ แบบ คือ (United Nations. 1969 : 1 - 95)

*ไม่มีเหตุผล คือ มีเหตุผลที่นอกเหนือไปจากเหตุผลต่อไปนี้ :- ดั้งครรภ์ สามีไม่อยู่ เป็นหมันโดยธรรมชาติ และต้องการบุตรเพิ่ม ในกรณีของอาการไม่สบายจากวิธีการคุมกำเนิด อาจเป็นเหตุผลพอเพียงสำหรับตัวบุคคลที่ไม่ปฏิบัติการคุมกำเนิด แต่ถือว่าไม่มีเหตุผลพอเพียง สำหรับการวางแผนครอบครัว

แบบที่ ๑ แบ่งเป็น

- ๑.๑ ผู้ไม่เคยใช้ (Never Users) คือผู้ที่ไม่เคยใช้วิธี
การคุมกำเนิดใด ๆ มาก่อนเลย
- ๑.๒ ผู้ที่เคยใช้ (Ever Users) คือ ผู้ที่เคยใช้วิธีคุมกำเนิด
วิธีใดวิธีหนึ่ง ซึ่งรวมผู้ที่เคยใช้ในอดีต (Past Users) ปัจจุบันไม่ได้ใช้และผู้ที่กำลังใช้อยู่ใน
ปัจจุบัน (Current users)

แบบที่ ๒ แบ่งเป็น

- ๒.๑ ผู้ที่กำลังใช้ในปัจจุบัน (Current Users) คือ ผู้ที่
กำลังใช้วิธีการคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่งในปัจจุบัน
- ๒.๒ ผู้ที่ปัจจุบันไม่ได้ใช้ (Current Non Users) คือ
ผู้ที่ปัจจุบันไม่ได้ใช้วิธีการคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่งในปัจจุบัน ซึ่งได้รวมผู้ที่เคยใช้ในอดีต
(Past users) และผู้ที่ไม่เคยใช้ (Never users) เข้าด้วยกัน
- ข้อมูลในการบ่งชี้การยอมรับคุมกำเนิดในปัจจุบันมีความสำคัญ
แก่ผู้ที่กำลังใช้การคุมกำเนิด (Current Users) มากกว่ากลุ่มผู้เคยใช้ในอดีต (Past Users)
เพราะกลุ่มผู้ที่เคยใช้ในอดีตจะไม่มีผลต่อการป้องกันการเกิดในปัจจุบันและอนาคต กลุ่มผู้เคยใช้
ในอดีตจึงมีค่าเทียบเคียงกับกลุ่มที่ไม่เคยใช้ในปัจจุบันนั่นเอง

๓. จำแนกตามระดับของการยอมรับ ได้ ๒ แบบคือ (สมิท สมิทการ
๒๕๒๒ : ๑๕)

๓.๑ ยอมรับในระดับความคิด เริ่มจากการที่บุคคลยอมรับ
ข่าวสารเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว เนื่องจากมีความสนใจอยู่บ้าง จากข่าวสารที่ได้รับก่อให้เกิด
เกิดความคิดพิจารณาหรือทัศนคติต่อการวางแผนครอบครัว เห็นความจำเป็นของการคุมกำเนิด

๓.๒ ยอมรับในระดับปฏิบัติ ได้แก่ การคุมกำเนิด

จากระดับการยอมรับ ๒ แบบสามารถแบ่งกลุ่มคนได้

๔ ประเภท คือ

๑. ไม่ยอมรับในระดับความคิด และไม่ใช้วิธีคุมกำเนิด
๒. ยอมรับในระดับความคิดและไม่ใช้วิธีคุมกำเนิด
๓. ยอมรับในระดับความคิด แต่ใช้วิธีที่มีประสิทธิภาพต่ำ
๔. ยอมรับในระดับความคิดและใช้วิธีที่มีประสิทธิภาพสูง

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ต้องการศึกษาการปฏิบัติจริงและในกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนไม่มากนัก ในช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง จึงใช้การวัดการยอมรับระดับชุมชนด้วย อัตราการคุมกำเนิดและวัดการยอมรับระดับบุคคล เป็นสองกลุ่มคือ ผู้ที่กำลังใช้วิธีการคุมกำเนิดในปัจจุบันกับผู้ที่ไม่ได้ใช้การคุมกำเนิดในปัจจุบัน

๔.๔ สรุปตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีดังนี้

ตัวแปรต้น

๔.๔.๑ ปัจจัยระดับบุคคล

ด้านประชากรมี ๑ ตัวแปรคือ จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่จริง

ด้านเศรษฐกิจและสังคมมี ๔ ตัวแปรคือ ๑) การศึกษาภรรยา

๒) การศึกษาสามี ๓) รายได้ของครัวเรือน ๔) การเข้าร่วมแรงงานสตรี

ด้านจิตวิทยามี ๔ ตัวแปรคือ ๑) ความทันสมัยของบุคคล

๒) ค่านิยมต่อบุตร ๓) การรับรู้การสนับสนุนจากสังคม ๔) การรับรู้การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด

๔.๔.๒ ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม

ด้านโปรแกรมการวางแผนครอบครัวมี ๓ ตัวแปรคือ

๑) การเข้าถึงบริการการวางแผนครอบครัว ๒) การมีโครงการวางแผนครอบครัวพิเศษ

๓) ประสิทธิภาพการให้บริการการวางแผนครอบครัวจากเจ้าหน้าที่รัฐ

ด้านการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของชุมชนมี ๔ ตัวแปรคือ

๑) อัตราตายของทารก ๒) อัตราการอ่านออกเขียนได้ ๓) อัตราส่วนร้อยละของครัวเรือนที่มี

ไฟฟ้า ๔) อัตราส่วนร้อยละของครัวเรือนที่มีโทรทัศน์ ๕) รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนในชุมชน

ตัวแปรตาม

๑. ระดับบุคคลมี ๑ ตัวแปรคือ การยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิด
๒. ระดับชุมชน มี ๑ ตัวแปรคือ อัตราการยอมรับการคุมกำเนิด



บทที่ ๓

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องอิทธิพลของปัจจัยระดับบุคคล และปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการยอมรับการคุมกำเนิดในจังหวัดที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ เป็นการวิจัยเพื่อหาทางดำเนินงานในท้องที่มีปัญหา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่เป้าหมายสำหรับการเร่งรัดการวางแผนครอบครัว ในแผนปฏิบัติการด้านการวางแผนครอบครัวในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (พ.ศ. ๒๕๓๐ - ๒๕๓๕)

วิธีดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้จะใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เป็นหลัก เพื่อหาปัจจัยที่เป็นตัวบ่งชี้การยอมรับการคุมกำเนิดในท้องที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงและต่ำ โดยพิจารณาทั้งปัจจัยระดับบุคคล และปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยคัดเลือกตัวแปรโดยศึกษาจากทฤษฎีแนวคิดและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นอกจากใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณแล้ว ผู้วิจัยจะใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ประกอบด้วย ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้อย่างน้อยบางส่วนเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ยากต่อการจะเข้าถึง คือกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ยอมรับการคุมกำเนิดในปัจจุบัน แนวคิดทฤษฎีที่ได้จากสังคมตะวันตกและข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เกิดขึ้นอาจไม่ครอบคลุมกลุ่มตัวอย่างลักษณะนี้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพประกอบโดยใช้เทคนิควิธีสนทนากลุ่ม (Focus Groups) ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

๑. ทำคู่มือการสนทนา (Guide Line) เป็นคำถามต่าง ๆ ที่เตรียมไว้ตามเรื่องที่ต้องการศึกษาโดยสังเขป เพื่อให้สะดวกแก่พิธีกรในการนำการสนทนา และควบคุมการสนทนาให้อยู่ในขอบเขตที่ต้องการ และให้ได้ข้อมูลตรงกับประเด็นที่ต้องการและง่ายต่อการวิเคราะห์

๒. จัดเตรียมกลุ่มสนทนา โดยเลือกกลุ่มคนเข้าสนทนาตามเกณฑ์คือ กลุ่มภรรยาของคู่สมรสที่ไม่ยอมรับการคุมกำเนิดในหมู่บ้านกลุ่มละ ๖ - ๘ คน

๓. จัดเตรียมบุคลากรในการจัดกลุ่มสนทนา คือ

๓.๑ พิธีกร (Moderator) เป็นบุคคลสำคัญที่นำการสนทนา และควบคุมให้การสนทนาอยู่ในประเด็นตามข้อคำถามที่วางไว้ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แจ่มชัดมากที่สุด ภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้

๓.๒ ผู้จดบันทึกการสนทนา (Note Taker) เป็นบุคคลที่ทำหน้าที่จดบันทึกคำสนทนาทุกคำพูดของกลุ่มสนทนา เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการถอดเทป สำหรับใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

๓.๓ เจ้าหน้าที่บริการทั่วไป เป็นบุคคลที่ทำหน้าที่ให้บริการต่าง ๆ แก่ผู้เข้าร่วมสนทนา เช่น จัดอำนวยความสะดวกเรื่อง เครื่องดื่ม อาหารว่าง คอยดูแลไม่ให้มีบุคคลหรือสิ่งภายนอกอื่น ๆ มาทำลายบรรยากาศของการสนทนา คอยเปลี่ยนม้วนเทป ฯลฯ

๔. วิธีการบันทึกข้อมูล ขณะดำเนินการจดบันทึกข้อมูลไว้ในสองลักษณะคือ

๔.๑ การจดบันทึกโดยผู้จดบันทึก

๔.๒ การบันทึกเสียง (Record) โดยใช้เทปบันทึกเสียง หลังจากเสร็จสิ้นการสนทนาจะทำการถอดเทปเป็นตัวอักษรแล้วผนวกกับข้อมูลที่ได้จากการจดบันทึกนำมาวิเคราะห์ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังใช้วิธีการสัมภาษณ์แนวลึกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการดำเนินการกิจกรรมการวางแผนครอบครัวในอนาคต

๑. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกจังหวัดศรีสะเกษเป็นตัวอย่างกรณีศึกษา เพราะเป็นจังหวัดที่เป็นพื้นที่เป้าหมายของการเร่งรัดการวางแผนครอบครัวในแผนปฏิบัติการทางด้านการวางแผนครอบครัวในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๖ (พ.ศ. ๒๕๓๐ - ๒๕๓๕) ประกอบด้วยมีคู่สมรสวัยเจริญพันธุ์อยู่จำนวนมาก การเปลี่ยนแปลงการยอมรับการคุมกำเนิดในท้องที่จึงมีความสำคัญมาก นอกจากนี้จังหวัดศรีสะเกษยังมีความแตกต่างในระดับการยอมรับการคุมกำเนิดในแต่ละท้องที่อยู่มาก คือมีบางท้องที่ที่มีอัตราคุมกำเนิดสูงกว่าระดับเฉลี่ยของประเทศ คือสูงกว่า

ร้อยละ ๕๕ ขณะที่บางห้องที่มีอัตราคุมกำเนิดเพียงร้อยละ ๓๐ ซึ่งนับว่าต่ำมาก (ข้อมูลจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พุทธศักราช ๒๕๒๔) การศึกษาในจังหวัดนี้จึงทำให้สามารถพิจารณาความแตกต่างของระดับการคุมกำเนิดในแต่ละห้องได้ด้วย ดังนั้นประชากรที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของการวิจัยครั้งนี้คือ ประชากรที่อาศัยอยู่ในจังหวัดศรีสะเกษ แต่เนื่องจากต้องการศึกษาทั้งในห้องที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงและอัตราการคุมกำเนิดต่ำ จึงใช้เกณฑ์การแบ่งห้องที่เป็นหลักในการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนดังนี้



ขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง

จังหวัดศรีสะเกษ

อำเภอที่มีอัตราคุมกำเนิดสูง (ร้อยละ ๕๐ ขึ้นไป) อำเภอที่มีอัตราคุมกำเนิดต่ำ (ต่ำกว่า ร้อยละ ๕๐)

กลุ่มอำเภอที่มีอัตราคุมกำเนิดสูง ๑ อำเภอ

กลุ่มอำเภอที่มีอัตราคุมกำเนิดต่ำ ๑ อำเภอ

ตำบลที่มีอัตราคุมกำเนิดสูง

ตำบลที่มีอัตราคุมกำเนิดต่ำ

ตำบลที่มีอัตราคุมกำเนิดสูง

ตำบลที่มีอัตราคุมกำเนิดต่ำ

กลุ่มตำบลที่มีอัตราคุมกำเนิดสูง ๓ ตำบล

กลุ่มตำบลที่มีอัตราคุมกำเนิดต่ำ ๓ ตำบล

กลุ่มตำบลที่มีอัตราคุมกำเนิดสูง ๓ ตำบล

กลุ่มตำบลที่มีอัตราคุมกำเนิดต่ำ ๓ ตำบล

กลุ่มตัวอย่างระดับหมู่บ้าน

กลุ่มหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงมาตำบลละ ๕ หมู่บ้าน (รวม ๑๕ หมู่บ้าน)

กลุ่มหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำมาตำบลละ ๕ หมู่บ้าน (รวม ๑๕ หมู่บ้าน)

ในแต่ละหมู่บ้านจำแนกคู่สมรสวัยเจริญพันธุ์ เป็น ๒ กลุ่ม

ในแต่ละหมู่บ้านจำแนกคู่สมรสวัยเจริญพันธุ์ เป็น ๒ กลุ่ม

คู่สมรสที่ยอมรับการคุมกำเนิด

คู่สมรสที่ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด

คู่สมรสที่ยอมรับการคุมกำเนิด

คู่สมรสที่ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด

กลุ่มตัวอย่างระดับบุคคล

กลุ่มคู่สมรสที่ยอมรับการคุมกำเนิด ๑๐ คู่

กลุ่มคู่สมรสที่ไม่ยอมรับการคุมกำเนิดมา ๑๐ คู่

กลุ่มคู่สมรสที่ยอมรับการคุมกำเนิดมา ๑๐ คู่

กลุ่มคู่สมรสที่ไม่ยอมรับการคุมกำเนิดมา ๑๐ คู่



จากขั้นตอนในการจัดตัวอย่าง จะได้หมู่บ้านตัวอย่าง ๓ หมู่บ้าน เป็นหมู่บ้านที่มีอัตรา การคุมกำเนิดสูง ๑๔ หมู่บ้าน และต่ำ ๑๔ หมู่บ้าน จำนวนสตรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำอย่างน้อย ๒๐๐ ตัวอย่าง (รายชื่อหมู่บ้านอยู่ในตาราง ๑ ภาคผนวก ก.)

การทำเทคนิคสนทนากลุ่มในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง จัดทำ ๑ กลุ่ม โดยสุ่ม หมู่บ้านมา ๑ หมู่บ้าน จาก ๑๔ หมู่บ้าน ที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง นัดหมายผู้ที่ไม่ยอมรับการคุม กำเนิดในหมู่บ้านนั้น ๖ - ๘ คน เพื่อจัดกลุ่มสนทนา สำหรับในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ จากการสำรวจขั้นต้นพบว่า มีความแตกต่างในด้านภาษาพูดในกลุ่มหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ ๒ กลุ่ม คือ ภาษาเขมรและภาษาส่วย จึงจัดการสนทนากลุ่มในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ ๒ กลุ่มตามภาษาพูด โดยจัดแบ่งหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ เป็น ๒ กลุ่มตามภาษาและสุ่ม หมู่บ้านมาอย่างละ ๑ หมู่บ้าน คัดเลือกสตรีผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิดในหมู่บ้านที่สุ่มได้หมู่ละ ๖ - ๘ คน เพื่อจัดกลุ่มสนทนา

สำหรับการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ใหญ่บ้าน อ.สม. สัมภาษณ์บุคคลดังกล่าว ในทุกหมู่บ้านที่สุ่มได้ เป็นกลุ่มตัวอย่าง

๒. เครื่องมือและการสร้างเครื่องมือ

จากกรอบแนวความคิดในการวิจัย เพื่อให้ได้ข้อมูลตามต้องการแต่ละตัวแปรจะใช้ เครื่องมือดังนี้

| <u>ตัวแปร</u> | <u>เครื่องมือ</u> | <u>แหล่งข้อมูล</u> |
|--------------------------------|-------------------|--------------------|
| ปัจจัยระดับบุคคล | | |
| ๑. ด้านประชากร | | |
| - จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่จริง | แบบสำรวจ | สตรีกลุ่มตัวอย่าง |
| ๒. ด้านเศรษฐกิจและสังคม | | |
| - การศึกษาสามี, ภรรยา | แบบสำรวจ | สตรีกลุ่มตัวอย่าง |

| <u>ตัวแปร</u> | <u>เครื่องมือ</u> | <u>แหล่งข้อมูล</u> |
|--------------------------------------|--|-------------------------------|
| - การเข้าร่วมแรงงานของสตรี | แบบสำรวจ | สตรีกลุ่มตัวอย่าง |
| - รายได้ของครัวเรือน | | |
| ๓. <u>ด้านจิตวิทยา</u> | | |
| - ความทันสมัยของบุคคล | - แบบวัดความทันสมัย | |
| - คำนิยมค่อบุตร | - แบบวัดค่านิยมค่อบุตร | |
| - การรับรู้การสนับสนุนจากสังคม | - แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนจากสังคม | สตรีกลุ่มตัวอย่าง |
| - การรับรู้การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด | - แบบวัดการรับรู้การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด | |
| ๔. <u>การยอมรับการคุมกำเนิด</u> | - แบบสำรวจการยอมรับการคุมกำเนิด | สตรีกลุ่มตัวอย่าง* |
| | - เทคนิคการสนทนากลุ่ม | ผู้เข้าร่วมสนทนา |
| | - แบบสัมภาษณ์ | เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ |

* หมายเหตุ : ข้อมูลระดับครัวเรือน สัมภาษณ์จากภรรยาแทนสามี เพราะเรื่องเกี่ยวกับบุตร และการคุมกำเนิดบทบาทส่วนใหญ่ในสังคมไทยอยู่ที่ฝ่ายสตรีมากกว่าสามี และจากผลการวิจัยพบว่า ในสังคมไทยสามีและภรรยามีความคิดเห็นและทัศนคติต่อการมีบุตรสอดคล้องกันในระดับสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งทัศนคติต่อการคุมกำเนิดและความต้องการบุตรเพิ่ม และไม่มี ความแตกต่างกันในกลุ่มที่มีสถานภาพทาง เศรษฐกิจและสังคมต่างกัน (กิริณันท์ สุขนิรันตพงศ์ ๒๕๒๔ : ก)

| <u>ตัวแปร</u> | <u>เครื่องมือ</u> | <u>แหล่งข้อมูล</u> |
|--|--|--|
| <u>ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม</u> | | |
| ๑. โปรแกรมการวางแผนครอบครัว | | |
| - การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด | แบบสำรวจ | เจ้าหน้าที่สาธารณสุข |
| - โปรแกรมการวางแผนครอบครัวพิเศษ | | ประจำหมู่บ้าน (อสม.) |
| - ประสิทธิภาพของการให้บริการคุมกำเนิด | แบบประเมิน | ผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้าน) |
| | ประสิทธิภาพ | |
| ๒. การพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมของชุมชน | | |
| - อัตราตายของทารก | } แบบสำรวจกับ แบบประเมินผล โครงการ กชช.๒ค.* | ผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้าน) และกวมพัฒนาชุมชน |
| - อัตราการอ่านออกเขียนได้ | | |
| - อัตราส่วนร้อยละของครัวเรือนที่มีไฟฟ้าใช้ | | |
| - อัตราส่วนร้อยละของครัวเรือนที่มีโทรศัพท์มือถือ | | |
| - รายได้เฉลี่ยของครัวเรือน | | |

* กชช.๒ค. หมายถึง แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานระดับหมู่บ้าน ซึ่งสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เป็นเครื่องมือในการสำรวจสภาพความเป็นอยู่ของประชาชนในหมู่บ้าน ในด้านสภาพทั่วไปและโครงสร้างพื้นฐานภายในหมู่บ้าน ด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยทดลองเก็บข้อมูลบางพื้นที่ ในปี พ.ศ. ๒๕๒๔ และทุกพื้นที่ในปี พ.ศ. ๒๕๒๗ และจะเก็บข้อมูลในทุก ๆ ๒ ปี

การสร้างเครื่องมือ

จากเครื่องมือในการวิจัยดังกล่าวข้างต้น นำมาจัดเป็นชุดของแบบสัมภาษณ์ตามผู้ให้ข้อมูลได้ ๕ ชุดคือ

๑. แบบสัมภาษณ์สตรีกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งประกอบด้วย

- แบบสำรวจข้อมูลทางด้านประชากร เศรษฐกิจ และสังคม
- แบบวัดทางจิตวิทยา ได้แก่ การรับรู้การสนับสนุนการคุมกำเนิดจากสังคม

การรับรู้การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด ความทันสมัยของบุคคล ค่านิยมที่มีต่อบุตร

- แบบสำรวจการยอมรับบริการคุมกำเนิด

๒. แบบสัมภาษณ์ อสม.

- แบบวัดการเข้าถึงบริการคุมกำเนิด
- แบบสำรวจการมีโครงการวางแผนครอบครัวพิเศษ

๓. แบบสัมภาษณ์ผู้ใหญ่บ้าน

- แบบประเมินประสิทธิภาพของการให้บริการคุมกำเนิด
- แบบสำรวจตัวแปรด้านการพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมของชุมชน

๔. แนวคำถามสนทนากลุ่ม

๕. แนวคำถามเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ดำเนินการสร้างเครื่องมือทั้ง ๕ ชุด โดยมีขั้นตอนของการสร้างที่สำคัญดังนี้

๑. ทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎี แนวคิด และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
๒. พัฒนารอบของการวัดแต่ละตัวแปรตามแนวคิดหลักการและเหตุผลในข้อ ๑

ทั้งตัวอย่าง เช่น

- แบบวัดความทันสมัย พัฒนามาจากแนวคิดของหลายคน เช่น ฟอว์เซท

(Fawcett. 1970, 1973) ฟรีดแมน (Freedman. 1963) ฮอว์ธอร์น (Hawthorn. 1970)

อิงคิเลส และสมิทท์ (Inkeles and Smith. 1974) และนำมาประยุกต์ให้เข้ากับสังคมไทย

ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับภาวะเจริญพันธุ์ กำหนดคุณลักษณะของความทันสมัยของบุคคลประกอบด้วย

ความใจกว้างยอมรับการเปลี่ยนแปลง เห็นคุณค่าของเวลา มุ่งอนาคตมากกว่าอดีต มีการวางแผนการณืล่วงหน้า เชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ไม่เชื่อโชคชะตา ให้ความสำคัญทางเศรษฐกิจสูง

- แบบวัดค่านิยมที่มีต่อบุตร - พัฒนาจากแนวคิดของ ฮอฟแมน (Hoffman L.W. 1978 : 16 - 76) และจากการวิจัยสำรวจของสถาบันประชากรอีสต์-เวสต์ (East - West Population Institute) ที่กำหนดมองคุณค่าของเด็กออกเป็นทั้งทรงค่านิยมประโยชน์และเสียประโยชน์ เช่น ลูกทำให้เกิดความสุขในชีวิตครอบครัว หรือลูกทำให้เสียค่าใช้จ่าย

๓. พัฒนาเครื่องมือตามกรอบแนวคิดที่กำหนดไว้ในข้อ ๒

๓. การทดลองและหาประสิทธิภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่สร้างขึ้นจะนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) แล้วจึงนำไปทดลองใช้กับชาวลาวที่อาศัยอยู่ในตำบลฝั่มซ้าง อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม และผู้ย้ายถิ่นมาจากจังหวัดสุรินทร์ ศรีสะเกษที่มาทำงานก่อสร้างในเขตตลิ่งชัน กรุงเทพมหานคร แล้วนำผลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก ความยากง่าย ความเชื่อถือ สำหรับแบบวัด ถ้าเป็นแบบสำรวจ สัมภาษณ์อื่น ๆ และเทคนิคการสนทนากลุ่มจะพิจารณาภาษาที่ใช้ ความสามารถในการสื่อสารเข้าใจตรงกันหรือไม่ แล้วนำผลมาปรับปรุงเพื่อเป็นเครื่องมือที่จะใช้จริงต่อไป (ตัวอย่างเครื่องมืออยู่ในภาคผนวก ข.)

๔. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ด้วยตนเอง โดยอาศัยพนักงานสัมภาษณ์ช่วยเฉพาะกรณีเก็บจากตัวอย่างคู่สมรสที่มีจำนวนมาก โดยได้คัดเลือกจากนักศึกษาวิทยาลัยครูสุรินทร์ที่มีประสบการณ์จากภาคสนามและที่สามารถพูดภาษาถิ่นได้ จำนวน ๑๐ คน และจัดทำการฝึกอบรมก่อนออกปฏิบัติจริง ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความเชื่อถือได้ข้อมูลจากพนักงานสัมภาษณ์โดยการสัมภาษณ์ซ้ำร้อยละ ๕ ของกลุ่มตัวอย่าง

ในการจัดสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยเป็นผู้ควบคุมการจัดสนทนากลุ่มแต่ใช้ชื่อบริการ (Moderator) ที่เป็นนักวิจัยที่มีประสบการณ์ในเทคนิคนี้เป็นผู้ดำเนินการสนทนา การสัมภาษณ์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ใหญ่บ้าน และ อ.ส.ม. ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ด้วยตนเอง

๔. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแยกออกเป็น ๒ ประเภท คือ

๔.๑ ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มวิเคราะห์ โดยถอดความออกมาจากแถบบันทึกเสียง แล้วจัดคำตอบให้เป็นหมวดหมู่ โดยใช้บัตรบันทึกเพื่อแยกเรื่องและวิเคราะห์ข้อมูลออกมาในเชิงพรรณนา

๔.๒ ข้อมูลจากเครื่องมืออื่น ๆ วิเคราะห์ในเชิงปริมาณ โดยได้จัดทำรหัสและวิเคราะห์ด้วยเครื่องจักรสมองกล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

๔.๑ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงคุณภาพของเครื่องมือ มีดังนี้

๔.๑.๑ การวิเคราะห์อำนาจจำแนกรายข้อ หากค่าอำนาจของข้อคำถามตามวิธีของลิเคิร์ต (Likert) (วิเชียร เกตสิงห์ ๒๕๒๔ : ๑๓๗ สมบูรณ์ ชิตพงศ์ ม.ป.ป. : ๓๕)

๔.๑.๑.๑ ตรวจสอบคะแนนแต่ละข้อตาม เกณฑ์ค่าน้ำหนักการจัดอันดับคุณภาพแล้ว รวมคะแนนทุกข้อ เข้าด้วยกัน

๔.๑.๑.๒ เรียงลำดับคะแนนของผู้ตอบตามคะแนนสูงไปหาต่ำแล้วแยกกลุ่มผู้ที่ได้คะแนนสูง กลุ่มผู้ที่ได้คะแนนต่ำแต่ละกลุ่มเป็นจำนวนร้อยละ ๒๕ ของผู้ตอบทั้งหมด

๔.๑.๑.๓ นำคะแนนข้อสอบแต่ละข้อของผู้ตอบในกลุ่มสูง และกลุ่มต่ำ แต่ละกลุ่มมาหาค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และค่าความแปรปรวน (S^2) แล้วนำค่าเฉลี่ยและค่าความแปรปรวนของทั้งสองกลุ่มไปทดสอบ t-test

๔.๑.๖ การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ใช้วิธีที่เรียกว่าหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Coefficient Alpha) ของครอนแบค (Cronbach) (วิเชียร ยกสูงิงห์ ๒๕๒๔ : ๑๔๒ - ๑๔๓) สมบูรณ์ ชิตพงศ์ ม.ป.ป. : ๒๔)

๕.๖ สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบปัญหาตามความมุ่งหมายเฉพาะของการวิจัย

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างระดับบุคคล และชุมชนเรียบร้อยแล้ว นำมาลงรหัสและแปลงข้อมูลเก็บอยู่ในเทปที่ศูนย์คอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และดำเนินการวิเคราะห์เป็น ๒ ขั้นตอนคือ ขั้นแรกวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ Frequency distributions, Cross - tabulations และ Zero - order correlation ขั้นที่สองกำหนดตัวแปรสำหรับการวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป ถ้าตัวแปรใดมีค่าเหมือนกันทั้งกลุ่มผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิด ตัวแปรนั้น จะนำมาใช้ในการพรรณนาข้อมูลเพียงอย่างเดียว ตัวแปรที่เหลือจึงนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป หรือนำไปสร้างเป็นตัวแปรใหม่สำหรับการวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป รายละเอียดของการวิเคราะห์มีดังนี้

๔.๖.๑ เพื่อตอบปัญหาการวิจัยข้อ ๑ จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ๖๕๐ คน จำแนกเป็น ๒ กลุ่มคือ กลุ่มผู้ยอมรับการคุมกำเนิด ๓๔๕ คน และไม่ยอมรับการคุมกำเนิด ๒๕๕ คน วิเคราะห์คุณสมบัติของทั้ง ๒ กลุ่มในแต่ละตัวแปรด้านประชากร ด้านเศรษฐกิจ สังคม และด้านจิตวิทยา โดยใช้ค่าความถี่และค่าเฉลี่ย หลังจากนั้นจึงวิเคราะห์ผู้ยอมรับและไม่ยอมรับเฉพาะหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงและหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ

๔.๖.๒ เพื่อตอบปัญหาการวิจัยข้อ ๒ และทดสอบสมมุติฐานข้อ ๑

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ๖๕๐ คน จำแนกเป็น ๒ กลุ่มคือ กลุ่มผู้ยอมรับการคุมกำเนิด ๓๔๕ คน และไม่ยอมรับการคุมกำเนิด ๒๕๕ คน นำตัวแปรด้านประชากร ด้านเศรษฐกิจ สังคม และจิตวิทยา มาวิเคราะห์โดยวิธีวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม (Discriminant Analysis) (สำเร็จ บุญเรืองรัตน์ ๒๕๒๖ : ๑๒๐ - ๑๓๖ / สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และ สัตตาวลัย รอดมณี ๒๕๒๗ : ๕๖ - ๑๐๒) และวิเคราะห์ผู้ยอมรับและไม่ยอมรับแยกเฉพาะหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงและอัตราการคุมกำเนิดต่ำ

๓. เพื่อตอบปัญหาการวิจัยข้อ ๓ จากหมู่บ้านทั้งหมด ๓๐ หมู่บ้าน จำแนกเป็น ๒ กลุ่ม คือ หมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงและหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ วิเคราะห์คุณสมบัติของ ๒ กลุ่ม ในตัวแปรด้านโปรแกรมการวางแผนครอบครัว และการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม โดยใช้ค่าความถี่และค่าเฉลี่ย

๔. เพื่อตอบปัญหาการวิจัยข้อ ๔ และทดสอบสมมุติฐานข้อ ๒

จำนวนหมู่บ้านทั้งหมด ๓๐ หมู่บ้าน จำแนกเป็น ๒ กลุ่มคือ กลุ่มหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง ๑๕ หมู่บ้าน และกลุ่มหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ ๑๕ หมู่บ้าน นำตัวแปรด้านโปรแกรมการวางแผนครอบครัว และระดับการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมของหมู่บ้านมาวิเคราะห์โดยวิธีวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่ม (Discriminant Analysis)

๕. เพื่อตอบปัญหาการวิจัยข้อ ๕ และทดสอบสมมุติฐานข้อ ๓

จากกลุ่มตัวอย่าง ๖๕๐ คน จำแนกเป็น ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ยอมรับการคุมกำเนิด ๓๔๕ คน และไม่ยอมรับการคุมกำเนิด ๓๐๕ คน นำตัวแปร ๒ ระดับ คือ ระดับบุคคล ซึ่งได้แก่ ตัวแปรด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม และจิตวิทยาและระดับชุมชน ซึ่งได้แก่ โปรแกรมการวางแผนครอบครัว และการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของชุมชนมาวิเคราะห์หลายระดับ (Multi-level Analysis) โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) และแยกวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงและต่ำ

นอกจากนี้ในการตอบปัญหาการวิจัยดังกล่าวข้างต้น ได้นำข้อมูลที่ได้จากเทคนิคการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนมาประกอบการอธิบายการไม่ยอมรับการคุมกำเนิดของกลุ่มตัวอย่างด้วย

บทที่ ๔

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัยในครั้งนี้ เพื่อให้เห็นผลการวิเคราะห์ข้อมูลชัดเจน จึงได้แยกเสนอผลการวิเคราะห์เป็นสองส่วนคือ

ผลการวิเคราะห์ในส่วนที่หนึ่ง เป็นผลที่ได้จากการสัมภาษณ์สตรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจาก ๓๐ หมู่บ้าน จำนวน ๖๕๐ ตัวอย่าง (รายละเอียดหมู่บ้านดังตาราง ๑ ในภาคผนวก ก.)

ผลการวิเคราะห์จะนำเสนอตามประเด็นต่อไปนี้

๑. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยระดับบุคคลในกลุ่มผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิด
๒. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยระดับบุคคลที่มีอิทธิพลในการจำแนกการยอมรับการคุมกำเนิด
๓. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงและต่ำ
๔. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ที่มีอิทธิพลในการจำแนกอัตราการคุมกำเนิดในหมู่บ้าน

๕. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยระดับบุคคลและปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการคุมกำเนิด

ผลการวิเคราะห์ส่วนที่สอง เป็นผลที่ได้จากการทำสนทนากลุ่มในกลุ่มผู้ที่ไม่ยอมรับการคุมกำเนิดและเป็นผลที่ได้จากการสัมภาษณ์แนวลึกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านการคุมกำเนิดในพื้นที่ ซึ่งจะนำเสนอในประเด็นต่อไปนี้

๑. ผลการวิเคราะห์การทำสนทนากลุ่ม ในกลุ่มผู้ที่ไม่ยอมรับการคุมกำเนิดในเรื่อง
 - ๑.๑ การรับรู้เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดสมัยใหม่
 - ๑.๒ ความเชื่อเกี่ยวกับการคุมกำเนิดของชาวบ้าน
 - ๑.๓ การคุมกำเนิดในอนาคต
๒. ผลการวิเคราะห์การสัมภาษณ์แนวลึกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานด้านคุมกำเนิดในพื้นที่

ส่วนที่ ๑

๑. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยระดับบุคคลในกลุ่มผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิด

๑.๑ ผลการวิเคราะห์การยอมรับการคุมกำเนิด

การยอมรับการคุมกำเนิดในที่นี้คือ การยอมรับในระดับปฏิบัติ กล่าวคือ ผู้ที่ยอมรับการคุมกำเนิด คือ บุคคลที่ตนเองหรือคู่สมรสกำลังใช้วิธีการคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่ง ในปัจจุบัน ผลการศึกษาพบว่า จากกลุ่มตัวอย่าง ๖๕๐ ตัวอย่าง ใน ๓๐ หมู่บ้าน เป็นผู้ยอมรับการคุมกำเนิด ๓๔๕ ตัวอย่าง และไม่ยอมรับ ๒๘๕ ตัวอย่าง รายละเอียดในตาราง ๑๔

ตาราง ๑๔ จำนวนสตรีจำแนกตามหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง-ต่ำและการยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิด

| หมู่บ้าน | ผู้ยอมรับการคุมกำเนิด | ผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด | รวม |
|----------------------|-----------------------|--------------------------|-----|
| อัตราการคุมกำเนิดสูง | ๒๓๕ | ๕๕ | ๓๓๐ |
| อัตราการคุมกำเนิดต่ำ | ๑๕๐ | ๒๐๐ | ๓๕๐ |
| รวม | ๓๘๕ | ๒๘๕ | ๖๕๐ |

จากตาราง ๑๔ แสดงให้เห็นว่าสตรีผู้ยอมรับการคุมกำเนิดมีจำนวนมากกว่าสตรีผู้ที่ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด เพราะในสภาพที่เป็นจริง พบว่า ในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงนั้น บางหมู่บ้านผู้ที่ไม่ยอมรับการคุมกำเนิดมีจำนวนน้อยมาก ดังนั้นขนาดตัวอย่างที่กำหนดไว้หมู่บ้านละ ๒๐ ตัวอย่าง จึงมีสัดส่วนของผู้ที่ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิดไม่เท่ากัน แต่อย่างไรก็ตาม จำนวนตัวอย่างที่เก็บรวบรวมได้ก็มากกว่าจำนวนขนาดตัวอย่างขั้นต่ำที่กำหนดไว้ ทั้งนี้เนื่องจากการเก็บตัวอย่างสำรองเพิ่มเติมด้วย

ในสตรีที่ยอมรับการคุมกำเนิดนั้น พบว่า มีผู้ยอมรับการคุมกำเนิดด้วยวิธีการทำหมันหญิง สูงที่สุด รองลงมาคือ ห่วงอนามัย ยาเม็ดคุมกำเนิด และยาฉีดตามลำดับ รุงยางอนามัยและการทำหมันชายมีน้อยมาก ในด้านแหล่งที่ไปรับบริการการคุมกำเนิด พบว่า จะเป็นไปตามวิธีการคุมกำเนิด คือ การทำหมันหญิง ส่วนใหญ่จะรับบริการที่โรงพยาบาลประจำอำเภอ การใส่ห่วงอนามัย และยาเม็ดคุมกำเนิดรับบริการจากสถานีอนามัย และในจำนวนผู้รับบริการคุมกำเนิดนี้ ส่วนใหญ่พอใจในบริการที่ได้รับมาก เมื่อวิเคราะห์ถึงแนวโน้มของการคุมกำเนิด โดยการทำหมันสำหรับผู้ที่ยังไม่ได้คุมกำเนิดด้วยวิธีทำหมัน พบว่า ประมาณครึ่งต่อครึ่งที่คิดจะทำหมันและไม่ทำหมันด้วยตนเอง มีบางส่วนยังไม่แน่ใจว่าตนเองจะทำหมันดีหรือไม่ และมีส่วนน้อยมากที่คิดจะให้สามีเป็นผู้ทำหมัน (รายละเอียดตาราง ๒ ภาคผนวก ก.)

สำหรับสตรีที่ไม่เคยคุมกำเนิดมาก่อนเลย ให้เหตุผลว่า กสัวอันตรายเป็นอันดับแรก รองลงมาคือต้องการมีบุตรอีก และแต่งงานแล้วยังไม่มีบุตร หรือเป็นในกรณีอื่น ๆ เช่น สามีไม่อยู่ ไม่มีประจำเดือนหลังมีบุตรคนแรก และไม่รู้ว่าวิธีคุมสตรีผู้ที่ตั้งใจจะคุมกำเนิดในอนาคตตั้งใจจะใช้วิธีทำหมันมากที่สุด สำหรับสตรีที่คิดว่าไม่คุมกำเนิดในอนาคตให้เหตุผลหลักคือ ต้องการมีบุตรอีกหรือคิดว่าตนเองไม่มีบุตรแล้ว เนื่องจากอายุมาก เหตุผลที่รองลงมาคือกสัวอันตรายกับต้องการลูกมาก ๆ

เมื่อสอบถามเรื่องการปรึกษาหารือกันระหว่างสามีภรรยาเกี่ยวกับเรื่องการคุมกำเนิด ผลการวิเคราะห์พบว่า สตรีส่วนใหญ่เคยปรึกษากันในเรื่องการคุมกำเนิด วิธีที่ปรึกษากันว่าจะใช้ในการคุมกำเนิดคือการคุมกำเนิดด้วยยา เม็ดคุมกำเนิดเป็นอันดับแรก รองลงมาคือห่วงอนามัย และการทำหมันหญิงตามลำดับ ที่ปรึกษากันว่าจะใช้ยาฉีด หมันชาย และรุงยางอนามัยมีน้อยมาก (รายละเอียดตาราง ๔ ภาคผนวก ก.)

จากผลการวิเคราะห์การยอมรับการคุมกำเนิดในประเด็นต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่าสตรีส่วนใหญ่เป็นผู้ยอมรับการคุมกำเนิด สตรีไม่ยอมรับการคุมกำเนิดในปัจจุบัน ส่วนหนึ่งเป็นผู้เคยคุมกำเนิดมาก่อน และอีกส่วนหนึ่งเป็นผู้ที่ไม่เคยคุมกำเนิดมาก่อน เหตุผลสำคัญของที่ไม่คุมกำเนิดในปัจจุบันคือ ความต้องการจำนวนบุตรเพิ่ม และความกสัวอันตราย วิธีคุมกำเนิดแบบถาวร (หมันหญิง) มีแนวโน้มที่จะได้รับการยอมรับมากขึ้น

๑.๒ ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านประชากร

ในการวิเคราะห์ปัจจัยด้านประชากร คือตัวแปรจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ พบว่า สตรีผู้ยอมรับการคุมกำเนิดมีบุตรโดยเฉลี่ย ๒ - ๓ คน ผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิดมีบุตรโดยเฉลี่ย ๒ คน (ตาราง ๑๖)

ตาราง ๑๖ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ จำแนกตามสตรีผู้ยอมรับไม่ยอมรับการคุมกำเนิด

| สตรี | \bar{X} | S.D. |
|--------------------------|-----------|------|
| ผู้ยอมรับการคุมกำเนิด | ๒.๕๔ | ๑.๘๐ |
| ผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด | ๑.๘๓ | ๑.๖๓ |
| รวม | ๒.๕๕ | ๓.๘๖ |

เมื่อวิเคราะห์แยกย่อยเฉพาะหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง และอัตราการคุมกำเนิดต่ำ พบว่า สตรีผู้ยอมรับการคุมกำเนิดและผู้ที่ไม่ยอมรับการคุมกำเนิดในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง มีจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่เฉลี่ย ๒ คน และ ๑ คน ในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ ผู้ยอมรับการคุมกำเนิดมีจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่โดยเฉลี่ย ๓ คน และผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิดมีจำนวนบุตรโดยเฉลี่ย ๒ คน ตามลำดับ (ตาราง ๑๗)

ตาราง ๑๗ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ จำแนกตามสตรีผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิดในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง และอัตราการคุมกำเนิดต่ำ

| สตรี | | จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ | |
|------------------------------------|--------------------------|-------------------------|------|
| | | \bar{X} | S.D. |
| หมู่บ้านที่มีอัตรา คุมกำเนิดสูง | ผู้ยอมรับการคุมกำเนิด | ๒.๒๔ | ๑.๗๗ |
| | ผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด | ๑.๒๑ | ๑.๐๒ |
| หมู่บ้านที่มีอัตรา คุมกำเนิดต่ำ | ผู้ยอมรับการคุมกำเนิด | ๒.๘๗ | ๑.๗๘ |
| | ผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด | ๒.๒๘ | ๑.๗๖ |

จากตาราง ๑๗. ๑๗ จะเห็นว่า จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ของสตรีผู้ยอมรับการคุมกำเนิดมีจำนวนมากกว่าสตรีผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด แม้จะจำแนกตามหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงและต่ำ ก็พบลักษณะเช่นเดียวกัน คือสตรีผู้ยอมรับการคุมกำเนิดมีจำนวนบุตรมากกว่าผู้ที่ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด แต่อย่างไรก็ตามจำนวนบุตรที่มีอยู่ของสตรีผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิดในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ สูงกว่าหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง

สำหรับปัจจัยด้านประชากรอื่น ๆ ได้แก่ จำนวนบุตรที่เสียชีวิต จำนวนบุตรที่ต้องการและอายุของสตรีและสามี มีรายละเอียดในตาราง ๔ ภาคผนวก ก.

๑.๓) ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม

ในการวิเคราะห์ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรหลักคือ การศึกษาของสตรี การศึกษาของสามี การเข้าร่วมแรงงานสตรี และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน ผลการวิเคราะห์ในกลุ่มผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิด มีดังนี้

ในด้านการศึกษาของสตรี สตรีผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิดส่วนใหญ่ อ่านได้และเขียนได้เล็กน้อย (ตาราง ๑๘)

ตาราง ๑๘ จำนวนและร้อยละของระดับการอ่านออกเขียนได้ของสตรี จำแนกตามสตรีผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิด

| ระดับการอ่านออกเขียนได้ของสตรี | ผู้ยอมรับการคุมกำเนิด | | ผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด | |
|--------------------------------|-----------------------|--------|--------------------------|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| อ่านและเขียนไม่ได้ | ๓๑ | ๘.๑ | ๔๗ | ๑๕.๕ |
| อ่านได้-เขียนไม่ได้ | ๒๔ | ๖.๒ | ๑๘ | ๖.๑ |
| อ่านได้-เขียนได้เล็กน้อย | ๒๔๐ | ๖๒.๓ | ๑๖๘ | ๕๖.๕ |
| อ่านได้-เขียนได้คล่อง | ๙๐ | ๒๓.๕ | ๖๒ | ๒๖.๐ |
| รวม | ๓๘๕ | ๑๐๐.๐ | ๒๙๕ | ๑๐๐.๐ |

จากตาราง ๑๘ แสดงว่า ระหว่างสตรีผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิด สตรีผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิดมีร้อยละของผู้ที่อ่าน-เขียนไม่ได้สูงกว่าผู้ยอมรับการคุมกำเนิด

ในการวิเคราะห์แยกย่อยลงไป เฉพาะหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงและอัตราการคุมกำเนิดต่ำ พบว่า สตรีผู้ยอมรับการคุมกำเนิดมีความสามารถในการอ่าน-เขียนได้ค่อนข้างสูงกว่าสตรีที่ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด ทั้งในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงและต่ำ (ตาราง ๑๔)

ตาราง ๑๔ จำนวนและร้อยละของสตรีที่อ่านออกเขียนได้ จำแนกตามหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง-ต่ำ และการยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิด

| ระดับการอ่านออกเขียนได้ของสตรี | หมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง | | | | หมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|--------|--------------|--------|-----------------------------------|--------|--------------|--------|
| | ผู้ยอมรับ | | ผู้ไม่ยอมรับ | | ผู้ยอมรับ | | ผู้ไม่ยอมรับ | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| อ่านและเขียนไม่ได้ | ๗ | ๓๐.๐ | ๓ | ๓๐.๓ | ๒๔ | ๑๖.๐ | ๔๔ | ๒๒.๐ |
| อ่านได้-เขียนไม่ได้ | ๑๑ | ๔.๗ | ๒ | ๒๐.๑ | ๑๓ | ๘.๗ | ๑๖ | ๘.๐ |
| อ่านได้-เขียนได้เล็กน้อย | ๑๖๓ | ๖๔.๔ | ๖๑ | ๖๔.๒ | ๗๗ | ๕๑.๓ | ๑๐๗ | ๕๓.๕ |
| อ่านได้-เขียนได้คล่อง | ๕๔ | ๒๓.๐ | ๒๔ | ๓๐.๕ | ๓๖ | ๒๔.๐ | ๓๓ | ๑๖.๕ |
| รวม | ๒๓๕ | ๑๐๐.๐ | ๔๔ | ๑๐๐.๐ | ๑๕๐ | ๑๐๐.๐ | ๒๐๐ | ๑๐๐.๐ |

จากตาราง ๑๔ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ยอมรับในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงและต่ำ และผู้ไม่ยอมรับในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงและต่ำ จะเห็นว่า สตรีที่อยู่ในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงไม่ว่าจะเป็นผู้ยอมรับหรือไม่ยอมรับการคุมกำเนิด มีความสามารถในการอ่าน-เขียน สูงกว่าสตรีในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ

ในด้านการศึกษาระดับของสามีของสตรีที่ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิด ประมาณครึ่งหนึ่งสามารถอ่าน-เขียนได้เล็กน้อย (ตาราง ๒๐)

ตาราง ๒๐ จำนวนและร้อยละของระดับการอ่านออกเขียนได้ของสามี จำแนกตามสตรีที่ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิด

| ระดับการอ่านออกเขียนได้ของสามี | ผู้ยอมรับการคุมกำเนิด | | ผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด | |
|--------------------------------|-----------------------|--------|--------------------------|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| อ่านและเขียนไม่ได้ | ๑๕ | ๓.๕ | ๓๒ | ๑๐.๕ |
| อ่านได้-เขียนไม่ได้ | ๑๖ | ๔.๒ | ๘ | ๒.๗ |
| อ่านได้-เขียนได้เล็กน้อย | ๒๐๕ | ๕๓.๒ | ๑๕๘ | ๕๓.๖ |
| อ่านได้-เขียนได้คล่อง | ๑๕๕ | ๓๘.๗ | ๙๗ | ๓๒.๕ |
| รวม | ๓๘๕ | ๑๐๐.๐ | ๒๙๕ | ๑๐๐.๐ |

จากตาราง ๒๐ ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่าในสตรีผู้ที่ไม่ยอมรับการคุมกำเนิดมีสามีที่อ่านและเขียนไม่ได้ได้มากกว่าผู้ที่ยอมรับการคุมกำเนิด

เมื่อวิเคราะห์แยกในกลุ่มหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงและต่ำ พบว่า ระดับการอ่านออกเขียนได้ของสามี ในกลุ่มหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงค่อนข้างดีกว่าในกลุ่มหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ (ตาราง ๒๑)

ตาราง ๒๑ จำนวนและร้อยละของการอ่านออกเขียนได้ของสามี จำแนกตามหมู่บ้านที่มีอัตรา
การคุมกำเนิดสูงต่ำ และการยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิด

| ระดับการอ่านออกเขียน ได้ของสามี | หมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง | | | | หมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|--------|--------------|--------|-----------------------------------|--------|--------------|--------|
| | ผู้ยอมรับ | | ผู้ไม่ยอมรับ | | ผู้ยอมรับ | | ผู้ไม่ยอมรับ | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| อ่านและเขียนไม่ได้ | ๒ | ๐.๔ | ๓ | ๓.๒ | ๑๓ | ๘.๗ | ๒๔ | ๑๔.๕ |
| อ่านได้-เขียนไม่ได้ | ๖ | ๒.๖ | ๑ | ๑.๑ | ๑๐ | ๖.๗ | ๗ | ๓.๕ |
| อ่านได้-เขียนได้เล็กน้อย | ๑๒๘ | ๕๔.๕ | ๕๑ | ๕๓.๖ | ๗๗ | ๕๑.๓ | ๑๐๗ | ๕๓.๕ |
| อ่านได้-เขียนได้คล่อง | ๙๔ | ๔๒.๑ | ๔๐ | ๔๒.๒ | ๕๐ | ๓๓.๓ | ๕๗ | ๒๘.๕ |
| รวม | ๒๓๐ | ๑๐๐.๐ | ๙๔ | ๑๐๐.๐ | ๑๕๐ | ๑๐๐.๐ | ๒๐๐ | ๑๐๐.๐ |

จากตาราง ๒๑ แสดงให้เห็นว่าสตรีผู้ยอมรับการคุมกำเนิดในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงและต่ำมีระดับการอ่านออกเขียนได้ของสามีสูงกว่าผู้ที่ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ในประเด็นถัดมาคือ ด้านการเข้าร่วมแรงงานสตรี สตรีผู้ยอมรับการคุมกำเนิดและไม่ยอมรับการคุมกำเนิดส่วนใหญ่มีลักษณะการทำงานแบบทำหัตถกรรมโดยไม่ได้รับรายได้เป็นตัวเงิน (ตาราง ๒๒)

ตาราง ๒๒ จำนวนและร้อยละของการมีส่วนร่วมในแรงงานของสตรี จำแนกตามการยอมรับ และไม่ยอมรับการคุมกำเนิด

| การมีส่วนร่วมในแรงงาน | ผู้ยอมรับ | | ผู้ไม่ยอมรับ | |
|--|-----------|--------|--------------|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| - ทำงานแม่บ้านอย่างเดียว | ๑๖ | ๔.๒ | ๑๖ | ๕.๔ |
| - ทำงานให้ครอบครัวไม่ได้รับรายได้เป็นตัวเงิน | ๒๕๒ | ๘๘.๘ | ๒๕๓ | ๘๕.๘ |
| - ทำงานภายในบ้านและได้รับรายได้เป็นตัวเงิน | ๒๕ | ๖.๕ | ๒๓ | ๗.๘ |
| - ทำงานนอกบ้านและได้รับรายได้เป็นตัวเงิน | ๒ | ๐.๕ | ๓ | ๑.๐ |
| รวม | ๓๘๕ | ๑๐๐.๐ | ๒๙๕ | ๑๐๐.๐ |

จากตาราง ๒๒ พบว่ากลุ่มผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิดมีลักษณะของการเข้าร่วมแรงงานของสตรีไม่แตกต่างกัน

เมื่อวิเคราะห์แยกระหว่างกลุ่มหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงและอัตราการคุมกำเนิดต่ำ พบว่า สตรีผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิดส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการทำงานในลักษณะของการทำงานให้ครอบครัว โดยไม่ได้รับรายได้เป็นตัวเงิน เช่นกัน (ตาราง ๒๓)

ตาราง ๒๓ จำนวนและร้อยละของการมีส่วนร่วมในแรงงานสตรี จำแนกตามหมู่บ้านที่มีอัตรา
การคุมกำเนิดสูง-ต่ำและการยอมรับ-ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด

| การมีส่วนร่วมแรงงานสตรี | หมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง | | | | หมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ | | | |
|--|-----------------------------------|--------|--------------|--------|-----------------------------------|--------|--------------|--------|
| | ผู้ยอมรับ | | ผู้ไม่ยอมรับ | | ผู้ยอมรับ | | ผู้ไม่ยอมรับ | |
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| - ทำงานแม่บ้านอย่างเดียว | ๗ | ๓.๐ | ๖ | ๖.๓ | ๙ | ๖.๐ | ๑๐ | ๕.๐ |
| - ทำงานให้ครอบครัวไม่ได้รับ รายได้เป็นส่วนตัวเงิน | ๒๑๔ | ๙๑.๑ | ๗๔ | ๘๓.๒ | ๑๒๘ | ๘๕.๓ | ๑๗๔ | ๘๗.๐ |
| - ทำงานภายในบ้านและได้รับ รายได้เป็นส่วนตัวเงิน | ๑๓ | ๕.๕ | ๙ | ๙.๕ | ๑๒ | ๘.๐ | ๑๔ | ๗.๐ |
| - ทำงานนอกบ้านและได้รับ รายได้เป็นส่วนตัวเงิน | ๑ | ๐.๕ | ๑ | ๑.๑ | ๑ | ๐.๗ | ๒ | ๑.๐ |
| รวม | ๒๓๕ | ๑๐๐.๐ | ๙๕ | ๑๐๐.๐ | ๑๕๐ | ๑๐๐.๐ | ๒๐๐ | ๑๐๐.๐ |

จากตาราง ๒๓ แสดงว่าสตรีไม่ว่าจะอยู่ในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงหรือต่ำ
หรือเป็นผู้ยอมรับหรือไม่ยอมรับการคุมกำเนิดก็ตาม มีส่วนร่วมแรงงานให้ครอบครัว โดยไม่
ได้รับรายได้เป็นส่วนตัวเงิน สตรีจะช่วยในการทำไร่ทำนาให้ครอบครัวตนเองในช่วงระยะ
ที่ต้องการ แรงงานมาก เช่น ในช่วงของการดำนา เกี่ยวข้าว นอกเหนือจากงานประจำ คือ
หน้าที่แม่บ้าน

ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ รายได้ของครัวเรือน ผลการวิเคราะห์พบว่า สตรีผู้ยอมรับการคุมกำเนิดมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนประมาณ ๑,๐๖๘ บาท ในขณะที่ผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิดมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประมาณ ๔๘๑ บาท

ตาราง ๒๔ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของรายได้เฉลี่ยต่อเดือนจำแนกตามสตรีผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิด

| กลุ่มตัวอย่างสตรี | รายได้เฉลี่ยต่อเดือน | |
|--------------------------|----------------------|----------|
| | \bar{X} | S.D. |
| ผู้ยอมรับการคุมกำเนิด | ๑,๐๖๘.๔๔ | ๑,๑๔๐.๔๔ |
| ผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด | ๔๘๑.๒๖ | ๑,๓๕๖.๗๗ |

จากตาราง ๒๔ แสดงให้เห็นว่า สตรีผู้ยอมรับการคุมกำเนิดมีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่าผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิดเล็กน้อย แต่อย่างไรก็ตามจะเห็นว่ามีความแตกต่างในเรื่องรายได้ภายในกลุ่มอยู่มาก และเมื่อจำแนกตามหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงและต่ำจะเห็นว่า สตรีผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิดในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่ากลุ่มอื่น ๆ (ตาราง ๒๕)

ตาราง ๒๕ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของรายได้เฉลี่ยต่อเดือน จำแนกตามสตรี
หมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง-ต่ำ และการยอมรับไม่ยอมรับการคุมกำเนิด

| สตรี | | รายได้เฉลี่ยต่อเดือน | |
|------------------------------------|--------------------------|----------------------|----------|
| | | \bar{X} | S.D. |
| หมู่บ้านที่มีอัตรา คุมกำเนิดสูง | ผู้ยอมรับการคุมกำเนิด | ๑,๐๖๘.๘๔ | ๑,๒๔๗.๙๕ |
| | ผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด | ๑,๑๘๐.๙๕ | ๑,๕๗๓.๕๐ |
| หมู่บ้านที่มีอัตรา คุมกำเนิดต่ำ | ผู้ยอมรับการคุมกำเนิด | ๑,๐๖๕.๐๕ | ๑,๐๙๘.๕๑ |
| | ผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด | ๘๘๖.๓๑ | ๑,๒๓๓.๖๕ |

จากตาราง ๒๕ พบว่าสตรีผู้ยอมรับการคุมกำเนิดในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง และต่ำมีรายได้เฉลี่ยไม่แตกต่างกัน แต่ผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิดในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงมีรายได้เฉลี่ยสูงกว่าผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิดในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ

จากปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า ในสตรีผู้ยอมรับการคุมกำเนิดมีระดับการอ่านออกเขียนได้ของตนเองและสามีสูงกว่าสตรีผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด แต่มีระดับการเข้าร่วมแรงงานของสตรีไม่แตกต่างกันในด้านรายได้ของครัวเรือน สตรีผู้ยอมรับการคุมกำเนิดมีรายได้เฉลี่ยสูงกว่าผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิดเล็กน้อย และเมื่อวิเคราะห์ย่อยในกลุ่มหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงและต่ำสตรีผู้ยอมรับการคุมกำเนิดในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงและต่ำมีระดับการอ่านออกเขียนได้ของตนเองและสามีสูงกว่าสตรีผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด ในด้านการเข้าร่วมแรงงานของสตรี ไม่มีความแตกต่างในสตรีผู้ยอมรับและไม่ยอมรับสำหรับด้านรายได้เฉลี่ยของครัวเรือนสตรีผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิดในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำมีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มอื่น ๆ

สำหรับปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมอื่น ๆ ได้แก่ อาชีพและภาษาพูด มีรายละเอียด
ในตาราง ๖ ภาคผนวก ก.

๑.๔ ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทางด้านจิตวิทยา

ในการวิเคราะห์ปัจจัยทางด้านจิตวิทยา ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรการรับรู้
การสนับสนุนการคุมกำเนิดจากสังคม การรับรู้การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด ความทันสมัยของบุคคล
และค่านิยมที่มีต่อบุตร ผลการวิเคราะห์มีรายละเอียดดังนี้

ผลการวิเคราะห์การรับรู้การสนับสนุนการคุมกำเนิดจากสังคม สตรีส่วนใหญ่
รู้ว่าสังคมให้การสนับสนุน (รายละเอียดในแต่ละประเด็นอยู่ในตาราง ๗ ภาคผนวก ก.)
เมื่อวิเคราะห์สตรีผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิด พบว่า สตรีผู้ยอมรับการคุมกำเนิดมีค่าเฉลี่ย
คะแนนการรับรู้การสนับสนุนการคุมกำเนิดจากสังคม สูงกว่าผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิดเล็กน้อย
(ตาราง ๒๖)

ตาราง ๒๖ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้การสนับสนุนการคุมกำเนิด
จากสังคมของสตรีผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิด

| สตรี | \bar{X} | S.D. |
|--------------------------|-----------|-------|
| ผู้ยอมรับการคุมกำเนิด | ๓๑.๓๖ | ๖.๖๐ |
| ผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด | ๒๘.๔๒ | ๑๓.๒๐ |

หมายเหตุ : คะแนนสูงสุด ๓๓ต่ำสุด ๑๑

เมื่อวิเคราะห์การรับรู้การสนับสนุนการคุมกำเนิดจากสังคม โดยแยกหมู่บ้านที่มีอัตราการ
คุมกำเนิดสูงและต่ำ มีรายละเอียดดังนี้ (ตาราง ๒๗)

ตาราง ๒๗ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้การสนับสนุนการคุมกำเนิด จากสังคม จำแนกตามหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง-ต่ำ และการยอมรับ-ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด

| สตรี | | \bar{X} | S.D. |
|-----------------------------------|--------------------------|-----------|-------|
| หมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง | ผู้ยอมรับการคุมกำเนิด | ๓๑.๖๓ | ๖.๕๔ |
| | ผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด | ๓๑.๓๕ | ๕.๕๑ |
| หมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ | ผู้ยอมรับการคุมกำเนิด | ๓๐.๕๕ | ๖.๖๗ |
| | ผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด | ๒๘.๕๑ | ๑๔.๕๕ |

จากตาราง ๒๗ แสดงให้เห็นว่าสตรีผู้ยอมรับการคุมกำเนิดและไม่ยอมรับการคุมกำเนิด ในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง รับรู้การสนับสนุนจากสังคมในเรื่องการคุมกำเนิดในระดับคะแนนใกล้เคียงกัน แต่สตรีผู้ยอมรับการคุมกำเนิดในหมู่บ้านที่มีอัตราคุมกำเนิดต่ำมีระดับคะแนนการรับรู้ค่อนข้างต่ำกว่าและผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิดมีระดับคะแนนต่ำสุด

ผลการวิเคราะห์การรับรู้การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด ซึ่งพิจารณาจากการรู้จักสถานที่ให้บริการ การรับรู้เรื่องเวลาและค่าใช้จ่ายในการรับบริการ พบว่า สตรีส่วนมากรับรู้การเข้าถึงบริการเป็นส่วนใหญ่ โดยสตรีผู้ยอมรับการคุมกำเนิดมีคะแนนการรับรู้การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด ๑๘.๒๒ คะแนน ในขณะที่ผู้ไม่ยอมรับการเข้าถึงบริการคุมกำเนิด ๑๘.๕๕ คะแนน (ตาราง ๒๘)

ตาราง ๒๘ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้การเข้าถึงบริการการดูแล
จำแนกตามการยอมรับการดูแล

| สตรี | \bar{X} | S.D. |
|---------------------|-----------|------|
| ผู้ยอมรับการดูแล | ๑๘.๒๒ | ๒.๓๖ |
| ผู้ไม่ยอมรับการดูแล | ๑๘.๕๕ | ๓.๑๒ |

หมายเหตุ : คะแนนสูงสุด = ๒๐ คะแนนต่ำสุด = ๐

จากตาราง ๒๘ ผลการวิเคราะห์แสดงว่าสตรีผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการดูแล
รับรู้เรื่องการเข้าถึงบริการได้ใกล้เคียงกัน และเมื่อจำแนกตามกลุ่มหมู่บ้านที่มีอัตราการดูแล
สูง-ต่ำ ก็พบว่า สตรีผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการดูแลมีแนวโน้มที่แสดงให้เห็นว่า ส่วนใหญ่
เข้าถึงบริการดูแล และไม่แตกต่างกันมากระหว่างกลุ่ม (ตาราง ๒๘)

ตาราง ๒๔ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้การเข้าถึงบริการการ
 ดูแลรักษา จำแนกตามอัตราการดูแลรักษาของหมู่บ้านและการยอมรับการดูแลรักษา

| สตรี | | \bar{X} | S.D. |
|---------------------------------------|--------------------------|-----------|------|
| หมู่บ้านที่มีอัตราการ ดูแลรักษาสูง | ผู้ยอมรับการดูแลรักษา | ๑๗.๙๖ | ๒.๖๕ |
| | ผู้ไม่ยอมรับการดูแลรักษา | ๑๘.๗๘ | ๔.๕๑ |
| หมู่บ้านที่มีอัตราการ ดูแลรักษาต่ำ | ผู้ยอมรับการดูแลรักษา | ๑๘.๗๓ | ๑.๗๑ |
| | ผู้ไม่ยอมรับการดูแลรักษา | ๑๘.๔๕ | ๒.๑๘ |

จากตาราง ๒๔ สามารถสรุปได้ว่าสตรีส่วนใหญ่รับรู้ในเรื่องการเข้าถึงบริการ
 ดูแลรักษาเป็นอย่างดี นั่นคือ สตรีทราบว่าถ้าต้องการรับบริการการดูแลรักษาจะต้องไปรับ
 บริการจากที่ใด โดยเสียเวลาและค่าใช้จ่ายไม่มากเกินไป อย่างไรก็ตาม เมื่อสอบถามถึงความ
 ต้องการการเข้าถึงบริการการดูแลรักษา กลุ่มสตรีต้องการให้สถานบริการอยู่ภายในหมู่บ้าน
 ห่างจากบ้านไม่เกิน ๑ - ๒ กิโลเมตร ระยะเวลาในการรับบริการแต่ละครั้งประมาณ ๒๐ นาที
 เสียค่าใช้จ่ายประมาณครั้งละ ๒๐ - ๓๐ บาท

ในการวิเคราะห์ความทันสมัยของบุคคล ผลการวิเคราะห์พบว่า สตรีที่ยอมรับการ
 ดูแลรักษามีระดับคะแนนของความทันสมัยเฉลี่ย ๖.๔๔ คะแนน และผู้ที่ไม่ยอมรับการดูแลรักษา
 มีระดับคะแนนของความทันสมัยเฉลี่ย ๖.๙๒ คะแนน (ตาราง ๓๐)

ตาราง ๓๐ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความทันสมัยของบุคคล จำแนกตามการยอมรับการคุมกำเนิด

| สตรี | \bar{X} | S.D. |
|--------------------------|-----------|------|
| ผู้ยอมรับการคุมกำเนิด | ๖.๙๕ | ๑.๕๙ |
| ผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด | ๖.๙๒ | ๑.๖๐ |

หมายเหตุ : คะแนนสูงสุด = ๑๐ คะแนนต่ำสุด = ๐

จากตาราง ๓๐ แสดงว่าสตรีที่ยอมรับการคุมกำเนิดและไม่ยอมรับการคุมกำเนิดมีระดับคะแนนของความทันสมัยใกล้เคียงกัน เมื่อแยกวิเคราะห์เฉพาะในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงและอัตราการคุมกำเนิดต่ำ พบว่า ระดับคะแนนความทันสมัยของบุคคลในสตรีที่ยอมรับการคุมกำเนิดสูงกว่าผู้ที่ไม่ยอมรับเล็กน้อย (ตาราง ๓๑)

ตาราง ๓๑ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความทันสมัยของบุคคล จำแนกตามอัตราการคุมกำเนิดของหมู่บ้านและการยอมรับการคุมกำเนิด

| สตรี | | \bar{X} | S.D. |
|-----------------------------------|--------------------------|-----------|------|
| หมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง | ผู้ยอมรับการคุมกำเนิด | ๖.๘๔ | ๑.๖๑ |
| | ผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด | ๖.๗๒ | ๑.๕๖ |
| หมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ | ผู้ยอมรับการคุมกำเนิด | ๗.๒๒ | ๑.๕๕ |
| | ผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด | ๗.๐๒ | ๑.๖๑ |

จากตาราง ๓๑ สรุปได้ว่า สตรีไม่ว่าจะเป็นผู้ยอมรับหรือไม่ยอมรับการคุมกำเนิดมีระดับของความทันสมัยของบุคคลไม่สูงมากนัก

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทางจิตวิทยาในประเด็นสุดท้ายคือ เรื่องค่านิยมต่อบุตร พบว่า สตรีให้คุณค่าของบุตรสูง (รายละเอียดประเด็นต่าง ๆ ในตาราง ๘ ภาคผนวก ก.) เมื่อวิเคราะห์ในกลุ่มผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิดพบว่า คะแนนเฉลี่ยค่านิยมต่อบุตรของกลุ่มผู้ยอมรับเท่ากับ ๒๓.๕๔ คะแนน และคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มผู้ไม่ยอมรับเท่ากับ ๒๓.๑๕ คะแนน (ตาราง ๓๒)

ตาราง ๓๒ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่านิยมที่มีต่อบุตร จำแนกตามการยอมรับ
การคุมกำเนิด

| สตรี | \bar{X} | S.D. |
|--------------------------|-----------|------|
| ผู้ยอมรับการคุมกำเนิด | ๒๓.๕๔ | ๒.๖๖ |
| ผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด | ๒๓.๖๕ | ๒.๕๘ |

หมายเหตุ : ค่านิยมต่อบุตรสูง = ๓๐ - ๒๑, ปานกลาง = ๒๐ - ๑๑, ต่ำ = ๑ - ๑๐

จากตาราง ๓๒ แสดงให้เห็นว่าทั้งสตรีผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิดให้ค่านิยมต่อบุตรสูงในระดับใกล้เคียงกัน แม้เมื่อแยกวิเคราะห์ตามอัตราการคุมกำเนิดของหมู่บ้าน ก็พบว่าสตรีผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิดในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงและต่ำให้ค่านิยมต่อบุตรสูงในระดับเท่าเทียมกันทุกกลุ่ม (ตาราง ๓๓)

ตาราง ๓๓ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่านิยมที่มีต่อบุตร จำแนกตามอัตราการ
คุมกำเนิดของหมู่บ้านและการยอมรับการคุมกำเนิด

| สตรี | | \bar{X} | S.D. |
|---------------------------------------|-----------------------------|-----------|------|
| หมู่บ้านที่มีอัตราการ คุมกำเนิดสูง | ผู้ที่ยอมรับการคุมกำเนิด | ๒๓.๙๓ | ๒.๗๑ |
| | ผู้ที่ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด | ๒๔.๐๒ | ๒.๓๐ |
| หมู่บ้านที่มีอัตราการ คุมกำเนิดต่ำ | ผู้ที่ยอมรับการคุมกำเนิด | ๒๓.๙๕ | ๒.๖๑ |
| | ผู้ที่ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด | ๒๓.๕๑ | ๒.๗๐ |

จากตาราง ๓๓ สรุปได้ว่าสตรีให้ค่านิยมค่าแก่บุตรสูง เห็นความสำคัญและความจำเป็นของการมีบุตรมาก โดยเฉพาะในเรื่องการพึ่งพาช่วยเหลือทำงาน และเลี้ยงดูเมื่อยามชรา ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านจิตวิทยาในตัวแปรต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า สตรีผู้ยอมรับการคุมกำเนิด ระบุว่าสังคมให้การสนับสนุนการคุมกำเนิดมากกว่าสตรีผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิดเล็กน้อย ในด้านการรับรู้การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด ความทันสมัยของบุคคล และค่านิยมที่มีต่อบุตร สตรีผู้ยอมรับการคุมกำเนิดและไม่ยอมรับไม่แตกต่างกัน เมื่อจำแนกตามหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงและต่ำ พบว่า ในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง สตรีผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิดรับรู้การสนับสนุนการคุมกำเนิดจากสังคมในระดับสูงเท่า ๆ กัน และสูงกว่าในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ สตรีผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิดในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ มีคะแนนการรับรู้การสนับสนุนจากสังคมต่ำที่สุดในด้านการรับรู้การเข้าถึงบริการคุมกำเนิดพบว่าระดับคะแนนใกล้เคียงกัน สำหรับความทันสมัยของบุคคล สตรีผู้ยอมรับการคุมกำเนิดทั้งในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงและต่ำมีระดับของความทันสมัยสูงกว่าสตรีไม่ยอมรับการคุมกำเนิดด้าน

ตัวแปรค่านิยมที่มีต่อบุตร สตรีผู้ยอมรับ-ไม่ยอมรับในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงและต่ำ
ให้ดูค่าบุตรสูงเท่า เทียบกันทุกกลุ่ม

๒. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยระดับบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการคุมกำเนิด

หลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลในเชิงพรรณนาในสตรีผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิด โดยทั่วไปแล้ว ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรอิสระตามกรอบแนวความคิดในการวิจัยที่คาดว่า จะมีอิทธิพลต่อการยอมรับการคุมกำเนิด ๔ ตัวแปร คือ ๑) จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ ๒) การศึกษาของสตรี ๓) การศึกษาของสามี ๔) การเข้าร่วมแรงงานสตรี ๕) รายได้ของครัวเรือน ๖) การรับรู้การสนับสนุนการคุมกำเนิดจากสังคม ๗) การรับรู้การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด ๘) ความทันสมัย ๙) ค่านิยมต่อบุตร นำมาวิเคราะห์จำแนกประเภท (Discriminant Analysis) สตรีผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิด

จากข้อตกลงพื้นฐานว่าในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง-ตัวแปรอิสระแต่ละตัวควรเป็นอิสระจากกันและกันและความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามและตัวแปรอิสระเป็นความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ผู้วิจัยจึงได้นำตัวแปรทั้งหมดมาทดสอบคุณสมบัติดังกล่าว โดยพิจารณาความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงจากแผนภูมิกระจาย (Scatter Diagram) และดูความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัว ผลพบว่าตัวแปรอิสระแต่ละตัวมีความสัมพันธ์กันต่ำ นั่นคือ ตัวแปรอิสระแต่ละตัวเป็นอิสระจากกันและกันจึงสามารถนำตัวแปรทั้งหมดเข้าวิเคราะห์ในสมการจำแนกประเภทได้ โดยเลือกใช้เทคนิควิเคราะห์แบบมีขั้นตอน (Stepwise Method) โดยวิธีการของโร (Rao) เพื่อจะหาตัวแปรที่ดีที่สุดในการเข้าสมการเป็นตัวแรกและตัวต่อ ๆ มา

๒.๑ ผลการจำแนกสตรีผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิด จากกลุ่มตัวอย่าง ๖๕๐ ตัวอย่าง เป็นกลุ่มตัวอย่างที่สมบูรณ์ที่เข้าวิเคราะห์ในสมการจำแนกกลุ่ม ๖๗๔ ตัวอย่าง รายละเอียดผลการวิเคราะห์ในตาราง ๓๔ - ๓๕ และ ๓๖

ตาราง ๓๔ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรจำแนกตามสตรีผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิด

| ตัวแปร | สตรีผู้ยอมรับการคุมกำเนิด | | สตรีผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด | |
|---|---------------------------|---------|------------------------------|---------|
| | \bar{X} | S.D. | \bar{X} | S.D. |
| ๑. จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ | ๒.๔๔ | ๑.๘๖ | ๑.๙๓ | ๑.๖๓ |
| ๒. การศึกษาของสตรี | ๓.๐๑ | ๐.๗๔ | ๒.๘๒ | ๐.๙๔ |
| ๓. การศึกษาของสามี | ๓.๒๗ | ๐.๗๒ | ๓.๐๘ | ๐.๘๔ |
| ๔. การเข้าร่วมแรงงานสตรี | ๒.๐๓ | ๐.๓๖ | ๒.๐๕ | ๐.๕๑ |
| ๕. รายได้ของครัวเรือน | ๑๐๖๘.๙๔ | ๑๑๙๐.๕๔ | ๙๘๒.๑๖ | ๑๓๔๘.๙๘ |
| ๖. การรับรู้การสนับสนุนการคุมกำเนิดจากสังคม | ๓๑.๓๖ | ๖.๕๔ | ๒๙.๕๓ | ๑๓.๒๒ |
| ๗. การรับรู้การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด | ๑๘.๒๒ | ๒.๓๖ | ๑๘.๕๕ | ๓.๑๓ |
| ๘. ความทันสมัยของบุคคล | ๖.๕๔ | ๑.๕๔ | ๖.๙๒ | ๑.๖๑ |
| ๙. ค่านิยมต่อบุตร | ๒๓.๙๓ | ๒.๖๖ | ๒๓.๖๘ | ๒.๕๘ |

จากตาราง ๓๔ พบว่าคุณสมบัติทั่วไปของการเป็นสมาชิกของกลุ่มสตรีผู้ยอมรับและไม่ยอมรับมีลักษณะแตกต่างกันในเรื่องจำนวนบุตร การศึกษาของสตรี การศึกษาของสามี รายได้ และการรับรู้ การสนับสนุนการคุมกำเนิดจากสังคม แต่มีคุณสมบัติด้านการเข้าร่วมแรงงานสตรี ค่านิยมต่อบุตร ความทันสมัยและการรับรู้การเข้าถึงบริการคุมกำเนิดคล้ายคลึงกัน (ค่า \bar{X} ของทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน)

เนื่องจากเป็นการจำแนกกลุ่มเพียง ๒ กลุ่มคือ สตรีผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิด
สมการจำแนกที่ได้จึงมีเพียงสมการเดียว แต่มี ๒ รูปแบบ คือ แบบคะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน
สมการ คะแนนดิบที่ได้เป็นสมการที่ใช้ในการประมาณค่าความเป็นสมาชิกของกลุ่ม ส่วนสมการ
คะแนนมาตรฐานสมการที่แสดงน้ำหนักของตัวแปรแต่ละตัวที่สัมพันธ์กับตัวแปรที่ใช้จำแนกกลุ่ม
ค่าสัมประสิทธิ์สมการจำแนกมีรายละเอียดในตาราง ๓๔

ตาราง ๓๔ ค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรในสมการจำแนกประเภทสตรีผู้ยอมรับและไม่ยอมรับ
การคุมกำเนิด

| ตัวแปร | ค่าสัมประสิทธิ์สมการจำแนก | |
|---|---------------------------|----------|
| | คะแนนมาตรฐาน | คะแนนดิบ |
| ๑. จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ | ๐.๓๓๘ | ๐.๔๕๐ |
| ๒. การศึกษาของสตรี | ๐.๓๕๒ | ๐.๔๕๗ |
| ๓. การศึกษาของสามี | ๐.๓๕๔ | ๐.๔๘๓ |
| ๔. การเข้าร่วมแรงงานสตรี | ๐.๒๖๔ | ๐.๔๕๔ |
| ๕. การรับรู้การสนับสนุนการคุมกำเนิดจากสังคม | ๐.๓๖๘ | ๐.๑๓๒ |
| ๖. การรับรู้การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด | ๐.๒๓๔ | ๐.๑๑๖ |
| ๗. ความทันสมัย | ๐.๑๖๒ | ๐.๑๐๑ |
| ๘. คำนิยมต่อบุตร | ๐.๒๒๓ | ๐.๑๔๕ |
| ค่าคงที่ | | -๔.๘๖๒ |

จากตาราง ๓๔ พบว่าตัวแปรที่เข้าสู่สมการจำแนกมีเพียง ๘ ตัวแปร ตัวแปรเรื่อง
รายได้ของครัวเรือนไม่มีนัยสำคัญในการนำเข้าสู่สมการจึงถูกคัดออกไป เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์

ในการจำแนกของคะแนนมาตรฐาน พบว่า จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่มีค่าสัมประสิทธิ์สมการจำแนกสูงที่สุดคือ ๐.๗๗๔ รองลงมาคือตัวแปรการศึกษาสตรี การศึกษามี และการรับรู้การสนับสนุนจากสังคม สำหรับตัวแปรที่เหลือคือการเข้าร่วมแรงงานสตรี คำนิยมต่อบุตร ความทันสมัย และการรับรู้การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด แม้จะเข้าอยู่ในสมการแต่ค่านิยมต่อบุตรทำให้ค่าในการจำแนกเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย

ตาราง ๓๖ ค่าต่าง ๆ ที่ใช้ในการตัดสินสมการจำแนกประเภทสตรีผู้ยอมรับ-ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด

| Discriminant Function | Eigenvalue | Cumulative Percentage | Canonical Correlation | Wilk's Lambda | Chi-Sq | DF | Sig |
|-----------------------|------------|-----------------------|-----------------------|---------------|--------|----|-------|
| ๑ | ๐.๐๗๓ | ๑๐๐.๐ | ๐.๒๖๑ | ๐.๙๓๒ | ๕๗.๕๖ | ๘ | ๐.๐๐๐ |

จากค่าสถิติในตาราง ๓๖ แสดงว่าสมการที่ได้มีนัยสำคัญทางสถิติที่ ๐.๐๐๑ แต่เนื่องจากค่าสหสัมพันธ์คาโนนิกัล (Canonical Correlation) ค่า (๐.๒๖๑) แสดงให้เห็นว่าสมการดังกล่าวมีอำนาจในการจำแนกไม่สูง ซึ่งสอดคล้องกับค่าวิลด์แลมด้า (Wilk's Lambda) ซึ่งมีค่าสูง (๐.๙๓๒) แสดงว่ามีอำนาจในการแบ่งแยกกลุ่มได้ไม่มาก

ผลการทดสอบสมการที่ได้โดยการนำสมการดังกล่าวไปคาดคะเนความเป็นสมาชิกของกลุ่มพบว่า คาดคะเนได้ถูกต้องเพียงร้อยละ ๖๓.๐๓% ดังปรากฏในตาราง ๓๗

ตาราง ๓๗ ผลการคาดประมาณการจำแนกสตรีผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิด โดยสมการจำแนกประเภทที่ได้

| กลุ่มจริง | กลุ่มที่คาดคะเน | | จำนวนรวม |
|--------------------------|-----------------------|--------------------------|----------|
| | ผู้ยอมรับการคุมกำเนิด | ผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด | |
| ผู้ยอมรับการคุมกำเนิด | ๒๔๑ (๖๒.๖%) | ๑๔๔ (๓๗.๔%) | ๓๘๕ |
| ผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด | ๑๐๗ (๓๖.๔%) | ๑๘๗ (๖๓.๖%) | ๒๙๔ |

ร้อยละของกรณีที่คาดได้ถูกต้อง = ๖๓.๐๓

จากผลการคาดประมาณการจำแนกกลุ่มในตาราง ๓๗ สมการที่ได้ให้ผลถูกต้องไม่สูงมาก จึงพอสรุปได้ว่า สมการที่ได้สมมุติว่าจะใช้เป็นสมการในการจำแนกกลุ่มได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่ประสิทธิภาพของสมการยังไม่ดีเท่าที่ควร

๒.๒ ผลการจำแนกสตรีผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิด ในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง

จากจำนวนตัวอย่าง ๖๕๐ ตัวอย่าง เป็นกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง ๓๓๐ ตัวอย่าง และต่ำ ๓๒๐ ตัวอย่าง ได้นำจำนวนตัวอย่างที่อยู่ในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง ๓๓๐ ตัวอย่างมาจำแนกกลุ่มผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิด ได้สตรีผู้ยอมรับการคุมกำเนิด ๒๓๔ ตัวอย่าง สตรีผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด ๔๕ ตัวอย่าง นำกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง ๓๓๐ ตัวอย่าง เข้าวิเคราะห์ในสมการจำแนกกลุ่มผลการวิเคราะห์ดังตาราง ๓๘

ตาราง ๓๘ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปร จำแนกตามสตรีที่ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิดในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง

| ตัวแปร | สตรีที่ยอมรับการคุมกำเนิด | | สตรีที่ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด | |
|---|---------------------------|---------|------------------------------|---------|
| | \bar{X} | S.D. | \bar{X} | S.D. |
| ๑. จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ | ๒.๒๔ | ๑.๓๗ | ๑.๒๑ | ๑.๐๒ |
| ๒. การศึกษาของสตรี | ๓.๑๒ | ๑.๖๒ | ๓.๒๒ | ๐.๖๔ |
| ๓. การศึกษาของสามี | ๓.๓๔ | ๐.๕๕ | ๓.๓๕ | ๐.๖๖ |
| ๔. การเข้าร่วมแรงงานสตรี | ๒.๐๓ | ๑.๓๒ | ๒.๐๕ | ๐.๕๕ |
| ๕. รายได้ของครัวเรือน | ๑๐๖๘.๘๔ | ๑๒๔๗.๕๕ | ๑๑๘๐.๕๘ | ๑๕๗๓.๕๑ |
| ๖. การรับรู้การสนับสนุนการคุมกำเนิดจากสังคม | ๓๑.๖๓ | ๖.๕๕ | ๓๑.๓๕ | ๕.๕๐ |
| ๗. การรับรู้การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด | ๑๗.๕๐ | ๒.๖๕ | ๑๘.๗๘ | ๕.๕๑ |
| ๘. ความทันสมัย | ๖.๘๔ | ๑.๖๒ | ๖.๗๒ | ๑.๕๖ |
| ๙. ค่านิยมต่อบุตร | ๒๓.๕๓ | ๒.๗๑ | ๒๕.๐๒ | ๒.๐๓ |

จากตาราง ๓๘ จะเห็นว่าคุณสมบัติทั่วไปของการเป็นสมาชิกของสตรีที่ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิดในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง มีลักษณะแตกต่างกันอย่างเด่นชัดในเรื่องจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ คือ ผู้ที่ยอมรับการคุมกำเนิดมีจำนวนบุตรโดยเฉลี่ย ๒.๒๔ คน ซึ่งมากกว่าผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิดที่มีบุตรโดยเฉลี่ย ๑.๒๑ คน สำหรับคุณสมบัติอื่น ๆ ไม่แตกต่างกันมาก

สมการจำแนกกลุ่มมีสมการเดียว สมการที่ได้มีค่าสัมประสิทธิ์ของสมการคะแนนดิบ
และสมการคะแนนมาตรฐาน ดังข้างละเบาะในตาราง ๓๔

ตาราง ๓๔ ค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรในสมการ จำแนกประเภทสตรีผู้ยอมรับและไม่ยอมรับ
การคุมกำเนิด ในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง

| ตัวแปร | ค่าสัมประสิทธิ์สมการจำแนก | |
|---------------------------------------|---------------------------|----------|
| | คะแนนมาตรฐาน | คะแนนดิบ |
| ๑. จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ | ๐.๕๓๖ | ๐.๕๘๘ |
| ๒. การรับรู้การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด | -๐.๓๕๕ | -๐.๑๒๐ |
| ๓. การศึกษาของสามี | ๐.๑๕๔ | ๐.๓๒๐ |
| ๔. ความทันสมัยของบุคคล | ๐.๑๕๗ | ๐.๑๑๗ |
| ค่าคงที่ | | -๐.๔๔๑ |

จากตาราง ๓๔ พบว่าตัวแปรที่เข้าสู่สมการจำแนกมีเพียง ๔ ตัว คือ จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ การศึกษาของสามี การรับรู้การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด และความทันสมัย โดยจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่มีค่าสัมประสิทธิ์การจำแนกสูงสุด รองลงมาคือการรับรู้การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด (แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าค่าสัมประสิทธิ์การจำแนกเป็นลบ) สำหรับการศึกษานี้และการศึกษาของสามีและความทันสมัย แม้จะเข้าสู่สมการจำแนกแต่ก็ทำให้ค่าในการจำแนกเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย

ตาราง ๔๐ ค่าต่าง ๆ ที่ใช้ในการตัดสินใจจำแนกประเภทสตรีผู้ยอมรับ-ไม่ยอมรับการคุมกำเนิดในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง

| Discriminant Function | Eigenvalue | Cumulative Percentage | Canonical Correlation | Wilk's Lambda | Chi-Sq | DF | Sig |
|-----------------------|------------|-----------------------|-----------------------|---------------|--------|----|-------|
| ๑ | ๐.๑๖๒ | ๑๐๐.๐ | ๐.๓๑๘ | ๐.๘๗๘ | ๓๕.๗๓ | ๔ | ๐.๐๐๐ |

จากค่าสถิติในตาราง ๔๐ แสดงว่าสมการที่ได้มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เนื่องจากค่าสหสัมพันธ์คาโนนิกัล ค่า (๐.๓๑๘) แสดงให้เห็นว่าสมการดังกล่าวมีอำนาจในการจำแนกไม่สูง ซึ่งสอดคล้องกับค่า วิลค์แลมบ์ดา (๐.๘๗๘) แสดงว่ามีอำนาจในการแบ่งแยกกลุ่มได้ไม่มาก

ผลการทดสอบสมการที่ได้โดยนำไปคาดคะเนความเป็นสมาชิกของกลุ่ม พบว่า คาดคะเนได้ถูกต้องร้อยละ ๖๘.๑๕ ดังปรากฏในตาราง ๔๑

ตาราง ๔๑ ผลการคาดประมาณการจำแนกสตรีผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิดในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง โดยสมการจำแนกประเภทที่ได้

| กลุ่มจริง | กลุ่มที่คาดคะเน | | จำนวนราย |
|--------------------------|-----------------------|--------------------------|----------|
| | ผู้ยอมรับการคุมกำเนิด | ผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด | |
| ผู้ยอมรับการคุมกำเนิด | ๑๔๘ (๖๓.๐%) | ๘๗ (๓๗.๐%) | ๒๓๕ |
| ผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด | ๑๘ (๑๘.๕%) | ๑๗๗ (๘๑.๕%) | ๑๙๕ |

ร้อยละของกรณีที่คาดได้ถูกต้อง = ๖๘.๑๕

จากผลการคาดประมาณการจำแนกกลุ่มในตาราง ๔๔ สมการที่ได้ให้ผลถูกต้องไม่สูงมาก จึงพอสรุปได้ว่า สมการที่ได้แม้จะใช้เป็นสมการในการจำแนกกลุ่มได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่ประสิทธิภาพของสมการยังไม่ดีเท่าที่ควร

๒.๓ ผลการจำแนกสตรีผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิดในหมู่บ้านที่มีอัตรา
การคุมกำเนิดต่ำ

จากจำนวนตัวอย่าง ๓๕๐ ตัวอย่าง ที่อยู่ในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ ได้นำมาจำแนกสตรีผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิดได้ผู้ยอมรับการคุมกำเนิด ๑๕๐ ตัวอย่าง และผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด ๒๐๐ ตัวอย่าง นำกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ ๓๕๐ ตัวอย่าง เข้าวิเคราะห์ในสมการจำแนกกลุ่ม ผลการวิเคราะห์ดังตาราง ๔๒

ตาราง ๔๒ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปร จำแนกตามสตรีผู้ยอมรับและ
ไม่ยอมรับการคุมกำเนิดในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ

| ตัวแปร | สตรีผู้ยอมรับการคุมกำเนิด | | สตรีผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด | |
|---|---------------------------|---------|------------------------------|---------|
| | \bar{X} | S.D. | \bar{X} | S.D. |
| ๑. จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ | ๒.๘๗ | ๑.๗๘ | ๒.๒๗ | ๑.๗๕ |
| ๒. การศึกษาของสตรี | ๒.๘๓ | ๐.๙๗ | ๒.๖๕ | ๑.๐๐ |
| ๓. การศึกษาของสามี | ๓.๐๙ | ๐.๘๖ | ๒.๙๖ | ๐.๙๕ |
| ๔. การเข้าร่วมแรงงานสตรี | ๒.๐๓ | ๐.๙๑ | ๒.๐๕ | ๐.๕๐ |
| ๕. รายได้ของครัวเรือน | ๑๐๖๕.๐๕ | ๑๐๙๘.๕๖ | ๘๘๗.๒๕ | ๑๒๓๖.๗๒ |
| ๖. การรับรู้การสนับสนุนการคุมกำเนิด จากสังคม | ๓๐.๙๔ | ๖.๖๗ | ๒๘.๕๒ | ๑๕.๕๗ |
| ๗. การรับรู้การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด | ๑๘.๗๓ | ๑.๗๑ | ๑๘.๕๕ | ๒.๑๘ |
| ๘. ความทันสมัย | ๗.๒๓ | ๑.๕๕ | ๗.๐๒ | ๑.๖๒ |
| ๙. คำนิยมต่อบุตร | ๒๓.๕๕ | ๒.๖๑ | ๒๓.๕๒ | ๒.๗๐ |

จากตาราง ๔๒ แสดงให้เห็นว่า สตรีผู้ยอมรับการคุมกำเนิดมีค่าเฉลี่ยในคุณลักษณะต่าง ๆ สูงกว่าสตรีที่ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด ยกเว้น เรื่องของการเข้าร่วมแรงงานสตรีที่มีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกัน

ในการสร้างสมการจำแนกกลุ่ม เนื่องจากมีเพียง ๒ กลุ่มคือ สตรีผู้ยอมรับและไม่ยอมรับคุมกำเนิด สมการจำแนกกลุ่มมิได้สมการเดียว สมการที่ได้มีค่าสัมประสิทธิ์ของสมการคะแนนดิบและสมการคะแนนมาตรฐาน ดังรายละเอียดในตาราง ๔๓

ตาราง ๔๓ ค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรในสมการจำแนกประเภทสตรีผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิดในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ

| ตัวแปร | ค่าสัมประสิทธิ์สมการจำแนก | |
|---|---------------------------|----------|
| | คะแนนมาตรฐาน | คะแนนดิบ |
| ๑. จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ | ๐.๗๗๓ | ๐.๔๔๐ |
| ๒. การศึกษาของสตรี | ๐.๓๖๗ | ๐.๓๗๐ |
| ๓. ค่านิยมต่อบุตร | ๐.๓๖๔ | ๐.๑๓๗ |
| ๔. การรับรู้การสนับสนุนการคุมกำเนิดจากสังคม | ๐.๔๗๘ | ๐.๐๔๑ |
| ๕. การรับรู้การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด | ๐.๔๕๓ | ๐.๒๒๗ |
| ค่าคงที่ | | -๑๐.๗๘๔ |

จากตาราง ๔๓ แสดงให้เห็นว่าตัวแปรที่เข้าสู่สมการจำแนกมี ๕ ตัวแปร คือ จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ การศึกษาของสตรี ค่านิยมต่อบุตร การรับรู้การสนับสนุนการคุมกำเนิดจากสังคม การรับรู้การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด โดยจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่มีค่าสัมประสิทธิ์การจำแนก

คะแนนดิบสูงสุด รองลงมาคือ การศึกษาของสตรี สำหรับค่านิยมต่อบุตร การรับรู้การสนับสนุน การคุมกำเนิดจากสังคม การรับรู้การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด แม้จะเข้าสู่สมการจำแนก แต่ก็ทำให้ค่าในการจำแนกเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย

ตาราง ๔๔ ค่าต่าง ๆ ที่ใช้ในการตัดสินสมการจำแนกประเภทผู้ยอมรับ-ไม่ยอมรับการคุมกำเนิดในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ

| Discriminant Function | Eigenvalue | Cumulative Percentage | Canonical Correlation | Wilk's Lambda | Chi-Sq | DF | Sig |
|-----------------------|------------|-----------------------|-----------------------|---------------|--------|----|-------|
| ๑ | ๐.๗๖ | ๑๐๐.๐ | ๐.๒๖๔ | ๐.๙๒๔ | ๒๕.๑๕๗ | ๔ | ๐.๐๐๐ |

จากตารางสถิติในตาราง ๔๔ แสดงว่าสมการที่ได้มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เนื่องจากค่าสหสัมพันธ์คาโนนิกัลต่ำ (๐.๒๖๔) แสดงให้เห็นว่าสมการดังกล่าวมีอำนาจในการจำแนกไม่สูง ซึ่งสอดคล้องกับค่า วิลค์แลมบ์ดา (๐.๙๒๔) แสดงว่ามีอำนาจในการแบ่งกลุ่มได้ไม่มาก

ผลการทดสอบสมการที่ได้โดยนำไปคาดคะเนความเป็นสมาชิกของกลุ่ม พบว่า คาดคะเนได้ถูกต้องร้อยละ ๖๑.๐๓ ดังปรากฏในตาราง ๔๕

ตาราง ๔๕ ผลการคาดประมาณการจำแนกสตรีผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิดในหมู่บ้าน
ที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ โดยสมการจำแนกประเภทที่ได้

| กลุ่มจริง | กลุ่มที่คาดคะเน | | จำนวนราย |
|--------------------------|-----------------------|--------------------------|----------|
| | ผู้ยอมรับการคุมกำเนิด | ผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด | |
| ผู้ยอมรับการคุมกำเนิด | ๔๑ (๖๐.๗%) | ๔๘ (๓๘.๓%) | ๑๔๐ |
| ผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด | ๓๗ (๓๘.๗%) | ๑๒๒ (๖๑.๓๐%) | ๑๕๙ |

ร้อยละของกรณีที่คาดได้ถูกต้อง = ๖๑.๐๓

จากผลการคาดประมาณการจำแนกกลุ่มในตาราง ๔๕ สมการที่ได้ให้ผลถูกต้องไม่สูงมาก จึงพอสรุปได้ว่า สมการที่ได้แม้เป็นสมการในการจำแนกกลุ่มได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่ประสิทธิภาพของสมการยังไม่ดีเท่าที่ควร

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยระดับบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการคุมกำเนิด โดยการวิเคราะห์จำแนกประเภทสตรีผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิด โดยส่วนรวมสรุปได้ว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการคุมกำเนิด ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ โดยตัวแปรด้านจำนวนบุตร การศึกษาของสตรี การศึกษาของสามี การเข้าร่วมแรงงานสตรี การรับรู้การสนับสนุนการคุมกำเนิด จากสังคม การรับรู้การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด ความทันสมัยของบุคคล และค่านิยมต่อบุตรสามารถจำแนกการยอมรับการคุมกำเนิดได้ ยกเว้นรายได้ของครัวเรือน ซึ่งไม่เข้าอยู่ในสมการจำแนก โดยสมการดังกล่าวมีอำนาจในการจำแนกร้อยละ ๒๖.๑ เมื่อจำแนกสตรีผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิดในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง และตัวแปรที่มีอิทธิพลในการจำแนกจะแตกต่างกันไป

ในหมู่บ้านที่มีอัตราคุมกำเนิดสูง ตัวแปรจำแนกการยอมรับการคุมกำเนิด คือ จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ การศึกษาของสามี การรับรู้การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด และความทันสมัยของบุคคล โดยมีอำนาจจำแนกร้อยละ ๗๑.๓ และตัวแปรจำแนกการยอมรับการคุมกำเนิดในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำคือ จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ การศึกษาของสตรี การรับรู้การสนับสนุนการคุมกำเนิดจากสังคม การรับรู้การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด และค่านิยมต่อบุตร โดยมีอำนาจจำแนกร้อยละ ๒๒.๔ ตัวแปรด้านประชากรคือจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ เป็นตัวแปรสำคัญที่เข้าสู่สมการจำแนกทุกสมการ และมีค่าสัมประสิทธิ์สูงสุด โดยเฉพาะในกลุ่มหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง แต่จะมีค่าลดลงในสมการจำแนกกลุ่มผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิด ในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ ตัวแปรด้านเศรษฐกิจและสังคมที่สำคัญคือ การศึกษาของสตรีและสามี และตัวแปรด้านจิตวิทยาที่สำคัญคือ การรับรู้การสนับสนุน การคุมกำเนิดจากสังคม

๓ . ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงและต่ำ

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมในหมู่บ้านโดยจำแนกกลุ่มเป็นหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง คือสูงกว่าร้อยละ ๕๐ และหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ คือต่ำกว่าร้อยละ ๕๐ มีดังนี้

ในการวิเคราะห์การเข้าถึงบริการคุมกำเนิดในหมู่บ้าน โดยพิจารณาจากดัชนี ๓ ตัว คือ เรื่องระยะทางจากหมู่บ้านถึงสถานที่ให้บริการระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการรับบริการคุมกำเนิดและให้เป็นน้ำหนักคะแนน ผลการวิเคราะห์พบว่า โดยเฉลี่ยหมู่บ้านมีระดับของการเข้าถึงบริการสูงในค่าน้ำหนักครั้งของการมีโครงการวางแผนครอบครัวพิเศษพบว่า โดยเฉลี่ยใน ๑ ปีที่ผ่านมา มีจำนวน ๑ - ๒ ครั้ง ประสิทธิภาพของการให้บริการการวางแผนครอบครัวจากเจ้าหน้าที่พบว่า ค่อนข้างดี ในแต่ละหมู่บ้านมีอัตราตายของทารกต่ำ มีอัตราการอ่านออกเขียนได้ค่อนข้างสูง จำนวนครัวเรือนที่มีไฟฟ้าใช้ค่อนข้างสูง แต่จำนวนครัวเรือนที่มีโทรทัศน์ใช้ค่อนข้างต่ำ รายได้เฉลี่ยของแต่ละหมู่บ้านประมาณ ๔,๐๐๐ - ๔,๕๐๐ บาท และเมื่อจำแนกตามหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงและต่ำ ผลการวิเคราะห์มีรายละเอียดดังตาราง ๔๖

ตาราง ๔๖ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ในหมู่บ้านที่มี
อัตราการคุมกำเนิดสูงและต่ำ

| ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม | หมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง | | หมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|---------|-----------------------------------|---------|
| | \bar{X} | S.D. | \bar{X} | S.D. |
| ๑. การเข้าถึงบริการ* | ๘.๔๐ | ๑.๑๒ | ๗.๗๓ | ๐.๘๘ |
| ๒. จำนวนโครงการวางแผนครอบครัวพิเศษ | ๑.๒๐ | ๐.๕๖ | ๒.๒๐ | ๑.๓๒ |
| ๓. ประสิทธิภาพของการให้บริการ** | ๑๔.๘๗ | ๓.๓๕ | ๑๓.๘๗ | ๒.๓๓ |
| ๔. อัตราตายของทารก | ๐.๔๘ | ๑.๕๕ | ๐.๖๗ | ๐.๒๖ |
| ๕. อัตราการอ่านออกเขียนได้ | ๕๐.๘๗ | ๓.๕๖ | ๗๒.๗๓ | ๗.๕๕ |
| ๖. ร้อยละของครัวเรือนที่มีไฟฟ้าใช้ | ๘๑.๘๓ | ๓๓.๘๓ | ๗๖.๗๓ | ๑๘.๕๒ |
| ๗. ร้อยละของครัวเรือนที่มีโทรทัศน์ใช้ | ๒๘.๗๓ | ๑๒.๗๖ | ๑๕.๐๐ | ๑๑.๘๗ |
| ๘. รายได้เฉลี่ยของครัวเรือน | ๔๖๖๖.๖๖ | ๗๖๔๕.๘๘ | ๔๐๖๖.๖๖ | ๔๗๗๒.๕๕ |

หมายเหตุ : * คะแนนสูงสุด = ๔ คะแนนต่ำสุด = ๓

** คะแนนสูงสุด = ๑๘ คะแนนต่ำสุด = ๑

จากตาราง ๔๖ เมื่อพิจารณาระหว่างหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงและต่ำ พบว่าหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงมีระดับการเข้าถึงบริการการคุมกำเนิด ประสิทธิภาพของการให้บริการ อัตราการอ่านออกเขียนได้ ร้อยละของครัวเรือนที่มีไฟฟ้าและโทรทัศน์ใช้และรายได้เฉลี่ย

ของครัวเรือนสูงกว่าหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ หมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำมีอัตราตายของทารกและการมีจำนวนโครงการวางแผนครอบครัวพิเศษสูงกว่าหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง เป็นที่น่าสังเกตว่า ปัจจัยด้านจำนวนโครงการวางแผนครอบครัวพิเศษที่น่าจะมีจำนวนครั้งมากในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง เพราะหมู่บ้านที่มีโครงการวางแผนครอบครัวพิเศษเข้าไปหลาย ๆ ครั้งจะมีผลให้อัตราการคุมกำเนิดในหมู่บ้านนั้นสูงขึ้น แต่ผลจากการวิเคราะห์มีลักษณะตรงกันข้าม กล่าวคือ หมู่บ้านที่มีโครงการวางแผนครอบครัวพิเศษหลายครั้งกลับมีอัตราการคุมกำเนิดต่ำอยู่ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในทางปฏิบัติแล้ว หมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงอยู่แล้วความจำเป็นของการมีโครงการรณรงค์พิเศษมีน้อยกว่า และผลจากการมีโครงการพิเศษในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำหลาย ๆ ครั้ง แม้จะทำให้อัตราการคุมกำเนิดในหมู่บ้านที่ต่ำมาก ๆ สูงขึ้น แต่อย่างไรก็ตามอัตราดังกล่าวก็ยังต่ำกว่าหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงอยู่

๔. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่ออัตราการคุมกำเนิด

ในหมู่บ้าน

จากปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมใน ๔ ตัวแปรตามกรอบแนวความคิด ในการวิจัยคือ

๑) การเข้าถึงบริการการคุมกำเนิด ๒) จำนวนโครงการวางแผนครอบครัวพิเศษ ๓) ประสิทธิภาพของการให้บริการ ๔) อัตราตายของทารก ๕) อัตราการอ่านออกเขียนได้ ๖) ร้อยละของครัวเรือนที่มีไฟฟ้าใช้ ๗) ร้อยละของครัวเรือนที่มีโทรทัศน์ใช้ และ ๘) รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนนำมาวิเคราะห์หาสมการจำแนกระหว่างกลุ่มหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงและต่ำ สมการจำแนกที่ได้มีเพียงสมการเดียว แต่มี ๒ รูปแบบ คือ คะแนนดิบและคะแนนมาตรฐาน สมการคะแนนดิบที่ได้เป็นสมการที่ใช้ในการประมาณค่าความเป็นสมาชิกของกลุ่ม ส่วนสมการมาตรฐานเป็นสมการที่แสดงน้ำหนักของตัวแปรแต่ละตัวที่สัมพันธ์กับตัวแปรที่ใช้จำแนกกลุ่ม คำสัมประสิทธิ์สมการจำแนกมีรายละเอียดในตาราง ๔๗

ตาราง ๔๗ ค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรในสมการจำแนกประเภทหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิด
— สูงและต่ำ

| ตัวแปร | ค่าสัมประสิทธิ์สมการจำแนก | |
|---------------------------------------|---------------------------|----------|
| | คะแนนมาตรฐาน | คะแนนดิบ |
| ๑. จำนวนโครงการวางแผนครอบครัวพิเศษ | ๗๐.๘๒๘ | -๐.๘๐๖ |
| ๒. อัตราการอ่านออกเขียนได้ | ๐.๘๘๘ | ๐.๑๖๔ |
| ๓. ร้อยละของครัวเรือนที่มีโทรทัศน์ใช้ | ๐.๓๕ | ๐.๐๓๒ |
| ค่าคงที่ | | -๑๒.๗๒๓ |

จากตาราง ๔๗ พบว่าตัวแปรที่เข้าสู่สมการจำแนกมีเพียง ๓ ตัวแปรคือ จำนวนโครงการวางแผนครอบครัวพิเศษ อัตราการอ่านออกเขียนได้และร้อยละของครัวเรือนที่มีโทรทัศน์ใช้ สำหรับตัวแปร เรื่องการเข้าถึงบริการ ประสิทธิภาพของการให้บริการ อัตราตายของทารก ร้อยละของครัวเรือนที่มีไฟฟ้าใช้ และรายได้เฉลี่ยของครัวเรือนไม่มีนัยสำคัญในการนำเข้าสู่สมการจึงถูกตัดออกไป อัตราการอ่านออกเขียนได้ของชุมชนมีค่าน้ำหนักของตัวแปรสูงที่สุดคือ ๐.๘๘๘

เมื่อพิจารณาค่าต่าง ๆ ที่ใช้ในการตัดสินใจสมการจำแนกหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง และอัตราการคุมกำเนิดต่ำ ค่าต่าง ๆ มีรายละเอียดดังตาราง ๔๘

ตาราง ๔๔ ค่าต่าง ๆ ที่ใช้ในการตัดสินใจจำแนกประเภทผู้ยอมรับ-ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด
ในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ

| Discriminant Function | Eigenvalue | Cumulative Percentage | Canonical Correlation | Wilk's Lambda | Chi-Sq | DF | Sig |
|-----------------------|------------|-----------------------|-----------------------|---------------|--------|----|-------|
| ๑ | ๔๘.๔๖ | ๑๐๐.๐ | ๐.๘๑๐ | ๐.๑๗๑ | ๔๖.๗๔๒ | ๓ | ๐.๐๐๐ |

จากตาราง ๔๔ สมการที่ได้มีนัยสำคัญทางสถิติและค่าสหสัมพันธ์คาโนนิกัลสูง (๐.๘๑๐) ค่าวิสต์แลมด้าต่ำ (๐.๑๗๐) แสดงว่า สมการที่ได้มีอำนาจจำแนกก็สามารถแบ่งแยกกลุ่มได้ดี จึงนำสมการที่ได้ไปทดสอบการคาดคะเนความเป็นสมาชิกของกลุ่ม ผลการทดสอบดังตาราง ๔๕

ตาราง ๔๕ ผลการคาดประมาณการจำแนกกลุ่มหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำและอัตราการคุมกำเนิดสูง โดยสมการจำแนกประเภทที่ได้

| กลุ่มจริง | กลุ่มที่คาดคะเน | | จำนวนราย |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|----------|
| | หมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง | หมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ | |
| หมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง | ๑๔ ๑๐๐.๐% | ๐ ๐.๐๐% | ๑๔ |
| หมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ | ๑ ๖.๗% | ๑๔ ๘๓.๓% | ๑๕ |

ร้อยละของการผิดที่คาดได้ถูกต้อง = ๘๖.๖๗

จากตาราง ๔๔ ผลการคาดประมาณการจำแนกกลุ่มโดยใช้สมการที่ได้คาดคะเน
ความเป็นสมาชิกของกลุ่มได้ถึงร้อยละ ๙๖.๖๗ แสดงว่าสมการที่ได้มีประสิทธิภาพในการจำแนกกลุ่ม
สูงมาก

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่ออัตราคุมกำเนิดในหมู่บ้าน
โดยการวิเคราะห์จำแนกประเภท สามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อ
อัตราการคุมกำเนิดของชุมชน ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ โดยตัวแปรด้านจำนวนวางแผน
ครอบครัว อัตราการอ่านออกเขียนได้ และร้อยละของครัวเรือนที่มีโทรทัศน์ใช้ มีอำนาจจำแนก
ร้อยละ ๔๑.๐ สำหรับตัวแปรการเข้าถึงบริการ ประสิทธิภาพของการให้บริการ อัตราตายของทารก
ร้อยละของครัวเรือนที่มีไฟฟ้าใช้ รายได้เฉลี่ยของครัวเรือน ไม่เข้าสู่สมการจำแนก

๕. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยระดับบุคคลและปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการ
ยอมรับการคุมกำเนิด

การวิเคราะห์การยอมรับการคุมกำเนิดของบุคคลนอกเหนือปัจจัยส่วนบุคคลแล้ว
สังคมสิ่งแวดล้อมก็มีอิทธิพลต่อการยอมรับการคุมกำเนิดเช่นกัน ดังนั้นในการวิเคราะห์ในขั้นนี้จึงได้
นำปัจจัยทั้ง ๒ ระดับคือ ปัจจัยระดับบุคคลและปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมนำมาวิเคราะห์ร่วมกัน
(Multi-level Analysis) เพื่อให้เห็นอิทธิพลของตัวแปรทั้ง ๒ ระดับ อิทธิพลของแต่ละระดับ
และสมการที่เหมาะสมในการอธิบายการยอมรับการคุมกำเนิด ผู้วิจัยจึงได้กำหนดสมการในการ
วิเคราะห์ ๔ สมการคือ

$$Y = f(I, C) \quad (1)$$

$$Y = f(C) \quad (2)$$

$$Y = f(I) \quad (3)$$

$$Y = f(I, C) \text{ บางตัว}$$

โดยให้ Y = การยอมรับการคุมกำเนิด

I = ปัจจัยส่วนบุคคล

C = ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม

ในสมการ (๑) จะพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลทุกตัวแปร (๔ ตัวแปร) ได้แก่ จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ การศึกษาของสตรีและสามี การเข้าร่วมแรงงานสตรี รายได้ของครัวเรือน การรับรู้การสนับสนุนการคุมกำเนิดจากสังคม การรับรู้การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด ความทันสมัยของบุคคลและค่านิยมต่อบุตร และปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ๔ ตัวแปร ได้แก่ การเข้าถึงบริการการคุมกำเนิดจำนวนของการมีโครงการวางแผนครอบครัวพิเศษ ประสิทธิภาพการให้บริการ อัตราตายของทารก อัตราการอ่านออกเขียนได้ อัตราส่วนร้อยละของครัวเรือนที่มีไฟฟ้าใช้ อัตราส่วนร้อยละของครัวเรือนที่มีโทรทัศน์ และรายได้เฉลี่ยของครัวเรือนในสมการ (๒), (๓) พิจารณาการยอมรับการคุมกำเนิดโดยใช้ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมและปัจจัยส่วนบุคคลที่จะกลุ่มปัจจัยในการวิเคราะห์ผลสุดท้ายคัดเลือกตัวแปรจากสมการที่ ๒, ๓ ที่เห็นว่ามีอิทธิพลต่อการยอมรับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เข้าวิเคราะห์ร่วมกันในสมการที่ ๔

ในการวิเคราะห์ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression) เป็นหลัก จึงต้องทำการทดสอบข้อตกลง ที่ว่าตัวแปรอิสระควรเป็นอิสระจากกันและความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม เป็นความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง โดยดูจากแผนภูมิกระจายและค่าดูปิล วาตัน (Durbin - Watson test) ผลปรากฏว่า ข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลง จึงไม่จำเป็นต้องตัดแปลงข้อมูล นอกจากนี้ยังได้พิจารณาค่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Interaction) โดยใช้ ANOVA ผลการทดสอบพบว่า ไม่พบตัวแปรที่มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงมิได้กำหนดสมการ $Y = f(I, C)$ ที่นอกเหนือไปจาก ๔ สมการข้างต้น แนวการวิเคราะห์ย่อยลงจากสมการทั้ง ๔ รูปแบบใช้วิเคราะห์อิทธิพลต่างระดับที่มีผลต่อการยอมรับการคุมกำเนิดในภาพรวมทั้งหมด และแยกวิเคราะห์อิทธิพลต่างระดับที่มีผลต่อการยอมรับการคุมกำเนิดในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง และอัตราการคุมกำเนิดต่ำตามลำดับต่อมา

๕.๖ ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยระดับบุคคลและปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการยอมรับการคุมกำเนิด

ในการวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยระดับบุคคลและปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการยอมรับการคุมกำเนิดในขั้นแรกนี้ พิจารณาการยอมรับการคุมกำเนิดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ๖๔๐ ตัวอย่าง รายละเอียดของการวิเคราะห์ดังตาราง ๕๐

ตาราง ๕๐ อิทธิพลของปัจจัยระดับบุคคลและปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมมีผลต่อการยอมรับ
การคุมกำเนิด

| ตัวแปร | สมการ (๑) | สมการ (๒) | สมการ (๓) | สมการ (๔) |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|
| ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม | | | | |
| - การเข้าถึงบริการการคุมกำเนิด | ๐.๐๗๒ * | ๐.๐๖๔ | | - |
| - จำนวนของการมีโครงการวางแผนครอบครัวพิเศษ | ๐.๐๒๕ | ๐.๐๒๑ | | - |
| - ประสิทธิภาพการให้บริการ | ๐.๐๓๔ | ๐.๐๒๓ | | - |
| - อัตราตายของทารก | -๐.๐๑๗ | - | | - |
| - อัตราการอ่านออกเขียนได้ | ๐.๐๔๔ | ๐.๐๒๒ | | - |
| - ร้อยละของครัวเรือนที่มีไฟฟ้าใช้ | -๐.๐๒๐ * | -๐.๐๒๓ * | | -๐.๐๒๑ * |
| - ร้อยละของครัวเรือนที่มีโทรศัพท์ | -๐.๐๒๔ * | -๐.๐๓๐ * | | -๐.๐๓๑ * |
| - รายได้เฉลี่ยของครัวเรือน | -๐.๐๒๕ | - | | - |
| ปัจจัยส่วนบุคคล | | | | |
| - จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ | ๐.๐๕๗ * | | ๐.๐๕๖ * | ๐.๐๕๔ * |
| - การศึกษาของสตรี | ๐.๐๕๘ * | | ๐.๐๕๘ * | ๐.๐๕๓ * |
| - การศึกษาของสามี | ๐.๐๖๑ * | | ๐.๐๖๐ * | ๐.๐๕๘ * |
| - การเข้าร่วมแรงงานสตรี | -๐.๐๗๗ * | | -๐.๐๗๐ * | - |
| - รายได้ของครัวเรือน | - | | - | - |
| - การรับรู้การสนับสนุนการคุมกำเนิดจากสังคม | ๐.๐๕๕ * | | ๐.๐๐๕ * | ๐.๐๐๕ * |
| - การรับรู้การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด | -๐.๐๐๔ | | -๐.๐๑๑ * | - |

ตาราง ๕๐ (ต่อ)

| ตัวแปร | สมการ (๑) | สมการ (๒) | สมการ (๓) | สมการ (๔) |
|-----------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| - ความทันสมัยของบุคคล | ๐.๐๑๑ | | ๐.๐๑๕ | - |
| - คำนิยมต่อบุตร | - | | ๐.๐๐๐ | - |
| ค่าคงที่ | -๐.๓๗๑ | ๐.๒๓๔ | ๐.๑๙๖ | ๐.๒๐๕ |
| R | ๐.๒๘๔ | ๐.๑๓๓ | ๐.๒๕๖ | ๐.๒๖๖ |
| R ² | ๐.๐๘๔ | ๐.๐๑๘ | ๐.๐๖๕ | ๐.๐๗๐ |
| R ² adj | ๐.๐๖๓ | ๐.๐๐๘ | ๐.๐๕๕ | ๐.๐๖๒ |

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

จากตาราง ๕๐ แสดงให้เห็นว่าในสมการ (๑) ตัวแปรด้านสังคมสิ่งแวดล้อมเข้าในสมการทุกตัว แต่ตัวแปรด้านส่วนบุคคล ตัวแปรรายได้ของครัวเรือนและความทันสมัยของบุคคล ถูกตัดออกจากสมการ อย่างไรก็ตามตัวแปรที่มีนัยสำคัญที่ ๐.๐๕ ในสมการคือ การเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพระยะของครัวเรือนที่มีไฟฟ้า ร้อยละของครัวเรือนที่มีโทรทัศน์ จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ การศึกษาของสตรีและสามี การเข้าร่วมแรงงานสตรี และการรับรู้การสนับสนุนการคุมกำเนิดจากสังคม โดยตัวแปรในสมการนี้สามารถอธิบายความแปรปรวนของการยอมรับการคุมกำเนิดได้ร้อยละ ๘.๔

ในสมการ (๒) พิจารณาเฉพาะตัวแปรด้านสังคมสิ่งแวดล้อมที่อธิบายการยอมรับการ
 คูกำเนิดของบุคคล พบว่า ตัวแปรด้านอัตราตายของทารกและรายได้เฉลี่ยของครัวเรือนถูก
 คัดออกจากสมการ ตัวแปรที่เหลืออยู่ในสมการคือการเข้าถึงบริการคูกำเนิด จำนวนของการ
 มีโครงการวางแผนครอบครัวพิเศษ ประสิทธิภาพการให้บริการ อัตราการอ่านออกเขียนได้
 ร้อยละของครัวเรือนที่มีไฟฟ้าและร้อยละของครัวเรือนที่มีโทรทัศน์ แต่ตัวแปรในสมการ (๒) ที่มีนัย
 สำคัญทางสถิติมีเพียง ๒ ตัวแปรคือ ร้อยละของครัวเรือนที่มีไฟฟ้า และร้อยละของครัวเรือนที่มี
 โทรทัศน์สมการ (๒) สามารถอธิบายความแปรปรวนของการยอมรับการคูกำเนิดได้ร้อยละ ๑๑.๘

ในสมการ (๓) พิจารณาเฉพาะตัวแปรด้านปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ตัวแปรด้านรายได้
 ของครัวเรือนถูกคัดออกจากสมการ ตัวแปรค่านิยมต่อบุตรแม้จะอยู่ในสมการแต่มีค่าสัมประสิทธิ์ต่ำ
 มาก ตัวแปรที่อยู่ในสมการและมีค่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ ๐.๐๕ ได้แก่ จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ การ
 ศึกษาของสตรีและสามี การเข้าร่วมแรงงานสตรี การรับรู้การสนับสนุนการคูกำเนิด การเข้าถึง
 บริการคูกำเนิด และความทันสมัยของบุคคล สมการ (๒) สามารถอธิบายความแปรปรวนของ
 การยอมรับได้ร้อยละ ๖.๕

ในสมการ (๔) พิจารณาจากสมการ ๑, ๒, ๓ และคัดเลือกตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติ
 และมีค่า F สูงกว่าตัวแปรอื่น ๆ นำมาเข้าสมการร่วมกัน ผลการวิเคราะห์พบว่า สมการ (๔)
 ประกอบด้วยตัวแปรด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ๒ ตัวแปรคือ ร้อยละของครัวเรือนที่มีไฟฟ้าและโทรทัศน์
 และตัวแปรส่วนบุคคล ๔ ตัวแปรคือ จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ การศึกษาของสตรี การศึกษาของสามี
 และการรับรู้การสนับสนุนการคูกำเนิดจากสังคม ทุกตัวแปรในสมการมีนัยสำคัญทางสถิติ และ
 สามารถร่วมอธิบายการผันแปรของการยอมรับการคูกำเนิดได้ร้อยละ ๓๖.๐ จากสมการทั้ง ๔
 จะเห็นว่า ปัจจัยระดับบุคคลอธิบายการผันแปรของการยอมรับการคูกำเนิดได้มากกว่าปัจจัยด้าน
 สังคมสิ่งแวดล้อม

๕.๒ ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยระดับบุคคล และปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม
ที่มีผลต่อการยอมรับการคูกำเนิดในหมู่บ้านที่มีอัตราการคูกำเนิดสูง

ในการวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยระดับบุคคลและปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม
 มีผลต่อการยอมรับการคูกำเนิดในหมู่บ้านที่มีอัตราการคูกำเนิดสูง พิจารณาเฉพาะกลุ่มตัวอย่าง

จำนวน ๓๓๐ คนที่อยู่ในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงกว่าร้อยละ ๕๐ ผลการวิเคราะห์ใน ๔ สมการหลักดังที่กล่าวข้างต้นมีรายละเอียดในตาราง ๕๑

ตาราง ๕๑ อีทธิพลของปัจจัยระดับบุคคลและปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการยอมรับ การคุมกำเนิดในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง

| ตัวแปร | สมการ (๑) | สมการ (๒) | สมการ (๓) | สมการ (๔) |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|
| <u>ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม</u> | | | | |
| - การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด | ๐.๑๒๒ * | ๐.๑๕๒ * | | ๐.๑๒๔ * |
| - จำนวนของการมีโครงการวางแผนครอบครัวพิเศษ | -๐.๐๑๕ | -๐.๐๓๔ | | - |
| - ประสิทธิภาพการให้บริการ | ๐.๐๗๖ | - | | - |
| - อัตราตายของทารก | -๐.๒๑๔ * | -๐.๑๖๘ * | | ๐.๑๓๗ * |
| - อัตราการอ่านออกเขียนได้ | ๐.๑๖๔ | - | | - |
| - ร้อยละของครัวเรือนที่มีไฟฟ้าใช้ | -๐.๐๕๒ * | -๐.๐๕๔ * | | -๐.๐๔๑ * |
| - ร้อยละของครัวเรือนที่มีโทรทัศน์ | -๐.๐๑๔ | -๐.๐๑๔ | | - |
| - รายได้เฉลี่ยของครัวเรือน | -๐.๐๐๗ | - | | - |
| <u>ปัจจัยส่วนบุคคล</u> | | | | |
| - จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ | ๐.๐๗๔ * | | ๐.๐๗๔ * | ๐.๐๗๖ * |
| - การศึกษาของสตรี | ๐.๐๐๖ | | -๐.๐๑๔ | - |
| - การศึกษาของสามี | ๐.๐๕๒ | | ๐.๐๕๔ | - |
| - การเข้าร่วมแรงงานสตรี | -๐.๐๕๐ | | -๐.๐๕๔ | - |

ตาราง ๔๑ (ต่อ)

| ตัวแปร | สมการ (๑) | สมการ (๒) | สมการ (๓) | สมการ (๔) |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|
| - รายได้ของครัวเรือน | -๐.๐๐๐ | | -๐.๐๐๕๔ | - |
| - การรับรู้การสนับสนุนการคุมกำเนิดจากสังคม | ๐.๐๐๐ | | ๐.๐๐๐ | - |
| - การรับรู้การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด | -๐.๐๐๑๗* | | -๐.๐๐๑๗* | |
| - ความทันสมัยของบุคคล | ๐.๐๐๑๗ | | ๑.๐๐๑๖ | - |
| - ค่านิยมต่อบุตร | -๐.๐๐๐ | | -๐.๐๐๐ | - |
| ค่าคงที่ | ๐.๕๑๔ | ๐.๘๕๘ | ๐.๗๓๐ | ๐.๕๑๒ |
| R | ๐.๓๗๓ | ๐.๑๗๘ | ๐.๓๒๖ | ๐.๓๔๐ |
| R ² | ๐.๑๓๘ | ๐.๐๓๒ | ๐.๑๐๖ | ๐.๑๑๖ |
| R ² adj | ๐.๐๘๓ | ๐.๐๑๗ | ๐.๐๘๑ | ๐.๑๐๒ |

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

จากตาราง ๔๑ ผลการวิเคราะห์ในสมการ (๑) ชี้ให้เห็นว่าแม้ว่าทุกตัวแปรเข้าอยู่ในสมการ แต่มีบางตัวแปร เช่น รายได้ของครัวเรือนและการรับรู้การสนับสนุนจากสังคมและค่านิยมต่อบุตรมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ต่ำมาก และมีบางตัวแปรเท่านั้นที่มีค่านัยสำคัญทางสถิติคือ ตัวแปร

การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด อัตราตายของทารก ร้อยละของครัวเรือนที่มีไฟฟ้า จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ และการรับรู้การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด สมการดังกล่าวสามารถอธิบายการยอมรับได้ร้อยละ ๑๓.๔

ในการวิเคราะห์ลำดับต่อมา วิเคราะห์ผลในปัจจัยแต่ละระดับ ผลการวิเคราะห์เฉพาะปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมในสมการ (๒) พบว่า ตัวแปรที่ถูกตัดออกจากสมการคือ เรื่องของประสิทธิภาพในการให้บริการอัตราการอ่านออกเขียนได้ และรายได้เฉลี่ยของครัวเรือน ตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติคือ การเข้าถึงบริการการคุมกำเนิด อัตราตายของทารก และร้อยละของครัวเรือนที่มีไฟฟ้า สมการ (๒) สามารถอธิบายการยอมรับได้ร้อยละ ๓.๒ เมื่อวิเคราะห์เฉพาะปัจจัยส่วนบุคคลในสมการต่อมา (สมการ ๓) พบว่า ตัวแปรด้านส่วนบุคคลทุกตัวแปรเข้าอยู่ในสมการ แต่ตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติมีเพียง ๒ ตัวแปรคือ ตัวแปรจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ และการรับรู้การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด โดยสมการ ๓ สามารถอธิบายการยอมรับการคุมกำเนิดได้ร้อยละ ๑๐.๖

จากสมการ (๑) (๒) และ (๓) เมื่อพิจารณาเฉพาะตัวแปรทั้งสองระดับที่มีนัยสำคัญทางสถิติและสร้างเป็นสมการ (๔) ผลในสมการ (๔) พบว่า การเข้าถึงบริการการคุมกำเนิด อัตราตายของทารก ร้อยละของครัวเรือนที่มีไฟฟ้าใช้ จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ มีนัยสำคัญทางสถิติ สมการที่ได้อธิบายการยอมรับการคุมกำเนิดได้ร้อยละ ๑๑.๖

ผลการวิเคราะห์ใน ๔ สมการเห็นว่าในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง ตัวแปรที่อธิบายการยอมรับการคุมกำเนิดได้ดีคือ จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ และอัตราตายของทารกนั่นคือหมู่บ้านที่มีอัตราตายของทารกสูง การยอมรับการคุมกำเนิดของบุคคลจะต่ำกว่าหมู่บ้านที่มีอัตราตายของทารกต่ำ การเข้าถึงบริการการคุมกำเนิดเป็นตัวแปรสำคัญอีกตัวแปรหนึ่งที่อธิบายการยอมรับ กล่าวคือ ถ้าหมู่บ้านได้มีการเข้าถึงบริการการคุมกำเนิดสูง การยอมรับการคุมกำเนิดจะสูงด้วย

๕.๓ ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยระดับบุคคลและปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการยอมรับการคุมกำเนิดในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ

ในการวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยระดับบุคคลและปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการยอมรับการคุมกำเนิดในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ ศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างจำนวน ๓๕๐ คน ที่อยู่ในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำกว่าร้อยละ ๕๐ ผลการวิเคราะห์ในสมการหลักมีรายละเอียดดังตาราง ๕๒

ตาราง ๕๒ อิทธิพลของปัจจัยระดับบุคคล และปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการยอมรับการคุมกำเนิดในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ

| ตัวแปร | สมการ (๑) | สมการ (๒) | สมการ (๓) | สมการ (๔) |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|
| ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม | | | | |
| - การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด | - | - | | |
| - จำนวนของการมีโครงการวางแผนครอบครัวพิเศษ | ๐.๐๕๔* | ๐.๐๕๗* | | ๐.๐๖๔* |
| - ประสิทธิภาพการให้บริการ | ๐.๐๑๓ | - | | - |
| - อัตราตายของทารก | ๐.๐๔๗ | ๐.๐๕๑ | | - |
| - อัตราการอ่านออกเขียนได้ | ๐.๐๒๔ | - | | |
| - ร้อยละของครัวเรือนที่มีไฟฟ้าใช้ | -๐.๐๐๔ | - | | |
| - ร้อยละของครัวเรือนที่มีโทรทัศน์ | -๐.๐๓๑ | -๐.๐๓๑* | | -๐.๐๓๓* |
| - รายได้เฉลี่ยของครัวเรือน | ๐.๐๐๔ | - | | |
| ปัจจัยส่วนบุคคล | | | | |
| - จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ | ๐.๐๕๔* | | ๐.๐๕๖* | ๐.๐๔๔* |
| - การศึกษาของสตรี | ๐.๐๒๔* | | ๐.๐๓๑ | |

ตาราง ๕๒ (ต่อ)

| ตัวแปร | สมการ (๑) | สมการ (๒) | สมการ (๓) | สมการ (๔) |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|
| - การศึกษาของสามี | ๐.๐๒๗ | | ๐.๐๒๖ | |
| - การเข้าร่วมแรงงานสตรี | -๐.๐๕๐ | | -๐.๐๔๔ | |
| - รายได้ของครัวเรือน | ๐.๐๐๐ | | ๐.๐๐๐ | |
| - การรับรู้การสนับสนุนการคุมกำเนิดจากสังคม | ๐.๐๐๔ | | ๐.๐๐๕* | ๐.๐๐๕* |
| - การรับรู้การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด | ๐.๐๒๕ | | ๐.๐๒๕* | |
| - ความทันสมัยของบุคคล | ๐.๐๑๕ | | ๐.๐๒๒ | |
| - คำนิยมต่อบุตร | ๐.๐๐๐ | | ๐.๐๐๐ | |
| ค่าคงที่ | -๐.๘๔๐ | ๑๐.๒๖๖ | -๐.๕๕๖ | ๐.๑๐๖ |
| R | ๐.๓๐๐ | ๐.๖๓๘ | ๐.๒๖๘ | ๐.๒๕๑ |
| R ² | ๐.๐๙๐ | ๐.๐๒๕ | ๐.๐๓๒ | ๐.๐๕๘ |
| R ² adj | ๐.๐๘๗ | ๐.๐๒๑ | ๐.๐๒๗ | ๐.๐๕๗ |

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕

จากตาราง ๕๒ ผลการวิเคราะห์ในสมการ (๑) พบว่า ตัวแปรปัจจัยด้านสังคม สังเกตล้อมและปัจจัยส่วนบุคคลทุกตัว อยู่ในสมการ ยกเว้นตัวแปรด้านการเข้าถึงบริการ การคุมกำเนิด แต่ตัวแปรที่มีนัยสำคัญในสมการมีเพียง ๓ ตัวแปรคือ จำนวนของการมีโครงการ

วางแผนครอบครัวพิเศษ จำนวนบุตรที่มีชีวิตและการศึกษาของสตรี สมการที่ได้สามารถอธิบาย การยอมรับได้ร้อยละ ๔

ในลำดับต่อมาวิเคราะห์เฉพาะปัจจัยในแต่ละระดับ ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านสังคม สิ่งแวดล้อมในสมการ (๒) พบว่า ตัวแปรที่เข้าอยู่ในสมการมีเพียง ๓ ตัวแปรเท่านั้นคือ ตัวแปรจำนวนของการมีโครงการวางแผนครอบครัวพิเศษ อัตราค่าของทารก และร้อยละของ ครว เรือนที่มีโทรทัศน์ แต่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ ๐.๐๕ เพียง ๒ ตัวแปรคือ จำนวนของการมี โครงการวางแผนครอบครัวพิเศษ และร้อยละของครว เรือนที่มีโทรทัศน์ใช้ โดยสมการนี้สามารถ อธิบายการยอมรับได้ร้อยละ ๑.๙ เมื่อวิเคราะห์เฉพาะปัจจัยส่วนบุคคลในสมการ (๓) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลทุกตัวแปร เข้าสู่สมการ แต่ตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติมี ๓ ตัวแปร คือ จำนวน บุตรที่มีชีวิตอยู่ การรับรู้การสนับสนุนการคุมกำเนิดจากสังคม และการรับรู้การเข้าถึงบริการ คุมกำเนิดโดยสมการ (๓) สามารถอธิบายการยอมรับได้ร้อยละ ๗.๒

จากสมการ (๑) (๒) และ (๓) ได้คัดเลือกตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติและมีค่า F มากกว่าตัวแปรอื่น ๆ เข้าศึกษาในสมการ (๔) พบว่า ตัวแปรในสมการ (๔) ทุกตัวคือ จำนวน ของการมีโครงการวางแผนครอบครัวพิเศษ ร้อยละของครว เรือนที่มีโทรทัศน์ จำนวนบุตรที่มีชีวิต อยู่ และการรับรู้การสนับสนุนการคุมกำเนิดจากสังคม มีนัยสำคัญทางสถิติและสมการ (๔) สามารถ อธิบายการยอมรับได้ร้อยละ ๔.๘

ผลการวิเคราะห์ทั้ง ๔ สมการแสดงว่า อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสังคม สิ่งแวดล้อมในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ ได้รับอิทธิพลจากจำนวนของการมีโครงการ วางแผนครอบครัวพิเศษสูงสุด คือ ในหมู่บ้านที่มีจำนวนโครงการวางแผนครอบครัวพิเศษหลายครั้ง การยอมรับของบุคคลจะสูง ตัวแปรรองลงมาที่สามารถอธิบายการยอมรับก็คือ ตัวแปรส่วนบุคคล ด้านจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ กล่าวคือ ผู้ที่มีบุตรจำนวนมาก มีการยอมรับการคุมกำเนิดมากกว่าผู้ที่ มีบุตรน้อยกว่า

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยระดับบุคคลและปัจจัยด้านสังคม สิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการ ยอมรับการคุมกำเนิด ดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยระดับบุคคลและปัจจัยด้านสังคม สิ่งแวดล้อม มีอิทธิพลต่อการยอมรับการคุมกำเนิด ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ โดยปัจจัยด้านสังคม สิ่งแวดล้อม

ได้แก่ ตัวแปรด้านร้อยละของครัวเรือนที่มีไฟฟ้าใช้ ร้อยละของครัวเรือนที่มีโทรทัศน์ใช้ และตัวแปรระดับบุคคล ได้แก่ ตัวแปรจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ การศึกษาของสตรี การศึกษาของสามี และการรับรู้การสนับสนุนการคุมกำเนิดจากสังคม สามารถร่วมกันอธิบายการยอมรับการคุมกำเนิดได้ร้อยละ ๗ และในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ตัวแปรการเข้าถึงบริการคุมกำเนิด อัตราตายของทารก ร้อยละของครัวเรือนที่มีไฟฟ้าใช้ และปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ ตัวแปรจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ สามารถร่วมกันอธิบายการยอมรับการคุมกำเนิดได้ร้อยละ ๑๑ สำหรับในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ได้แก่ จำนวนของการมีโครงการวางแผนครอบครัวพิเศษ ร้อยละของครัวเรือนที่มีโทรทัศน์ใช้ และปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่ ตัวแปรจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ และการรับรู้การสนับสนุนการคุมกำเนิดจากสังคม สามารถร่วมกันอธิบายการยอมรับการคุมกำเนิดได้ร้อยละ ๖

ส่วนที่ ๒ ผลการวิเคราะห์การทำสนทนากลุ่มและผลการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในชุมชนมีดังนี้

๑. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการจัดสนทนากลุ่ม

ในการจัดการสนทนากลุ่ม เฉพาะกลุ่มผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด ในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงและตัวอย่างละหนึ่งกลุ่มนั้น พบว่า ในการจัดสนทนากลุ่มผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด ในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง มีความลำบากในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมสนทนา ทั้งนี้เนื่องจากส่วนใหญ่ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสแล้วคุมกำเนิดเกือบหมด แต่อย่างไรก็ได้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม จำนวน ๗ คน ตามต้องการ สตรีในหมู่บ้านดังกล่าวใช้ภาษาลาว สำหรับการจัดสนทนากลุ่มผู้ไม่ยอมรับในการคุมกำเนิดในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำนั้น ไม่มีปัญหาในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมการสนทนา เพราะมีผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิดจำนวนมาก แต่เนื่องจากในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ พบว่า ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้านดังกล่าวจะแบ่งได้ ๒ กลุ่มคือ กลุ่มที่พูดภาษาเขมร และกลุ่มที่พูดภาษาส่วย ดังนั้นในการจัดสนทนากลุ่มในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำจึงจัดสนทนากลุ่ม ๒ กลุ่มคือ กลุ่มที่พูดภาษาเขมร ๑ กลุ่ม และพูดภาษาส่วย ๑ กลุ่ม

รวมเป็นการจัดสนทนากลุ่มทั้งหมด ๓ กลุ่ม ในการสนทนาแต่ละกลุ่มใช้ผู้ดำเนินการสนทนาที่พูดภาษาเดียวกับผู้เข้าร่วมสนทนา ผลการสนทนากลุ่มในประเด็นต่าง ๆ มีดังนี้

๑.๑ การรับรู้เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดสมัยใหม่

สตรีผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิดส่วนใหญ่รู้จักหรือ เคยได้ยินเกี่ยวกับ เรื่องของการคุมกำเนิด โดยการใช้ยาเม็ด ใส่ห่วงอนามัย ยาฉีด หมันหญิง หมันชาย โดยได้ยินจากเพื่อนบ้านซุกกัน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำชาวบ้านเชื่อว่าการคุมกำเนิดมีประโยชน์สามารถป้องกันไม่ให้มีลูกมากได้ ทั้งคำตอบที่ได้จากการสนทนากลุ่ม

"เคยได้ยิน เพื่อนบ้าน พี่น้องซุกกันเอง หมอนอนามัยแนะนำให้คุมกำเนิดไม่ให้มีลูกมาก"

"คิดว่ามีประโยชน์ ไม่มีลูกมากเมื่อไม่ต้องการลูก"

แม้ว่าชาวบ้านจะเห็นประโยชน์และเชื่อในประสิทธิภาพของการคุมกำเนิดที่ป้องกันไม่ให้มีลูกก็ตาม แต่ก็ยังไม่ยอมรับการคุมกำเนิดนั้น ในกลุ่มหมู่บ้านที่มีอัตราการยอมรับการคุมกำเนิดต่ำ พบว่า เป็นเพราะอิทธิพลจากคำบอกเล่าของผู้ที่เคยรับบริการคุมกำเนิดมาแล้ว เช่น คนที่เคยไปทำหมันบอกว่าเจ็บ จึงกลัวเจ็บและกลัวทำงานหนักไม่ได้ หรืออิทธิพลจากอาการข้างเคียงของการคุมกำเนิด เช่น กินยาเม็ดคุมกำเนิดแล้วปวดหัว ใส่ห่วงอนามัยแล้วห่วงหลุดเข้าไปในร่างกาย

"เคยได้ยินคนในหมู่บ้านซุก บางคนกินยาคุมแล้วเวียนหน้า ประจำเดือนมาน้อย ทำหมันแล้วเจ็บ ทำงานหนักไม่ได้ บางคนทำหมันแล้วผอมแห้ง"

"เชื่อที่เขาซุกกัน และกลัวจึงไม่กล้าไปรับบริการ"

แต่สำหรับในกลุ่มหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง สตรีผู้ที่ไม่ยอมรับการคุมกำเนิดในปัจจุบัน ให้เหตุผลว่าที่ไม่คุมกำเนิดในปัจจุบันเพราะ ยังต้องการมีบุตรอีก แม้จะปฏิเสธว่าไม่ใช่เพราะกลัวข้างเคียงอาการข้างเคียงของการคุมกำเนิด แต่ก็ยอมรับว่ากลัวเจ็บไม่กล้าทำหมัน

"คนที่ไปทำมาแล้วบอกว่าเจ็บ ก็เลยพากันยืนไม่กล้าทำ"

สำหรับวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์แบบนิบระยะปลอดภัย และหลังภายนอกนั้น ส่วนใหญ่ชาวบ้านไม่รู้จักและไม่เคยปฏิบัติ จึงไม่รู้อาจจะใช้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ได้จริงหรือไม่

"ไม่รู้จัก ไม่สนใจ (บู้ บ่ สน)"

"ไม่เคยรู้จัก ไม่รู้อาจจะได้ผลหรือเปล่า ไม่มีใครเคยใช้วิธีนี้เลย"

๑.๒ ความเชื่อเกี่ยวกับการคุมกำเนิดของชาวบ้าน

ในด้านความเชื่อว่าการคุมกำเนิด เป็นการผิดหลักประเพณีหรือไม่นั้น ส่วนใหญ่ชาวบ้านเชื่อว่าการคุมกำเนิดไม่เป็นการผิดหลักประเพณี สมัยก่อนไม่มีการคุมกำเนิด จึงไม่มีข้อห้ามในเรื่องเหล่านี้ แต่พ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย บางคนมีความรู้สึกว่าการคุมกำเนิดเพื่อไม่ให้มีลูกนั้น เป็นบาป

ชาวบ้านส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าคนที่แต่งงานแล้วควรคุมกำเนิด เมื่อมีบุตร ได้ตามจำนวนที่ต้องการ คือประมาณ ๒ - ๓ คน แต่มีบางส่วนมีความเชื่อว่าการคุมกำเนิดแล้วสุขภาพจะไม่ดีในสมัยโบราณไม่มีวิธีการคุมกำเนิด ปลอ่ยให้มีลูกตามธรรมชาติ นอกจากบางคนถ้าไม่อยากจะลูกก็จะใช้วิธีกินยาขับเลือดที่หนึ่งชายยามา เร่ขาย ซึ่งวิธีนี้ไม่เป็นที่นิยม ปัจจุบันชาวบ้านนิยมวิธีการคุมกำเนิดแบบสมัยใหม่เพราะคิดว่าสะดวก ปลอดภัยมากกว่า

๑.๓ การคุมกำเนิดในอนาคต

เมื่อสอบถามผู้ที่ไม่ได้คุมกำเนิดในปัจจุบันในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงถึงเรื่องการคุมกำเนิดในอนาคต ส่วนใหญ่มีความตั้งใจจะคุมกำเนิด ถ้าหากตนเองมีลูกเพียงพอแล้ว โดยจะคุมด้วยวิธีการทำหมันหญิง เพราะคิดว่าทำครั้งเดียวคุมกำเนิดแบบถาวร สำหรับในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ ผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิดในปัจจุบัน บางส่วนยังไม่คิดที่จะคุมกำเนิด แต่บางส่วนก็คิดที่จะคุมกำเนิดโดยวิธีการใส่ห่วง

ในการตัดสินใจคุมกำเนิดนั้นสตรีในกลุ่มสนทนากลุ่มทั้ง ๓ เห็นพ้องต้องกันว่า จะต้องปรึกษาสามี พ่อแม่ ก่อน ถ้าบุคคลเหล่านี้คัดค้านโดยเฉพาะสามีก็จะไม่คุมกำเนิด เพราะคิดว่า ถ้าเกิดไม่สบายขึ้นมาจะไม่มีคนดูแลเนื่องจากเขาคัดค้านตั้งแต่แรกแล้ว มีเพียงบางคนที่ยืนยันว่าแม่สามีจะคัดค้าน แต่ตนเองจะคุมกำเนิด เพราะตนเองเป็นคนตั้งครรภ์

"เขาเป็นคนท้อง คนอื่นคัดค้านก็บ่สน"

ส่วนใหญ่ของผู้ที่คิดจะคุมกำเนิดในอนาคต คิดจะไปรับบริการจากโรงพยาบาลประจำจังหวัด โดยเฉพาะผู้ที่คิดจะคุมกำเนิดด้วยวิธีทำหมันหญิง เพราะมีความเชื่อว่ามีแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญดีกว่าปลอดภัยกว่าโรงพยาบาลประจำอำเภอ แม้ว่าจะเสียค่าใช้จ่ายมากกว่า แต่มีบางคนก็คิดว่าถ้าเสียค่าใช้จ่ายมากก็ไม่คุมกำเนิดดีกว่า

เมื่อสอบถามถึงความต้องการให้รัฐบาลปรับปรุงด้านการให้บริการการคุมกำเนิด ส่วนใหญ่เห็นว่าให้บริการดีแล้ว สิ่งที่ชาวบ้านต้องการคืออยากให้มียุติการอนามัยอยู่ทุก ๆ หมู่บ้าน และเห็นด้วยกับการมีการรณรงค์ให้มีการคุมกำเนิด

๑.๔ เหตุผลอื่น ๆ ของผู้ที่ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด

จากการสนทนากลุ่มในกลุ่มที่พูดภาษาเขมร พบประเด็นที่แตกต่างจากกลุ่มอื่น คือ กลุ่มสตรีไม่ยอมรับการคุมกำเนิด เป็นเพราะยังไม่มีประจำเดือนหลังแต่งงาน หรือหลังจากมีบุตร กลุ่มสตรีดังกล่าวมีความเชื่อว่าจะไม่มีประจำเดือนแล้วไปคุมกำเนิดไม่ได้ บางคนมีบุตรติดต่อกัน ๓ คน โดยระหว่างบุตรแต่ละคนก็ไม่มีประจำเดือน หลังจากบุตรคนที่ ๓ ก็ยังไม่มีประจำเดือน แม้ไม่ยอมให้มีบุตรอีกแต่ก็ไม่ได้คุมกำเนิด ยังไม่กล้าคุมกำเนิด

"บ๊ คุม" เพราะ บ๊ มีเลือด บ๊ หมายคุม"

สาเหตุที่สตรีดังกล่าวไม่มีประจำเดือนคาดว่า เป็นเพราะการเสี่ยงลูกตัวนมค้อเนื่องไปจนกระทั่งมีลูกคนใหม่ หรืออาจเป็นเพราะสมุนไพรมานำมาต้มกิน ๑ เดือน หลังคลอดบุตรเพื่อบำรุงน้ำนม เป็นสมุนไพรมานำจากรากไม้บางชนิด เช่น กระบูน และสมุนไพรมานำบางชนิด หมอพื้นบ้านเชื่อว่าจะช่วยให้เว้นระยะห่างของการมีบุตร หรือยุติการมีบุตรได้

๒. ผลการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานในชุมชน

ผลการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานในชุมชน จำนวน ๑๒ คน เป็นเจ้าหน้าที่ในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง ๖ คน และหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ ๖ คน ผลการสัมภาษณ์พบว่า

ในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง ชาวบ้านส่วนใหญ่นิยมคุมกำเนิด โดยเฉพาะวิธีการทำหมันหญิง โดยหลังแต่งงานก็รีบ ๆ มีบุตรให้เพียงพอแล้วก็ทำหมัน เพราะคิดว่าสะดวกเป็นการคุมกำเนิดแบบถาวร แต่ในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำยังคงนิยมใช้วิธีคุมด้วยยาเม็ด และห่วงอนามัย สำหรับหมันชายไม่เป็นที่นิยมเพราะกลัวเรื่องสมรรถภาพทางเพศลดลง และทำงานหนักไม่ได้

ในด้านข่าวลือของอาการข้างเคียงของการคุมกำเนิด ที่มีผลให้ชาวบ้านเชื่อข่าวลือและไม่ค่อยยอมคุมกำเนิดด้วยวิธีนั้น โดยมากเป็นข่าวลือเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแบบชั่วคราว ได้แก่ การกินยาเม็ดคุมกำเนิดแล้วปวดท้อง ปัสสาวะไม่ออก ยาเม็ดไปจับตัวเป็นก้อนในท้อง ทำให้เกิดมะเร็ง หรือไม่ก็เหน็บชา ใส่ห่วงอนามัยแล้วฟ้าผ่า เนื่องจากหุ้มห่วง ห่วงทะเล ข่าวลือเกี่ยวกับการทำหมันหญิงและหมันชายมีบางแห่งโดย เชื่อว่าจะทำให้สมรรถภาพทางเพศเสื่อม และทำงานหนักไม่ได้ ชาวบ้านคิดว่าถ้ามีอาการไม่สบายหลังการคุมกำเนิดไม่ว่าจากสาเหตุใด มักจะเชื่อว่าเป็นเพราะการคุมกำเนิด

สาเหตุสำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้ชาวบ้านไม่นิยมคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่งคือ ความผิดพลาดที่เกิดจากการคุมกำเนิดวิธีนั้น ๆ เช่น ในหมู่บ้านที่มีผู้คุมกำเนิดด้วยห่วงอนามัย แล้วตั้งครรภ์ขึ้น ชาวบ้านในหมู่บ้านนั้นจะไม่นิยมคุมกำเนิดด้วยห่วงอนามัย หรือถ้าไปทำหมันแล้วยังตั้งครรภ์ก็ทำให้ชาวบ้านไม่นิยมทำหมัน อิทธิพลของกลุ่มมีผลมากต่อการยอมรับการคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่ง คนในหมู่บ้านคุมกำเนิดด้วยวิธีใดแล้วไม่เกิดปัญหา ก็จะมีคนคุมกำเนิดวิธีนั้นตาม ๆ กันทั้งหมู่บ้าน

ในบางกลุ่มคนพบว่า สาเหตุของการไม่คุมกำเนิดสืบเนื่องมาจากความอายและไม่กล้ามาปรึกษาเจ้าหน้าที่ โดยเฉพาะบางคนอายที่จะให้ใส่ห่วงอนามัย กลุ่มบุคคลเหล่านี้มักเป็นผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ได้รับการศึกษาค่ำ เมื่อมีข่าวลือก็เชื่อข่าวลือ กลัว ไม่กล้าคุมกำเนิด กลุ่มคนที่พูดภาษาส่วยจะยอมรับการคุมกำเนิดน้อยกว่าที่พูดภาษาลาวหรือเขมร

บทที่ ๕

บทย่อ สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

บทย่อ

การพัฒนาประเทศให้ก้าวหน้าตามเป้าหมายได้ต้องอาศัยประชากรหรือทรัพยากรมนุษย์ที่เหมาะสม ทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ ในด้านปริมาณ ประชากรนั้นเป็นที่ยอมรับกันว่า การมีประชากรเพิ่มอย่างรวดเร็วไม่ได้สัดส่วนกับความสามารถในการพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมจะเป็นปัญหาและเป็นภาระต่อทั้งบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติเป็นอย่างยิ่ง ประเทศไทยได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหานี้ รัฐบาลจึงได้ประกาศให้การวางแผนครอบครัวเป็นนโยบายระดับชาติ ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๑๓ เป็นต้นมา

ผลการดำเนินงานด้านการวางแผนครอบครัวในช่วงเวลาที่ผ่านมาพบว่า สามารถดำเนินการลดอัตราเพิ่มประชากรได้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แต่อย่างไรก็ตามก็ยังคงมีความจำเป็นที่จะลดอัตราเพิ่มประชากรลงไปอีก ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๖ (พ.ศ. ๒๕๓๐ - ๒๕๓๕) ได้ตั้งเป้าหมายที่จะลดอัตราเพิ่มประชากรไทยให้เหลือร้อยละ ๑.๓๖ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว โครงการวางแผนครอบครัวจะต้องดำเนินการให้มีผู้รับบริการการคุมกำเนิดถึงร้อยละ ๗๕ ของจำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้ว โดยเร่งรัดดำเนินการเผยแพร่ให้การศึกษาชักจูงใจ และให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่ที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ และสภาวะเศรษฐกิจและสังคมต่ำเป็นพิเศษ

ในการพัฒนาการยอมรับการวางแผนครอบครัว จำเป็นต้องทราบถึงปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการยอมรับและไม่ยอมรับการวางแผนครอบครัวในอดีตการศึกษาเรื่องการยอมรับการวางแผนครอบครัวส่วนมากมุ่งเน้นศึกษาในระดับจุลภาค (Micro level) คือ เน้นปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ปัจจัยด้านสภาพเศรษฐกิจ และสังคมของบุคคล ปัจจัยด้านประชากร และปัจจัยด้านจิตวิทยาในแต่ละปัจจัย การศึกษาในลักษณะเช่นนี้ได้รับการท้วงติงว่าทำให้ศึกษาได้ไม่ครอบคลุม ผลการศึกษา

ยังไม่สามารถบ่งชี้ถึงปัจจัยหลัก (Sufficient factors) และปัจจัยรอง (Necessary factors) ที่ก่อให้เกิดการยอมรับการวางแผนครอบครัวได้อย่างสมบูรณ์ ในระยะต่อมาปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม จึงได้รับการเสนอแนะให้นำมาพิจารณาประกอบกับปัจจัยส่วนบุคคล ทั้งนี้ โดยมีความเชื่อว่าหากผนวกปัจจัยทั้งสองประการเข้าด้วยกัน จะทำให้สามารถอธิบายปรากฏการณ์ทางประชากรด้านการยอมรับการวางแผนครอบครัวได้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

จังหวัดศรีสะเกษ เป็นจังหวัดหนึ่งในสี่ ของจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ จึงเป็นเป้าหมายของการพัฒนาการยอมรับการวางแผนครอบครัวที่สำคัญจังหวัดหนึ่ง ทั้งนี้เพราะจังหวัดศรีสะเกษมีสตรีวัยเจริญพันธุ์จำนวนมาก และอัตราการคุมกำเนิดยังอยู่ในระดับที่พัฒนาให้สูงขึ้นได้อีก ประกอบกับจังหวัดศรีสะเกษมีความแตกต่างของอัตราการคุมกำเนิดในระหว่างพื้นที่สูง คือบางท้องที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงกว่าร้อยละ ๕๐ ในขณะที่บางท้องที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำกว่าร้อยละ ๕๐ ศรีสะเกษจึงเป็นจังหวัดหนึ่งที่น่าสนใจถึงตัวกำหนดการยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิด ตลอดจนศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดความแตกต่างในอัตราการยอมรับการคุมกำเนิด ซึ่งมีความแตกต่างกันมากในแต่ละท้องที่ของจังหวัด ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการกำหนดนโยบายประชากรและการจัดโครงการทางการศึกษา (ประชากรศึกษา) ที่จะสร้างความตระหนักในการยอมรับการวางแผนครอบครัว หรือโครงการการศึกษาอื่น ๆ ที่จะช่วยให้การดำเนินกิจกรรมการวางแผนครอบครัวในท้องที่นั้น ๆ ดำเนินไปได้อย่างเหมาะสม

ความมุ่งหมายของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีความมุ่งหมายที่จะศึกษาอิทธิพลของปัจจัยระดับบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ตัวแปรด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม และจิตวิทยา และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรด้านโปรแกรมวางแผนครอบครัว และตัวแปรด้านการพัฒนา เศรษฐกิจและสังคม ของชุมชนที่มีผลต่อการยอมรับการคุมกำเนิดในจังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ

วิธีดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยในเชิงปริมาณเป็นหลัก เพื่อหาปัจจัยที่เป็นตัวบ่งชี้ การยอมรับการคุมกำเนิดในท้องที่มีอัตราคุมกำเนิดสูงและต่ำ โดยพิจารณาทั้งปัจจัยระดับบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพประกอบด้วย โดยใช้เทคนิควิธีสนทนากลุ่มในกลุ่มสตรีที่ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด ๓ กลุ่ม ตามกลุ่มภาษาพูด และการสัมภาษณ์แนวลึกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกจังหวัดศรีสะเกษเป็นตัวอย่างกรณีศึกษา โดยศึกษาใน ๒ อำเภอ คืออำเภอราษีไศล ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีอัตราคุมกำเนิดสูง และกิ่งอำเภอศรีรัตนะ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีอัตราคุมกำเนิดต่ำ จำนวนตำบลที่เป็นตัวอย่าง ๖ ตำบล ๓๐ หมู่บ้าน จำนวนตัวอย่างที่ได้ทั้งสิ้น ๖๕๐ ตัวอย่าง ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี ๔ ชุดคือ ๑) แบบสัมภาษณ์สตรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ๒) แบบสัมภาษณ์ อสม. ๓) แบบสัมภาษณ์ผู้ใหญ่บ้าน ๔) แนวคำถามสนทนากลุ่ม และ ๕) แนวคำถามเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบคุณภาพเบื้องต้น โดยผู้เชี่ยวชาญและได้นำไปทดลองใช้กับชาวลาวที่อาศัยอยู่ใน ต.โพธิ์ช้าง อำเภอบางเลน จังหวัดนครปฐม และผู้ที่ย้ายถิ่นมาจากจังหวัดสุรินทร์ ศรีสะเกษ และร้อยเอ็ด ที่มาทำงานก่อสร้างในเขตตลิ่งชัน กรุงเทพมหานคร และนำมาหาค่าความเชื่อมั่น อ่านาจำแนก และภาษาในการสื่อสาร แล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ด้วยตนเอง โดยใช้ นักศึกษาระดับปริญญาตรีที่สามารถพูดภาษาถิ่น (ลาว เขมร ส่วย) ได้เป็นพนักงานช่วยสัมภาษณ์ สตรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ในการทำสารสนทนากลุ่มได้คัดเลือกผู้นำสนทนากลุ่มจากนักศึกษามหาวิทยาลัยรามคำแหงที่พูดภาษาถิ่นได้ และมีประสบการณ์ในการทำงานวิจัยที่ใช้เทคนิคสนทนากลุ่มมาแล้ว เป็นผู้ดำเนินการสนทนา สำหรับกรณีสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ใหญ่บ้าน และ อสม. ผู้วิจัย เป็นผู้สัมภาษณ์ด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์โดยถอดความจากแถบบันทึกเสียง แล้วจัดคำตอบเป็นหมวดหมู่ โดยใช้บัตรบันทึกเพื่อแยกเรื่องและวิเคราะห์ข้อมูลออกมาในเชิงพรรณนา ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขวิเคราะห์ในเชิงพรรณนาเช่นกัน สำหรับข้อมูลอื่น ๆ วิเคราะห์โดยนำมาลงรหัสและใช้เครื่องจักรมืองกล ในการวิเคราะห์ สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์จำแนกประเภท (Discriminant Analysis) การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

สรุปผลการค้นคว้า

๑. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยระดับบุคคล ในสตรีผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิด

พบว่า

จากกลุ่มตัวอย่าง ๖๔๐ ตัวอย่าง ใน ๓๐ หมู่บ้าน เป็นผู้ยอมรับการคุมกำเนิด ๓๔๔ ตัวอย่าง และไม่ยอมรับการคุมกำเนิด ๒๙๕ ตัวอย่าง เมื่อจำแนกตามหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงและต่ำ พบว่า เป็นผู้ยอมรับการคุมกำเนิดในหมู่บ้านที่มีอัตราคุมกำเนิดสูง ๒๓๕ ตัวอย่าง และไม่ยอมรับ ๔๕ ตัวอย่าง ในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำเป็นผู้ยอมรับ ๑๕๐ ตัวอย่าง และไม่ยอมรับ ๒๐๐ ตัวอย่าง

ในสตรีผู้ยอมรับการคุมกำเนิดพบว่า การคุมกำเนิดด้วยวิธีการทำหมันหญิงเป็นที่นิยมที่สุด ส่วนใหญ่ของผู้รับบริการคุมกำเนิดไปรับบริการจากแหล่งบริการตามวิธีการคุมกำเนิด กล่าวคือ ถ้าเป็นการทำหมันหญิงจะไปรับบริการจากโรงพยาบาล การใส่ห่วง และยาเม็ดคุมกำเนิด จะรับบริการจากสถานีอนามัย ผู้รับบริการส่วนใหญ่พึงพอใจในบริการคุมกำเนิดที่ได้รับจากสถานบริการของรัฐ เมื่อสอบถามถึงความตั้งใจในการที่จะทำหมันในกลุ่มผู้ที่มีเจตนาคุมกำเนิดด้วยวิธีอื่น ๆ นอกเหนือจากการทำหมัน พบว่า มีผู้คิดจะทำหมันและไม่คิดจะทำหมันครึ่งต่อครึ่ง ผู้ที่คิดจะทำหมันเกือบทั้งหมดจะเป็นผู้ทำหมันเองมีน้อยมากที่จะให้สามีเป็นฝ่ายทำหมัน ผู้ที่ไม่คิดจะทำหมันให้เหตุผลว่ากลัวเจ็บ

สตรีผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิดในปัจจุบัน ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า เพราะมีบุตรยังไม่พอเพียง จึงต้องการมีบุตรอีก เหตุผลรองลงมาคือกลัวอันตรายมากกว่าครึ่งของผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด มีความตั้งใจว่าจะคุมกำเนิดในอนาคต และส่วนใหญ่ของสตรีมีการปรึกษาหารือกันระหว่างสามีภรรยาเกี่ยวกับ เรื่องการคุมกำเนิด

ปัจจัยส่วนบุคคลในด้านประชากรคือ จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่จริง พบว่า สตรีมีบุตรโดยเฉลี่ย ๒ - ๓ คน สตรีผู้ยอมรับมีจำนวนบุตรโดยเฉลี่ยสูงกว่าสตรีที่ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด เมื่อจำแนกพิจารณา เฉพาะหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงหรือต่ำก็พบลักษณะ เช่นเดียวกัน คือสตรีผู้ยอมรับจะมีบุตรโดยเฉลี่ย ๒ - ๓ คน ในขณะที่สตรีที่ไม่ยอมรับการคุมกำเนิดจะมีบุตรโดยเฉลี่ย ๑ - ๒ คน

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ผลการวิเคราะห์พบว่า สตรีผู้ยอมรับการคุมกำเนิดมีระดับการอ่านออกเขียนได้ของตนเองและสามีสูงกว่าสตรีที่ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด แต่มีระดับการเข้าร่วมแรงงานสตรีไม่แตกต่างกัน ในด้านรายได้ของครัวเรือนสตรีผู้ยอมรับการคุมกำเนิดมีรายได้เฉลี่ยสูงกว่าผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิดเล็กน้อย และเมื่อวิเคราะห์ย่อยในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงและต่ำ สตรีผู้ยอมรับการคุมกำเนิด ในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงและต่ำมีระดับการอ่านออกเขียนได้ของตนเองและสามีสูงกว่าสตรีที่ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด ในด้านการเข้าร่วมแรงงานสตรีไม่มีความแตกต่างกันในสตรีผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิด สำหรับรายได้เฉลี่ยของครัวเรือน สตรีผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด ในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำมีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มอื่น ๆ

ปัจจัยทางด้านจิตวิทยา ผลการวิเคราะห์พบว่า สตรีผู้ยอมรับการคุมกำเนิดรับรู้ว่าจะสังคมให้การสนับสนุนการคุมกำเนิดมากกว่าสตรีผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด ในด้านการรับรู้การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด ความทันสมัยของบุคคลและค่านิยมที่มีต่อบุตร สตรีผู้ยอมรับการคุมกำเนิดและไม่ยอมรับมีลักษณะดังกล่าวนี้ไม่แตกต่างกัน เมื่อจำแนกตามหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงและต่ำ พบว่า ในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงสตรีผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิดรับรู้การสนับสนุนการคุมกำเนิดจากสังคม ในระดับสูงเท่า ๆ กัน และสูงกว่าในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ สตรีผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด ในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำมีคะแนนการรับรู้การสนับสนุนจากสังคมต่ำสุด ในด้านการรับรู้การเข้าถึงบริการคุมกำเนิดพบว่า ระดับคะแนนใกล้เคียงกัน

สำหรับความทันสมัยของบุคคล สตรีผู้ยอมรับการคุมกำเนิดทั้งในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง และต่ำมีระดับของความทันสมัยสูงกว่าสตรีผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด ด้านตัวแปรค่านิยมต่อบุตร สตรีผู้ยอมรับ-ไม่ยอมรับการคุมกำเนิดในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงและต่ำให้คุณค่าบุตรสูง เท่าเทียมกันทุกกลุ่ม

๒. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยระดับบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการคุมกำเนิด

ในการวิเคราะห์ปัจจัยระดับบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการคุมกำเนิดใช้วิธี

การวิเคราะห์จำแนกประเภท ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรที่สามารถจำแนกสตรีผู้ยอมรับ และไม่ยอมรับการคุมกำเนิดมี ๔ ตัวแปรคือ จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ การศึกษาของสตรี การศึกษาของสามี การเข้าร่วมแรงงานสตรี การรับรู้การสนับสนุนการคุมกำเนิดจากสังคม การรับรู้การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด ความทันสมัย ค่านิยมต่อบุตรโดยตัวแปรจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่มีค่าสัมประสิทธิ์สมการจำแนกสูงสุด ตัวแปรการเข้าร่วมแรงงานสตรีและการรับรู้การเข้าถึงบริการคุมกำเนิดมีค่าสัมประสิทธิ์การจำแนกเป็นลบ สมการที่ได้มีอำนาจในการแบ่งแยกกลุ่มได้ไม่มาก ตัวแปรทั้ง ๔ ตัวสามารถจำแนกการยอมรับการคุมกำเนิดได้ร้อยละ ๒๖.๑

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยระดับบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการคุมกำเนิด เฉพาะในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง พบว่า ตัวแปรที่สามารถจำแนกผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิด มี ๔ ตัวแปรคือ จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ การรับรู้การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด การศึกษาของสามี และความทันสมัยของบุคคล โดยจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่มีค่าสัมประสิทธิ์สมการจำแนกสูงสุด การรับรู้การเข้าถึงบริการคุมกำเนิดมีค่าสัมประสิทธิ์สมการจำแนกเป็นลบ สมการที่ได้มีอำนาจในการแบ่งแยกกลุ่มได้ไม่มาก ตัวแปรทั้ง ๔ ตัวสามารถจำแนกการยอมรับการคุมกำเนิดได้ร้อยละ ๓๑.๘

ในการวิเคราะห์ปัจจัยระดับบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการคุมกำเนิด เฉพาะในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ พบว่า ตัวแปรที่สามารถจำแนกผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิดมี ๕ ตัวแปรคือ จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ การศึกษาของสตรี ค่านิยมต่อบุตร การรับรู้การสนับสนุนการคุมกำเนิดจากสังคม การรับรู้การเข้าถึงบริการการคุมกำเนิด โดยจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่มีค่าสัมประสิทธิ์สมการจำแนกสูงสุด และไม่มีค่าสัมประสิทธิ์สมการจำแนกตัวใดที่มีค่าลบ

สมการที่ได้มีอำนาจในการแบ่งแยกกลุ่มได้ไม่มาก ตัวแปรทั้ง ๕ ตัว สามารถอธิบายจำแนกการยอมรับการคุมกำเนิดได้ร้อยละ ๒๖.๕

จากผลการวิเคราะห์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผลที่ได้เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ว่า ปัจจัยระดับบุคคลมีอิทธิพลต่อการยอมรับการคุมกำเนิด

๓. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงและต่ำ

ในการวิเคราะห์ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ๘ ตัวแปร พบว่า โดยเฉลี่ยหมู่บ้านมีระดับการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดสูง มีโครงการวางแผนครอบครัวที่จัดขึ้นเป็นพิเศษ ๑ - ๒ ครั้งต่อปี ประสิทธิภาพของการให้บริการการวางแผนครอบครัวจากเจ้าหน้าที่ค่อนข้างดี แต่ละหมู่บ้านมีอัตราตายของทารกต่ำ อัตราการอ่านออกเขียนได้ค่อนข้างสูง จำนวนครัวเรือนที่มีไฟฟ้าใช้ค่อนข้างสูง แต่จำนวนครัวเรือนที่มีโทรทัศน์ใช้ค่อนข้างต่ำ รายได้เฉลี่ยของแต่ละหมู่บ้านประมาณ ๕,๐๐๐ - ๕,๕๐๐ บาทต่อปี แต่เมื่อจำแนกตามหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงและต่ำ พบว่า หมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงมีระดับการเข้าถึงบริการการคุมกำเนิด ประสิทธิภาพของการให้บริการ อัตราการอ่านออกเขียนได้ร้อยละของครัวเรือนที่มีไฟฟ้าและโทรทัศน์ใช้และรายได้เฉลี่ยของครัวเรือนสูงกว่าหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ หมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำมีอัตราตายของทารกและการมีจำนวนโครงการวางแผนครอบครัวพิเศษสูงกว่าหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง

๔. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่ออัตราคุมกำเนิดของหมู่บ้าน

ในการวิเคราะห์ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่ออัตราคุมกำเนิดสูงและต่ำของหมู่บ้าน โดยวิธีวิเคราะห์จำแนกประเภท พบว่า ตัวแปรที่สามารถจำแนกหมู่บ้านที่มีอัตราคุมกำเนิดสูงและต่ำมี ๓ ตัวแปรคือ จำนวนโครงการวางแผนครอบครัวพิเศษ อัตราการอ่านออกเขียนได้ และร้อยละของครัวเรือนที่มีโทรทัศน์ใช้ โดยอัตราการอ่านออกเขียนได้มีค่าสัมประสิทธิ์สมการจำแนกสูงสุด ตัวแปรด้านจำนวนโครงการวางแผนครอบครัวพิเศษมีค่าสัมประสิทธิ์สมการจำแนกเป็นลบ สมการจำแนกที่ได้มีอำนาจในการแบ่งแยกกลุ่มได้ดีมาก ตัวแปร ๓ ตัวสามารถจำแนกอัตราการคุมกำเนิดของหมู่บ้านได้ร้อยละ ๕๑

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่ออัตราการคุมกำเนิดของหมู่บ้านแสดงให้เห็นว่า เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ว่า ปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่ออัตราการคุมกำเนิดของชุมชน

๕. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยระดับบุคคลและปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการคุมกำเนิด

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการคุมกำเนิดในส่วนรวม พบว่า เมื่อนำตัวแปรทุกตัวในปัจจัยทั้งสองระดับมาวิเคราะห์ร่วมกัน สามารถอธิบายการยอมรับการคุมกำเนิดได้ร้อยละ ๘.๘ โดยปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมสามารถอธิบายการยอมรับการคุมกำเนิดได้ร้อยละ ๑.๘ และปัจจัยส่วนบุคคลสามารถอธิบายได้ร้อยละ ๖.๘ แต่สมการที่ได้ยังไม่เหมาะสม เนื่องจากตัวแปรบางตัวในสมการไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จึงได้ปรับสมการใหม่โดยใช้เฉพาะตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า ตัวแปรในสมการดังกล่าว ๖ ตัว ได้แก่ ร้อยละของครัวเรือนที่มีไฟฟ้าใช้ ร้อยละของครัวเรือนที่มีโทรทัศน์ จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ การศึกษาของสตรี การศึกษาของสามี และการรับรู้การสนับสนุนการคุมกำเนิดจากสังคม ตัวแปรทั้ง ๖ ตัว สามารถอธิบายการยอมรับการคุมกำเนิดได้ร้อยละ ๗.๐

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการคุมกำเนิด เฉพาะในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง พบว่า ตัวแปรทุกตัวในปัจจัยทั้งสองระดับสามารถอธิบายการยอมรับการคุมกำเนิดได้ร้อยละ ๑๓.๔ โดยปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมสามารถอธิบายได้ร้อยละ ๓.๒ และปัจจัยส่วนบุคคลสามารถอธิบายได้ร้อยละ ๑๐.๒ แต่สมการที่ได้ยังไม่เหมาะสม เนื่องจากตัวแปรบางตัวในสมการไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จึงปรับสมการใหม่โดยใช้เฉพาะตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า ตัวแปรในสมการดังกล่าว ๔ ตัวแปรคือ การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด อัตราตายของทารกร้อยละของครัวเรือนที่มีไฟฟ้าใช้ จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ สามารถอธิบายการยอมรับการคุมกำเนิดในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงได้ร้อยละ ๑๑.๖

ในการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการคุมกำเนิด เฉพาะในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ พบว่า ตัวแปรทุกตัวในปัจจัยทั้งสองระดับ

สามารถอธิบายการยอมรับการคุมกำเนิดได้ร้อยละ ๔.๐ โดยปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมสามารถอธิบายได้ร้อยละ ๑.๙ และปัจจัยส่วนบุคคลสามารถอธิบายได้ร้อยละ ๗.๒ แต่สมการที่ได้ยังไม่เหมาะสม เนื่องจากตัวแปรบางตัวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จึงปรับสมการใหม่โดยใช้ตัวแปรทุกตัวที่มีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า ตัวแปรในสมการดังกล่าว ๔ ตัวแปร คือ จำนวนของการมีโครงการวางแผนครอบครัวพิเศษ ร้อยละของครัวเรือนที่มีโทรทัศน์ จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ การรับรู้การสนับสนุนการคุมกำเนิดจากสังคม สามารถอธิบายการยอมรับการคุมกำเนิดได้ร้อยละ ๔.๘

๖. ผลการวิเคราะห์จากการทำสนทนากลุ่ม ในกลุ่มผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิดในปัจจุบัน พบว่า แม้ว่าจะไม่ยอมรับการคุมกำเนิดในปัจจุบัน แต่สตรีทุกคนรู้จักวิธีการคุมกำเนิด เห็นคุณค่าและยอมรับประสิทธิภาพของการคุมกำเนิด แต่ที่ยังไม่คุมกำเนิดเพราะสาเหตุหลัก ๒ ประการคือ ต้องการมีบุตรอีกและกลัวเจ็บ (จากการทำหมัน) และกลัวอาการข้างเคียงต่าง ๆ สตรีส่วนใหญ่ตั้งใจจะคุมกำเนิดถ้าตนเองมีบุตรพอเพียงแล้วคือประมาณ ๒ - ๓ คน แต่ทั้งนี้ต้องได้รับความยินยอมสนับสนุนจากผู้ใกล้ชิดโดยเฉพาะสามี เหตุผลอื่น ๆ ที่สตรีบางกลุ่มไม่ยอมรับการคุมกำเนิด เพราะยังไม่มีประจำเดือนหลังจากมีบุตรคนแรก ซึ่งอาจเนื่องมาจากการให้นมบุตรหรือการรับประทานยาสมุนไพรบางอย่าง

๗. ผลการวิเคราะห์จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานในชุมชน พบว่า ชาวบ้านส่วนใหญ่จะยอมรับการคุมกำเนิดถ้ามีบุตรเพียงพอแล้ว วิธีที่นิยมคือการทำหมันหญิงหมันชาย ไม่เป็นที่นิยม อิทธิพลของอาการข้างเคียงและคำบอกเล่าในกลุ่มเพื่อนบ้านมีผลต่อการยอมรับการคุมกำเนิดมาก และความผิดพลาดของเทคนิควิธีการคุมกำเนิดมีผลให้ชาวบ้านไม่ยอมรับวิธีการคุมกำเนิดวิธีนั้น

อภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัยในครั้งนี้ จำแนกเป็น ประเด็นสำคัญ ๔ ประเด็นคือ การยอมรับการคุมกำเนิดของสตรี อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการยอมรับการคุมกำเนิด อิทธิพลของปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่ออัตราการคุมกำเนิดของชุมชน อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการยอมรับการคุมกำเนิด

๑. การยอมรับการคุมกำเนิดของสตรี จากผลการวิจัยจะเห็นว่าสตรีส่วนใหญ่รู้จักวิธี
 การคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ และเห็นประโยชน์ของการคุมกำเนิด แม้ว่าตนเองจะไม่ได้คุมกำเนิด
 อยู่ในปัจจุบัน แต่เป็นเพราะเหตุผลอื่นไม่ใช่ไม่รู้จักรวิธีหรือไม่เห็นคุณค่าของการคุมกำเนิด และ
 ผู้ที่ไม่คุมกำเนิดในปัจจุบันส่วนใหญ่มีความตั้งใจจะคุมกำเนิดในอนาคต ซึ่งผลที่ได้สอดคล้องกับ
 งานวิจัยในอดีต ที่พบว่าสตรีส่วนใหญ่มีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องวิธีการคุมกำเนิดเป็นอย่างดี
 (Martin. 1980 : 41) วิธีการคุมกำเนิดที่เป็นที่นิยมคือหมั้นหญิงและห่วงอนามัย ซึ่งนับเป็น
 แนวโน้มที่ที่สตรีส่วนใหญ่จะหันมานิยมใช้วิธีการคุมกำเนิดแบบถาวรและกึ่งถาวรมากขึ้น ผลที่ได้
 สอดคล้องกับผลการสำรวจในสภาวะการคุมกำเนิดรอบที่ ๓ ที่พบว่าวิธีการทำหมั้นหญิงเป็นที่นิยม
 สูงสุด การทำหมั้นชายมีผู้ที่ยอมรับน้อยมาก ด้วยเหตุผลความเชื่อเรื่องกลัวเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ
 และการทำงานหนักไม่ได้ จึงเป็นการยากที่ในอนาคตจะเพิ่มอัตราการคุมกำเนิดด้วยการเพิ่ม
 อัตราการทำหมั้นชาย แต่อย่างไรก็ตามผู้ชายจะมีบทบาทสำคัญต่อการตัดสินใจของสตรีในการยอมรับ
 การคุมกำเนิด เพราะจากผลที่ได้พบว่า สตรีส่วนใหญ่เคยปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดกับสามี
 และผลจากการสนทนากลุ่ม พบว่า สตรีส่วนใหญ่จะคุมกำเนิดต่อเมื่อสามีให้ความยินยอมสนับสนุน
 การให้ความรู้ความเข้าใจแก่ฝ่ายสามีในเรื่องนี้จึงเป็นสิ่งจำเป็น ส่วนใหญ่เรามักจะมุ่งเน้นให้
 ความรู้ความเข้าใจในเรื่องการคุมกำเนิดเฉพาะฝ่ายสตรีเป็นสำคัญ โดยคิดว่าวิธีการคุมกำเนิด
 ส่วนใหญ่เป็นวิธีที่สตรีใช้ จึงมักจะละเลยต่อการให้ความรู้ความเข้าใจแก่สามี มีสตรีบางคนต้องการ
 คุมกำเนิด แต่สามีไม่ยินยอมให้คุมกำเนิดก็ไม่อาจคุมกำเนิดได้

สาเหตุอาการข้างเคียงและข่าวลือ จากการคุมกำเนิดวิธีการต่าง ๆ มีผลต่อการรีรอที่
 จะคุมกำเนิดหรือไม่ยอมคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่ง จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า
 หมู่บ้านที่มีข่าวลือจากเรื่องการจัดครรภ์จากการใส่ห่วง สตรีในหมู่บ้านนั้นจะไม่ยอมคุมกำเนิดด้วย
 การใส่ห่วงหรือว่ากินยา เม็ดคุมกำเนิดแล้วเวียนศีรษะก็จะไม่นิยมกินยา เม็ด ดังนั้นแนวทางหนึ่ง
 จะช่วยเสริมให้บุคคลมีการยอมรับการคุมกำเนิดมากขึ้นคือ การพัฒนาประสิทธิภาพของวิธีคุมกำเนิดนั้น ๆ
 ให้มีประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดสูงสุด มีอาการข้างเคียงน้อยที่สุดหรือไม่มีเลย เพราะความ
 ผิดพลาดที่เกิดขึ้นแม้แต่เพียงรายเดียวจะมีผลอย่างมากต่อความรู้สึกของประชาชนในชุมชนนั้น

วิธีการคุมกำเนิดที่เพิ่มภาวะความรับผิดชอบแก่ผู้ใช้ เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิดที่จะต้องรับประทาน ทุก ๆ วัน ทำอย่างไรที่จะให้มีวิธีใช้ที่สะดวกขึ้น เพราะปัญหาที่พบคือ เรื่องการลืมรับประทาน และส่วนใหญ่ไม่เข้าใจว่าถ้าลืม ๑ วัน ทำอย่างไร ๒ วันทำอย่างไร คงกินวันละ ๑ เม็ดต่อไปเรื่อย ๆ จนหมดแผง สำหรับเรื่องวิธีการทำหมันหญิง สตรีหลายคนตั้งใจจะทำ แต่เมื่อได้รับคำบอกเล่าว่าเจ็บก็เลยไม่กล้าไปทำหมัน เพราะกลัวเจ็บการให้ความรู้ความเข้าใจอย่างถูกต้อง เฉพาะเรื่องการทำหมันหญิง ตลอดจนการพัฒนาเทคนิค วิธีทำที่ลดความเจ็บปวดจะมีผลมากต่อการทำให้การยอมรับการทำหมันหญิงสูงขึ้น และนอกจากเทคนิควิธีการคุมกำเนิดสมัยใหม่แล้ว วิธีการคุมกำเนิดแบบโบราณ โดยใช้ยาคุมสมุนไพรที่ในบางท้องที่เรียก "ยาสุตลูก" "ยาลูกห่าง" หรือ "ยาบารุงน้ำนม" ที่มีผลต่อการมีประจำเดือนของสตรี เป็นสิ่งที่น่าจะมีการศึกษาและพัฒนาให้เป็นระบบขึ้น เพราะเป็นสิ่งที่ชาวบ้านยอมรับกันมาแต่ดั้งเดิม

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำตำบลเป็นบุคคลสำคัญที่จะเผยแพร่การคุมกำเนิดในชุมชน ผลจากการสนทนากลุ่มพบว่า ส่วนใหญ่รู้เรื่องการคุมกำเนิดจากเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่จะมีบทบาทในการแก้ไขข้อสงสัยหรืออธิบายเพื่อแก้ไขความเชื่อผิด ๆ ความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในเรื่องเหล่านี้ จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่นอกเหนือจากการให้บริการคุมกำเนิดแต่เพียงอย่างเดียว

๒. อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการยอมรับการคุมกำเนิด ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่น ๆ คือ ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ จำนวนบุตรที่มีชีวิต เป็นตัวแปรสำคัญที่กำหนดการยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิด ผู้ยอมรับการคุมกำเนิดมีบุตรที่มีชีวิตสูงกว่าผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิดทุกกรณี แม้จำแนกพิจารณาในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงและต่ำ ซึ่งผลที่ได้สอดคล้องกับการวิจัยในหลาย ๆ ประเทศ (Jones. 1984 : 93 Sathar. 1984 : 9 United Nation. 1979 : 30 El - Shafil. 1983 : 2591 A) เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนบุตรที่สตรีคิดจะมีคือ ๒ - ๓ คนแล้ว จะเห็นว่าผู้ยอมรับการคุมกำเนิดคือผู้ที่มีบุตรอยู่ในเกณฑ์ดังกล่าว นั่นคือ บุคคลจะยอมรับการคุมกำเนิดต่อเมื่อตนได้บรรลุถึงจำนวนบุตรที่ตนต้องการจะมี การยอมรับการคุมกำเนิดจะเป็นการคุมกำเนิดแบบถาวร คือการทำหมันหญิง แต่ในกลุ่มคนที่ยอมรับการคุมกำเนิดในขณะที่ตนเองยังไม่บรรลุถึงจำนวนบุตรที่ต้องการมี การยอมรับขณะนั้นเป็นเพียงเพื่อเว้นระยะของการมีบุตร วิธีการคุมกำเนิดจะเป็นวิธี

คุมแบบกึ่งถาวร หรือชั่วคราวคือการใส่ห่วงอนามัย ยาเม็ด และยาฉีดคุมกำเนิด ปัจจุบันที่มี
 อิทธิพลต่อการยอมรับการคุมกำเนิดในด้านสังคมคือ เรื่องการศึกษาของสตรีและสามี ซึ่งในที่นี้คือ
 ความสามารถในการอ่าน และเขียนภาษาไทย พบว่า สตรีและสามีมีระดับของความสามารถ
 ในการอ่านและเขียนสูงจะมีผลทำให้มีการยอมรับการคุมกำเนิดมากขึ้น นั่นคือ จะช่วยให้สตรี
 และสามีมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องของการคุมกำเนิดได้ถูกต้องยิ่งขึ้น สำหรับการรับรู้การ
 สนับสนุนจากสังคมเป็นตัวแปรสำคัญอีกตัวแปรหนึ่งในการจำแนกการยอมรับการคุมกำเนิด โดย
 ตัวแปรนี้จะมีอิทธิพลมากต่อการยอมรับการคุมกำเนิดในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ การ
 เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เรื่องการคุมกำเนิดโดยเปิดเผยจะเป็นการกระตุ้นในบุคคลรับรู้ว่าจะยอม
 ให้การสนับสนุนการคุมกำเนิด การคุมกำเนิดเป็นเรื่องธรรมดา ไม่ใช่เรื่องผิดปกติในสังคม
 สำหรับปัจจัยอื่น ๆ ไม่มีอิทธิพลต่อการจำแนกผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิดมากนัก
 เพราะมีลักษณะความคล้ายคลึงกัน ในคุณลักษณะของสตรีผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิด
 สตรีเกือบทั้งหมดมีการ เข้าร่วมแรงงานสตรี โดยการทำงานให้ครอบครัวไม่ได้รับรายได้เป็น
 ตัวเงิน ซึ่งเป็นลักษณะการทำงานของสตรีในครัวเรือนร้อยละ ๘๐ ของประเทศที่ประกอบอาชีพ
 เกษตรกรรม รายได้ของครัวเรือนเกษตรกรอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน และเนื่องจากการให้
 บริการการคุมกำเนิดของรัฐบาลเข้าไปทั่วถึงในทุกหมู่บ้าน มีสถานบริการอยู่ทุกตำบล เจ้าหน้าที่
 สาธารณสุขประจำตำบล เข้าถึงทุกหมู่บ้าน สตรีส่วนใหญ่จึงรู้ว่าตนเอง เข้าถึงบริการการคุม
 กำเนิดได้เป็นอย่างดี สำหรับความทันสมัยของบุคคลนั้นสตรีเกือบทั้งหมดมีระดับของความทันสมัย
 ไม่สูงมาก เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มสตรีที่อาศัยอยู่ในชนบท เพียงกลุ่มเดียว
 จึงไม่พบความแตกต่างในตัวแปรนี้ ในเรื่องคุณค่าบุตรก็เช่นกัน กลุ่มสตรีให้คุณค่าบุตรเหมือน ๆ กัน
 เป็นที่น่าสนใจเห็นว่าคุณค่าบุตรของสตรีค่อนข้างสูง โดยเฉพาะในเรื่องของการพึ่งพาความช่วยเหลือ
 จากบุตรในด้านแรงงาน เงิน และการดูแลในวัยชรา เมื่อเทียบกับคุณค่าของบุตรที่ได้จากการ
 ศึกษาในอดีต พบว่า คุณค่าในประเด็นเหล่านี้ไม่เปลี่ยนแปลงไป (Buripakdi, 1977
 Arnold and Pejranonda, 1977 Kamnuansilpa, 1981) และทราบได้จากการให้
 คุณค่าบุตรยังคงอยู่ในลักษณะนี้การมีบุตรยังเป็นสิ่งจำเป็นยิ่ง ถ้าการให้คุณค่าบุตรเพศชายและ

เพศหญิงแตกต่างกัน เช่น ให้คุณค่า บุตรชายในเรื่องของการช่วยทำงานในไร่นา และบุตรหญิงช่วยทำงานในครัวเรือนแล้วเพศของบุตรจะเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย นั่นคือ จำนวนบุตรที่ต้องการจะต้องอย่างต่ำ ๒ คน คือเพศชาย ๑ คน และเพศหญิง ๑ คน นโยบายที่ให้คู่สมรสมีบุตรเพียงคนเดียวจึงเป็นสิ่งที่ห่างไกลในการบรรลุผลการมีนโยบายให้มีบุตรอย่างต่ำ ๒ คน ยังพอมิทางที่จะเป็นไปได้บ้าง และการที่จะให้คู่สมรสไม่มีบุตรเลยโดยพยายามหาสิ่งที่มาทดแทนคุณค่าของบุตรนั้นปัจจุบันยังไม่มีสิ่งที่สามารถทดแทนคุณค่าของบุตรในสังคมไทยได้ แม้อนาคตก็ตาม

การปลูกฝังค่านิยมการมีบุตร ๒ คน ให้แก่คนไทยตามนโยบายประชากรในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ ๖ (พ.ศ. ๒๕๓๐ - ๒๕๓๔) แม้กระทำได้จริงสามารถบรรลุเป้าหมายในการลดอัตราเพิ่มประชากรได้ แต่สิ่งที่พึงตระหนักก็คือ ค่านิยมการมีบุตร ๒ คนนั้น เหมาะสมกับสภาพความเป็นอยู่ของชาวชนบทหรือไม่ หรือควรจะปล่อยให้บุคคลเลือกจำนวนบุตรตามความเหมาะสมกับสภาพของตนเอง ตามหลักการของการประชุมสหประชาชาติปี ค.ศ. ๑๙๖๘ และการประชุมประชากรโลกปี ค.ศ. ๑๙๗๔ ที่สรุปหลักการว่า เป็นสิทธิของทุกคนที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ในค่านิยมและจำนวนบุตรที่จะมี (IPPF. 1984 : 9)

อย่างไรก็ตามสมการจำแนกที่ได้มีค่าอำนาจจำแนกไม่สูงนัก ซึ่งอาจเป็นเพราะสาเหตุ ๒ ประการคือ เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาในประชากรชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพียงกลุ่มเดียวจึงทำให้ลักษณะของประชากรตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกันสูง ตัวแปรที่นำมาศึกษาจึงสามารถจำแนกได้น้อย ถ้าประชากรที่นำมาศึกษามีลักษณะความแตกต่างกันค่อนข้างมาก คาดว่าตัวแปรชุดนี้จะมีอำนาจในการจำแนกสูงขึ้น หรืออาจเป็นสาเหตุเนื่องมาจากไม่ได้นำตัวแปรบางตัวที่อาจมีอิทธิพลต่อการยอมรับ เข้ามาศึกษาในครั้งนี้ เช่น ตัวแปรทางด้านความกลัวเจ็บ (ปัจจัยทางจิตวิทยา) ซึ่งผลจากการทำสมทนากลุ่มพบว่า เป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลไม่กล้าตัดสินใจที่จะคุมกำเนิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องการทำหมันที่มีการผ่าตัดอาจก่อให้เกิดความรู้สึกหวาดกลัวในผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการผ่าตัดมาก่อน

มีข้อที่น่าสังเกตว่า ปัจจัยที่อธิบายการยอมรับการคุมกำเนิดมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนรูปแบบไป คือในสมัยแรก ๆ พบว่า การยอมรับการคุมกำเนิดขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคมเป็นสำคัญ ปัจจัยทางด้านจิตวิทยามีอิทธิพลน้อย แต่ปัจจุบันพบว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมอธิบายได้ลดลง ในขณะที่ปัจจัยทางจิตวิทยามีอิทธิพลสูงขึ้น ซึ่งคล้ายกับประสบการณ์ในประเทศที่พัฒนาแล้วที่พบว่า จำนวนบุตรที่ต้องการ (Desire Family Size) เป็นตัวกำหนดการยอมรับการคุมกำเนิดของบุคคลมากกว่าจะเป็นเรื่องฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม (Bechman. 1978 : 53)

๓. อิทธิพลของปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่ออัตราการคุมกำเนิด ผลการวิเคราะห์ พบว่า ปัจจัยด้านจำนวนโครงการวางแผนครอบครัวพิเศษ อัตราการอ่านออกเขียนได้ และร้อยละของครัวเรือนที่มีโทรทัศน์ มีอิทธิพลในการจำแนกอัตราการคุมกำเนิดสูง-ต่ำของชุมชน เป็นที่น่าสังเกตว่าค่าสัมประสิทธิ์ของตัวแปรทั้ง ๓ น่าจะเป็นบวกหมด กล่าวคือ ถ้ามีจำนวนโครงการวางแผนครอบครัวพิเศษมาก อัตราการอ่านออกเขียนได้สูงและร้อยละของครัวเรือนที่มีโทรทัศน์ใช้สูง อัตราการคุมกำเนิดของชุมชนจะสูง แต่ผลที่ได้กลับพบว่าค่าสัมประสิทธิ์ของการมีโครงการวางแผนครอบครัวพิเศษเป็นลบ นั่นคือในชุมชนที่มีโครงการวางแผนครอบครัวพิเศษมาก อัตราการคุมกำเนิดต่ำ ที่ผลเป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะในสภาพความเป็นจริงการจะมีโครงการวางแผนครอบครัวพิเศษในท้องที่ใด แสดงว่าท้องที่นั้นยังมีปัญหาการคุมกำเนิดต่ำ และผลจากการที่มีโครงการพิเศษเข้าไปในท้องที่นั้นจะทำให้ท้องที่นั้นมีอัตราคุมกำเนิดสูงกว่าที่เป็นอยู่เดิม แต่ก็ยังไม่สูงไปกว่าอัตราการคุมกำเนิด ในท้องที่ที่มีอัตราคุมกำเนิดสูงอยู่แล้ว ผลที่ได้จึงมีค่าสัมประสิทธิ์เป็นลบ การมีอัตราการอ่านออกเขียนได้สูง และการมีร้อยละของครัวเรือนที่มีโทรทัศน์สูงจะมีส่วนช่วยส่งเสริมการยอมรับการคุมกำเนิดของประชาชนในชุมชนได้ เพราะจะช่วยให้เกิดความพร้อมในการรับรู้ ข่าวสาร ความรู้ต่าง ๆ ในการคุมกำเนิดได้ดีขึ้น อันจะนำไปสู่การปฏิบัติการคุมกำเนิดอย่างถาวรต่อไป (Mudijiman. 1976 : 30) ปัจจัยด้านโปรแกรมการวางแผนครอบครัวคือ ด้านการเข้าถึงบริการและประสิทธิภาพของการให้บริการ อยู่ในระดับดีมากในทุก ๆ หมู่บ้าน ซึ่งไม่มีความแตกต่างในตัวแปรนี้ สำหรับปัจจัยด้านการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอื่น ๆ ได้แก่ ตัวแปรอัตราตายของทารก ซึ่งปัจจุบันต่ำเกือบทุก ๆ หมู่บ้าน

ร้อยละของครัวเรือนที่มีไฟฟ้าใช้ค่อนข้างสูง และรายได้เฉลี่ยของครัวเรือนในหมู่บ้านอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน ตัวแปรเหล่านี้จึงไม่สามารถจำแนกอัตราการคุมกำเนิดสูง-ต่ำระหว่างหมู่บ้านได้

๔. อิทธิพลของปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมและปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการยอมรับการคุมกำเนิด ผลการวิเคราะห์เมื่อนำปัจจัยทั้งสองระดับมาวิเคราะห์ร่วมกันปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมสามารถอธิบายการยอมรับการคุมกำเนิดได้น้อยกว่าปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งก็เป็นธรรมดาที่สิ่งที่อยู่ห่างไกลตัวออกไปย่อมมีโอกาสความเข้มของอิทธิพลลดลง แต่อย่างไรก็ตามผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมก็มีอิทธิพลต่อการยอมรับการคุมกำเนิดของบุคคล ผลการวิเคราะห์ในภาพรวมพบว่า ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในด้านการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมคือร้อยละของครัวเรือนที่มีไฟฟ้าใช้และร้อยละของครัวเรือนที่มีโทรทัศน์มีอิทธิพลต่อการยอมรับการคุมกำเนิด แต่ปัจจัยด้านโปรแกรมการวางแผนครอบครัวไม่พบว่ามามีอิทธิพล ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยด้านโปรแกรมการวางแผนครอบครัว ซึ่งได้แก่ตัวแปรการเข้าถึงบริการคุมกำเนิด จำนวนการมีโครงการวางแผนครอบครัวพิเศษ และประสิทธิภาพของการให้บริการการวางแผนครอบครัวของรัฐ ค่อนข้างดีเสมอเหมือนกันทุกหมู่บ้าน แต่มีข้อสังเกตที่ค่าสัมประสิทธิ์ของร้อยละของครัวเรือนที่มีไฟฟ้าใช้ และร้อยละของครัวเรือนที่มีโทรทัศน์เป็นลบ ซึ่งในเชิงทฤษฎีแล้วความสัมพันธ์ดังกล่าวน่าจะเป็นบวก กล่าวคือ ตัวแปร ๒ ตัวนี้ เป็นตัวบ่งชี้การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของชุมชน ซึ่งถ้ามีการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมดีขึ้น การยอมรับการคุมกำเนิดน่าจะสูงขึ้นตาม การมีความสัมพันธ์เป็นลบจึงมีข้อสงสัยว่า ตัวแปร ๒ ตัวดังกล่าวนี้อาจไม่ใช่ตัวบ่งชี้การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมในท้องถิ่นนั้น เพราะผลจากการวิจัยบางเรื่องก็บ่งชี้ว่าการมีไฟฟ้าของหมู่บ้านไม่ได้ก่อให้เกิดความแตกต่างในภาวะเศรษฐกิจและสังคมและการคุมกำเนิดของหมู่บ้าน (มนตรี เภกะณินท์ ๒๕๒๕ : ๓๒) ประกอบกับผู้วิจัยได้เคยสอบถามถึงการมีโทรทัศน์ใช้ในหมู่บ้านระหว่างการเก็บข้อมูลพบว่า การมีโทรทัศน์ใช้ในหมู่บ้านมากหรือน้อยนั้น สาเหตุหนึ่งมาจากการที่หนุ่มสาวในหมู่บ้านนั้นย้ายถิ่นมาทำงานในกรุงเทพมหานครแล้วซื้อโทรทัศน์กลับไปโดยที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับระดับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมที่เกิดขึ้นในหมู่บ้านนั้นแต่อย่างใด เมื่อวิเคราะห์ลึกลงไปโดยแยกเฉพาะหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงและต่ำ พบว่า ตัวแปร

เดิมที่ไม่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการคุมกำเนิดในภาพรวมกลับแสดงอิทธิพลเมื่อแยกเฉพาะกลุ่มขึ้นมาในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงตัวแปรด้านภาระเข้าถึงบริการคุมกำเนิดและอัตราการตายของทารกมีอิทธิพลต่อการยอมรับการคุมกำเนิดในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง ในขณะที่หมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลคือ จำนวนของการมีโครงการวางแผนครอบครัวพิเศษ โดยสรุปอาจกล่าวได้ว่า ในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง ถ้าการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดสูง และอัตราการตายของทารกต่ำ จะมีการยอมรับการคุมกำเนิดสูง แต่ถ้าเป็นในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำแล้ว การมีโครงการวางแผนครอบครัวพิเศษมากครั้งจะทำให้การยอมรับการคุมกำเนิดสูงขึ้น สำหรับปัจจัยส่วนบุคคล ตัวแปรด้านจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อการยอมรับการคุมกำเนิดตั้งแต่ก่อนแล้วข้างต้น และเมื่อวิเคราะห์ในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง ตัวแปรด้านจำนวนบุตรจะมีอิทธิพลสูงขึ้น ในขณะที่จะมีอิทธิพลลดลง เมื่อวิเคราะห์เฉพาะหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ โดยในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ ตัวแปรด้านการรับรู้การสนับสนุนการคุมกำเนิดจากสังคมมีอิทธิพลต่อการอธิบายการยอมรับได้มากขึ้น นั่นคือสตรีในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงจะยอมรับการคุมกำเนิดก็ต่อเมื่อมีจำนวนบุตรที่มีชีวิตได้ตามต้องการ แต่ถ้าในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำแล้วนอกเหนือจากจำนวนบุตรที่มีชีวิตตามจำนวนที่ต้องการแล้ว การสนับสนุนการคุมกำเนิดจากสังคมยังมีอิทธิพลต่อการยอมรับการคุมกำเนิด ดังนั้นในการพัฒนาการยอมรับการคุมกำเนิดในท้องที่มีอัตราการคุมกำเนิดที่แตกต่างกันจึงควรต้องคำนึงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลที่แตกต่างกันด้วย

ข้อ เสนอแนะ

๑. สตรีมีแนวโน้มยอมรับการทำหมันมากขึ้น แต่ยังไม่มีความมั่นใจจึงควรมีการประชาสัมพันธ์ชี้แจง โดยเฉพาะเรื่องนี้หรือณรงค์เรื่องนี้เพื่อให้เกิดความมั่นใจมากยิ่งขึ้น
๒. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำตำบลมีบทบาทสำคัญต่อการยอมรับการคุมกำเนิด ในชุมชน การพัฒนาความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในด้านให้คำแนะนำปรึกษา แก่ไขข่าวสื่อให้ความกระจ่างเมื่อการรับบริการคุมกำเนิดมีปัญหา จะมีผลต่อเนื่องต่อการรับบริการคุมกำเนิดของบุคคลอื่น ๆ ต่อไป

๓. การยอมรับการทำหมั้นชายค่อนข้างพัฒนาได้ยากในชนบทเพราะความเชื่อต่าง ๆ ยังฝังแน่นอยู่มาก ดังนั้นแทนที่จะรณรงค์การทำหมั้นชายอย่างเดียว เพื่อให้ยึดหลักการคุมกำเนิดสูง ควรหาแนวทางให้ฝ่ายสามี เป็นฝ่ายสนับสนุนกระตุ้นให้ภรรยามารับบริการคุมกำเนิด

๔. จากผลการวิจัยพบว่า จำนวนบุตรที่มีอยู่เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการคุมกำเนิดสตรีจะยอมรับการคุมกำเนิด เมื่อเขามีจำนวนบุตรได้ตามที่ต้องการ ดังนั้นการที่จะให้การยอมรับการคุมกำเนิดมากขึ้น จำเป็นต้องสร้างค่านิยมของการมีครอบครัวขนาดเล็กให้เกิดขึ้น ในเบื้องต้นก่อน ค่านิยมของการมีครอบครัวขนาดเล็กจะช่วยให้บุคคลบรรลุถึงขนาดครอบครัว (จำนวนบุตร) ที่เขาต้องการได้ในระยะเวลาสั้นทำให้มีการยอมรับการคุมกำเนิดได้เร็วขึ้น

๕. แนวทางการสร้างค่านิยมให้มีความพอใจครอบครัวขนาดเล็ก อาจทำได้ด้วยการชักจูงใจ ให้สิ่งจูงใจและไม่จูงใจ (Incentive and Disincentive) หรือการโฆษณาชวนเชื่อ (Indoctrination) ซึ่งอาจจะได้ผลอย่างรวดเร็ว แต่ไม่แน่นอน วิธีทางที่ควรกระทำคือ วิธีทางประชากรศึกษาที่จะให้บุคคลได้มีความรู้ความเข้าใจ ตระหนัก และตัดสินใจด้วยตัวของเขาเอง

๖. การมีโปรแกรมการวางแผนครอบครัวพิเศษในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำยังเป็นสิ่งจำเป็น เพราะจะช่วยให้ประชาชนได้มีโอกาสตื่นตัว รับรู้ และเข้าถึงบริการการคุมกำเนิดได้มากขึ้น

๗. เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการคุมกำเนิดควรมีทักษะอย่างดีที่จะไม่ก่อให้เกิดการผิดพลาดในการให้บริการ เพราะจะส่งผลกระทบต่อจำนวนผู้รับบริการรายใหม่ต่อไป โดยเฉพาะความผิดพลาดที่เกิดขึ้นมักจะพบในกรณีให้บริการจำนวนมาก ๆ ในคราวเดียวกัน

๘. แม้ว่าโดยความคาดหมายว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผลส.) น่าจะมีบทบาทในการเผยแพร่การคุมกำเนิดในระดับหมู่บ้านมาก แต่จากผลการวิจัยพบบทบาทดังกล่าวอยู่ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำตำบลเป็นหลัก ทั้งนี้เพราะลักษณะของหมู่บ้านอยู่ใกล้ ๆ กัน แต่ถ้าเป็นในภาคภูมิศาสตร์อื่น ๆ ที่หมู่บ้านอยู่ห่างกันและห่างจากสถานที่ตั้งอนามัยประจำตำบล อสม. และ ผลส. อาจจำเป็นที่จะต้องรับบทบาทนี้แทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำตำบล

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

๑. ควรมีการทำวิจัยในลักษณะเดียวกันนี้ในภูมิภาคอื่น ๆ ของประเทศไทย โดยใช้ตัวแปรเดิม ทั้งนี้เพราะแม้จะไม่พบว่าบางตัวแปรมีอิทธิพลต่อการยอมรับการคุมกำเนิดก็ตาม เช่น ในด้านของการเข้าถึงบริการคุมกำเนิด ในการวิจัยครั้งนี้ไม่พบว่ามียิทธิพลเพราะสามารถเข้าถึงบริการได้เสมอเหมือนกัน แต่อาจเป็นเพราะโครงสร้างของหมู่บ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีลักษณะที่หมู่บ้านอยู่รวม ๆ กัน จึงมีลักษณะที่จะเข้าถึงบริการของรัฐที่จัดให้ได้เป็นอย่างดี

๒. ถ้าจะสนับสนุนนโยบายประชากรที่ให้มีครอบครัวขนาดเล็ก หรือสร้างค่านิยมในการมีบุตร ๒ คน ให้เกิดแก่ประชาชนทั่วไป ควรที่จะได้มีการศึกษาวิจัยถึงผลกระทบของการมีครอบครัวขนาดเล็กต่อสภาพความเป็นอยู่ของชาวชนบทที่ยังเป็นสังคมเกษตรกรรม พึ่งพาแรงงานจากบุตร และพึ่งพิงในวัยชรา และควรวิจัยว่าการสร้างค่านิยมของการมีครอบครัวขนาดเล็กจะสร้างได้ในวัยใดและวิธีใด

๓. ควรได้มีการวิจัยว่าปัจจัยใดเป็นตัวกำหนดค่านิยมในด้าน การพึ่งพาแรงงานจากบุตร และพึ่งพิงในวัยชรา



บรรณานุกรม

คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงาน : ร่างแผนประชากรในแผนพัฒนาฉบับที่ ๖ ๒๕๒๔, ๓๖ หน้า อัดสำเนา

..... แผนประชากร ๒๕๒๕ - ๒๕๒๙ เรือนแก้วการพิมพ์ ๒๕๒๔, ๑๒๔ หน้า

คมสัน พลศรี ผลกระทบของการศึกษาที่มีต่อผลการใช้การคุมกำเนิดของสตรีชนบทในประเทศไทย วิทยานิพนธ์ สค.ม. มหาวิทยาลัยมหิดล ๒๕๒๔, ๗๒ หน้า อัดสำเนา

จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และอุดม คมพยัคฆ์ อนามัยแม่-เด็ก และการวางแผนครอบครัว รุ่งเรืองธรรม ๒๕๒๕, ๓๕๔ หน้า

จุง เจริญศิริกัษ "กระบวนการยอมรับความคิดหรือสิ่งประดิษฐ์ใหม่ไปใช้ปฏิบัติ" คำบรรยายประกอบการสอนการวางแผนครอบครัว มิตรสยาม ๒๕๑๔, ๒๒๗ หน้า

จิรา เจือศิริกัษ ทัศนคติและการยอมรับการวางแผนครอบครัว : ศึกษาเฉพาะหญิง หลังคลอดและคู่สมรสในโรงพยาบาลนครเชียงใหม่ วิทยานิพนธ์ สค.ม. มหาวิทยาลัยมหิดล ๒๕๒๔, อัดสำเนา

จุฬารณีย์ สมรูป การศึกษาเปรียบเทียบสาเหตุสนับสนุนในการตัดสินใจคุมกำเนิดชนิดถาวรของหญิงไทยและชายไทย บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ๒๕๒๑, ๒๐๘ หน้า อัดสำเนา

จำนรรจา ชัยโชติชัย การศึกษาเปรียบเทียบการปฏิบัติการวางแผนครอบครัวของคู่สมรส ในเขตเมืองและเขตชนบท วิทยานิพนธ์ สค.ม. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ๒๕๒๐, อัดสำเนา

จรรยา เศรษฐบุตร "รายงานเบื้องต้นการศึกษาติดตามผลการผ่าตัดทำหมันชาย" เอกสารประกอบการสัมมนา เรื่องการศึกษาด้านพฤติกรรมและการเจริญพันธุ์และการวางแผนครอบครัวของไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ๑๔ - ๒๑ มกราคม ๒๕๒๗, หน้า ๔๑ - ๖๑

- เฉลิมเผ่า อจละนันท์ ผลสะท้อนทางสังคมของการพัฒนาชนบทต่อภาวะเจริญพันธุ์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย รายงานการวิจัยระดับจุลภาคในประเทศไทย เรื่องภาวะเจริญพันธุ์และการพัฒนา ๒๕๒๓, ๑๐๗ หน้า อีศสำเนา
- ชัยวัฒน์ ปัญงพงษ์ และณรงค์ เทียนสังข์ ประชากรศาสตร์และประชากรศึกษา พิมพ์ครั้งที่ ๑ ไทยวัฒนาพานิช ๒๕๒๑, ๓๕๗ หน้า
- ชัยฤทธิ์ บุญญาณิตย์ "รายงานเบื้องต้นเกี่ยวกับการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการวางแผนครอบครัวของกรุงเทพมหานครครั้งที่ ๑" เอกสารประกอบการสัมมนาเรื่อง การศึกษาค้นคว้าโครงการเจริญพันธุ์และการวางแผนครอบครัวของไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ๑๔ - ๒๑ มกราคม ๒๕๒๗, หน้า ๖๑ - ๗๔
- ชูเพ็ญศรี วงศ์บุรุษ "สรุปรายงานการสำรวจพฤติกรรมเจริญพันธุ์ที่สัมพันธ์กับการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมและประชากรของชาวมุสลิมในประเทศไทย" รายงานการสัมมนาเรื่อง การพัฒนาความแตกต่างในภาวะเจริญพันธุ์ในภูมิภาคของประเทศไทย พิทยา ๒๔ - ๒๔ กรกฎาคม ๒๕๒๒, หน้า ๔๖ - ๕๖
- ศิริพันธ์ สุชนันตพงษ์ ความเห็นพ้องต้องกันระหว่างสามีและภรรยาเกี่ยวกับการมีบุตร วิทยานิพนธ์ สค.ม. มหาวิทยาลัยมหิดล ๒๕๒๔, ๔๐ หน้า อีศสำเนา
- เทียนฉาย กิระนันท์ ความสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจระหว่างการเจริญพันธุ์ รายได้ และค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับบุตร รายงานการวิจัย คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ๒๕๒๔
- เศรษฐศาสตร์ประชากร พิมพ์ครั้งที่ ๑ โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ๒๕๒๖, ๓๐๐ หน้า
- ทำหมื่น, สมาม การประชุมเชิงปฏิบัติการโครงการศึกษาส่งเสริมการทำหมื่นและใส่ห่วงอนามัย โรงพยาบาลอำเภอ ๗ - ๘ ธันวาคม ๒๕๒๗ โรงแรมเชียงใหม่ฮิลล์ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ ม.ป.ท. ๒๕๒๗, ๒๕ หน้า
- ธวัช ธักไช ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้การวางแผนครอบครัวในเขตเมืองของประเทศไทย วิทยานิพนธ์ สค.ม. มหาวิทยาลัยมหิดล ๒๕๒๖, ๗๕ หน้า อีศสำเนา

นิพนธ์ เทพวัลย์ "ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อแนวโน้มการเพิ่มประชากรของประเทศไทย"

วารสารสมาคมทำหมันแห่งประเทศไทย ธันวาคม ๒๕๒๕, หน้า ๖๑ - ๘๔

_____ "ผลการประชุมสมัยที่ ๔ ของคณะกรรมการประชากรแห่งคณะกรรมการธิการเศรษฐกิจ

และสังคมสำหรับเอเชียและแปซิฟิก (เอสแคบ)" จดหมายข่าวประชากร สถาบัน

ประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ฉบับที่ ๓๔ ธันวาคม ๒๕๒๕, หน้า ๖ - ๘

_____ "ผลกระทบการทำงานของสตรีต่อด้านภาวะเจริญพันธุ์" เอกสารประกอบการ

สัมมนาเรื่องประชากรกับการพัฒนา ทิวหิน ๒๖ - ๒๘ มกราคม ๒๕๒๕

นิวัติ กลิ่นงาม และคนอื่น ๆ ผลกระทบของการพัฒนาสตรีต่อการวางแผนครอบครัวและภาวะ

เจริญพันธุ์ วิทยาลัยครูเพชรบุรี กรมการฝึกหัดครู ๒๕๒๗, ๗๗ หน้า

นวลทิพย์ คงกุล เศรษฐศาสตร์การศึกษา ม.ป.ท. ๒๕๒๗, ๑๔๖ หน้า อีศลำเนา

นพวรรณ จงวัฒนา ความเป็นเมืองกับการวางแผนครอบครัวในประเทศไทย เอกสาร

วิชาการหมายเลข ๘ สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ม.ป.ป.,

๓๒ หน้า

บุญเลิศ เลี้ยวประไพ "สถานภาพความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมด้านเจริญพันธุ์และการวางแผน

ครอบครัวของสตรีไทย" วารสารสมาคมทำหมันแห่งประเทศไทย ธันวาคม ๒๕๒๕,

หน้า ๕๓ - ๖๓

_____ "การประเมินศักยภาพตลาดการคุมกำเนิดในประเทศไทย" วารสารสมาคมทำหมัน

แห่งประเทศไทย ธันวาคม ๒๕๒๗, หน้า ๓๑ - ๓๔

_____ ประชากรไทยกับการพัฒนา พ.ศ. ๒๕๓๐ - ๒๕๔๔ สถาบันวิจัยประชากรและ

สังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ม.ป.ป., ๔ หน้า อีศลำเนา

_____ "ผลของการวางแผนครอบครัวที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงประชากร" เอกสารประกอบ

การประชุมเรื่องการทำหมันชาย วิทยาพา เลข ๒๐ - ๒๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๑๕, ๒๑ หน้า

อีศลำเนา

บุญเลิศ เลี้ยวประไพ "ความสำคัญของการให้คำปรึกษาการวางแผนครอบครัวและการทำหมัน"

เอกสารประกอบการประชุมปฏิบัติการเรื่องแนวทางการร่วมมือและประสานงานในการดำเนินงานวางแผนครอบครัว ณ โรงแรมเอเซีย เมืองพัทยา ชลบุรี ๑๐ ธันวาคม ๒๕๒๘, ๗ หน้า ชัดสำเนา

เบญจจา ยอดคำเนิน และอรพรรณ หันจางสิทธิ์ "ปัญหาการใช้พนักงานเย็บบ้านในงานวางแผนครอบครัว" เอกสารประกอบการสัมมนาวิชาการการศึกษาด้านพฤติกรรมและการเจริญพันธุ์และวางแผนครอบครัวไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ๑๘ - ๒๐ มกราคม ๒๕๒๐, หน้า ๓๓ - ๔๐

ประภัศสร เวชประสิทธิ์ ประมาณค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตรและค่าใช้จ่ายทางการศึกษาของบุตร วิทยานิพนธ์ ศษ.ม. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ๒๕๒๓, ๑๐๘ หน้า ชัดสำเนา

ปราโมทย์ ประสาทกุล (แปล) เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องทฤษฎีแห่งการเปลี่ยนแปลงประชากร สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ๒๕๒๒, ๑๔ หน้า

ทฤษฎีที่น่าสนใจทางประชากรศาสตร์ เรือนแก้ว ๒๕๒๒, ๑๕๐ หน้า

"การวางแผนครอบครัวกับภาวะเจริญพันธุ์" เอกสารประกอบการสัมมนาเรื่อง การศึกษาด้านพฤติกรรมและการเจริญพันธุ์และวางแผนครอบครัวของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม ๑๘ - ๒๑ มกราคม ๒๕๒๗ หน้า ๑๐๘ - ๑๑๔

ปิยรัตน์ นิลชัยยกา ระดับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจกับการใช้บริการวางแผนครอบครัว วิทยานิพนธ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ๒๕๑๘, ชัดสำเนา

ปรีชา ขำเพชร ปัจจัยที่มีผลต่อความคิดเห็นในด้านสุขภาพของการทำหมันชาย วิทยานิพนธ์ ศค.ม. มหาวิทยาลัยมหิดล ๒๕๒๘, ๖๓ หน้า ชัดสำเนา

ผลกระทบของงานวางแผนครอบครัวต่อการพัฒนาประเทศ สรุปลผลการประชุมวันที่ ๑๘ - ๒๐ ธันวาคม ๒๕๒๘ ณ โรงแรมเวียงตาก ม.ป.ท., ๑๐ หน้า

ผิกอบรม, กอง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แนวทางการดำเนินงานผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตามแผนงานสาธารณสุขเบื้องต้น กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๒๑ - ๒๕๒๔ ม.ป.ป., ๒๓ หน้า
ชัดสำเนา

- พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และปัญญา คาวจรัสแสงชัย ปัจจัยที่มีผลต่อการทำหมันชายของคู่สมรส
ในเขตชนบทของประเทศไทย เอกสารวิจัยหมายเลข ๔๕ สถาบันประชากรศาสตร์
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ๒๕๒๔
- พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และมยุรี นกยูงทอง "มาตรการชะลอการเกิด" รายงานสัมมนา
เรื่องกลวิธีในการส่งเสริมบริการผ่าตัดทำหมันชายและห่วงอนามัยให้บรรลุเป้าหมาย
 วันที่ ๑๕ - ๑๗ ธันวาคม ๒๕๒๕ ณ โรงแรมพิทยาพาเลซ ชลบุรี ม.ป.ป., ๒๓๒ หน้า
- พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และวิศิษฐ์ ประจวบเหมาะ ภาวะเจริญพันธุ์และการวางแผนครอบครัว
ของสตรีไทย เขตชนบทและเขตเมืองของประเทศไทย เอกสารการวิจัยหมายเลข ๑๔
 สถาบันวิจัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ๒๕๑๗, ๖๔ หน้า
- พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และสุวิไลนา วิบูลย์เศรษฐ์ สรุปผลการวิจัยโครงการวิจัยต่อเนื่อง
ระยะยาวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และประชากรไทย เอกสาร
 การวิจัยหมายเลข ๑๒ สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ๒๕๑๗
- พิรลิตี คำนวนศิลป์ และประเสริฐ รักษ์ไทยดี ภาวะเจริญพันธุ์และวงจรในครอบครัวไทย
 รายงานวิจัยสำนักวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ ๒๕๒๑
- พิรลิตี คำนวนศิลป์ และสุภา กীরติบุตร "สภาวะการคุมกำเนิดในประเทศไทย"
รายงานการสัมมนา เรื่องการพัฒนาและความแตกต่างในภาวะเจริญพันธุ์ในภูมิภาคของ
ประเทศไทย พิทยา ๒๕ - ๒๘ กรกฎาคม ๒๕๒๒ โรงพิมพ์ศรีอนันต์ ๒๕๒๓, ๑๒๔ หน้า
- พิรลิตี คำนวนศิลป์ และอริชาติ จำรัสฤทธิ์รงค์ "สภาวะการคุมกำเนิดและลักษณะของผู้ใช้"
การคุมกำเนิดในประเทศไทย" วารสารสมาคมทำหมันแห่งประเทศไทย ธันวาคม ๒๕๒๕
- เพ็ญพร อีระสวัสดิ์ ปัจจัยทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับปฏิบัติการวางแผนครอบครัว"
วารสารสมาคมทำหมันแห่งประเทศไทย ๒๕๒๒, หน้า ๕๐ - ๕๕
- เพ็ญศรี ปิยะรัตน์ ความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของสตรีวัย
เจริญพันธุ์ ณ หมู่บ้าน ขอยเสนานิคม ๒ บางเขน วิทยานิพนธ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 ๒๕๒๔, ๑๕๒ หน้า อัดสำเนา

ไพโรจน์ นิงสานนท์ "รายงานเรื่องผลการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของ
ประเทศไทยในรอบ ๑๐ ปี" รายงานการสัมมนาทางวิชาการแห่งชาติเรื่องประชากรของ
ประเทศไทยครั้งที่ ๔ ๒๑ - ๒๔ สิงหาคม ๒๕๒๑ โรงพิมพ์การศาสนา ๒๕๒๑, ๘๘๒ หน้า

คำกล่าวปิดการประชุมประจำปีของสมาคมทำหมัน ณ ห้องประชุมจงจิมต์

โรงพยาบาลรามารามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๒๕

มหาดไทย, กระทรวงและกระทรวงสาธารณสุข บทบาทผู้ว่าราชการจังหวัดในการพัฒนา
คุณภาพของประชากร ๒๒ - ๒๓ กรกฎาคม ๒๕๒๖ ณ โรงแรมแกรนด์พาเลซ พัทยา
ชลบุรี ๒๕๒๖, ๑๘๐ หน้า

มนัสวี อุณหพันธ์ "การศึกษารายงานการทำหมัน ๑๐, ๓๗๔ รายในประเทศไทย" สัมมนา
ทางวิชาการแห่งชาติเรื่องประชากรของประเทศไทยครั้งที่ ๒ กองวิจัยสังคมศาสตร์
สำนักงานคณะกรรมการสภาวิจัยแห่งชาติ ๒๕๐๘

มาลีณี ชุ่มพฤษ์ แบบชนิดและโครงสร้างของครอบครัวที่มีผลต่อระดับภาวะเจริญพันธุ์และ
ต่อขนาดของครอบครัวในอุดมคติของประชากรในเขตเมือง วิทยานิพนธ์ สด.ม.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ๒๕๑๖, ๑๓๖ หน้า อัสสัมชัญ

มรกต กรเกษม "สถานภาพและแนวโน้มการรับบริการผ่าตัดทำหมันชายและใส่ห่วงอนามัย"
รายงานการสัมมนาเรื่องกลวิธีในการส่งเสริมบริการผ่าตัดทำหมันชายและห่วงอนามัย
ให้บรรลุเป้าหมาย วันที่ ๑๕ - ๑๗ ธันวาคม ๒๕๒๕ ณ โรงแรมพิทยาพร เลข ชลบุรี
หน้า ๔ - ๑๘

แนวความคิดบางประการในการดำเนินงานวางแผนครอบครัวในแผนพัฒนาฉบับที่ ๖

เอกสารหมายเลข ๑๕ ศูนย์ประมวลข่าวสารการวางแผนครอบครัว โครงการวางแผนครอบครัว
แห่งชาติ ม.ป.ป., ๕ หน้า

โมหิมมิต อับดุลกาเดร์ และสมจิตร สร้อยสุริยา การบริหารการนิเทศและการประชาสัมพันธ์
การศึกษานอกระบบโรงเรียน อักษรบัณฑิต ๒๕๒๐, ๖๗ หน้า

เยาวรัตน์ ประภักษ์ขาม "การวางแผนครอบครัว" ประชากรศาสตร์และประชากรวิทยา
สารมวลชนจำกัด ๒๕๒๘, หน้า ๖๓๔ - ๗๐๐

- รุ่งนภา ยิงชาญกุล การศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบของการทำหมัน
ในผู้รับบริการทำหมันและคู่สมรสที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พ.ศ. ๒๕๒๒ : ผลทางร่างกาย
จิตใจ สังคม และพฤติกรรมทางเพศ วิทยานิพนธ์ วท.ม. มหาวิทยาลัยมหิดล ๒๕๒๖,
 ๕๓๕ หน้า
- ฤดี เอมแย้ม ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรที่มีผลต่อการตัดสินใจทำหมันหญิง
หลังคลอด : ศึกษาเฉพาะกรณีผู้มารับบริการจากห้องคลอดสามัญ โรงพยาบาลศิริราช
วิทยานิพนธ์ สค.ม. มหาวิทยาลัยมหิดล ๒๕๒๔, ๕๓๕ หน้า
- วชิระ สิงหนกเชนทร์ ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้บริการสาธารณสุขและการวางแผน
ครอบครัวของสตรีไทยวัยเจริญพันธุ์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ วิทยานิพนธ์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย ๒๕๒๓, ๒๗๐ หน้า ๕๓๕ หน้า
- วรวิทย์ เจริญเลิศ "การศึกษาเรื่องอัตราการคงใช้และประสิทธิผลในการใช้บริการวางแผน
 ครอบครัวในกรุงเทพมหานคร" เอกสารประกอบการสัมมนา เรื่องการศึกษาด้านพฤติกรรม
การเจริญพันธุ์และการวางแผนครอบครัวของไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ๑๔ - ๒๑
มกราคม ๒๕๒๗ หน้า ๔๑ - ๖๑
- วรภรณ์ พุ่มจำปา ลักษณะเศรษฐกิจ สังคมของผู้ยอมรับเอาวิธีการวางแผนครอบครัวมา
ปฏิบัติในอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี วิทยานิพนธ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ๒๕๑๓,
 ๕๓๕ หน้า
- วิศิษฐ์ บุญเกศานนท์ "แนวนโยบายมาตรการและเป้าหมายประชากรในแผนพัฒนาฉบับที่ ๖"
รายงานผลการสัมมนาเรื่องนโยบายและแผนปฏิบัติการด้านประชากรในช่วงแผนพัฒนาฉบับที่ ๖
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ระหว่างวันที่ ๓๐ - ๓๑
พฤษภาคม ๒๕๒๔ ณ โรงแรมรอยัลคัลลิฟิซ เมืองพัทยา ชลบุรี ๒๕๒๔, หน้า ๑ - ๑๒
- วีระ นิยมวัน "แผนปฏิบัติการด้านวางแผนครอบครัวในช่วงแผน ๖" เอกสารประกอบการ
สัมมนาเรื่อง นโยบายและแผนปฏิบัติการด้านประชากรในช่วงแผนพัฒนาฉบับที่ ๖ สำนักงาน
คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ระหว่างวันที่ ๓๐ - ๓๑ พฤษภาคม
๒๕๒๔ ณ โรงแรมรอยัลคัลลิฟิซ เมืองพัทยา ชลบุรี ๒๕๒๔, ๑๐ หน้า

วิเชียร เกตุสิงห์ สถิติวิเคราะห์สำหรับงานวิจัย กองวิจัยการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการ
การศึกษาแห่งชาติ ๒๕๒๑, ๑๕๕ หน้า

วีระ ไอสถานนท์ "การบริหารและการประสานงานเกี่ยวกับกิจกรรมประชากร" เอกสาร
กิจกรรมประชากรในประเทศไทย กองวางแผนประชากรและกำลังคน สำนักงาน
คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ๒๕๒๒, หน้า ๑ - ๑๐

สนิท สนิตการ การยอมรับการวางแผนครอบครัวในกลุ่มสตรีภาคใต้ : ศึกษาเฉพาะกรณี
อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา สำนักวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ ๒๕๒๒, ๑๖๔ หน้า
สาธารณสุข, กระทรวง นโยบายส่งเสริมงานวางแผนครอบครัว มิถุนายน ๒๕๒๔, ๑๐ หน้า
อัตสำเนา

รายงานการสัมมนาเรื่อง กลวิธีในการส่งเสริมบริการผ่าตัดทำหมันชายและทำวง
อนามัยบรรลุเป้าหมาย วันที่ ๑๔ - ๑๗ ธันวาคม ๒๕๒๔ ณ โรงแรมทิพย์พาเลซ เลข ๒๕๒๖,
๒๓๒ หน้า

รายงานการสัมมนาการจัดทำแผนงานวางแผนครอบครัว สำหรับแผนพัฒนาเศรษฐกิจ
และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๖ ๑๒ - ๑๔ ธันวาคม ๒๕๒๗, ๑๘๓ หน้า

แนวทางการดำเนินงานเผยแพร่และประชาสัมพันธ์งานวางแผนครอบครัวระหว่าง
ปี ๒๕๒๖ - ๒๕๓๐ ณ โรงแรมเอเชียพญา ชลบุรี ๑๒ - ๑๕ ตุลาคม ๒๕๒๔ โรงแรมทิพย์
สำนักข่าวพาสซี ๒๕๒๔, ๒๘๖ หน้า

สายใจ คุ่มขนาน "ผลกระทบของการทำงานของสตรีต่อภาวะเจริญพันธุ์ : ความสัมพันธ์เชิง
ทฤษฎีและการพิจารณาเชิงวิจัย" สังคมวิทยาและมนุษยวิทยา ๑ : ๑ หน้า ๗๔ - ๑๐๐
๒๕๒๔

สุนทร สุวิภกิจ "การศึกษาวิจัยทางประชากรศาสตร์ที่เกี่ยวกับการแพทย์ของประเทศไทย
ในรอบ ๑๐ ปี" รายงานการสัมมนาทางวิชาการแห่งชาติ เรื่องประชากรของประเทศไทย
ครั้งที่ ๔ ๒๑ - ๒๔ สิงหาคม ๒๕๒๑, หน้า ๒๒๗ - ๒๔๐

สมหมาย วันสอน ประชากรกับการสาธารณสุข เอกสารการสอนชุดวิชาสาขาวิทยาศาสตร์
สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช หน่วย ๑ - ๘ บริษัทสารมวลชน ๒๕๒๘,
๔๑๓ หน้า

สมบูรณ์ ชิตพงศ์ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ม.ป.ป., ๔๑ หน้า

สมใจ เสรีขจรกิจเจริญ การศึกษาเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติกรวางแผนครอบครัว
ของสตรีไทยและสตรีมุสลิม ในอำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา วิทยานิพนธ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
๒๕๒๔, ๑๑๗ หน้า อัดสำเนา

เสาวภา ธีระประทีป ความสัมพันธ์ระหว่างคุณค่าของบุตรกับการตัดสินใจมีบุตร วิทยานิพนธ์
สค.ม. มหาวิทยาลัยมหิดล ๒๕๒๖, ๑๓๔ หน้า อัดสำเนา

สุกานดา สุวณิชชาติ การศึกษาเปรียบเทียบลักษณะสตรีที่คุมกำเนิดชั่วคราวและชนิดถาวร
ในสตรีที่มีบุตรเพียงพอแล้ว หน่วยวิจัยการวางแผนครอบครัวภาควิชาสูติศาสตร์และ
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ๒๕๒๑, อัดสำเนา

สุจิตรา กิจวัฒนาชัย ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของ
ประชากรหมู่บ้านประมง วิทยานิพนธ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ๒๕๒๔, อัดสำเนา

สุจินต์ มีมงคลกิจดิกล ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการที่สตรีไม่มารับบริการผ่าตัดทำหมันแห่ง
ตามระยะเวลาที่กำหนด วิทยานิพนธ์ สค.ม. มหาวิทยาลัยมหิดล ๒๕๒๔, อัดสำเนา

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และ สัตตาวลัย รอดมณี การวิเคราะห์พฤติกรรม ภาพพิมพ์ ๒๕๒๗,
๒๐๐ หน้า

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และ ชุตินาถ บุญทอง การวิเคราะห์แนวโน้มภาวะเจริญพันธุ์ระดับ
ภาคสำหรับการคาดประมาณประชากรในช่วงแผนพัฒนาการ เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
ฉบับที่ ๖ ภาพพิมพ์ ๒๕๒๘ ก, ๔๔ หน้า

การคาดประมาณอัตราการวางแผนครอบครัวในช่วงแผนพัฒนา ฉบับที่ ๖

ภาพพิมพ์ ๒๕๒๘ ข, ๑๐๔ หน้า

สุพร เกิดสว่าง คุมกำเนิด พิมพ์ครั้งที่ ๓ ชีระการพิมพ์ ๒๕๒๗, ๒๐๑ หน้า

สุพร เกิดสว่าง สุวณีย์ ริมตุลิต และประพาศ เพียรเลิศ "รายงานเรื่องวิธีป้องกันการ
ปฏิสนธิด้วยการใช้ยาเม็ด" การสัมมนาทางวิชาการแห่งชาติเรื่องประชากรของประเทศไทย
ครั้งที่ ๓ กองวิจัยสังคมศาสตร์ สำนักงานสถาบันวิจัยแห่งชาติ ๒๕๑๑, หน้า ๑๔๔ - ๒๒๔

สุภาณันท์ ททรัพย์อัมพร มูลเหตุจูงใจที่ทำให้สตรีใช้วิธีคุมกำเนิดชนิดชั่วคราว
คณะสังคมสงเคราะห์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ๒๕๒๐, ๑๒๓ หน้า ยัดสำเนา

สำเริง บุญเรืองรัตน์ เทคนิคการวิเคราะห์พหุคูณ บริษัทศึกษาพร จำกัด ๒๕๒๖, ๑๔๔ หน้า

อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์ และพิมพ์พรณ อิศรภักดี "การเปลี่ยนแปลงประชากร" เอกสาร
ประกอบการบรรยายการประชุมเชิงปฏิบัติการประชากรศึกษาในระดับมัธยมศึกษา และ
อุดมศึกษาในจังหวัดภาคใต้ ภาควิชาสารัตถศึกษา คณะวิทยาการ จัดการ มหาวิทยาลัย
สงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ วันที่ ๒๖ - ๒๗ สิงหาคม ๒๕๒๖, ๓๑ หน้า

อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์ และพีรสิทธิ์ คำนำมศิลป์ การวิเคราะห์การกระจายและการเข้าถึง
บริการการวางแผนครอบครัวในประเทศไทย เอกสารวิชาการหมายเลข ๖๓ สถาบันวิจัย
ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ๒๕๒๕, ๓๓ หน้า

อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์ และคนอื่น ๆ ประเทศไทย : การสำรวจสภาวะการคุมกำเนิด
รอบที่ ๓ : รายงานฉบับย่อ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ๒๕๒๗,
๒๔ หน้า

อัถฐลี วิสุทธิมรรค การศึกษาเปรียบเทียบการปฏิบัติการวางแผนครอบครัวในภูมิภาคต่าง ๆ
วิทยานิพนธ์ สค.ม. มหาวิทยาลัยมหิดล ๒๕๒๖, ๑๔๔ หน้า ยัดสำเนา

อรพรรณ หันจางสิทธิ์ อุไรวรรณ คณิงสุขเกษม และฤตล สุนทรธาดา ภาวะเจริญพันธุ์
ของสตรีแหล่งเสื่อมโทรม กรุงเทพมหานคร : ศึกษาเฉพาะกรณีแหล่งเสื่อมโทรมหมู่บ้าน
เสนานิคม ๒ บางเขน และคลองเตย เอกสารวิชาการหมายเลข ๔๒ สถาบันวิจัยประชากร
และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ๒๕๓๓

เอกรินทร์ ศิริลัย ขนาดครอบครัวที่ต้องการในกลุ่มประชากรของกรุงเทพมหานคร
วิทยานิพนธ์ สค.ม. มหาวิทยาลัยมหิดล ๒๕๒๖, ๔๔ หน้า

อุดมศักดิ์ อัครวางกูร. "แนวนโยบายสนับสนุนการวางแผนครอบครัวของกระทรวงมหาดไทย"

รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการการวางแผนครอบครัวในชุมชนแออัดกรณีกองเทพมหานคร

๒๖ - ๒๘ มกราคม ๒๕๒๗ โรงเรียนวชิรวิทย์ ชลบุรี สมาคมทำหมันแห่งประเทศไทย ๒๕๒๗,

๑๘๘ หน้า

Ahmed, Bashir-Ub-Din. Determinants of Fertility in Bangladesh : Desired family Size, Natural Fertility, and Contraceptive Use. Ph.D. Dissertation. University of California Berkely, 1984. 199 p.

Allport, G.W. "The Historical Background of Modern Social Psychology" in Lindsey, G ed. Handbook of Social Psychology. Vol 1 Reading, Mass : Addison-Wesley, 1959.

Andorka, Rodolf. Determinants of Fertility in Advanced Societies London : Methuen & Co., Ltd., 1978.

Arnold, Fred and other. The Value of Children : A Cross - National Study, Introduction and Comparative Analysis. Volume I East-West Population Institute, East-West Center, Hawaii 1975.

Becker, Gary S. "A Theory of the Allocation of Time," Economic Journal. 75, 299 : 493 - 517 September 1965.

"An Economic Analysis of Fertility," Demographic and Economic Change in Developed Countries, a Report of the National Bureau of Economic Research. Princeton, New Jersey United States of America, 1960.

Beckman Linda J. "Couples' Decision - Making Processes Regarding Fertility" Social Demography. New York : Academic Press, 1978. 57 - 81 pp.

Berelson, Bernard. Programs and Prospects for Fertility Reducation : What ? Where ? Center for Policy Studies Working Paper No.31 The Population Council, November, 1978.

Berelson and Others. Family Planning and Population Programs. Chicago. The University of Chicago Press, 1966. 848 p.

Blake, Judith. "Income and Reproductive Motivation" Population Studies. 21 November, 1967.

Black, Cyril E. The Dynamics of Modernization. New York, Harper and Row, 1966.

✓
1000

Bogue, Donald J. (ed) Mass Communication and Motivation for Birth Control. Proceedings of the Summer Workshops at The University of Chicago. 551 p.

Bom Mo Chung and Others. Psychological Perspectives : Family Planning in Korea. Korean Institute for Research in The Behavioral Sciences Hollym Corporation Publishers 1972. 532 p.

Brown Judith E. and Richard C. Brown. "Characteristics of Contraceptive Acceptors in Rural Zaire." Studies in Family Planning. V. 11 No 12 : 356 - 378 December, 1980.

Bulatao Rodolfo A. Values and Disvalues of Children in Successive Childbearing Decisions. Papers of the East-West Population Institute, Reprint No. 129, East-West Center, Hawaii 1981.

On the Nature of the Transition in the Value of Children
Current Studies on the Value of Children. Papers on the East-West Population Institute No. 60-A. East-West Center, Hawaii 1979.

Bulatao, Rodolfo A. and Lee, Ronald D. (ed) Determinants of Fertility in Developing Countries : Fertility Regulation and Institutional Influences. (Vol 2) New York, Academic Press 1983. 847 p.

Cabaraban Magdalena C. A Study of Differentials in IUD use and its effect on the Fertility of women in rural Barrios of Misamis Oriental Province. Republic of Singapore : SEPRAP RESEARCH Report No.31, 1978. 55 p.

Cabriles David C. Factors Associated with the Acceptance and Non-acceptance of Family Planning Program among Cultural Minorities in Bukidnon Philippines. Republic of Singapore : SEAPRAP Research Report No. 79, 1981. 75 p.

Caldwell, John C. "The Economic Rationality of High Fertility"
Population Studies. 31,1 : 5 - 28 March, 1977.

Callahan, D. "Ethics and Population Limitation," Science. Vol. 175 487 - 494 February, 1972.

Caro Francis G. ed. Readings in Evaluation Research. New York : Russell sage Foundation 1971. 41 p.

Chalio Buripakdi The Value of Children Thailand : Across-national Study Vol.IV East west Center Hawaii University Press of Hawaii 1977. 125 p.

- Chandraseharan C. and Hermalin Albert ed. Measuring the Effect of Family Planning Programs on Fertility Belgium. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) 1975. 570 pp.
- Chin, R. and Benne, K.D. "General Strategies for Affecting Changes in Human Systems" p. 32 - 59 in Bennis, W.G. and others (eds) The Planning of Change (2 nd ed) New York, Holt, Rinehart and Winston, Inc., 1969.
- Coale, A.J. "The Voluntary Control of Human Fertility," Proceedings of the American Philosophical Society Vol.3, No. 3, June, 1967.
- Collver Andraw. "Women's Work Participation and Fertility in Matropolitan Areas" Demography. 1 : 55 - 60, 1968.
- Cowgill, Donald O. "Transition Theory as General Population Theory" Social Forces. 41 : 270 - 274 March, 1963.
- Dandeker, K. Demographic Survey of Six Rural Communities. Poona Gokhale : Institute of Politics and Economic 1959.
- Davis, Kingsley. "The Theory of Change and Response in Modern Demographic History" Population Index. 29 October, 1963.
- Davis, Kingsley and Judith Blake. "Social Structure and Fertility : Crossection and Longitudinal Relationships from a National Sample of Married Thai Women. Working paper No.2 & Institute of Population Studies Chulalongkorn University. 1977.
- A Study of Female Labour Force Participation and Fertility in Thailand. Unpublished Ph.D. Dissertation University of Pennsylvania, 1975.
- Driver, E.D. Differential Fertility in Central India. Princeton, Princeton University Press, 1966.
- Easterlin, Richard A. "An Economic Framework for Fertility Analysis" Studies in Family Planning. 6, 3 : 54 - 63 1975.
- Eeden, Pieter Van Den and Harry J.M., Huttner. Multi-level Research. International Sociological Association, Current Sociology, Sage Pulications, 1982. 182 p.
- Ekanem, Ita I. "A Further Note on the Relation Between Economic Development and Fertility," Demography. 9, 3 : 323 - 329, 1972.

- El - Shafie, Mohamed El Mahdi : The Effects of Demographic Social Economic and Health Factors on Family Size and the Use of Birth Control Methods : A case of a Major Developing Country with High Rate of Population Growth. Ph.D. Dissertation Emory University 1983. 353 p.
- Emerson Robert M. Contemporary Field Research : A Collection of Readings. Boston, Little Brown and Company 1983.
- Entwisle Barbara Albert I. Hermalin and William M. Mason. Socio-economic Determinants of Fertility Behaviors in Developing Nations. Theory and Initial Results. Report No.17. Washington D.C., National Academic Press, 1982. 127 p.
- Entwisle Barbara and William M. Mason. Multilevel Effects of Socioeconomic Development and Family Planning Programs on Children Ever Born. Research Reports No. 83 - 53. Population Studies Center University of Michigan, 1983. 71 p.
- Entwisle Barbara and William M. Mason and Albert I. Hermalin. The Multilevel Dependence of Contraceptive Use on Socioeconomic Development and Family Planning Program Strength. Research Reports No. 84 - 60. Population Studies Center University of Michigan, 1984. 57 p.
- ESCAP. Inventory of selected Local Family Planning Programme Experiences in countries of the ESAAP Region. Volume VI Population Division ESCAP Bangkok. RAS/84/901, 1984. 44 p.
- _____
Population Research Leads. No. 20., The Population Division ESCAP, 1985. 18 p.
- Etzioni, A. "Human Beings are not Easy to Change After all"
Saturday Review. June : 45 - 47, 1972.
- Faunce, William A. Problem of an Industrial Society. New York, McGraw-Hill Company, 1968.
- Fawcett, James T. ed., Psychological Perspectives on Population. New York, Basic Books Inc., 1973. 522 p.
- _____
Psychology and Population : Behavior Research Issues in Fertility and Family Planning. New York, the Population Council, 1970. 149 p.
- Fawcett, James T. and Arnold, Fred. The Value of Children : Theory and Method. Hawaii, Reprint No.35, East West Population Institute, East West Center, 1973.

- Fawcett, James T. and Bornstein, MB. "Modernization, Individual Modernity and Fertility" Psychological Perspectives on Population. New York, Basic Book 1973.
- Fong Monica S. "Female Labor Participation and Fertility : Some Methodological and Theoretical Considerations" Social Biology. 23 : 45 - 54, 1970.
- Freedman, Ronald. The Sociology of Human Fertility : An Annotated Bibliography. New York, Irvington Publishers, Inc., 1975.
- _____. "Theories of Fertility Decline : A Reappraisal" Social Forces. 58, 1 September, 1979. p. 1 - 17
- Ghazi, M. Farooq and George B. Simmons., Fertility in Developing Countries An Economic Perspective on Research and Policy Issues. The Macmillan Press Ltd, 1985. 533 p.
- Gilbert, Alan and Gugler Josef. Cities, Poverty and Development Urbanization in the Third world. New York, Oxford University Press, 1982. 246 p.
- Goldberg, David. "Socio-economic Theory and Differential fertility : The case of the LDS'S" Social Forces. 54 : 84 - 106, 1975.
- Groat, H. Theodoye and Neal, Arthur G. "Social Psychological Correlated of Urban Fertility" American Sociological Review 32 : 945 - 957, 1967.
- Hardin, G. "The Tragedy of the Commons," Science. 162 : 1243 - 1248, 1968.
- Heer, David M. "Economic Development and Fertility," Demography. 3 - 2 : 423 - 444, 1966.
- Hermalin Albert I. and Napaporn Chayovan. The Effect of Individual, Village and Program Characteristics on Contraceptive Use in Rural Thailand. Research Reports No. 84 - 67, Population Studies Center University of Michigan 1984. 34 p.
- Hong Sawon. Community Development and Human Reproductive Behavior. Dorea Development Institute n.d., 181 p.
- Howthor, Geoffrey. The Sociology of Fertility. London, The Macmillan Company, 1970.
- Inkeles, Alex. "Making Men Modern" American Journal of Sociology. 75 : 208 - 225, 196 p.

Inkeles A. and David H. Smith. Becoming Modern : Individual Change in Six Developing Countries. Massachusetts : Harvard University Press 1974. 435 p.

International Planned Parenthood Federation. Report of The Working Group on the Promotion of Family Planning as a Basic Human Right. London International Planned Parenthood Federation, 1984. 52 pp.

Social Sciences in Family Planning. Research for action No.4ed. by Angela Molnus Proceedings of the Meeting of the IPPF Social Science working Party held in Colombo, Sri Lanka, 10 - 30 June 1977. Dec, 1978. 134 p.

Jackard, James J. and Davidson, Andrew R. "The Relation of Psychological Social and Economic Variables to Fertility Related Decision" Demography. 13 : 329 - 338, 1973.

Jamornmarn Sirinapa. Behavioral Intention of the Thais in Family Planning and Contraceptive Practice. Republic of Singapore : SEAPRAP research report No. 88 1982. 44 p.

Jones Elise F. "The Availability of Contraceptive Services" Comparative Studies No. 37 Voorbury Netherlands International Statistical Institute. 1984.

Jongman, D.G. and Claessen, H.J.M. The Neglected Factor Family Planning : Perception and Reaction at the Base. The Netherlands, Van Gorcum & Comp. B.V. - Assen, 1974. 190 p.

Jr. Jose F. Lim. The Perceived Role of a Family Planning Motivator Counselor in the City of Cayayon DE DRD. Republic of Singapore. SEAPRAP Research Report No.39. 1978. 40 p.

Kahl, C.A. The Measurement of Modernism : A Study of Value in Brazil and Mexico. Austin, University Press 1968.

Kamnuansilpa, Peerasit. A Study of Fertility Decisions Among Thai Women. Research Center, National Institute of Development Administration, 1961. 105 p.

Kanyiri, Elisha Muchunga. "The Socio-economic and Demographic Factors Influencing Contraceptive Behavior in Kenya" Dissertation Abstracts International. A the Humanities and Social Sciences Vol.45 No.9 : 2999-A., 1985.

Kaplan, A. The Conduct of Inquiry : Methodology for Behavioral Science. Scranton, Penn, Chandler Publishing co., 1964.

Kar, Snehendu B. Communication Research in Family Planning An Analytical Framework. Unesco, 1975. 55 p.

Kelman, H.C. "Process of Opinion Change," p.222 - 230 in Bennis, W.G. and others ed., The Planning of Change. (2 nd ed) New York, Holt, Rinehart and Winston, Inc., 1969.

_____ "Manipulation of Human Behavior : An Ethical Dilemma for the Social Scientists" p 582 - 595 in Bennis, W.G. and others ed., The Planning of Change. (2 nd ed) new York, Holt, Rinehart and Winston, Inc., 1969.

Khan M. Ali and Ismil Sirageldin. "Son Preference and Demand for Additional Children in Pakistan!" Demography. 14 : 481 - 496, 1977.

Kim, Doo-Sub และภัทสร สิมานนท์ ภาวะเจริญพันธุ์ : ทฤษฎีและคำวิจารณ์ สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ๒๕๒๗, ๒๓๓ หน้า

Kim IK Ki. Socio economic Determinants of Fertility Behavior in Korea : A Multi - level Analysis. Ph.D. Dissertation the University of Michigan, 1984. 233 pp.

Kiser Clyde V. (Ed) Research in Family Planning. New Jersey Princeton University Press, 1962. 233 pp.

Kiser Clyde V. (Ed) Research in Family Planning. New Jersey Princeton University Press, 1962. 663 pp.

Knodel John and Visid Prachuabmoh. "Disired Family size in Thailand : Are the Responses meaningful ? Demography. 10 : 619 - 637, 1976.

Lapham Robert J. and W. Parker Mauldin "Contraceptive Prevalence : The Influence of Organized Family Planning Programs," Studies in Family Planning. Vol, 16 No.3 : 117 - 187, 1985.

Lee Sun-Hee, and others. Community, Household, and Individual Influences on Migration : A test of A Contextual Model in the Philippines. Hawaii East-west Center working paper No.37 July, 1985. 27 p.

Leibenstein, Harvey. Economic Backwardness and Economic Growth. New York, John Wiley & Sons, Inc., 1967.

_____ "Economic Decision Theory and Human Fertility Behavior : A speculative Essay," Population and Development Review. 7, 3 : 381 - 400, 1981.

Leopropai Boonlert, Promote Prasartkul and Pornchai Budsayasakul The Baseline Survey : Family Planning Service Delivery as a Policy Strategy to Reduce Population Growth Rate. Bangkok : Institute for Population and Social Research Mahidol University 1980. 51 p.

- Leoprapai Boonlert, Sivaporn Pokpong and Pimopan Isarabhakdi.
A Study of Family Planning Incentive Programs in Thailand
 A Research Report. Bangkok : Institute for Population and Social
 Research Mahidol University, 1985. 96 p.
- Leoprapai Boonlert and Michael J. Cook. Labor Force Participation,
 Village Characteristics and Modernism and Their Influence on
 Fertility Among Rural Thai Women ; Part II. Institute for
 Population and Social Research Mahidol University, 1978. 29 p.
- Luckman and Berger Social Construction of Realities. Garden City N.Y.
 1970. Unpagged.
- Mamdani, Mahmood The Myth of Population Control Family, Caste,
 and Class in an Indian Village. แปลโดย ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และ
 กนกศักดิ์ แก้วเทพ. โครงการตำราสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ และสำนักพิมพ์
 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๒๔, ๑๔๕ หน้า
- Mauldin, W.P. and Berelson, Bernard, "Conditions of Fertility
 Decline in Developing Countries" Studies in Family Planning
 Vol.9 No.5 May, 1978.
- Mincer, J. "Market Prices, Opportunity Costs, and Income Effects"
 In C.F. Christ et.al. (eds) Measurement in Economics : Studies
 in Mathematical Economics and Econometrics in Memory of Yehuda.
 Grinfeld Standford, 1963.
- Mudjiman Haris Lack of Interest in Family Planning Information
 Among the urban people of Surakarta. Republic of Singapore
 SEAPRAP Research Report No.12, 1976. 36 p.
- Murphy World Population : Toward The Next Century. Washington
 DC. Population Reference Bureau, Inc., 1985. 16 p.
- Nag Moni. Modernization and its Impact on Fertility : The Indian
 Scene. New York : The population Council May, 1982. 24 p.
- Napaporn B. Chayovan. A Contextual Analysis of Demographic Phenomena
 in Rural Thailand. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment
 for Ph.D. (Sociology), University of Michigan, 1982. 303 p.
- Nasra M. Shah and Makhdoom A. Shah From Non-Use to Use : Prospects
 of Contraceptive Adoption in Pakistan. World Fertility Survey
 Conference, Wembley Conference Center, London 7 th to 11 th July
 1980. 30 p.

- Ness Gayl D.J. Timothy Johnson and Stan J. Bernstein. Programme Performance : The Assessment of Asian Family Planning Programmes Bangkok. The Population Division : Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (ESCAP) 1984. 20 pp.
- Noppawan Chongvatana and Jutha Manaspaikul. The Survey of the Cost of Children in Rural - Urban Northeastern Thailand. Paper No.50. Institute of Population Studies Chulalongkorn University 1985. 203 pp.
- Nortman Dorothy L. Population and Family Planning Programs. A Compendium of Data Through 1983. 12 th ed. New York : The Population Council. 1985. 58 p.
- Nortman Dorothy L. and Joanne Fisher. Population and Family Planning Programs : A Compendium of Data through 1981. New York : the Population Council 11 th ed. 1982. 96 p.
- OECD. Measuring the Impact of Family Planning a Short Guide. Paris : Development Centre, Organization for Economic Cooperation and Development, 1977. 73 pp.
- Ogburn, William F. Social Change, New York, The Viking Press, 1922.
- Panitchpakdi Promboon. Evaluation of the Impact of Family Planning Inputs Provided by the National Family Planning Program of Thailand on Married Couples in Nakornasawam. Republic of Singapore. SEAPRAP Research Report No.22 1977. 79 p.
- Palmore, J. "Awareness Sources and Stages in the Adoption of Specific Contraceptive," Demography. Vol. 5, No.2 : 960 - 972, 1968.
- Pedhazur Elazar J. Multiple Regression in Behavioral Research. New York : Holt Rinehart and Winston, 1982. 822 p.
- Podhisita, Chai. Peasant Household Strategies : A Study of Production and Reproduction in a Northeastern Thai Village. An Unpublished Dissertation Doctor of Philosophy in Anthropology, University of Hawaii, 1985. 400 p.
- Pohlman, Edward H. Psychology of Birth Planning. Combridge, Schenkman Publishing Company Inc., 1969. 496 p.
- Population Council. "Korea : Trends in our National KAP. Survey 1964 - 1967" Studies in Family Planning. No.43 1969. 6 - 11
- " Puerto Rico : The Role of Sterilization in Control Fertility." Studies in Family Planning. No.45 : 8 - 12, 1969.

- Population Reports. Family Planning Programs Series J. No.31
Population Information Program. The Johns Hopkins University
Vol.XIV No.2 : J 813 - J 852, 1986.
- Pornchai Busyaskul, Apichat Chamrathirong and Narong Tiensong.
The Dynamic of Family Planning Acceptance in The Northeast of Thailand. Research Report No.77. Bangkok : Institute for Population and Social Research Mahidol University 1983. 35 p.
- Prachuabmoh, Visid, John Knodel and J. Alers. "Preferences for son, Desired for Additional Children and Family Planning in Thailand"
Journal of Marriage and Family. 36 : 601 - 614, 1974.
- Prasithratsint Suchart and others. Contraception Demand and Supply Survey in Thailand : 1982 - 1986. Bangkok: National Institute of Development Administration 1983. 67 pp.
- Prasithratsint Suchart, Likhit Dhiravegin and Chavalit Siripirom
Culture and Fertility : The Case of Thailand. Research Notes and Discussions Paper No.22. Institute of Southeast Asian Studies. 1980. 68 p.
- Quah Stella R. Socioeconomic Variations in the Perception of Side-Effects of Contraceptives in Singapore : An Exploratory Analysis. Republic of Singapore. SEAPRAP Research report No.36 1979. 67 p.
- Report of the International Conference on Family Planning in the 1980's
Jakarta, Indonesia 26 - 30 April 1981. Family Planning in 1980's : Challenges and Opportunities nd. 186 pp.
- Research and Evaluation National Family Planning Program Thailand.
The 1977 Continuation Rate Survey of Pill and IUD Acceptors During 1974 to 1970. Sriarnan 1978. 37 pp.
- Rich, William. Smaller Families Through Social and Economic Progress.
Monograph N.7 Washington D.C. Overseas Development Council, 1973.
- Rogers, Everett M. Diffusion of Innovations. (3 rd edition) New York, The Free Press, 1983. 453 p.
- Rogers Everett M. and Rogers Rekha Agarwala. Evaluation Research on Family Planning Communication. Paris : Printed by Boudin UNESCO 1976. 127 p.
- Ross John A. ed. International Encyclopedia of Population Vol.I.
New York, A division of Macmillan Publishing Co. Inc., 1982. 390 p.
- Ross, John A. Survey Analysis for the Guidance of Family Planning Programs. International Union for the Scientific Study of Population, 1981. 310 p.

- Rossi Peter E. Freeman Howard E. and Rosenbaum Sonia. Evaluation : A Systematic Approach. 2 nd ed., Beverly Hills Sage Publications, Inc., 1982. 351 pp.
- Santikarn Mingsarn. Fertility and Family Planning : A case Study of NCAO District Lampang, Thailand. Republic of Singapore. SEAPRAP Research Report No. 45, 1980. 45 p.
- Saunders Lyle ed. IEC Strategies : Their Role in Promoting Behavior Change in Family and Population Planning. East West Center Hawaii : East-West Communication Institute, 1977. 203 p.
- Schultz, T. Paul. Determinants of Fertility : A Micro-economic Model of Choice" in A.J. Coale ed., Economic Factors in Population Growth. John Wiley & Sons, 1976. p. 89 - 124
- Sirageldin I. and Others ed. Evaluating Population Programs International Experiences with Cost-Effective Analysis and Cost Benefit Analysis. New York, ST. Martin's press 1983. 534 pp.
- Smelser, Neil J. "Mechanisms of Change and Adjustment to change" in Bert F. Hoselitz and Wilbert E. Moore eds. Industrialization and Society. Unesco, The Hague, 1963.
- Srikantan, K.S. The Family Planning Program in the Socioeconomic Context. New York, The Population Council, 1977. 240 p.
- Stycos J. Mayone and Robert H. Weller "Female Working Roles and Fertility" Demography. Vol.4. No.1, 1967.
- Tietze C. Lewits. Evaluation of Intrauterine Devices : Ninth Progress. Report the Cooperative Statistical Program Study in Family Planning No.55 July 1 - 40 1970.
- UNESCO. Communication Research in Family Planning : An Analytical Framework. Unesco Printed by Boudin, Paris 1975. 55 p.
- United Nations. The Determinants and Consequences of Population Trend. New York, United Nations Publication, 1973. 661 p.
- Variations in the Incidence of Knowledge and Use of Contraception A Comparative Analysis of World Fertility Survey. Results for Twenty Developing Countries 1981. 161 p.
- Recent levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 1983. New York, Department of International Economic and Social Affairs ST/ESA/SER.A/92 1984. 119 p.

United Nations. Report and Papers of the Expert Group Meeting on Social and Psychological Aspects of Fertility Behaviour. (Bangkok 10 - 19 June 1974) Asian Population Studies series No.26 Bangkok ESCAP., 1974. 90 p.

Factors Affecting the Use and Non-use of contraception : Findings from a Comparative Analysis of Selected KAP Surveys. New York, United Nation Publication Population Studies No.69, 1979. 110 pp.

Evaluation of The Impact of Family Planning Programmes on Fertility : Source of Variance. New York, United Nations Publication 1982. 290 p.

Inventory of Selected Local Family Planning Experiences in Countries of the ESCAP Region. United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific Vol.VII 1985. 32 p.

Report of the Regional Meeting on Social and Cultural Factors Affecting the Acceptance, Continuation and Discontinuation of Family Planning Proctice. Economic and Social Commission for Asia and the Pacific n.c., 32 p.

Guiding Principles for the Design and Use of Monitoring and Evaluation in kural Development Projects and Programmes. Rome : Sintesi Information Rome Design : Gruppo Artigiano Ricerche Visive Rome 1980. 76 p.

Varachai Thongthai and Amara Soonthorndhada. Family Planning Service Delivery as a Policy Strategy to Reduce Population Growth Rate Phase II. IPSR Publication No.57. Institute for Population and Social Research Mahidol University 1987. 40 pp.

Venuri Mirali Dhar. Economic Determinants of Fertility : A Study of Rural North India. Ph.D. Dissertation The University of Michigan 1980. 254 pp.

Vlassoff, Carol Migration and Fertility as "Survival Strategies" an Exploratory Analysis . Paper of presentation at the Population Association of America Annual Meeting, Pittsburgh, April 1983. 39 p.

Weiss Carol H. Evaluating Action Programs : Reading in Social Action and Education. Boston : Allyn and Bacon, Inc., 1972. 369 pp.

Weller, Robert A. "The Employment of Wives Dominance and Fertility," Milbank Memorial Fund Quarterly. 30 August 1968. 437 - 442

- Westoft, Charles F. and Ryder, Norman B. "Recent trend in Attitudes Towards Fertility Control and in the Pacific of Contraception in the United States" Fertility and Family Planning. ed. by S.J. Behrman, Leslie Corsa and Ronald Feedman Ann Arbor : The University of Michigan Press, 1969.
- Winich Asavasena and Rosenfield, Allan G. Continuation of Contraceptive Practice in Thailand : The 1971 Follow up Survey, NFPP, MOPH, 1974.
- Wishik Samuel M. and Chen Kwan-haw. Couple-Year of Protection e⁻ A measure of Family Planning Program Output. Division of Social and Administrative Sciences, International Institute for the study of human reproduction Columbia University New York, 1973. 44 p.
- Wong George Y. and William M. Mason. The Hierarchical Logistic Regression Model for Multilevel Analysis. Research Report No.84 - 56 Population Studies Center University of Michigan, 1984. 62 p.
- Yoddumnern Bencha and Leoprapai Boonlert. Report on Field-Worker's Impact and Effectiveness Survey : An Evaluation of Family Planning Fieldworkers' Performance. Institute for population & Social Research Mahidol University, 1978. 38 p.
- Yamarat Charas and others. A Comparative Study of Effective and Non-effective Family Planning Programs in Thailand. nd., 15 p. mimeographed.



ภาคผนวก





ภาพประกอบ ๓ การจัดสนทนากลุ่ม (ภาษาลาว) ที่บ้านส้มป่อย อ.ราชโศล จ.ศรีสะเกษ



ภาพประกอบ ๔ การจัดสนทนากลุ่ม (ภาษาส่วย) ที่บ้านต๋อม กิ่งอำเภอศรีรัตนะ จ.ศรีสะเกษ



ภาพประกอบ ๕ การสัมภาษณ์สตรีกลุ่มตัวอย่าง บ้านพิงพวย กิ่งอำเภอสรีรัตนะ จ.ศรีสะเกษ



ภาพประกอบ ๖ การสัมภาษณ์สตรีกลุ่มตัวอย่าง บ้านฉาง อำเภอสรรคบุรี จ.ศรีสะเกษ

ตาราง ๑ รายชื่อหมู่บ้านที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดศรีสะเกษ

| อำเภอ | ตำบล | หมู่ที่ | ชื่อหมู่บ้าน |
|---------|----------|---------|---------------|
| ราษีไศล | ไม้ | ๑ | บ้านไม้ |
| | | ๓ | บ้านหนองตม |
| | | ๔ | บ้านเมียง |
| | | ๑๒ | บ้านหนองยาง |
| | | ๑๕ | บ้านหัวหนอง |
| | ล้อมป้อย | ๑ | บ้านล้อมป้อย |
| | | ๒ | บ้านล้อมป้อย |
| | | ๔ | บ้านหนองหมี |
| | | ๑๓ | บ้านหัวดง |
| | | ๑๗ | บ้านล้อมป้อย |
| | กุง | ๒ | บ้านกุง |
| | | ๔ | บ้านเมืองเก่า |
| | | ๕ | บ้านสงยาง |
| | | ๗ | บ้านมะหลี |
| | | ๑๒ | บ้านมะหลี |

ตาราง • (ต่อ)

| อำเภอ | ตำบล | หมู่ที่ | ชื่อหมู่บ้าน | |
|-------------------|---------|---------|--------------|-------------------|
| กิ่งอำเภอสรีรัตนะ | ดุม | ๑ | บ้านดุม | |
| | | ๒ | บ้านจวบ | |
| | | ๓ | บ้านโนนสวน | |
| | | ๖ | บ้านไฮ | |
| | | ๑๓ | บ้านศรีพะเนา | |
| | | ๑๔ | บ้านศรีพะเนา | |
| | ดิงพวย | | ๑ | บ้านดิงพวยตะวันตก |
| | | | ๒ | บ้านศิลาทอง |
| | | | ๓ | บ้านตระกวน |
| | | | ๔ | บ้านห้วย |
| | | | ๕ | บ้านดิงพวยใต้ |
| | ศรีแก้ว | | ๑ | บ้านศรีแก้ว |
| | | | ๒ | บ้านตะเคียน |
| | | | ๓ | บ้านหนองเทา |
| | | | ๔ | บ้านตาแบน |
| ๑๕ | | | บ้านเหล็ก | |

ตาราง ๒ จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับการคุมกำเนิด จำแนกตามวิธีการคุมกำเนิด ความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ และแนวโน้มการคุมกำเนิดด้วยการทำหมัน

| รายการ | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|
| ๑. วิธีการคุมกำเนิด | | |
| หมั้นหญิง | ๑๓๙ | ๓๖.๑ |
| ห่วงอนามัย | ๑๑๖ | ๓๐.๑ |
| ยาเม็ดคุมกำเนิด | ๘๓ | ๒๑.๖ |
| ยาฉีด | ๔๒ | ๑๐.๙ |
| ถุงยาง | ๓ | ๐.๘ |
| หมั้นชาย | ๒ | ๐.๕ |
| รวม | ๓๘๕ | ๑๐๐.๐ |
| ๒. ความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ | | |
| พอใจมาก | ๓๐๖ | ๗๙.๕ |
| ปานกลาง | ๖๑ | ๑๖.๐ |
| น้อย | ๑๘ | ๔.๖ |
| รวม | ๓๘๕ | ๑๐๐.๐ |
| ๓. แนวโน้มของการคุมกำเนิดด้วยการทำหมัน | | |
| สำหรับผู้ที่ยังไม่ได้ทำหมัน | | |
| - ตั้งใจว่าตนเอง เป็นผู้ทำหมัน | ๑๐๕ | ๔๓.๐ |
| - ไม่คิดจะทำหมัน | ๑๐๐ | ๔๑.๐ |
| - ไม่แน่ใจ | ๓๕ | ๑๔.๐ |
| - ให้สามี เป็นฝ่ายทำหมัน | ๕ | ๒.๐ |
| รวม | ๒๔๕ | ๑๐๐.๐ |

ตาราง ๑ จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างไม่ยอมรับการคุมกำเนิด จำแนกตาม เหตุผล ความตั้งใจ วิธีคุม และ เหตุผลที่ไม่คุมกำเนิดในอนาคต

| รายการ | จำนวน | ร้อยละ |
|---|-------|--------|
| ๑. เหตุผลที่ไม่เคยคุมกำเนิดเลย | | |
| - ยังต้องการบุตรอีก | ๕๖ | ๒๕.๕ |
| - กลัวอันตราย | ๕๔ | ๒๕.๒ |
| - แต่งงานแล้วยังไม่มีบุตร | ๓๕ | ๑๘.๕ |
| - อื่น ๆ (สามีไม่อยู่ ไม่มีประจำเดือน ไม่รู้วิธีคุม ฯลฯ) | ๕๐ | ๒๓.๐ |
| รวม | ๑๙๕ | ๑๐๐.๐ |
| ๒. ความตั้งใจที่จะคุมกำเนิดในอนาคต (ผู้ที่ไม่คุมกำเนิด ในปัจจุบัน) | | |
| - ตั้งใจว่าจะคุมกำเนิด | ๑๕๓ | ๕๒.๐ |
| - ไม่คุมกำเนิด | ๕๖ | ๑๘.๐ |
| - ไม่แน่ใจ | ๘๖ | ๒๘.๐ |
| รวม | ๒๙๕ | ๑๐๐.๐ |
| ๓. วิธีคุมกำเนิดที่ตั้งใจว่าจะใช้ | | |
| - หมั้น (หญิง, -ชาย) | ๕๖ | ๓๐.๐ |
| - ห่วงอนามัย | ๑๔ | ๑๒.๕ |
| - ยาเม็ดคุมกำเนิด | ๒๐ | ๑๓.๑ |
| - ยาฉีด | ๒๑ | ๑๓.๗ |
| - ไม่แน่ใจว่าจะใช้วิธีใด | ๕๗ | ๓๐.๗ |
| รวม | ๑๕๘ | ๑๐๐.๐ |

ตาราง ๓ (ต่อ)

| รายการ | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| ๔. เหตุผลที่ไม่คุมกำเนิดในอนาคต | | |
| - ต้องการมีบุตรอีก | ๑๘ | ๓๒.๑ |
| - กลัวอันตราย | ๑๐ | ๑๙.๖ |
| - ต้องการมีบุตรมาก ๆ | ๑๐ | ๑๙.๖ |
| - คิดว่าไม่มีลูกโดยธรรมชาติ (แก่แล้ว ลูกโตหมดแล้ว | ๑๘ | ๓๒.๑ |
| รวม | ๕๖ | ๑๐๐.๐ |

ตาราง ๔ จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการปรึกษาหารือในเรื่องการคุมกำเนิด

| รายการ | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| ๑. การปรึกษาหารือกันระหว่างสามีภรรยา เกี่ยวกับ เรื่องการคุมกำเนิด | | |
| - เคยปรึกษา | ๕๐๘ | ๗๕.๐ |
| - ไม่เคยปรึกษา | ๑๗๑ | ๒๕.๐ |
| รวม | ๖๘๐ | ๑๐๐.๐ |

ตาราง ๔ (ต่อ)

| รายการ | จำนวน | ร้อยละ |
|--------------------------------------|-------|--------|
| ๒. วิธีคุมกำเนิดที่เคยปรึกษาว่าจะใช้ | | |
| - ยาเม็ดคุมกำเนิด | ๒๔๔ | ๕๗.๗ |
| - ถุงยาง | ๗ | ๑.๕ |
| - ท่วงอนามิย | ๘๖ | ๑๖.๕ |
| - หมิ้นหญิง | ๘๐ | ๑๕.๗ |
| - ยาฉีด | ๓๕ | ๗.๕ |
| - หมิ้นชาย | ๒ | ๐.๕ |
| - วิธีอื่น ๆ (ครีม เยลลี่ โฟม ฯลฯ) | ๒ | ๐.๕ |
| รวม | ๕๐๕ | ๑๐๐.๐ |

ตาราง ๕ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของจำนวนบุตรที่เสียชีวิตและจำนวนบุตรที่ต้องการ อายุสตรี อายุสามี จำนวนตามกลุ่มตัวอย่างผู้ยอมรับและไม่ยอมรับการคุมกำเนิด ในหมู่บ้านที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงและอัตราการคุมกำเนิดต่ำ

| รายการ | | รวม | หมู่บ้านที่มีอัตรา คุมกำเนิดสูง | | หมู่บ้านที่มีอัตรา คุมกำเนิดต่ำ | |
|---------------------|-----------|-------|------------------------------------|-----------|------------------------------------|-----------|
| | | | ยอมรับ | ไม่ยอมรับ | ยอมรับ | ไม่ยอมรับ |
| จำนวนบุตรเสียชีวิต | \bar{X} | ๐.๒๐ | ๐.๑๗ | ๐.๐๗ | ๐.๓๓ | ๐.๒๒ |
| | S.D. | ๐.๖๓ | ๐.๔๘ | ๐.๓๖ | ๑.๐๐ | ๐.๔๙ |
| จำนวนบุตรที่กักจะมี | \bar{X} | ๒.๑๖ | ๒.๕๑ | ๒.๑๒ | ๒.๓๒ | ๒.๒๓ |
| | S.D. | ๑.๔๑ | ๑.๑๑ | ๑.๑๒ | ๑.๕๓ | ๑.๗๒ |
| อายุสตรี | \bar{X} | ๒๙.๒๘ | ๒๙.๘๗ | ๒๖.๗๖ | ๓๐.๗๙ | ๒๘.๘๕ |
| | S.D. | ๖.๙๒ | ๖.๘๒ | ๗.๑๒ | ๕.๘๖ | ๗.๑๒ |
| อายุสามี | \bar{X} | ๓๒.๕๒ | ๓๓.๐๙ | ๒๙.๖๒ | ๓๔.๔๑ | ๓๑.๘๙ |
| | S.D. | ๘.๒๙ | ๗.๗๖ | ๖.๘๖ | ๘.๕๗ | ๘.๑๙ |

ตาราง ๖ จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพหลักของครัวเรือนและภาษาพูด

| รายการ | | จำนวน | ร้อยละ |
|---------|------------------------|-------|--------|
| อาชีพ | ทำนา ทำไร่ เลี้ยงสัตว์ | ๖๐๒ | ๘๘.๕ |
| | ค้าขาย | ๙ | ๑.๓ |
| | รับราชการ | ๒๔ | ๓.๕ |
| | - รับจ้าง | ๓๗ | ๕.๔ |
| | - อื่น ๆ | ๘ | ๑.๒ |
| | รวม | ๖๘๐ | ๑๐๐.๐ |
| ภาษาพูด | ลาว | ๓๘๙ | ๕๗.๒ |
| | เขมร | ๒๒๕ | ๓๓.๑ |
| | ส่วย | ๓๕ | ๕.๑ |
| | เยอ | ๒๔ | ๓.๕ |
| | ไทย (กลาง) | ๖ | ๐.๙ |
| | - อื่น ๆ (ไทยโคราช) | ๑ | ๐.๑ |
| | รวม | ๖๘๐ | ๑๐๐.๐ |

ตาราง ๘ ร้อยละของการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างต่อการสนับสนุนจากสังคมในการคุมกำเนิด

| ข้อความ | เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วย | เฉย ๆ | ไม่เข้าข่าย |
|---|----------|-------------|-------|-------------|
| การรับรู้การสนับสนุนจากบุคคลต่าง ๆ | | | | |
| - สามี | ๘๕.๖ | ๘.๑ | ๒.๒ | ๕.๑ |
| - พ่อ-แม่ตนเอง | ๗๖.๘ | ๗.๒ | ๕.๑ | ๑.๒ |
| - พ่อ-แม่สามี | ๗๓.๒ | ๖.๐ | ๕.๐ | ๑๕.๗ |
| -ญาติพี่น้อง | ๗๖.๘ | ๕.๐ | ๗.๘ | ๑๐.๓ |
| -เพื่อนบ้าน | ๗๑.๐ | ๕.๓ | ๗๒.๖ | ๑๒.๑ |
| -ผู้ใหญ่บ้าน | ๖๘.๗ | ๒.๖ | ๗.๕ | ๒๐.๑ |
| -ผู้ที่ชาวบ้านนับถือ | ๑๘.๑ | ๑.๖ | ๐.๖ | ๗๘.๗ |
| การคุมกำเนิดเป็นการผิดธรรมชาติ | ๔๐.๓ | ๔๘.๑ | ๕.๖ | ๗.๑ |
| การคุมกำเนิดเพื่อไม่ให้มีลูกมากเป็น สิ่งถูกต้อง | ๘๑.๖ | ๒.๖ | ๒.๑ | ๓.๗ |
| ถ้าเพื่อนบ้านเขาคุมกำเนิดกัน เราก็ ควรคุมเหมือนกัน | ๕๘.๓ | ๓๒.๘ | ๓.๑ | ๕.๗ |
| การพูดคุยเรื่องการคุมกำเนิดเป็น เรื่องที่ทำได้โดยเปิดเผย | ๘๒.๕ | ๓.๗ | ๐.๗ | ๓.๑ |

ตาราง ๘ ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามค่านิยมที่มีต่อบุตร

| รายการ | เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วย |
|---|----------|-------------|-------------|
| ๑. การมีลูกทำให้พ่อแม่มีเวลาให้กันน้อย มีปากเสียงกันมากขึ้น | ๔๗.๖' | ๑๑.๒ | ๔๑.๒ |
| ๒. เป็นสิ่งที่น่าอายถ้าแต่งงานแล้ว ไม่มีลูก | ๖๒.๖' | ๔.๓ | ๒๘.๑ |
| ๓. ทำงานนอกบ้านมีความสุขกว่าอยู่บ้านเลี้ยงลูก | ๔๒.๑' | ๑๔.๙ | ๓๓.๑ |
| ๔. ชีวิตแต่งงานจะมีความสุขได้แม้ไม่มีลูก | ๔๔.๔' | ๗.๕ | ๔๘.๑ |
| ๕. สมัยนี้พ่อแม่ไม่สามารถพึ่งพาความช่วยเหลือ ด้านการเงินจากลูก ๆ ได้ | ๔๔.๑' | ๒๑.๓ | ๓๔.๕ |
| ๖. เราควรมีลูกไว้เพื่อช่วยเหลือในการทำงาน | ๙๓.๑' | ๕.๐ | ๒.๗ |
| ๗. การมีลูกทำให้พ่อแม่ไม่มีเงินเหลือเก็บ | ๖๐.๙' | ๑๔.๑ | ๒๕.๐ |
| ๘. เมื่อแก่ชราคนที่ไม่มียูกจะไม่มีคนเลี้ยงดู | ๔๔.๑' | ๑๐.๗ | ๕.๑ |
| ๙. การมีลูกทำให้ชีวิตสมรสมั่นคงขึ้น | ๔๗.๖' | ๑.๒ | ๑.๒ |
| ๑๐. ลูกเป็นกำลังใจให้พ่อแม่สร้างฐานะให้มั่นคงขึ้น | ๔๗.๘' | ๑.๘ | ๐.๕ |



แบบสัมภาษณ์ ก (สตรีอายุระหว่าง ๑๔ - ๔๔ ปี ที่สมรสแล้วและยังอยู่กับสามี)

พนักงานสัมภาษณ์กล่าวนำ :

เรากำลังสำรวจความเป็นอยู่และความคิดเห็นของหญิงในวัยที่จะมีบุตรได้ เพื่อทราบ
สภาวะของครอบครัว การมีบุตรและความคิดเห็นเกี่ยวกับการป้องกันไม่ให้มีบุตรมาก
จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบคำถามตามความเป็นจริง เราจะไม่เปิดเผย
คำตอบของท่านแก่ผู้ใดทั้งสิ้น

ID

| | |
|---|-------------|
| นามผู้ให้สัมภาษณ์..... บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน..... ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดศรีสะเกษ วันที่สัมภาษณ์.....เริ่มสัมภาษณ์เวลา..... ถึง.....รวม.....นาที ชื่อพนักงานสัมภาษณ์ (ตัวบรรจง)..... ปัญหาในการสัมภาษณ์ <input type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี (ระบุ)..... | ๑ ๔ ๔ |
|---|-------------|

๗

| วันที่ | ชื่อผู้ตรวจ (ตัวบรรจง) |
|-----------------------|------------------------|
| <input type="radio"/> | ตรวจสอบในสนาม..... |
| <input type="radio"/> | สุ่มเช็ก..... |
| <input type="radio"/> | ลงรหัส..... |
| <input type="radio"/> | ตรวจสอบรหัส..... |

ก. ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สังคม ประชากร

๑. ขณะนี้ท่าน (ผู้ให้สัมภาษณ์) อายุเท่าใด (อายุปีเต็ม).....๗ ___
๒. สามีท่านอายุเท่าใด? , (อายุปีเต็ม)๘ ___
๓. ในครอบครัวท่านพูดภาษาอะไร ? ๑๑ ___
๑. ลาว
๒. เขมร
๓. ลาว
๔. เยอ
๕. ไทย (กลาง)
๖. อื่น ๆ (ระบุ).....
๔. ท่านอ่านและเขียนหนังสือได้หรือไม่ ๑๒ ___
๑. อ่านและเขียนไม่ได้
๒. อ่านได้ - เขียนไม่ได้
๓. อ่านได้ - เขียนได้เล็กน้อย
๔. อ่านได้ - เขียนได้คล่อง
๕. สามีของท่านอ่านและเขียนหนังสือได้หรือไม่ ๑๓ ___
๑. อ่านและเขียนไม่ได้
๒. อ่านได้ - เขียนไม่ได้
๓. อ่านได้ - เขียนได้เล็กน้อย
๔. อ่านได้ - เขียนได้คล่อง
๖. อาชีพหลักของสามีท่าน (อาชีพทำรายได้หลัก) คืออาชีพใด ๑๔ ___
๑. ทำนา ทำไร่ เลี้ยงสัตว์
๒. ค้าขาย
๓. รับราชการ
๔. รับจ้าง
๕. อื่น ๆ (ระบุ).....

๗. ตัวท่านเองทำงานประกอบอาชีพหรือไม่ กรุณาอธิบายลักษณะงานที่ทำ (งานหลัก)

.....

พนักงานสัมภาษณ์ : สรุปลงจากคำอธิบาย

๑. ทำงานแม่บ้านอย่างเดียว เช่น หุงข้าว เลี้ยงลูก ๑๔ —
๒. ทำงานให้ครอบครัวไม่ได้รับรายได้ เป็นตัวเงิน
 (-: ช่วยครอบครัวทำนา ทำไร่)
๓. ทำงานภายในบ้านและได้รับรายได้เป็นตัวเงิน
 (-: ขายของอยู่กับบ้าน)
๔. ทำงานนอกบ้านและได้รับรายได้เป็นตัวเงิน
 (-: รับจ้างทำงานในโรงงาน)
๘. ครอบครัวท่านมีรายได้ก่อนหักค่าใช้จ่ายใด ๆ โดยเฉลี่ยเดือนละ.....บาท ๑๖ — — —
 (ถ้ามีรายได้จากผลผลิตการเกษตรให้คำนวณจากปริมาณผลผลิตที่ได้ x ราคา
 ผลผลิตใน ๑ ปีแล้วเฉลี่ยต่อเดือน)
๙. ปัจจุบันท่านมีลูกกี่คน (นับเฉพาะคนที่มิชีวิตอยู่ปัจจุบัน) ๒๐ — —
- จำนวน.....คน เพศชาย.....คน หญิง.....คน ๒๒ —
- ยังไม่มีลูก ๒๓ —
๑๐. ท่านเคยมีลูกเสียชีวิตหรือไม่ ๒๔ —
- มี จำนวน.....คน เพศชาย.....คน หญิง.....คน ๒๕ —
- ไม่มี ๒๖ —
๑๑. ท่านและสามีเคยปรึกษาเรื่องจำนวนลูกในครอบครัวว่าจะมีกี่คนหรือไม่ ๒๗ —
- เคย จำนวน.....คน ชาย.....คน หญิง.....คน ๒๘ —
- ไม่เคย เพราะ..... ๒๙ —

๑๒. ท่านและสามีเคยปรึกษากันเกี่ยวกับการใช้การคุมกำเนิดหรือไม่

- เคย ปรึกษากันว่าจะใช้วิธี.....
- ไม่เคย เพราะ.....

๒๐ ____

ข. การยอมรับการคุมกำเนิด

พนักงานสัมภาษณ์ : ท่านคงเคยได้ยินได้ฟังเกี่ยวกับการคุมกำเนิดที่หมายถึง

วิธีทางป้องกันการมีบุตร เช่น วิธีการใช้ยาเม็ด ห่วงอนามัย ทำหมัน

๑. ปัจจุบันท่านหรือคู่สมรสกำลังคุมกำเนิดอยู่หรือไม่

๓๑ ____

๑. กำลังคุม ด้วยวิธี

- ๑.๑) ยา เม็ดคุมกำเนิด
- ๑.๒) ยิงยางอนามัย
- ๑.๓) ห่วงอนามัย
- ๑.๔) ยาฉีดคุมกำเนิด
- ๑.๕) ทำหมันหญิง
- ๑.๖) ทำหมันชาย
- ๑.๗) ครีม เยลลี่ โฟม
- ๑.๘) นิบระยะปลอดภัย หลังนอกช่องคลอด
- ๑.๙) อื่น ๆ (ระบุ).....

๒. เคยคุมกำเนิด แต่ปัจจุบันไม่ได้คุมเพราะ

- ๒.๑) ตั้งครรภ์
- ๒.๒) สามีไม่อยู่ด้วยเป็นเวลานาน (ไปทำงานที่อื่น ๆ)
- ๒.๓) กำลังให้มนบุตร
- ๒.๔) ต้องการมีบุตรอีก
- ๒.๕) ไม่สามารถมีบุตรได้/เป็นหมันตามธรรมชาติ
- ๒.๖) เหตุผลอื่น ๆ (ระบุ).....

๓. ไม่เคยคุมกำเนิดเลยตั้งแต่แต่งงานมา

พนักงานสัมภาษณ์ : สรุปรู้ที่ท่านสัมภาษณ์นั้นยอมรับหรือไม่ยอมรับการคุมกำเนิด

โดยดูจากคำตอบ ถ้าตอบข้อ ๑(๑.๑ - ๑.๔) หรือข้อ ๒ (เฉพาะ ๒.๑ - ๒.๕) ถือว่าเป็นผู้ยอมรับการคุมกำเนิด แต่ถ้าตอบข้อ ๒ (เฉพาะ ๒.๖) หรือข้อ ๓ ถือว่าเป็นผู้ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด

ผู้ให้สัมภาษณ์ ๑ ยอมรับการคุมกำเนิด ๓๓ —
 ๐ ไม่ยอมรับการคุมกำเนิด

๒. คำถามเฉพาะผู้ที่กำลังคุมกำเนิดในปัจจุบัน

๑. ตามที่ท่านบอกว่าท่าน/คู่สมรสกำลังคุมกำเนิดด้วยวิธี.....

นั้นท่านไปรับบริการจากแหล่งใดเป็นหลัก (x ทับตัว เลขในช่องวิธีที่ระบุตามแหล่ง ๓๔ _____ บริการที่ตอบ)

| แหล่งบริการ | ๑ ยามาเร็ค | ๒ ถุงยาง | ๓ ท่วง | ๔ หมิ้นหญิง | ๕ หมิ้นชาย | ๖ ยาฉีด | ๗ อื่นๆ (ระบุ)..... |
|----------------------|------------|----------|--------|-------------|------------|---------|---------------------|
| รพ. จังหวัด | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ |
| รพ. อำเภอบ | ๒ | ๒ | ๒ | ๒ | ๒ | ๒ | ๒ |
| สถานีอนามัย, ศูนย์ | | | | | | | |
| บริการสาธารณสุข | ๓ | ๓ | ๓ | ๓ | ๓ | ๓ | ๓ |
| ร้านขายยาอย่างเดี่ยว | ๔ | ๔ | ๔ | ๔ | ๔ | ๔ | ๔ |
| คลินิก เอกชน | ๕ | ๕ | ๕ | ๕ | ๕ | ๕ | ๕ |
| ร้านขายของ | ๖ | ๖ | ๖ | ๖ | ๖ | ๖ | ๖ |
| โรงพยาบาลเอกชน | ๗ | ๗ | ๗ | ๗ | ๗ | ๗ | ๗ |
| อาสาสมัคร | ๘ | ๘ | ๘ | ๘ | ๘ | ๘ | ๘ |
| อื่น ๆ (ระบุ)..... | | | | | | | |

๔. การรับรู้การสนับสนุนจากสังคม

| ก. ตามความคิดของท่านบุคคลต่อไปนี้มีความคิดเห็นอย่างไรที่/ (ถ้า) ท่านดุดมกำเนิด (อ่านให้ฟัง) | เห็นด้วย | ไม่เห็นด้วย | เฉย ๆ | ไม่ทราบ ไม่เข้าข่าย |
|---|----------|-------------|-------|------------------------|
| ๑. สามี | ๓ | ๑ | ๒ | ๙ |
| ๒. พ่อ-แม่ของท่านเอง | ๓ | ๑ | ๒ | ๙ |
| ๓. พ่อ-แม่ของสามี | ๓ | ๑ | ๒ | ๙ |
| ๔.ญาติพี่น้องอื่น ๆ | ๓ | ๑ | ๒ | ๙ |
| ๕. เพื่อนบ้าน | ๓ | ๑ | ๒ | ๙ |
| ๖. ผู้ใหญ่บ้าน | ๓ | ๑ | ๒ | ๙ |
| ๗. ผู้ที่ชาวบ้านนับถืออื่น ๆ (ระบุ) | ๓ | ๑ | ๒ | ๙ |
| ข. ท่านเห็นด้วยหรือไม่กับข้อความต่อไปนี้ | | | | |
| ๘. การดุดมกำเนิดเป็นการผิดธรรมชาติ | ๑ | ๓ | ๒ | ๙ |
| ๙. การดุดมกำเนิดเพื่อไม่ให้มีลูกมาก เป็นสิ่งที่ถูกต้อง | ๓ | ๑ | ๒ | ๙ |
| ๑๐. ถ้าเพื่อนบ้านเขาดุดมกำเนิดกัน เราก็ควรดุดมเหมือนกัน | ๓ | ๑ | ๒ | ๙ |
| ๑๑. การขูดขูดเรื่องการดุดมกำเนิด เป็นเรื่องที่ทำได้โดยเปิดเผย | ๓ | ๑ | ๒ | ๙ |

(๓) ค่าใช้จ่ายในการรับบริการคุมกำเนิดที่ท่านสามารถจ่ายได้
แต่ละครั้ง ในวงเงินไม่เกินจำนวน.....บาท

๖๘ _ _ _

๖. ความทันสมัย

๑. ท่านคิดว่าจำเป็นต้องให้ความรู้เรื่องการตั้งท้องและการป้องกัน
การตั้งท้องแก่เด็กหนุ่มสาวที่ยังไม่แต่งงานหรือไม่ ?

๑ จำเป็น ๐ ไม่จำเป็น แต่งงานแล้วรู้เอง ๗๑ _

๒. ถ้าชีวิตแต่งงานไม่มีความสุข ควรทำอย่างไร ?

๑ หย่ากัน เลิกกัน ๗๒ _

๐ ทนอยู่ต่อไป เลิกกันก็อายคนอื่นเขา

๓. หน้าที่ในการทำงานบ้าน เช่น หุงข้าว ทำกับข้าว ซักผ้า เลี้ยงลูก
ควรเป็นหน้าที่ของสามีหรือภรรยา

๐ ภรรยาฝ่ายเดียว ๗๓ _

๑ สามี และภรรยาควรช่วยกันทำ

๔. ชีวิตของคนเราเป็นไปตามดวง/พรหมลิขิต หรือว่าเราสามารถ
กำหนดชีวิตของเราเองได้

๐ เป็นไปตามดวง ๗๔ _

๑ เราสามารถกำหนดชีวิต เราเองได้

๕. ทุกคนสามารถมีทรัพย์สิน เงินทองได้ถ้าทำงานหนักใช้หรือไม่ ?

๑ ใช่ ๐ ไม่แน่เสมอไป/ไม่ใช่ ๗๕ _

๖. ในการหารายได้ท่านคิดว่าควรหารายได้เท่าที่พอกินพอใช้ยิ่งขึ้น
สุขสบายหรือพยายามหารายได้ให้มากที่สุด

๐ หารายได้เท่าที่พอกินพอใช้ ๗๖ _

๑ หารายได้ให้ได้มากที่สุด

๗. เมื่อได้รายได้พิเศษเช่นถูกล็อตเตอรี่จำนวน ๕,๐๐๐ บาท จะนำเงินส่วนใหญ่ไปทำอะไร

๗๗ —

- ๐ นำไปซื้อทอง สิริ ทำบุญ เก็บไว้
- ๑ นำไปลงทุนในการประกอบอาชีพเดิม หรืออาชีพใหม่

๘. เงินเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะทำให้ชีวิตมีความสุขใช่หรือไม่ ?

๗๘ —

- ๑ ใช่
- ๐ ไม่ใช่/ไม่แน่ใจเลย

๙. ท่านเคยคิดหรือไม่ว่าในอนาคตท่านจะทำอะไร

๗๙ —

- ๑ เคย
- ๐ ไม่เคย

๑๐. การพยายามทำงานหนักในทุกวันนี้ก็เพื่อให้มีกินมีใช้ในปัจจุบันหรือเพื่อเก็บสะสมไว้ใช้ในอนาคต

๘๐ —

- ๐ มีกินมีใช้ในปัจจุบัน
- ๑ เก็บสะสมไว้ใช้ในอนาคต

ID

๑

๔

๒

๗. คำนิยมต่อบุตร

| ท่านมีความคิดเห็นในเรื่องต่อไปนี้อย่างไร | เห็นด้วย | ไม่แน่ใจ | ไม่เห็นด้วย | |
|---|----------|----------|-------------|----|
| - ๑. การมีลูกทำให้พ่อแม่มีเวลาให้กันน้อย มีปากเสียงกันมากขึ้น | ๑ | ๒ | ๓ | ๔ |
| + ๒. เป็นสิ่งที่หน้าอายถ้าแต่งงานแล้ว ไม่มีลูก | ๓ | ๒ | ๑ | ๖ |
| - ๓. ทำงานนอกบ้านมีความสุขกว่าอยู่บ้านเลี้ยงลูก | ๑ | ๒ | ๑ | ๓ |
| - ๔. ชีวิตแต่งงานจะมีความสุขได้แม้ไม่มีลูก | ๑ | ๒ | ๑ | ๓ |
| - ๕. สมัยนี้พ่อแม่ไม่สามารถพึ่งพาความช่วยเหลือด้านการเงินจากลูก ๆ ได้ | ๑ | ๒ | ๑ | ๕ |
| + ๖. เราควรมีลูกไว้เพื่อช่วยเหลือในการทำงาน | ๓ | ๒ | ๑ | ๑๐ |
| - ๗. การมีลูกทำให้พ่อแม่ไม่มีเงินเหลือเก็บ | ๑ | ๒ | ๓ | ๑๑ |
| + ๘. เมื่อแก่ชราคนที่ไม่มียูกจะไม่มีคนเลี้ยงดู | ๓ | ๒ | ๑ | ๑๒ |

| | เห็นด้วย | ไม่เห็นใจ | ไม่เห็นด้วย |
|---|----------|-----------|-------------|
| + ๘. การมีลูกทำให้มีชีวิตสมรสมั่นคงขึ้น | ๓ | ๒ | ๑ |
| + ๑๐. ลูกเป็นกำลังใจให้พ่อแม่สร้างฐานะให้มั่นคงขึ้น | ๓ | ๒ | ๑ |

๑๓
๑๕

จบการสัมภาษณ์

พนักงานสัมภาษณ์ : ตรวจสอบว่าได้สัมภาษณ์ครบทุกข้อแล้วหรือยัง ถ้าเรียบร้อยแจ้งกล่าว
ขอบคุณและอำลา

ข้อสังเกตอื่น ๆ (ถ้ามี)

.....

.....

.....

แบบสัมภาษณ์ ช. (อสม.)

อิทธิพลของปัจจัยระดับบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการ
ยอมรับการคุมกำเนิดในท้องที่ที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ

นามผู้ให้สัมภาษณ์.....

บ้านเลขที่.....ชื่อหมู่บ้าน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดศรีสะเกษ

วันที่ให้สัมภาษณ์.....เริ่มสัมภาษณ์เวลา.....ถึง.....

ชื่อพนักงานสัมภาษณ์ (ตัวบรรจง).....

พนักงานสัมภาษณ์ : เริ่มการสัมภาษณ์

ID _____

คำนำ เรากำลังสำรวจเกี่ยวกับเรื่องการค้าเงินงานวางแผนครอบครัวในหมู่บ้าน
ของท่าน ในฐานะที่ท่านเป็นผู้รู้เรื่องเหล่านี้จึงใคร่ขอความร่วมมือในการ
ตอบคำถามตามความเป็นจริง เราจะไม่เปิดเผยคำตอบของท่านแก่ผู้ใดทั้งสิ้น

- ๑. ท่านทำหน้าที่ อสม. ในหมู่บ้านนี้มานาน.....ปี
- ๒. นอกจากทำงานในหน้าที่ อสม. แล้วท่านประกอบอาชีพอะไร (ระบุ).....
- ๓. ในหมู่บ้านของท่านมี อสม. จำนวน.....คน ๙๙๙. จำนวน.....คน
และอาสาสมัครของหน่วยงานอื่น ๆคน

๔ ..

๖ ..

๗ ..

๘ ..

๙ ..

๔. การรับบริการการคุมกำเนิดของคนในหมู่บ้าน เป็นอย่างไรในเรื่องต่อไปนี้

| | ๑ ยามืด | ๒ ดูกาง | ๓ ท้อง | ๔ ยามืด | ๕ หมดหนิง | ๖ หมดชาย |
|---|--------------|---------|--------|---------|-----------|----------|
| ๔.๑ คนในหมู่บ้านของท่านส่วนใหญ่ ไปรับบริการการคุมกำเนิด จากที่ใด (ระบุแหล่งเดียว) | | | | | | |
| ๑. รพ.จังหวัด | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ |
| ๒. รพ.อำเภอ | ๒ | ๒ | ๒ | ๒ | ๒ | ๒ |
| ๓. สถานีอนามัย | ๓ | ๓ | ๓ | ๓ | ๓ | ๓ |
| ๔. ร้านขายยา | ๔ | ๔ | ๔ | ๔ | ๔ | ๔ |
| ๕. คลินิกเอกชน/ รพ.เอกชน | ๕ | ๕ | ๕ | ๕ | ๕ | ๕ |
| ๖. ร้านขายของ | ๖ | ๖ | ๖ | ๖ | ๖ | ๖ |
| ๗. อาสาสมัคร | ๗ | ๗ | ๗ | ๗ | ๗ | ๗ |
| ๔.๒ แต่ละวิธีเสียค่าใช้จ่ายการคุม | /เดือน /ชิ้น | | /เข็ม | | | |
| ๔.๓ เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง | | | | | | |
| ๔.๔ ใช้เวลาเท่าไรกว่าจะไปถึงที่นั้น | | | | | | |
| ๑. น้อยกว่า ๑๕ นาที | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ |
| ๒. ๑๕ - ๓๐ นาที | ๒ | ๒ | ๒ | ๒ | ๒ | ๒ |
| ๓. ๓๑ - ๖๐ นาที | ๓ | ๓ | ๓ | ๓ | ๓ | ๓ |
| ๔. ๑ ชั่วโมงหรือมากกว่า | ๔ | ๔ | ๔ | ๔ | ๔ | ๔ |
| ๔.๕ ใช้เวลาเท่าไรในการรับบริการ แต่ละครั้ง | | | | | | |
| ๑. น้อยกว่า ๑๕ นาที | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ | ๑ |
| ๒. ๑๕ - ๓๐ นาที | ๒ | ๒ | ๒ | ๒ | ๒ | ๒ |
| ๓. ๓๑ - ๖๐ นาที | ๓ | ๓ | ๓ | ๓ | ๓ | ๓ |
| ๔. ๑ ชั่วโมงหรือมากกว่า | ๔ | ๔ | ๔ | ๔ | ๔ | ๔ |

๕. ระดับการเข้าถึงบริการการคุมกำเนิด

| | (๓) มาก | (๒) ปานกลาง | (๑) น้อย |
|--|--|---------------------------------------|---|
| - สถานีอนามัยอยู่ห่างหมู่บ้านท่ามาก น้อยเพียงใด | <input type="radio"/> ในหมู่บ้าน | <input type="radio"/> ๑-๕ กิโลเมตร | <input type="radio"/> ๕๕ กิโลเมตร และมากกว่า |
| - ระยะเวลาของการรับบริการ คุมกำเนิดแต่ละครั้ง | <input type="radio"/> น้อยกว่า ๑๕ นาที | <input type="radio"/> ๑๕-๓๐ นาที | <input type="radio"/> มากกว่า ๓๐ นาทีขึ้นไป |
| - ค่าใช้จ่ายของการรับบริการ คุมกำเนิดโดยเฉลี่ยต่อเดือนของ คนส่วนใหญ่ | <input type="radio"/> ฟรี/น้อยกว่า ๕๐ บาท | <input type="radio"/> ๕๐-๑๐๐ บาท | <input type="radio"/> ๑๐๐ บาท ขึ้นไป |
| รวมคะแนน | ๕๑ | ๕๒ | ๕๔ ๕๕ |

๖. ในรอบ ๑ ปีที่ผ่านมา มีการรณรงค์วางแผนครอบครัวหรือมีหน่วยเคลื่อนที่พิเศษมาให้บริการวางแผนครอบครัวในหมู่บ้านท่านหรือไม่

- มี จาก ๑.....จำนวน.....ครั้ง
 ๒.....จำนวน.....ครั้ง
 ๓.....จำนวน.....ครั้ง
- ไม่มี

๗. ในการปฏิบัติงานด้านการวางแผนครอบครัวของท่าน ท่านประสบปัญหาอะไรบ้าง

(ระบุ).....

๘. ขอให้ท่านประเมินประสิทธิภาพการทำงานในด้านการวางแผนครอบครัวของ อสม. และ
 ผสส. ในหมู่บ้านของท่าน (ตัวท่านและเพื่อนร่วมงานของท่าน) ว่าเมื่อเปรียบเทียบกับหมู่บ้าน
 อื่นเป็นอย่างไร

- ดีกว่าหมู่บ้านอื่น ๆ เหมือน ๆ กับหมู่บ้านอื่น แย่กว่าหมู่บ้านอื่น ๆ ๕๖

แบบสัมภาษณ์ ค. (ผู้ใหญ่บ้าน)

อิทธิพลของปัจจัยระดับบุคคล และปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการ
ยอมรับการคุมกำเนิดในท้องที่มีอัตราคุมกำเนิดต่ำ

นามผู้ให้สัมภาษณ์.....

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดศรีสะเกษ

วันที่สัมภาษณ์.....เริ่มสัมภาษณ์เวลา.....ถึง.....

ชื่อพนักงานสัมภาษณ์ (ตัวบรรจง).....

ปัญหาในการสัมภาษณ์ ไม่มี มี (ระบุ).....

พนักงานสัมภาษณ์ : เริ่มการสัมภาษณ์

คำนำ เรากำลังสำรวจเกี่ยวกับสภาพความเป็นอยู่ของหมู่บ้านท่าน ในฐานะที่ท่านเป็นผู้รู้เรื่อง
เหล่านี้ดี จึงใคร่ขอความร่วมมือในการตอบคำถามตามความเป็นจริง เราจะไม่เปิดเผย
คำตอบของท่านแก่ท่านผู้ใดทั้งสิ้น

- ๑. ท่านอยู่ในหมู่บ้านมานาน.....ปี ๔
- ๒. ท่านดำรงตำแหน่งผู้ใหญ่บ้านมานาน.....ปี ๖
- ๓. ในหมู่บ้านท่านมีจำนวนครัวเรือนทั้งหมด.....ครัวเรือน ๔
- ๔. จำนวนประชากร ชาย.....คน หญิง.....คน รวม.....คน ๑๑
- ๕. ลักษณะโครงสร้างอายุของประชากรในหมู่บ้าน
 - อายุ ๐-๑๔ ปี จำนวน.....คน ๑๔
 - อายุ ๑๕-๔๔ ปี จำนวน.....คน ๒๓
 - อายุ ๔๕-๖๐ ปี จำนวน.....คน ๒๖
 - อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป จำนวน.....คน ๓๐
- ๖. อาชีพส่วนใหญ่ของชาวบ้านคือ..... ๓๓
- ๗. ระยะทางจากหมู่บ้านถึงตำบล.....กิโลเมตร อำเภอ.....กิโลเมตร
จังหวัด.....กิโลเมตร
 - สภาพของถนน ถนนลูกรัง ๓๔
 - ถนนลาดยาง ๔๐
 - การใช้งาน ใช้ได้ตลอดปี ๔๓
 - ใช้ไม่ได้บางฤดู ๔๔
- ๘. การมีไฟฟ้าใช้ มี → มานาน...ปี → จำนวนครัวเรือนที่มีไฟฟ้า ๔๕
ใช้คิดเป็นร้อยละ..... ๔๖
- ไม่มี
- ๙. การมีน้ำประปา มี → มานาน.....ปี → จำนวนครัวเรือนที่มีน้ำ ๔๘
ประปาใช้คิดเป็นร้อยละ..... ๔๙
- ไม่มี

- ๑๐. จำนวนร้อยละของผู้อ่านออกเขียนได้.....คนต่อ
๕๑
- ๑๑. จำนวนครัวเรือนที่มีโทรทัศน์ใช้คิดเป็นร้อยละ.....คนต่อ
๕๑
- ๑๒. รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนในหมู่บ้านต่อปี.....บาท
๕๓
- ๑๓. อัตราตายของทารก (อายุต่ำกว่า ๑ ปี) ในหมู่บ้านในรอบปีที่ผ่านมา.....คนต่อ
๕๔

เด็กเกิด ๑,๐๐๐ คน

- ๑๔. อัตราการคุมกำเนิดในชุมชน (สตรีที่สมรสแล้วอยู่กับสามีซึ่งกำลังคุมกำเนิดอยู่)
.....คนต่อสตรี ๑,๐๐๐ คน
๖๐

- ๑๕. ชาวบ้านส่วนใหญ่มีความรู้สึกอย่างไรกับเรื่องการคุมกำเนิด
 สนับสนุน ต่อต้าน เฉย ๆ
 ๖๒

- ๑๖. ขอทราบความคิดเห็นของท่านเกี่ยวกับเรื่องการทำงานด้านการวางแผน
ครอบครัวของเจ้าหน้าที่อนามัยและอาสาสมัครในหมู่บ้านของท่าน (มองในภาพรวม)

| | มาก | ปานกลาง | น้อย | |
|--|-----|---------|------|----|
| ๑. ความพอใจของจำนวนเจ้าหน้าที่ที่ให้ บริการการคุมกำเนิดในหมู่บ้านท่าน | | | | ๖๓ |
| ๒. ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ | | | | ๖๔ |
| ๓. ความสามารถในการให้คำแนะนำเรื่อง การคุมกำเนิด | | | | ๖๕ |
| ๔. ความรับผิดชอบเอาใจใส่ในการปฏิบัติงาน | | | | ๖๖ |
| ๕. ความพอใจของปริมาณและชนิดของยา และอุปกรณ์การคุมกำเนิดที่ให้บริการ | | | | ๖๗ |
| ๖. ความพึงพอใจของชาวบ้านที่ได้รับบริการ การคุมกำเนิดจากเจ้าหน้าที่ | | | | ๖๘ |

- ๑๗. โดยสรุปท่านคิดว่า เจ้าหน้าที่ที่มีประสิทธิภาพในการทำงานด้านการคุมกำเนิดมากน้อยเพียงใด
 มาก ปานกลาง น้อย

 จบการสัมภาษณ์

แนวคำถามการสนทนากลุ่ม

โครงการวิจัยอิทธิพลของปัจจัยระดับบุคคลและปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการยอมรับการคุมกำเนิดในจังหวัดที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ

หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกสมาชิกกลุ่มสนทนา

กลุ่มชาวบ้านที่ไม่ใช้วิธีการคุมกำเนิดในปัจจุบัน

มีหลักเกณฑ์ดังนี้

๑. สตรีที่สมรสแล้วอายุระหว่าง ๑๔ - ๔๔ ปี
๒. กำลังอยู่กินกับสามี
๓. ไม่เอาพวกที่สามีไม่อยู่หรือไปทำงานที่อื่น
๔. ไม่เอาพวกที่คิดว่าตัวเองเป็นหมิ่น (ธรรมชาติ) แล้ว
๕. ไม่เอาพวกที่กำลังตั้งท้อง

ก. เปิดคำถามสนทนา

- ก.๑ กล่าวคำต้อนรับและขอบคุณทุกคนที่มา
- ก.๒ อธิบายถึงจุดประสงค์ในการคุยกันครั้งนี้ว่า เป็นการศึกษาเรื่องอะไร ทำไมจึงสนใจศึกษา
- ก.๓ อธิบายถึงวิธีการในการพูดคุยและซักถาม
 - จะมีการใช้เครื่องขัดเสียง
 - จะมีคนคอยจดคำพูดคุย
 - ขอให้ทุกคนแสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่
- ก.๔ ผู้ดำเนินการสนทนาแนะนำตนเองและกลุ่มผู้ศึกษาแล้วขอให้ผู้ร่วมสนทนาบอกชื่อตนเอง
- ก.๕ คำถามอุ่นเครื่อง (ถามเรื่องการหามาหากิน)

ข. การรับรู้เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดสมัยใหม่

- ข.๑ เคยได้ยินเกี่ยวกับเรื่องการคุมกำเนิดโดยใช้ยาเม็ด ใส่ห่วง ถุงยาง ยาฉีด ทำหมันหญิง หมันชาย บ้างหรือไม่ จากไหน และคิดว่าการคุมกำเนิดมีประโยชน์หรือไม่
- ข.๒ นอกจากนี้เคยได้ยินเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของการคุมกำเนิดวิธีต่าง ๆ หรือไม่
- ข.๓ ท่านเชื่อเกี่ยวกับข่าวลืออาการข้างเคียงของการคุมกำเนิดหรือไม่ และที่ท่านไม่ยอมใช้วิธีการคุมกำเนิดนั้น เพราะท่านกลัวอาการข้างเคียงตามข่าวลือใช่หรือไม่ หรือเพราะต้องการมีบุตรมาก ๆ หรือเพราะไม่รู้/ไม่กล้าไปรับบริการ
- ข.๔ วิธีการป้องกันการตั้งครรภ์แบบนับวันการมีประจำเดือนของหญิง ป้องกันได้จริงหรือไม่ เคยปฏิบัติไหม
- ข.๕ เคยรู้จักวิธีหลังภวณอกหรือไม่ เคยใช้ไหม คิดว่าป้องกันการมีลูกได้หรือไม่เพียงใด

ค. ความเชื่อเกี่ยวกับการคุมกำเนิดของชาวบ้าน

- ค.๑ มีข้อห้ามหรือความเชื่อหรือไม่ว่าการคุมกำเนิดแล้ว เป็นภรรยาคิดหลักประเพณีหรือไม่ เพราะอะไร
- ค.๒ ในความคิดเห็นของท่านคนที่แต่งงานแล้วควรคุมกำเนิดหรือไม่และเมื่อไรถึงจะคุมกำเนิด
- ค.๓ มีวิธีการคุมกำเนิดแบบโบราณดั้งเดิมที่นิยมใช้สืบทอดกันมาตั้งแต่บรรพบุรุษหรือไม่ โดยวิธีใด ใครเป็นผู้แนะนำให้ใช้
- ค.๔ ถ้าท่านจะต้องเลือกกระหว่างวิธีการคุมกำเนิดสมัยใหม่และสมัยโบราณ ท่านคิดว่าท่านจะเลือกใช้วิธีใด เพราะเหตุใด

ง. การคุมกำเนิดในอนาคต

- ง.๑ ส่วนใหญ่แล้วการตัดสินใจคุมกำเนิดของผู้หญิงนั้น ต้องได้รับความเห็นชอบจากใครบ้าง จะตัดสินใจเองโดยไม่ปรึกษาใครได้หรือไม่
- ง.๒ ท่านเคยคิดจะคุมกำเนิดในอนาคตหรือไม่ ภายใต้เงื่อนไขใด
- ง.๓ ถ้าท่านจะคุมกำเนิดท่านจะใช้วิธีไหนดี เพราะอะไร และจะไปใช้บริการจากที่ใด
- ง.๔ ทำไมถึงไม่เลือกรับบริการจากที่นั้น จะต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายมากหรือไม่ และคิดว่าเจ้าหน้าที่จะให้บริการดีหรือไม่
- ง.๕ ท่านต้องการให้รัฐบาลปรับปรุงเรื่องการให้บริการคุมกำเนิดในด้านไหนอย่างไร

หมายเหตุ ถ้ามีประเด็นใดน่าสนใจเป็นพิเศษ อันจะเป็นประโยชน์สำหรับการดำเนินงานวางแผนครอบครัว ให้ "เจาะลึก" ต่อไปเลย

แนวคำถามสัมภาษณ์แนวคิดเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานในชุมชน

๑. ชาวบ้านส่วนใหญ่คุมกำเนิดด้วยวิธีใด เพราะเหตุใด.....
-
๒. ชาวบ้านมีความรู้สึกอย่างไรต่อเรื่องการคุมกำเนิด.....
-
-
๓. ระหว่างวิธีการคุมกำเนิดสมัยใหม่และสมัยโบราณ มีการยอมรับแตกต่างกันอย่างไร.....
-
-
๔. มีข่าวลือเกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่เกิดจากการคุมกำเนิดด้วยวิธีใดบ้างที่เป็นผลให้ชาวบ้านเชื่อข่าวลือนั้น และไม่ค่อยยอมคุมกำเนิดด้วยวิธีนั้น.....
-
-
๕. ท่านแก้ปัญหาเรื่องข่าวลือได้หรือไม่ด้วยวิธีใด.....
-
-
๖. ผู้ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจคุมกำเนิดของสตรีในหมู่บ้านคือใคร.....
-
-
๗. ในฐานะที่ท่านปฏิบัติงานด้านการวางแผนครอบครัวในหมู่บ้าน ซึ่งมีทั้งผู้ที่ยอมรับและไม่ยอมรับการวางแผนครอบครัว ท่านพอจะให้ข้อสังเกตได้หรือไม่ว่ากลุ่มผู้ยอมรับและไม่ยอมรับมีอะไรที่แตกต่างกัน.....
-
-

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางสาววัลย์ พลายน้อย

วัน เดือน ปีเกิด ๒๔ ตุลาคม ๒๕๔๕

สถานที่เกิด อ.เมือง จ.จันทบุรี

ที่อยู่ปัจจุบัน ๔๐/๑๓๒ จรัญสนิทวงศ์ ๔๔ อ.บางกอกน้อย กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐

ประวัติการศึกษา

ปีการศึกษา ๒๕๖๒ ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๕ จากโรงเรียนเบญจมราชูทิศ จ.จันทบุรี

ปีการศึกษา ๒๕๖๖ วิทยาศาสตรบัณฑิต (ศึกษาศาสตร์) เกียรตินิยม
จากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ปีการศึกษา ๒๕๖๖ ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (ประชากรศึกษา)
จากมหาวิทยาลัยมหิดล

ปีการศึกษา ๒๕๖๘ การศึกษาดุษฎีบัณฑิต (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)
จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ประวัติการทำงาน

ปี พ.ศ. ๒๕๖๗ - ๒๕๖๘ ครูโรงเรียนองค์การบริหารส่วนจังหวัดจันทบุรี

ปี พ.ศ. ๒๕๖๘ - ๒๕๖๙ ครูโรงเรียนกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ

ปี พ.ศ. ๒๕๖๙ - ปัจจุบัน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาศึกษาศาสตร์
คณะศึกษาศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ศาลายา นครปฐม