

พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด
ที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์
กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

ปริญญานิพนธ์
ของ
สุมิตรา ลิทธิฤทธิ์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
เมษายน 2544

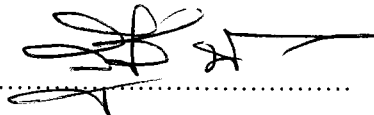
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

191317

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอก
สุศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

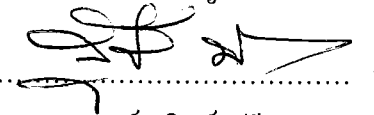
คณะกรรมการควบคุม

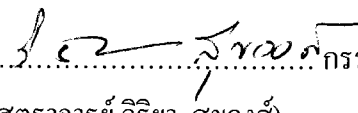

..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ศพ.ญ. นภาพร มัชฌมางกูร)

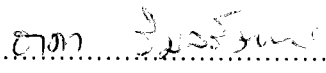

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ สุจินต์ ปรีชาमारถ)

คณะกรรมการสอบ

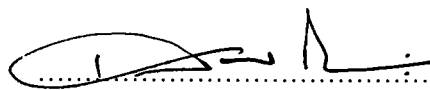

..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ศพ.ญ. นภาพร มัชฌมางกูร)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ สุจินต์ ปรีชาमारถ)


..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิริยา สุขวงศ์)


..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รองศาสตราจารย์ ดร. ธาดา วิมลวัตรเวที)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ


..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

วันที่ ๓๐ เดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๔๔

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยดีเนื่องจากผู้วิจัยได้รับความกรุณาเป็นอย่างสูงจาก
รองศาสตราจารย์ สัตวแพทย์หญิง นภาพร มัชฌิมานุกร รองศาสตราจารย์ สุจินต์ ปรีชาमारณ ผู้
ช่วยศาสตราจารย์ วิริยา สุขวงศ์ และ รองศาสตราจารย์ ดร. ธาดา วิมลวัตรเวที ประธานและ
กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์

ขอขอบพระคุณท่านผู้เชี่ยวชาญ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาตรวจแบบทดสอบ
และแบบสอบถาม ให้คำแนะนำในการทำเครื่องมือวิจัยแก่ผู้วิจัย

ขอขอบพระคุณหัวหน้าตึกและพยาบาลผู้เกี่ยวข้อง ประจำหน่วยวางแผนครอบครัว
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล และแผนกตรวจครรภ์ โรงพยาบาลกลาง
ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอขอบพระคุณอาจารย์ จันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์ ที่ช่วยวิเคราะห์ข้อมูล ให้คำแนะนำ
ช่วยเหลือ และขอขอบคุณ คุณจิระศักดิ์ สิทธิฤทธิ์ ที่เป็นผู้ช่วยเหลือ ให้กำลังใจ สนับสนุน และ
อำนวยความสะดวก จนปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จด้วยดี

สุมิตรา สิทธิฤทธิ์

สารบัญ

บทที่	หน้า
1	บทนำ..... 1
	คำนำ..... 1
	ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า..... 4
	ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า..... 5
	ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า..... 5
	นิยามศัพท์เฉพาะ..... 6
2	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย..... 8
	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า..... 8
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า 44
	งานวิจัยในต่างประเทศ..... 44
	งานวิจัยในประเทศไทย..... 46
	สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า..... 50
3	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า..... 52
	แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง..... 52
	ประชากร..... 52
	กลุ่มตัวอย่าง..... 52
	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล..... 53
	ลักษณะเครื่องมือ..... 53
	ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ..... 53
	เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย..... 54
	การหาคุณภาพเครื่องมือ..... 56
	วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล..... 57
	วิธีจัดกระทำกับข้อมูล..... 58
	สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล..... 59

บทที่	หน้า
4	
การวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า.....	66
ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล.....	66
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	66
ผลการศึกษาค้นคว้า.....	68
5	
บทย่อ สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	96
บทย่อ.....	96
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	96
วิธีดำเนินการวิจัย.....	96
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	97
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า.....	98
อภิปรายผล.....	101
ข้อเสนอแนะ.....	112
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป.....	113
บรรณานุกรม.....	114
ภาคผนวก.....	122
ประวัติย่อผู้วิจัย.....	145

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	ผลงานวางแผนครอบครัวเปรียบเทียบเป้าหมายในแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติฉบับที่ 3 – ฉบับที่ 8	2
2	การแบ่งประเภทผู้หญิงตามระดับฮอร์โมนในร่างกายโดยพิจารณาจาก ประวัติระดูและรูปร่างลักษณะ	29
3	จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประสบการณ์ในการคลอด และประสบการณ์ในการวางแผนครอบครัว	68
4	จำนวนค่าร้อยละ และระดับคะแนนของพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด ที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล	71
5	คะแนนเต็ม ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอดที่มารับบริการ ในหน่วยวางแผนครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล	72
6	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว ของหญิงหลังคลอด ที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำแนก ตามกลุ่มอายุ	73
7	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด ที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำแนกตามกลุ่มอายุ	74

8	ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่จากคะแนนพฤติกรรม ด้านความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด ที่มารับบริการ ในหน่วยวางแผนครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล จำแนกตามกลุ่มอายุ	75
9	ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่จากคะแนนพฤติกรรม ด้านเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด ที่มารับบริการ ในหน่วยวางแผนครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล จำแนกตามกลุ่มอายุ	76
10	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด ที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ตามระดับการศึกษา	77
11	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของ หญิงหลังคลอดที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัย แพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำแนกตามระดับการศึกษา ...	79
12	ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่จากคะแนนพฤติกรรม ด้านความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด ที่มารับบริการ ในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล จำแนกตามระดับการศึกษา	80
13	ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่จากคะแนนพฤติกรรม ด้านเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด ที่มารับบริการ ในหน่วยวางแผนครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล จำแนกตามระดับการศึกษา	81
14	ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่จากคะแนนพฤติกรรม ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด ที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์.....	82

15	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด ที่มา รับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำแนกตามอาชีพ	83
16	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด ที่มาใช้บริการในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำแนกตามอาชีพ	84
17	ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่จากคะแนนพฤติกรรม ด้านความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอดที่มาใช้บริการ ในหน่วยวางแผนครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล จำแนกตามอาชีพ	85
18	ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่จากคะแนนพฤติกรรม ด้านเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอดที่มาใช้บริการ ในหน่วยวางแผนครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล จำแนกตามอาชีพ	86
19	ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่จากคะแนนพฤติกรรม ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอดที่มารับ บริการในหน่วยวางแผนครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล จำแนกตามอาชีพ	87
20	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด ที่มาใช้บริการหน่วยวางแผนครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำแนกตามรายได้.....	88

21	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด ที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำแนกตามรายได้	89
22	ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่จากคะแนนพฤติกรรม ด้านความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอดที่มารับบริการ ในหน่วยวางแผนครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร	90
23	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอดที่มารับ บริการในหน่วยวางแผนครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล จำแนกตามประสบการณ์ในการคลอดบุตร	91
24	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด ที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำแนกตามประสบการณ์ ในการคลอดบุตร	93
25	ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอดที่มา รับบริการหน่วยวางแผนครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล ตามประสบการณ์ในการคลอดบุตร.....	94
26	วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอดที่มารับ บริการในหน่วยวางแผนครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล	95
27	ค่าดัชนีความสอดคล้อง ค่าความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ ของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว	142

ตาราง

หน้า

28	ค่าดัชนีความสอดคล้อง ค่าความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ ของแบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว	143
29	ค่าดัชนีความสอดคล้อง ค่าความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ ของแบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว	144

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบด้านเศรษฐกิจที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ.....	16
2 กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ.....	17
3 ห่วงอนามัยคุมกำเนิดที่ใช้ในปัจจุบัน.....	34
4 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย.....	50

บทที่ 1

บทนำ

คำนำ

ในปัจจุบันโลกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และเทคโนโลยี ทำให้มีผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศเป็นอย่างมาก ปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง คืออัตราการเพิ่มของประชากรอย่างรวดเร็วมากกว่าการขยายตัวด้านเศรษฐกิจ ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ เกิดปัญหาด้านแรงงาน การลงทุน และการกระจายรายได้ที่ไม่เท่าเทียมกัน ตลอดจนกระทบต่อชนบรรมนิยมประเพณีและวัฒนธรรม ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างคนรุ่นเก่ากับคนรุ่นใหม่มากขึ้น ในอดีต ในปี พ.ศ. 2493 จำนวนประชากรโลกมีประมาณ 500 – 600 ล้านคน (ศุภวัจน์ นัฏถิเณตร. ม.ป.ป. : 2) และในวันที่ 12 พฤศจิกายน พ.ศ. 2542 เป็นวันที่คาดว่ามิประชากรโลกครบ 6,000 ล้านคน โดยพบว่าจำนวนประชากรที่เพิ่มในอัตราสูงขึ้นเป็นประชากรประเทศในทวีปเอเชีย (อินทรีเหล็ก. 2542 : 4)

ประเทศไทยเป็นประเทศกำลังพัฒนาประเทศหนึ่งในทวีปเอเชีย และประสบปัญหาจำนวนประชากรเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมามากมาย ตั้งแต่ระดับครอบครัว จนถึงระดับประเทศ กล่าวคือ ปัญหาระดับครอบครัวได้แก่ ปัญหาความยากจน ปัญหาโรคภัยไข้เจ็บ ปัญหาเด็กวัยรุ่น เป็นต้น ส่วนในระดับประเทศ ได้แก่ ปัญหาคนว่างงาน ปัญหาคนย้ายถิ่นเข้าสู่ตัวเมือง ปัญหาค่าครองชีพ ปัญหาที่เกิดจากความเจริญด้านเทคโนโลยีและระบบสารสนเทศ เป็นต้น ปัญหาดังกล่าวเกิดจากสาเหตุมากมายแต่สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาเหล่านี้คือ จำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และไม่ได้สัดส่วนกับการเจริญเติบโตด้านอื่นๆ ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างจำนวนประชากร จำนวนทรัพยากร และการวางแผนในด้านต่างๆ ของประเทศเพื่อรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น รัฐบาลจึงได้เล็งเห็นความสำคัญของการลดอัตราการเพิ่มของประชากรให้ต่ำลง โดยมีจุดมุ่งหมายไม่ให้อาณาประชากรของประเทศเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ด้วยการกำหนดเป้าหมายที่จะลดอัตราการเพิ่มของประชากรไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตั้งแต่ฉบับที่ 3 เป็นต้นมา (สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย. 2530 : 102) / โดยกำหนดเป็นโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติบรรจุไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ โครงการนี้เป็นที่สนใจและได้รับการสนับสนุนอย่างดียิ่งจากหน่วยงานและองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐ

และเอกชน ทำให้สามารถลดอัตราการเพิ่มของประชากรได้ดังปรากฏตามตารางที่ 1 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ. 2539 : 6-7)

**ตาราง 1 ผลงานวางแผนครอบครัวเปรียบเทียบเป้าหมายในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
ฉบับที่ 3 – ฉบับที่ 8**

แผนพัฒนา ฯ	อัตราการเพิ่มประชากร	
	เป้าหมาย	ผลงาน
ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2515 – พ.ศ. 2519)	2.5	2.5
ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520 – พ.ศ. 2524)	2.1	2.1
ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525 – พ.ศ. 2529)	1.5	1.7
ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530 – พ.ศ. 2534)	1.3	1.5
ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 – พ.ศ. 2539)	1.2	1.2
ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – พ.ศ. 2544)	1.0	-

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2539 : 6-7.

จากตาราง 1 แสดงว่าการดำเนินงานวางแผนครอบครัว ที่บรรจุไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตั้งแต่ฉบับที่ 3 ถึง ฉบับที่ 7 มีผลให้อัตราการเกิดของประชากรลดลงตามลำดับ โดยวัตถุประสงค์และเป้าหมายของโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ ที่ระบุไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 3 เป็นต้นมานั้น เน้นการลดอัตราการเพิ่มของประชากรเพื่อพัฒนาสถานะเศรษฐกิจเป็นสำคัญ แต่ในแง่ของการพัฒนาสังคมที่ทุกฝ่ายตระหนักดีถึงผลของงานวางแผนครอบครัวในส่วนนี้มิได้กล่าวเน้นให้ชัดเจนต่อผลทางเศรษฐกิจ ด้วยเหตุนี้ในแผนพัฒนา ฯ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 – 2539) จึงกำหนดวัตถุประสงค์ของโครงการวางแผน

ครอบครัวให้กว้างขึ้น เพื่อให้ครอบคลุมผลกระทบทุกด้านทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและสุขภาพ เพื่อแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างประชากรกับการพัฒนา ซึ่งเป็นจุดเน้นของงานวางแผนครอบครัว สำหรับเป้าหมายของโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติในแผนพัฒนาฉบับที่ 7 แตกต่างจากแผนพัฒนา ฉบับที่ 6 อยู่บางส่วน กล่าวคือ ในแผนพัฒนา ฉบับที่ 6 ใช้อัตราเพิ่มประชากร และอัตราคุมกำเนิดเป็นตัววัดการบรรลุนโยบายและแผนประชากร แต่ในแผนพัฒนา ฉบับที่ 7 ได้เพิ่มตัววัดอีก 2 ตัว คือ อัตราคุมกำเนิดด้วยวิธีถาวร และอัตราการมีบุตรคนแรกเมื่ออายุ 20 ปีขึ้นไป โดยกำหนดแบบแผนการมีบุตรที่เหมาะสมของครอบครัวไทย เพื่อชี้้นำให้ครอบครัวใหม่เกิดทัศนคติและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ คือ ควรมีบุตรไม่เกิน 2 คน ระยะการมีบุตรห่างกันอย่างน้อย 3 ปี และมารดาควรมีบุตรคนแรกเมื่ออายุ 20 ปี (ชวนชม สกนธวัฒน์. 2540 : 6-7)

สำหรับการที่จะให้บรรลุตามเป้าหมายดังกล่าว จะต้องใช้ความพยายามอย่างมาก เพราะการวางแผนครอบครัวนั้นเป็นบริการด้านสุขภาพที่รัฐบาลให้แก่ประชาชน โดยถือเอาความสนใจของผู้รับบริการเป็นหลักสำคัญ ดังนั้นจึงเป็นการยากที่จะควบคุมจำนวนประชากรที่มารับบริการด้านสุขภาพให้ใช้บริการวางแผนครอบครัว เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการได้ ทั้งนี้เนื่องจากการให้บริการวางแผนครอบครัวเป็นเพียงเครื่องมือที่จะใช้ได้เมื่อบุคคลตระหนักในภาวะประชากรในครอบครัวของตน และการตัดสินใจที่จะกำหนดขนาดครอบครัวของตนแล้วเท่านั้น (วิมลรัตน์ ภูผาสุข. 2532 : บทนำ)

การให้บริการวางแผนครอบครัวในหญิงหลังคลอด เป็นการดำเนินงานวางแผนครอบครัวที่จะช่วยสนับสนุนการลดอัตราการเพิ่มของประชากร ซึ่งในหญิงหลังคลอดจัดว่าเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ ที่จะต้องสนใจในโครงการวางแผนครอบครัวในหญิงหลังคลอดให้บรรลุผลสำเร็จ เพราะเป็นกลุ่มที่ควรได้รับการวางแผนครอบครัวมากที่สุด เนื่องจากยังมีความรู้สึกจดจำเกี่ยวกับประสบการณ์ในภาวะวิกฤติ และความยากลำบากจากการคลอดบุตรที่ผ่านมาได้ไม่นาน จึงมักมีความเห็นสอดคล้องกับผู้ที่ให้เหตุผลและชักชวนให้คุมกำเนิดเพื่อชะลอการมีบุตร (ชัยชนะ สุวรรณเวช และสนธิ มาประจวบ. 2520 : 8) ประกอบกับหน่วยวางแผนครอบครัวของโรงพยาบาลทุกแห่งได้นัดให้หญิงหลังคลอดทุกคนมารับบริการตรวจหลังคลอด และรับบริการคุมกำเนิดในระยะ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด ดังนั้นในระยะนี้จึงเป็นช่วงเวลาเหมาะสมที่จะแนะนำให้หญิงหลังคลอดนำวิธีการวางแผนครอบครัวไปปฏิบัติ และจากการศึกษาความรู้ เจตคติ เกี่ยวกับการเจริญพันธุ์ของสตรีชนบทก่อนคลอด และหลังคลอด พบว่าหญิงหลังคลอดและก่อนคลอดส่วนใหญ่ยังขาดความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว (ชูศรี วีระสัมพันธ์. 2525 : 126)

ซึ่งความต้องการที่จะวางแผนครอบครัวนั้นขึ้นอยู่กับความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อมั่น และความ คิดเห็นตามประสบการณ์ที่ผ่านมา ทำให้นำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

ดังนั้นการยอมรับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด จะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อบุคคล เกิดความเข้าใจ ความพร้อมแล้วเท่านั้น ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยซึ่งทำงานเกี่ยวกับการนิเทศ นักศึกษาพยาบาลฝึกภาคปฏิบัติที่หน่วยวางแผนครอบครัว จึงสนใจที่จะศึกษาถึง ความรู้/เจตคติ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษา จะทำให้ผู้เกี่ยวข้องกับการวางแผนครอบครัวสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนดำเนินงาน การวางแผนครอบครัวได้ ส่งผลให้ประชากรที่มีอยู่เป็นประชากรที่มีคุณภาพ มีความพร้อมทั้ง ด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ สามารถพัฒนาประเทศชาติให้บรรลุตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติต่อไป

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด ที่มา รับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด ที่มา รับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและ วชิรพยาบาลตามตัวแปรที่ศึกษาดังนี้

- 1.1 อายุ
- 1.2 ระดับการศึกษา
- 1.3 อาชีพ
- 1.4 รายได้
- 1.5 ประสบการณ์ในการคลอด
- 1.6 ประสบการณ์ในการวางแผนครอบครัว

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติ กับการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด ที่มา รับบริการในหน่วยวางแผน ครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. ทำให้ทราบถึงพฤติกรรมสุขภาพ เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด ที่มารับบริการที่หน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
2. เป็นข้อมูลในการแก้ไข ปรับปรุงกระบวนการให้คำปรึกษา แนะนำเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว ในหน่วยวางแผนครอบครัวให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
3. เป็นแนวทางในการให้คำปรึกษา แนะนำเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวให้เหมาะสม กับลักษณะของปัจเจกบุคคล เพื่อความร่วมมือและประสิทธิผลของการวางแผนครอบครัว

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

1. แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง
 - 1.1 ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นหญิงหลังคลอดที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 1,723 คน
 - 1.2 กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นหญิงหลังคลอดที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 324 คน ซึ่งได้มาโดยวิธีการสุ่มแบบบังเอิญ (Accidental sampling) และกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณโดยใช้สูตรของยามานะ (Yamane, 1967 : 583)
2. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา
 - 2.1 ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย
 - 2.1.1 อายุ
 - 2.1.2 ระดับการศึกษา
 - 2.1.3 อาชีพ
 - 2.1.4 รายได้
 - 2.1.5 ประสบการณ์ในการคลอดบุตร
 - 2.1.6 ประสบการณ์ในการวางแผนครอบครัว
 - 2.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอดที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว หมายถึง การกระทำหรือความพร้อมของหญิงหลังคลอดในการคุมกำเนิด ที่แสดงออกในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ซึ่งสามารถสังเกตหรือวัดได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม ได้แก่

1.1 พฤติกรรมด้านความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว หมายถึง ความสามารถในการจดจำ การแปลความ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินผลเกี่ยวกับการคุมกำเนิด ซึ่งสามารถวัดได้โดยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

1.2 พฤติกรรมด้านเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว หมายถึง ความรู้สึกรู้สึกความคิดเห็นและความเชื่อเกี่ยวกับการคุมกำเนิด ซึ่งสามารถวัดได้โดยแบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการคุมกำเนิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

1.3 พฤติกรรมด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกเกี่ยวกับการคุมกำเนิด ซึ่งสามารถวัดได้โดยแบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการคุมกำเนิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. หญิงหลังคลอด หมายถึง หญิงที่คลอดบุตรแล้วเป็นเวลา 4-6 สัปดาห์ ที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว

3. อายุ หมายถึง จำนวนอายุ ปีที่เกิด นับตามปฏิทินจนถึงวันเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ

3.1 อายุต่ำกว่า 20 ปี

3.2 อายุ 20-30 ปี

3.3 อายุ 31-40 ปี

3.4 อายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป

4. ระดับการศึกษา หมายถึง คุณวุฒิทางการศึกษาระดับสูงสุดของหญิงหลังคลอด แบ่งออกเป็น 5 ระดับ (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. 2542 : 39)

4.1 ระดับประถมศึกษา

4.2 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น

4.3 ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย / เทียบเท่า

4.4 ระดับอนุปริญญา / เทียบเท่า

4.5 ระดับระดับปริญญาตรี / เทียบเท่า

5. อาชีพ หมายถึง งานที่หญิงหลังคลอดทำเพื่อหารายได้มาเลี้ยงตนเองและครอบครัว แบ่งเป็น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2534 : 6)

- 5.1 รับราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ
- 5.2 เกษตรกรรม
- 5.3 ค้าขาย/นักธุรกิจ
- 5.4 รับจ้างทั่วไป
- 5.5 แม่บ้าน

6. รายได้ หมายถึง รายได้ที่ได้จากการประกอบอาชีพเป็นรายเดือน และรายได้พิเศษต่าง ๆ แบ่งเป็น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ . 2535 : 79)

- 6.1 ต่ำกว่า 5,000 บาท
- 6.2 5,000 – 10,000 บาท
- 6.3 10,001 – 15,000 บาท
- 6.4 มากกว่า 15,000 ขึ้นไป

7. ประสบการณ์ในการคลอดบุตร หมายถึง จำนวนครั้งของการคลอดบุตรของหญิงหลังคลอด ที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล แบ่งออกเป็น

- 7.1 1 ครั้ง
- 7.2 2 ครั้ง
- 7.3 3 ครั้ง
- 7.4 มากกว่า 3 ครั้ง

8. ประสบการณ์การวางแผนครอบครัว หมายถึง หญิงหลังคลอดเคยได้รับการคุมกำเนิดเพื่อเว้นระยะการมีบุตร แบ่งออกได้ดังนี้

- 8.1 เคยได้รับการคุมกำเนิด
- 8.2 ไม่เคยได้รับการคุมกำเนิด

9. หน่วยวางแผนครอบครัว หมายถึง หน่วยงานหนึ่งของวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ที่ให้บริการเกี่ยวกับการคุมกำเนิด ตรวจหลังคลอด 4-6 สัปดาห์ ให้คำปรึกษาเรื่องเพศศึกษา ภาวะมีบุตรยาก และการเลือกเพศบุตร

10. วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล หมายถึง โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร เดิมชื่อ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ปัจจุบันได้รวมกับวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครให้เป็นส่วนราชการเดียวกัน และกำหนดชื่อใหม่เป็นวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความหมายของพฤติกรรม ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ องค์ประกอบที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว เจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว การปฏิบัติตนของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว ตลอดจนงานวิจัยในต่างประเทศ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับงานวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม

ความหมายของพฤติกรรม

พฤติกรรม ตามความหมายของพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2525 : 583) หมายถึง การกระทำหรือ อาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิดและความรู้สึกเพื่อตอบสนองสิ่งเร้า ได้มีผู้ให้แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมไว้หลายลักษณะดังต่อไปนี้

สิทธิโชค วรรณสันติกุล (2529 : 9-11) กล่าวว่า พฤติกรรมของมนุษย์นั้นเกิดขึ้นมาจากภายในตัวมนุษย์เอง กล่าวคือ จิตใจนี้เองที่เป็นต้นกำเนิดให้คนเราแสดงพฤติกรรม ประสบการณ์ของมนุษย์เท่านั้นที่จะทำให้มนุษย์เราก่อการเรียนรู้เพื่อจะกระทำพฤติกรรม

ไพบุลย์ เทวรักษ์ (2529 : 4-6) ได้กล่าวถึงพฤติกรรม หมายถึง อาการปฏิกิริยาทั้งหมดของบุคคลทั้งที่เราสามารถสังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัสโดยตรงหรือโดยอ้อม และทั้งที่รู้ตัวหรือไม่รู้ตัว ได้แก่ การนั่ง เดิน นอน ยืน อารมณ์โกรธเกลียด รัก และฝัน เป็นต้น แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. พฤติกรรมภายใน เป็นพฤติกรรมที่อยู่ในใจตนเอง ยากที่ผู้อื่นจะรู้ได้ ถ้าบุคคลนั้นไม่บอกหรือแสดงออกมาให้ปรากฏ เช่น ความคิด การเข้าใจ การตัดสินใจ เป็นต้น
2. พฤติกรรมภายนอก เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกมาแล้วผู้อื่นสามารถสังเกตได้ เช่น การเต้นของหัวใจ การเดิน พูด ทำงาน เป็นต้น นอกจากนั้นพฤติกรรมภายนอกบางอย่าง จำเป็นต้องใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ช่วยบันทึกพฤติกรรม เช่น เครื่องมือวัดคลื่นสมอง เป็นต้น

บลูม (Bloom. 1975 : 65-197) ได้กล่าวถึง พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ อาจจะเป็นสิ่งที่สังเกตได้หรือไม่ได้ และพฤติกรรมดังกล่าวนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังนี้คือ

1. พฤติกรรมด้านความรู้ (Cognitive domain) เป็นพฤติกรรมขั้นสามารถทางด้านความรู้ การให้ความคิดและพัฒนาการด้านสติปัญญา จำแนกไว้ตามลำดับขั้นจากง่ายไปหายากดังนี้
 - 1.1 ความรู้ (Knowledge) เป็นพฤติกรรมขั้นต้นเกี่ยวกับความจำได้ หรือระลึกได้
 - 1.2 ความเข้าใจ (Comprehention) เป็นพฤติกรรมที่ต่อเนื่อง มาจากความรู้ต้องมีความรู้มาก่อนถึงจะเข้าใจ ความเข้าใจนี้จะแสดงออกมาในรูปของการแปลความ ตีความและคาดคะเน
 - 1.3 การนำไปใช้ (Application) เป็นการนำเอาวิธีการทางทฤษฎี กฎเกณฑ์และแนวความคิดต่าง ๆ ไปใช้
 - 1.4 การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นขั้นที่บุคคลมีความสามารถ และมีทักษะในการจำแนกเรื่องราวที่สมบูรณ์ใดๆ ออกเป็นส่วนย่อยและมองเห็นความสัมพันธ์อย่างชัดเจนระหว่างส่วนประกอบที่รวมเป็นปัญหาหรือสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง
 - 1.5 การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถของบุคคลในการรวบรวมส่วนย่อยต่าง ๆ เข้าเป็นส่วนรวมที่มีโครงสร้าง มีความชัดเจนและมีคุณภาพสูงขึ้น
 - 1.6 การประเมินผล (Evaluation) เป็นความสามารถของบุคคลในการวินิจฉัยราคาของสิ่งต่างๆ โดยมีกฎเกณฑ์ที่ช่วยประเมินค่านี้อาจเป็นกฎเกณฑ์ที่บุคคลสร้างขึ้นมา หรือมีอยู่แล้วก็ตาม
2. พฤติกรรมด้านเจตคติ (Affective domain) พฤติกรรมด้านนี้ หมายถึง ความสนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบในการให้คุณค่า หรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ เป็นพฤติกรรมที่ยากต่อการอธิบาย เพราะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของคน การเกิดพฤติกรรมด้านเจตคติแบ่งขั้นตอนดังนี้
 - 2.1 การรับรู้ หรือ การให้ความสนใจ (Receiving attending) เป็นขั้นที่บุคคลถูกกระตุ้นให้ทราบว่ามีเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าบางอย่างเกิดขึ้นและบุคคลนั้นมีความยินดีหรือที่มีภาวะจิตใจพร้อมที่จะรับ หรือให้ความสนใจต่อสิ่งเร้า นั้น ในการยอมรับนี้ประกอบด้วย ความตระหนัก ความยินดีที่ควรรับและการเลือกรับ
 - 2.2 การตอบสนอง (Responding) เป็นขั้นที่บุคคลถูกจูงใจให้เกิดความรู้สึกผูกมัดต่อสิ่งเร้า เป็นเหตุให้บุคคลพยายามทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนอง พฤติกรรมขั้นนี้ประกอบด้วย การยินยอม ความเต็มใจ และพอใจที่จะตอบสนอง

2.3 การให้ค่านิยม (Valuing) เป็นขั้นที่บุคคลมีปฏิกิริยาซึ่งแสดงให้เห็นว่าบุคคลนั้นยอมรับว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับตนเอง และได้นำไปพัฒนาเป็นของตนเองอย่างแท้จริงพฤติกรรมขั้นนี้ส่วนมากใช้คำว่า ค่านิยม ซึ่งการเกิดค่านิยมนี้ประกอบด้วย การยอมรับความชอบ และผูกมัดค่านิยมเข้ากับตนเอง

2.4 การจัดกลุ่มค่า (Organization) เป็นขั้นที่บุคคลจัดระบบของค่านิยมต่าง ๆ ให้เข้ากลุ่ม โดยพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมเหล่านั้น ในการจัดกลุ่มนี้ประกอบด้วย การสร้างแนวความคิดเกี่ยวกับค่านิยมและจัดระบบของค่านิยม

2.5 การสร้างลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ (Characterization by a value or Value complex) พฤติกรรมขั้นนี้ถือว่า บุคคลมีค่านิยมหลายชนิดและจัดอันดับของค่านิยมเหล่านั้นจากดีที่สุดไปถึงน้อยที่สุด และพฤติกรรมเหล่านี้จะเป็นตัวคอยควบคุมพฤติกรรมของบุคคลพฤติกรรมในขั้นนี้ประกอบด้วย การวางแผนทางของการปฏิบัติ และแสดงลักษณะที่จะปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด

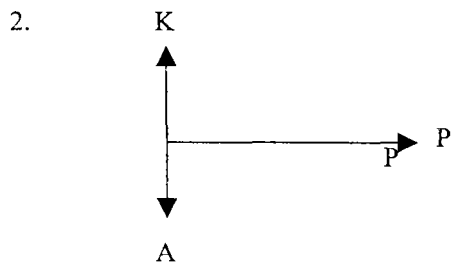
3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor domain) เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความสามารถในการแสดงออกของร่างกาย รวมทั้งพฤติกรรมที่แสดงออกของร่างกาย ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติที่อาจแสดงออกในสถานการณ์หนึ่งๆ หรืออาจเป็นพฤติกรรมที่คาดคะเนว่า อาจจะปฏิบัติในโอกาสต่อไป พฤติกรรมด้านนี้เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่ต้องอาศัยพฤติกรรมด้านพุทธิปัญญา หรือเป็นพฤติกรรมที่สามารถประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ ต้องอาศัยเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอนในด้านสุขภาพนั้นถือว่า พฤติกรรมด้านการปฏิบัติของบุคคล คือ เป้าหมายขั้นสุดท้ายที่ช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี

กล่าวโดยสรุปได้ว่า พฤติกรรม หมายถึงการกระทำ หรือความพร้อมของบุคคลในการปฏิบัติ หรือกระทำกิจกรรมต่างๆ ที่แสดงออกมาให้เห็นในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ซึ่งสามารถสังเกตหรือวัดได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม

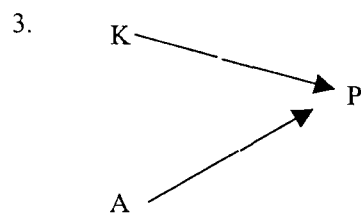
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ กับพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ สามารถสรุปรูปแบบของความสัมพันธ์ได้เป็น 4 ลักษณะ ดังนี้ (นิภา มนูญปิจุ. 2528 : 68)



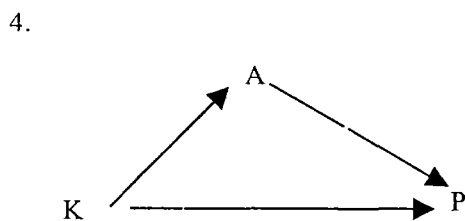
เจตคติเป็นตัวกลางที่ทำให้เกิดความรู้ และการปฏิบัติ ดังนั้นความรู้มีความสัมพันธ์กับเจตคติ และเจตคติมีผลต่อการปฏิบัติ



ความรู้และเจตคติมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา



ความรู้ และเจตคติต่างก็ทำให้เกิดการปฏิบัติได้ โดยมีความรู้และเจตคติไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กัน



ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม สำหรับทางอ้อมนั้นมีเจตคติเป็นตัวกลางทำให้เกิดการปฏิบัติตามมาได้

K = Knowledge

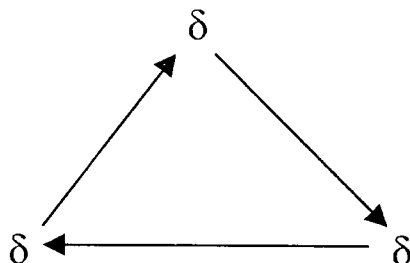
A = Attitude

P = Practice

ในทางสุขภาพนั้น เจตคติที่ดีจะช่วยให้เกิดการปฏิบัติที่ดี ซึ่งเป็นผลให้สุขภาพดี ในที่สุด และเจตคติมีบทบาทสำคัญในเรื่องของการปฏิบัติ เพราะถ้าคนเรามีเจตคติที่ดีต่อความรู้ที่ได้รับจะช่วยให้เกิดการนำความรู้ไปใช้หรือปฏิบัติ ซึ่งเปรียบได้กับปฏิกิริยาทางเคมีของส่วนประกอบดังนี้คือ

ความรู้ + การลงมือกระทำ $\longrightarrow$ การปฏิบัติ

ปฏิริยาจะไม่เกิดขึ้นจนกว่าจะใส่ตัวเร่งปฏิริยา เช่นเดียวกับความรู้ไม่ถูกนำไปใช้จนกว่าจะมีเจตคติที่ดีเกิดขึ้นมากพอ เจตคติจึงอาจเปรียบได้กับตัวเร่งปฏิริยา ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ นั้น สามารถแสดงรูปแบบความสัมพันธ์ได้อีกแบบหนึ่ง ดังนี้



แต่ละวงกลม หมายถึง ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ซึ่งทั้ง 3 อย่างนี้ ต่างก็มีความสัมพันธ์และมีต่อกันเป็นลูกโซ่

ในทางการแพทย์และสาธารณสุข การปฏิบัติหรือการกระทำของบุคคลเป็นเป้าหมายขั้นสุดท้ายที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพอนามัย แต่การที่จะให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมขั้นสุดท้ายนี้ ในกระบวนการจัดการศึกษาถือว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ และทางเจตคติเป็นส่วนประกอบที่สำคัญ ดังนั้นในการวางแผนงานสุขศึกษาในโครงการทางการแพทย์และการสาธารณสุขนั้น นักสุขศึกษาต้องศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับบุคคล เพื่อที่จะเข้าถึงส่วนประกอบของพฤติกรรมด้านต่างๆ เกี่ยวกับปัญหาที่จะแก้ไข รวมทั้งข้อมูลอื่นๆ ที่จำเป็นในการวางแผนงานทางสุขศึกษาว่าต้องการให้กลุ่มบุคคลนั้น เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้ง 3 ด้าน อย่างไรบ้าง (พิสมัย พิทักษ์วารกร. 2536 : 11-12)

พฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้คือ

สุชาติ โสมประยูร (2525 : 44) ได้กล่าวว่า ความหมายพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพทั้งในด้านความรู้ ทักษะ การปฏิบัติและทักษะ โดยเน้นในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถสังเกตและวัดได้

ทวิสิทธิ์ สิทธิกร (2531 : 44) ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกของเด็กเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพทั้งในด้านความรู้ ทักษะ การปฏิบัติและทักษะ โดยเน้นเรื่องการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายนอกที่ครูสามารถสังเกตและวัดได้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532 : 154) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมนุษย์ แสดงออกในด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ

ธนวรรณ อัมสมบุรณ์ (2532 : 38) ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึงการ แสดงออกของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคลนั้นๆเอง หรือบุคคลอื่น ๆ แล้วแต่กรณีสามารถ จำแนกออกเป็น 2 ลักษณะด้วยกันดังนี้คือ

1. ลักษณะแรก เป็นการแสดงออกที่ทำให้เกิดผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพ
2. ลักษณะที่สอง เป็นการรณรงค์ หรือแสดงออก ในสิ่งที่ทำให้เกิดผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งสองลักษณะนี้ แสดงให้ปรากฏในสภาพต่าง ๆ 2 สภาพด้วยกัน

2.1 เป็นการแสดงออกให้เห็นได้ในสภาพหรือในรูปของความรู้ ความเข้าใจในเรื่องใด ที่เป็นผลดีหรือผลเสียต่อสุขภาพ

2.2 เป็นการแสดงออกให้เห็นได้ในสภาพหรือรูปของความรู้สึนึกคิด ความคิดเห็น เจตคติ ความเชื่อ ความศรัทธา จิตสำนึก ความตระหนัก รวมทั้งที่ท่ามีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็นผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพ

จากความหมายที่นักวิชาการทางสุขศึกษาได้ให้ไว้พอสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลนั้น ๆ ในการกระทำ หรือรณรงค์การกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัย ความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้อง สัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวเป็นผลมาจากการเรียนรู้ตามพัฒนาการ ของบุคคลต่าง ๆ ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา

ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532 : 75) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 ชนิด ดังนี้คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive health behavior) หมายถึง การปฏิบัติตัวของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ การคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับรถยนต์ เป็นต้น
2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ ได้แก่ การซักถามถึงอาการของตน การแสวงหาการรักษาพยาบาล การหลบหนีจากสังคม การเพิกเฉย เป็นต้น

3. พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเป็นโรค (Sick role behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมที่ทำให้อาการของโรครุนแรงมากยิ่งขึ้น

ลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้น สามารถจำแนกออกได้ในลักษณะเฉพาะ ดังนี้ คือ

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นการกระทำ หรือปฏิบัติของบุคคลที่ทำให้ภาวะสุขภาพของตนเองและครอบครัวดีขึ้น
2. พฤติกรรมการป้องกันโรค เป็นการกระทำของบุคคลที่ช่วยป้องกันตนเอง ครอบครัว หรือชุมชน มิให้เกิดการเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็นโรคติดต่อหรือไม่ติดต่อ
3. พฤติกรรมการเจ็บป่วย เป็นการกระทำของบุคคลเมื่อตนเอง หรือบุคคลอื่นในครอบครัวเจ็บป่วยขึ้นมา ในแง่ของการดูแลการเจ็บป่วย หรือแสวงหาการรักษาพยาบาลจากสถานบริการ หรือแหล่งการรักษาพยาบาลอื่นใด
4. พฤติกรรมการรักษาพยาบาล เป็นการกระทำของบุคคลตามคำแนะนำของแพทย์ หรือตามข้อกำหนดของการรักษาพยาบาล เมื่อตนเองเจ็บป่วย หรือบุคคลที่ตนเองต้องดูแลรับผิดชอบเจ็บป่วย
5. พฤติกรรมการมีส่วนร่วม เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติเพื่อให้มีผลต่อการป้องกันปัญหา การแก้ไขปัญหา หรือการแก้ไขปัญหของสาธารณสุขในชุมชนและปัญหาของส่วนรวม
6. พฤติกรรมการดูแลพึ่งพาตนเอง เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือตนเอง หรือครอบครัวในด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ในด้านการป้องกันโรค และในด้านการส่งเสริมสุขภาพตามระดับ หรือขีดความสามารถที่จะดูแลพึ่งพาตนเองได้ พฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นเป้าหมายของการดำเนินสาธารณสุขในปัจจุบัน

องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยทั่วไปมี 3 องค์ประกอบคือ องค์ประกอบด้านความรู้ องค์ประกอบด้านเจตคติ และองค์ประกอบด้านการปฏิบัติ ส่วนการเกิดพฤติกรรมเป็นเรื่องสลับซับซ้อนขึ้นอยู่กับกระบวนการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลแตกต่างกันออกไป ซึ่งสะสมกันมาตั้งแต่เด็ก และพฤติกรรมของแต่ละบุคคลจะถูกหล่อหลอมโดยสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัว ดังนั้นจึงมีองค์ประกอบหลายอย่างที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งประภาเพ็ญ สุวรรณ (2539 : 171 – 185) ได้แบ่งออกเป็น 5 องค์ประกอบคือ

1. องค์ประกอบด้านจิตวิทยาที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ วุฒิภาวะ ความสนใจ ความต้องการ ความสามารถ ความคับข้องใจ ความเชื่อ ค่านิยม เป็นต้น สิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติทางสุขภาพของบุคคลทั้งในยามปกติและในยามเจ็บป่วย

2. องค์ประกอบด้านสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มบุคคลในสังคม สถานภาพทางสังคมวัฒนธรรมและศาสนา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนแต่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ การพัฒนาความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติตนขณะเจ็บป่วยของบุคคลทั้งสิ้น ดังต่อไปนี้

2.1 ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่สำคัญที่สุด พฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ นั้น มีอิทธิพลมาจากสถาบันครอบครัว ได้แก่ บางครอบครัวถูกปลูกฝังว่าไม่รับประทานผัก เนื้อสัตว์ หรือปลูกฝังให้ออกกำลังกาย รักษาความสะอาดของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย การรักษาความสะอาดบ้านเรือน เป็นต้น ถ้าสถาบันครอบครัวช่วยส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมีค่านิยมที่ดีต่อสุขภาพ ปฏิบัติตนได้ถูกต้องในด้านที่จะส่งเสริมให้มีสุขภาพอนามัยดี แล้วจะเป็นการแก้ปัญหาสุขภาพของประเทศในอนาคตได้อย่างมาก

2.2 กลุ่มบุคคลในสังคม จะมีอิทธิพลในการชักจูงให้คนมีพฤติกรรมคล้ายตามกันได้ เพราะเราต้องการเป็นที่ยอมรับของสังคม นักสุขศึกษาจึงควรใช้กลุ่มของสังคมให้เป็นประโยชน์ในทางปฏิบัติให้คนมีพฤติกรรมที่ดีตามกัน

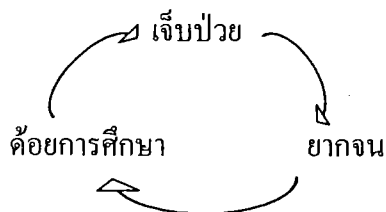
2.3 สถานภาพทางสังคม สถานภาพทางสังคมที่แตกต่างกันจะทำให้คนแสดงออกได้แตกต่างกัน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ย่อมจะมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ส้วมดีกว่าประชาชนทั่วไป เป็นต้น

2.4 วัฒนธรรม เป็นตัวถ่ายทอดวิธีการดำเนินชีวิต วิธีความคิด ความเชื่อ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเป็นอย่างมาก อิทธิพลของวัฒนธรรมส่งผลกระทบต่อการศึกษาทางสุขภาพได้เป็นอย่างมาก ได้แก่ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ บางชุมชนเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย นิยมรักษาโดยทางเวทมนต์

2.5 ศาสนา ศาสนามีอิทธิพลอย่างมากต่อการดำเนินชีวิต และความเป็นอยู่ของประชาชน และมีผลต่อพฤติกรรมของประชาชนด้วย ยกตัวอย่าง ได้แก่ คำสอนในพุทธศาสนาที่กล่าวถึง การรับประทานอาหารแต่พอควรไม่ให้หนอยเกินไปหรืออึดเกินไป จะเห็นได้ว่าคำสอนดังกล่าว มีผลต่อสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งในยามปกติและเจ็บป่วยทั้งสิ้น

3. องค์ประกอบด้านเศรษฐกิจที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ภาวะเศรษฐกิจของประชาชน มีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา ซึ่งขณะเดียวกันก็มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพด้วย ในกลุ่มประเทศที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีนักจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติด้านสุขภาพไม่ถูกต้อง

(ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 182) ในทางตรงกันข้ามถ้าฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชนดี โอกาสที่จะได้รับการศึกษาที่ดีจะมีมาก การศึกษาช่วยให้บุคคลมีความรู้ที่ถูกต้อง มีความฉลาด และสามารถเลือกการปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เป็นผลให้เขามีสุขภาพที่ดี ซึ่งความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้งสาม ดังปรากฏตามภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบด้านเศรษฐกิจที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ
ที่มา : ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 182.

4. องค์ประกอบด้านการศึกษามีอิทธิพลต่อสุขภาพ ระดับการศึกษามีผลทำให้พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติทางด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย เพราะผู้ที่มีการศึกษาดีจะมีอาชีพที่มีรายได้ค่อนข้างดี ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาลพบว่า กลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่าจะมีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาถูกต้อง มากกว่าพวกที่มีการศึกษาน้อยกว่า จากการศึกษานี้ของ มัคเลนแคมและเซเลส (ถนอมวรรณ อยู่จำ. 2536 : 16; อ้างอิงมาจาก Mlукlenkamp and Sayles. 1986 : 336) ได้ศึกษา กลุ่มตัวอย่างประชากรผู้ใหญ่อยู่ระหว่าง 18-67 ปี ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงใต้ของอเมริกา ผลการศึกษพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยบุคคลที่ได้รับการศึกษาในระดับสูงกว่าจะมีพฤติกรรมการกิน การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การพักผ่อน การไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพมากกว่าบุคคลที่ได้รับการศึกษาน้อยกว่า

5. องค์ประกอบด้านการเมือง มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนทางด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เพราะนโยบายของประเทศจะชี้ให้เห็นถึงจำนวนและความเพียงพอของบริการการรักษาพยาบาล กิจกรรมการสอนสุขภาพที่จัดให้กับประชาชน กฎหมาย หรือข้อบังคับที่จะมีผลต่อสุขภาพบางอย่าง (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 185)

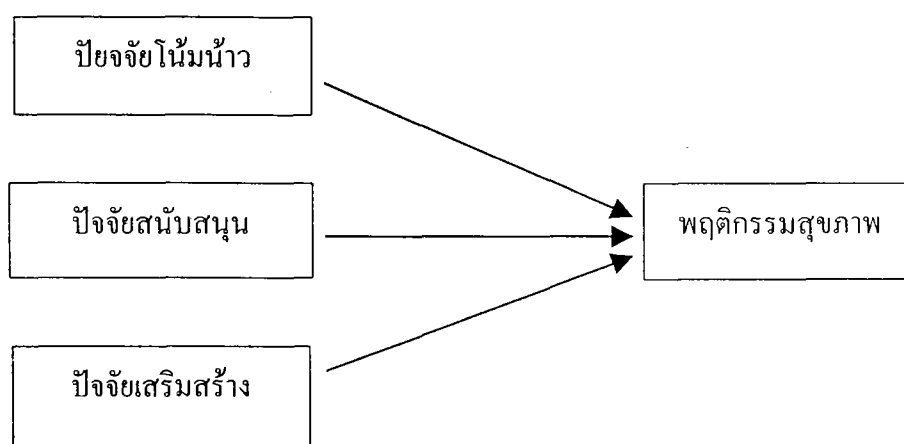
กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

ธนวรรณ อัมสมบุญ (2528 : 24-26) ได้กล่าวถึง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนเราว่า เป็นลักษณะใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการดังนี้คือ

1. ปัจจัยโน้มน้าว (Predisposing factor) เป็นผลที่เกิดจากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลโดยตรง ซึ่งอยู่ในลักษณะความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ค่านิยมและเจตคติ การเกิดหรือการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยโน้มน้าว ให้อยู่ในระดับที่เอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้นั้น ต้องอาศัยประสบการณ์การเรียนรู้ที่ต่อเนื่องกันมาตั้งแต่จุดเริ่มแรกของการเรียนรู้ ซึ่งอาจได้มาจากภาวะแวดล้อมในครอบครัว หรือจากสังคมแวดล้อมทั่วไป

2. ปัจจัยสนับสนุน (Enabling factor) ได้แก่ สภาพแวดล้อมและกิจกรรมต่างๆ ที่เอื้ออำนวยให้แต่ละบุคคล ได้มีโอกาสกระทำการในเรื่องใดเรื่องหนึ่งอย่างพอเพียงเหมาะสมและต่อเนื่อง จนกระทั่งเกิดการพัฒนาเป็นทักษะและพฤติกรรมอย่างถาวร เช่น การจัดให้นักเรียนมีส่วนร่วมในการดำเนินการและรับผิดชอบโครงการสุขภาพในโรงเรียนตามระดับความรู้ ความชำนาญก็จะเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะปลูกฝังหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้เกิดขึ้นได้ โดยมีปัจจัยอื่นๆ เป็นแรงเสริม

3. ปัจจัยเสริมสร้าง (Reinforcing factor) ได้แก่บุคคลต่าง ๆ ในครอบครัวในโรงเรียน และสังคมสิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งจะมิบทบาทในการสั่งสอนอบรมแนะนำชักจูง ควบคุมดูแล กระตุ้นหรือมีปฏิสัมพันธ์อย่างใดอย่างหนึ่ง ที่จะเสริมสร้างให้การกระทำหรือการปฏิบัติในสิ่งที่จะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ โดยใช้การตัดสินใจของตนเองที่ได้รับแรงโน้มน้าว และกำลังสนับสนุนจากปัจจัยต่างๆ ดังปรากฏในภาพประกอบ 2



ภาพประกอบ 2 กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

ที่มา : ธนวรรณ อัมสมบุญ. 2532 : 39.

ปัจจัยร่วมต่าง ๆ (Modifying factors) เป็นปัจจัยต่างๆ ตามสภาพความจริงที่ส่งเสริมหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล อันได้แก่ ปัจจัยด้านจิตสังคม ปัจจัยด้านประชากร รวมทั้งสิ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งในภาวะสุขภาพดีและในขณะเจ็บป่วย ดังนี้

ปัจจัยด้านจิตสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นแนวทางในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของตนให้สอดคล้องสัมพันธ์กับความเชื่อของตน และความต้องการของสังคมรอบข้าง ด้วยเหตุผลที่ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเปรียบเสมือนแรงผลักดันส่วนบุคคลในการตัดสินใจอย่างใดอย่างหนึ่งเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล บุคคลจะปฏิบัติสิ่งใดเพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นโรครุนแรงขึ้นกับความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลนั้น

ปัจจัยด้านประชากร เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญปัจจัยหนึ่ง ในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในลักษณะต่างๆ กันดังนี้

ด้านเพศ จากการศึกษาเรื่องเพศกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า เพศเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ นั่นคือ เพศหญิงและเพศชายมีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน เนื่องจากเพศเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาการปรับตัว และทัศนคติต่อการเจ็บป่วย

ด้านอายุ เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เนื่องจากอายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต ที่ส่งผลถึงการมีพฤติกรรมที่แตกต่างกันต่อปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ผู้ที่มีช่วงอายุระหว่าง 25 – 44 ปี เป็นช่วงอายุที่กำลังหมกหมุ่นอยู่กับการทำงานและการสร้างฐานะจึงไม่สนใจเกี่ยวกับสุขภาพมากนัก ส่วนผู้ที่อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 45-64 ปี เป็นช่วงอายุที่มีความสนใจและเอาใจใส่ในเรื่องสุขภาพมาก ดังที่โอเรม (Orem, 1980 : 154) ได้กล่าวไว้ว่า เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้นย่อมมีการตัดสินใจทางเลือกที่ดี และมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องการดูแลตนเองด้านสุขภาพ ขอมรับและรับผิดชอบที่จะกระทำเพื่อตัวเองได้ดีกว่าวัยเด็ก

ด้านระดับการศึกษา เป็นองค์ประกอบที่สำคัญประการหนึ่งที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลให้แตกต่างกัน โดยทั่วไปบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการรับรู้และปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ถูกต้องและดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ เนื่องจากบุคคลที่ได้รับการศึกษาน้อยจะขาดโอกาสในการเรียนรู้เรื่องสุขภาพอนามัย ในขณะที่บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงมักจะเป็นผู้ที่สนใจศึกษาค้นคว้าอยู่เสมอ และมีโอกาสที่จะรับรู้ข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ ได้หลายประเภท โดยสามารถที่จะเรียนรู้และทำความเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ ได้รวดเร็ว ซึ่งจะเป็นการเพิ่มพูนความรู้ความสามารถแก่ตนเองมากขึ้นทำให้มีความรู้ความเข้าใจในการรับรู้ และสามารถรับรู้สิ่งต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ

ด้านรายได้ของครอบครัวหรือฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นองค์ประกอบสำคัญอีกประการหนึ่งที่ส่งผลถึงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ดังที่เพนเดอร์ (Pender. 1987 : 161 – 162) กล่าวว่า ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยมีผู้มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมสูงจะมีรายได้สูง ซึ่งเอื้ออำนวยความสะดวกให้บุคคลสามารถดูแลตนเอง ตลอดจนเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้อย่างเหมาะสม และมีโอกาสเลือกใช้บริการทางสาธารณสุขดีกว่าผู้มีรายได้น้อย

ตามแนวคิดนี้แสดงว่า ถ้าบุคคลยอมรับว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเชื่อว่าโรคนั้นมีความรุนแรง ยอมรับว่าการกระทำเพื่อป้องกันโรคนั้นมีประโยชน์ต่อตัวเขาการที่จะกระทำนั้นมีการอุปสรรคขัดขวางน้อยและมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติ สิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคนั้น (Becker and Maiman. 1975 : 10 – 24)

การปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพ

ปัญหาสาธารณสุขในปัจจุบัน ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม จึงมีความจำเป็นต้องแก้ไขปัญหาโดยการปลูกฝังและสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้เกิดในกลุ่มประชาชนทั่วไป โดยเน้นในกลุ่มเด็กและเยาวชนเป็นเป้าหมายหลัก เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพขั้นพื้นฐาน และพัฒนาต่อไปจนเป็นค่านิยมทางสุขภาพ ซึ่งกลวิธีในการปลูกฝังและสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพนั้น ได้กำหนดในรูปของสุขบัญญัติแห่งชาติ โดยครอบคลุมพฤติกรรมที่พึงประสงค์ 6 ด้าน คือ ด้านอนามัยส่วนบุคคล ด้านอาหารและโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านสุขภาพจิต ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ และด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (นโยบายสาธารณสุขแห่งชาติ. 2541 : 18) มีผลนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ป้องกันปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในช่วงอายุต่างๆ ลดความเสี่ยงในการประกอบอาชีพ สามารถสร้างให้กับเยาวชนและสังคมได้ดีกว่าการมาปรับปรุงและแก้ไขพฤติกรรมภายหลัง ส่งผลต่อการแก้ปัญหาสุขภาพโดยรวมในอนาคต การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลดังกล่าวข้างต้น มีองค์ประกอบของการพัฒนาพฤติกรรมที่สำคัญ 2 ประการคือ (กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2541 : 17-19)

1. การพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ ความคิด ค่านิยม และทักษะที่จำเป็นพื้นฐานในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนทักษะกระบวนการตรวจสอบ และประเมินความก้าวหน้าในการพัฒนาพฤติกรรมของบุคคลไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ ลักษณะของกิจกรรมจะแตกต่างกันตามลักษณะของกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการพัฒนา และสิ่งแวดล้อม ได้แก่ แนวคิด หลักการ และแนวทางการจัดกิจกรรม

2. การพัฒนาปัจจัยแวดล้อมทั้งทางกายภาพ และสังคม ที่เอื้ออำนวย และเกื้อกูลต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

ในแนวคิดและหลักการทางสุขศึกษาที่นำมาใช้ในการปลูกฝัง สร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามแนวสุขบัญญัติแห่งชาตินั้น จำเป็นต้องจัดกิจกรรมการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะของบุคคล ควบคู่ไปกับการพัฒนาปัจจัยแวดล้อมทางสังคม เช่น การกำหนดกฎระเบียบ การใช้สิทธิพลของกลุ่ม และของสังคมมาสนับสนุนการมีกิจกรรมเสริมสร้างค่านิยมในทางที่ถูกต้อง

ขั้นตอนในการดำเนินงานปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพ จำเป็นต้องวิเคราะห์พฤติกรรม และปัจจัยทางพฤติกรรม ทั้งในส่วนการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ ค่านิยม ความเชื่อ และองค์ประกอบในการสร้างเสริมทักษะที่จำเป็นพื้นฐาน ควบคู่ไปกับการกำหนดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้ออำนวยและจำเป็นต่อการพัฒนาพฤติกรรม ทั้งในระบบโรงเรียน ชุมชนเขตเมืองและชนบท สถานบริการสาธารณสุข โรงงานอุตสาหกรรมและพื้นที่พิเศษ เช่น พื้นที่ชายแดน ชาวประมง ชาวเขา เป็นต้น แล้วใช้ข้อมูลมาวางแผนในการจัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้กระบวนการทางสุขศึกษา พร้อมทั้งใช้กระบวนการเผยแพร่ความรู้ทางมวลชนในการสร้างกระแสสังคมให้ตระหนักในปัญหา จึงจะช่วยให้การพัฒนาพฤติกรรมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการดำเนินงานปลูกฝัง สร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ จำสำเร็จได้ต้องอาศัยความร่วมมือและประสานงานระหว่างสาขาต่างๆ อาทิ สถาบันการศึกษา หน่วยงานสาธารณสุข ศาสนา ชุมชน สถาบันครอบครัว และองค์กรชุมชน องค์กรปกครองท้องถิ่น การเมือง และสื่อมวลชนต่างๆ เพราะเป็นส่วนสำคัญที่จะร่วมมือในการพัฒนาปัจจัยแวดล้อมทางกายภาพ และสังคมที่เอื้ออำนวย เกื้อกูลต่อการปลูกฝังการพัฒนาพฤติกรรมของเด็ก เยาวชน และประชาชนทั่วไป

แนวคิดเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว

สังัด เปล่งพานิช (2520:53) กล่าวว่าคณะผู้เชี่ยวชาญจากธนาคารโลกเข้ามาสำรวจภาวะเศรษฐกิจในประเทศไทยเมื่อ พ.ศ. 2501 ได้ให้ข้อคิดเห็นว่า ควรส่งเสริมให้ประชาชนรู้จักวิธีจำกัดขนาดของครอบครัว โดยจัดให้มีการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดตามสถานีนอนามัยต่างๆ

โกวิท ทรัพย์พัฒน์ (2521 : บทคัดย่อ) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการเรียนการสอนประชากรศึกษาไว้ว่า กระทรวงศึกษาธิการสามารถช่วยแก้ปัญหาการเพิ่มประชากรได้ โดยการให้การศึกษาอีกทั้งเตรียมประชาชนให้พร้อมในการที่จะวินิจฉัยปัญหาได้อย่างเหมาะสม กระทรวงศึกษาธิการจึงได้แทรกหลักสูตรประชากรศึกษาไว้ในโครงการศึกษาทุกระดับ ทั้งใน และนอกโรงเรียน ในขณะที่เดียวกันได้จัดทำระบบเผยแพร่ข่าวสารเพื่อประชาชนในชนบทเป็นการเฉพาะขึ้น

ประเสริฐ สุวัฒน์สุ (2521 : 600) ให้แนวคิด เกี่ยวกับคุณภาพประชากรทางด้านสาธารณสุขว่า ประเทศไทยมีอัตราการเพิ่มประชากรค่อนข้างสูง การเร่งรัดให้มีการดำเนินงานวางแผนครอบครัว จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้ได้ประชากรที่มีคุณภาพ ทำให้ผลผลิตด้านต่าง ๆ ดียิ่งขึ้น เป็นผลให้ประเทศไทยได้พัฒนาก้าวหน้าต่อไป

วรารักษ์ แผลงมน (2536 : 23) ให้แนวคิดว่า หน่วยงานต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ และเอกชนควรจะส่งเสริมการลดอัตราการเพิ่มของประชากรลง และส่งเสริมให้คนในชนบทรู้จักพึ่งตนเองให้มากที่สุด เพื่อความอยู่ดีกินดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นผลให้ประเทศมีการพัฒนาสืบต่อไป

บุญเลิศ เลี้ยวประไพ (2537) อ้างอิงมาจาก จิตโส จันทวดี (ม.ป.ป. : 1) ให้ข้อคิดเห็นว่า ตามสภาพเศรษฐกิจสังคมทรัพยากรธรรมชาติ และเทคโนโลยีที่มีอยู่ในปัจจุบัน ประเทศไทยควรมีประชากรไม่เกิน 65 ล้านคน ในขณะที่มีพื้นที่ป่าไม้เหลืออยู่เพียง 68 ล้านไร่ แต่ถ้าไม่สามารถหยุดยั้งการเพิ่มของประชากรได้ และเมื่อมีถึง 86 ล้านคนเมื่อใด ก็จะเกิดวิกฤตทางประชากรจะมีอัตราจากโรคภัยไข้เจ็บเพิ่มขึ้น ซึ่งเกิดจากความแออัดของมนุษย์ ภายใต้อาณาเขตทรัพยากรที่จำกัด

ความหมายของการวางแผนครอบครัว

ได้มีผู้ให้ความหมายของการวางแผนครอบครัวไว้ดังนี้

สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย (ม.ป.ป. : 14) กล่าวว่า การวางแผนครอบครัว คือ การที่คู่สมรสคิดไว้ล่วงหน้าว่า จะมีบุตรเมื่อใด มีจำนวนบุตรกี่คน และเว้นช่วงระยะความถี่ห่างของการมีบุตร โดยวิธีป้องกันการตั้งครรภ์ในระยะที่ไม่ต้องการมีลูก หรือทำหมันเป็นการถาวร เมื่อมีบุตรพร้อมกับความต้องการแล้ว

กระทรวงสาธารณสุข (2521 : 2) กล่าวว่า การวางแผนครอบครัว หมายถึง การที่คู่สมรสคิดไว้ล่วงหน้ามีลูกเมื่อใดบ้าง และจะมีลูกจำนวนกี่คน โดยวิธีป้องกันการตั้งครรภ์ในระยะที่ไม่ต้องการมีลูก หรือผ่าตัดเป็นการถาวร เมื่อมีลูกพร้อมกับความต้องการแล้ว

สุวชัย อินทรประเสริฐ และวิฑูร โอสถานนท์ (2535:45) กล่าวว่า การวางแผนครอบครัว คือ การที่คู่สมรสวางแผนไว้ว่าจะมีบุตรกี่คน จะมีเมื่อไร มีที่ห่างเท่าไร โดยให้บุตรที่เกิดมานั้น

มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ตนเองมีความสามารถที่จะเลี้ยงดูให้ความรัก และความเอาใจใส่อย่างทั่วถึง ให้มีการศึกษาที่เหมาะสม มีอาชีพ และเติบโตเป็นพลเมืองที่ดีของประเทศชาติต่อไป

มัลลิกา มัติโก และคณะ (2540 : 2) กล่าวว่า ในปี ค.ศ. 1982 เป็นต้นมา องค์การอนามัยโลกได้ใช้คำว่า การอนามัยเจริญพันธุ์ (Reproductive health) ในเรื่องการวางแผนครอบครัว ซึ่งหมายความว่า เป็นความสามารถของบุคคลในการเจริญพันธุ์ บุคคลสามารถกำหนดระยะการมีบุตร และสามารถผ่านการตั้งครรภ์ และคลอดบุตรอย่างประสบความสำเร็จ และปลอดภัยรวมทั้งสุขภาพของมารดา และทารกจะต้องแข็งแรงสมบูรณ์ และบุคคลจะต้องมีความสุข และปลอดภัยในการมีเพศสัมพันธ์

ชวนชม สกนธวัฒน์ (2540 : 3) กล่าวว่า การวางแผนครอบครัว หมายถึง การที่บุคคลหรือคู่สมรสวางแผนไว้ล่วงหน้า เพื่อ

1. หลีกเลี่ยงการตั้งครรภ์ไม่ปรารถนา หรือตั้งครรภ์ในขณะที่ยังไม่พร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

2. ควบคุมระยะเวลาที่จะตั้งครรภ์ให้เหมาะสมกับอายุ และสุขภาพของร่างกาย

3. ให้มีการตั้งครรภ์เมื่อต้องการ

4. เว้นระยะการมีบุตรอย่างเหมาะสม

ทั้งนี้ เพื่อให้มารดา และบุตรที่เกิดมามีสุขภาพดี ได้รับการเลี้ยงดู อบรมให้เป็นพลเมืองดีของประเทศชาติ

สรุปได้ว่า การวางแผนครอบครัวเป็นการวางแผนร่วมกันระหว่างสามี และภรรยาว่าจะมีบุตรเมื่อไร ก็คน แต่ละคนเว้นระยะเท่าใด ขึ้นอยู่กับความพร้อมของครอบครัว ทำให้ประชากรมีคุณภาพ มีผลต่อการพัฒนาตนเอง สังคม และประเทศชาติ และการวางแผนครอบครัวในหญิงหลังคลอด คือ การที่หญิงหลังคลอดใช้วิธีคุมกำเนิดเพื่อเว้นระยะการมีบุตร โดยคำนึงถึงภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว สุขภาพของหญิงหลังคลอด และภาระในการเลี้ยงดูบุตรเป็นหลัก

ความสำคัญของการวางแผนครอบครัว

วิระ นิยมวัน และปิติ พูนไชยศรี. (2536 : 858-859) ได้สรุปความสำคัญของการวางแผนครอบครัวไว้ดังนี้

1. ระดับครอบครัว การวางแผนครอบครัวมีผลต่อสมาชิกในครอบครัวดังนี้คือ

1.1 สุขภาพมารดา ถ้ามารดาอายุน้อยเกินไป อาจให้กำเนิดบุตรที่พิการได้ทั้งร่างกายและจิตใจ และมารดาที่มีบุตรมาก หรือถี่มากเกินไป ย่อมทำให้สุขภาพทรุดโทรม ไม่มีเวลาในการทำงานอย่างอื่น เพราะต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการเลี้ยงดูบุตร

1.2 สุขภาพบุตร ถ้าคู่สมรสไม่มีการวางแผนครอบครัว ย่อมทำให้เกิดผลเสียแก่บุตรที่จะเกิดมา คือ บุตรที่เกิดเป็นอันดับที่ 5 ขึ้นไป มีแนวโน้มที่จะผิดปกติ มีอัตราตายสูงเนื่องจากมีน้ำหนักน้อย บุตรที่เกิดจากมารดาที่มีอายุเกิน 35 ปีขึ้นไป อาจทำให้เป็นคนพิการแต่กำเนิดทั้งร่างกายและสติปัญญาได้

1.3 สุขภาพบิดา การมีบุตรถี่และหลายคนย่อมเป็นภาระหนักในการเลี้ยงดู เพื่อให้ทุกคนในครอบครัวมีความสุข ดังนั้นสุขภาพของบิดาจึงทรุดโทรมเพราะความเคร่งเครียดในการหารายได้เลี้ยงครอบครัว อาจก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพจิตของบิดาได้

2. ระดับชุมชน หรือสังคม ในชุมชนที่ไม่มีการวางแผนครอบครัว ทำให้ครอบครัวมีบุตรมากเกินไป บิดามารดาจะให้การดูแลบุตรได้ไม่ทั่วถึง ให้การศึกษาน้อยหรือไม่ได้เลยเนื่องจากภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว เขาชนที่เติบโตในสังคมเหล่านี้นั้นไม่มีโอกาสในการศึกษาต่อในระดับสูง ไม่สามารถประกอบอาชีพที่ดีได้ จึงก่อให้เกิดปัญหาเล็กน้อยหรือก่อให้เกิดปัญหาอาชญากรรมอื่นๆ ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาของชุมชนหรือสังคมนั้นๆ ขึ้นมาในที่สุด

3. ระดับประเทศชาติ การที่ประเทศมีอัตราการเพิ่มของประชากรอย่างรวดเร็ว ทำให้อัตราส่วนของเด็กซึ่งเป็นวัยพึ่งพิงมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ทำให้เป็นภาระในการจัดสวัสดิการทางสังคมต่างๆ ก่อให้เกิดปัญหาในการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศได้

ประโยชน์ของการวางแผนครอบครัว

ผลที่ได้จากการจัดโครงการวางแผนครอบครัว ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อบุคคล ครอบครัว หน่วยงาน สังคมและประเทศชาตินานัปการ ได้แก่ (สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย. 2530 : 104-105)

1. ช่วยให้คู่สมรสได้มีโอกาสปรับตัว เรียนรู้เกี่ยวกับการครองชีวิตคู่อย่างแท้จริง มีช่วงเวลาปรับฐานะความเป็นอยู่ของครอบครัวให้ดียิ่งขึ้น มีเวลาวางแผนกำหนด จำนวนความถี่หรือห่างของการมีบุตร ตามความต้องการที่เหมาะสมกับสภาพครอบครัว

2. ช่วยให้เกิดการออม และประหยัดภายในครอบครัว มีโอกาสได้ระดมเงินในการใช้จ่ายเกี่ยวกับสิ่งบริโภคและอุปโภค ดำรงชีวิตในเศรษฐกิจที่พอเพียงเท่าที่ความจำเป็นของงาน ทำให้มีเงินเหลือสะสมไว้ใช้ในสิ่งที่จำเป็นต่อการดำรงชีพ

3. ช่วยให้สุขภาพร่างกายและจิตใจของทุกคนในครอบครัวมีความสุข ร่างกายของแม่ไม่ทรุดโทรม ไม่เสี่ยงอันตรายจากการตั้งครรภ์และการคลอดบ่อยๆ เด็กที่เกิดมาเป็นเด็กที่เกิดจากความรัก และความต้องการของพ่อแม่ พ่อแม่มีเวลาเลี้ยงดู ให้ความอบอุ่น รู้จักการดำรงชีวิตที่เหมาะสม ทำให้เป็นเด็กที่มีสภาพร่างกายและจิตใจสมบูรณ์เป็นคนที่มีความประพฤติดี

4. ช่วยให้พ่อแม่สามารถให้การศึกษาแก่บุตรได้เต็มที่ตามความสามารถของบุตร และฐานะของครอบครัว เพื่อให้มีอาชีพ และอนาคตที่ดี เป็นคนที่มีคุณภาพเป็นที่ต้องการของสังคม และเป็นกำลังที่สำคัญต่อการพัฒนาประเทศชาติต่อไป

5. ทำให้สามารถแก้ไขปัญหามหาโรคระบาดในคนในระดับกลาง และระดับสูงได้ ช่วยเร่งการผลิตบุคลากรที่ต้องการ เช่น แพทย์ พยาบาล ครู ช่างฝีมือ ช่างเทคนิค เป็นต้น ได้อย่างพอเพียงและมีคุณภาพ เป็นการลดภาระของรัฐบาลในการพัฒนา การศึกษาในระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษาได้

6. ทำให้อัตราการเพิ่มของประชากรลดลง ช่วยลดภาระงานและงบประมาณด้านสาธารณสุข ทำให้รัฐบาลลดขั้นตอนในการแก้ปัญหาสังคม และสิ่งแวดล้อมให้น้อยลง สามารถปฏิบัติงานในทางสร้างสรรค์ ให้บรรลุตามเป้าหมายของแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติในระยะต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7. ช่วยให้รัฐบาลมีงบประมาณที่จะใช้ในการลงทุน เพื่อผลิตและสร้างแหล่งงานให้แก่แรงงานเพิ่มขึ้น ช่วยลดภาระที่สิ้นเปลือง สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาสังคม และสวัสดิการต่าง ๆ ทางการศึกษา การสาธารณสุข การประชาสัมพันธ์ และสาธารณสุขปศุสัตว์ต่าง ๆ เพื่อความเป็นอยู่ที่ดีของประชากรในประเทศได้

วิธีการวางแผนครอบครัว

วิธีที่ใช้ในการวางแผนครอบครัว คือ การคุมกำเนิด (Contraception) ซึ่งหมายถึงการป้องกันการปฏิสนธิ หรือการป้องกันการตั้งครรภ์ วิธีคุมกำเนิดที่ดีควรมีคุณสมบัติดังนี้ (สุพร เกิดสว่าง. 2527 : 6)

1. ประสิทธิภาพสูง (Effective)
2. ปลอดภัยไม่มีอาการแทรกซ้อนที่รุนแรง แม้จะใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน (Safe)
3. กลับตั้งครรภ์ได้ใหม่เมื่อเลิกใช้ (กรณีคุมกำเนิดแบบชั่วคราว) มีการเจริญพันธุ์ได้ดี

เหมือนเดิม (Reversible)

4. ใช้ง่ายสะดวกในทางปฏิบัติและการให้บริการ (Simple)
5. เป็นวิธีที่คนส่วนใหญ่ยอมรับ (Acceptable)
6. ราคาถูก (Inexpensive)

วิธีการคุมกำเนิดแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ (ธีระ ทองสง และคณะ. 2539 : 515)

1. การคุมกำเนิดแบบชั่วคราว (Contemporary contraception) หมายถึง การคุมกำเนิดเพื่อเว้นระยะการมีบุตร เมื่อเลิกใช้แล้วก็สามารถมีบุตรได้อีก มีหลายวิธีแบ่งออกเป็น

1.1 การคุมกำเนิดโดยใช้ฮอร์โมน

- 1) ฮอร์โมนคุมกำเนิดชนิดรับประทาน (Oral hormonal contraception)
- 2) ยาฉีดคุมกำเนิด (Injectable contraception)
- 3) ยาฝังคุมกำเนิด (Implantation)

1.2 ห่วงอนามัย (Intrauterine devices)

1.3 ถุงยางอนามัย (Condom)

1.4 วิธีคุมกำเนิดโดยไม่ต้องใช้เครื่องมือ (Non-appliance methods)

2. การคุมกำเนิดแบบถาวร (Permanent contraception) หมายถึง การคุมกำเนิดในกรณีที่ไม่ต้องการที่จะมีบุตรอีกต่อไปสามารถทำได้ทั้งฝ่ายหญิงและฝ่ายชาย ซึ่งเรียกว่า การทำหมันหญิง และการทำหมันชาย (ยุทธพงศ์ วีระวัฒนตระกูล. 2538 : 314-315)

ฮอร์โมนคุมกำเนิดชนิดรับประทาน หรือยาเม็ดคุมกำเนิด (Oral hormonal contraception) เป็นวิธีคุมกำเนิดโดยการรับประทานยาคุมกำเนิดชนิดเม็ด ซึ่งเป็นวิธีที่มีผู้นิยมใช้กันมากที่สุด ในปัจจุบันยาเม็ดคุมกำเนิด ประกอบด้วยฮอร์โมน 2 ชนิด (นิสามณี สัตยาบัณ. 2532:195) คือ เอสโตรเจน และโปรเจสติน เอสโตรเจนที่นำมาใช้มี 2 ชนิดคือ เอthinyl เอสตราดิออล (Ethinyl estradiol : ED) เมื่อถูกดูดซึมแล้วออกฤทธิ์ได้ทันที ยาคงอยู่ในร่างกายนานประมาณ 24-36 ชั่วโมง และ เมสทรานอล (Mestranol : ME) ซึ่งทำให้เกิดอาการข้างเคียงต่อทางเดินอาหารน้อยกว่า ethinyl estradiol แต่ไม่สามารถออกฤทธิ์ต่ออวัยวะเป้าหมายได้ทันที ต้องถูกเปลี่ยนแปลงที่ตับให้เป็น ethinyl estradiol ก่อน จึงนิยมใช้ ethinyl estradiol มากกว่า mestranol ปัจจุบันยาเม็ดคุมกำเนิดส่วนใหญ่แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม (ชวนชม สกนธวัฒน์. 2540 : 31-67) คือ

1. ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม (Combined pills) หมายถึง ยาเม็ดคุมกำเนิดที่แต่ละเม็ดประกอบด้วย ฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) และโปรเจสติน (Progestogen) รวมกัน บรรจุในแผง แผงละ 21 เม็ด หรือ 28 เม็ด ชนิดที่มีแผงละ 28 เม็ดนั้น 7 เม็ดหลังจะไม่มีฮอร์โมน แต่จะมีวิตามิน หรือธาตุเหล็กแทน ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม แบ่งออกเป็น 3 ชนิด คือ

1.1 โมโนเฟสสิก พิลล์ (Monophasic pills) หมายถึง ยาคุมกำเนิดทุกเม็ดมีปริมาณ เอสโตรเจนและเจสตินเท่ากัน ปัจจุบันนิยมใช้ชนิดที่มีเอสโตรเจนต่ำ (ED ตั้งแต่ 20-50 ไมโครกรัม) โดยชนิดที่มี ED ตั้งแต่ 20-30 ไมโครกรัม เรียกว่า Low dose pills ส่วนชนิดที่มี ED 50 ไมโครกรัมเรียกว่า Balanced pills

1.2 ไบฟาสิก พิลล์ (Biphasics pills) หมายถึง ยาเม็ดคุมกำเนิดทุกเม็ดมีปริมาณเอสโตรเจนมากกว่าโปรเจสตोजีน ปัจจุบันไม่นิยมใช้

1.3 ไตรฟาสิก พิลล์ (Triphasic pills) หมายถึง ยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีส่วนผสมของฮอร์โมนแตกต่างกัน 3 ระดับ เพื่อให้ระดับฮอร์โมนในรอบระดูใกล้เคียงธรรมชาติมากที่สุด และเพื่อเป็นการลดปริมาณฮอร์โมนลง ซึ่งจะช่วยลดอาการข้างเคียงลงได้

2. ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดที่มีฮอร์โมนโปรเจสตोजีนตัวเดียว (Progestogen only pills หรือ Mini pills) หมายถึง ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดที่ประกอบด้วยฮอร์โมนโปรเจสตोजีนขนาดน้อยๆ เท่ากันทุกเม็ด มีประสิทธิภาพในการป้องกันการตกไข่ไม่แน่นอน อาจตั้งครรภ์นอกมดลูกได้ มีประโยชน์สำหรับผู้ที่ไม่สามารถทนต่ออาการข้างเคียงของเอสโตรเจนได้ ขณะใช้ยานี้อาจทำให้ระดูไม่ปกติและอาจมีการตกไข่บ้างแต่ไม่สม่ำเสมอ เพราะฤทธิ์ของยาไม่ได้ระงับการตกไข่อย่างสมบูรณ์ ดังนั้นถ้าไม่มีประจำเดือนตามกำหนดมากกว่า 2 สัปดาห์ ต้องไปพบแพทย์

ข้อบ่งใช้ของ Mini pills ได้แก่

- 1)สตรีที่มีอายุมากกว่า 35 ปี
- 2) มีประวัติปวดศีรษะแบบไมเกรน
- 3) มีความดันโลหิตสูง หรือมีปัญหาเกี่ยวกับหลอดเลือดดำอุดตัน
- 4) สตรีที่กำลังให้นมบุตร เนื่องจากยาในกลุ่มนี้จะทำให้ระยะการให้นมยาวนานขึ้น

3. ยาคุมกำเนิดชนิดรับประทานภายหลังการร่วมเพศ (Postcoital pills) หมายถึง ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดที่รับประทานภายหลังการร่วมเพศภายใน 48-72 ชั่วโมง ใช้ในรายที่ไม่ได้มีการคุมกำเนิดมาก่อน มีความผิดพลาดในการใช้วิธีคุมกำเนิดชนิดอื่น หรือในสตรีที่ถูกข่มขืน แบ่งเป็น

3.1 ชนิดฮอร์โมนเอสโตรเจนอย่างเดียว เป็นชนิดที่มีอาการข้างเคียงมากเพราะมีปริมาณยาสูง ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ เต้านมคัดตึง ประจำเดือนผิดปกติ รับประทานวันละ 2 ครั้ง นาน 5 วัน

3.2 ชนิดฮอร์โมนโปรเจสตोजีนอย่างเดียว รับประทาน 1 เม็ดทันที หรือภายใน 1 ชั่วโมงหลังการร่วมเพศ ถ้ามีการร่วมเพศอีกเป็นครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งแรกนาน 3 ชั่วโมง รับประทานซ้ำอีก 1 เม็ด ถ้าร่วมเพศมากกว่า 2 ครั้ง รับประทานยาเม็ดที่ 3 ในเช้าวันรุ่งขึ้น แต่ไม่ควรรับประทานยามากกว่า 4 เม็ดใน 1 เดือน

3.3 ชนิดฮอร์โมนรวม เป็นยาคุมกำเนิดหลังการร่วมเพศที่มีส่วนผสมระหว่างเอสโตรเจน และโปรเจสตोजีนในขนาดสูง รับประทานภายใน 72 ชั่วโมง โดยให้รับประทาน 2 เม็ด ทันทีหลังร่วมเพศ และ 12 ชั่วโมงต่อมาอีก 2 เม็ด มีประสิทธิภาพใกล้เคียงกับการใช้เอสโตรเจนในขนาดสูงแต่มีอาการข้างเคียงน้อยกว่าผลของยาชนิดนี้ทำให้เยื่อบุมดลูกเปลี่ยนแปลงจนทำให้

ไข่ที่สุกผสมแล้วไม่สามารถฝังตัวได้ ชนิดนี้ไม่เหมาะสำหรับคู่สมรสทั่วไปแต่เหมาะสำหรับผู้ที่มิเพสสัมพันธ์น้อยกว่าสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือผู้ที่มิเพสสัมพันธ์โดยไม่ได้เตรียมคุมกำเนิดมาก่อน

กลไกการออกฤทธิ์ของยาเม็ดคุมกำเนิด

1. ยับยั้งการตกไข่ โดยระงับการหลั่งของ ฟอลลิเคิล สติมูเลตติ้ง ฮอร์โมน (Follicle stimulating hormone หรือ FSH) และ ลูติไนซิงฮอร์โมน (Luteinizing hormone หรือ LH) ทำให้ไม่มี FSH มากระตุ้นรังไข่
2. เปลี่ยนแปลงเยื่อบุโพรงมดลูกทำให้เยื่อบุโพรงมดลูกบาง เนื่องจากมีการฝ่อของต่อม ไม่เหมาะต่อการฝังตัว
3. เปลี่ยนแปลงมูกที่ปากมดลูกโปรเจสโตเจน ทำให้มูกเป็นด่าง และเหนียวข้น ตัวอสุจิผ่านเข้าสู่โพรงมดลูกได้ยาก
4. เปลี่ยนแปลงการเคลื่อนไหวของหลอดมดลูก มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อการเดินทางของตัวอสุจิ และไข่ที่ผสมแล้วเดินทางเร็วเกินไป ไม่สามารถฝังตัวได้ในพวกที่ ได้รับเอสโตรเจนจำนวนมาก ๆ ส่วนโปรเจสโตเจน มีผลทำให้กล้ามเนื้อหลอดมดลูกบีบตัวน้อยกว่าปกติ และยังทำลายความสามารถของตัวอสุจิที่จะไปผสมกับไข่ด้วย

วิธีรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด (จิตใต้ จันทวดี. ม.ป.ป. : 9)

1. เริ่มรับประทานภายในวันที่ 5 ของรอบประจำเดือน หรือหลังคลอดบุตร 6 สัปดาห์ หรือหลังแท้งบุตร 2 สัปดาห์ แต่ในกรณีหลังคลอดไม่ให้นมบุตรให้รับประทานยาทันที
2. รับประทานวันละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า หรือก่อนนอนในเวลาเดียวกัน จะทำให้ลดอาการคลื่นไส้ และอาเจียนได้
3. รับประทานเรียงตามลูกศรจนหมด สำหรับชนิดแผงละ 21 เม็ด จะมีประจำเดือนหลังหยุดยา 3 วัน แล้วเริ่มแผงใหม่ในวันที่ 5 ของรอบประจำเดือน ส่วนชนิดแผงละ 28 เม็ด เมื่อหมดยาให้เริ่มแผงใหม่ติดต่อกันได้เลย
4. ภายหลังคลอดบุตร 4-6 สัปดาห์ ควรเริ่มต้นรับประทานยาคุมกำเนิด เพราะสตรีส่วนมากจะมีการตกไข่ประมาณ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด และเป็นช่วงที่มักมีการร่วมเพศ
5. ภายหลังแท้งบุตร ถ้าแท้งบุตรในไตรมาสแรกจะมีการตกไข่ภายใน 2-4 สัปดาห์ หลังแท้ง จึงควรรับประทานยาคุมกำเนิดทันทีหลังแท้ง ถ้าแท้งบุตรในไตรมาสที่ 2 จะมีการตกไข่ภายใน 2-3 สัปดาห์หลังแท้ง จึงควรรับประทานยาคุมกำเนิด 1 สัปดาห์ภายหลังแท้ง

การลิ้มรับประทานยา

1. ถั่วลิ้ม 1 เม็ด ให้ลิ้มรับประทานทันทีที่นึกได้ แล้วรับประทานต่อไปในเวลาเดิม
2. ถั่วลิ้ม 2 เม็ด ให้ลิ้มรับประทานเพิ่ม 1 เม็ด หลังอาหารเช้า 2 วัน และรับประทานตามปกติเหมือนเดิม โดยคุมวิธีอื่นร่วมด้วย
3. ถั่วลิ้ม 3 เม็ด ควรหยุดยาให้มีรอบประจำเดือนเร็วขึ้น แล้วเริ่มรับประทานยาแผงใหม่ในวันที่ 5 ของรอบประจำเดือน

ข้อดีในการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด

1. มีประสิทธิภาพสูง ถ้าใช้ถูกวิธี
2. คุมกำเนิดได้อย่างต่อเนื่องถ้าใช้ตามคำแนะนำถูกต้อง
3. มีประจำเดือนสม่ำเสมอ
4. อาจมีประจำเดือนน้อยลง และช่วงสั้น
5. อาการปวดประจำเดือนอาจลดลง
6. ช่วยลดอาการเป็นสิว

ข้อเสียในการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด

1. อาจมีเลือดออกกระหว่างรอบประจำเดือน โดยเฉพาะใน 2 เดือนแรกที่รับประทานยา
2. อาจมีอาการคลื่นไส้ ซึ่งมักหายไปในเดือนที่ 3
3. อาจมีอาการคัดตึงเต้านมในระยะแรก
4. ผู้ที่ให้บุตรรับประทานนมตนเอง จะทำให้น้ำมน้อยลง แต่ส่วนประกอบของน้ำนมไม่เปลี่ยนแปลง

ข้อห้ามในการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด เช่น

1. มีหรือเคยมีการอักเสบพร้อมกับเกิดลิ่มเลือดของหลอดเลือดดำ (Thrombophlebitis)
2. หลอดเลือดในสมองหรือหัวใจผิดปกติ
3. เป็นมะเร็งเต้านม รังไข่ มดลูก หรือปากมดลูก
4. ปวดศีรษะไมเกรน
5. โรคตับ

ข้อห้ามที่อาจพิจารณาให้ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดได้ เช่น

1. ความดันโลหิตสูง
2. โรคลมชัก เบาหวาน
3. ผู้สูบบุหรี่ และมีอายุมากกว่า 35 ปี

การเลือกใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด

ผู้ที่เริ่มต้นใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด มีหลักในการพิจารณาเลือกใช้ 2 ประการ คือ พิจารณาจากชนิดของยาเม็ดคุมกำเนิด และพิจารณาจากผู้ที่จะรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด (ชวนชม สกนธวัฒน์. 2540 : 77-80)

1. การพิจารณาจากชนิดของยาเม็ดคุมกำเนิด ซึ่งชนิดที่นิยมใช้ในปัจจุบัน คือ ชนิดฮอร์โมนรวม โดยมีการพิจารณาเลือกใช้ดังนี้

1.1 ผู้ที่เริ่มใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ควรเลือกชนิดที่มีส่วนประกอบเป็น เอททินิล เอสตราไดออล (Ethinyl estradiol) 30 ไมโครกรัม เนื่องจากเป็นชนิดที่พบ

อาการข้างเคียงน้อย

1.2 ควรเลือกใช้ชนิดที่สามารถออกฤทธิ์ได้ทันที และ ชนิดที่มีโปรเจสโตเจน (Progestogen) ในขนาดต่ำๆ ก่อน

2. การพิจารณาจากผู้รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด ให้พิจารณาตามองค์ประกอบดังนี้

2.1 สภาพของฮอร์โมนในร่างกาย ซึ่งสามารถจัดแบ่งผู้หญิงตามลักษณะของฮอร์โมนเพศได้เป็น 3 ลักษณะ ดังปรากฏตามตาราง 2

ตาราง 2 การแบ่งประเภทผู้หญิงตามระดับฮอร์โมนในร่างกาย โดยพิจารณาจากประวัติระดู และรูปร่างลักษณะ

ประเภท	ประวัติระดูและลักษณะรูปร่าง
1. เอสโตรเจนิก (Estrogenic)	- มีระดูออกมาก ออกนานกว่า 6 วัน - ระยะของรอบระดูสั้นกว่า 26 วัน - รูปร่างค่อนข้างอ้วน หรือ อ้วน - ไม่มีขนตามตัว
2. ปานกลาง (Average balanced)	- มีระดูสม่ำเสมอ ปริมาณปานกลาง ครั้งหนึ่งประมาณ 4-6 วัน - น้ำหนักตัวเฉลี่ยปกติ

ตาราง (ต่อ)

ประเภท	ประวัติระดูและลักษณะรูปร่าง
3. โปรเจสโตเจนิก (Progestogenic)	- มีระดูน้อยมาก ครั้งหนึ่งน้อยกว่า 4 วัน - ระยะของรอบระดูยาวกว่า 30 วัน - รูปร่างค่อนข้างไปทางเพศชาย - เต้านมเล็ก - มีขนตามตัว - เป็นสิ่วบ่อยๆ

ที่มา : ชวนชม สกนธวัฒน์. 2540 : 79.

จากตาราง 2 สามารถนำมาพิจารณาในการใช้ยาคุมกำเนิดได้ โดยสตรีที่จัดอยู่ในประเภท เอสโตรเจนิก (Estrogenic) ควรใช้ยาคุมกำเนิดที่มีโปรเจสโตเจน (Progestogen) มาก สตรีที่จัดอยู่ในประเภทปานกลาง ควรใช้ยาชนิดที่มีฮอร์โมนทั้ง 2 ชนิดสมดุลกัน ส่วนสตรีที่จัดอยู่ในประเภท โปรเจสโตเจนิก (Progestogenic) ควรใช้ยาชนิดที่มี เอสโตรเจน (Estrogen) มาก

2.2 ประวัติการตั้งครรภ์ครั้งก่อน ถ้ามีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือบวมมาก แสดงว่าสตรีผู้นั้นมีปฏิกิริยาต่อการเพิ่มของฮอร์โมนเอสโตรเจนมาก จึงควรใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนน้อย แต่ถ้ามีน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากและ เป็นสิ่วมาก แสดงว่าสตรีผู้นั้นมีปฏิกิริยาต่อการเพิ่มของฮอร์โมนโปรเจสโตเจน และแอนโดรเจน (Androgen) มาก จึงควรใช้ยาคุมกำเนิดที่มีฮอร์โมนโปรเจสโตเจนในขนาดต่ำ

2.3 อายุ สตรีที่มีอายุน้อย ยังไม่เข้าสู่วัยเจริญพันธุ์โดยสมบูรณ์ (อายุ 12-16 ปี) หรือการปิดของหัวกระดูกยาว (Epiphysis) ยังไม่สมบูรณ์ไม่ควรใช้ยาคุมกำเนิด เพราะฮอร์โมนเอสโตรเจนในยาคุมกำเนิดที่ใช้ในสตรีที่มีอายุน้อย จะมีอัตราความล้มเหลวสูง โดยเฉพาะสตรีที่ยังไม่แต่งงาน และ/หรือ มีการร่วมเพศ ไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากมีแรงกระตุ้นในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอมีน้อย ส่วนสตรีที่อายุเกิน 40 ปี ควรเลือกใช้ชนิดที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนในขนาดน้อย เพราะมีแนวโน้มที่จะเกิดโรคความดันโลหิตสูง ภาวะอุดตันของหลอดเลือด และโรคหัวใจ จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาคุมกำเนิด

2.4 สภาพของผิวหนังและน้ำหนัก สตรีที่มีผิวหนังเป็นมัน เป็นสิ่ว มีขนตามตัว และไม่ประสงค์จะให้ น้ำหนักตัวเพิ่ม ควรใช้ยาคุมกำเนิดชนิดที่มีฮอร์โมนต่ำ

2.6 ระยะให้นมบุตร ควรใช้ยาคุมกำเนิดที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนในขนาดต่ำเพราะฮอร์โมนนี้จะถูกขับออกทางน้ำนม อาจทำให้ทารกตาเหลืองได้

2.7 ผู้ที่มีประวัติเคยเป็นโรคตับ ควรใช้ยาคุมกำเนิดที่สามารถออกฤทธิ์ได้โดยไม่ต้องผ่านการเปลี่ยนแปลงที่ตับ

2.8สตรีที่มีแนวโน้มว่าอาจเกิดความผิดปกติของการเผาผลาญกลูโคส เช่น อายุมาก อ้วนมาก มีประวัติญาติหรือตนเองเป็นเบาหวาน ควรใช้ยาคุมกำเนิดชนิดที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนขนาดน้อยๆ หรือใช้ชนิดที่มีฮอร์โมนโปรเจสตอเจนเพียงอย่างเดียวในขนาดน้อยๆ เช่นกัน

ยาฉีดคุมกำเนิด (Injectable contraceptives) คือยาที่ใช้ฉีดเพื่อคุมกำเนิด เป็นฮอร์โมนสังเคราะห์คล้ายโปรเจสตอเจนในเพศหญิง ประกอบด้วยสาร เมดร็อกซี โปรเจสเตอโรน (medroxy progesterone acetate หรือ DMPA) ขนาด 150 มิลลิกรัม มีกลไกในการป้องกันการตั้งครรภ์คล้ายกับยาเม็ดคุมกำเนิด ฉีดเข้ากล้ามเนื้อบริเวณสะโพก มีประสิทธิภาพสูง ออกฤทธิ์ได้นาน 3 เดือน เหมาะสำหรับสตรีที่มีบุตรเพียงพอแล้วหรือเคยมีบุตรแล้วและไม่พ่ายนี้ หรือผู้ที่มักลืมรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด

กลไกการป้องกันการตั้งครรภ์

1. ป้องกันการมีไข่สุก หรือยับยั้งการตกไข่
2. เปลี่ยนแปลงมูกปากมดลูกให้เหนียวข้นและมีปริมาณน้อยลงทำให้เชื้ออสุจิผ่านยาก
3. เปลี่ยนแปลงเยื่อบุมดลูกให้บางลง ทำให้ไข่ที่ผสมแล้วฝังตัวได้ยาก
4. มีผลต่อตัวอสุจิ เช่น เปลี่ยนแปลงความสามารถในการผสมกับไข่ ยับยั้งการเคลื่อน

ตัวไปข้างหน้าของตัวอสุจิ

ข้อดีของยาฉีดคุมกำเนิด

1. ประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์สูง
2. ออกฤทธิ์นาน 3 เดือน ใช้ง่าย สะดวก
3. ป้องกันมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก และรังไข่
4. ลดอุบัติการณ์ของการอักเสบในช่องคลอดจากเชื้อรา
5. ไม่มีผลต่อการหลั่งน้ำนม บางรายอาจมีน้ำนมเพิ่มขึ้น
6. ใช้คุมกำเนิดหลังคลอด หรือหลังแท้งได้ทันที
7. ไม่มีอาการข้างเคียงจากฮอร์โมนเอสโตรเจน เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ใบหน้าเป็นฝ้า

หรือมีการอุดตันของหลอดเลือดดำ

ข้อเสียของยาฉีดคุมกำเนิด

1. มีประจำเดือนกะปริดกะปรอยภายหลังการฉีดยา 2 เข็มแรก
2. อาจมีน้ำหนักตัวเปลี่ยนแปลง
3. อาจมีอาการปวดศีรษะเล็กน้อย
4. อาจลดความต้องการทางเพศ
5. การกลับสู่ภาวะเจริญพันธุ์ช้า (6-8 เดือน)
6. ภาวะการไม่มีระดู จะเกิดช่วงสั้นๆ เมื่อฉีดนานขึ้นช่วงการไม่มีระดูจะยาวขึ้น และสตรีที่อ้วนจะเกิดภาวะไม่มีระดูได้มากกว่าสตรีที่มีน้ำหนักน้อย
7. เชื้อบุโพรมมดลูกฝ่อ

วิธีการฉีดยาคุมกำเนิด

ฉีดขนาด 150 มิลลิกรัม ทุก 3 เดือน แต่พบว่าอุบัติการณ์ของการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ พบในช่วง 84-90 วัน จึงแนะนำให้ฉีดทุก 12 สัปดาห์ หรือ 84 วัน โดยใช้เข็มยาว 1 1/2 นิ้ว ฉีดเข้ากล้ามเนื้อสะโพกและไม่คลึงบริเวณที่ฉีด เพราะอาจทำให้เกิดเลือดเล็กๆ ของยาชนิดนี้แตกออก ยาจะซึมเข้าสู่กระแสโลหิตได้สูง แล้วลดระดับลงเร็วกว่ากำหนดได้ ส่วนเวลาที่เหมาะสมจะฉีดคือ ขณะที่มีระดู หรือภายใน 5 วันของการมีระดูเพื่อความแน่ใจว่าขณะฉีดยาไม่ได้ตั้งครรภ์

ในกรณีหลังคลอดบุตรสามารถฉีดได้ 2 ระยะคือ

1. เริ่มฉีดทันทีหลังคลอดบุตร เพราะยาไม่มีผลต่อการหลั่งน้ำนม
3. เริ่มฉีดเมื่อมาตรวจหลังคลอด

ในกรณีหลังแท้งบุตรอาจเริ่มฉีดได้ทันที หรือเมื่อ 2-3 สัปดาห์หลังแท้งบุตร

การคุมกำเนิดโดยใช้ห่วงอนามัย (Intrauterine devices หรือ IUD) คือการคุมกำเนิด โดยใส่วัสดุบางอย่างไว้ในโพรงมดลูก วัสดุที่ใช้ในปัจจุบันทำด้วยพลาสติก มีลักษณะรูปร่างหลายแบบ การใส่ห่วงอนามัยเป็นวิธีคุมกำเนิดที่ได้ผลดีและปลอดภัยพอควร พบว่ามีอัตราการใช้บริการห่วงอนามัยเป็นอันดับ 3 รองจากยาเม็ดคุมกำเนิด และยาฉีดคุมกำเนิด

ชนิดของห่วงอนามัย

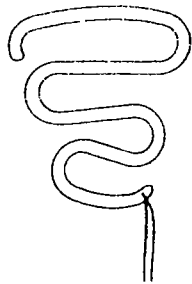
ปัจจุบันจำแนกห่วงอนามัยตามออกฤทธิ์ของสารที่ใช้ทำห่วงอนามัย และกลไกการออกฤทธิ์ ออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. ชนิดที่ไม่มีสารเสริมฤทธิ์ในการป้องกันการตั้งครรภ์ (Non medicated IUD) ทำด้วยเอ็นไนลอน รูปร่างกลม หรือเป็นรูปโพรงมดลูก
2. ชนิดที่มีสารช่วยเสริมฤทธิ์ในการป้องกันการตั้งครรภ์ (Medicated IUD) เช่น

2.1 ห่วงอนามัยที่บรรจุสารทองแดง (Copper bearing IUD) มีหลายชนิด ได้แก่ Cu T-200, Multiload cu-250, Cu T-380, A. cu T-220, C. nova T และ Multiload cu-375

2.2 ห่วงอนามัยที่บรรจุฮอร์โมน (Hormonal releasing IUD) โดยใช้ฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน

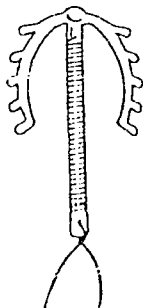
ห่วงอนามัยแต่ละชนิดมีคุณสมบัติทางด้านประสิทธิภาพ อัตราการคงใช้ และอาการข้างเคียงเมื่อเปรียบเทียบกับกันแล้วมีจุดเด่นและจุดด้อยแตกต่างกัน ซึ่งลักษณะของห่วงอนามัยแต่ละชนิดดังปรากฏตามภาพประกอบ 3



Lippes loop

Lippes loop

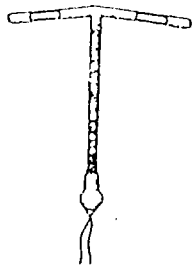
ทำด้วยสาร Polyethylene มี barium sulfate อยู่ ทำให้เห็นได้โดย X-rays



Multiload

Multiload Cu-250

ทำด้วยสาร Polyethylene มีขดลวดทองแดงพันที่ส่วนขา



Cu T-380 A

Copper T-380A

ทำด้วยสาร Polyethylene มี barium sulphate อยู่
ทำให้เห็นได้โดย X-rays มีขดลวดทองแดงพันที่
ส่วนขา และมีแผ่นทองแดงที่แขนทั้งสองข้าง

ภาพประกอบ 3 ห่วงอนามัยคุมกำเนิดที่ใช้ในปัจจุบัน

ที่มา : ชวนชม สกนธวัฒน์. 2540 : 135-136

กลไกการป้องกันการตั้งครรภ์

1. ยังไม่ทราบกลไกแท้จริง แต่เชื่อว่าเป็นผลจากปฏิกิริยาของร่างกายต่อสิ่งแปลกปลอม ทำให้เยื่อโพรงมดลูกไม่เหมาะที่ตัวอสุจิจะผ่าน หรือไม่เหมาะสำหรับตัวอ่อน (Blastocyte) ฝังตัว
2. เปลี่ยนแปลงมูกปากมดลูก โดยมีฟองเล็กๆ เกิดขึ้น และสารทองแดงที่ละลายในมูก มีผลต่อการเดินทางของเชื้ออสุจิ
3. เกิดเม็ดโลหิตขาว (Macrophage) ในเยื่อโพรงมดลูกสูงขึ้น ทำให้ท่อนำไข่สูงขึ้น และขัดขวางการฝังตัวของตัวอ่อน

ข้อดีของห่วงอนามัย

เป็นวิธีที่สะดวก ปลอดภัย ผู้ใช้ไม่ต้องกังวล มีอายุการใช้งาน 2-3 ปี สามารถมีบุตรได้เมื่อเลิกใช้

ข้อเสียของห่วงอนามัย

มีอาการแทรกซ้อนเกิดขึ้น คือ

1. อาการปวดท้องน้อย
2. การอักเสบของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน
3. เลือดออกผิดปกติ
4. ตั้งครรภ์
5. ห่วงหลุด
6. ห่วงทะลุ, อักเสบ
7. ตกขาว

ข้อห้ามใช้ห่วงอนามัย

1. มะเร็งเต้านม และอวัยวะสืบพันธุ์
2. โรคหัวใจ และหลอดเลือดในสมอง
3. สตรีที่ยังไม่เคยมีบุตรเพราะอาจทำให้มีบุตรยาก
4. โรคตับ เบาหวาน น้ำของรังไข่

ระยะเวลาที่เหมาะสมในการใส่ห่วงอนามัย

1. ขณะมีระดู เพราะปากมดลูกเปิดกว้างกว่าปกติ และแน่ใจว่าไม่มีการตั้งครรภ์ ไม่มีเลือดที่ออกจากการใส่ห่วงปนมากับระดู ทำให้ผู้รับบริการไม่วิตกกังวล
2. ภายใน 10 วัน นับจากวันแรกที่มีระดู
3. หลังคลอดบุตรที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และเมื่อ 6 สัปดาห์ หลังคลอดบุตร
4. หลังแท้งบุตรที่ไม่มีการติดเชื้อสามารถใส่ได้ทันที หรือภายใน 2 สัปดาห์หลังแท้ง
5. ภายหลังจากการร่วมเพศในระยะไข่ตก

การให้คำแนะนำหลังใส่ห่วงอนามัย

หลังจากใส่ห่วงอนามัยแล้ว ผู้รับบริการควรได้รับคำแนะนำดังนี้

1. มีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ แต่ควรงดเมื่อมีอาการปวดท้อง มีเลือดออกทางช่องคลอด
2. ควรมาตรวจห่วงทุก 1, 3, 6 และ 12 เดือนหลังได้รับการใส่ห่วงอนามัย เพื่อตรวจภายใน และตรวจหามะเร็งปากมดลูก
3. ควรตรวจสายในล่อน เพื่อดูว่าสายห่วงอยู่หรือไม่ ถ้าไม่พบหรือพบส่วนของห่วงที่แข็ง แสดงว่าห่วงอาจจะหลุดต้องรีบมาพบแพทย์
4. อาการที่ต้องรีบมาตรวจก่อนกำหนดนัด เช่น มีอาการปวดท้องน้อยร่วมกับตกขาว มีไข้ มีเลือดออกทางช่องคลอด ระดูขาดหายไป คลำสายห่วงไม่พบ

ถุงยางอนามัย (Condom) เป็นถุงสำหรับใส่คลุมองคชาตขณะร่วมเพศ เพื่อป้องกันการหลั่งน้ำอสุจิเข้าช่องคลอด (สุพร เกิดสว่าง. 2527 : 34) แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ตามวัสดุที่ใช้คือ

1. สกิน คอนดอม (Skin condom) ทำจาก คอลลาเจน ทิชชู (Collagenous Tissue) ส่วนใหญ่ได้จากลำไส้ของแกะ ถุงยางอนามัยชนิดนี้เป็นสื่อนำความร้อนได้ดี
2. รับเบอร์ คอนดอม (Rubber condom) ทำด้วยยาง ลาเท็กซ์ รับเบอร์ (Latex rubber) มีคุณสมบัติบาง เหนียว

ถุงยางอนามัยมีรูปร่างลักษณะ 2 แบบ คือ

1. ก้นถุงปลายมน (Plain end)
2. ก้นถุงเป็นกระเปาะยื่นออกไป (Teat or Pocket end) ซึ่งเป็นที่เก็บน้ำอสุจิ เป็นแบบ

ที่นิยมใช้มาก

วิธีใช้ถุงยางอนามัย

1. ใส่ขณะท้องอืดแข็งตัวเต็มที่ โดยเอาถุงยางที่ม้วนไว้ ครอบบริเวณองคชาตแล้ว รูดลงไปคลุมจนถึงโคนองคชาต
2. ถ้าเป็นถุงแบบปลายมน (Plain end) การสวมต้องเหลือที่ตรงปลายยื่นจากปลาย องคชาต 1 ซม. เพื่อเป็นที่รับน้ำอสุจิ
3. ฝ่ายชาย หรือฝ่ายหญิงเป็นผู้ใส่ก็ได้
4. เมื่อมีการหลั่งน้ำเชื้อแล้ว ต้องรีบเอาองคชาตออกจากช่องคลอดก่อนที่จะหดตัว เล็กลง และควรจับยึดขอบยางที่ปากถุงไว้ด้วย เพื่อมิให้ถุงหลุดค้างอยู่ในช่องคลอด
5. เมื่อถอนองคชาตออกจากช่องคลอดแล้ว ระวังอย่าให้น้ำอสุจิหกเปื้อนบริเวณ ปากช่องคลอด

ข้อดีของถุงยางอนามัย

1. มีประสิทธิภาพสูงในการป้องกันการตั้งครรภ์ ถ้าใช้ถุงยางอนามัยที่ได้มาตรฐาน และถูกวิธี โอกาสที่จะฉีกขาด หรือรู้ว่ามีน้อยมาก
2. ปลอดภัย ไม่มีผลต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย
3. ไม่มีผลต่อการเจริญพันธุ์เมื่อเลิกใช้
4. ใช้ง่าย สะดวก ง่าย
5. ราคาถูก

นอกจากนี้ยังมีประโยชน์อื่น ๆ คือ

1. ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะโรคเอดส์
2. ช่วยลดความไวต่อความรู้สึกสัมผัส ทำให้การหลั่งน้ำกามช้าลง ช่วยให้ฝ่ายหญิง ถึงจุดสุดยอดได้มากขึ้น
3. ช่วยรักษาการเป็นหมันในสตรีที่มีความต้านทานต่อเชื้อของสามี
4. ช่วยลดการสร้างภูมิต้านทานต่อเชื้ออสุจิ

ข้อเสียของถุงยางอนามัย

1. ใช้ไม่ถูกต้อง หรือละเลยจากความเบื่อหน่าย เมื่อใช้วิธีนี้มานาน
2. ทำให้เสียอารมณ์ ควรเตรียมถุงยางคุมกำเนิดไว้ใกล้ตัว และให้ฝ่ายหญิงเป็นผู้ใส่ให้
3. ลดความรู้สึกสัมผัส มีผลทางด้านจิตใจ
4. อาจพลาดเนื่องจากถุงรั่ว หรือฉีกขาดขณะอยู่ร่วมกัน
5. ถุงหลุดค้างอยู่ในช่องคลอด เนื่องจากถอนองคชาตออกช้า

ยาฝังคุมกำเนิด (Implantation) เป็นวิธีใหม่ในการคุมกำเนิด โดยวิธีฝังไว้ใต้ผิวหนัง ซึ่งเรียกว่า Norplant มีวัตถุประสงค์ที่จะให้ยาเพียงครั้งเดียว แต่ออกฤทธิ์อยู่ได้เป็นเวลานาน และสม่ำเสมอ ยาฝังคุมกำเนิด 1 ชุด ประกอบด้วยหลอดยา 6 หลอด ซึ่งหลอดทำด้วยซิลาสติค ซิลิโคน (Silastic silicone rubber tubing) ขนาดยาว 3.4 เซนติเมตร ภายในหลอดบรรจุด้วยฮอร์โมน ลิโวโนอร์เจสเตรล (Levonorgestrel) บริเวณที่เหมาะสมในการฝังหลอดยา คือ ต้นแขนด้านในห่างจาก ปุ่มข้อศอกประมาณ 1 ใน 2 ของความยาวจากปุ่มข้อศอกถึงรักแร้ในแขนข้างที่ไม่ถนัด โดยฝังเป็นรูปพัดผ่านทางรอยกรีดเล็ก ๆ ที่ผิวหนัง (โครงการวางแผนครอบครัว. 2535 : 1-2)

กลไกการออกฤทธิ์

เริ่มฝังยาภายใน 5 วันแรกของการมีประจำเดือน ด้วยยาจะซึมผ่านผนังหลอดทั้ง 6 หลอด เข้าสู่กระแสโลหิตอย่างสม่ำเสมอ ระดับยาจะเพียงพอคุมกำเนิดได้ภายใน 24 ชั่วโมง หลังฝังยา และคุมกำเนิดอยู่ได้นาน 5 ปี หลังจากนั้นถ้าเป็นชนิดไม่สลายตัวต้องเอาออก มีผลต่อการคุมกำเนิดดังนี้

1. ทำให้มูกปากมดลูกข้นเหนียวขึ้น ไม่เหมาะในการฝังตัวของไข่ที่ถูกผสมแล้ว
2. ทำให้เยื่อบุโพรงมดลูกบาง ไม่เหมาะในการฝังตัวของไข่ที่ถูกผสมแล้ว
3. ระวังการตกไข่ประมาณ 50 เปอร์เซ็นต์ของรอบประจำเดือน
4. ระดับฮอร์โมนที่ปล่อยออกมาสม่ำเสมอ และต่อเนื่องไปตลอด ต่างจาก DMPA ที่ระดับฮอร์โมนในแต่ละช่วงแตกต่างกันออกไป

ระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการฝังยาคุมกำเนิด คือ

1. หลังคลอด 4-6 สัปดาห์ ในกรณีที่ไม่ได้เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา
2. หลังแท้งบุตร หรือไม่เกิน 2-3 สัปดาห์หลังแท้งบุตร เพราะการตกไข่จะมีขึ้นภายหลังแท้ง 2-4 สัปดาห์
3. ภายใน 7 วันแรกของการมีระดู ถ้าเริ่มช้ากว่านี้ควรใช้การคุมกำเนิดวิธีอื่นร่วมด้วย

สตรีที่ควรคุมกำเนิดด้วยวิธีการฝังยาคุมกำเนิด คือ

1. มีบุตรแล้วอย่างน้อย 1 คน
2. ต้องการคุมกำเนิดระยะยาว หรือมีบุตรเพียงพอแล้วแต่ไม่พร้อมที่จะทำหมัน
3. ผู้ที่เป็นโรคเอดส์

ข้อจำกัดของยาฝังคุมกำเนิด

1. ยาฝังคุมกำเนิดไม่มีฮอร์โมนเอสโตรเจน มีเฉพาะฮอร์โมนโปรเจสตोजีน ผลข้างเคียงที่พบมากที่สุดคือ ประจำเดือนมาไม่ปกติช่วง 3-6 เดือนแรก
2. การบริการต้องทำโดยแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่สามารถทำการผ่าตัดเล็ก หรือเย็บฝีกอบรรณาแล้ว
3. ระยะเวลาในการป้องกันการตั้งครรภ์มีจำกัด ต้องเปลี่ยนตามกำหนด อาจมีปัญหาในการให้ และรับบริการได้

ข้อดีของยาฝังคุมกำเนิด

1. ออกฤทธิ์นาน (5 ปี) ไม่ต้องรับบริการบ่อย ๆ
2. เริ่มมีประสิทธิผลภายหลังฝังยาคุมกำเนิดแล้ว 24 ชั่วโมง
3. กลับสู่ภาวะเจริญพันธุ์ทันทีหลังจากถอดออก
4. ไม่มีผลต่อการหลั่งน้ำนม
5. ป้องกันมะเร็งของรังไข่ เยื่อบุโพรงมดลูก และท่อนอกมดลูก
6. มีประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดสูงกว่าวิธีคุมกำเนิดชั่วคราวอื่น ๆ

ข้อเสียของยาฝังคุมกำเนิด

1. ระดูผิดปกติ
2. การเอาหลอดที่ฝังไว้ออกอาจจะยาก หรือมีการอักเสบ และเกิดแผลเป็นได้

การคุมกำเนิดโดยไม่ต้องใช้เครื่องมือ (Non-appliance method) มีหลายชนิด เช่น (สุพร เกิดสว่าง. 2527 : 12-29)

1. การหลั่งน้ำอสุจินอกช่องคลอด (Coitus interruptus or Withdrawal)
2. การกั้นไม่หลั่งน้ำอสุจิ (Coitus reservatus)
3. การงดร่วมเพศบางช่วงเวลา (Periodic abstinence)

3.1 การคำนวณระยะปลอดภัย จากบันทึกประจำเดือน (Calendar method, Calendar rhythm, Ogino-Knaus method)

3.2 การวัดอุณหภูมิร่างกายพื้นฐาน (Basal body temperature ย่อว่า B.B.T)

3.3 การสังเกตมูกปากมดลูก (Cervical mucous method)

3.4 วิธีสังเกตอาการ และวัดอุณหภูมิ (Sympto-thermal method)

3.5 การใช้ฮอร์โมนกำหนดวันไข่ตก (Grodén method)

4. การเลี้ยงบุตรด้วยน้ำนมแม่ระยะเวลานาน ๆ (Prolonged lactation)

5. ยาใส่ช่องคลอด (Vaginal spermicide)

การหลั่งน้ำอสุจินอกช่องคลอด (Coitus interruptus or Withdrawal) หมายถึง การคุมกำเนิดโดยฝ่ายชายถอนองคชาต (Penis) ออกจากช่องคลอดก่อนที่จะมีการหลั่งน้ำอสุจิ และให้น้ำอสุจิห่างจากบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกสตรี เพื่อมิให้ตัวอสุจิผ่านเข้าไปในช่องคลอดได้ เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพต่ำ ทำให้มีการล้มเหลวเกิดตั้งครรภ์ ได้หลายประการคือ

1. แม้จะยังไม่มีการหลั่งน้ำอสุจิระหว่างการร่วมเพศ ฝ่ายชายอาจมีตัวอสุจิเล็ดลอดปนมูกออกมาผ่านไปผสมกันไปได้
2. ถอนองคชาตออกช้ากว่ามีน้ำอสุจิออกในช่องคลอดแล้ว
3. ล้มเหลวในการถอนองคชาต เพราะควบคุมการหลั่งน้ำอสุจิไม่ได้
4. มีน้ำอสุจิตกอยู่บริเวณใกล้ปากช่องคลอดตัวอสุจิอาจผ่านเข้าไปในช่องคลอดได้

ข้อดีของการหลั่งน้ำอสุจิออกนอกช่องคลอด

1. เป็นวิธีที่พร้อมที่จะใช้ได้เสมอ
2. ไม่ต้องการใช้เครื่องมือ หรือค่าใช้จ่ายใดๆ เลย

ข้อเสียของการหลั่งน้ำอสุจิออกนอกช่องคลอด

1. ทำให้ผู้ปฏิบัติไม่ได้รับความสุขจากการร่วมเพศ เนื่องจากมีความกังวล ฝ่ายชายต้องฝืนใจ ฝ่ายหญิงมีโอกาสถึงจุดสุดยอดน้อยลง ซึ่งอาจนำไปสู่ความล้มเหลวในการอยู่ร่วมกัน และทำให้เกิดปัญหาครอบครัวขึ้นได้
2. ถ้าใช้วิธีนี้นาน ๆ จะทำให้เกิดต่อมลูกหมากโต (Prostatic hypertrophy)

การกั้นไม่หลั่งน้ำอสุจิ (Coitus reservatus) คือ การที่ฝ่ายชายควบคุมตนเองมิให้มีการหลั่งน้ำอสุจิ เมื่อใกล้จะถึงจุดสุดยอด เรียกว่า “Withholding” วิธีนี้มีโอกาสพลาด และมีข้อเสีย เช่นเดียวกับการหลั่งน้ำอสุจิ นอกช่องคลอด การปฏิบัติทำได้ยากกว่า

การงดร่วมเพศบางช่วงเวลา (Periodic abstinence) หมายถึง การงดร่วมเพศในช่วงเวลาที่จะเกิดการตั้งครรภ์ได้ของแต่ละรอบเดือนโดยการหาวันที่ไข่สุกให้ได้แน่นอน มีหลายวิธี เช่น

1. การคำนวณระยะปลอดภัยจากบันทึกประจำเดือน (Calendar method, Calendar rhythm, Ogino-Knaus method)
2. การวัดอุณหภูมิร่างกายพื้นฐาน (Basal body temperature หรือ B.B.T.)
3. การสังเกตมูกปากมดลูก (Cervical mucous method, Ovulation method)
4. วิธีสังเกตอาการและวัดอุณหภูมิ (Sympto-thermal method หรือ STM)
5. การใช้ฮอร์โมนกำหนดวันไข่ตก (Grodén method)

การคำนวณระยะปลอดภัยจากบันทึกประจำเดือน คือ การหาระยะปลอดภัยจากการบันทึกประจำเดือน ดังนี้คือ (อเนก อารีพรค และสุวทนา อารีพรค, 2525 : 286)

1. ทำบันทึกประจำเดือนไว้ก่อน 12 เดือน โดยบันทึกความยาวของรอบประจำเดือน (Cycle length) นับจากวันแรกของประจำเดือนไปจนถึงวันสุดท้ายก่อนมีประจำเดือนครั้งต่อไป

2. หารอบประจำเดือนที่สั้นที่สุด และยาวที่สุดจาก 12 เดือนที่ผ่านมา แล้วนำมาคำนวณหาระยะที่อาจตั้งครรภ์ได้ และระยะปลอดภัยตามสูตรดังนี้คือ

วันแรกของรอบประจำเดือนที่อาจตั้งครรภ์ได้ = รอบประจำเดือนที่สั้นที่สุด - 18

วันสุดท้ายของรอบประจำเดือนที่อาจตั้งครรภ์ได้ = รอบประจำเดือนที่ยาวที่สุด - 11

การทำบันทึกรอบประจำเดือนให้เพิ่มรอบประจำเดือนใหม่ลงไปทุกเดือน พร้อมกับตัดประจำเดือนเก่าที่สุดออก

3. เวลาไข่ตก (Ovulation) ในรอบประจำเดือน 28 วัน ไข่ควรจะตกในวันที่ 14 ของรอบประจำเดือน หรือก่อนวันแรกของประจำเดือนครั้งใหม่ 14 วัน แต่อาจเกิดก่อน หรือหลัง 2 วัน

4. เวลาที่ตัวอสุจิมีชีวิตอยู่ได้ภายหลังร่วมเพศ (Sperm survival) ภายหลังร่วมเพศตัวอสุจิยังค้างอยู่ในท่อนำไข่ และยังสามารถผสมกับไข่ได้จนถึง 48 ชั่วโมงหลังการร่วมเพศ ระยะ 2 วันก่อนเวลาที่อาจมีไข่ตกจึงเป็นเวลาที่อาจตั้งครรภ์ได้ในรอบประจำเดือน 28 วัน

5. เวลาที่ไข่มีชีวิตอยู่ได้หลังไข่ตก (Ovum survival) เมื่อไข่ตกแล้ว ยังมีชีวิตอยู่กับการผสมได้เป็นเวลา 24 ชั่วโมง

การวัดอุณหภูมิร่างกายพื้นฐาน วิธีนี้หาวันไข่ตกโดยดูจากการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิร่างกาย พื้นฐาน (B.B.T) ปกติหลังจากไข่สุกอุณหภูมิของร่างกายจะเพิ่มขึ้น เนื่องจากรังไข่ผลิตฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนออกมาจากคอร์ปัส ลูเตียม และฮอร์โมนนี้มีอิทธิพลต่อศูนย์ควบคุมอุณหภูมิที่สมอง ทำให้อุณหภูมิของร่างกายที่เพิ่มขึ้น วิธีวัดควรเป็นตอนเช้าก่อนลุกจากที่นอน และ

ควรเป็นการนอนหลับติดต่อกันไม่น้อยกว่า 4-5 ชั่วโมง โดยทางปากช่องคลอดหรือทางทวารหนัก ก็ได้ทุกวันโดยใช้เวลานาน 3-5 นาที จะพบว่าประมาณวันที่ 14 ของรอบเดือน อุณหภูมิจะมีลักษณะ เป็น “Biphasic” คือก่อนเวลาไข่ตก 12-24 ชั่วโมง อุณหภูมิจะลดลงเล็กน้อย และหลังจากไข่ตก อุณหภูมิของร่างกายจะสูงขึ้นประมาณ 0.5-0.7 องศาเซลเซียส และจะคงอยู่ระดับนี้ 1-2 วันก่อน ประจำเดือนจะมาจึงจะลดลง วิธีนี้ควรให้สตรีวัดอุณหภูมิไว้อย่างน้อย 3 เดือน เพื่อคว่ำระยะไข่ตก อยู่ประมาณวันไหนของรอบประจำแต่ละรอบก่อนร่นระยะที่มีไข่ตกจะต้องงดร่วมเพศ จนกระทั่งไข่ตก แล้วอย่างน้อย 3 วัน เพื่อให้แน่ใจว่าไข่ที่ตกแล้วจะไม่ถูกผสมแน่ หลังจากนั้นก็เป็นระยะที่ปลอดภัย แต่วิธีวัด BBT. ไม่สามารถบอกวันระที่อาจมีไข่ตก นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิ จนบางคน หรือบางรอบประจำไม่ชัดเจนและการวัดอุณหภูมิติดต่อกันนานๆ มักทำให้ผู้ใช้เกิดความ เบื่อหน่าย จึงควรใช้วิธีนี้ร่วมกับ Calendar method โดยเริ่มวัดตั้งแต่วันแรกที่อาจตั้งครรภ์ได้ คำนวณตาม Calendar method แล้วเลิกวัดเมื่ออุณหภูมิสูงขึ้นแล้ว 3-5 วัน ที่อาจมีไข่ตก หรืออาจ ตั้งครรภ์ได้ จึงควรใช้วิธีนี้ร่วมกับ Calendar Method โดยใช้หลักว่า :

6. วันแรกที่อาจตั้งครรภ์ได้ = รอบประจำเดือนที่สั้นที่สุด - 18
7. วันสุดท้ายที่อาจตั้งครรภ์ได้ = วันที่ 3 นับจากที่ BBT เริ่มสูงขึ้น

วิธีนี้มีประสิทธิภาพต่ำ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิในบางคน หรือบางรอบประจำ เดือนอาจไม่ชัดเจนผู้ปฏิบัติอาจเบื่อหน่าย หรือมีโรคบางอย่างที่อาจมีไข้ต่ำๆ

การสังเกตมูกปากมดลูก ลักษณะมูกจากปากมดลูก ที่ไหลออกมาบริเวณช่องคลอด เป็น เครื่องบอกว่าการตกไข่เมื่อใด คือหลังจากระดูหมดใหม่ๆ มูกที่บริเวณปากมดลูกมีลักษณะชุ่ม และ “เหนียว” เล็กน้อย และจะค่อยๆใสและลื่น (Slippery) ขึ้นเป็นลำดับ เมื่อใกล้เวลาไข่ตก มูกที่ บริเวณปากมดลูกจะมีมากขึ้นเรียกว่า (Egg - white - like - consistency) และดั่งยึดเป็นเส้นยาวได้ (string) ช่องคลอดจะมีภาวะเป็นด่าง ตัวอสุจิผ่านมูกจนวนระยะนี้ได้สะดวกภายหลังไข่ตก จำนวนมูก จะลดลง ชุ่ม และขึ้นขึ้น ดั่งยึดเป็นเส้นไม่ได้มาก (Nonstring) และมีภาวะค่อนข้างไปทางเป็นกรด ระยะ ปลอดภัยคือ ระยะที่มีมูกน้อย ชุ่ม เหนียว และยึดไม่ได้มาก

วิธีสังเกตอาการและวัดอุณหภูมิ วิธีนี้เป็นวิธีที่นำเอาวิธีต่างๆ ของการงดร่วมเพศในบาง ช่วงเวลามาใช้ร่วมกัน เพื่อให้มีประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ดีขึ้น และลดช่วงเวลาที่ต้อง งดร่วมเพศลงโดย

1. กำหนดวันแรกของระยะที่ตั้งครรภ์ได้ (Fertile period) โดยวิธีสังเกตมูกปากมดลูกและ/หรือ Calendar method ซึ่งวันนี้จะเป็นวันแรกที่ต้องงดร่วมเพศก่อนที่จะมีการตกไข่ระยะนี้จะอยู่ในระยะก่อนไข่สุก

2. กำหนดวันสุดท้ายของระยะที่ตั้งครรภ์ได้ โดยวิธีสังเกตมูกปากมดลูกและ/หรือการวัดอุณหภูมิของร่างกายหลังตื่นนอน (BBT) ระยะนี้จะอยู่ในระยะหลังไข่สุก

การใช้ฮอร์โมนกำหนดวันไข่ตก โดยอาศัยหลักจากสมมติฐานของ Matthews ที่อ้างว่า เราอาจกำหนดวันไข่ตกก็ได้ โดยการให้ ฮอร์โมนโปรเจสติน (Progestin) หรือ ฮอร์โมนชนิดรวม (Combined oral contraceptive pill) จนถึงครึ่งหลังของรอบประจำเดือน ประมาณระหว่างวันที่ 15-25 ของรอบประจำเดือน (Spiedel et al. 1978 อ้างอิงมาจาก สุพร เกิดสว่าง. 2527 : 26) ไข่อาจตกได้ตั้งแต่วันที่ 12-19 ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ไม่ปลอดภัยเมื่อรวมกับเวลาที่เชื้ออสุจิ และไข่อาจมีชีวิตอยู่ได้นานถึง 11 วัน วิธีนี้จึงไม่แพร่หลายนัก และหากจะใช้วิธีนี้ก็มักจะใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดเลยดีกว่า

การคุมกำเนิดโดยงดการร่วมเพศบางช่วงเวลา มีใช้อยู่ในประเทศไทยมานานแล้ว มักเรียกวิธีนี้ว่า “ระยะปลอดภัย” หรือ Safe period โดยการกำหนดเวลาที่ปลอดภัยกันเองอย่างง่าย ๆ โดยใช้หลักว่า “ก่อน 7, หลัง 7” ซึ่งหมายถึง เจ็ดวันแรกและเจ็ดวันสุดท้ายของรอบเดือน แต่มักใช้ร่วมกับวิธีอื่นด้วยเพื่อป้องกันการผิดพลาด

การเลี้ยงบุตรด้วยน้ำนมแม่ระยะเวลานาน ๆ เป็นกลไกสำคัญสำหรับการเว้นระยะการมีบุตรในสตรีที่อยู่ระหว่างการเลี้ยงบุตรด้วยนมตนเอง จะมีช่วงการขาดระยะครุภายหลังคลอดยาวนานกว่าผู้ที่ไม่ได้เลี้ยงบุตรด้วยนมตนเอง เนื่องจากหลังคลอดโดยปกติระดับฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน และเอสโตรเจนจะลดลงอย่างรวดเร็ว และมีการเริ่มต้นหลังน้ำนม เมื่อมีการถูกกระตุ้นจากลูก จะส่งกระแสประสาทไปยังต่อมไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ไปกระตุ้นต่อมพิทูอิทารี (Pituitary) ให้หลั่งโปรแลคติน (Prolactin) เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และสูงอยู่ตลอดเวลาที่มีการถูกกระตุ้น มีผลไปยับยั้งการหลั่ง FSH และ LH เมื่อไม่มี FSH และ LH หรือมีน้อย ทำให้ไม่มีไข่ตก และไม่มีระยะ (ชวนชม สกนธวัฒน์. 2540 : 192)

ยาใส่ช่องคลอด (Vaginal spermicide) ยาใส่ช่องคลอดเพื่อคุมกำเนิดมีหลายแบบ คือ

1. ยาเม็ดฟองฟู (Foaming or Effervescent tablets)
2. ครีมและเจลลี่ (Creams and Jellies)

3. ฟองอัดในขวด (Aerosol foams)
4. ยาเหน็บช่องคลอด (Suppositories)
5. แผ่นฟิล์มละลาย (Vaginal contraceptive film insert)
6. ยาใส่ช่องคลอดเพื่อคุมกำเนิดทำหน้าที่เป็นยาฆ่าเชื้ออสุจิ (Spermicidal agents) และเป็นพาหะ (Base หรือ Vehicle) นำ และกระจายยาฆ่าตัวอสุจิไปทั่วช่องคลอด และปิดกั้นเชื้ออสุจิไม่ให้ผ่านเข้าปากมดลูก

หลักการใส่ยาใส่ช่องคลอดเพื่อคุมกำเนิด

การใส่ยาใส่ช่องคลอดเพื่อคุมกำเนิดแบบต่าง ๆ นั้น คล้ายคลึงกันคือ

1. ใส่ยาก่อนอยู่ร่วมกัน รอให้ยากระจายทั่วช่องคลอดประมาณ 3-10 นาที ความเร็วในการแผ่กระจายขึ้นอยู่กับพาหะ และยาจะกระจายตัวต่อเมื่อมีการเคลื่อนไหวขององคชาต
2. ยาใส่ช่องคลอดเพื่อคุมกำเนิด มีฤทธิ์ป้องกันอยู่ช่วงระยะเวลา 30-60 นาที แล้วแต่ชนิดของยา
3. การใส่ยาครั้งหนึ่ง ป้องกันได้สำหรับการอยู่ร่วมกันครั้งเดียว
4. ใส่ยาให้ลึกถึงบริเวณหน้าปากมดลูก
5. ขนาดของยาที่ใช้ต้องพิจารณาจากหลายปัจจัยร่วมกัน
6. ภายหลังใส่ยาไม่ควรลุก ขึ้น เดิน หรือถ่ายปัสสาวะจนกว่าจะร่วมหลับนอนเสร็จ
7. ไม่ควรสวนล้างช่องคลอดหลังอยู่ร่วมกันไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง

การคุมกำเนิดแบบถาวร (Permanent contraception) หมายถึง การคุมกำเนิดในกรณีที่ ไม่ต้องการมีบุตรอีกต่อไป สามารถกระทำได้ทั้งฝ่ายหญิงและฝ่ายชาย เรียกว่าการทำหมันหญิง และการทำหมันชาย (ยุทธพงศ์ วีระวัฒนตระกูล. 2534 : 314-315)

การทำหมันหญิง (Female sterilization) หมายถึง การผูกหรือตัดหลอดมดลูก หรือทำให้หลอดมดลูกตีบตันทั้ง 2 ข้าง

ระยะเวลาที่เหมาะสมในการทำหมันหญิง คือ

1. ระยะหลังคลอด (Postpartum period) ส่วนใหญ่ทำภายใน 24-72 ชั่วโมงหลังคลอด
2. ระยะปกติ (Interval sterilization) เป็นการทำให้หมันตั้งแต่ 6 สัปดาห์หลังคลอดขึ้นไป ควรทำในระยะครั้งแรกของรอบประจำในผู้ที่ไม่ได้ใช้วิธีคุมกำเนิด เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะที่มีการตั้งครรภ์ก่อนมาทำหมัน

ข้อดี : ระยะเวลาหลังคลอดชักงูให้ทำห้มน้ง่าย การทำค่อนข้างสะดวก เนื่องจากมดลูกหลอคมดลูก ยังมีขนาดโต และผู้รับบริการไม่เสียเวลา

ข้อเสีย : ระยะเวลาหลังคลอดบางรายบุตรที่เพิ่งคลอดมีปัญหาเกิดขึ้น นอกจากนี้ภาวะแทรกซ้อนจากการทำห้มน้งันที่หลังคลอดอาจรุนแรง เนื่องจากเส้นเลือดดำข้างหลอคมดลูกยังโป่งพองอยู่

ข้อห้าม : ภาวะการอักเสบในอุ้งเชิงกราน และตั้งครรภ์

การทำห้มนชาย (Male sterilization) หมายถึง การผูกและตัดหลอดนำเชื้ออสุจิ (Vas deferens) เพื่อป้องกันไม่ให้ตัวอสุจิออกมาจากอวัยวะ ซึ่งเป็นที่นิยมแพร่หลายทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว และกำลังพัฒนา เนื่องจากเป็นการผ่าตัดที่ง่าย และปลอดภัยกว่าการทำห้มนหญิง ราคาถูกและมีประสิทธิภาพที่สุดในการคุมกำเนิด (ยุทธพงศ์ วีระวัฒนตระกูล. 2538 : 328-333)

คำแนะนำหลังทำห้มนชาย

1. ควรพักหลังทำห้มน 30 นาที จนแน่ใจว่าไม่มีเลือดออกจึงจะกลับบ้านได้
2. ไม่ให้แผลถูกน้ำ 3 วัน
3. ไม่ทำงานหนักภายใน 24 ชั่วโมง หลังทำห้มนชาย
4. งดการร่วมเพศ 7 วัน
5. ควรใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีการร่วมเพศในระยะ 3 เดือนหลังทำห้มน และตรวจน้ำอสุจิเพื่อยืนยันว่าไม่พบตัวอสุจิแล้ว
6. ถ้ามีอาการปวดมาก อวัยวะบวม มีเลือดออกให้รีบไปพบแพทย์

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ และการวางแผนครอบครัวซึ่งประกอบด้วยงานวิจัยต่างประเทศและงานวิจัยในประเทศไทย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

งานวิจัยในต่างประเทศ

บอร์สกีและซาแกน (Borsky and Sagan . 1959 : 514-527) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรม : ความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพของมารดาภายหลังคลอด ผลการศึกษาพบว่า

มารดาที่มีอายุน้อย หรืออยู่ในวัยรุ่น จะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติเพื่อสุขภาพอนามัยมากกว่าบุคคลที่อยู่ในวัยอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ มูรู และคณะ (Mburu, Smith and other. 1978 : 211) พบว่า มารดาที่อายุน้อยจะยอมรับและตอบสนองต่อข่าวสารที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ตลอดจนให้ความร่วมมือในการปฏิบัติเพื่อสุขภาพอนามัยมากกว่ามารดาที่มีอายุมาก โดยไม่มีผลจากการศึกษามามีอิทธิพลต่อการปฏิบัติเพื่อสุขภาพอนามัยเลย

โรเบิร์ต (Robert. 1965 : 580-581) ได้ศึกษาโดยการสำรวจความรู้และเจตคติที่มีต่อการคุมกำเนิดที่ประเทศบาบาโคส ในปี ค.ศ. 1964 ผลการศึกษาพบว่าสตรีที่มีการศึกษาสูงย่อมมีความรู้ในเรื่องวิธีคุมกำเนิดอย่างน้อย 1 วิธี ด้วยอัตราร้อยละที่ทวีขึ้นตามลำดับของจำนวนที่ได้รับการศึกษา เช่น สตรีที่มีจำนวนปีของการศึกษา 4, 5, 6, 7 และระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่าขึ้นไป มีความรู้ร้อยละ 34.70, 68.90, 79.20, 80.00 และ 81.50 ตามลำดับ

มิสรา (Misra. 1967 : 181) ได้ศึกษาถึงความสำคัญของรายได้ของครอบครัวกับเจตคติต่อการวางแผนครอบครัวในซิกาโก ผลการศึกษาพบว่า เมื่อรายได้สูงขึ้น อัตราการเห็นด้วยจะสูงตามไปด้วย ครอบครัวที่มีรายได้ต่อปีต่ำกว่า 4,000 เหรียญสหรัฐฯ สามีเห็นด้วยร้อยละ 65 ภรรยาเห็นด้วยร้อยละ 74 รายได้ระหว่าง 4,000 – 7,999 เหรียญ สามีเห็นด้วยร้อยละ 79 ภรรยาเห็นด้วยร้อยละ 84 ครอบครัวที่มีรายได้ต่อปีสูงกว่า 8,000 เหรียญ สามีเห็นด้วยร้อยละ 80 ภรรยาเห็นด้วย ร้อยละ 86.70

ฮอค (Hock. 1968 : 702-708) ได้ศึกษาโดยการสำรวจความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของกลุ่มสตรีที่แต่งงานแล้วในประเทศมาเลเซียระหว่างปี ค.ศ. 1966 ถึงกลางปี ค.ศ. 1967 ผลการศึกษาพบว่า สตรีผู้ซึ่งไม่มีการศึกษาเห็นด้วยกับการคุมกำเนิดร้อยละ 65.50 และเคยทราบเกี่ยวกับวิธีคุมกำเนิดตั้งแต่ 1 วิธี หรือมากกว่า 1 วิธี ร้อยละ 28.70 สตรีที่มีจำนวนปีของการศึกษา 1-5 ปี เห็นด้วยกับการคุมกำเนิดร้อยละ 75.20 และเคยทราบเกี่ยวกับการคุมกำเนิดตั้งแต่ 1 วิธีหรือมากกว่าร้อยละ 53.2 ส่วนสตรีที่มีจำนวนการศึกษาตั้งแต่ 6 ปี หรือมากกว่าเห็นด้วยร้อยละ 75.6 และเคยทราบวิธีการคุมกำเนิดตั้งแต่ 1 วิธี หรือมากกว่าขึ้นไปร้อยละ 71

เพรสตัน และริชาร์ด (Preston and Richards. 1975 : 209) ได้ศึกษาเกี่ยวกับอาชีพของสตรีในโปรตุเกสที่มีอิทธิพลต่อการสมรส ผลการศึกษาพบว่า สตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมมีอัตราการแต่งงานต่ำกว่าสตรีทั่วไป

แคมเบียน และกาบรียล (มาลินี จำเริญร. 2537 : 22 อ้างอิงมาจาก Campion and Gabriel. 1985 :329) ได้ศึกษาพฤติกรรมความเจ็บป่วยของมารดาที่มีบุตรอยู่ในวัยเด็กเล็กพบว่าประสบการณ์เดิมของมารดา มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพอนามัย

จากการศึกษาดังกล่าว แสดงว่าระดับการศึกษารายได้ อาชีพ มีความสัมพันธ์กับความรู้ เจตคติ เกี่ยวกับการคุมกำเนิด

งานวิจัยในประเทศไทย

งานวิจัยเกี่ยวกับความรู้

อภิชาติ จำรัสฤทธิ์รงค์ และคณะ (2540:28) ได้ศึกษาเรื่องการสำรวจภาวะคุมกำเนิดในประเทศไทย พ.ศ. 2539 พบว่าสตรีไทยรู้จักการคุมกำเนิดแต่ความรู้จริงในวิธีใช้ที่ถูกต้องว่าใช้อย่างไรหรือเข้าถึงบริการได้อย่างไร และวิธีเหล่านั้นสามารถคุมกำเนิดได้อย่างไรนั้นไม่เป็นที่รู้จักกันโดยทั่วไปทั้งหมด ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้สตรีที่มารับบริการวางแผนครอบครัวส่วนใหญ่มิมีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง

งานวิจัยเกี่ยวกับเจตคติ

มาโนช สุตสาขตา (2539:86) ได้ศึกษาเรื่องความรู้และเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปมีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรอยู่ในระดับสูง ซึ่งการได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ สถาบันการศึกษา และสื่อต่าง ๆ ส่งผลให้หญิงหลังคลอดมีเจตคติที่ดีต่อการวางแผนครอบครัว

วรารักษ์ แผลงมน (2536:82) ได้ศึกษาความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 สถาบันราชภัฏสววิทยาลัยรัตนโกสินทร์ พบว่านักศึกษาได้รับความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวมาจากชั้นต่าง ๆ บ้างแล้ว อีกทั้งในปัจจุบันมีการรณรงค์เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้นักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีเจตคติที่ดีต่อการวางแผนครอบครัว

วิไลลักษณ์ ปริยฉัตรกุล (2535 : 126) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช่วิธีคุมกำเนิดชนิดชั่วคราวและชนิดถาวรในกลุ่มสตรีหลังคลอดที่มีบุตรมีชีวิต 2 คนขึ้นไป ณ จังหวัดนครสวรรค์พบว่าสตรีที่ไม่คุมกำเนิดมีอายุน้อยมากกว่าสตรีที่คุมกำเนิดชนิดถาวรและชนิดชั่วคราวตามลำดับ เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์กับการคุมกำเนิดชนิดถาวรจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น เมื่อทดสอบทางสถิติพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการคุมกำเนิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่มีอิทธิพลต่อการคุมกำเนิดชนิดถาวร

กาญจนา ปฎิยุทธ (2541 : 117) ได้ศึกษาค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ ของนักเรียนวัยรุ่น จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับแฟน เมื่ออายุ 12-19 ปี เฉลี่ย 15-16 ปี โดยใช้ถุงยางอนามัย

จากผลการวิจัยข้างต้นแสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีอายุน้อยให้ความสนใจ และร่วมมือในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวมากกว่าผู้ที่มีอายุมาก

งานวิจัยเกี่ยวกับระดับการศึกษา

แสงโสม ศิริพานิช (2534 : 37) ได้ศึกษาความรู้ เจตคติ และพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ในชายประกอบอาชีพ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติ คือการศึกษา การศึกษาต่างกัน มีทัศนคติแตกต่างกัน คือ ผู้มีการศึกษาสูงมีทัศนคติในแง่ดีมากกว่าผู้มีระดับการศึกษาปานกลางและต่ำ

วิไลลักษณ์ ปริยฉัตรกุล (2535 : 128) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้วิธีคุมกำเนิดในกลุ่มสตรีหลังคลอดจังหวัดนครสวรรค์ ผลการศึกษาพบว่า สตรีที่คุมกำเนิดชนิดถาวรมีจำนวนปีการศึกษาเฉลี่ยมากกว่าสตรีที่คุมกำเนิดชั่วคราวและสตรีที่ไม่คุมกำเนิด และอัตราการคุมกำเนิดชนิดถาวรจะเพิ่มขึ้นตามระดับการศึกษาที่สูงขึ้น แสดงว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรู้ เจตคติและการปฏิบัติต่อการมารับบริการตรวจร่างกาย การคุมกำเนิด และการเลือกชนิดการคุมกำเนิด

สมบูรณ์ บุญเกียรติ (2539 : 91) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ในผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกนรีเวชกรรม วชิรพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ผู้รับบริการที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน และสอดคล้องกับพิสมัย พิทักษ์วารการ (2536 : 89) พบว่าผู้มีการศึกษาสูงมีพฤติกรรมในการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้มีระดับการศึกษาต่ำ

จากผลการศึกษาดังกล่าว อธิบายได้ว่า ผู้มีระดับการศึกษาสูง จะมีวุฒิภาวะ มีสติปัญญา มีเหตุผล และมีสังคมสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้มากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ

งานวิจัยเกี่ยวกับอาชีพ

วรารักษ์ แผลงมน (2536 : 81) ได้ศึกษาความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 สถาบันราชภัฏสววิทยาลัษัณ โกสินทร์ ผลการศึกษาพบว่าอาชีพของผู้ปกครองต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยนักศึกษาที่ผู้ปกครองมีอาชีพค้าขาย หรือธุรกิจ มีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวมากกว่านักศึกษาที่ผู้ปกครองมีอาชีพอื่น ๆ

กุนดี โตโพธิ์ไทย (2540 : 88) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศของหญิงขายบริการ ผลการศึกษาพบว่า การดูแลสุขภาพของตนเองเป็นแบบแผนทางวัฒนธรรม ความเชื่อใน

การประกอบอาชีพและดำเนินชีวิต เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์และการ จัดেলাทางสังคมของแต่ละบุคคล และหญิงขายบริการตระหนักถึงปัญหาทางเพศที่เกิดขึ้น ทำให้ต้องแสวงหากลยุทธ์ต่างๆ เพื่อป้องกันและดูแลสุขภาพทางเพศของตนเอง เริ่มตั้งแต่การคุม กำเนิดกับแขกส่วนมากโดยใช้ถุงยางอนามัย

ผลจากวิจัยข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ผู้ประกอบอาชีพต่างกันมีความรู้ และตระหนักถึง ปัญหาเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวที่มีผลต่อการประกอบอาชีพต่างกันทำให้ต้องแสดงหากลยุทธ์ ต่างๆ เพื่อป้องกันและดูแลสุขภาพทางเพศของตนเอง

งานวิจัยเกี่ยวกับรายได้

ศรีบังอร สุวรรณพานิช (2530 : 79-81) ได้ศึกษาเรื่อง การเปรียบเทียบความคิดเห็นของ อาจารย์และนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษาภาคใต้ที่มีต่อการวางแผนครอบครัว ผลการศึกษาพบว่านัก ศึกษาที่มีระดับรายได้ของครอบครัวแตกต่างกันมีความคิดเห็นต่อการวางแผนครอบครัวไม่แตก- ต่างกัน ซึ่งผลการวิจัยนี้อาจเป็นเพราะอิทธิพลของการศึกษา และสภาพเศรษฐกิจของสังคมไทย ในปัจจุบันหรืออิทธิพลของสื่อมวลชนในด้านต่าง ๆ อาจารย์และนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษาที่บิดา หรือมารดามีระดับการศึกษาต่างกัน และอาจารย์กับนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษาภาคใต้ ที่มีภูมิลำเนา ต่างกันมีความคิดเห็นต่อการวางแผนครอบครัวไม่แตกต่างกัน

ปรัชญา ไชยบุญตัน (มัลลิกา มัติโก และคณะ. 2540 : 51 ; อ้างอิงมาจาก ปรัชญา ไชยบุญตัน. 2524.) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพทางเศรษฐกิจกับภาวะเจริญ พันธุ์ในเขตชนบทของประเทศไทย พบว่าครอบครัวที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสูงมีภาวะเจริญ พันธุ์ต่ำกว่าครอบครัวที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจต่ำ

วรารักษ์ แผลงมน (2536 : 82) ได้ศึกษาความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว ของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 สถาบันราชภัฏสววิทยาลัยรัตนโกสินทร์พบว่า ผู้ปกครองที่มีรายได้ของ ครอบครัวต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .01 สอดคล้องกับคาลล์และคอบบ์ (Kasl and Cobb. 1966 : 251 ; อ้างอิงมาจาก มาลินี จำเนียร. 2537 : 21) กล่าวว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือ ผู้ที่มี รายได้สูงจะให้ความร่วมมือมากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ แสดงว่ารายได้ เป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดใน การมีพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติเพื่อสุขภาพอนามัย

จากผลการวิจัยดังกล่าว แสดงว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจของครอบครัวเป็นตัวแปรสำคัญต่อ การวางแผนครอบครัวและภาวะเจริญพันธุ์ โดยครอบครัวที่มีรายได้สูงมีการคุมกำเนิดสูงกว่าครอบ ครัวที่มีรายได้ต่ำ

งานวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์ในการคลอดบุตร

เพิ่มพร สรียะนันท์ (2514) ได้ศึกษาเกี่ยวกับค่านิยมและบรรทัดฐานการมีบุตรที่ผ่านมา ได้แก่การศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนบุตรกับการศึกษาของบิดา มารดา และรายได้ของครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า จำนวนบุตรมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาของบิดา มารดา และรายได้ของครอบครัว สอดคล้องกับ ระจิตตา ณ พัทลุง (2514) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อจำนวนบุตรในอุดมคติของสตรีที่สมรสแล้ว ผลการศึกษพบว่า จำนวนบุตรในอุดมคติของสตรีซึ่งอยู่ในครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงมีจำนวนน้อยกว่าในครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ (มัลลิกา มติโกและคณะ. 2540 : 75-74)

กิงกาญจน์ คงสาคร (2538 : 102) ศึกษากระบวนการตัดสินใจดำเนินการตั้งครรภ์ในหญิงที่มีการติดเชื้อเอชไอวี พบว่า บุคคลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการตั้งครรภ์ต่อไปซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลสุขภาพส่วนตัว

จากการศึกษาข้างต้น แสดงว่า บรรทัดฐานการมีบุตรที่ผ่านมา สัมพันธ์กับการมีบุตรในอุดมคติซึ่งเกี่ยวข้องกับวิธีการในการวางแผนครอบครัวด้วย

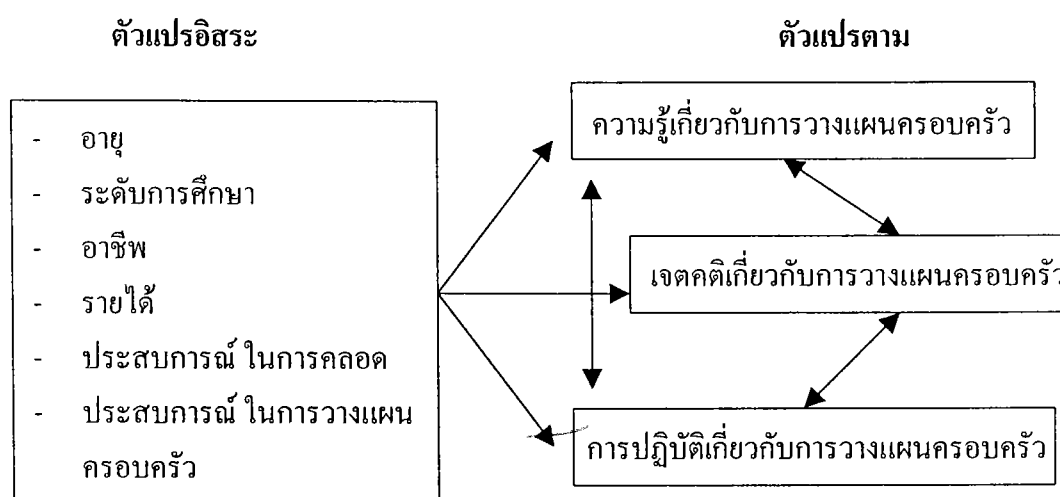
งานวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์ในการวางแผนครอบครัว

เบญญา ยอดดำเนินและคณะ (2532) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการคงใช้ การเลิกใช้ และการยอมรับวิธีการคุมกำเนิดในสตรีวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-49 ปี ที่แต่งงานและอยู่กับสามีในจังหวัดสุรินทร์และจังหวัดตรัง ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีอัตราการใช้วิธีการคุมกำเนิดต่ำ และอัตราการเจริญพันธุ์สูง ผลการศึกษพบว่า สตรีในชุมชนจังหวัดตรัง นิยมใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดเป็นส่วนใหญ่เนื่องจากสะดวก หยัดใช้เมื่อไหร่ก็ได้ ไม่ต้องพึ่งบุคลากรทางการแพทย์ สำหรับสตรีในชุมชนจังหวัดสุรินทร์นิยมใส่ห่วง เพราะสะดวกใส่ที่เดียวป้องกันได้นาน และสตรีทั้ง 2 จังหวัด มีลักษณะของการเกาะกลุ่มคล้ายกัน คือ เวลาไปรับบริการจะมีคนไปเป็นเพื่อน และหากจะพูดคุยเรื่องการคุมกำเนิดจะต้องเป็นเพศหญิง เช่น เพื่อน พี่สาว น้องสาว หรือแม่ ส่วนการตัดสินใจเลือกวิธีคุมกำเนิดนั้นขึ้นอยู่กับอาการข้างเคียง ข่าวดู อันตราย และความล้มเหลวของวิธีที่ใช้อยู่

อารี อุเก็น (2534) ได้ศึกษาการเปลี่ยนแปลงของภาวะสมรส การคุมกำเนิด การเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา และภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยมุสลิมภาคใต้ในเรื่องการคุมกำเนิด ผลการศึกษพบว่า สตรีไทยมุสลิมภาคใต้จำนวนเพียงส่วนน้อยที่กำลังใช้ หรือเคยใช้การคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่ง และในระยะ 12 ปีที่ผ่านมา การคุมกำเนิดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และสัดส่วนของผู้ที่ไม่เคยใช้การคุมกำเนิดเลยมีแนวโน้มลดลง

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและผลการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ สามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจและสังคมอันได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประสบการณ์ในการคลอด และประสบการณ์ในการวางแผนครอบครัว มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว ของหญิงหลังคลอด ซึ่งสอดคล้องกับเบคเคอร์ และไมแมน (Becker and Maiman. 1975 : 336) ที่เชื่อว่าองค์ประกอบต่างๆ ทางด้านตัวบุคคล บุคลิกภาพ โครงสร้าง และสังคมของบุคคล จะมีผลต่อแรงจูงใจและการรับรู้ของบุคคลโดยองค์ประกอบเหล่านี้มีผลโดยทางอ้อมต่อพฤติกรรมอนามัยด้วย

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนครอบครัว ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการวิจัยดังปรากฏตามภาพประกอบ 4



ภาพประกอบ 4 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. หญิงหลังคลอดที่มีอายุต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน
2. หญิงหลังคลอดที่มีอายุต่างกันจะมีเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน
3. หญิงหลังคลอดที่มีอายุต่างกันจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน
4. หญิงหลังคลอดที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน
5. หญิงหลังคลอดที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน
6. หญิงหลังคลอดที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด ที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นหญิงหลังคลอดที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 1,723 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นหญิงหลังคลอดที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โดยการสุ่มแบบบังเอิญ (Accidental sampling) ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากประชากร โดยใช้สูตรของยามเน่ (Yamane. 1967 : 583) ให้มีความคลาดเคลื่อนได้ .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 324 คน ดังสูตร

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

เมื่อ N	แทน	จำนวนประชากร
n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
e	แทน	ความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม และแบบทดสอบที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าจากตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ตามตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประสิทธิภาพการคลอด และประสิทธิภาพในการวางแผนครอบครัว ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list)

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว ลักษณะของแบบทดสอบเป็นแบบปรนัย ชนิดเลือกตอบ (Multiple choice) ชนิด 4 ตัวเลือก

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวลักษณะของแบบ สอบถาม ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับคือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการสร้างแบบทดสอบ และแบบสอบถาม ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ศึกษาเอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนครอบครัว
2. ศึกษาหลักเกณฑ์ และวิธีการสร้างแบบทดสอบ และแบบสอบถามจากตำรา และเอกสารต่าง ๆ
3. สร้างแบบทดสอบ และแบบสอบถามความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว โดยศึกษาจากแบบทดสอบ และแบบสอบถามต่าง ๆ ที่มีคำถามใกล้เคียงกัน ซึ่งได้ข้อคำถามวัดพฤติกรรมด้านความรู้ จำนวน 42 ข้อ ข้อคำถามวัดพฤติกรรมด้านเจตคติ จำนวน 50 ข้อ และข้อคำถามวัดพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ จำนวน 21 ข้อ
4. นำแบบทดสอบ และแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมปริญญา นิพนธ์ เพื่อขอคำแนะนำ และแก้ไข
5. นำแบบทดสอบ และแบบสอบถามที่แก้ไขแล้ว ให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการวางแผนครอบครัว ด้านการวัดและประเมินผลการศึกษาจำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบ

ความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ได้ข้อคำถามวัดพฤติกรรมด้านความรู้จำนวน 22 ข้อ ข้อคำถามวัดพฤติกรรมด้านเจตคติจำนวน 22 ข้อ และข้อคำถามวัดพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ จำนวน 17 ข้อ

6. นำแบบทดสอบ และแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับหญิงหลังคลอดที่คลินิกวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลกลางจำนวน 50 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แล้วนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์หาคุณภาพเครื่องมือ ได้ข้อคำถามวัดพฤติกรรมด้านความรู้จำนวน 20 ข้อ ข้อคำถามวัดพฤติกรรมด้านเจตคติ จำนวน 20 ข้อ และข้อคำถามวัดพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ จำนวน 12 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย

1. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตอบถูก ได้ 1 คะแนน

ตอบผิด หรือไม่ตอบ ได้ 0 คะแนน

การแปลความหมายใช้เกณฑ์การประเมินผลความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (กระทรวงศึกษาธิการ. 2532:420-421)

สูง	ร้อยละ 76-100 คะแนน	หมายถึง	มีความรู้ระดับดี
ปานกลาง	ร้อยละ 50-75 คะแนน	หมายถึง	มีความรู้ระดับปานกลาง
ต่ำ	ร้อยละ 1-49 คะแนน	หมายถึง	มีความรู้ระดับต่ำ

2. แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว โดยกำหนดให้คะแนนการตอบแบบสอบถามเป็นรายข้อดังนี้

ข้อคำถามที่มีลักษณะทางบวกให้คะแนนดังนี้

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

ข้อคำถามที่มีลักษณะทางลบให้คะแนนดังนี้

ตัวเลือก	คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

เห็นด้วย	2
ไม่แน่ใจ	3
ไม่เห็นด้วย	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5

การแปลความหมายของคะแนนเฉลี่ย ใช้เกณฑ์การประเมินผลเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวโดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00 หมายถึง เจตคติต่อการวางแผนครอบครัวดี

คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66 หมายถึง เจตคติต่อการวางแผนครอบครัวปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง เจตคติต่อการวางแผนครอบครัวต่ำ

3. แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว โดยให้คะแนนการตอบแบบสอบถามเป็นรายข้อดังนี้

ข้อคำถามที่มีลักษณะทางบวกให้คะแนนดังนี้

ข้อเลือก	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	2
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	1
ไม่ปฏิบัติ	0

ข้อคำถามที่มีลักษณะทางลบให้คะแนนดังนี้

ข้อเลือก	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	0
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	1
ไม่ได้ปฏิบัติ	2

การแปลความหมายโดยทำการวิเคราะห์และแปรผลระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว โดยใช้เกณฑ์ประเมินระดับการปฏิบัติ ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

คะแนนเฉลี่ย 1.34 - 2.00 หมายถึง มีการปฏิบัติระดับดีมาก

คะแนนเฉลี่ย 0.67 - 1.33 หมายถึง มีการปฏิบัติระดับพอใช้

คะแนนเฉลี่ย 0.00 - 0.66 หมายถึง มีการปฏิบัติระดับปรับปรุง

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Validity) โดยนำแบบทดสอบ และแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว จำนวน 113 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามวัด พฤติกรรมด้านความรู้ จำนวน 42 ข้อ ข้อคำถามวัดพฤติกรรมด้านเจตคติ จำนวน 50 ข้อ และข้อ คำถามวัดพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ จำนวน 21 ข้อ นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญด้านการวางแผนครอบครัว ด้านการวัดผลและประเมินผล จำนวน 5 ท่าน พิจารณารวสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาเป็นรายข้อว่าแต่ละข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องกับลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมหรือไม่ โดยใช้เกณฑ์คะแนนดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540:117)

+1	เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้น เป็นตัวแทนลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมนั้น
0	เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้น เป็นตัวแทนลักษณะเฉพาะของกลุ่มพฤติกรรมนั้นหรือไม่
-1	เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้น ไม่เป็นตัวแทนลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมนั้น

แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม โดยใช้สูตร IC (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540:117) ซึ่งได้คัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.5 หรือมากกว่าขึ้นไป ถือว่ามีความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและสามารถนำไปใช้ได้ จำแนกเป็น

- 1.1 ข้อคำถามวัดพฤติกรรมด้านความรู้ จำนวน 22 ข้อ
- 1.2 ข้อคำถามวัดพฤติกรรมด้านเจตคติ จำนวน 22 ข้อ
- 1.3 ข้อคำถามวัดพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ จำนวน 17 ข้อ

2. การวิเคราะห์หาค่าความยากง่าย (Difficulty) และอำนาจจำแนก (Discrimination) ของแบบทดสอบและแบบสอบถาม กระทำโดยนำแบบทดสอบและแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับหญิงหลังคลอดที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน แล้วนำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าดังนี้

2.1 หาค่าความยากง่ายของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว โดยค่าคะแนนรายข้อจะมีคะแนนเป็น 1 ถ้าตอบถูก และคะแนนเป็น 0 ถ้าตอบผิด คำนวณหาความยากง่ายเป็นรายข้อ โดยเลือกข้อคำถามที่มีความยากง่าย ระหว่าง 0.2 ถึง 0.80 โดยให้ข้อคำถามครอบคลุมเนื้อหาทั้งหมด (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 129) ซึ่งแบบทดสอบจำนวน 22 ข้อ เมื่อนำไปหาความยากง่าย พบว่าได้ข้อคำถามวัดพฤติกรรมด้านความรู้จำนวน 20 ข้อ ที่มีความยากง่ายระหว่าง 0.22 ถึง 0.78

2.2 หาค่าอำนาจจำแนก ของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว เป็นรายข้อ โดยใช้ค่าสหสัมพันธ์ แบบพอยต์ ไบซีเรียล (Point biserial correlation) ซึ่งเป็น

ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ และเลือกข้อที่มีอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 119) ได้ข้อคำถามวัดพฤติกรรมด้านความรู้จำนวน 20 ข้อ ที่มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.22 ถึง 0.53

2.3 หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว โดยวิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์ ระหว่างคะแนนรายข้อ กับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Correlated item to total correlation) และเลือกข้อที่มีอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 116-117) โดยแบบสอบถามเจตคติ จำนวน 22 ข้อ เมื่อนำมาหาค่าอำนาจจำแนกแล้วได้ข้อคำถามวัดพฤติกรรมด้านเจตคติ จำนวน 20 ข้อ ที่มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.30 ถึง 0.56 แบบสอบถามการปฏิบัติ จำนวน 17 ข้อ เมื่อนำมาหาค่าอำนาจจำแนกแล้วได้ข้อคำถามวัดพฤติกรรมด้านการปฏิบัติจำนวน 12 ข้อ ที่มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.24 ถึง 0.66

3. การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

3.1 การหาค่าความเชื่อมั่น ของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว ที่มีระบบการให้คะแนน คือ ถ้าตอบถูกให้คะแนนเป็น 1 ถ้าตอบผิดให้คะแนนเป็น 0 โดยนำแบบทดสอบความรู้ที่มีค่าความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนกที่ใช้ได้มาหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตร KR 20 ของคูเคอร์ ริชาร์ดสัน (พวงรัตน์ ทวีรักษ์. 2540 : 123) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้เท่ากับ 0.44

3.2 การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว โดยใช้สูตรสัม-ประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ของครอนบัค (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 125-126) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเจตคติเท่ากับ 0.73 และได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการปฏิบัติเท่ากับ 0.68

วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ถึงผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล เพื่อขออนุญาตเก็บ รวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยนำแบบทดสอบ และแบบสอบถามไปเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการวางแผนครอบครัว ที่หน่วยวางแผนครอบครัว วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล เพื่อตอบแบบทดสอบและแบบสอบถาม แล้วผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 15 สิงหาคม 2543 ถึงวันที่ 15 ตุลาคม 2543

วิธีจัดกระทำกับข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบทดสอบและแบบสอบถามทั้ง 4 ตอนมาวิเคราะห์โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส ฟอร์ วินโดว์ (SPSS for windows/Statistical package for the social – science for windows) โดยผู้วิจัยดำเนินการตามหลักดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์เรียบร้อยของแบบทดสอบและแบบสอบถามแต่ละฉบับ แล้วคัดเลือกเฉพาะที่สมบูรณ์ไว้สำหรับนำมาวิเคราะห์ต่อไป
2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม นำมาวิเคราะห์แจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ
3. แบบทดสอบความรู้ และแบบสอบถามเจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว นำมาวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)
4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกันโดยการทดสอบค่าที (t - test) เพื่อทดสอบข้อสมมุติฐานข้อที่ 16, 17, 18
5. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม ใช้การทดสอบมากกว่าการวิเคราะห์ความแปรปรวน 1 ตัวประกอบ (One – way analysis of variance) หรือทดสอบค่าเอฟ (F- test) เพื่อทดสอบข้อสมมุติฐานข้อที่ 1 ถึง 15 ถ้าพบว่าข้อใดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงจะทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่โดยใช้วิธีของนิวแมน – คูลส์ (Newman – Kuels method)
6. หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อ 19, 20 และ 21 และทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ คำนวณโดยการทดสอบ (t - test)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่

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

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

เมื่อ P	แทน	ค่าร้อยละ
f	แทน	ค่าความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นค่าร้อยละ
n	แทน	จำนวนคน

1.2 คะแนนเฉลี่ย (Mean) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541 : 34 - 35)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ $\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
$\sum X$	แทน	ผลรวมทั้งหมดของข้อมูล
N	แทน	จำนวนข้อมูลทั้งหมด

1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541 : 64 - 65)

$$S = \sqrt{\frac{n \sum X^2 - (\sum X)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ S	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
$\sum X^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
$(\sum X)^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
n	แทน	จำนวนข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพของเครื่องมือ

2.1 การหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 117)

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

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะพฤติกรรม

$\sum R$ แทน ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 การวิเคราะห์ความยากเป็นรายข้อ โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 129)

$$P = \frac{R}{N}$$

เมื่อ P แทน ค่าความยากของคำถามแต่ละข้อ

R แทน จำนวนผู้ตอบถูกในแต่ละข้อ

N แทน จำนวนผู้ที่เข้าสอบทั้งหมด

2.3 การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ

2.3.1 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว วิเคราะห์หาค่าสหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล (Point biserial correlation) โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 119)

$$r_{pbis} = \frac{\bar{Y}_p - \bar{Y}_q}{S_y \sqrt{pq}}$$

เมื่อ r_{pbis} แทน ค่าอำนาจจำแนกประจำข้อ ดัชนีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล

S_y แทน ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนทั้งฉบับ

$\bar{Y}_p$ แทน ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมของหญิงหลังคลอดที่ตอบข้อนั้นถูก

$\bar{Y}_q$ แทน ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมของหญิงหลังคลอดที่ตอบข้อนั้นผิด

p	แทน	สัดส่วนของหญิงหลังคลอดที่ตอบข้อนั้นถูก
q	แทน	สัดส่วนของหญิงหลังคลอดที่ตอบข้อนั้นผิด

2.3.2 แบบสอบถามวัดเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว
ใช้วิธีหาค่าสหสัมพันธ์ (Correlate analysis) โดยหาค่าสหสัมพันธ์คะแนนรายข้อและคะแนนรวม
ทั้งฉบับของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117)

$$r_{xy} = \frac{n\sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{[n\sum X^2 - (\sum X)^2][n\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

เมื่อ r_{xy}	แทน	ค่าอำนาจจำแนกประจำข้อดัชนีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
$\sum X$	แทน	ผลรวมของคะแนนรายข้อ (Item) ของกลุ่มตัวอย่าง
$\sum Y$	แทน	ผลรวมของคะแนนรวม (Total) ของกลุ่มตัวอย่าง
$\sum X^2$	แทน	ผลรวมของกำลังสองคะแนน X
$\sum Y^2$	แทน	ผลรวมของกำลังสองคะแนน Y
$\sum XY$	แทน	ผลรวมของผลคูณระหว่างคะแนน X กับ Y
n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

2.4 การวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

2.4.1 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว โดยใช้สูตร KR 20 ของคูเคอร์ – ริชาร์ดสัน (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 123)

$$Y_{rr} = 1 - \frac{n}{n-1} \left[\frac{\sum pq}{S^2_i} \right]$$

เมื่อ Y_{rr}	แทน	ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ
n	แทน	จำนวนข้อคำถามของแบบทดสอบ
p	แทน	สัดส่วนจำนวนคนที่ตอบถูกในแต่ละข้อ

q	แทน	สัดส่วนจำนวนคนที่ตอบผิดในแต่ละข้อ
S_T^2	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนรวมจากแบบทดสอบ

2.4.2 แบบสอบถามวัดเจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว
โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา(α -Coefficient)ของครอนบัต (Cronbach) โดยใช้สูตร (พวงรัตน์
ทวีรัตน์. 2540 : 125 - 126)

$$\alpha = \frac{N}{n-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

เมื่อ α	แทน	สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ ทั้งฉบับ
n	แทน	จำนวนข้อสอบ
S_i^2	แทน	ความแปรปรวนในแต่ละข้อ
S_T^2	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับของแบบ สอบถาม

3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมุติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าคะแนนความเฉลี่ยเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และ
การปฏิบัติระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกัน โดยการทดสอบค่าที่ (t - test) เพื่อ
ทดสอบข้อสมมุติฐานข้อที่ 16, 17 และ 18 ในกรณีที่ความแปรปรวนของทั้งกลุ่มแตกต่างกัน จะ
ใช้สูตร

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

ค่า df ที่ใช้เปิดตาราง คือ

$$df = \frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}{\frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} \right]^2}{n_1 - 1} + \frac{\left[\frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}{n_2 - 1}}$$

เมื่อ t	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาใน t - distribution
$\bar{X}_1, \bar{X}_2$	แทน	ค่าเฉลี่ยของหญิงหลังคลอดกลุ่มที่ 1 และ กลุ่มที่ 2
S_1^2, S_2^2	แทน	ค่าความแปรปรวนของหญิงหลังคลอดในกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2
n_1, n_2	แทน	จำนวนหญิงหลังคลอดในกลุ่มที่ 1 และ กลุ่มที่ 2
df	แทน	ชั้นห่างความเป็นอิสระ (Degree of freedom)

ในกรณีที่ความแปรปรวนของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน ใช้สูตร

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\left[\frac{(n_1-1)S_1^2 + (n_2-1)S_2^2}{n_1+n_2-2} \right] \left[\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right]}}$$

เมื่อ t	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาใน t - distribution
X_1, X_2	แทน	ค่าเฉลี่ยของหญิงหลังคลอดกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2
S_1^2, S_2^2	แทน	ค่าความแปรปรวนของหญิงหลังคลอดกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2
n_1, n_2	แทน	จำนวนหญิงหลังคลอดในกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2

3.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่มีมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป โดยใช้การทดสอบความแปรปรวน แบบ ทิศทางเดียว (One - way analysis variance) หรือการทดสอบค่าเอฟ (F - test) เพื่อทดสอบค่า สมมุติฐานข้อที่ 1 ถึงข้อที่ 15 (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541 : 232 - 236) โดยใช้สูตร

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

เมื่อ F	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณา F - distribution
MS_b	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสองระหว่างกลุ่ม
MS_w	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสองภายในกลุ่ม

ถ้าพบว่า ผลการทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน คูลส์ (Newman-Kuels method) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 251 - 252) โดยใช้สูตร

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

เมื่อ q แทน q - Statistic ที่ได้จากรายการ

MS_w แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกยกกำลังสองภายในกลุ่ม

n แทน จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่าง

ถ้า n ในกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มไม่เท่ากัน ใช้สูตร ดังนี้

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

เมื่อ

$$\tilde{n} = \frac{k}{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} + \dots + \frac{1}{n_k}}$$

k แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

$n_1, n_2, \dots, n_k$ แทน จำนวนคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 ถึงกลุ่มตัวอย่างที่ k

3.3 หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) เพื่อทดสอบข้อสมมุติฐานข้อที่ 19, 20 และ 21 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 : 313 – 314)

$$r_{xy} = \frac{n\sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{[n\sum X^2 - (\sum X)^2] [n\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

เมื่อ r_{xy} แทน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ΣX	แทน	ผลรวมของคะแนนชุด X
ΣY	แทน	ผลรวมของคะแนนชุด Y
ΣX^2	แทน	ผลรวมของคะแนนชุด X แต่ละตัวยกกำลังสอง
ΣY^2	แทน	ผลรวมของคะแนนชุด Y แต่ละตัวยกกำลังสอง
ΣXY	แทน	ผลรวมของผลคูณระหว่าง X กับ Y
n	แทน	จำนวนหญิงหลังคลอดที่ศึกษา

3.4 ทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้ โดยการทดสอบค่าที (t- test) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ, 2541 :317)

$$t = \frac{r \sqrt{(n-2)}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

เมื่อ t	แทน	ค่าทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
r	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้
n	แทน	จำนวนหญิงหลังคลอด

3.4 ทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้ โดยการทดสอบค่าที (t- test) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2541 :317)

$$t = \frac{r \sqrt{(n-2)}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

เมื่อ t แทน ค่าทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
 r แทน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้
 n แทน จำนวนหญิงหลังคลอด

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันในการแปลความหมายของการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ต่างๆ แทนความหมายดังต่อไปนี้

n แทน	จำนวนหญิงหลังคลอดในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$ แทน	คะแนนเฉลี่ย
S แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t แทน	ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์การแจกแจงแบบที (t-distribution)
F แทน	ค่าสถิติที่ใช้วิเคราะห์การแจกแจงแบบเอฟ (F-distribution)
SS	แทน ผลบวกของคะแนนยกกำลังสอง (Sum of square)
MS	แทน ค่าเฉลี่ยผลบวกของคะแนนยกกำลังสอง (Mean of square)
df	แทน ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)
p แทน	ความน่าจะเป็น (Probability)
r แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
* แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามของหญิงหลังคลอด ที่มารับบริการที่แผนกวางแผนครอบครัว จำนวน 324 ฉบับ เป็นแบบสอบถามที่ได้คำตอบสมบูรณ์ร้อยละ 100 ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส ฟอร์ วินโดวส์ (SPSS for Windows / Statistical Package for the Social Sciences of Windows) ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยแบ่งออกเป็น 4 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของหญิงหลังคลอด ที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ในช่วงระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง เดือนกันยายน 2543 โดยแจกแจงความถี่คิดเป็นค่าร้อยละ และนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์พฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด ที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โดยแสดงค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแสดงร้อยละของระดับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด ที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ตามตัวแปรอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประสิทธิภาพในการคลอด และประสิทธิภาพในการวางแผนครอบครัว โดยการทดสอบค่าที (t-test) และค่าเอฟ (F-test) นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด ที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

ผลการค้นคว้า

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของหญิงหลังคลอด ที่มารับบริการที่หน่วยวางแผนครอบครัว วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ในช่วงระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือนกันยายน 2543 โดยการแจกแจงความถี่ คิดเป็นค่าร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง 3

ตาราง 3 จำนวน และค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้
ประสบการณ์ในการคลอด และประสบการณ์ในการวางแผนครอบครัว

ตัวแปร	n	ร้อยละ
อายุ		
ต่ำกว่า 20 ปี	58	17.90
20 – 30 ปี	151	46.60
31 – 40 ปี	110	34.00
มากกว่า 40 ปีขึ้นไป	5	1.50
รวม	324	100.00
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	121	37.40
มัธยมศึกษาตอนต้น	84	25.90
มัธยมศึกษาตอนปลาย / เทียบเท่า	82	25.30
อนุปริญญา / เทียบเท่า	25	7.70
ปริญญา / เทียบเท่า	12	3.70
รวม	324	100.00
อาชีพ		
รับราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ	40	12.30
เกษตรกร	4	1.20
ค้าขาย / นักรูทกิจ	41	12.70
รับจ้างทั่วไป	127	39.20
แม่บ้าน	112	34.60
รวม	324	100.00

ตาราง 3 (ต่อ)

ตัวแปร	n	ร้อยละ
รายได้		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	124	38.30
5,000 – 10,000 บาท	171	52.80
10,001 – 15,000 บาท	25	7.70
มากกว่า 15,000 บาท	4	1.20
รวม	324	100.00
ประสบการณ์ในการคลอด		
1 ครั้ง	166	51.20
2 ครั้ง	112	34.60
3 ครั้ง	43	13.30
มากกว่า 3 ครั้ง	3	0.90
รวม	324	100.00
ประสบการณ์ในการวางแผนครอบครัว		
เคยได้รับการคุมกำเนิด	312	96.30
ไม่เคยได้รับการคุมกำเนิด	12	3.70
รวม	324	100.00

จากตาราง 3 แสดงว่า หญิงหลังคลอดที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 20-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.60 รองลงมาคืออายุ 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.00 และอายุต่ำกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.90 กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไปมีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 1.50 กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาพบมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 37.40 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนต้นคิดเป็นร้อยละ 25.90 ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่าคิดเป็นร้อยละ 25.30 ระดับอนุปริญญา/เทียบเท่าคิดเป็นร้อยละ 7.70 และระดับปริญญาตรี/เทียบเท่ามีน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 3.70 อาชีพของกลุ่มตัวอย่างที่พบมากที่สุดคืออาชีพรับจ้างทั่วไปคิดเป็นร้อยละ 39.20 รองลงมาคืออาชีพแม่บ้านคิดเป็นร้อยละ 34.60 อาชีพค้าขาย/นักธุรกิจคิดเป็นร้อยละ 12.70

อาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจคิดเป็นร้อยละ 12.30 ส่วนที่พบน้อยที่สุดคืออาชีพเกษตรกรคิดเป็นร้อยละ 1.20 โดยกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ระหว่าง 5,000-10,000 บาท พบมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 52.80 รองลงมาคือรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 38.30 รายได้ระหว่าง 10,001-15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 7.70 ส่วนที่พบน้อยที่สุดคือรายได้มากกว่า 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 1.20 ประสบการณ์ในการคลอด 1 ครั้งพบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.20 รองลงมาคือประสบการณ์ในการคลอด 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 34.60 ประสบการณ์ในการคลอด 3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 13.30 และประสบการณ์ในการคลอดมากกว่า 3 ครั้งพบน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 0.90 ส่วนประสบการณ์ในการวางแผนครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับการคุมกำเนิด คิดเป็นร้อยละ 96.30 และไม่เคยได้รับการคุมกำเนิด คิดเป็นร้อยละ 3.70

ตอนที่ 2 วิเคราะห์พฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด ที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โดยแสดงค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ดังปรากฏในตาราง 4 และตาราง 5

ตาราง 4 จำนวน ค่าร้อยละ และระดับคะแนนของพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ
เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอดที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว
ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

ระดับพฤติกรรม	n	ร้อยละ
ด้านความรู้		
ดีมาก	46	14.20
ดี	79	24.40
ปานกลาง	112	34.50
ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ	49	15.10
ต่ำกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำ	38	11.70
รวม	324	100.00
ด้านเจตคติ		
ดีมาก	15	4.50
ดี	289	89.20
ปานกลาง	20	6.30
รวม	324	100.00
ด้านการปฏิบัติ		
ดีมาก	264	81.60
พอใช้	60	18.40
รวม	324	100.00

จากตาราง 4 แสดงว่า หญิงหลังคลอดที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวดังนี้

ด้านความรู้ พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 34.50 รองลงมาคือระดับดี คิดเป็นร้อยละ 24.50 ระดับผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ คิดเป็นร้อยละ 15.10 ระดับดีมากคิดเป็นร้อยละ 14.20 และระดับต่ำกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำพบน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 11.70

ด้านเจตคติ พบว่าส่วนใหญ่มีเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 89.20 รองลงมาคือระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 6.30 และระดับดีมากพบน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 4.50

ด้านการปฏิบัติ พบว่าส่วนใหญ่มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวอยู่ในระดับดีมากคิดเป็นร้อยละ 81.60 ระดับพอใช้คิดเป็นร้อยละ 18.40 และไม่พบระดับควรปรับปรุง

ตาราง 5 คะแนนเต็ม คะแนนสูงสุด คะแนนต่ำสุด คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนของพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล

พฤติกรรม	คะแนนเต็ม	ค่าสูงสุด	ค่าต่ำสุด	$\bar{X}$	S	ระดับ
ความรู้	100.00	100.00	20.00	64.07	12.94	ปานกลาง
เจตคติ	5.00	4.80	2.80	4.01	0.33	ดี
การปฏิบัติ	2.00	2.00	0.75	1.56	0.23	ดีมาก

จากตาราง 5 แสดงว่าพฤติกรรมด้านความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและ วชิรพยาบาล ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 64.07 และความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 12.94 ซึ่งพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัวที่เป็นกลุ่มตัวอย่างนั้น มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง

พฤติกรรมด้านเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.01 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.33 ซึ่งพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัวที่เป็นกลุ่มตัวอย่างนั้น มีคะแนนเฉลี่ยเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวอยู่ในระดับดี

พฤติกรรมด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.56 และความเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.23 ซึ่งพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัวที่เป็นกลุ่มตัวอย่างนั้น มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวอยู่ในระดับดีมาก

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด ที่มีรับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประสบการณ์ในการคลอด และประสบการณ์ในการวางแผนครอบครัว โดยการทดสอบค่าเอฟ (F-test) และค่าที (t-test) ดังปรากฏตามตาราง 6-20

ตาราง 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด ที่มีรับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำแนกตามกลุ่มอายุ

พฤติกรรม	อายุ (ปี)	n	$\bar{X}$	S
ความรู้	ต่ำกว่า 20 ปี	58	54.22	12.77
	20 – 30 ปี	151	65.36	10.43
	31 – 40 ปี	110	67.18	13.61
	มากกว่า 40 ปีขึ้นไป	5	71.00	16.73
	รวม	324	64.07	12.94
เจตคติ	ต่ำกว่า 20 ปี	58	3.93	0.31
	20 – 30 ปี	151	3.98	0.34
	31 – 40 ปี	110	4.08	0.33
	มากกว่า 40 ปีขึ้นไป	5	4.25	0.31
	รวม	324	4.01	0.33
การปฏิบัติ	ต่ำกว่า 20 ปี	58	1.54	0.25
	20 – 30 ปี	151	1.59	0.21
	31 – 40 ปี	110	1.55	0.26
	มากกว่า 40 ปีขึ้นไป	5	1.62	0.17
	รวม	324	1.56	0.32

จากตาราง 6 แสดงว่า หญิงหลังคลอดที่มีรับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตามกลุ่มอายุดังนี้

ด้านความรู้ พบว่าหญิงหลังคลอดที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยความรู้มากที่สุดเท่ากับ 71.00 รองลงมาคืออายุ 31-40 ปี มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 67.18 อายุ 20-30 ปี มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 65.36 และอายุต่ำกว่า 20 ปี มีคะแนนเฉลี่ยรู้น้อยที่สุดเท่ากับ 54.22

ด้านเจตคติ พบว่าหญิงหลังคลอดที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยเจตคติมากที่สุดเท่ากับ 4.25 รองลงมาคืออายุ 31-40 ปี มีคะแนนเฉลี่ยเจตคติเท่ากับ 4.08 อายุ 20-30 ปี มีคะแนนเฉลี่ยเจตคติเท่ากับ 3.98 และอายุต่ำกว่า 20 ปี มีคะแนนเฉลี่ยเจตคติน้อยที่สุดเท่ากับ 3.93

ด้านการปฏิบัติ พบว่าหญิงหลังคลอดที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติมากที่สุดเท่ากับ 1.62 รองลงมาคืออายุ 20-30 ปี มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเท่ากับ 1.59 อายุ 31-40 ปี มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเท่ากับ 1.55 และอายุต่ำกว่า 20 ปี มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติที่น้อยที่สุดเท่ากับ 1.54

จากข้อมูลตามตาราง 6 ผู้วิจัยจึงนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 7

ตาราง 7 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด ที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลตามกลุ่มอายุ

พฤติกรรม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ความรู้	ระหว่างกลุ่ม	3	287.23	95.74	16.34*	.000
	ภายในกลุ่ม	320	1875.66	5.86		
	รวม	323	2162.89			
เจตคติ	ระหว่างกลุ่ม	3	546.71	182.24	4.20*	.006
	ภายในกลุ่ม	320	13897.10	43.43		
	รวม	323	14443.81			
การปฏิบัติ	ระหว่างกลุ่ม	3	22.20	7.40	0.95	.415
	ภายในกลุ่ม	320	2482.36	7.76		
	รวม	323	2504.55			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 7 แสดงว่า หญิงหลังคลอดที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่า หญิงหลังคลอดที่มีอายุต่างกันจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน

หญิงหลังคลอดที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่างกัน มีความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 และ 2 ที่ว่าหญิงหลังคลอดที่มีอายุต่างกันจะมีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน จากนั้นจึงนำผลไปทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ต่อไปโดยใช้วิธีของนิวแมน-คูลส์ (Neuman-Keuls method) ดังปรากฏผลตามตาราง 8 และ 9

ตาราง 8 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ จากคะแนนพฤติกรรมด้านความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอดที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำแนกตามกลุ่มอายุ

อายุ		ต่ำกว่า 20 ปี	20 – 30 ปี	31 – 40 ปี	มากกว่า 40 ปี ขึ้นไป
	$\bar{X}$	54.22	65.36	67.18	71.00
- ต่ำกว่า 20 ปี	54.22	-	11.14	12.96	16.78
- 20 – 30 ปี	65.36		-	1.82*	5.64*
- 31 – 40 ปี	67.18			-	3.92
- มากกว่า 40 ปี ขึ้นไป	71.00				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 8 แสดงว่าหญิงหลังคลอดที่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี มีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างจากหญิงหลังคลอดที่มีอายุ 20-30 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ หญิงหลังคลอดที่มีอายุ 31-40 ปีมีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวดีกว่าหญิงหลังคลอดที่มีอายุ 20-30 ปี

หญิงหลังคลอดที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป มีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างจากหญิงหลังคลอดที่มีอายุ 20-30 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือหญิงหลังคลอดที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป มีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวดีกว่าหญิงหลังคลอดที่มีอายุ 20-30 ปี ส่วนคู่อื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 9 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ จากคะแนนพฤติกรรมด้านเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด ที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำแนกตามกลุ่มอายุ

อายุ		ต่ำกว่า 20 ปี	20 – 30 ปี	31 – 40 ปี	มากกว่า 40 ปี ขึ้นไป
	$\bar{X}$	3.93	3.98	4.08	4.25
- ต่ำกว่า 20 ปี	3.93	-	0.05*	0.15*	0.32
- 20 – 30 ปี	3.98		-	0.10*	0.27*
- 31 – 40 ปี	4.08			-	0.17*
- มากกว่า 40 ปี ขึ้นไป	4.25				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 9 แสดงว่าหญิงหลังคลอดที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี มีเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกับหญิงหลังคลอดที่มีอายุ 20-30 ปี และหญิงหลังคลอดที่มีอายุ 31-40 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ หญิงหลังคลอดที่มีอายุระหว่าง 20-30 ปี และหญิงหลังคลอดที่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี มีเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวดีกว่าหญิงหลังคลอดที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ตามลำดับ

หญิงหลังคลอดที่มีอายุ 20-30 ปี มีเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกับหญิงหลังคลอดที่มีอายุ 31-40 ปี และหญิงหลังคลอดที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ หญิงหลังคลอดที่มีอายุ 31-40 ปี และหญิงหลังคลอดที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป มีเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวดีกว่าหญิงหลังคลอดที่มีอายุ 20-30 ปี ตามลำดับ

หญิงหลังคลอดที่มีอายุ 31-40 ปี มีเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกับ หญิงหลังคลอดที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ หญิงหลังคลอดที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป มีเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวดีกว่าหญิงหลังคลอดที่มีอายุ 20-30 ปี ส่วนคู่อื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 10 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ
เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด ที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว
ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำแนกตามระดับการศึกษา

พฤติกรรม	ระดับการศึกษา	n	$\bar{X}$	S
ความรู้	ประถมศึกษา	121	60.70	10.59
	มัธยมศึกษาตอนต้น	84	61.90	12.15
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า	82	70.12	13.26
	อนุปริญญา/เทียบเท่า	25	65.60	15.57
	ปริญญาตรี/เทียบเท่า	12	68.75	17.07
	รวม	324	64.07	12.94
เจตคติ	ประถมศึกษา	121	3.94	0.33
	มัธยมศึกษาตอนต้น	84	3.97	0.34
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า	82	4.06	0.30
	อนุปริญญา/เทียบเท่า	25	4.25	0.26
	ปริญญาตรี/เทียบเท่า	12	4.09	0.38
	รวม	324	4.01	0.33
การปฏิบัติ	ประถมศึกษา	121	1.52	0.24
	มัธยมศึกษาตอนต้น	84	1.59	0.23
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า	82	1.57	0.23
	อนุปริญญา/เทียบเท่า	25	1.67	0.18
	ปริญญาตรี/เทียบเท่า	12	1.60	0.18
	รวม	324	1.56	0.23

จากตาราง 10 แสดง ว่าหญิงหลังคลอดที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้าน
ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ แยกตามระดับการศึกษาดังนี้

ด้านความรู้ พบว่าหญิงหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า มีคะแนนเฉลี่ยความรู้มากที่สุดเท่ากับ 70.12 รองลงมาคือระดับปริญญาตรี/เทียบเท่า มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 68.75 ระดับอนุปริญญา/เทียบเท่า มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 65.60 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 61.90 และระดับประถมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยรู้น้อยที่สุดเท่ากับ 60.70

ด้านเจตคติ พบว่าหญิงหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญา/เทียบเท่า มีคะแนนเฉลี่ยเจตคติมากที่สุดเท่ากับ 4.25 รองลงมาคือระดับปริญญาตรี/เทียบเท่า มีคะแนนเฉลี่ยเจตคติเท่ากับ 4.09 ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า มีคะแนนเฉลี่ยเจตคติเท่ากับ 4.06 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีคะแนนเฉลี่ยเจตคติเท่ากับ 3.97 และระดับประถมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยเจตคติน้อยที่สุดเท่ากับ 3.94

ด้านการปฏิบัติ พบว่าหญิงหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญา/เทียบเท่า มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติมากที่สุดเท่ากับ 1.67 รองลงมาคือระดับปริญญาตรี/เทียบเท่า มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเท่ากับ 1.60 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเท่ากับ 1.59 ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเท่ากับ 1.57 และระดับประถมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติน้อยที่สุดเท่ากับ 1.52

จากข้อมูลตามตาราง 10 ผู้วิจัยจึงนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 11

ตาราง 11 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวคะแนนพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด ที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำแนกตามระดับการศึกษา

พฤติกรรม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ความรู้	ระหว่างกลุ่ม	4	203.63	50.91	8.29*	.000
	ภายในกลุ่ม	319	1959.26	6.14		
	รวม	323	2162.89			
เจตคติ	ระหว่างกลุ่ม	4	963.47	240.87	5.70*	.000
	ภายในกลุ่ม	319	13480.34	42.26		
	รวม	323	14443.81			
การปฏิบัติ	ระหว่างกลุ่ม ภายใน	4	94.01	23.50	3.11*	.016
	กลุ่ม	319	2410.54	7.56		
	รวม	323	2504.55			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 11 แสดงว่าหญิงหลังคลอดที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 4, 5 และ 6 ที่ว่าหญิงหลังคลอดที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน จากนั้นจึงนำผลไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ต่อไปโดยใช้วิธีของนิวแมน-คูลส์ (Neuman-Keuls method) ดังปรากฏตามตาราง 12 - 14

ตาราง 12 ผล การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ จากคะแนนพฤติกรรมด้านความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอดที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา		ประถม ศึกษา	มัธยมศึกษา ตอนต้น	ปริญญาตรี/ เทียบเท่า	อนุปริญญา /เทียบเท่า	มัธยมศึกษา ตอนปลาย/ เทียบเท่า
	$\bar{X}$	60.70	61.90	68.75	65.60	70.12
- ประถมศึกษา	60.70	-	1.20*	4.90	8.05	9.42
- มัธยมศึกษาตอนต้น	61.90		-	3.07*	6.85*	8.22
- ปริญญาตรี/เทียบเท่า	65.60			-	3.15	4.52*
- อนุปริญญา/เทียบเท่า	68.75				-	1.37*
- มัธยมศึกษาตอน ปลาย/เทียบเท่า	70.12					-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 12 แสดงว่าหญิงหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษามีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกับหญิงหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ หญิงหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวดีกว่าหญิงหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา

หญิงหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกับหญิงหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญา/เทียบเท่า ระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ หญิงหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญา/เทียบเท่า และระดับปริญญาตรี/เทียบเท่า มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวดีกว่าหญิงหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นตามลำดับ

หญิงหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่ามีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกับหญิงหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญา/เทียบเท่า และระดับปริญญาตรี/เทียบเท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ หญิงหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่ามีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวดีกว่าหญิงหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญา/เทียบเท่า และระดับปริญญาตรี/เทียบเท่าตามลำดับส่วนคู่อื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 13 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ จากคะแนนพฤติกรรมด้าน
เจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอดที่มารับบริการในหน่วยวางแผน
ครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำแนกตามระดับการ
ศึกษา

ตัวแปร	มัธยมศึกษา ตอนต้น	ประถม ศึกษา	มัธยมศึกษา ตอนปลาย/ เทียบเท่า	ปริญญาตรี /เทียบเท่า	อนุปริญญา /เทียบเท่า
$\bar{X}$	3.79	3.94	4.06	4.09	4.25
- มัธยมศึกษาตอนต้น	3.79	-	0.15*	0.27	0.30*
- ประถมศึกษา	3.94	-	0.12*	0.15*	0.31*
- มัธยมศึกษาตอน ปลาย/เทียบเท่า	4.06		-	0.03	0.19
- ปริญญาตรี/เทียบเท่า	4.09			-	0.16
- อนุปริญญา/เทียบเท่า	4.25				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 13 แสดงว่า หญิงหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมีเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกับหญิงหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และระดับปริญญาตรี/เทียบเท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ หญิงหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และระดับปริญญาตรี/เทียบเท่า มีเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวดีกว่าหญิงหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ตามลำดับ

หญิงหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษามีเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกับหญิงหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า ระดับปริญญาตรี/เทียบเท่า และอนุปริญญา/เทียบเท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ หญิงหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า ปริญญาตรี/เทียบเท่า ระดับอนุปริญญา/เทียบเท่า มีเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวดีกว่าหญิงหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ตามลำดับส่วนคู่อื่นๆ พบว่าไม่แตกต่าง

ตาราง 14 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ จากคะแนนพฤติกรรมด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอดที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา		ประถม ศึกษา	มัธยมศึกษา ตอนปลาย/ เทียบเท่า	มัธยมศึกษา ตอนต้น	ปริญญาตรี/ เทียบเท่า	อนุปริญญา/ เทียบเท่า
	$\bar{X}$	1.52	1.57	1.59	1.60	1.67
- ประถมศึกษา	1.52	-	0.05*	0.07*	0.08*	0.15
- มัธยมศึกษาตอน ปลาย/เทียบเท่า	1.57		-	0.02*	0.03	0.10
- มัธยมศึกษาตอนต้น	1.59			-	0.01*	0.08*
- ปริญญาตรี/เทียบเท่า	1.60				-	0.07
- อนุปริญญา/เทียบเท่า	1.67					-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 14 แสดงว่าหญิงหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษามีการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกับหญิงหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า และระดับปริญญาตรี/เทียบเท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ หญิงหลังคลอดที่มีการศึกษาหญิงหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และระดับปริญญาตรี/เทียบเท่ามีการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวดีกว่าหญิงหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ตามลำดับ

หญิงหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาต้นมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกับหญิงหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนตอนปลาย/เทียบเท่า ระดับอนุปริญญา และระดับปริญญาตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ หญิงหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวดีกว่าหญิงหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า ส่วนหญิงหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี/เทียบเท่า และระดับอนุปริญญา มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวดีกว่าหญิงหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ตามลำดับส่วนคู่อื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 15 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม ด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ
เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด ที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว
ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำแนกตามอาชีพ

พฤติกรรม	อาชีพ	n	$\bar{X}$	S
ความรู้	รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	40	69.00	10.27
	เกษตรกร	4	50.00	13.54
	ค้าขาย/นักธุรกิจ	41	67.68	12.95
	รับจ้างทั่วไป	127	65.55	12.95
	แม่บ้าน	112	59.82	12.79
รวม		324	64.07	12.94
เจตคติ	รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	40	4.15	0.28
	เกษตรกร	4	3.69	0.43
	ค้าขาย/นักธุรกิจ	41	3.99	0.33
	รับจ้างทั่วไป	127	4.02	0.34
	แม่บ้าน	112	3.95	0.34
รวม		324	4.01	0.33
การปฏิบัติ	รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	40	1.65	0.13
	เกษตรกร	4	1.63	0.22
	ค้าขาย/นักธุรกิจ	41	1.50	0.32
	รับจ้างทั่วไป	127	1.59	0.21
	แม่บ้าน	112	1.52	0.23
รวม		324	1.56	0.23

จากตาราง 15 แสดงว่า หญิงหลังคลอดที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ แยกตามอาชีพดังนี้

ด้านความรู้ พบว่าหญิงหลังคลอดที่มีรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้มากที่สุดเท่ากับ 69.00 รองลงมาคืออาชีพค้าขาย/นักธุรกิจ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 67.68 อาชีพรับจ้างทั่วไป มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 65.55 อาชีพแม่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 59.82 และอาชีพเกษตรกรมีคะแนนเฉลี่ยรู้น้อยที่สุดเท่ากับ 50.00

ด้านเจตคติ พบว่าหญิงหลังคลอดที่มีรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ มีคะแนนเฉลี่ยเจตคติมากที่สุดเท่ากับ 4.15 รองลงมาคืออาชีพรับจ้างทั่วไป มีคะแนนเฉลี่ยเจตคติเท่ากับ 4.02 อาชีพค้าขาย/นักธุรกิจมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติเท่ากับ 3.99 อาชีพแม่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติเท่ากับ 3.95 และอาชีพเกษตรกรมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติน้อยที่สุดเท่ากับ 3.69

ด้านการปฏิบัติ พบว่าหญิงหลังคลอดที่มีรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติมากที่สุดเท่ากับ 1.65 รองลงมาคืออาชีพเกษตรกรมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเท่ากับ 1.63 อาชีพรับจ้างทั่วไป มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเท่ากับ 1.59 อาชีพแม่บ้านมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเท่ากับ 1.52 และอาชีพค้าขาย/นักธุรกิจ มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติที่น้อยที่สุดเท่ากับ 1.50

จากข้อมูลตามตาราง 15 ผู้วิจัยจึงนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 16

ตาราง 16 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด ที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำแนกตามอาชีพ

พฤติกรรม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ความรู้	ระหว่างกลุ่ม	4	183.98	46.00	7.41*	.000
	ภายในกลุ่ม	319	1978.91	6.20		
	รวม	323	2162.89			
เจตคติ	ระหว่างกลุ่ม	4	509.36	127.34	2.92*	.022
	ภายในกลุ่ม	319	13934.45	43.68		
	รวม	323	14443.81			
การปฏิบัติ	ระหว่างกลุ่ม	4	114.94	28.73	3.84*	.005
	ภายในกลุ่ม	319	2389.62	7.49		
	รวม	323	2504.55			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$)

จากตาราง 16 แสดงว่าแสดงว่าหญิงหลังคลอดที่มารับบริการหน่วยวางแผนครอบครัว วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7, 8 และ 9 ที่ว่าหญิงหลังคลอดที่มีอาชีพต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน จากนั้นจึงนำผลไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ต่อไปโดยใช้วิธีของนิวแมน-คูลส์ (Neuman-Keuls method) ดังปรากฏผลในตาราง 17 - 19

ตาราง 17 ผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ จากคะแนนพฤติกรรมด้านความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอดที่มารับบริการหน่วยวางแผนครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ		เกษตรกร	แม่บ้าน	รับจ้าง ทั่วไป	ค้าขาย/ นักรูทกิจ	ราชการ/ รัฐวิสาหกิจ
	$\bar{X}$	50.00	59.82	65.55	67.68	69.00
- เกษตรกรรม	50.00	-	9.82*	1.55*	17.68*	19.00*
- แม่บ้าน	59.82		-	5.73	8.86	9.18
- รับจ้างทั่วไป	65.55			-	2.13	3.45
- ค้าขาย/นักรูทกิจ	67.68				-	1.32
- ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	69.00					-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 17 แสดงว่า หญิงหลังคลอดที่มีอาชีพเกษตรกร มีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกับหญิงหลังคลอดที่มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ค้าขาย/นักรูทกิจ รับจ้างทั่วไป และแม่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ หญิงหลังคลอดที่มีอาชีพเกษตรกรมีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวน้อยกว่าหญิงหลังคลอดที่มีอาชีพแม่บ้าน รับจ้างทั่วไป ค้าขาย/นักรูทกิจ และ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ตามลำดับ ส่วนคู่อื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 18 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ จากคะแนนพฤติกรรมด้าน
เจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด ที่มารับบริการในหน่วยวางแผน
ครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ		เกษตรกร	แม่บ้าน	ค้าขาย/ นักรูทกิจ	รับจ้าง ทั่วไป	ราชการ/ รัฐวิสาหกิจ
	$\bar{X}$	3.69	3.95	3.99	4.02	4.15
- เกษตรกรรม	3.69	-	0.26	0.30	0.33	0.46*
- แม่บ้าน	3.95		-	0.04	0.07	0.20*
- ค้าขาย/นักรูทกิจ	3.99			-	0.03	0.16*
- รับจ้างทั่วไป	4.02				-	0.13*
- ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4.15					-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 18 แสดงว่า หญิงหลังคลอดที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกับหญิงหลังคลอดที่มีอาชีพเกษตรกร แม่บ้าน ค้าขาย/นักรูทกิจ และรับจ้างทั่วไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ หญิงหลังคลอดที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจมีเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว ดีกว่าหญิงหลังคลอดที่มีอาชีพเกษตรกร แม่บ้าน ค้าขาย/นักรูทกิจ และรับจ้างทั่วไป ตามลำดับ ส่วนคู่อื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 19 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่จากคะแนนพฤติกรรมด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอดที่มารับในบริการหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ		ค้าขาย/ นักรูทกิจ	แม่บ้าน	รับจ้าง ทั่วไป	เกษตรกร	ราชการ/ รัฐวิสาหกิจ
	$\bar{X}$	1.50	1.52	1.59	1.63	1.65
- ค้าขาย/นักรูทกิจ	1.50	-	0.02*	0.09	0.13*	0.15*
- แม่บ้าน	1.52		-	0.07	0.11	0.13
- รับจ้างทั่วไป	1.59			-	0.04	0.06*
- เกษตรกรรม	1.63				-	0.02
- ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1.65					-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 19 แสดงว่า หญิงหลังคลอดที่มีอาชีพค้าขาย/นักรูทกิจ มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกับหญิงหลังคลอดที่มีอาชีพแม่บ้าน เกษตรกรรม และรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือหญิงหลังคลอดที่มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ เกษตรกรรม และแม่บ้านมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวดีกว่าหญิงหลังคลอดที่มีอาชีพค้าขาย/นักรูทกิจตามลำดับ

หญิงหลังคลอดที่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกับหญิงหลังคลอดที่มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือหญิงหลังคลอดที่มีอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวดีกว่าหญิงหลังคลอดที่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ส่วนคู่อื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 20 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ
เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด ที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว
ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำแนกตามรายได้

พฤติกรรม	รายได้ (ต่อเดือน)	n	$\bar{X}$	S
ความรู้	ต่ำกว่า 5,000 บาท	124	61.41	11.56
	5,000 – 10,000 บาท	171	64.62	12.50
	10,001 – 15,000 บาท	25	71.60	18.18
	มากกว่า 15,000 บาท	4	76.25	8.54
	รวม	324	64.07	12.94
เจตคติ	ต่ำกว่า 5,000 บาท	124	3.97	0.33
	5,000 – 10,000 บาท	171	4.02	0.34
	10,001 – 15,000 บาท	25	4.07	0.28
	มากกว่า 15,000 บาท	4	4.19	0.37
	รวม	324	4.01	0.33
การปฏิบัติ	ต่ำกว่า 5,000 บาท	124	1.55	0.24
	5,000 – 10,000 บาท	171	1.56	0.23
	10,001 – 15,000 บาท	25	1.62	0.20
	มากกว่า 15,000 บาท	4	1.73	0.20
	รวม	324	1.56	0.23

จากตาราง 20 พบว่า หญิงหลังคลอดที่มารับบริการหน่วยวางแผนครอบครัว วิทยาลัย
แพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ
และการปฏิบัติ แยกตามรายได้ดังนี้

ด้านความรู้ พบว่าหญิงหลังคลอดที่มีรายได้มากกว่า 15,000 บาทมีคะแนนเฉลี่ยความรู้
มากที่สุดเท่ากับ 76.25 รองลงมาคือ 10,001-15,000 บาท มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 71.60 รายได้
5,000-10,000 บาท มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 64.62 และรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท มีคะแนน
เฉลี่ยรู้น้อยที่สุดเท่ากับ 61.41

ด้านเจตคติ พบว่าหญิงหลังคลอดที่มีรายได้มากกว่า 15,000 บาทมีคะแนนเฉลี่ยเจตคติมากที่สุดเท่ากับ 4.19 รองลงมาคือ 10,001-15,000 บาท มีคะแนนเฉลี่ยเจตคติเท่ากับ 4.07 รายได้ 5,000-10,000 บาท มีคะแนนเฉลี่ยเจตคติเท่ากับ 4.02 และรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท มีคะแนนเฉลี่ยเจตคติน้อยที่สุดเท่ากับ 3.97

ด้านการปฏิบัติ พบว่าหญิงหลังคลอดที่มีรายได้มากกว่า 15,000 บาทมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติมากที่สุดเท่ากับ 1.73 รองลงมาคือ 10,001-15,000 บาท มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเท่ากับ 1.62 รายได้ 5,000-10,000 บาท มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเท่ากับ 1.56 และรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติน้อยที่สุดเท่ากับ 1.55

จากข้อมูลตามตาราง 20 ผู้วิจัยจึงนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 21

ตาราง 21 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด ที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำแนกตามรายได้

พฤติกรรม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ความรู้	ระหว่างกลุ่ม	3	117.57	39.19	6.13*	.000
	ภายในกลุ่ม	320	2045.32	6.39		
	รวม	323	2162.89			
เจตคติ	ระหว่างกลุ่ม	3	196.33	65.44	1.47	.223
	ภายในกลุ่ม	320	14247.49	44.52		
	รวม	323	14443.81			
การปฏิบัติ	ระหว่างกลุ่ม	3	29.35	9.78	1.27	.268
	ภายในกลุ่ม	320	2475.21	7.74		
	รวม	323	2504.55			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 21 แสดงว่า หญิงหลังคลอดที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 11 และ 12 ที่ว่าหญิงหลังคลอดที่มีรายได้แตกต่างกันจะมีคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน

หญิงหลังคลอดที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10 ที่ว่าหญิงหลังคลอดที่มีรายได้ต่างกันจะมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน จากนั้นจึงนำผลไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ต่อไป โดยใช้วิธีของนิวแมน-คูลส์ (Neuman-Keuls method) ดังปรากฏผลตามตาราง 22

ตาราง 22 ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ จากคะแนนพฤติกรรมด้านความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด ที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำแนกตามรายได้

รายได้		ต่ำกว่า 5,000 บาท	5,000-10,000 บาท	10,001-15,000 บาท	มากกว่า 15,000 บาท
	$\bar{X}$	61.41	64.62	71.60	76.25
- ต่ำกว่า 5,000 บาท	61.41	-	3.21*	10.19*	14.84*
- 5,000-10,000 บาท	64.62		-	6.98*	11.63*
- 10,001-15,000 บาท	71.60			-	4.65
- มากกว่า 15,000 บาทขึ้นไป	76.25				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 22 แสดงว่า หญิงหลังคลอดที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท มีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกับหญิงหลังคลอดที่มีรายได้ 5,000-10,000 บาท และหญิงหลังคลอดที่มีรายได้ 10,001-15,000 บาทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 กล่าวคือหญิงหลังคลอดที่มีรายได้ 5,000-10,000 บาท และหญิงหลังคลอดที่มีรายได้ 10,001-15,000 บาท มีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวดีกว่าหญิงหลังคลอดที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทตามลำดับ

หญิงหลังคลอดที่มีรายได้ 5,000-10,000 บาท มีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว แตกต่างกับหญิงหลังคลอดที่มีรายได้ 10,001-15,000 บาท และหญิงหลังคลอดที่มีรายได้มากกว่า 15,000 บาทขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 กล่าวคือ หญิงหลังคลอดที่มีรายได้ 10,001-15,000 บาท และหญิงหลังคลอดที่มีรายได้มากกว่า 15,000 บาทขึ้นไป มีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวดีกว่าหญิงหลังคลอดที่มีรายได้ 5,000-10,000 บาทตามลำดับ

ส่วนอื่นๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 23 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด ที่มีรับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำแนกตามประสบการณ์ในการคลอด

พฤติกรรม	ประสบการณ์ในการคลอด	n	$\bar{X}$	S
ความรู้	1 ครั้ง	166	64.25	13.59
	2 ครั้ง	112	63.79	12.27
	3 ครั้ง	43	64.77	12.34
	มากกว่า 3 ครั้ง	3	55.00	10.00
	รวม	324	64.07	12.94
เจตคติ	1 ครั้ง	166	4.01	0.33
	2 ครั้ง	112	4.01	0.35
	3 ครั้ง	43	3.99	0.31
	มากกว่า 3 ครั้ง	3	4.18	0.19
	รวม	324	4.01	0.33
การปฏิบัติ	1 ครั้ง	166	1.57	0.25
	2 ครั้ง	112	1.56	0.21
	3 ครั้ง	43	1.57	0.22
	มากกว่า 3 ครั้ง	3	1.53	0.32
	รวม	324	1.56	0.23

จากตาราง 23 แสดงว่า หญิงหลังคลอดที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ แยกตามประสบการณ์ในการคลอดดังนี้

ด้านความรู้ พบว่าหญิงหลังคลอดที่มีประสบการณ์ในการคลอด 3 ครั้ง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้มากที่สุดเท่ากับ 64.77 รองลงมาคือมีประสบการณ์ในการคลอด 1 ครั้ง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 64.25 มีประสบการณ์ในการคลอด 2 ครั้ง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 63.79 และมีประสบการณ์ในการคลอดมากกว่า 3 ครั้ง มีคะแนนเฉลี่ยรู้น้อยที่สุดเท่ากับ 55.00

ด้านเจตคติ พบว่าหญิงหลังคลอดที่มีประสบการณ์ในการคลอดมากกว่า 3 ครั้ง มีคะแนนเฉลี่ยเจตคติมากที่สุดเท่ากับ 4.18 รองลงมาคือมีประสบการณ์ในการคลอด 1 และ 2 ครั้ง มีคะแนนเฉลี่ยเจตคติเท่ากับ 4.01 มีประสบการณ์ในการคลอด 3 ครั้ง มีคะแนนเฉลี่ยเจตคติน้อยที่สุดเท่ากับ 3.99

ด้านการปฏิบัติ พบว่าหญิงหลังคลอดที่มีประสบการณ์ในการคลอด 1 และ 3 ครั้ง มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติมากที่สุดเท่ากับ 1.57 รองลงมาคือมีประสบการณ์ในการคลอด 2 ครั้ง มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเท่ากับ 1.56 และประสบการณ์ในการคลอดมากกว่า 3 ครั้ง มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติน้อยที่สุดเท่ากับ 1.53

จากข้อมูลตาราง 23 ผู้วิจัยจึงนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) ดังปรากฏตามตาราง 24

ตาราง 24 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด ที่มารับบริการ ในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำแนกตามประสบการณ์ในการคลอด

พฤติกรรม	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ความรู้	ระหว่างกลุ่ม	3	11.26	3.75	.56	.643
	ภายในกลุ่ม	320	2151.63	6.72		
	รวม	323	2162.89			
เจตคติ	ระหว่างกลุ่ม	3	41.26	13.75	.31	.821
	ภายในกลุ่ม	320	14402.55	45.01		
	รวม	323	14443.81			
การปฏิบัติ	ระหว่างกลุ่ม	3	2.76	0.92	.12	.95
	ภายในกลุ่ม	320	2501.80	7.82		
	รวม	323	2504.55			

จากตาราง 24 แสดงว่า หญิงหลังคลอดที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ในการคลอดแตกต่างกันจะมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 13, 14 และ 15 ที่ว่าหญิงหลังคลอดที่มีประสบการณ์ในการคลอดแตกต่างกันตามลำดับจะมีคะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน

ตาราง 25 ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด ที่มีรับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำแนกตามประสบการณ์ในการวางแผนครอบครัว

พฤติกรรม	ประสบการณ์ในการวางแผนครอบครัว	n	$\bar{X}$	S	t	p
ความรู้	เคยได้รับการคุมกำเนิด	312	64.15	13.05	0.72	.47
	ไม่เคยได้รับการคุมกำเนิด	12	62.08	9.64		
เจตคติ	เคยได้รับการคุมกำเนิด	312	4.01	0.33	1.84	.09
	ไม่เคยได้รับการคุมกำเนิด	12	3.85	0.31		
การปฏิบัติ	เคยได้รับการคุมกำเนิด	312	1.57	0.23	1.49	.16
	ไม่เคยได้รับการคุมกำเนิด	12	1.44	0.29		
รวม		324	1.56	0.23		

จากตาราง 23 แสดงว่า หญิงหลังคลอดที่มีรับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ แยกตามประสบการณ์ในการวางแผนครอบครัวดังนี้

ด้านความรู้ พบว่าหญิงหลังคลอดที่เคยได้รับการคุมกำเนิด มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 64.15 และไม่เคยได้รับการคุมกำเนิด มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 62.08 ซึ่งจากการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้พบว่า หญิงหลังคลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ในการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 16 ที่ว่าหญิงหลังคลอดที่มีประสบการณ์ในการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน

ด้านเจตคติ พบว่าหญิงหลังคลอดที่เคยได้รับการคุมกำเนิด มีคะแนนเฉลี่ยเจตคติเท่ากับ 4.01 และไม่เคยได้รับการคุมกำเนิด มีคะแนนเฉลี่ยเจตคติเท่ากับ 3.85 ซึ่งจากการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติพบว่า หญิงหลังคลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ในการวางแผนครอบครัวแตกต่างกันจะมีเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 17 ที่ว่าหญิงหลังคลอดที่มีประสบการณ์ในการวางแผนครอบครัวแตกต่างกันจะมีเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน

ด้านการปฏิบัติ พบว่าหญิงหลังคลอดที่เคยได้รับการคุมกำเนิดมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเท่ากับ 1.57 และไม่เคยได้รับการคุมกำเนิด มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเท่ากับ 1.44 ซึ่งจากผลการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติพบว่าหญิงหลังคลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ในการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 18 ที่ว่าหญิงหลังคลอดที่มีประสบการณ์ในการวางแผนครอบครัวแตกต่างกันจะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด ที่มารับบริการที่หน่วยวางแผนครอบครัว วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) ดังปรากฏตามตาราง 15

ตาราง 26 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอดที่มาใช้บริการในหน่วยวางแผนครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

ความสัมพันธ์ระหว่าง	n	r	p
ความรู้ – เจตคติ	324	0.21*	.000
ความรู้ – การปฏิบัติ	324	0.03*	.000
เจตคติ - การปฏิบัติ	324	0.26*	.000

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 26 แสดงว่า ความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติ เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด ที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลมีความสัมพันธ์กันทางบวกตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 19, 20 และ 21 ที่ว่าความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอดจะมีความสัมพันธ์กันทางบวก

บทที่ 5

บทย่อ สรุปผล อภิปรายและข้อเสนอแนะ

บทย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) โดยศึกษาพฤติกรรมเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด ที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด ที่มารับบริการหน่วยวางแผนครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด ที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประสบการณ์ในการคลอด และประสบการณ์ในการวางแผนครอบครัว
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด ที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นหญิงหลังคลอด ที่มารับบริการหน่วยวางแผนครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 1,723 คน
2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นหญิงหลังคลอดที่มารับบริการหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 324 คน ซึ่งได้มาโดยวิธีการสุ่มแบบบังเอิญ (Accidental sampling) และกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณโดยใช้สูตรของยามานะ (Yamane, 1967 : 583)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามและแบบทดสอบความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอดที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล โดยแบ่งออกเป็น 4 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ตามตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประสบการณ์ในการคลอด และประสบการณ์ในการวางแผนครอบครัว ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list)

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว ลักษณะของแบบทดสอบเป็นแบบปรนัยชนิดเลือกตอบ (Multiple choice) ชนิด 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวลักษณะของแบบสอบถามใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 20 ข้อ

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ จำนวน 20 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส ฟอร์ วินโดวส์ (SPSS For Windows / Statistical Package for the Social Science for Windows) โดยดำเนินการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของหญิงหลังคลอดที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยแจกแจงความถี่และค่าร้อยละตามตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประสบการณ์ในการคลอด และประสบการณ์ในการวางแผนครอบครัว นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

2. วิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว ของหญิงหลังคลอดที่มารับบริการหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณค่าสถิติพื้นฐานแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนน นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอดที่มารับบริการหน่วยวางแผนครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และประสบการณ์ในการคลอด โดยทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม ใช้การทดสอบแบบการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-Way Analysis of Variance) หรือทดสอบค่าเอฟ (F-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1-15 ถ้าพบว่าข้อใดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธี นิวแมน-คูลส์ (Newman-Kuels method) นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ย ของพฤติกรรมเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด ที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ตามตัวแปร ประสบการณ์ในการวางแผนครอบครัว โดยการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่ม เป็นอิสระจากกัน ใช้การทดสอบด้วยค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 16-18 นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

5. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด ที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 19-21 และทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ จำนวนโดยการทดสอบค่าที (t-test) นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

จากการวิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลได้ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

1.1 หญิงหลังคลอดที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 20-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.60 ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษามีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.40 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปมีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.20 มีรายได้ระหว่าง 5,000-10,000 บาท มีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.80 ประสบการณ์ในการคลอด 1 ครั้ง มีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.20 และเคยมีประสบการณ์ในการวางแผนครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 96.30

2.8 หญิงหลังคลอดที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์
กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลที่มีอาชีพต่างกันมีเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.19 ความรู้กับเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอดที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล มีความสัมพันธ์กันทางบวก

2.20 ความรู้กับการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอดที่มารับบริการในหน่วยงานแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล มีความสัมพันธ์กันทางบวก

2.21 เจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอดที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล มีความสัมพันธ์กันทางบวก

อภิปรายผล

จากการศึกษาพฤติกรรมการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอดที่มารับบริการหน่วยวางแผนครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประสบการณ์ในการคลอด และประสบการณ์ในการวางแผน ครอบครัวผลการวิเคราะห์พบว่า

1. หญิงหลังคลอดที่มารับบริการวางแผนครอบครัว มีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง มีเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวอยู่ในระดับดี และมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวอยู่ในระดับดีมาก จึงอธิบายได้ดังนี้

ด้านความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากหญิงหลังคลอดที่มารับบริการวางแผนครอบครัว มีความรู้ในระดับชั้นประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ทำให้ความสนใจที่จะศึกษาด้านวิชาการน้อยกว่าคนที่มีการศึกษาอยู่ในระดับสูง ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ซึ่งชีวิตประจำวันนั้นต้องทำงานหาเงินเลี้ยงครอบครัวทำให้หญิงหลังคลอดซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างไม่สนใจที่จะเรียนรู้เรื่องวิธีการคุมกำเนิดที่ถูกต้องและเหมาะสมกับตนเองได้ดีพอ ซึ่งการศึกษครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอภิชาติ จรัสสุทธิรงค์ และคณะ (2540 : 28) ได้ศึกษาการสำรวจภาวะคุมกำเนิดในประเทศไทย พ.ศ. 2539 พบว่าสตรีไทยรู้จักการคุมกำเนิดแต่ความรู้จริงในวิธีใช้ที่ถูกต้องว่าใช้ได้อย่างไรหรือเข้าถึงบริการได้อย่างไร และวิธีใช้นั้นสามารถคุมกำเนิดได้อย่างไรนั้นไม่เป็นที่รู้จักกันโดยทั่วไปทั้งหมด ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้หญิงหลังคลอดที่มารับบริการวางแผนครอบครัวส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง

ด้านเจตคติต่อการวางแผนครอบครัวอยู่ในระดับดีอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นหญิงหลังคลอด 4 –6 สัปดาห์ ซึ่งแพทย์จะนัดมาตรวจหลังคลอดที่หน่วยวางแผนครอบครัว การมาตรวจหลังคลอดของหญิงหลังคลอด แสดงว่าหญิงหลังคลอดนั้นมีความรู้สึกที่ดีต่อการมาพบแพทย์และการวางแผนครอบครัวเข้าใจถึงความจำเป็นที่ต้องวางแผนครอบครัว เพื่อเว้นระยะการมีบุตร เนื่องจากภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบัน มีผลกระทบต่อการดำรงชีพของครอบครัวที่ต้องรับภาระในการเลี้ยงดูบุตร ประกอบกับลักษณะของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยศึกษานั้นส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์ในการวางแผนครอบครัวมาแล้ว สามารถทราบถึงประโยชน์ของการวางแผนครอบครัว มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้เกิดความรู้สึกที่ดี มีความพึงพอใจที่จะปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของวรารักษ์ แผลงมน (2536 : 82) ได้ศึกษาความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 สถาบันราชภัฏสววิทยาลัยรัตนโกสินทร์ พบว่านักศึกษาได้รับความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวมาจากระดับชั้นต่าง ๆ มาบ้างแล้ว อีกทั้งในปัจจุบันได้มีการรณรงค์เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้นักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีเจตคติที่ดีต่อการวางแผนครอบครัว และสอดคล้องกับการศึกษาของมานิช สุดสายตา (2539 : 86) ได้ศึกษาความรู้และเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไปจังหวัดลพบุรี พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปนั้น มีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรอยู่ในระดับสูง ซึ่งการได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ สถาบันการศึกษา และสื่อต่าง ๆ ส่งผลให้หญิงหลังคลอดมีเจตคติที่ดีต่อการวางแผนครอบครัว สอดคล้องกับชวาทซ์ (Schwartz. 1975 : 28 –31) กล่าวว่าความรู้และเจตคติมีปฏิสัมพันธ์กัน และมีผลทำให้เกิดการปฏิบัติ

ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวอยู่ในระดับดีมาก เนื่องจากหญิงหลังคลอดที่มารับบริการเมื่อได้รับการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแล้ว จะได้รับการคุมกำเนิดตามวิธีที่ตนเองเลือกเกือบทุกราย เนื่องจากหญิงหลังคลอด 4-6 สัปดาห์ นั้นมักมีความรู้สึกจดจำเกี่ยวกับประสบการณ์ในการคลอดที่ผ่านมา และอยู่ในช่วงที่ต้องเลี้ยงดูบุตร จึงมักมีความเห็นสอดคล้องกับผู้ที่ให้เหตุผลและชักชวนให้คุมกำเนิดเพื่อชลอการมีบุตร (ชัยชนะ สุวรรณเวช และสนิท มาประจวบ, 2520 : 8) และการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวนั้นถือว่าเป็นองค์ประกอบด้านจิตวิทยาที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งผู้ผลิภาวะอยู่ในระยะหลังคลอดทำให้เกิดความสนใจ ความต้องการ ความเชื่อ และการปฏิบัติในที่สุด (ประภาเพ็ญ สุวรรณ . 2539 : 171 –185) สอดคล้องกับการศึกษาของธารทิพย์ พรหมชาติแก้ว (2534 : 91) ได้ศึกษา พฤติกรรมอนามัยชาวไทยภูเขาเผ่าม้ง บ้านหนองหอยเก่า ตำบลแม่แรม อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ : ความรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวในหญิงวัยเจริญพันธุ์ พบว่าหญิงวัยเจริญพันธุ์มีอัตราคุมกำเนิด ร้อยละ 35.90 โดยใช้วิธีฉีดยาคุมกำเนิดมากที่สุด คือ ร้อยละ 75 โดยให้เหตุผลว่ามีบุตรตามจำนวนที่ต้องการแล้ว

2. หญิงหลังคลอดที่มารับบริการหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลที่มีอายุต่างกัน มีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 และ 2 ที่ว่า หญิงหลังคลอดที่มีอายุต่างกัน มีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน จากการศึกษครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20 –30 ปี รองลงมาคืออายุระหว่าง 31 –40 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีความพร้อมในการมีครอบครัว มีบุตรไว้สืบสกุลและดูแลยามแก่เฒ่า แต่เนื่องจากสภาพสังคมในปัจจุบันเป็นสังคมที่ต้องช่วยเหลือตนเองและลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างคิดถึงภาระหน้าที่ที่พึงมีต่อบุตรที่เกิดมา และปัญหาในการเลี้ยงดูเด็กที่เพิ่มจำนวนขึ้น จึงสนใจที่จะเรียนรู้ถึงการวางแผนครอบครัว และรับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการวางแผนครอบครัวที่หน่วยบริการสุขภาพจัดให้ ส่วนกลุ่มที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี และมากกว่า 40 ปี ขึ้นไป มันอาจเป็นเพราะเป็นวัยที่ไม่จำเป็นต้องวางแผนครอบครัวมากนักเนื่องจากเป็นวัยที่ไม่เหมาะสมในการมีบุตรหรือเป็นวัยที่มีบุตรยากอยู่แล้ว จึงทำให้หญิงวัยดังกล่าวไม่เห็นความสำคัญในการวางแผนครอบครัว ดังคำกล่าวของโอเร็ม (Orem. 1980 : 154) ที่ว่า อายุเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล อายุมีลักษณะสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต ที่ส่งผลถึงการมีพฤติกรรมที่แตกต่าง เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้นย่อมมีการตัดสินใจทางเลือกที่ดี ตัดสินใจถูกต้อง ยอมรับและรับผิดชอบที่จะกระทำเพื่อตัวเอง ซึ่งแสดงว่าสตรีในแต่ละกลุ่มอายุมีความแตกต่างกัน ในความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวด้วย ซึ่งการศึกษครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอมรา ชิตมีไชย (2535 : 90) ได้ศึกษาความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานครที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว พบว่าสตรีหลังคลอดที่มีอายุต่างกั นมีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของมาโนช สดสาขตา (2539 : 86) ได้ศึกษาเรื่องความรู้ และเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไปจังหวัดลพบุรี พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีอายุต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรไม่แตกต่างกัน

3. หญิงหลังคลอดที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลที่มีอายุต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่าหญิงหลังคลอดที่มีอายุต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากหญิงหลังคลอดที่มารับบริการนั้นได้รับประสบการณ์ในการคลอดว่ามีความทุกข์ทรมาน หรือปัญหาเศรษฐกิจภายในครอบครัวถ้าปล่อยให้ มีบุตรเพิ่มขึ้นจะทำให้ปัญหานั้นทวีความรุนแรงขึ้น หรืออาจมีปัญหาไม่มีคนช่วยเหลือดูแลบุตรในขณะที่

ตนเองและสามีต้องไปทำงาน ประกอบกับการได้รับคำแนะนำและการให้คำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพเกี่ยวกับวิธีคุมกำเนิด และการเลือกใช้ชีวิตคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับสถานะ และความ ต้องการจึงทำให้หญิงหลังคลอดที่มารับบริการตรวจหลังคลอดมีการปฏิบัติการคุมกำเนิดทุกคน ถึงแม้ว่าหญิงหลังคลอดจะมีอายุต่างกัน แต่จะมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวไม่แตกต่างกัน ซึ่งการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของมาโนช สูดสายตา (2539 : 86) ศึกษาความรู้และเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีอายุต่างกันมีการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ คานานาเน และ โรดา แอน (Kanaaneh, Rhoda ANN. 2541 : 2582) ศึกษาเรื่องความต้องการวิธีการที่ทันสมัยในการวางแผนครอบครัวของชาวปาเลสไตน์ในประเทศอิสราเอลตอนเหนือ พบว่าวัยรุ่นชายและหญิงที่มีอายุต่างกันมีวิธีการปฏิบัติวางแผนครอบครัวที่ทันสมัยไม่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับ อมรา ชิตมิไชย (2539 : 90) ศึกษาความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงเรียนพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานครที่มีต่อผลการวางแผนครอบครัว พบว่าหญิงคลอดบุตรที่มีความแตกต่างกันในด้านอายุมีการยอมรับการปฏิบัติวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน

สรุปได้ว่า หญิงหลังคลอดที่มารับบริการหน่วยวางแผนครอบครัวที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่างกันมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวไม่แตกต่างกัน ซึ่งประภาเพ็ญ สุวรรณ (2530 : 6) กล่าวไว้ว่า สิ่งที่เกิดขึ้นจริงอาจไม่ตรงกับสิ่งที่เขาเชื่อ ความเข้าใจ และความคิดที่จะปฏิบัติ ฉะนั้น การที่หญิงหลังคลอดที่มีอายุต่างกันถึงแม้จะมีความรู้ และเจตคติแตกต่างกัน แต่อาจมีการปฏิบัติที่ไม่แตกต่างกันได้

4. หญิงหลังคลอดที่มารับบริการหน่วยวางแผนครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4,5 และ 6 ที่ว่าหญิงหลังคลอดที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเห็นว่าการวางแผนครอบครัวเป็นเรื่องสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของครอบครัว ซึ่งการจำกัดจำนวนบุตร การเว้นระยะการมีบุตร และมีบุตรเมื่อสภาวะภายในครอบครัวมีความพร้อมนั้นจะเป็นประโยชน์ต่อตนเองและสมาชิกในครอบครัวทั้งด้านสุขภาพของร่างกาย และจิตใจจากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาและรองลงไปคือระดับชั้นมัธยมศึกษา จึงทำให้กลุ่มตัวอย่งนั้นไม่เข้าใจถึงประโยชน์อย่างแท้จริงในการวางแผนครอบครัวว่าเป็นภาระที่จะต้องปฏิบัติตามแพทย์หรือเจ้าหน้าที่หน่วยวางแผนครอบครัวแนะนำ ทำให้การปฏิบัตินั้นเป็นไปโดยไม่เต็มใจนัก และมีความกลัวต่ออาการผิดปกติหรือความไม่สุขสบายต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้จากคำบอกเล่าของเพื่อนหรือบุคคลอื่น

ส่วนกลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงย่อมเข้าใจถึงกลไกของวิธีใช้ในการคุมกำเนิดแต่ละวิธีรวมทั้งประโยชน์ของการวางแผนครอบครัวที่มีต่อตนเอง และบุคคลในครอบครัวตลอดจนประเทศชาติ ดังเช่นปัญหาการว่างงานที่ประเทศกำลังพัฒนาส่วนใหญ่กำลังประสบอยู่ ถ้าประชาชนไม่ร่วมมือในการวางแผนครอบครัวปัญหานี้ ก็จะทวีความรุนแรงกระทบต่อความมั่นคงของชาติในอนาคตได้ จึงทำให้หญิงหลังคลอดที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน ซึ่งผลของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ มัคเลนแคม และ เซเลส (ถนอมวรรณ อยู่จำ . 2536 : 16; อ้างอิงมาจาก Mluklenkomp and Sayles. 1986 : 336) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของประชากรอายุระหว่าง 18 – 67 ปี ในภาคตะวันออกเฉียงใต้ของอเมริกา ผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยบุคคลที่ได้รับการศึกษาในระดับสูงกว่าจะมีพฤติกรรมการกิน การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การพักผ่อน การไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพมากกว่าบุคคลที่ได้รับการศึกษาดำกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ คาร์ล และคอฟฟ์ (Karl and Coff. 1996 : 250) ที่กล่าวว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับพฤติกรรมอนามัย สอดคล้องกับการศึกษาของมาโนช สุดสายตา (2539 : 86) ได้ศึกษาเรื่องความรู้ และเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปมีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสอดคล้องกับการศึกษาของ อมรา ชิตมิไชย (2535 : 90) ได้ศึกษาเรื่องความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม ที่มีต่อการวางแผนครอบครัวพบว่าสตรีหลังคลอด ที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีความเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับการศึกษาของบัณฑิตย์ พันธุ์พาณิชย์ (2530 : 83) ได้ศึกษาเรื่อง ทักษะคตินักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีต่อการวางแผนครอบครัว พบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 2 และ นักศึกษาก่อนเข้าเรียนมีทัศนคติค่อนข้างลบ เพาหมาย และการให้การศึกษาเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของรัฐบาลแตกต่างกันและนักศึกษาชั้นปีที่ 2 กับนักศึกษาชั้นปีที่ 1 มีทัศนคติด้านการให้การศึกษาเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน ซึ่งแม้ว่าสตรีที่มีการศึกษาสูงมีการยอมรับการวางแผนครอบครัวมากกว่าสตรีที่มีระดับการศึกษาดำกว่าก็ตาม แต่ในสภาพการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบัน จะเป็นตัวกำหนดการยอมรับการคุมกำเนิดมากขึ้นในทุกกลุ่มการศึกษาของสตรี (มัลลิกา มดีโก และคณะ. 2540 : 59) จึงทำให้จากการศึกษาค้นคว้าพบว่าหญิงหลังคลอดที่มารับบริการคุมกำเนิดมีการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ (37.4 %)

สรุปได้ว่าหญิงหลังคลอดที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัวที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน

5. หญิงหลังคลอดที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ที่มีอาชีพต่างกัน มีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7,8 และ 9 ที่ว่า หญิงหลังคลอดที่มีอาชีพต่างกันมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน จากการศึกษา พบว่าหญิงหลังคลอดที่มีอาชีพรับราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจเป็นกลุ่มที่มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวมากที่สุด แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้มีความรู้ ซึ่งสามารถช่วยพัฒนาตนเองให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไม่ในทางที่ถูกต้องส่งผลให้มีการปฏิบัติได้ แตกต่างจากหญิงหลังคลอดที่มีอาชีพเกษตรกรซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่มีเวลาศึกษาหาความรู้ หรือได้รับทราบข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ มากนัก เนื่องจากต้องทำงานหาเงินมาเลี้ยงครอบครัวและบุตร จึงทำให้มีเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวน้อยกว่ากลุ่มอื่น ประกอบกับถ้ามีความเชื่อเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวที่ไม่ถูกต้อง อาจทำให้มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวไม่ดีมากยิ่งขึ้นซึ่งการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของมาโนช สดสาขดา (2539 : 86) ได้ศึกษาความรู้ และเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพต่างกันจะมีความรู้และเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับการศึกษาของประดิษฐ์ ปานนัม (2528 : 92) ได้ศึกษาความคิดเห็นของนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษาที่มีต่อการวางแผนครอบครัว ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่บิดาหรือมารดามีอาชีพต่างกันมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ วรารักษ์ แผลงมน (2536 : 81) ที่ศึกษาเรื่องความรู้ และเจตคติ เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 สถาบันราชภัฏสววิทยาลัยรัตนโกสินทร์ พบว่านักศึกษาที่ผู้ปกครองมีอาชีพต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน แต่มีเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวไม่แตกต่างกัน ซึ่งอาจเป็นเพราะมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องและไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอำพัน วิมลพัฒนา (2541 : 95) ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีอาชีพต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่แตกต่างกัน

สรุปได้ว่าหญิงหลังคลอดที่มีอาชีพต่างกันมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน

6. หญิงหลังคลอดที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ที่มีรายได้ต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 10 ที่ว่าหญิงหลังคลอดที่มีรายได้ต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวที่แตกต่างกัน แสดงว่ารายได้ของหญิงหลังคลอดมีผลต่อความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว ทั้งนี้เนื่องมาจากปัจจุบันปัจจัยด้านเศรษฐกิจเป็นตัวแปรที่สำคัญต่อการวางแผนครอบครัว ผู้ที่มีรายได้สูงย่อมมีโอกาสดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว ศึกษาหาความรู้และรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ เพื่อวางแผนในการดำรงชีวิตได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำ สอดคล้องกับประภาเพ็ญ สุวรรณ (2533 : 179-180) กล่าวไว้ว่า ฐานะทางเศรษฐกิจจะเกี่ยวข้องโดยตรงกับระดับการศึกษา ถ้าฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีมักจะมีการศึกษาต่ำ ซึ่งมีผลทำให้ขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ ในทางตรงกันข้าม ถ้าฐานะทางเศรษฐกิจของประชาชนดี มีโอกาสที่จะได้ศึกษา ความรู้ก็จะมากขึ้นเพราะการศึกษาช่วยให้บุคคลมีความรู้ที่ถูกต้อง ซึ่งการศึกษารุ่นนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วรารักษ์ แผลงมน (2536 : 81) ได้ศึกษาความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 สถาบันราชภัฏสววิทยาลัยรัตนโกสินทร์ พบว่านักศึกษาที่ผู้ปกครองมีรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ อำพัน วิมลวัฒนา (2541 : 96) ได้ศึกษาพฤติกรรมของหญิงวัยรุ่นขณะตั้งครรภ์ที่มารับบริการหน่วยฝากครรภ์ พบว่าหญิงวัยรุ่นขณะตั้งครรภ์ที่มีรายได้ต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชวนี เชี่ยวเยี่ยมวัฒนา (2534 : 93) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของสตรีขณะตั้งครรภ์ที่มาคลอดในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่าสตรีที่มาคลอดที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน จะมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพขณะตั้งครรภ์แตกต่างกัน

จึงสรุปได้ว่า หญิงหลังคลอดที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัวที่มีรายได้ต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน

7. หญิงหลังคลอดที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ที่มีรายได้ต่างกันมีเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 11 และ 12 ที่ว่า หญิงหลังคลอดที่มีรายได้ต่างกัน มีเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในปัจจุบันภาวะเศรษฐกิจได้ตกต่ำลง ทุกคนมีภาระที่จะต้องเลี้ยงตนเองและครอบครัว การมีบุตรมากย่อมเป็นการเพิ่มภาระและเป็นอุปสรรคต่อการดำรงชีพ ถึงแม้ว่าจะสามารถเลี้ยงดูบุตรที่เกิดมาได้ก็ตาม แต่การที่จะเลี้ยงดูให้ประสบความสำเร็จและเป็นพลเมืองที่ดีของประเทศนั้น ย่อมต้องมีการค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก จึงเป็นผลให้หญิงหลังคลอดมีความคิดที่จะวางแผนครอบครัวเพื่อจำกัดจำนวนบุตรให้พอเหมาะกับฐานะของตนและยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ จึงทำให้หญิงหลังคลอดที่มารับบริการหน่วยวางแผนครอบครัวมีเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผน

ครอบครัวยังไม่แตกต่างกัน ซึ่งการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับ สุภวัธย์ พลายน้อย (2530 : 87) ที่ศึกษาอิทธิพลของปัจจัยระดับบุคคล และปัจจัยด้านสังคมสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการยอมรับการคุมกำเนิด พบว่ารายได้ของครัวเรือนต่ำ แต่มีการรับรู้การเข้าถึงบริการคุมกำเนิดเป็นอย่างดี และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีบงอร สุวรรณพานิช (2530: 79) ศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นของอาจารย์และนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษาภาคใต้ที่มีต่อการวางแผนครอบครัว พบว่าอาจารย์และนักศึกษาที่มีรายได้ของครอบครัวยังไม่แตกต่างกันมีความคิดเห็นต่อการวางแผนครอบครัวไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ วรารักษ์ แผลงมน (2536 : 82) พบว่านักศึกษาที่ผู้ปกครองมีรายได้ต่างกัันมีเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวไม่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับ อมรา ชิตมีไชย (2535 : 90) ได้ศึกษาความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม พบว่าสตรีภายหลังคลอดบุตรที่มีความแตกต่างกันในด้านรายได้ของครอบครัวยังมีความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า หญิงหลังคลอดที่มีรายได้ต่างกัันมีเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวไม่แตกต่างกัน

8. หญิงหลังคลอดที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ที่มีประสบการณ์ในการคลอดต่างกัันมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 13 , 14 และ 15 ที่ว่า หญิงหลังคลอดที่มีประสบการณ์ในการคลอดต่างกััน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการคลอดบุตรนั้นมีความเจ็บปวดมากกว่า การเจ็บปวดใด ๆ ซึ่งผู้คลอดต้องเสียพลังงานมากเป็นระยะเวลาหลายชั่วโมง ถึงแม้ว่าจะเคยผ่านการคลอดมาแล้วก็ตาม เมื่อถึงเวลาคลอดอีกครั้งก็ต้องพบกับความทรมานเช่นเดียวกัน จึงทำให้หญิงหลังคลอดเกิดความกลัวต่อการคลอด รวมทั้งการมีบุตรอีก และการให้หญิงหลังคลอดมาตรวจหลังคลอด และวางแผนครอบครัวนั้นห่างจากการคลอดที่ผ่านมาเพียง 4-6 สัปดาห์ ซึ่งยังไม่ลืมความเจ็บปวดที่ได้รับจากการคลอด จึงทำให้หญิงหลังคลอดมีความสนใจที่จะเรียนรู้ และปฏิบัติตามคำแนะนำที่ให้ใช้วิธีคุมกำเนิดตามความเหมาะสมเพื่อเว้นระยะการมีบุตร หรืออาจเป็นเพราะปัจจุบันเศรษฐกิจในภาพรวมของประเทศอยู่ในภาวะตกต่ำ รายรับและรายจ่ายไม่สมดุลย์กันและไม่พอต่อการเลี้ยงชีพ จึงทำให้หญิงหลังคลอดทุกรายที่มารับบริการที่มีประสบการณ์ในการคลอดต่างกััน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวไม่แตกต่างกัน การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ มาโนช สุดสายตา (2539 : 86) ศึกษาเรื่องความรู้และเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร พบว่าสตรีที่มีประสบการณ์ในการคลอดต่างกััน จะมีความรู้และเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับ

การศึกษาของ อมรา ชิตมีไชย (2535 : 90) ศึกษาเรื่องความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตร ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว พบว่าสตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีประสบการณ์ในการคลอดต่างกันมีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับ อรทัย บุญเลิศ (2540 : 122) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ต่อการรับบริการฝากครรภ์ของหญิงที่คลอดในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร พบว่าสตรีที่มีลำดับที่ของการคลอดน้อยจะไปรับบริการตรวจครรภ์จำนวนครั้งมากกว่าสตรีที่มีลำดับที่ของการคลอดเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจเป็นเพราะสตรีที่มีประสบการณ์ในการคลอดเพิ่มขึ้น จะได้รับความรู้และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้มากกว่าหญิงที่มีลำดับที่ของการคลอดน้อย จึงพบว่าหญิงที่มีลำดับที่ของการคลอดน้อยมารับบริการมากกว่าหญิงที่มีลำดับที่ของการคลอดเพิ่มมากขึ้น

จึงสรุปได้ว่า หญิงหลังคลอดที่มีประสบการณ์ในการคลอดต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวไม่แตกต่างกัน

9. หญิงหลังคลอดที่มารับบริการหน่วยวางแผนครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ที่มีประสบการณ์ในการวางแผนครอบครัวต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 16, 17 และ 18 ที่ว่าหญิงหลังคลอดที่มีประสบการณ์ในการวางแผนครอบครัวต่างกัน มีความรู้เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องมาจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานี้มีลักษณะเป็นเอกพันธ์ (Homogeneous) หรือมีลักษณะคล้ายคลึงกัน การกระจายของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้เป็นไปในลักษณะของโค้งปกติ คือ หญิงหลังคลอดเคยได้รับการคุมกำเนิดร้อยละ 96.3 และไม่เคยได้รับการคุมกำเนิดร้อยละ 3.7 และอาจเป็นเพราะในสภาพสังคมปัจจุบัน เทคโนโลยีทางด้านการติดต่อสื่อสารได้พัฒนาไปอย่างมีประสิทธิภาพ การนำเสนอข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เป็นไปอย่างรวดเร็วหลายรูปแบบ รวมถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพด้วย ทำให้หญิงหลังคลอดส่วนใหญ่ได้รับความรู้เรื่องสุขภาพในระดับใกล้เคียงกัน จึงทำให้หญิงหลังคลอดเกิดความมั่นใจในการวางแผนครอบครัวว่า เป็นวิธีการที่จะทำให้ตนสามารถมีบุตรได้ตามความต้องการ ถึงแม้ว่าหญิงบางคนไม่เคยมีประสบการณ์วางแผนครอบครัวมาก่อนก็ตาม แต่อาจเกิดความมั่นใจว่าการวางแผนครอบครัวเป็นวิธีการที่ปลอดภัย และส่วนใหญ่หญิงที่แต่งงานแล้วจะมีการวางแผนครอบครัวทั้งสิ้น จึงมีผลทำให้หญิงหลังคลอดที่มีประสบการณ์ในการคลอดต่างกันมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวไม่แตกต่างกัน การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ จูติพร อิงคदारวงศ์ (2528 : 43) ที่ศึกษาเรื่องความรู้-ความเชื่อเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ณ โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่าสตรีที่มีประสบการณ์และไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมีความรู้ไม่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับ ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสรวง สุวรรณ

(2532 : 58) ที่กล่าวว่าผู้รับบริการที่มีประสบการณ์น่าจะมีเจตคติและการปฏิบัติแตกต่างกัน ซึ่งตามแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่เชื่อว่าประสบการณ์เดิมของบุคคลมีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมและประสบการณ์เดิมนั้นต้องอยู่ในตัวบุคคลขณะนั้น

สรุปได้ว่า หญิงหลังคลอดที่มีประสบการณ์ในการวางแผนครอบครัวต่างกัน มีความรู้เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวไม่แตกต่างกัน

10. ความรู้กับเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอดที่มารับบริการหน่วยวางแผนครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล มีความสัมพันธ์กันทางบวก ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 19 ที่ว่า ความรู้กับเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวก ทั้งนี้อธิบายได้ว่าหญิงหลังคลอดที่มารับบริการหน่วยวางแผนครอบครัวนั้น ได้รับความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวทุกรายก่อนเข้าตรวจโดยแพทย์ จึงเป็นสิ่งที่ช่วยเสริมแรงและจูงใจส่งผลให้เกิดเจตคติที่ดีต่อการวางแผนครอบครัวและทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา ดังที่นิภา มนูญปัจ (2528 : 68) กล่าวว่าความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม สำหรับทางอ้อมนั้นมีเจตคติเป็นตัวกลาง ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับเจตคติจะทำให้เกิดการปฏิบัติตามได้ และสอดคล้องกับโรเจอร์ (มะลิวรรณ วงศ์วัฒนไพบุลย์, 2535 : 139 ; อ้างอิงจาก Roger, 1983) กล่าวไว้ว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติไม่ได้เป็นไปในลักษณะตรงแต่เพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น เหตุการณ์ ประสบการณ์ ค่านิยม และอื่น ๆ ซึ่งคอลลินส์ และมิลเลอร์ (ธงชัย ศิริทัพ, 2529 : 16-17 อ้างอิงมาจาก Callins and Miller, 1969 : 2538) กล่าวว่า เจตคติเกิดจากการเรียนรู้ และการเรียนรู้จะต้องสัมพันธ์กับหลักเกณฑ์ต่าง ๆ ทางสังคม ประกอบกับมีความคิดเกี่ยวกับตนเองอยู่ด้วย และซิมบาโด (Zimbardo, 1979 : 647) กล่าวไว้ว่า ความรู้เป็นพื้นฐานทางสติปัญญาของบุคคล ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับจิตลักษณะ ได้แก่ อารมณ์ ความรู้สึก เจตคติ การให้คุณค่า ในขณะที่เจตคติของบุคคล มีส่วนสัมพันธ์กับแนวโน้ม ทำหน้าที่จะประพจน์ปฏิบัติต่อบุคคลหรือสถานการณ์ต่าง ๆ และสอดคล้องกับการศึกษาของ วรารักษ์ แผลงมน (2536 : 84) ที่ศึกษาความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของ นักศึกษา ชั้นปีที่ 4 สถาบันราชภัฏสววิทยาลัยรัตนโกสินทร์ พบว่าความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 นั้นมีความสัมพันธ์กันเชิงนิมิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .21 แสดงให้เห็นว่านักศึกษาที่มีความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัวสูงจะมีเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวในทางที่ดีกว่า ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าการนำความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัวไปใช้ในชีวิตประจำวัน ต้องมีเจตคติเป็นพื้นฐาน เพราะความรู้ที่ถูกต้องนั้นจะเป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการถ่ายทอดความรู้ เพื่อจะนำไปสู่เจตคติที่ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ (2519 : 72) ที่กล่าวว่าความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติตนในการวางแผน

ครอบครัวมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน คือ ผู้ที่รู้เรื่องการคุมกำเนิดมักจะมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้วิธีการคุมกำเนิดมากกว่าผู้ที่ไม่รู้

11. ความรู้กับการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอดที่มาใช้บริการหน่วยวางแผนครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาลมีความสัมพันธ์กันทางบวกสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 20 ที่ว่า ความรู้กับการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด มีความสัมพันธ์กันทางบวกทั้งนี้อธิบายได้ว่าผู้ที่มีความรู้สูงมักทราบถึงประโยชน์ตลอดจนข้อดี-ข้อเสีย ของสิ่งที่ตนเองศึกษาหรือสนใจ สามารถเลือกปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง สอดคล้องกับที่เลวิน (อรทัย บุญเลิศ. 2540 : 117; อ้างอิงมาจาก Levin. 1987 : 170-175) กล่าวไว้ว่าความรู้เป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการส่งเสริมการดูแลตนเอง และเจนกินส์ (อรทัย บุญเลิศ. 2540 : 127; อ้างอิงมาจาก Jenkind. 1980 : 1105) กล่าวไว้ว่าความรู้ และทักษะในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพอนามัยก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัย เพื่อดำเนินชีวิตสู่การมีสุขภาพอนามัยที่ดีด้วยสอดคล้องกับการศึกษาของดรุณี ทายะดิ (2534 : 111) เรื่องความรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของชาวบ้านสันโป่ง ตำบลบ้านกาด กิ่งอำเภอ แม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ : ความรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ผลการศึกษาพบว่าประชากรมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง การปฏิบัติตนด้านการวางแผนครอบครัวส่วนใหญ่ใช้วิธีการคุมกำเนิดแบบชั่วคราว วิธีที่นิยมมากที่สุด คือ การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด และเมื่อทดสอบทางสถิติพบว่าความรู้มีความสัมพันธ์กับการใช้วิธีคุมกำเนิดและการตรวจสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของอำพัน วิมลวัฒนา (2541 : 100) ที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของหญิงวัยรุ่นขณะตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการในหน่วยฝากครรภ์ พบว่าความรู้กับการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กันเชิงนิมิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ถึงแม้ว่าหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ปานกลาง แต่ก็มีเจตคติที่ดีและส่งผลให้มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ที่ถูกต้องตามไปด้วย และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีนยา งามศิริอุดม (2534 : 105) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใช้แรงงานสตรีในโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้า 2 แห่ง ในจังหวัดเชียงใหม่ : ความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาเม็ด และยาฉีดคุมกำเนิด ผลการศึกษาพบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาเม็ด และยาฉีดคุมกำเนิดกับแหล่งที่ไปรับบริการคุมกำเนิด และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สกาวรัตน์ เทพรักษ์ (อรทัย บุญเลิศ. 2540 : 127; อ้างอิงมาจาก สกาวรัตน์ เทพรักษ์. 2534 : 141) เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการดูแลหลังคลอดของสตรีในเขตอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี พบว่าความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังคลอดมีความสัมพันธ์กับการมารับบริการดูแลหลังคลอด เมื่อ 6-8 สัปดาห์ กล่าวคือ สตรีที่มารับบริการดูแลหลังคลอดมีความรู้ในระดับสูงกว่าสตรีหลังคลอดที่ไม่มารับบริการดูแลหลังคลอด นั่นคือสตรีที่มีความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลัง

ตลอด 6-8 สัปดาห์ มีการปฏิบัติตัวหลังคลอดมากกว่าสตรีที่ไม่มีความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังคลอด 6-8 สัปดาห์

12. เจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอดที่มาใช้บริการหน่วยวางแผนครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล มีความสัมพันธ์กันทางบวก ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 21 ที่ว่า เจตคติกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด มีความสัมพันธ์กันทางบวก ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เจตคติที่ดีจะช่วยให้เกิดการนำความรู้ไปใช้หรือปฏิบัติได้ ซึ่งในทางการแพทย์และสาธารณสุขถือว่าพฤติกรรมการปฏิบัติทางด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีนั้นเป็นเป้าหมายขั้นสุดท้ายที่จะช่วยให้หญิงหลังคลอดมีความสุขอนามัยทั้งต่อตนเองและบุคคลในครอบครัว ทั้งนี้ย่อมเกิดจากการมีความรู้และเจตคติที่ดี รวมทั้งปัจจัยภายในและภายนอกบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอนามัยของคน ที่จะส่งเสริมให้มีการปฏิบัติที่คงทนถาวรต่อไป สอดคล้องกับสุชาติ โสมประยูร (2525 : 180) ที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติกับการปฏิบัติว่า เจตคติมีบทบาทสำคัญมากที่จะช่วยโน้มน้าวจิตใจ หรือจูงใจให้นำทฤษฎีไปปฏิบัติ ซึ่ง เคลาเมียร์ และริบเบิล (Klausmeir and Ripple. 1976 : 516-528) ได้อธิบายว่าเจตคติเป็นตัวกำหนดให้บุคคลประพฤติหรือปฏิบัติเพื่อตอบสนองในการที่จะรับหรือปฏิเสธต่อบุคคล สิ่งของและสถานการณ์ต่าง ๆ

ข้อเสนอแนะ

1. จากการวิจัยสามารถบ่งบอกถึงทิศทางในการดำเนินงานวางแผนครอบครัวว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวควรให้ซ้ำ ๆ เมื่อมีโอกาสตั้งแต่ก่อนแต่งงาน หลังแต่งงาน ระยะตั้งครรภ์ ระยะหลังคลอด และปรับเปลี่ยนวิธีหรือสร้างโปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวในเรื่องที่น่าสนใจเข้าใจง่าย เพื่อให้ผู้รับบริการมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวอย่างแท้จริง และสามารถตัดสินใจเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดด้วยตนเองโดยมีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวเป็นพื้นฐาน

2. ควรนำผลการวิจัยเสนอผู้บริหารหรือผู้เกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อมูลมาพิจารณาและร่วมกันวางแผนเพื่อพัฒนาการดำเนินงานวางแผนครอบครัว และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อหญิงหลังคลอด และบรรลุมวลภาวะประสพตามเป้าหมาย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ควรศึกษาถึงพฤติกรรมของหญิงหลังคลอด โดยเพิ่มตัวแปร เช่น การสนับสนุนทางสังคม ระดับการศึกษาของสามี เพราะเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวของภรรยาด้วย
2. ควรทำวิจัยเกี่ยวกับวิธีคุมกำเนิดที่นำไปปฏิบัติว่าเหมาะสมกับสถานะของผู้ปฏิบัติเพียงใด มีการปฏิบัติจริงหรือไม่ เพราะเหตุใด ทั้งนี้เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนงานเพื่อให้หญิงหลังคลอดได้มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวได้จริง

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กาญจนา ปญฺญูทร. ค่านิยมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศและอำนาจแห่งตนในการควบคุมทางสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียนวัยรุ่น จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541. อัดสำเนา.
- กึ่งกาญจน์ คงสาร. กระบวนการตัดสินใจดำเนินการตั้งครรภ์ ในหญิงที่มีการติดเชื้อ เอชไอวี. วิทยานิพนธ์ พย.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538. อัดสำเนา.
- กุนตี ไทโพธิ์ไทย. พฤติกรรมและการดูแลสุขภาพทางเพศของหญิงขายบริการ. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540. อัดสำเนา.
- โกวิท วรรณพัฒน์. “โครงการพัฒนาคุณภาพการเรียนการสอนประชากรศึกษา,” ใน รายงานการสัมมนาทางวิชาการแห่งชาติ. กรุงเทพฯ : กรมวิชาการ กระทรวงศึกษาธิการ, 2521.
- คณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, สำนักงาน. ศัพทานุกรมสำหรับปฏิบัติการในระบบสารสนเทศทางการศึกษา. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ, 2529.
- คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สำนักงาน. แผนพัฒนา คน สังคม และวัฒนธรรม ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 พ.ศ. 2533-2539. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2539.
- โครงการวางแผนครอบครัว กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือยาฝังคุมกำเนิด. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2535.
- จิตใต้ จันทวดี. แนวคิดการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด. สงขลา : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, ม.ป.ป.
- ชวณี เชื้อวณิชชานา. พฤติกรรมสุขภาพของสตรีขณะตั้งครรภ์ที่มาคลอดในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย์กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534. อัดสำเนา.
- ชัยชนะ สุวรรณเวช และสนิท มาประจวบ. เรื่องตั้งเขปประเทศไทย. กรุงเทพฯ : กองอนามัยครอบครัว, 2520.
- ชวนชม สกนธวัฒน์. การคุมกำเนิด. ขอนแก่น : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2540.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : เทพนิมิตรการพิมพ์, 2541.

- ชูศรี วีระสัมพันธ์. ความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการเจริญพันธุ์ ของสตรีชนบทระยะหลังคลอดในศูนย์
อนามัยแม่และเด็ก เขต 7 ราชบุรี. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล,
2525. อุดสาเนา.
- จิตติพร อิงคถาวรวงศ์. ความรู้ความเชื่อเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มารับบริการตรวจมะเร็ง
ปากมดลูก ณ โรงพยาบาลรามคำแหง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
มหิดล, 2528. อุดสาเนา.
- ถนอมวรรณ อยู่จำ. พฤติกรรมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพของบุคคล สังกัดกรมพลศึกษาในส่วน
กลาง. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร,
2536. อุดสาเนา.
- ทวีสิทธิ์ สิทธิกร. การสอนสุขศึกษา. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2531.
- ชนวรรณ อัมสมบุญ. “การประเมินผลงานสุขศึกษาในโรงเรียน : กระบวนการวิเคราะห์อย่างเป็น
ระบบ,” วารสารสุขศึกษา. 8(29) : 24-26 ; มกราคม-เมษายน 2528.
- _____. “การสอนสุขศึกษาเพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ,” ข่าวสุขศึกษา. 4(2) : 38-43 ;
เมษายน-กันยายน 2532.
- ธารทิพย์ พรหมชาติแก้ว. พฤติกรรมอนามัยชาวไทยภูเขาเผ่าม้ง บ้านหนองหอยเก่า ตำบลแม่แรม
อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ : ความรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว. วิทยานิพนธ์ ศ.ม. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2534. อุดสาเนา.
- ธีระ ทองสง และคณะ. นรีเวชวิทยา. (ฉบับสอบบอร์ด) เรียบเรียงครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : พี.บี. ฟอเรน
บุ๊คส์ เซนเตอร์, 2539.
- ธงชัย ศิริทัต. การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัด
นครสวรรค์ ในโครงการส่งเสริมสมรรถภาพการสอนกับโรงเรียนนอกส่งเสริมสมรรถ
ภาพการสอน. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร, 2529. อุดสาเนา.
- นิภา มนูญปัจ. การวิจัยทางสุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : อักษรบัณฑิต, 2528.
- นิสามณี สัตยาบัน. สาระสำคัญวิชาเภสัชวิทยา. นนทบุรี : เอส อาร์ พรินติ้งแมสโปรดักส์, 2532.
- บัณฑิต พันธุ์พาณิชย์. ทักษะของนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีต่อการ
วางแผนครอบครัว. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร, 2530. อุดสาเนา.

- ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักงาน. แนวปฏิบัติเพื่อสนองนโยบายสาธารณสุข ในการดำเนินงาน
สุศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. กรุงเทพฯ : กอง
สุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2541.
- ประดิษฐ์ ปานนัม . ความคิดเห็นของนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษา ที่มีต่อการวางแผนครอบครัว.
ปริญญาโท กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2528.
อัคราณา.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพฯ : ชีระพัฒนา, 2532.
_____. “ทัศนคติ : พฤติกรรมสุขภาพ,” เอกสารการสอนชุดวิชาสุศึกษา หน่วยที่ 1-7
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. กรุงเทพฯ : อรุณการพิมพ์, 2526.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. “พฤติกรรมสุขภาพ,” ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสุศึกษา หน่วยที่ 1-7 หน้า
151-212. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2539.
- ประเสริฐ สุวัฒน์สุ. “คุณภาพของประชาชนด้านสาธารณสุข,” รายงานการสัมมนาทางวิชาการ
แห่งชาติ เรื่องประชากรของประเทศไทย. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่ง
ชาติ กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีและการพลังงาน, 2521.
- พยอม วงศ์สารศรี. จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์สารเศรษฐ, 2526.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ :
สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร,
2540.
- พิสมัย พัทธการกร. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยา ของผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนก
ผู้ป่วยนอก วชิรพยาบาล. ปริญญาโท กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทร
วิโรฒ ประสานมิตร, 2536. อัคราณา.
- ไพบูลย์ เทวรักษ์. จิตวิทยาการศึกษาพฤติกรรมภายในและภายนอก. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตวิทยา
คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529.
- มัลลิกา มัติโก และ คณะ. อนามัยเจริญพันธุ์ และการวางแผนครอบครัวในประเทศไทย : ภาพ
สะท้อนจากงานวิจัย. กรุงเทพฯ : ภาพพิมพ์, 2540.
- มลิวรรณ วงศ์วัฒนไพบูลย์. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุศึกษาในพฤติกรรมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์กองทัพอากาศ. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัคราณา.

- มาโนช สุตสาขตา. ความรู้และเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผน
ครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี สังกัดกระทรวงสาธารณสุข.
 ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539.
 อัดสำเนา.
- มาลินี จำเริญ. การเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรม : ความเชื่อ และพฤติกรรมสุขภาพของมารดาภายหลัง
คลอด. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537. อัดสำเนา.
- บุทรพงศ์ วีระวัฒนตระกูล. สถิติศาสตร์-นรีเวชวิทยา. ขอนแก่น : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
 ขอนแก่น, 2538.
- รายงานการประชุม. รายงานการประชุมวิชาการ เรื่องแผนพัฒนาสาธารณสุข ในเขต
กรุงเทพมหานคร กับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. กรุงเทพฯ : สถาบัน
 พัฒนาข้าราชการกรุงเทพมหานคร, ม.ป.ป.
- ล้วน สายยศ และ อังคณา สายยศ. หลักการวิจัยทางการศึกษา. กรุงเทพฯ : ทวีกิจการพิมพ์, 2531.
- วราลักษณ์ แผลงมน. ความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของนักเรียนชั้นปีที่ 4
สถาบันราชภัฏสววิทยาลัยรัตน โกสินทร์. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ :
 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2536. อัดสำเนา.
- วางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย, สมาคม. คู่มือการสอนเรื่องครอบครัวศึกษา. กรุงเทพฯ :
 สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย, 2530.
- วางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย, สมาคม. โครงการวางแผนครอบครัว. กรุงเทพฯ : สมาคม
 วางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย, ม.ป.ป.
- วิเชียร เกตุสิงห์. “คำเล่าเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงความหมายเรื่องง่ายที่บางครั้งก็ยากได้,” ข่าวสารการ
วิจัยทางการศึกษา. 18(3) : 9 ; กุมภาพันธ์-มีนาคม 2538.
- วิมลรัตน์ ภูผาสุข. ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้และระยะเวลาที่เริ่มใช้วิธีคุมกำเนิดของสตรีภายหลัง
การคลอดบุตร. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- วิไลลักษณ์ ปริยฉัตรกุล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้วิธีคุมกำเนิดชนิดถาวร และชนิดชั่วคราวใน
กลุ่มสตรีหลังคลอดที่มีบุตรที่มีชีวิต 2 คนขึ้นไป ที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 6 จังหวัด
นครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.
- วีระ นิยมวัน และ ปิติ พูนไชยศรี. “การบริหารการวางแผนครอบครัว,” ใน เอกสารประกอบชุด
วิชานามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว หน่วยที่ 15 สาขาวิทยาศาสตร์
สุขภาพ. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2536.

- ศรีบังอร สุวรรณพานิช. การเปรียบเทียบความคิดเห็นของอาจารย์และนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษาภาคใต้ที่มีต่อการวางแผนครอบครัว. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2530. อัดสำเนา.
- ศึกษาธิการ, กระทรวง. หลักสูตรประถมศึกษา พ.ศ. 2521 (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2532). กรุงเทพฯ : กรุงเทพฯ, 2532.
- ศุภวัจน์ นันถิเณตร. การวางแผนครอบครัวและประชากรศึกษา. กรุงเทพฯ : ม.ป.ป.
- ศุภวัธย์ พลายน้อย. อิทธิพลของปัจจัยระดับบุคคลและปัจจัยด้านสังคม สิ่งแวดล้อมที่มีต่อการยอมรับการคุมกำเนิดในจังหวัดที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ : กรณีศึกษาจังหวัดศรีสะเกษ. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ด. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2530. อัดสำเนา.
- สาธารณสุข, กระทรวง. ความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว. กรุงเทพฯ : โครงการวางแผนครอบครัว กองอนามัยครอบครัว กระทรวงสาธารณสุข, 2521.
- _____. กระทรวง. นโยบายการสุขศึกษาแห่งชาติ. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข, 2541.
- สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. การจำแนกประเภทอาชีพ. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี, 2534.
- _____. สำนักงาน. รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนทั่วราชอาณาจักร. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี, 2535.
- สิทธิโชค วรรณสันติกุล. จิตวิทยาการจัดการพฤติกรรมมนุษย์. นครปฐม : มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2529.
- สมจิต หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : วิ.เจ.พรินติ้ง, 2536.
- สมบุรณ์ บุญเกียรติ. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคเมร็งปากมดลูก ในผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกนรีเวชกรรม วชิรพยาบาล. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทร วิโรฒ ประสานมิตร, 2539.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของสตรีกับสถานภาพทางเศรษฐกิจ. ปรินูญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทร วิโรฒ ประสานมิตร, 2514. อัดสำเนา.
- สุชาติ โสมประยูร. การสอนสุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2525.
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ : สำนักคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539.
- สุพร เกิดสว่าง. คุมกำเนิด. กรุงเทพฯ : ชีระการพิมพ์, 2527.

- สุวชัย อินทรประเสริฐ และ วิฑูร โอสถานนท์. ประชากรศึกษา. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์พระจันทร์, 2535.
- แสงโสม ศิริพานิช. ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของกลุ่มชายที่ประกอบอาชีพ และกลุ่มนักศึกษาในจังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- อนุก อารีพรรค และ สุวทนา อารีพรรค. เรียนรู้เรื่องเพศ. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525.
- อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์ และคณะ. การสำรวจภาวะคุมกำเนิดในประเทศไทย พ.ศ. 2539. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
- อมรา ชิตมีไชย. ความคิดเห็นของสตรีภายหลังคลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานครที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2535. อัดสำเนา.
- อรทัย บุญเลิศ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการยอมรับบริการฝากครรภ์ของหญิงที่คลอดในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2540. อัดสำเนา.
- อำพัน วัฒนวัฒนา. พฤติกรรมสุขภาพของหญิงวัยรุ่นขณะตั้งครรภ์ที่มารับบริการในหน่วยฝากครรภ์แผนกสูติรีเวชกรรม วชิรพยาบาล. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2541. อัดสำเนา.
- อินทร์เหล็ก (นามแฝง). “บุคคลในข่าว,” ไทยรัฐรายวัน. 12 พฤศจิกายน 2542. หน้า 4.
- Becker, M.H. and A.B. Maiman. “The health belief model and sick role behavior,” in The Health belief model and personal behavior. New Jersey : Chales B. Slack, Inc., 1975.
- Bloom, S. Benjamin. Taxonomy of education objective hand book I : Cognitive domain. New York : Devid Mckay Company, Inc., 1975.
- Hock, Saw-Swee. Family planning knowledge attitude and practice in Mayaya demography. 5(2) : 702-708 ; 1968.
- Kasl, S and S. Cobb, “Health behavior, illness behavior and sick role behavior,” Achieves Environment of Health. December, 1966.
- Kanaaneh and Rhoda Ann. Desiring modernity : Family Planning among Palestinians in Northern Israel. Columbia University, Jan. 1998.

- Klounier, H. and R. E. Ripple. Learning and Human Ability. New York : Harper and Row Publisher, Inc., 1971.
- Misra, B.D. "Correlation of meal attitudes toward family planning," Sociological contribution to family planning research. Chicago : University of Chicago, 1967.
- Orem, D.E. Nursing : Concepts of practice. 2nd ed. New York : McGraw-Hill Co., 1980.
- Preston, Samuel H. and Alan T. Richard, "The influence of woman's work opportunities on marriage rate," Demography. 1975.
- Perder, N.J. Health promotion in nursing practice. 2nd ed. California Appleton and Lange, 1987.
- Robert, G.W. "Knowledge and use of birth control in Barbados," Demography. 4 : 580; 1965.
- Schwartz, Naney E, "Nutrition, Knowledge, Attitude and Practice of High School Graduate," Journal of the American Dietetic Association. 66 : 88-31 ; January, 1975.
- Yamane, Taro. Statistics : An introductory analysis. 2nd ed. New York : Harper and Row, 1967.
- Zimbardo, G. Psychology and Life 10th ed. Scott. Fores Man and Company, 1979.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้เชี่ยวชาญ
หนังสือขอความอนุเคราะห์

รายนามผู้เชี่ยวชาญ

1. รองศาสตราจารย์ สุวัชัย อินทรประเสริฐ ภาควิชาสูติ-นรีเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วินัส ปัทมภาสพงษ์ ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
3. ดร. จารุพร แสงเป่า ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์
วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ สำนักการแพทย์
กรุงเทพมหานคร
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วรณวรรณ ฝาโคตร ภาควิชาการพยาบาลสูติ-นรีเวชศาสตร์
วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ สำนักการแพทย์
กรุงเทพมหานคร
5. อาจารย์ จันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ที่ ทม 1012/ ๐2/73



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

3 กรกฎาคม 2543

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวสมิตรา ลิขิตฤทธิ์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอดที่มาใช้บริการหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล" โดยมี รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌิมานุกร และ รองศาสตราจารย์ สุจินต์ ปรีชาमारถ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในกรณีนี้ บัณฑิตวิทยาลัย ขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุวัชัย อินทรประเสริฐ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว ของหญิงหลังคลอดที่มาใช้บริการหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวสมิตรา ลิขิตฤทธิ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 258-4119, 664-1000 ต่อ 5644, 5664

โทรสาร. 258-4119



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มศว โทร. 258 - 4119, 664 - 1000 ต่อ 5644

ที่ ทบ 1012/๐2/74

วันที่ 3 กรกฎาคม 2543

เรื่อง ขออนุญาตเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะพลศึกษา

เนื่องด้วย นางสาวสมิตรา ลิขิตฤทธิ์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอดที่มาใช้บริการหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล" โดยมี รองศาสตราจารย์นภาพร มัธยมามกุล และ รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชาमारถ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัด ปัทมภาสพงษ์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอดที่มาใช้บริการหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวสมิตรา ลิขิตฤทธิ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ที่ ทม 1012/ ๐๔/๗๒



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๕ กรกฎาคม 2543

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวสมิตรา สิริฤทธิ์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอดที่มารับบริการหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล" โดยมี รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌิมานุกร และ รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชาमारถ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร.จากรุพร แสงเป่า และผู้ช่วยศาสตราจารย์รุณวรรณ ผาโคตร เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว ของหญิงหลังคลอดที่มารับบริการหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวสมิตรา สิริฤทธิ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 258-4119, 664-1000 ต่อ 5644, 5664

โทรสาร. 258-4119



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มศว โทร. 258 - 4119, 664 -1000 ต่อ 5726, 5646

ที่ ทม 1012/ 02520

วันที่ ๔๔ กรกฎาคม 2543

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

เนื่องด้วย นางสมิตรา ลิขิตฤทธิ์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอดที่มารับบริการหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล" โดยมี รองศาสตราจารย์นภาพร มัธยมามกุล และรองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชาमारถ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ อาจารย์จันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด ที่มารับบริการหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสมิตรา ลิขิตฤทธิ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ที่ ทม 1012/ ๔๔๘๘



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๕/ สิงหาคม 2543

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวสมิตรา สิทธิฤทธิ์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง "พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด ที่มารับบริการแผนกวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล" โดยมี รองศาสตราจารย์นายแพทย์ มัธยมมางกูร และ รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปริษามารถ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยขออนุญาตใช้สถานที่ และขอให้หญิงหลังคลอด 4 - 6 สัปดาห์ ที่มารับบริการวางแผนครอบครัว จำนวน 50 คน ในโรงพยาบาลกลาง และวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล สังกัดสำนักการแพทย์ เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอดที่มารับบริการแผนกวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ในระหว่างเดือนสิงหาคม 2543

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวสมิตรา สิทธิฤทธิ์ ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ และจะกรุณามีนหนังสือแจ้งไปยังโรงพยาบาลกลาง และวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ในสังกัดจะเป็นพระคุณอย่างยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 664-1000 ต่อ 5618, 5646 โทรสาร. 258-4119

ที่ ทม 1012/ 02454



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๔ กรกฎาคม 2543

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสมิตรา สิทธิฤทธิ์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง "พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอดที่มาใช้บริการแผนกวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล" โดยมี รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌิมานุ และ รองศาสตราจารย์ ลุจิณต์ ปรีชามารถ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขออนุญาตใช้สถานที่ และขอให้หญิงหลังคลอด 4 - 6 สัปดาห์ ที่มาใช้บริการวางแผนครอบครัว จำนวน 324 คน ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอดที่มาใช้บริการแผนกวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ในระหว่างเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2543

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ นางสมิตรา สิทธิฤทธิ์ ได้เก็บข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิชาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 258-4119, 664-1000 ต่อ 5726, 5646

โทรสาร. 258-4119

ภาคผนวก ข.

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถาม

เรื่อง พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว ของหญิงหลังคลอดที่มารับบริการหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามนี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อต้องการทราบพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอดที่มารับบริการหน่วยวางแผนครอบครัวที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล

2. แบบสอบถามนี้แบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1. แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตอนที่ 2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว

ตอนที่ 3. แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว

ตอนที่ 4. แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว

3. เพื่อความสมบูรณ์ของแบบสอบถามกรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อทุกตอน
ซึ่งจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับการวิจัยครั้งนี้

นางสุมิตรา สิริสุทธิ

นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ตอนที่ 1. แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่าน

1. อายุ

- () ต่ำกว่า 20 ปี
 () 20-30 ปี
 () 31-40 ปี
 () มากกว่า 40 ปีขึ้นไป

2. ระดับการศึกษา

- () ระดับประถมศึกษา
 () มัธยมศึกษาตอนต้น
 () ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า
 () ระดับอนุปริญญา/เทียบเท่า
 () ระดับปริญญาตรี/เทียบเท่า

3. อาชีพ

- () รับราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ
 () เกษตรกรรม
 () ค้าขาย / นักธุรกิจ
 () รับจ้างทั่วไป
 () แม่บ้าน

4. รายได้ / เดือน

- () ต่ำกว่า 5,000 บาท
 () 5,000-10,000 บาท
 () 10,001-15,000 บาท
 () มากกว่า 15,000 บาทขึ้นไป

สำหรับผู้วิจัย

1	2	3	4	5	6

5. ประสบการณ์ในการคลอดบุตร

☐ 1 ครั้ง☐ 2 ครั้ง☐ 3 ครั้ง☐ มากกว่า 3 ครั้ง

6. ประสบการณ์ในการวางแผนครอบครัว

☐ เคยได้รับการคุมกำเนิด☐ ไม่เคยได้รับการคุมกำเนิด

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว

คำชี้แจง

โปรดทำเครื่องหมาย (✓) หน้าข้อ ก,ข,ค หรือ ง. ที่ถูกต้องเพียงข้อเดียว

1. ข้อใดคือความหมายของการวางแผนครอบครัว ก. การวางแผนแต่งงาน ข. การควบคุมและป้องกันการตั้งครรภ์ ☒ ค. การวางแผนว่า ควรจะมีบุตรเท่าใดและเมื่อใด ง. การวางแผนว่า ควรจะจัดการกับชีวิตครอบครัวอย่างไร 2. ความจำเป็นที่ต้องมีการวางแผนครอบครัวคือข้อใด ก. ลดความยากจนลง ข. แก้ปัญหาเด็กเร่ร่อนให้ลดลง ค. รัฐบาลปกครองได้ทั่วถึง ☒ ง. จำกัดจำนวนประชากรให้พอเหมาะกับทรัพยากรที่มีอยู่ 3. อายุที่เหมาะสมกับการมีบุตรคือ ก. 15-19 ปี ☒ ข. 20-30 ปี ค. 31-40 ปี ง. 41-45 ปี 4. บุคคลประเภทใดที่ควรรู้เรื่องการคุมกำเนิด ก. นักเรียนระดับมัธยมศึกษา ข. นักเรียนระดับอุดมศึกษา ค. ชาย-หญิงที่จะทำการสมรส ☒ ง. บุคคลทั่วไปที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์	5. ข้อใดไม่ใช่ การคุมกำเนิด ☒ ก. การทำแท้ง ข. การใช้ยาคุมกำเนิด ค. การฝังยาคุมกำเนิด ง. การกำหนดระยะปลอดภยัน 6. คำกล่าวข้อใดไม่ถูกต้อง ก. การทำแท้งเป็นบาป ☒ ข. การคุมกำเนิดเป็นหน้าที่ของฝ่ายหญิงเท่านั้น ค. การคุมกำเนิดทำให้บุตรได้รับการศึกษาดีขึ้น ง. การคุมกำเนิดทำให้ไม่กังวลเรื่องการตั้งครรภ์ 7. หญิงหลังคลอดควรเริ่มคุมกำเนิดเมื่อใด ก. เมื่อน้ำคาวปลาหมด ข. หลังร่วมเพศทันที ค. ก่อนร่วมเพศ 1 สัปดาห์ ☒ ง. หลังคลอดบุตร 4-6 สัปดาห์ 8. เวลาที่เหมาะสมในการกินยาเม็ดคุมกำเนิดคือ ก. หลังอาหารเช้าเพราะยาออกฤทธิ์ได้ดี ข. ก่อนอาหารกลางวันเพราะยาอ่อนง่าย ☒ ค. หลังอาหารเย็นเพราะลดอาการคลื่นไส้ ง. กินเวลาไหนก็ได้ไม่มีอาการแทรกซ้อน
---	--

10. ถ้าลืมกินยาเม็ดคุมกำเนิด 1 เม็ด ท่านจะทำอย่างไร

- ☒ ก. กินทันทีที่นึกได้
- ข. กินเม็ดต่อไปในวันรุ่งขึ้น
- ค. กินเพิ่ม 2 เม็ด พร้อมกันในวันรุ่งขึ้น
- ง. กินเพิ่ม 1 เม็ด หลังอาหารเช้า 2 วัน

9. ควรฉีดยาคุมกำเนิดเข็มแรกเมื่อใด

- ก. ช่วงไข่ตก
- ☒ ข. ขณะมีประจำเดือน
- ค. 7 วันหลังประจำเดือนหมด
- ง. เมื่อไรก็ได้ตามสะดวก

10. ยาฉีดคุมกำเนิดควรฉีดห่างกันเท่าใด

- ก. ทุก 1 เดือน
- ข. ทุก 2 เดือน
- ☒ ค. ทุก 3 เดือน
- ง. ทุก 4 เดือน

11. การใส่ห่วงอนามัยคืออะไร

- ก. ให้ความรู้สึกทางเพศสูง
- ☒ ข. ไม่ตั้งครรภ์ประหยัค่าใช้จ่าย
- ค. ไม่เกิดอาการปวดท้องน้อย
- ง. ไม่มีเลือดออกผิดปกติ

12. ถ้าต้องการคุมกำเนิดโดยวิธีใส่ห่วงควรไปพบแพทย์เมื่อใด

- ☒ ก. ขณะมีระดู
- ข. เมื่อห้วงหลุด
- ค. ระดูหมดแล้ว 7 วัน
- ง. เมื่อใดก็ได้

14. การใส่ห่วงอนามัยคุมกำเนิดมีข้อเสียคือ

- ก. เบื่ออาหาร
- ☒ ข. เลือดออกกะปริบกะปรอย
- ค. น้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้น
- ง. หลังเอาห่วงออกมีบุตรยาก

15. การใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้องคือข้อใด

- ☒ ก. ใส่ถุงยางขณะองคชาตแข็งตัว
- ข. ใส่ถุงยางเมื่อจะหลั่งน้ำอสุจิ
- ค. ใส่ถุงยางขณะองคชาตอ่อนตัว
- ง. ใส่ถุงยางเมื่อฝ่ายหญิงต้องการ

16. นอกจากใช้คุมกำเนิดแล้วถุงยางอนามัยมีประโยชน์อย่างไร

- ก. ให้ความรู้สึกทางเพศดีขึ้น
- ☒ ข. ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- ค. ยับยั้งการหลั่งน้ำอสุจิ
- ง. ป้องกันน้ำอสุจิหกเลอะเทอะ

17. เมื่อท่านมีบุตรเพียงพอแล้วควรคุมกำเนิดวิธีใด

- ก. ใช้ถุงยางอนามัย
- ข. ใส่ห่วงอนามัย
- ค. ใช้ยาฉีดคุมกำเนิด
- ☒ ง. ทำหมันชายหรือหญิง

18. ข้อความที่ไม่ถูกต้องหลังจากทำหมันแล้วคือข้อใด

- ก. ทำงานหนักไม่ได้
- ข. ร่วมเพศได้ตามปกติ
- ค. สภาพอารมณ์ไม่เปลี่ยนแปลง
- ง. เป็นการคุมกำเนิดถาวร

19. ยาฝังคุมกำเนิดฝังที่ตำแหน่งใด

ก. น่องขาด้านใน

ข. ต้นขาด้านใน

☒ ค. ต้นแขนด้านใน

ง. ปลายแขนด้านใน

20. วิธีใช้ยากิน “คุมกำเนิดฉุกเฉิน” ที่มีโอกาสตั้งครรภ์น้อยที่สุดคือข้อใด

ก. ก่อนร่วมเพศ 12 ชั่วโมง

ข. ก่อนร่วมเพศ 2 ชั่วโมง

ค. หลังร่วมเพศ 1 ชั่วโมง

☒ ง. หลังร่วมเพศไม่เกิน 24 ชั่วโมง

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว

คำชี้แจง ให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อ แล้วพิจารณาว่าท่านมีความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อความนั้นอย่างไร (ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1	คู่สมรสทุกคนควรเรียนรู้เรื่องการคุมกำเนิด					
2	ข้าพเจ้ารู้สึกว่าการคุมกำเนิดเป็นสิ่งที่ดี					
3	การคุมกำเนิดไม่มีความสำคัญต่อชีวิตครอบครัว					
4	การคุมกำเนิดจะช่วยให้เศรษฐกิจในครอบครัวดีขึ้น					
5	ข้าพเจ้าเชื่อว่าการคุมกำเนิดทำให้มีเวลาเอาใจใส่บุตรมากขึ้น					
6	ผู้ชายไม่ควรมีส่วนร่วมในการคุมกำเนิด					
7	ข้าพเจ้าเชื่อว่าการคุมกำเนิดเหมาะสมกับสตรีบางอาชีพเท่านั้น					
8	มารดาที่เพิ่งผ่านการคลอดควรคุมกำเนิดเพื่อเว้นระยะการมีบุตร					
9	การคุมกำเนิดเป็นการกระทำที่ขัดต่อหลักศาสนา					
10	ข้าพเจ้ารู้สึกไม่สบายใจเมื่อคิดว่าจะต้องคุมกำเนิด					
11	ข้าพเจ้ารู้สึกรำคาญเมื่อมีผู้แนะนำให้คุมกำเนิด					
12	การหลังข้างนอกเป็นวิธีการคุมกำเนิดที่ได้ผลแน่นอน					
13	การกินยาเม็ดคุมกำเนิดติดต่อกันหลายปีทำให้มีบุตรยาก					
14	การไม่มีประจำเดือนหลังฉีดยาคุมกำเนิดเป็นสิ่งปกติ					
15	ใส่ห่วงคุมกำเนิดเป็นเวลานานจะทำให้เป็นมะเร็งปากมดลูก					

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
16	การคุมกำเนิดโดยนับระยะปลอดภัยที่เรียกว่า “ ก่อน 7 หลัง 7 ” สามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้แน่นอน					
17	การให้ถุงยางอนามัยคุมกำเนิดทำให้ความรู้สึทางเพศลดลง					
18	การเปลี่ยนวิธีคุมกำเนิดทำได้เลยโดยไม่ต้องปรึกษาแพทย์					
19	ข้าพเจ้ายินดีที่จะไปรับบริการคุมกำเนิดแม้ว่าจะเสียเวลาบ้าง					
20	ข้าพเจ้าเชื่อว่าการวางแผนครอบครัวสามารถ พัฒนาคน สังคมและประเทศชาติได้					

ตอนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการคุมกำเนิด

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงที่ท่านปฏิบัติ

ข้อที่	ข้อความ	ปฏิบัติ		
		เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
1.	ข้าพเจ้าคุมกำเนิดหลังคลอดเพื่อเว้นระยะการมีบุตร			
2.	ข้าพเจ้าไม่รพพบแพทย์เมื่อมีผู้มารับบริการ จำนวนมาก			
3.	ข้าพเจ้าปฏิบัติเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดตาม คำแนะนำของแพทย์			
4.	ข้าพเจ้าซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับวิธีที่ใช้คุมกำเนิด จากแพทย์หรือพยาบาล			
5.	ข้าพเจ้าอ่านเอกสารคำแนะนำเกี่ยวกับการคุมกำเนิด ที่ได้รับแจก			
6.	ข้าพเจ้ามาปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับอาการผิดปกติ ที่เกิดขึ้นหลังคุมกำเนิด			
7.	ข้าพเจ้าเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดด้วยตนเอง			
8.	ข้าพเจ้าหยุดคุมกำเนิดเองเมื่อมีอาการผิดปกติ			
9.	ข้าพเจ้าปรึกษาสามีเกี่ยวกับการคุมกำเนิด			
10.	ข้าพเจ้าฟังการให้ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ด้วยความสนใจ			
11.	ข้าพเจ้าใช้ถุงยางอนามัยเมื่อไม่แน่ใจว่าวิธีคุมกำเนิด ที่ใช้อยู่จะป้องกันการตั้งครรภ์ได้			
12.	ข้าพเจ้าปฏิบัติตามวิธีการคุมกำเนิดที่เลือกใช้ อย่างเคร่งครัด			

เฉลยแบบทดสอบและแบบสอบถามเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว

แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว

- | | |
|-------|-------|
| 1. ก | 11. ก |
| 2. ง | 12. ข |
| 3. ข | 13. ก |
| 4. ง | 14. ข |
| 5. ก | 15. ก |
| 6. ข | 16. ข |
| 7. ง | 17. ง |
| 8. ก | 18. ก |
| 9. ก | 19. ค |
| 10. ข | 20. ค |

แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว

ข้อความที่มีลักษณะทางบวก ได้แก่ ข้อ 1,2,4,5,8,14,19,20

ข้อความที่มีลักษณะทางลบ ได้แก่ ข้อ 3,6,7,9,10,11,12,13,15,16,17,18

แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว

ข้อความที่มีลักษณะทางบวก ได้แก่ ข้อ 1,3,4,5,6,7,9,10,11,12

ข้อความที่มีลักษณะทางลบ ได้แก่ ข้อ 2,8

ตาราง 27 ค่าดัชนีความสอดคล้อง ค่าความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว

ข้อ	ค่าความยากง่าย (P)	ค่าอำนาจจำแนก (R)
1	0.42	0.31
2	0.64	0.34
3	0.54	0.35
4	0.58	0.28
5	0.40	0.29
6	0.64	0.49
7	0.60	0.53
8	0.78	0.39
9	0.31	0.51
10	0.52	0.39
11	0.22	0.22
12	0.54	0.34
13	0.48	0.43
14	0.26	0.31
15	0.54	0.28
16	0.32	0.38
17	0.52	0.27
18	0.66	0.22
19	0.68	0.51
20	0.43	0.27

ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวเท่ากับ

0.44

ตาราง 28 ค่าดัชนีความสอดคล้อง และค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อของแบบสอบถามเจตคติ
เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก
1	0.31
2	0.34
3	0.45
4	0.28
5	0.28
6	0.53
7	0.52
8	0.46
9	0.66
10	0.46
11	0.46
12	0.36
13	0.44
14	0.27
15	0.39
16	0.59
17	0.57
18	0.59
19	0.45
20	0.43

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวเท่ากับ 0.73

ตาราง 29 ค่าดัชนีความสอดคล้อง และค่าอำนาจจำแนกเป็นรายชื่อของแบบสอบถามการปฏิบัติ
เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก
1	0.41
2	0.30
3	0.56
4	0.56
5	0.35
6	0.43
7	0.31
8	0.42
9	0.46
10	0.52
11	0.44
12	0.51

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวเท่ากับ 0.68

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ-ชื่อสกุล	นางสุมิตรา สิริฤทธิ์
วัน เดือน ปี เกิด	30 ตุลาคม 2488
สถานที่เกิด	จังหวัดสุรินทร์
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	44/7 หมู่ 4 ซอยนนทบุรี 14/1 ถนนนนทบุรี 1 ต. บางกระสอ อ.เมือง จ.นนทบุรี
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ระดับ 8
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	ภาควิชาการพยาบาลสูติ-นรีเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร 11000 โทรศัพท์ 2437860
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2511	ประกาศนียบัตรการพยาบาล ผดุงครรภ์ และอนามัย จากวชิรพยาบาล สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
พ.ศ. 2518	วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาลสาธารณสุข) จากมหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2544	การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด
ที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์
กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

บทคัดย่อ
ของ
สุมิตรา สิทธิฤทธิ์

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
เมษายน 2544

การศึกษาครั้งนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาและเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอด ที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล ตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประสบการณ์ในการคลอด และประสบการณ์ในการวางแผนครอบครัว และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอดที่มารับบริการ หน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง เป็นหญิงหลังคลอดที่มารับบริการในหน่วยวางแผนครอบครัว ที่วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 324 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบบังเอิญ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบทดสอบความรู้และแบบสอบถามเจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบ ค่าที (T-test) ทดสอบค่าเอฟ (F-test) และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)

ผลการศึกษาพบว่า

1. หญิงหลังคลอดส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง มีเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวอยู่ในระดับดี และมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวอยู่ในระดับดีมาก
2. หญิงหลังคลอดที่มีอายุต่างกัน มีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวไม่แตกต่างกัน
3. หญิงหลังคลอดที่มีระดับการศึกษาและอาชีพต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. หญิงหลังคลอดที่มีรายได้ต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่มีเจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวไม่แตกต่างกัน
5. หญิงหลังคลอดที่มีประสบการณ์ในการคลอด และประสบการณ์ในการวางแผนครอบครัวต่างกันมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวไม่แตกต่างกัน
6. พฤติกรรมเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของหญิงหลังคลอดด้านความรู้กับเจตคติ ความรู้กับการปฏิบัติ และเจตคติกับการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ.05

**HEALTH BEHAVIOR CONCERNING FAMILY PLANNING
OF POSTPARTUM WOMEN ATTENDING THE FAMILY
PLANNING DEPARTMENT AT BANGKOK
METROPOLITAN MEDICAL COLLEGE
AND VAJIRA HOSPITAL**

**AN ABSTRACT
BY
SUMITRA SITHIRIT**

**Presented in partial fulfillment of the requirement for the
Master of Education degree in Health Education
at Srinakarinwirot University
April 2001**

The purpose of this study were to study and to compare the health behavior concerning family planning of postpartum women attending the family planning, department of Bangkok metropolitan medical college and Vajira hospital, with the following variable : age, educational levels, occupations, incomes, delivery experience and family planning experience, and the inter-correlation among the knowledge, the attitude and the practice.

Three hundred and twenty four of postpartum women were sampled by the accidental sampling technique. The instruments were obtained by questionnaires and the data were analysed by using SPSS for Windows program in determining the percent, mean, standard deviation, t-test, F-test and Pearson product moment correlation coefficient.

The results of this study were as follow ;

1. Most of the postpartum women were at the middle level of knowledge with good level of attitude and very good practice about family planning.
2. There were significant difference in knowledge and attitude of family planning of the postpartum women at different age at the level .05 while the practice of family planning was no significant.
3. There were significant difference in knowledge, attitude and practice of family planning of the postpartum women at different education level and occupation at the level .05.
4. There was significant difference in knowledge of family planning of the Postpartum women at different incomes at the level .05 while the attitude and practice were no significant difference.
5. There were no significant difference in knowledge, attitude and practice of family planning of the postpartum women at different delivery experience.
6. Knowledge with attitude, knowledge with practice and attitude with practice of family planning of the postpartum women in family planning unit, department in Bangkok metropolitan medical college and Vajira hospital were significantly related in a positive direction at the level .05.