

613.94

ม 456 ๓

3.3

ความรู้ และเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว
ชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไปจังหวัดลพบุรี สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

19 S.ศ. 2539

ปริญญานิพนธ์
ของ
มานิช สุตสาขตา

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

เมษายน 2539

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

B.52368

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาบริษัทยาพนธ์ฉบับนี้แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอก
สุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

..... ประธาน

(ผศ.วินัส บัณฑาสพงษ์)

..... กรรมการ

(รศ.สุจินต์ บริขารมารถ)

คณะกรรมการสอบ

..... ประธาน

(ผศ.วินัส บัณฑาสพงษ์)

..... กรรมการ

(รศ.สุจินต์ บริขารมารถ)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(อ.พิมพ์ศรี โตคติเทพย์)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับบริษัทยาพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(ดร.ศิริยุภา พูลสุวรรณ)

วันที่ 30 เดือน เมษายน พ.ศ. 2539

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้เพราะผู้วิจัยได้รับความกรุณาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ รัตน์ บัณฑาสพงษ์ และรองศาสตราจารย์ สุจินต์ ปริขามารด ซึ่งเป็นประธานและกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ที่ได้ให้คำแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. สุริย์ จันทรมลี รองศาสตราจารย์ ดร. นิรันดร์ อิมามิ นายแพทย์สุริยะ วงศ์คงคาเทพ นายแพทย์รักเกียรติ มะระกานนท์และนายแพทย์วิทยา อนันตวัฒนวงศ์ ที่ได้กรุณาตรวจและให้คำแนะนำในการสร้างเครื่องมือการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณ คุณทรงพล ต่อนี้ คุณจันทร์เพ็ญ ธรรมเจริญ และคุณกวิณทิพย์ อนันตสิงห์ ที่ให้ความช่วยเหลือในการวิเคราะห์ข้อมูล

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลพบุรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านหมี่ หัวหน้าห้องคลอด พยาบาล เจ้าหน้าที่ทุกท่านของโรงพยาบาลทั้งสองแห่ง ที่ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ และขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรีที่สนับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ คุณเจ้านงค์ ชัยสุวรรณรักษ์ คุณภัลลภัษา โชติวิสากุล คุณกุลลาษา อุไรพันธุ์ และคุณสุชาติ ศรีเสื่อ ที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและพิมพ์เอกสาร

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอเทอดพระคุณ บิดา มารดา ครู อาจารย์ทุกท่าน ที่ได้กรุณาอบรมสั่งสอนผู้วิจัย และขอขอบคุณเพื่อนนิสิต เพื่อนร่วมงาน และผู้มีพระคุณทุกท่าน ที่มีส่วนช่วยเหลือผู้วิจัยไว้ ณ ที่นี้ด้วย

มาโนช สุดสายตา

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ	นายมาโนช สุตสายตา
เกิดวันที่	6 เดือน มกราคม พุทธศักราช 2507
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านพักสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี ถนนพหลโยธิน อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี 15000
สถานที่ทำงาน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี กลุ่มสนับสนุนงานสาธารณสุข งานสุขศึกษา
ตำแหน่ง	นักวิชาการสุขศึกษา 5
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2524 มัธยมศึกษาตอนต้น (มศ.3) จากโรงเรียนบริหารแจ่มใสวิทยา 1 จังหวัดสุพรรณบุรี พ.ศ. 2525 ประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล จากโรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2528 มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6 แผนกวิทยาศาสตร์) จากโรงเรียนสตรีวัดระฆัง กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2532 ปริญญาศึกษาศาสตรบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยรามคำแหง พ.ศ. 2539 ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ความรู้ และเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว
ชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไปจังหวัดสมุทรปราการ กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

ของ

มานันท์ สุตสายตา

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

เมษายน 2539

การศึกษาค้นคว้านี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อทราบ และเปรียบเทียบความรู้ เจตคติที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร ของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี ตามตัวแปรที่ศึกษา คือ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาการสมรส จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนบุตรที่มีชีวิต ความต้องการบุตรเพิ่ม และการได้รับความแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว กลุ่มตัวอย่างคือสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี จำนวน 305 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย สถิติทดสอบค่าที (t-test) และ สถิติทดสอบค่าเอฟ (F-test)

ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

1. สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปมีระดับความรู้ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนเจตคติอยู่ในระดับสูง
2. สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีอายุต่างกันมี ความรู้ และเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรไม่แตกต่างกัน
3. สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มีระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตรที่มีชีวิต ต่างกันจะมี ความรู้ และเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
4. สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มี ระยะเวลาสมรสต่างกันจะมี ความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่ .05 ส่วนเจตคติไม่แตกต่างกัน
5. สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มี จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ต่างกัน จะมีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรไม่แตกต่างกัน ส่วนเจตคติแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
6. สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มี ความต้องการบุตรเพิ่ม และการได้รับความแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัวในระยะก่อนคลอดมี ความรู้ และเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรไม่แตกต่างกัน

KNOWLEDGE AND ATTITUDE OF MULTIPARITY WOMEN ON ACCEPTABILITY
IN PERMANENT FAMILY PLANNING AT LOPBURI GENERAL HOSPITAL
MINISTRY OF PUBIC HEALTH

AN ABSTRACT

BY

MANOCH SUDSYITA

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

APRIL 1996

The objectives of this study were to determine and to compare the knowledge , attitude concerning acceptability in permanent family planning of the multiparity women in General Hospital Lopburi province. According to specific variables namely sex , education , occupation , incomes , married time, number of pregnancy , number of living children , desire of additional children and suggestion of family planning personnels. There were 305 cases respondent , The multiparity women in General Hospital Lopburi province. Data were collected by means of questionair. The t-test and F-test were used in the analysis of data.

The results of this study were as follows :

1. The most of multiparity women was moderate levels of knowledge but the attitude was high levels.
2. There was no significant difference in age on the knowledge and attitude concerning acceptability in permanent family planning.
3. There were significant difference at .001 in education, occupation, incomes and number of living children on the knowledge and attitude concerning acceptability in permanent family planning.
4. There was a significant difference at .05 in the married time on the knowledge concerning acceptability in permanent family planning but there was no a significant difference in the married time on the attitude.

5. There was a significant difference at .05 in the number of pregnancy on the knowledge concerning acceptability in permanent family planning but there was no significant difference in the number of pregnancy on the attitude.

6. There were no significant difference in the desire of additional children group and the suggestion of family planning personnels group on the knowledge and attitude concerning acceptability in permanent contraception.

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
คำนำ	1
ความมุ่งหมายของการค้นคว้า	8
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	8
ข้อตกลงเบื้องต้น	9
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	9
นิยามคำศัพท์เฉพาะ	9
2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย	13
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	13
การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	54
การวิจัยในประเทศ	54
การวิจัยในประเทศไทย	57
สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า	65
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	67
แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง	67
ประชากร	67
กลุ่มตัวอย่าง	67
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	69
ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ	69
การหาคุณภาพของเครื่องมือ	70
เกณฑ์การให้คะแนน	71
วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล	72
วิธีจัดกระทำกับข้อมูล	72
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	73

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า	79
ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล	79
การวิเคราะห์ข้อมูล	79
ผลการศึกษาค้นคว้า	81
5 บทย่อ สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	129
บทย่อ	129
ความมุ่งหมายในการค้นคว้า	129
วิธีดำเนินการวิจัย	129
การวิเคราะห์ข้อมูล	130
สรุปผลการค้นคว้า	131
อภิปรายผล	133
ข้อเสนอแนะ	143
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป	144
บรรณานุกรม	146
ภาคผนวก	155
ประวัติย่อของผู้วิจัย	171

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	เป้าหมายแผนประชากร	3
2	จำนวนผู้มารับบริการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร ระหว่าง พ.ศ.2532-2536	4
3	จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี เลือกวิธีคุมกำเนิดชนิดถาวร	6
4	จำนวนประชากร และกลุ่มตัวอย่าง	68
5	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาสมรส จำนวนครั้งของการ ตั้งครรภ์ จำนวนบุตรที่มีชีวิต ความต้องการบุตรเพิ่ม และการได้ รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว	81
6	ค่าเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ และเจตคติของ สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว ชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี	86
7	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย จากคะแนนความรู้ของสตรีตั้ง ครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร ในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี จำแนกตาม ความต้องการ บุตรเพิ่ม	87
8	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย จากคะแนนเจตคติของสตรีตั้ง ครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร ในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี จำแนกตาม ความต้องการ บุตรเพิ่ม	88
9	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย จากคะแนนความรู้ของสตรีตั้ง ครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร ในโรงพยาบาลทั่วไปจังหวัดลพบุรี จำแนกตามการได้รับคำแนะนำ จากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว	89

ตาราง	หน้า
10 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย จากคะแนนเจตคติของสตรีตั้ง ครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร ในโรงพยาบาลทั่วไปจังหวัดลพบุรี จำแนกตามการได้รับคำแนะนำ จากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว	90
11 คะแนนเฉลี่ยความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการ วางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี จำแนกตาม กลุ่มอายุ	91
12 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้น ไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาล ทั่วไป จังหวัดลพบุรี จำแนกตาม กลุ่มอายุ	92
13 คะแนนเฉลี่ยเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการ วางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี จำแนกตาม กลุ่มอายุ	93
14 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้น ไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาล ทั่วไป จังหวัดลพบุรี จำแนกตาม กลุ่มอายุ	94
15 คะแนนเฉลี่ยความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการ วางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี จำแนกตาม ระดับการศึกษา	95
16 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้น ไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาล ทั่วไป จังหวัดลพบุรี จำแนกตาม ระดับการศึกษา	96
17 การทดสอบ ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนความรู้ของสตรีตั้ง ครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร ในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี จำแนกตาม ระดับการศึกษา .	97

ตาราง	หน้า
18 คະແນເຈລິຍະເຈຕຕິຍະສັຕຕິທັງຕັ້ງຕໍ່ສັກກິ 2 ຂຶ້ນໄປທີ່ມີຕໍ່ການຍອມຮັບການ ວາງແຜນຄອບຄຸມຮັກສາພືດຕາວຣາໃນໂຮງພະຍາບາລທົ່ວໄປ ຈັງຫວັດລຸນພູຣີ ຈຳແນກຕາມ ລະດັບການສຶກສາ	99
19 ການວິເຄາະຄວາມແປກປ່ຽນຄະແນເຈຕຕິຍະສັຕຕິທັງຕັ້ງຕໍ່ສັກກິ 2 ຂຶ້ນ ໄປທີ່ມີຕໍ່ການຍອມຮັບການວາງແຜນຄອບຄຸມຮັກສາພືດຕາວຣາໃນໂຮງພະຍາບາລ ທົ່ວໄປ ຈັງຫວັດລຸນພູຣີ ຈຳແນກຕາມ ລະດັບການສຶກສາ	100
20 ການທົດສອບ ຄວາມແຕກຕ່າງຂອງຄ່າເຈລິຍະຈາກຄະແນເຈຕຕິຍະສັຕຕິທັງ ຕັ້ງຕໍ່ສັກກິ 2 ຂຶ້ນໄປທີ່ມີຕໍ່ການຍອມຮັບການວາງແຜນຄອບຄຸມຮັກສາພືດຕາວຣາ ໃນໂຮງພະຍາບາລທົ່ວໄປ ຈັງຫວັດລຸນພູຣີ ຈຳແນກຕາມລະດັບການສຶກສາ ...	101
21 ຄະແນເຈລິຍະຄວາມຮູ້ຂອງສັຕຕິທັງຕັ້ງຕໍ່ສັກກິ 2 ຂຶ້ນໄປທີ່ມີຕໍ່ການຍອມຮັບການ ວາງແຜນຄອບຄຸມຮັກສາພືດຕາວຣາໃນໂຮງພະຍາບາລທົ່ວໄປ ຈັງຫວັດລຸນພູຣີ ຈຳແນກຕາມ ອາຊີບ	103
22 ການວິເຄາະຄວາມແປກປ່ຽນຄະແນຄວາມຮູ້ຂອງສັຕຕິທັງຕັ້ງຕໍ່ສັກກິ 2 ຂຶ້ນ ໄປທີ່ມີຕໍ່ການຍອມຮັບການວາງແຜນຄອບຄຸມຮັກສາພືດຕາວຣາໃນໂຮງພະຍາບາລ ທົ່ວໄປ ຈັງຫວັດລຸນພູຣີ ຈຳແນກຕາມ ອາຊີບ	104
23 ການທົດສອບ ຄວາມແຕກຕ່າງຂອງຄ່າເຈລິຍະຈາກຄະແນຄວາມຮູ້ຂອງສັຕຕິທັງ ຕັ້ງຕໍ່ສັກກິ 2 ຂຶ້ນໄປທີ່ມີຕໍ່ການຍອມຮັບການວາງແຜນຄອບຄຸມຮັກສາພືດຕາວຣາ ໃນໂຮງພະຍາບາລທົ່ວໄປ ຈັງຫວັດລຸນພູຣີ ຈຳແນກຕາມ ອາຊີບ	105
24 ຄະແນເຈລິຍະເຈຕຕິຍະສັຕຕິທັງຕັ້ງຕໍ່ສັກກິ 2 ຂຶ້ນໄປທີ່ມີຕໍ່ການຍອມຮັບການ ວາງແຜນຄອບຄຸມຮັກສາພືດຕາວຣາໃນໂຮງພະຍາບາລທົ່ວໄປ ຈັງຫວັດລຸນພູຣີ ຈຳແນກຕາມ ອາຊີບ	106
25 ການວິເຄາະຄວາມແປກປ່ຽນຄະແນເຈຕຕິຍະສັຕຕິທັງຕັ້ງຕໍ່ສັກກິ 2 ຂຶ້ນ ໄປທີ່ມີຕໍ່ການຍອມຮັບການວາງແຜນຄອບຄຸມຮັກສາພືດຕາວຣາໃນໂຮງພະຍາບາລ ທົ່ວໄປ ຈັງຫວັດລຸນພູຣີ ຈຳແນກຕາມ ອາຊີບ	107
26 ການທົດສອບ ຄວາມແຕກຕ່າງຂອງຄ່າເຈລິຍະຈາກຄະແນເຈຕຕິຍະສັຕຕິທັງ ຕັ້ງຕໍ່ສັກກິ 2 ຂຶ້ນໄປທີ່ມີຕໍ່ການຍອມຮັບການວາງແຜນຄອບຄຸມຮັກສາພືດຕາວຣາ ໃນໂຮງພະຍາບາລທົ່ວໄປ ຈັງຫວັດລຸນພູຣີ ຈຳແນກຕາມ ອາຊີບ	108

ตาราง	หน้า
27 คະແນເຈລີຍະຄວາມຮູ້ຂອງສະຕີຕັ້ງສະຖານທີ່ 2 ຂຶ້ນໄປທີ່ມີຕໍ່ການຍອມຮັບການ ວາງແຜນຮອບຄຳຮັບຮຽດການໃນໂຮງພະຍາບາລທົ່ວໄປ ຈັງຫວັດລຸນພູຣີ ຈຳແນກຕາມ ຮາຍໄດ້ຂອງຮອບຄຳຮັບ 109	109
28 ການວິເຄາະຄວາມແປກປ່ຽນຄະແນນຄວາມຮູ້ຂອງສະຕີຕັ້ງສະຖານທີ່ 2 ຂຶ້ນ ໄປທີ່ມີຕໍ່ການຍອມຮັບການວາງແຜນຮອບຄຳຮັບຮຽດການໃນໂຮງພະຍາບາລ ທົ່ວໄປ ຈັງຫວັດລຸນພູຣີ ຈຳແນກຕາມ ຮາຍໄດ້ຂອງຮອບຄຳຮັບ 110	110
29 ການທົດສອບ ຄວາມແຕກຕ່າງຂອງຄ່າເຈລີຍະຈາກຄະແນນຄວາມຮູ້ຂອງສະຕີຕັ້ງ ສະຖານທີ່ 2 ຂຶ້ນໄປທີ່ມີຕໍ່ການຍອມຮັບການວາງແຜນຮອບຄຳຮັບຮຽດການ ໃນໂຮງພະຍາບາລທົ່ວໄປຈັງຫວັດລຸນພູຣີ ຈຳແນກຕາມຮາຍໄດ້ຂອງຮອບຄຳຮັບ 111	111
30 ຄະແນເຈລີຍະເຈດຕະນາຂອງສະຕີຕັ້ງສະຖານທີ່ 2 ຂຶ້ນໄປທີ່ມີຕໍ່ການຍອມຮັບການ ວາງແຜນຮອບຄຳຮັບຮຽດການໃນໂຮງພະຍາບາລທົ່ວໄປ ຈັງຫວັດລຸນພູຣີ ຈຳແນກຕາມ ຮາຍໄດ້ຂອງຮອບຄຳຮັບ 112	112
31 ການວິເຄາະຄວາມແປກປ່ຽນຄະແນນເຈດຕະນາຂອງສະຕີຕັ້ງສະຖານທີ່ 2 ຂຶ້ນ ໄປທີ່ມີຕໍ່ການຍອມຮັບການວາງແຜນຮອບຄຳຮັບຮຽດການໃນໂຮງພະຍາບາລ ທົ່ວໄປ ຈັງຫວັດລຸນພູຣີ ຈຳແນກຕາມ ຮາຍໄດ້ຂອງຮອບຄຳຮັບ 113	113
32 ການທົດສອບ ຄວາມແຕກຕ່າງຂອງຄ່າເຈລີຍະຈາກຄະແນນເຈດຕະນາຂອງສະຕີຕັ້ງ ສະຖານທີ່ 2 ຂຶ້ນໄປ ທີ່ມີຕໍ່ການຍອມຮັບການວາງແຜນຮອບຄຳຮັບຮຽດການ ໃນໂຮງພະຍາບາລທົ່ວໄປຈັງຫວັດລຸນພູຣີ ຈຳແນກຕາມຮາຍໄດ້ຂອງຮອບຄຳຮັບ 114	114
33 ຄະແນເຈລີຍະຄວາມຮູ້ຂອງສະຕີຕັ້ງສະຖານທີ່ 2 ຂຶ້ນໄປທີ່ມີຕໍ່ການຍອມຮັບການ ວາງແຜນຮອບຄຳຮັບຮຽດການໃນໂຮງພະຍາບາລທົ່ວໄປ ຈັງຫວັດລຸນພູຣີ ຈຳແນກຕາມ ຮະຍະເວລາສະມຣສ 115	115
34 ການວິເຄາະຄວາມແປກປ່ຽນຄະແນນຄວາມຮູ້ຂອງສະຕີຕັ້ງສະຖານທີ່ 2 ຂຶ້ນ ໄປທີ່ມີຕໍ່ການຍອມຮັບການວາງແຜນຮອບຄຳຮັບຮຽດການໃນໂຮງພະຍາບາລ ທົ່ວໄປ ຈັງຫວັດລຸນພູຣີ ຈຳແນກຕາມ ຮະຍະເວລາສະມຣສ 116	116
35 ການທົດສອບ ຄວາມແຕກຕ່າງຂອງຄ່າເຈລີຍະຈາກຄະແນນຄວາມຮູ້ຂອງສະຕີຕັ້ງ ສະຖານທີ່ 2 ຂຶ້ນໄປ ທີ່ມີຕໍ່ການຍອມຮັບການວາງແຜນຮອບຄຳຮັບຮຽດການ ໃນໂຮງພະຍາບາລທົ່ວໄປ ຈັງຫວັດລຸນພູຣີ ຈຳແນກຕາມຮະຍະເວລາສະມຣສ 117	117

ตาราง	หน้า
36 คะแนนเฉลี่ยเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี จำแนกตาม ระยะเวลาสมรส	118
37 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี จำแนกตาม ระยะเวลาสมรส	119
38 คะแนนเฉลี่ยความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี จำแนกตาม จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์.....	120
39 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี จำแนกตาม จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ...	121
40 คะแนนเฉลี่ยเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี จำแนกตาม จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์	122
41 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไปจังหวัดลพบุรี จำแนกตาม จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์	123
42 การทดสอบ ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไปจังหวัดลพบุรี จำแนกตาม จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์	124
43 คะแนนเฉลี่ยความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี จำแนกตาม จำนวนบุตรที่มีชีวิต	125

ตาราง	หน้า
44 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้น ไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาล ทั่วไป จังหวัดลพบุรี จำแนกตาม จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่	126
45 คะแนนเฉลี่ยเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการ วางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี จำแนกตาม จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่	127
46 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้น ไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาล ทั่วไป จังหวัดลพบุรี จำแนกตาม จำนวนบุตรที่มีชีวิต	128
47 ค่าความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม ความรู้ และ เจตคติที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร	156

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 รูปแบบการพัฒนาการด้านความรู้สึก ตามแนวคิดของบลูมและคณะ	46
2 กรอบแนวคิดการวิจัย	64

บทที่ 1

บทนำ

คำนำ

มนุษย์เป็นทรัพยากรที่สำคัญยิ่งในการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมของชาติ ในปัจจุบันนี้สภาพของสังคมไทยกำลังเผชิญปัญหาต่าง ๆ อยู่มากมายในยุคของโลกแห่งข้อมูล และการสื่อสาร หรือยุคโลกาภิวัตน์ ปัญหาที่เกิดขึ้นมีตั้งแต่ระดับครอบครัวและระดับประเทศชาติ กล่าวคือ ปัญหาระดับครอบครัวได้แก่ ปัญหาความยากจน ปัญหาโรคมัยโซไซเอ็ล ปัญหาเด็กวัยรุ่น ฯลฯ ส่วนในระดับประเทศได้แก่ ปัญหาคนว่างงาน ปัญหาคนย้ายถิ่นเข้าสู่ตัวเมือง ปัญหาค่าครองชีพ ปัญหาความเจริญทางด้านเทคโนโลยี ฯลฯ ปัญหาดังกล่าวเกิดจากสาเหตุมากมายในหลาย ๆ ด้าน แต่สาเหตุที่สำคัญด้านหนึ่งที่มีผลทำให้เกิดปัญหาเหล่านี้คือ จำนวนคนที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และไม่ได้สัดส่วนกับการเจริญเติบโตทางด้านอื่น ๆ ซึ่งก่อให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างจำนวนคน จำนวนทรัพยากร และการวางแผนทางด้านต่าง ๆ เพื่อรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นรวมทั้งการพัฒนาคุณภาพของคนให้เป็นคนที่มีความสามารถ และมีประสิทธิภาพในด้านต่าง ๆ รัฐบาลจึงได้เล็งเห็นความสำคัญของการลดอัตราการเพิ่มของประชากรให้ต่ำลง โดยมีจุดมุ่งหมายที่ไม่ให้จำนวนประชากรของประเทศเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วด้วยการกำหนดเป้าหมายที่จะลดอัตราเพิ่มของประชากรไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตั้งแต่ฉบับที่ 3 เป็นต้นมา (สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย. 2530 : 102) และนโยบายการวางแผนครอบครัวรัฐบาลสนับสนุนการวางแผนครอบครัวด้วยระบบความสมัครใจ

จากการสำมะโนประชากรของประเทศไทยที่ทำขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2453 ปรากฏว่ามีจำนวนประชากรทั้งประเทศประมาณ 8.3 ล้านคน หลังจากนั้นเพียง 32 ปี คือ พ.ศ. 2485 ประชากรของประเทศไทยเพิ่มขึ้นอีกเท่าตัวเป็น 16 ล้านคน หลังจากนั้นอีก 24 ปี คือ พ.ศ. 2509 ประชากรของประเทศไทยเพิ่มขึ้นเป็น 35 ล้านคน ซึ่งการเพิ่มของประชากรนั้นใช้ระยะเวลาสั้นเข้า (คณะกรรมการคาคการประชากรศาสตร์แห่งประเทศไทย. 2533 : 8) และในปัจจุบันนี้ประชากรทั้งหมดของประเทศไทยที่สำรวจ โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อ 1 มกราคม 2537 มีประชากรกว่า 58 ล้านคน (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. 2537 : 1) การเจริญพันธุ์ของประเทศไทยอยู่ในระดับสูงมาก

ในช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2515-2519) เมื่อคิดเป็นตัวเลขทางสถิติปรากฏว่า สตรีที่ผ่านวัยเจริญพันธุ์คิดเฉลี่ยคนละ 6.3 คน สตรีที่ผ่านวัยเจริญพันธุ์ออกไปมีเพียงร้อยละ 2.5 เท่านั้นที่ยังเป็นโสด นอกนั้นแต่งงานทั้งหมดและยิ่งกว่านั้นแต่งงานตั้งแต่อายุน้อยอีกด้วย สตรีที่แต่งงานแล้วเมื่อผ่านวัยเจริญพันธุ์มีบุตรเฉลี่ยครอบครัวละ 7 คน (วิฑูร โอสถานนท์, 2534 : 2) คนในเมืองและชนบทมีการเจริญพันธุ์แตกต่างกันมาก คนในเมืองแต่งงานเมื่ออายุมากกว่า อยู่เป็นโสดกันมากกว่าและถ้าแต่งงานแล้วก็จะคุมกำเนิดกันมากกว่า คือ มีบุตรน้อยกว่า นอกจากนั้นสภาพเศรษฐกิจและสังคมของคนในเมือง และในชนบทดังกล่าวนี้หากไม่รีบพัฒนาปรับปรุงแก้ไขแล้ว ช่องว่างทางเศรษฐกิจและสังคมระหว่างเมืองกับชนบทจะทวีมากยิ่งขึ้นอย่างรวดเร็วอาจทำให้เกิดผลทางการเมืองและความไม่สงบได้ การลดช่องว่างดังกล่าว นอกจากเร่งพัฒนาชนบทแล้วยังจะต้องชะลอการเจริญพันธุ์ในชนบทไปพร้อม ๆ กันด้วย (สุวัชัย อินทรประเสริฐ, 2533 : 10)

ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 เป็นต้นมา นโยบายด้านประชากรที่สำคัญซึ่งมุ่งเน้นมาตลอดทุกแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้แก่ นโยบายด้านการลดอัตราเพิ่มประชากรในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 ได้มีนโยบายลดอัตราเพิ่มของประชากรจากร้อยละ 3.2 ให้เหลือร้อยละ 2.5 เมื่อสิ้นแผนพัฒนาฯ พบว่าอัตราการเพิ่มลดลงใกล้เคียงกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ (บุญเลิศ เลี้ยวประไพ, 2520 : 64) ส่วนในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 และฉบับที่ 5 รัฐกำหนดเป้าหมายการลดอัตราเพิ่มประชากรให้เหลือร้อยละ 2.1 และ 1.5 ตามลำดับการวางแผนครอบครัวของประเทศไทยสำเร็จตามเป้าหมายจนถึงสิ้นแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 อัตราการเพิ่มประชากรลดลงได้เพียงร้อยละ 1.7 เท่านั้นไม่ได้ร้อยละ 1.5 ตามเป้าหมายเดิมที่กำหนดไว้ ฉะนั้นในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 ที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้ให้ลดลงเหลือร้อยละ 1.1 จึงไม่อาจทำได้ ดังนั้นจึงได้ตั้งเป้าหมายตามการคำนวณอัตราผู้มารับบริการวางแผนครอบครัวรายใหม่ว่าจะให้ได้ร้อยละ 1.3 (สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย, 2530 : 114-117) และสำหรับในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) ได้ตั้งเป้าหมายในการลดอัตราเพิ่มของประชากรให้เหลือร้อยละ 1.2 ในที่สุดท้ายของแผนพัฒนาฯ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2534 : 234) ดังปรากฏตามตาราง 1

ตาราง 1 เป้าหมายแผนประชากร

แผนพัฒนา ฉบับที่	-	-	-	3	4	5	6	7	8
พ.ศ.	2500	2513	2515	2519	2524	2529	2534	2539	2543
อัตราเพิ่มของประชากร									
ที่คาดไว้ในแผนพัฒนา	-	-	3.2	2.5	2.1	1.5	1.3	1.2	?
เศรษฐกิจและสังคม									
แห่งชาติ									
อัตราที่เพิ่มจริงของ	-	-	3.2	2.5	2.1	1.7*	1.46*	?	?
จำนวนประชากร									
จำนวนประชากร	27	36	38	43	48	52	56	61	64
(ล้านคน)									

แหล่งข้อมูล : สภาคมาวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย. 2533 หน้า 97

ผลกระทบจากภาวะเจริญพันธุ์ที่สูงในอดีตคือ ตั้งแต่ พ.ศ. 2513 เป็นต้นมา จำนวนสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้ว และอยู่กินกับสามีได้เพิ่มจำนวนมากขึ้นเช่นกันคือ จากประมาณ 7.6 ล้านคน ใน พ.ศ. 2530 เพิ่มขึ้นเป็น 8.7 ล้านคน ใน พ.ศ. 2534 และจะเพิ่มขึ้นถึง 9.9 ล้านคน ใน พ.ศ. 2539 ซึ่งกลุ่มเป้าหมายของงานวางแผนครอบครัวจะขยายจำนวนมากขึ้น และงานวางแผนครอบครัวจำเป็นต้องเร่งรัดต่อไปในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติในฉบับต่อ ๆ ไป (กองอนามัยครอบครัว. 2535 : 2)

สำหรับการที่จะให้ได้ผลบรรลุตามเป้าหมายแผนประชากรดังที่ได้กล่าวมาแล้ว คงจะต้องใช้ความพยายามอย่างมากเพราะการวางแผนครอบครัวหรือการคุมกำเนิดนั้น เป็นบริการสุขภาพที่รัฐบาลให้แก่ประชาชนโดยถือเอาความสมัครใจของผู้รับบริการเป็นหลักการสำคัญ ดังนั้น จึงเป็นการยากที่จะควบคุมจำนวนประชากรที่มารับบริการวางแผนครอบครัวให้บรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการได้ ทั้งนี้เนื่องจากการให้บริการวางแผนครอบครัวนี้เป็นเพียงเครื่องมือที่จะใช้ได้เมื่อบุคคลเกิดความตระหนักในภาวะประชากรในครอบครัวของตน และการตัดสินใจที่จะกำหนดขนาดครอบครัวของตนแล้วเท่านั้น (วิมลรัตน์ ภูผาสุข. 2532 : บทนำ) นอกจากนี้ระดับการใช้การคุมกำเนิดได้เริ่มใกล้ถึงจุดอิ่มตัวแล้ว ในอนาคตจึงเป็นไปไม่ได้ที่จะเพิ่มการใช้การคุมกำเนิดให้สูงขึ้น ในลักษณะเดียวกับเมื่อ 15 ปีก่อน กระทรวงสาธารณสุขยังคงคาดหมาย ว่าการดำเนินงานวางแผนครอบครัวจะยากกว่าแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ผ่านมาเพราะต้องใช้บริการครอบคลุมทั้งผู้รับบริการเดิมที่มีอยู่และกลุ่มเป้าหมายใหม่ที่เพิ่มขึ้น ดังนั้นการสนับสนุนให้ผู้ที่อยู่ในข่ายที่น่าจะทำการวางแผนครอบครัวได้ใช้วิธีการวางแผนครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพเหมาะสม กับความต้องการของสถานทางสังคม เศรษฐกิจ ร่างกายและจิตใจของแต่ละบุคคลจึงเป็นสิ่งจำเป็นโดย เฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มสตรีที่ไม่นับรารณาจะมีบุตรอีก แต่จากการประเมินผลงานวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในสตรี ซึ่งรวบรวมจากหน่วยให้บริการทั่วประเทศ (ยกเว้นคลินิกเอกชน) ดังปรากฏตามตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนผู้มารับบริการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร ระหว่าง พ.ศ. 2532-2536

ปี พ.ศ.	2532	2533	2534	2535	2536
จำนวนผู้ทำหมันหญิง	136,764	134,303	137,756	136,960	135,842

แหล่งข้อมูล : กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2535 หน้า 34

จากตาราง 2 แสดงให้เห็นว่า จำนวนของผู้รับบริการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในสตรีมีแนวโน้มที่ลดลงไม่ได้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ นอกจากนั้นจะพบว่าคู่สมรสที่มีบุตรเพียงพอแล้วนั้นน่าจะเลือกวิธีคุมกำเนิดชนิดถาวร เพราะการทำหมันหญิงจัดเป็นวิธีคุมกำเนิดที่ดี และเหมาะสมมีประสิทธิภาพในการป้องกันตั้งครรภ์สูงสุดมีอัตราล้มเหลวต่ำ เพียงร้อยละ 0.04 ต่อปีเท่านั้น (นันทนา คงนันทะ. 2531 : 4) และยังให้ผลของการคุมกำเนิดในระยะยาวอีกด้วย

การให้บริการวางแผนครอบครัวในสตรีหลังคลอดก็เป็นการดำเนินงานวางแผนครอบครัวอีกรูปแบบหนึ่งที่จะช่วยสนับสนุนการลดอัตราเพิ่มของประชากร ซึ่งในสตรีที่เพิ่งคลอดนั้นก็จัดได้ว่าเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญที่จะต้องมุ่งใจในโครงการหลังคลอดให้บรรลุผลสำเร็จ ทั้งนี้ เพราะเป็นกลุ่มที่ควรขอรับบริการวางแผนครอบครัวได้มากที่สุด เนื่องจากจะมีความรู้สึกเจ็บปวดจากการคลอดบุตรทำให้ไม่ต้องการมีบุตรอีกในขณะนั้นจึงมักมีความเห็นสอดคล้องกับผู้ที่ชักจูงให้ใช้วิธีคุมกำเนิด และนอกจากนั้นถ้าจะพิจารณาถึงความสะดวกที่ไม่ต้องเสียเวลาในการเดินทาง เพื่อมารับบริการที่น่าจะเป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนให้สตรีหลังคลอดเหล่านี้ได้ตัดสินใจในการวางแผนครอบครัวอีกด้วย แต่จากการสอบถามจากผู้ปฏิบัติงาน และผู้ที่เกี่ยวข้องในงานวางแผนครอบครัว พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปและสตรีหลังคลอดในโรงพยาบาลต่าง ๆ ในจังหวัดลพบุรีนั้นมีจำนวนไม่น้อยที่มีบุตรตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปแล้วได้ปฏิเสธการทำหมันชนิดถาวรหลังคลอดเนื่องจากได้รับ และไม่ได้รับความแนะนำจากเจ้าหน้าที่ที่ถูกต้อง และยังมีความเชื่อต่าง ๆ ที่สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปและสตรีหลังคลอดได้รับความรู้ไปในทางที่ไม่ถูกต้อง จึงทำให้สตรีเหล่านั้นไม่ตัดสินใจทำหมันหลังคลอดทั้งที่จริงแล้วสตรีเหล่านี้ ควรยุติการมีบุตรโดยวิธีการทำหมันชนิดถาวรได้แล้ว

นอกจากนั้นพบว่า จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มาคลอดบุตรที่โรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดลพบุรี แล้วเลือกวิธีการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรภายหลังคลอดบุตร ดังปรากฏตามตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลทั่วไปจังหวัดลพบุรีเลือกวิธีคุมกำเนิดชนิดถาวร

ปี พ.ศ.	จำนวนผู้ที่มาคลอด ครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป	จำนวนผู้ที่ทำหมันถาวร ครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป	จำนวนร้อยละของ ผู้ทำหมันถาวร
2533	1,744	523	29.98
2534	2,050	582	28.39
2535	1,494	471	31.52
2536	1,685	511	30.32
2537	1,287	411	31.94

แหล่งข้อมูล : ฝ่ายสถิติเวชระเบียนโรงพยาบาลลพบุรีและโรงพยาบาลบ้านหมี่. 2537 มกน.

จากตาราง 3 แสดงให้เห็นว่า จำนวนของผู้รับบริการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในสตรีของโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี มีแนวโน้มที่จะไม่เพิ่มขึ้นตามเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7

ดังนั้น เพื่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการลงทุนในกิจกรรมการวางแผนครอบครัว จึงควรมุ่งไปยังกลุ่มประชากรเป้าหมายที่จะยอมรับบริการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรให้ได้มากที่สุดคือ กลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญที่จะให้การจูงใจในการวางแผนครอบครัวก่อนที่จะคลอดและหลังคลอดบุตร เนื่องจากสตรีกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะตัดสินใจวางแผนครอบครัวชนิดถาวร และสตรีหลังคลอดนั้นยังมีความรู้สึกเจ็บปวดจากการคลอดทำให้ไม่ต้องการบุตรอีกในขณะนั้นจึงมักมีความคิดเห็นสอดคล้องกับผู้ที่ชักชวนให้ใช้วิธีคุมกำเนิด (ชัยชนะ สุวรรณเวชและสนิท มาประจวบ. 2520 : 8) ประกอบกับในช่วง 4-6 สัปดาห์หลังคลอดนั้น ทางโรงพยาบาลทุกแห่งได้นำให้สตรีมาภายหลังคลอดบุตรทุกคนมารับการตรวจและ

รับบริการคุมกำเนิดอยู่แล้ว จึงเป็นช่วงเวลาเหมาะสมที่จะให้สตรีเหล่านี้ยอมรับเอาวิธีการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรไปปฏิบัติ จากผลการศึกษาความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีชนบทก่อนคลอดและระยะหลังคลอด พบว่าสตรีก่อนคลอดและหลังคลอดส่วนใหญ่ยังขาดความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว (ชูศรี วีระสัมพันธ์. 2525 : 126) ความต้องการที่จะวางแผนครอบครัวนี้ขึ้นอยู่กับแรงชักจูง ซึ่งขึ้นอยู่กับความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อมั่นยึดมั่น และความคิดเห็นตามประสบการณ์ที่ผ่านมา

แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) มีวัตถุประสงค์ที่จะส่งเสริมการวางแผนครอบครัว ซึ่งจะช่วยควบคุมอัตราเกิดและอัตราการเพิ่มของประชากร โดยได้กำหนดเป้าหมายไว้ คือ (กองอนามัยครอบครัว. 2534 : 3)

1. อัตราส่วนร้อยละของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้ว และคุมกำเนิดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70.5 ใน พ.ศ. 2530 เป็นร้อยละ 77 ใน พ.ศ. 2539
2. อัตราส่วนร้อยละของกลุ่มสมรสคุมกำเนิดโดยวิธีการให้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 29.2 ใน พ.ศ. 2530 เป็นร้อยละ 34 ใน พ.ศ. 2539
3. อัตราการมีบุตรคนแรกของสตรีที่แต่งงานแล้วอายุต่ำกว่า 20 ปี ลดลงจากร้อยละ 14.6 เมื่อ พ.ศ. 2530 เป็นน้อยกว่าร้อยละ 10 ใน พ.ศ. 2539

จากนโยบายการวางแผนครอบครัวในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 นั้น ต้องการเพิ่มอัตราคุมกำเนิดโดยวิธีการให้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 29.2 เป็นร้อยละ 34 เมื่อสิ้นแผนพัฒนา ฉบับที่ 7 ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องหากลวิธีในการเพิ่มจำนวนของกลุ่มสมรสให้คุมกำเนิดโดยวิธีการให้เพิ่มขึ้น ในปัจจุบันนี้แนวโน้มการรับบริการคุมกำเนิดชนิดถาวรลดลง กลุ่มสมรสที่มีบุตรมากกว่า 2 คน สมควรที่จะใช้วิธีคุมกำเนิดชนิดถาวร แต่ปรากฏว่ามีจำนวนไม่น้อยที่ยังคงใช้วิธีคุมกำเนิดชนิดชั่วคราวอยู่การไม่ยอมรับวิธีคุมกำเนิดชนิดถาวรนอกจากจะมีผลกระทบต่อสุขภาพของแม่และเด็กแล้วยังมีผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจและความเป็นอยู่ของครอบครัว และกระทบต่องบประมาณวางแผนครอบครัวทั้งนี้เพราะค่าใช้จ่ายสำหรับวิธีคุมกำเนิดชนิดชั่วคราวเมื่อเทียบกับวิธีคุมกำเนิดชนิดถาวรแล้วสูงกว่า

ดังที่กล่าวมาแล้วว่า สตรีก่อนคลอดที่ตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปรวมทั้งระยะหลังคลอดเป็นกลุ่มประชากรเป้าหมายที่ควรจูงใจให้วางแผนครอบครัวชนิดถาวรมากที่สุด และการยอมรับ

การวางแผนครอบครัวชนิดถาวรจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นได้เกิด ความเข้าใจ ความพร้อมและความต้องการแล้วเท่านั้น ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงต้องการที่จะศึกษา ความรู้ และเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ว่ามีความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในสตรีไปในทิศทางใด และจากการที่ได้ทราบความรู้ และเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปนั้นสามารถที่จะทำนายพฤติกรรมในการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในอนาคตได้อันจะทำให้โครงการวางแผนครอบครัวในจังหวัดลพบุรี และโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ และจะได้หากกลวิธีในการให้สุศึกษาที่สามารถสร้างแรงจูงใจให้กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปให้ตระหนัก และเห็นความสำคัญของการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรมากยิ่งขึ้น

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษา ความรู้ และเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ และเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาสมรส จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนบุตรที่มีชีวิต ความต้องการบุตรเพิ่ม และการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อเป็นแนวทางให้ทราบถึงแนวโน้มเกี่ยวกับพฤติกรรมที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป
2. เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนการให้สุศึกษาแก่สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป
3. เพื่อกระตุ้นให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทำงานด้านการวางแผนครอบครัวได้มีการตื่นตัวในการที่จะหาทางร่วมมือกัน เพื่อเสริมสร้างแนวความคิดที่ถูกต้องเหมาะสม เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรให้แก่สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป
4. เพื่อเป็นแนวทางการศึกษาริวิจัยในลักษณะอื่น ๆ ต่อไป

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

1. ขอบเขตของเนื้อหา

การศึกษาค้นคว้ามุ่งศึกษาเฉพาะ ความรู้ และเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปในโรงพยาบาลทั่วไปของจังหวัดลพบุรี สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร รวม 2 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลลพบุรีและโรงพยาบาลบ้านหมี่

2. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มาใช้บริการฝากครรภ์ ณ คลินิกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลทั่วไปของจังหวัดลพบุรี สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2537 จำนวน 2 โรงพยาบาล รวมประชากรจำนวน 1,287 คน

3. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มาใช้บริการฝากครรภ์ ณ คลินิกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน – กุมภาพันธ์ 2539 จำนวน 305 คน ซึ่งได้มาจากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) และวิธีกำหนดสัดส่วนตามประชากรของแต่ละโรงพยาบาลจนครบตามจำนวนที่ต้องการ

4. ตัวแปรที่ศึกษา

4.1 ตัวแปรอิสระ ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มาใช้บริการฝากครรภ์ ณ คลินิกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลทั่วไปจังหวัดลพบุรี สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาสมรส จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนบุตรที่มีชีวิต ความต้องการบุตรเพิ่ม และการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว

4.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ ความรู้ และเจตคติที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับการ

วางแผนครอบครัวชนิดถาวรในสตรี ซึ่งสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปอาจจะรับรู้มาจากการศึกษา สิ่งแวดล้อมในสังคม แหล่งข่าว สื่อสารมวลชน วารสาร การบอกเล่า

2. เจตคติหมายถึง ความรู้สึกนึกคิดเฉพาะตัวของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร

3. การวางแผนครอบครัวชนิดถาวร หมายถึง การวางแผนกำหนดขนาดครอบครัวให้เหมาะสมกับสภาพทางเศรษฐกิจของแต่ละบุคคล โดยใช้วิธีคุมกำเนิดชนิดถาวร เพื่อการป้องกันการตั้งครรภ์อย่างถาวร

4. การยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรหมายถึง การยอมรับในระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความจำเป็นของการวางแผนจำกัดขนาดจำนวนบุตรอย่างถาวร

5. สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป หมายถึง สตรีที่มาใช้บริการฝากครรภ์ ณ คลินิกฝากครรภ์ที่ตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปของโรงพยาบาลทั่วไปจังหวัดลพบุรี สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

6. โรงพยาบาลทั่วไปจังหวัดลพบุรี สังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง โรงพยาบาลลพบุรี และโรงพยาบาลบ้านหมี่

7. อายุ หมายถึง อายุตามปฏิทินของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มาใช้บริการฝากครรภ์ ณ คลินิกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลทั่วไปจังหวัดลพบุรี สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกำหนดมาจากช่วงวัยเจริญพันธุ์ของสตรีที่จำแนกตามกลุ่มอายุ ดังนี้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. 2535 : 23)

7.1 อายุระหว่าง 15-24 ปี

7.2 อายุระหว่าง 25-34 ปี

7.3 อายุ 35 ปีขึ้นไป

8. ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาที่สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปได้รับตั้งแต่เริ่มเรียนจนจบชั้นสูงสุด ตามหลักสูตรกระทรวงศึกษาธิการ ดังนี้

8.1 ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า

8.2 มัธยมศึกษา

8.3 อนุปริญญาหรือเทียบเท่า

8.4 ปริญญาตรี หรือสูงกว่า

9. อาชีพ หมายถึง งานที่สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปยึดเป็นหลักในการทำมาหากิน เพื่อเลี้ยงชีพ ได้แก่ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2534 : 6)

9.1 รับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ หมายถึง ผู้ที่ปฏิบัติงานในส่วนราชการหรือรัฐวิสาหกิจ

9.2 ค้าขาย หมายถึง ผู้ที่ทำการค้าขายทุกชนิด

9.3 รับจ้าง หมายถึง ผู้ที่รับจ้างเป็นรายวัน รายเดือน หรือรับจ้างส่วนตัวซึ่งมีรายได้ไม่แน่นอน

9.4 เกษตรกรรม หมายถึง ผู้ที่มีอาชีพในการทำนา ทำไร่ ทำสวนหรือเลี้ยงสัตว์เพื่อจำหน่าย

9.5 แม่บ้าน หมายถึง ผู้ที่อยู่บ้านเลี้ยงบุตร ไม่มีรายได้เลี้ยงครอบครัว

10. รายได้ของครอบครัว หมายถึง รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน โดยแบ่งเป็น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2536 : 48)

10.1 ไม่เกิน 3,000 บาท/เดือน

10.2 3,001-8,000 บาท/เดือน

10.3 8,001 บาทขึ้นไป/เดือน

11. ระยะเวลาสมรส หมายถึง ระยะเวลาที่คู่สมรสครองชีวิตอยู่ด้วยกันตั้งแต่สมรส ไม่ว่าบุคคลผู้นั้นจะจดทะเบียนสมรสถูกต้องตามกฎหมาย หรือไม่ก็ตาม โดยแบ่งเป็น

11.1 ระยะเวลาสมรสต่ำกว่า 5 ปี

11.2 ระยะเวลาสมรส 5-10 ปี

11.3 ระยะเวลาสมรส 11 ปีขึ้นไป

12. จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ หมายถึง จำนวนครั้งทั้งหมดที่สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการตั้งครรภ์ ทั้งนี้รวมทั้งการตั้งครรภ์ที่สิ้นสุดลงด้วยการแท้ง การคลอดก่อนกำหนดและการคลอดทารกที่เสียชีวิตตั้งแต่ในครรภ์ โดยแบ่งเป็น

12.1 จำนวน 2 ครั้ง

12.2 จำนวน 3 ครั้ง

12.3 จำนวนมากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป

13. จำนวนบุตรที่มีชีวิต หมายถึง จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ในปัจจุบัน โดยแบ่งเป็น

13.1 จำนวนบุตรที่มีชีวิต 1 คน

13.2 จำนวนบุตรที่มีชีวิต 2 คน

13.3 จำนวนบุตรที่มีชีวิตตั้งแต่ 3 คน

14. ความต้องการบุตรเพิ่ม หมายถึง จำนวนบุตรที่ต้องการเพิ่มในอนาคต โดยแบ่งเป็น

14.1 ต้องการบุตรเพิ่ม

14.2 ไม่ต้องการบุตรเพิ่ม

15. การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว หมายถึง การที่สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มาใช้บริการฝากครรภ์ ณ คลินิกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลทั่วไปจังหวัดลพบุรี สังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้รับคำแนะนำในเรื่องการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัวในระยก่อนคลอดบุตร โดยแบ่งเป็น

15.1 ได้รับคำแนะนำ

15.2 ไม่ได้รับคำแนะนำ

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารที่เกี่ยวข้องกับความรู้ เช่น การวางแผนครอบครัว ความหมายของการวางแผนครอบครัว การวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในสตรี เจตคติและการยอมรับการวางแผนครอบครัว ตลอดจนการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้าทั้งในต่างประเทศ และในประเทศไทย ดังมีรายละเอียดตามลำดับ ต่อไปนี้

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

การวางแผนครอบครัว

ความหมายของการวางแผนครอบครัว

การวางแผนครอบครัว หมายถึง การวางแผนโครงการสำหรับคู่สมรสที่ร่วมกันวางแผนล่วงหน้าว่าจะมีบุตรกี่คน เพศใด มีเมื่อใด ช่วงห่างระหว่างบุตรแต่ละคนเท่าใดโดยคำนึงถึงสุขภาพของมารดา บิดา และบุตร ความสามารถในการเลี้ยงดูในฐานฐานะ เศรษฐกิจ การให้การศึกษาระยะเวลาในการอบรมเลี้ยงดู และความสัมพันธ์ที่ดีภายในครอบครัว กระทำได้โดยใช้วิธีป้องกันการปฏิสนธิหรือเรียกง่าย ๆ ว่า การคุมกำเนิด

การคุมกำเนิด มาจากคำภาษาอังกฤษว่า เบิร์ด คอนโทรล, คอนเซ็ปชัน คอนโทรล หรือคอนทราเซ็ปชัน (Birth Control, Conception Control or Contraception) แปลว่าการควบคุมการเกิดหรือการปฏิสนธิ หมายถึง การควบคุมไม่ให้ทารกเกิดหรือการป้องกันไม่ให้ปฏิสนธิ

การวางแผนครอบครัว (Family Planning) ได้มีผู้ให้ความหมายของการวางแผนครอบครัวไว้ในลักษณะต่าง ๆ กันดังนี้

จริยาวัตร คมพัยค์ม์ และอุดม คมพัยค์ม์ (2525 : 101) ได้ให้ความหมายของการวางแผนครอบครัวไว้ว่า การวางแผนครอบครัวมีความหมายกว้าง ไม่ได้หมายถึงการคุมกำเนิดเท่านั้นแต่เป็นการวางแผนหรือตั้งเป้าหมายให้ครอบครัวมีความพร้อมที่จะมีสมาชิกตามจำนวนที่ต้องการในระยะเวลาที่เหมาะสม มีฐานะทางเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมที่ดีสำหรับการ

ดำรงชีวิตเพื่อสุขภาพและอนามัยของครอบครัวนั้น ๆ ซึ่งจะมีผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศด้วย ดังนั้น การวางแผนครอบครัวจึงไม่ได้มีความหมายแต่เพียงการจำกัดขนาดครอบครัวไม่ให้มากเกินไปเท่านั้น แต่ยังเป็นการส่งเสริมการมีบุตรในคู่สมรสที่มีบุตรได้ยาก รวมทั้งการเลือกเพศบุตรด้วย แต่อย่างไรก็ตาม การวางแผนครอบครัวในปัจจุบันมักเน้นหนักไปในด้านการชะลอการเกิด หรือการคุมกำเนิดเป็นสำคัญ

นางลักษณ์ เอมประดิษฐ์ และคนอื่น ๆ (2529 : 122) ได้ให้ความหมายของการวางแผนครอบครัวไว้ว่า หมายถึง การที่คู่สมรสคิดไว้ล่วงหน้าว่าจะมีบุตรเมื่อใด จำนวนเท่าไร โดยใช่วิธีการคุมกำเนิดทั้งหลายเป็นเครื่องมือช่วยเมื่อยังไม่พร้อม ซึ่งความไม่พร้อมในที่นี้หมายถึงความพร้อมทางด้านเศรษฐกิจและสุขภาพอนามัยโดยเฉพาะสุขภาพอนามัยของมารดา

สุชาติ โสมประยูร และวราณี โสมประยูร (2531 : 112) ได้ให้ความหมายของการวางแผนครอบครัวไว้ว่า หมายถึง การที่คู่สมรสคิดไว้ล่วงหน้าว่าจะมีลูกเมื่อใดบ้าง และจะมีลูกจำนวนกี่คน โดยใช่วิธีป้องกันการตั้งครรภ์ในระยะเวลาที่ไม่ต้องการมีลูก

อาศรี สมบูรณ์สุข (2533 : 91) ได้ให้ความหมายของการวางแผนครอบครัวไว้ว่า หมายถึง การที่คู่สมรสได้กำหนดไว้ล่วงหน้าในการที่จะมีบุตรตามจำนวนที่ต้องการ รวมทั้งเวลาที่ควรจะมี ระยะห่างระหว่างบุตรแต่ละคน เพื่อสุขภาพ เศรษฐกิจที่ดีของครอบครัว ทั้งนี้เพื่อคุณภาพที่ดีของชีวิต นอกจากนี้ การวางแผนครอบครัวยังรวมทั้งวิธีการต่าง ๆ ที่ช่วยให้มีบุตรได้ด้วย ในการนี้ที่คู่สมรสนั้นมีบุตรยาก

สันติ รุ่งสมัย (2534 : 14) ได้สรุปความหมายการวางแผนครอบครัวไว้เป็น 2 นัยคือ

1. การวางแผนครอบครัวในความหมายแคบในทางปฏิบัติมักใช้คำว่า การวางแผนครอบครัว แทนความหมายของคำว่า การป้องกันปฏิสนธิ (Birth Prevention) หรือการคุมกำเนิด (Contraception) ซึ่งมีความหมายเฉพาะการระงับ หรือป้องกันมิให้เกิดบุตรตั้ง เช่น โครงการวางแผนครอบครัว กระทรวงสาธารณสุข (ม.ป.ป. : 1) ที่ระบุว่า การแผนครอบครัว คือ การที่คู่สมรสคิดไว้ล่วงหน้าว่าจะมีลูกเมื่อใดบ้าง และจะมีลูกจำนวนกี่คน โดยใช่วิธีป้องกันการตั้งครรภ์ในระยะเวลาที่ไม่ต้องการมีลูก หรือการผ่าตัดทำหมัน การมีลูกนอกกับความต้องการแล้ว

2. การวางแผนครอบครัวในความหมายกว้าง หมายถึง การวางแผนสำหรับกิจกรรมต่าง ๆ ของครอบครัวตั้งแต่การสมรส การมีบุตร ระยะเวลาการมีบุตรแต่ละคนไปจนถึงการดูแลเลี้ยงดูบุตร การรักษาพยาบาล และการให้การศึกษาแก่บุตร

องค์การอนามัยโลก (WHO. 1993 : 7) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การวางแผนครอบครัว หมายถึง การใช้วิธีการต่าง ๆ ควบคุมภาวะเจริญพันธุ์ เพื่อช่วยเหลือบุคคลแต่ละคนหรือคู่สมรสให้สัมฤทธิ์ผล ในจุดมุ่งหมายของเขานำทางป้องกันไม่ให้มีบุตรที่ไม่ต้องการให้สามารถมีบุตรได้ถ้ายังไม่มีการมีบุตรตามจำนวนที่ปรารถนา ในระยะเวลาการมีบุตรตามช่วงเวลาที่ต้องการ การควบคุมเวลาแห่งการมีบุตรตามวัยที่เหมาะสมของบิดามารดาและป้องกันเด็กที่เกิดจากความผิดปกติทางการถ่ายทอดกรรมพันธุ์

สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย (2530 : 103) ได้ให้ความหมายของการวางแผนครอบครัวไว้ว่า หมายถึง การวางแผน หรือตั้งเป้าหมายให้ครอบครัวมีความพร้อมที่จะมีสมาชิกตามจำนวนที่ต้องการในระยะเวลาที่เหมาะสมและมีฐานะเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมที่ดี ไม่ได้หมายถึง การคุมกำเนิดอย่างเดียว เพราะการคุมกำเนิดเป็นมาตรการหนึ่งในการที่จะให้บรรลุถึงการวางแผนครอบครัวเท่านั้นหรืออีกนัยหนึ่งการวางแผนครอบครัว คือ การที่คู่สมรสได้คิดไว้ล่วงหน้าว่าจะมีบุตรเมื่อใด และจะมีจำนวนกี่คนและวันช่วงระยะเวลาที่มีทั้งทางโดยวิธีป้องกันการตั้งครรภ์ในระยะเวลาที่ไม่ต้องการมีบุตร หรือหาหมั้นเป็นการถาวรเมื่อมีบุตรพอกับความต้องการแล้ว นอกจากนั้นยังได้กำหนดเอาไว้ว่า การวางแผนครอบครัวเป็นเจตคติและพฤติกรรมของสังคมไทย ตามความหมายนี้ การวางแผนครอบครัวซึ่งมีองค์ประกอบ 2 ส่วนคือ ส่วนของความเชื่อที่เรียกว่า เจตคติและส่วนของการปฏิบัติที่เรียกว่า พฤติกรรม ดังนั้น เจตคติอันพึงประสงค์ในการวางแผนครอบครัว ประกอบด้วย การยอมรับแนวคิดของการวางแผนครอบครัว เช่น ด้านสุขภาพอนามัย เศรษฐกิจ ความสัมพันธ์ระหว่างอาหาร เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม สิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรม ตลอดจนความรัก ความอบอุ่นในครอบครัว ส่วนที่การวางแผนครอบครัวเป็นพฤติกรรมนั้น หมายถึง การปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่ง ภายในขอบเขตของวัฒนธรรม เพื่อให้เกิดผลตามความคิดเห็นนั้น เช่น กำหนดความถี่ห่างและจำนวนบุตรให้เหมาะสมกับภาวะครอบครัวโดยการคุมกำเนิด โดยวิธีใดวิธีหนึ่งอย่างใดก็ตาม หากยอมรับการวางแผนครอบครัวเป็นวัฒนธรรมอย่างหนึ่งแล้ว ผู้ที่จะวางแผนครอบครัว

ครัวไม่จำกัดเฉพาะสามีภรรยาเท่านั้นแต่หมายถึง ทุกคนต้องวางแผนครอบครัว และการวางแผนครอบครัวจะประสบผลสำเร็จนอกจากเจตคติแล้วต้องมีพฤติกรรมด้วย

จากความหมายต่าง ๆ ข้างต้นสรุปได้ว่า การวางแผนครอบครัว หมายถึง การที่คู่สมรสได้วางแผนไว้ล่วงหน้าว่าจะมีบุตรจำนวนกี่คน จะมีบุตรเมื่อใดบ้าง โดยใช่วิธีการคุมกำเนิดในระยะที่ไม่ต้องการบุตร ด้วยวิธีคุมกำเนิดชนิดชั่วคราว แต่ถ้ามีบุตรตามต้องการแล้วควรคุมกำเนิดด้วยชนิดถาวร ทั้งนี้รวมทั้งวิธีการต่าง ๆ ที่จะช่วยให้มีบุตรในกรณีที่คู่สมรสนั้น มีบุตรยาก

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

1. ระดับครอบครัว การวางแผนครอบครัวมีผลต่อสมาชิกทุกคนในครอบครัวกล่าวคือ

1.1 สุขภาพมารดา ถ้ามารดามีอายุมาก หรืออายุน้อยเกินไป อาจให้กำเนิดบุตรที่มีการได้ทั้งร่างกาย และจิตใจและมารดาที่มีบุตรมากหรือก็มากเกินไปย่อมทำให้สุขภาพทรุดโทรมไม่มีเวลาในการทำงานอย่างอื่น เพราะต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการเลี้ยงดูบุตร

1.2 สุขภาพบุตร ถ้าคู่สมรสไม่ได้มีการวางแผนครอบครัว ย่อมทำให้เกิดผลเสียแก่บุตรที่จะเกิดมา คือ บุตรที่เกิดเป็นอันดับที่ 5 ขึ้นไป มีแนวโน้มที่จะผิดปกติ มีอัตราตายสูง เนื่องจากมีน้ำหนักน้อย บุตรที่เกิดจากมารดาที่มีอายุเกิน 35 ปีขึ้นไป อาจทำให้เป็นกรณีการแท้งกำเนิดทั้งร่างกายและสติปัญญาได้

1.3 สุขภาพบิดา การมีบุตรถี่และหลายคนย่อมเป็นการะหนักในการเลี้ยงดู เพื่อให้ทุกคนในครอบครัวเป็นสุข ดังนั้นสุขภาพของบิดาจึงทรุดโทรม เพราะต้องเคร่งเครียดกับการหารายได้ เพื่อเลี้ยงครอบครัวจึงทำให้เกิดความเครียดทางจิตใจ อาจก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพจิตของบิดาได้

2. ระดับชุมชนหรือสังคม ในชุมชนที่ไม่มีการวางแผนครอบครัว ทำให้ครอบครัวมีบุตรมากเกินไป บิดามารดาจะให้การดูแลบุตรได้ไม่ทั่วถึงให้การศึกษาน้อย หรือไม่ได้เลย เนื่องจากภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว เยาวชนที่เติบโตขึ้นในสังคมเหล่านั้นไม่มีโอกาสในการศึกษาต่อในระดับสูง จึงไม่สามารถประกอบอาชีพได้ดี จึงก่อให้เกิดปัญหาของการลัก

เสี่ยงน้อยหรือก่อให้เกิดปัญหาอาชญากรรมอื่น ๆ ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาของชุมชนหรือสังคมนั้น ๆ ขึ้นมาในที่สุด

3. ระดับประเทศชาติ การที่ประเทศมีอัตราเพิ่มของประชากรอย่างรวดเร็ว ทำให้อัตราส่วนของเด็กซึ่งเป็นวัยหนึ่งมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทำให้เป็นภาระในการจัดสวัสดิการทางสังคมต่าง ๆ ดังนั้น จึงก่อให้เกิดปัญหาในการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมของประเทศได้สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย (2530 : 104-105) ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการวางแผนครอบครัว ว่ามีต่อบุคคล ครอบครัว และประเทศชาติไว้ดังนี้

1. การวางแผนครอบครัว ช่วยให้ผู้สมรสได้มีโอกาสปรับตัว ได้เรียนรู้เกี่ยวกับการครองชีวิตคู่อย่างแท้จริง มีเวลาสร้างฐานะความเป็นอยู่ของครอบครัวให้ดีขึ้น มีเวลาวางแผนว่าจะมีลูกกี่คนหรือห่าง ได้ตามจำนวนที่ต้องการ

2. การวางแผนครอบครัว จะช่วยให้ทุกคนในครอบครัวมีความเป็นอยู่ตามฐานะ เมื่อมีลูกน้อยพ่อแม่ก็สามารถเลี้ยงดู ให้การศึกษาขั้นสูงแก่ลูกทุกคน เพื่อให้มีอาชีพและอนาคตที่ดีถ้ามีลูกมากก็จะเป็นภาระหนักของพ่อแม่ในการหาเลี้ยงดูให้ทุกคนมีความสุข ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวไม่ดีไม่สามารถให้การศึกษาขั้นสูงแก่ลูกได้

3. การวางแผนครอบครัว จะช่วยให้สุขภาพทางกาย และจิตใจของพ่อแม่สมบูรณ์ดีขึ้น แม่ร่างกายไม่ทรุดโทรม ไม่เสี่ยงอันตรายในการคลอด มีเวลาเอาใจใส่ลูก พ่อแม่มีเวลาทำงานสร้างฐานะเศรษฐกิจให้แก่ครอบครัว ทุกคนในครอบครัวลดความวิตกกังวล ครอบครัวก็จะมีความสุข

4. การวางแผนครอบครัว ช่วยให้เกิดการออมและประหยัด เฉพาะภายในครอบครัวจะมีการใช้จ่ายเงินในด้านการบริโภค และเครื่องอุปโภคต่าง ๆ ลดหย่อนภาษีเงิน เหลือสะสมไว้มากน้อยตามสมควรแก่ฐานะและเลือกใช้ได้ตามต้องการ

5. การวางแผนครอบครัว ช่วยเหลือรัฐมีงบประมาณที่จะนำไปใช้ในการลงทุน เพื่อผลิตและสร้างแหล่งงานให้แก่แรงงานเพิ่มขึ้น ช่วยลดภาระของรัฐที่สิ้นเปลืองงบประมาณไปเป็นค่าใช้จ่ายในการพัฒนาสังคมและสวัสดิการต่าง ๆ ทางการศึกษา การสาธารณสุข การประชาสัมพันธ์และสาธารณูปโภคต่าง ๆ เช่น สร้างโรงเรียน โรงพยาบาล สถานอนามัย อาคารสงเคราะห์ และอื่น ๆ

6. การวางแผนครอบครัว ทำให้รัฐสามารถแก้ไขปัญหาลูกหลานขาดแคลนกำลังคนในระดับสูงและระดับกลางได้ เช่น แรงผลิตบุคลากรที่ต้องการ ได้แก่ แพทย์ วิศวกร พยาบาล ครู ช่างฝีมือ ช่างเทคนิค เป็นต้น ได้อย่างเพียงพอและมีคุณภาพ เป็นการลดภาระของรัฐบาลในการพัฒนาการศึกษาในระดับประถมศึกษา และมีมัธยมศึกษาได้

7. การวางแผนครอบครัว จะทำให้การเพิ่มผลเมืองหรือประชากรน้อยลง ช่วยลดภาวะด้านการพัฒนางานด้านสาธารณสุข จะทำให้รัฐสามารถปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมายตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ในระยะต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในปัจจุบันวิธีคุมกำเนิดในหญิงได้จำแนกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ การคุมกำเนิดชนิดชั่วคราวและการคุมกำเนิดชนิดถาวร

สำหรับการคุมกำเนิดชนิดถาวรในหญิง หรือการทำหมันหญิงสามารถจำแนกได้ 2 วิธี โดยแบ่งตามระยะเวลาในการทำหมันคือ

1. การทำหมันหลังคลอดหรือการทำหมันเบี่ยง (Postpartum Sterilization) เป็นการทำให้หมันในระยะหลังคลอด ซึ่งส่วนใหญ่นิยมทำภายในระยะเวลา 24-72 ชั่วโมงหลังคลอด ในระยะหลังคลอดใหม่ ๆ นี้ มดลูกยังมีขนาดโต สามารถคลำทางหน้าท้องได้อย่างชัดเจน การผ่าตัดทางหน้าท้องเพื่อจะทำการอุดตันท่อรังไข่จึงทำได้ง่าย

2. การทำหมันแห้งหรือการทำหมันซึ่งไม่ได้อยู่ในระยะหลังคลอด (Interval Sterilization) เป็นการทำให้หมันในระยะตั้งแต่ 6 สัปดาห์หลังคลอดเป็นต้นไป ระยะนี้ มดลูกจะมีขนาดเล็กอยู่ในช่องเชิงกรานและอยู่ห่างจากหน้าท้อง ทำให้การผ่าตัดทางหน้าท้องเพื่อทำหมันในระยะที่ไม่ใช่ระยะหลังคลอดทำได้ยากกว่าในอดีตการผ่าตัดทำหมันแห้งเป็นการผ่าตัดใหญ่ต้องใช้การดมยาสลบและผู้ป่วยบริการจะต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหลายวัน แต่ในปัจจุบันนี้ได้มีการพัฒนาการการทำหมันแห้งตลอดจนวิวัฒนาการทำห้ท่อรังไข่อุดตันมีมากขึ้น สามารถทำหมันแห้งได้โดยวิธีที่ง่าย สะดวก ปลอดภัย และผู้ป่วยบริการกลับบ้านในวันเดียวกัน คือ เป็นลักษณะคนไข้นอก

การทำหมันหญิง

การทำหมันที่มีการยอมรับบริการสูงอยู่ 2 วิธี ได้แก่ (จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และ:
อุดม คมพยัคฆ์ : 2525)

1. การทำหมันโดยวิธีใช้กล้อง หรือพลาสมาโรสโคป (Laparoscopic Sterilization)
2. การทำหมันวิธีผ่าตัดเข้าทางผนังหน้าท้อง หรือมินิแลพารोटอมิ (Mini-Laparotomy or Mini-Lap or Suprapubic Tubal Sterilization)

การทำหมันยังมีวิธีอื่น ๆ อีก เช่น

1. การทำหมันทางช่องคลอด ปัจจุบันการทำหมันทางช่องคลอดไม่นิยมแล้วเนื่องจากท่ายากและมีอาการแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อและอื่น ๆ ได้สูงกว่าการทำหมันทางหน้าท้อง วิธีเหล่านี้ได้แก่

1.1 การทำหมันทางช่องคลอดโดยใช้คัลโดสโคป (Culdoscopic Sterilization)

1.2 การทำหมันทางช่องคลอดโดยการผ่าตัด (Colpotomy or Vaginal Tubal Sterilization)

2. การทำหมันชนิดไม่ผ่าตัด (Non-surgical Sterilization) เป็นการทำให้หมันโดยใส่เครื่องมือผ่านเข้าทางปากมดลูกแล้วฉีดสาร เช่น สารที่มีคุณสมบัติคล้ายกาฬโรค (Methyl cyano-acrylate) ผ่านรูเปิดของท่อรังไข่เข้าไปเพื่อทำให้ท่อรังไข่ตีบตัน นอกจากนี้อาจใช้สารชนิดอื่น ๆ เช่น ควินาคริน (Quinacrine) และฟีนอล (Phenol) เป็นต้น ซึ่งกำลังศึกษาอยู่

การทำหมันที่ดีที่สุดจะต้องมีข้อดีต่าง ๆ ดังต่อไปนี้มากที่สุด

1. ประสิทธิภาพสูง เชื่อกันได้ภายหลังทำหมันอาจมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้นได้บ้างมาก (Failure rate) คือ ประมาณร้อยละ 0-0.4 ถ้าวิธีการทำหมันวิธีใดมีอัตราการตั้งครรภ์สูงก็แสดงว่าเป็นวิธีที่ประสิทธิภาพที่เชื่อถือไม่ค่อยได้
2. ทำได้ง่าย ใช้เวลารวดเร็ว การทำหมันโดยทั่วไปจะใช้เวลา 10-15 นาที ถ้าการทำหมันที่ใช้เวลานานมาก แสดงว่าเป็นวิธีที่ไม่ดี
3. ปลอดภัย หรือมีอาการแทรกซ้อนต่ำ การทำหมันโดยทั่วไปอาจมีอาการแทรก

ข้อได้ร้อยละ 1-3 วิธีทำหมันที่มีแผลผ่าตัดเล็ก มีการเจ็บปวดน้อย อาการแทรกซ้อนน้อย ระยะพักฟื้นสามารถทำงานได้ตามปกติหลังทำหมันไม่นาน (1-5 วัน) แสดงว่าเป็นวิธีที่ดี

4. ค่าใช้จ่ายน้อย วิธีทำหมัน ควรใช้เครื่องมือราคาไม่แพง วิธีการทำจะต้องไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายต่าง ๆ มาก

5. การใช้ยาเฉพาะที่ การทำหมันที่ดีควรใช้ยาชาเฉพาะที่ หรือยาระงับปวดและยากล่อมประสาทเท่านั้น ไม่ควรใช้การดมยาสลบ เพราะถ้าต้องดมยาสลบหรือฉีดยาชาเข้าสันหลังจะต้องนอนพักในโรงพยาบาล

6. ควรเป็นวิธีที่สามารถแก้หมันได้เมื่อมีความจำเป็น การทำหมันที่ตัดปีกส่วนปลายของท่อรังไข่ทั้งหมดหรือการตัดส่วนของท่อรังไข่ออกยาวเกินไป หรือการจี้ด้วยไฟฟ้าเมื่อเกิดการมีประจำเป็นต้องการมีบุตรอีกจะแก้หมันยาก

7. วิธีทำหมันต้องได้รับความยินยอมจากแพทย์และผู้รับบริการ วิธีการทำหมันที่ง่ายมีประสิทธิภาพ มีอาการแทรกซ้อนต่ำ ก็จะได้รับคามยินยอมจากแพทย์ผู้ให้บริการ และผู้มารับบริการ

การเลือกวิธีการทำหมัน

การเลือกวิธีการทำหมันพิจารณาจากข้อมูลหลายประการ ได้แก่

1. ความชำนาญของแพทย์และความพร้อมของสถานที่ให้บริการว่ามีความชำนาญในวิธีไหนและมีความพร้อมของการดมยาสลบหรืออื่นๆ ที่จะให้บริการ วิธีทำหมันชนิดใดได้ดีกว่า

2. ผู้รับบริการผู้ขอรับบริการทำหมันเป็นผู้จะต้องได้รับการชี้แจงจนตัดสินใจทำหมัน และแพทย์ผู้ให้บริการทำหมันจะเลือกชนิดของการทำหมันโดยพิจารณาจาก

2.1 ระยะเวลาหลังคลอดบุตร ก็ทำหมันหลังคลอดได้ แต่เข้ามาในระยะไม่ตั้งครรภ์ก็ทำหมันได้

2.2 อายุและจำนวนบุตร เช่น อายุน้อยมีบุตรเพียง 2 คน และ/หรือมีสภาพชีวิตสมรสไม่ราบรื่น การทำหมันไม่ควรเลือกวิธีทำหมันที่จี้ท่อรังไข่ด้วยไฟฟ้าหรือท่อรังไข่ส่วนปากแตรเพราะถ้าหย่าร้างแล้วแต่งงานใหม่และต้องการมีบุตรอีกจะทำได้ยาก หรือแก้หมันไม่ได้

2.3 น้่าน้ำหนัก ถ้าน้ำหนักตัวมาก การทำหมันบางชนิดจะยาก จึงต้องเลือกวิธีทำหมันที่เหมาะสม

2.4 ประวัติเคยมีการผ่าตัดในช่องท้องหรืออุ้งเชิงกรานอาจมีพังผืดติดเป็นเหตุให้ทำหมันได้ยากและต้องระมัดระวังอย่างดี

2.5 มีประวัติหรือมีโรคทางอายุรกรรมร่วมอยู่ด้วย ซึ่งต้องตรวจสอบภาพทั่วร่างกายเสียก่อนนั้นจะเกิดอันตรายถึงชีวิตได้

ข้อบ่งชี้สำหรับการทำหมัน

การทำหมันควรพิจารณาให้บริการในราย ดังต่อไปนี้

1. มีบุตรที่แข็งแรงดี 2 คน หรือมากกว่า
2. มีปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม
3. มีโรคที่อาจมีผลต่อการตั้งครรภ์ หรือการตั้งครรภ์จะทำให้การดำเนินของโรคเลวลง ได้แก่

3.1 โรคหัวใจ ผู้ที่เป็นโรคหัวใจ ถ้าตั้งครรภ์จะเกิดอุบัติเหตุแทรกซ้อนได้สูง เช่น แท้งบุตร คลอดก่อนกำหนด เด็กตายในครรภ์หรือตายหลังคลอด เป็นต้น นอกจากนี้ การตั้งครรภ์จะทำให้โรคหัวใจเลวลงและอาจเกิดหัวใจวายได้ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและระยะหลังคลอดจึงไม่ควรตั้งครรภ์มาก และวิธีคุมกำเนิดที่ดี คือ การทำหมันโดยเลือกทำหมันชาย ถ้าจะหาหมันหญิงควรทำในระยะที่อาการของโรคไม่รุนแรง และต้องดูแลอย่างดี

3.2 โรคเบาหวาน ผู้เป็นโรคเบาหวานถ้าตั้งครรภ์จะทำให้โรคทวีความรุนแรงมากขึ้น และโรคเบาหวานก็มีผลต่อการตั้งครรภ์ โดยทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกเพิ่มขึ้น เช่น แท้งบุตร ครรภ์แฝดน้ำ คลอดยาก เพราะเด็กตัวโต ตกเลือดหลังคลอด การติดเชื้อ เด็กตายในครรภ์และตายหลังคลอด เด็กมีการแต่กำเนิดและเด็กมีโอกาสสืบทอดโรคเบาหวานทางพันธุกรรมจึงเป็นโรคนี้มากกว่าเด็กธรรมดา ดังนั้น ควรพิจารณาทำหมันให้ในขณะที่สามารถควบคุมโรคเบาหวานได้ดีแล้ว

3.3 โรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์จะทำให้โรคทวีความรุนแรงมากขึ้น และอาจเกิดอาการแทรกซ้อนของมารดาและทารกได้สูง เช่น รกลอกตัวก่อนกำหนด

กรรมเป็นพิษ ความดันโลหิตสูงมากจนเส้นเลือดในสมองแตก หัวใจวาย นอกจากนี้ ทารกในครรภ์อาจเจริญเติบโตช้า เป็นต้น จึงควรพิจารณาทำหัตถ์ด้วยความปลอดภัย

3.4 โรคไต เนื่องจากการตั้งครรภ์จะทำให้การทำงานของไตเลวลง การทำงานของไตเลวลง ทำให้บวมเพิ่มขึ้นและมีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะความดันโลหิตสูง ครรภ์เป็นพิษ ซึ่งจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารก

3.5 โรคติดต่อทางพันธุกรรม เนื่องจากผู้ที่มีการติดต่อกับพันธุกรรมจะถ่ายทอดโรคไปยังบุตรแล้วจะเกิดความผิดปกติแต่กำเนิด หรือเกิดโรคสืบต่อต่อไป จึงควรแนะนำให้ทำหัตถ์

3.6 โรคจิตและปัญญาอ่อน เนื่องจากผู้ที่มีการติดต่อกับพันธุกรรมจะเป็นการถ่ายทอดส่งคนมาอยู่ แล้วถ้ามีบุตรก็จะเป็นบุตรที่ปัญญาอ่อนหรือมีความผิดปกติทางจิตทางปัญญา ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาทางสังคมเศรษฐกิจ และเป็นภาระต่อสังคมต่อไป

ข้อห้ามของการทำหัตถ์

การทำหัตถ์มีข้อห้ามในรายที่มีโรคหรือภาวะผิดปกติ ต่อไปนี้

1. การติดเชื้อ ผู้ที่มีไข้สูง เช่น ไข้สูงเกิน 38.9 องศาเซลเซียส แสดงว่ามีการติดเชื้อควรรักษาการติดเชื้อให้หายเสียก่อน มิฉะนั้นการทำหัตถ์อาจทำให้การติดเชื้อลุกลามและรุนแรงขึ้น หรือภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลผ่าตัดอักเสบ เป็นต้น

2. โรคหัวใจ ผู้ที่เป็นโรคหัวใจและมีการของโรคยังรุนแรงอยู่ ห้ามทำการผ่าตัด เพราะการผ่าตัดจะทำให้เกิดความเครียด ความกลัว นอกจากนี้ ระยะเวลาในการทำหัตถ์หลังคลอดแก่ผู้เป็นโรคหัวใจจะต้องระมัดระวังมาก เพราะภายหลังคลอดจะมีเลือดจากมดลูกหดตัวกลับเข้าสู่หัวใจ และการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทำให้การทำงานของหัวใจล้มเหลวได้ จึงต้องหลีกเลี่ยงการทำหัตถ์ในช่วง 1-2 สัปดาห์หลังคลอด

3. โรคเบาหวาน ถ้าเป็นโรคที่มีอาการรุนแรง การผ่าตัดจะเกิดอาการแทรกซ้อนได้สูง เช่น การติดเชื้อ เป็นต้น และการผ่าตัดจะต้องงดอาหารและเกิดความเครียด ความวิตกกังวล อาจทำให้การรักษาเบาหวานได้ยาก จึงต้องดูแลรักษาโรคเบาหวานให้ดีเสียก่อน

4. โรคโลหิตจาง เนื่องจากโรคโลหิตจางอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

ได้สูง เช่น ภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อรับปวด ขาดลมประจำหรือยาสูบ อาจเกิดการติดเชื้อได้ง่ายจึงควรให้การรักษาดูยาให้เลือดหรือให้ยาบำรุงเลือดเสียก่อน

5. โรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากการผ่าตัดในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงที่มีอาการมาก อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสูบ และการผ่าตัดได้สูง จึงต้องให้การรักษาค้นความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปลอดภัยก่อน

6. โรคปอด โรคปอดที่อยู่ในระยะอาการรุนแรง เช่น วัณโรค หืด ปอดอักเสบ เป็นต้นจะต้องได้รับการรักษาให้หายเสียก่อน มิฉะนั้นจะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้สูง

7. อื่น ๆ เช่น ในภาวะที่มีสภาพชีวิตสมรสที่ไม่ราบรื่น และมีแนวโน้มของการเข่าร้างสูงควรระมัดระวังในการทำแท้ง เพราะถ้าเข่าร้างแล้วไปแต่งงานใหม่จะทดแทนกันอีก

อาการผิดปกติของผู้รับบริการทำแท้ง

การทำแท้งก็เช่นเดียวกับการผ่าตัดโดยทั่วไป อาจเกิดอาการผิดปกติ หรืออาการแทรกซ้อนภายหลังการทำแท้งได้มากน้อยขึ้นอยู่กับวิธีทำ และความชำนาญของผู้ทำ อาการผิดปกติภายหลังการทำแท้ง ได้แก่

1. อาการปวด อาการปวดจะเกิดหลังการทำแท้งทุกราย แต่จะปวดไม่มากเพราะเป็นการผ่าตัดแผลเล็ก ๆ ส่วนมากจะใช้เวลาในการผ่าตัด 10-20 นาที แล้วแต่จะทำแท้งชนิดใด นอกจากนี้ ควรพิจารณาการปวดจากข้อมูลต่าง ๆ ด้วย เช่น

1.1 อาการปวดแผลมาก มีไข้ กดเจ็บบริเวณหน้าท้อง หรือบริเวณทำแท้ง อาจเกิดเนื่องจากการอักเสบร่วมด้วย

1.2 ถ้าปวดภายหลังการทำแท้งเป็นเวลานานอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงบริเวณท้องไป เช่น มีพังผืดติด รังไข่เปลี่ยนเป็นถุงน้ำ และมีการบิดตัวของรังไข่ (Twisted Ovarian Cyst) เป็นต้น

1.3 อาจเกิดจากความผิดปกติทางจิตใจ หรือมีปัญหาทางสังคมเศรษฐกิจ หรือปัญหาความไม่สมดุลทางเพศ แล้วทำให้มีอาการปวดท้องน้อยเรื้อรังได้

2. เลือดออก ส่วนมากจะไม่มีอาการผิดปกตินี้เกิดขึ้น เพราะเป็นการผ่าตัดแผล

เล็ก ๆ อย่างไรก็ตาม อาจเกิดอาการ คือ

- 2.1 เลือดออกบริเวณแผลผ่าตัด เกิดสีเขียวคล้ำบริเวณรอบ ๆ แผล
- 2.2 ถ้ามีลิ่มเลือดในแผลผ่าตัด จะทำให้เกิดการอักเสบตามมาทำให้แผลไม่ติด
- 2.3 การตกเลือดในช่องท้อง เกิดได้น้อยมาก เกิดเพราะการผูกที่รัดเข้าไปไม่แน่นหรือผูกได้ยากเนื่องจากมีพังผืด จึงหลุดและทำให้มีเลือดออกในช่องท้องจนชักได้

3. การอักเสบ

3.1 แผลอักเสบ จะบวมแดง ปวด กดเจ็บมาก อาจเกิดขึ้นได้เนื่องจากขาดความระมัดระวังในการทำให้อากาศออก

3.2 การอักเสบของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน พบเกิดได้น้อยมาก อาจมีสาเหตุจากการผ่าตัดที่ยาก เช่น มีพังผืดเนื่องจากการอักเสบเรื้อรัง และอาจมีอันตรายต่อกระเพาะปัสสาวะหรือลำไส้ โดยผู้ผ่าตัดไม่ทราบจึงเกิดการอักเสบลุกลามได้มาก

4. การเปลี่ยนแปลงของระดับอารมณ์และความรู้สึกทางเพศ การเลี้ยงดูที่แน่นส่วนมากจะไม่มีผลต่อพฤติกรรมของระดับอารมณ์และความรู้สึกทางเพศ บางรายจะมีความต้องการและความรู้สึกทางเพศดีขึ้น เพราะไม่กังวลเรื่องการตั้งครรภ์ มีบางรายที่อาจมีความรู้สึกทางเพศลดลง มีอารมณ์อ่อนไหวง่าย ซึ่งส่วนมากเป็นผู้ที่มีปัญหาทางสังคม เศรษฐกิจหรือมีความผิดปกติทางจิตอยู่แล้ว

5. การตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์ภายหลังการทำหมันพบได้น้อยมาก แต่ต้องระวังเพราะถ้าเกิดขึ้น จะมีอัตราการแท้งของการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้สูง

การแนะนำเพื่อรักษาอาการผิดปกติหรืออาการแทรกซ้อนหลังการทำหมัน

1. ให้ยาแก้ปวด เช่น พาราเซตามอล
2. อธิบายว่า การเขียวคล้ำจะค่อย ๆ หายไป ถ้ามีการอักเสบร่วมด้วยให้ยาปฏิชีวนะ เช่น แอมพิซิลลิน (500 มิลลิกรัม) วันละ 4 ครั้ง
3. รีบนำส่งโรงพยาบาลถ้ามีอาการตกเลือดในช่องท้อง
4. ให้ยาปฏิชีวนะในรายที่มีอาการอักเสบเข้ารักษาอยู่นาน 48 ชั่วโมง แล้วหากการไม่ทุเลาหรือผู้ป่วยมาหา มีอาการมาก ต้องรีบส่งโรงพยาบาล

5. อธิบายก่อน หรือหลังการทำหมันให้เข้าใจว่าการทำหมันเป็นการผ่าตัดท่อรังไข่ เท่านั้นมดลูกและท่อรังไข่ยังทำงานตามปกติ จึงมีฮอร์โมนเพศจากรังไข่ผลิตตามปกติ จึงจะไม่ทำให้เกิดอาการเปลี่ยนแปลงของระดู ความรู้สึกทางเพศ อารมณ์ ถ้ามีผู้รับบริการทำหมันเข้าใจอย่างดีจะไม่เกิดปัญหาต่าง ๆ ทางอารมณ์และจิตใจ หรือเกิดเจตคติที่ผิด ๆ น้อยมาก

6. ถ้ามีระดูขาดต้องรีบตรวจว่าเป็นการตั้งครรภ์ปกติ หรือการตั้งครรภ์ในมดลูก ถ้าสงสัยให้ปรึกษาแพทย์

การทำหมันหลังคลอด

การทำหมันหลังคลอดเป็นการทำให้ท่อรังไข่ของสองข้างตีบตันโดยวิธีต่าง ๆ) ภาย หลังการคลอดบุตร ซึ่งอาจทำได้ทันทีภายหลังคลอด หรือโดยทั่วไปจะทำหลังคลอด 1-4 วัน การทำหมันหลังคลอดมีวิธีการ คือ การดูแลก่อนทำหมัน วิธีการทำหมัน และการดูแลภายหลัง การทำหมัน

การดูแลก่อนทำหมัน

การดูแลก่อนทำหมันมีขั้นตอน คือ การให้คำอธิบายที่แจ้ง การตรวจทางการแพทย์ ก่อนทำหมัน การเลือกผู้ให้บริการและการเลือกเวลาในการทำผ่าตัด

1. การอธิบายชี้แจง ควรอธิบายชี้แจงจนผู้รับบริการเข้าใจว่าการทำหมันคืออะไร ทำอย่างไร และหลังจากการทำหมันแล้ว จะมีสุขภาพดีเช่นเดิม หรืออาจจะมีสุขภาพดีขึ้น
2. การตรวจทางการแพทย์ก่อนการทำหมัน โดยซักประวัติ ตรวจร่างกายและตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อหาโรคหรือภาวะผิดปกติที่เป็นข้อห้ามสำหรับการทำหมัน
3. การเลือกผู้รับบริการทำหมัน ผู้รับบริการทำหมันหลังคลอด ควรเป็นผู้ที่
 - 3.1 ต้องการและเต็มใจทำหมันหลังคลอด
 - 3.2 ต้องไม่มีข้อห้ามเช่นเดียวกับการทำหมันโดยทั่วไป
 - 3.3 ควรมีบุตรอย่างน้อย 2 คน และบุตรคนโตคลอดควรได้รับการตรวจจากแพทย์อย่างละเอียดก่อนว่ามีสุขภาพโดยทั่วไปแข็งแรงดี
 - 3.4 ควรได้รับการยินยอมจากสามี

การเลือกเวลาในการผ่าตัด

ควรเลือกเวลาที่แพทย์และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสะดวกและมีความพร้อม ได้แก่

1. การทำหัตถ์หลังคลอดบุตรในห้องคลอด ควรพิจารณาทำหัตถ์

1.1 ผู้ที่คลอดในเวลากลางวัน

1.2 ผู้คลอดบุตรที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ตกเลือดหลังคลอด เป็นต้น

1.3 ผู้ที่ผ่าตัดห้องคลอดที่มีบุตรเพียงพอแล้ว

2. การทำหัตถ์ภายหลังคลอดบุตร 1-4 วัน ซึ่งนิยมให้บริการเนื่องจากแพทย์ และเจ้าหน้าที่ให้บริการสามารถเลือกเวลาที่ดี ความพร้อม และคลอดที่ผ่านภาวะแทรกซ้อนซึ่งอาจเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดมาแล้ว

วิธีการทำหัตถ์หลังคลอด

วิธีการทำหัตถ์หลังคลอดมี ดังต่อไปนี้

1. วิธีโพเมอร์รอย (Pomeroy's Operation) วิธีนี้เป็นที่นิยมใช้ทำมากที่สุด ทำโดยผูกส่วนของท่อรังไข่ด้วยไหมละลาย ชนิด แพลน แคทกัท (Plain Catgut) แล้วตัดออก เมื่อไหมละลายแล้วปลายทั้งสองข้างของท่อรังไข่ที่ถูกตัดก็จะแยกกัน และถูกคลุมด้วยเยื่อช่องท้อง ทำให้มีประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ได้สูงมาก

โรคแทรกซ้อน

1. เอ็นที่ผูกไว้หลุด ทำให้เลือดออกจากเส้นเลือดที่ถูกตัดไม่หยุด

2. การติดเชื้อโรคทำให้เกิดอักเสบ

ข้อดี

1. มีโรคแทรกซ้อนน้อย

2. มีประสิทธิภาพสูง

3. เป็นวิธีที่ง่ายและสะดวกทั้งในระยะหลังคลอดบุตรและระยะไม่ได้ตั้งครรภ์

4. สามารถต่อท่อรังไข่ให้กลับมีบุตรอีกได้

ข้อจำกัด

เกิดโรคแทรกซ้อน

ประสิทธิภาพ อัตราการตั้งครรภ์ ร้อยละ 0-0.4 ของผู้ที่ใช้วิธีนี้ใน 1 ปี

2. วิธีทำหมันชนิด มอดดิฟายด์ โปเมอร์อย (Modified Pomeroy) เป็นการทำหมัน โดยการตัดท่อรังไข่ออกประมาณ 1-2 เซนติเมตรทันที แล้วผูกปลายท่อรังไข่ด้วยไหมดำ หรือ ทำโดยผูกท่อรังไข่ด้วยไหมละลายชนิดอื่นที่ไม่น่าใช่ เพลน แคทกัท

โรคแทรกซ้อน

1. ไหมที่ผูกไว้หลุดหรือหลวมทำให้เลือดออกได้ง่าย
2. การติดเชื้อโรคทำให้เกิดการอักเสบ

ข้อดี

1. ประสิทธิภาพในการป้องกันปฏิสนธิเกือบ ร้อยละ 100
2. ทำง่ายเมื่อทำผ่านผนังช่องคลอด

ข้อจำกัด

ประสิทธิภาพจะน้อยลงถ้าทำในระยะหลังคลอดบุตร เพราะขณะที่ทำท่อรังไข่มีขนาด ใหญ่กว่าปกติและมีเลือดมาเลี้ยงมาก เมื่อกลับเข้าสู่ขนาดปกติของท่อรังไข่ที่เปิดไว้ก็จะเปิดออก

3. วิธีการของแมดลีนเนอร์ (Madlener Technique) โดยวิธีจับท่อรังไข่บริเวณ กึ่งกลางของท่อรังไข่ขึ้นมาเป็นรูปห่วง (Loop) และใช้คีมหนีบ (Clamp) บีบที่ตรงบริเวณฐาน ของรูปห่วงทั้งสองข้าง แล้วผูกด้วยด้ายหรือไหมที่ไม่ละลาย การตัดแปลงวิธีนี้ คือ ตัดส่วนยอด ของรูปห่วงออกทิ้งให้ปลายท่อรังไข่ทั้งสองข้างที่ผูกไว้แยกออกจากกัน

โรคแทรกซ้อน

1. เส้นเลือดบริเวณที่ถูกบีบแตก ทำให้เกิดการคั่งของเลือด (Hematoma)
2. การติดเชื้อโรคทำให้เกิดการอักเสบ

ข้อดี

1. มีโรคแทรกซ้อนน้อย
2. เป็นวิธีทำที่ง่ายและสะดวกทั้งในระยะหลังคลอดบุตรและระยะไม่ได้ตั้งครรภ์
3. สามารถต่อท่อรังไข่ให้กลับมีบุตรอีกได้

ข้อจำกัด

1. เกิดโรคแทรกซ้อน
2. มีอัตราการตั้งครรภ์ค่อนข้างสูง แล้วแต่ความชำนาญของผู้ทำและวิธีผ่าตัด

ประสิทธิภาพ อัตราการตั้งครรภ์ ร้อยละ 1-2 ของผู้ที่ใช้วิธีนี้ใน 1 ปี

4. วิธีการของเฮอร์ริง (Irving Technique) โดยวิธีตัดรังไข่ตรงบริเวณใกล้กึ่งกลางของท่อรังไข่ออกจากกัน แล้วผูกด้วยด้ายที่ละลาย (Chronic Cat Gut Suture) ทั้งสองปลายและฝังปลายทางด้ายใกล้มดลูก (Proximal Stump) เข้าไปในเนื้อมดลูก

โรคแทรกซ้อน

1. มีเลือดออกมากขณะที่ผ่านมดลูก เมื่อที่จะฝังท่อรังไข่
2. การติดเชื้อโรคทำให้เกิดการอักเสบ

ข้อดี

มีประสิทธิภาพในการป้องกันปฏิสนธิเกือบ ร้อยละ 100

ข้อจำกัด

1. ใช้เวลาผ่าตัดนานกว่าวิธีผูกท่อรังไข่
2. ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลหลังทำผ่าตัด
3. มีโรคแทรกซ้อนมากกว่าวิธีผูกท่อรังไข่
4. ต่อกท่อรังไข่ให้กลับมีบุตรอีกได้ยาก

ประสิทธิภาพ อัตราการตั้งครรภ์ไม่พบว่าการตั้งครรภ์เลย

5. วิธีการของยูชิดา (Uchida Technique) โดยการฉีดยาเข้าไปใต้ผนังผิวด (Serosa) ส่วนใกล้กับบริเวณที่เรียกว่า แอมพูลลา (Ampulla) ของท่อรังไข่ ทำให้ออแกวมดลูก (Mesosalpinx) โป่งออกแล้วผ่าที่ผนังผิวดึงท่อรังไข่ขึ้นมาแล้วตัดออกจากกัน แยกผนังผิวดออกจากท่อรังไข่ส่วนที่ติดกับมดลูก (Proximal end) ประมาณ 4-5 เซนติเมตร และตัดท่อรังไข่ส่วนนี้ออกผูกด้วยไหม หรือด้ายที่ไม่ละลายละลายของท่อรังไข่ส่วนปลาย (Proximal Part) นี้จะหนีเข้าไปอยู่ภายใต้ผนังผิวดรวมขอบของผนังผิวดบริเวณปากแผลที่ผ่าเข้าหาหน้าให้ล้อมอยู่รอบปลายอีกด้านหนึ่งของท่อรังไข่ (Distal end) แล้วผูกเข้าด้วยกัน (Purse-String Ligature)

โรคแทรกซ้อน

1. มีเลือดออกขณะที่เลาะผนังฝี
2. การติดเชื้อโรคทำให้เกิดการอักเสบ

ข้อดี

มีประสิทธิภาพการป้องกันปฏิสันธสูง

ข้อจำกัด

1. ใช้เวลาผ่าตัดนานกว่าวิธีผูกท่อรังไข่
2. ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลหลังผ่าตัด
3. มีโรคแทรกซ้อนมากกว่าวิธีผูกท่อรังไข่
4. ท่อท่อรังไข่ให้กลับมีบุตรอีกได้ยาก

ประสิทธิภาพ อัตราการตั้งครรภ์ตามรายงานของ ยูชิตะ ไม่พบว่าการตั้งครรภ์เลย

สำหรับวิธีแมคลีเนอร์ซึ่งไม่นิยมทำแล้ว เพราะประสิทธิภาพไม่ดีกว่าวิธีโพเมอร์รอย นอกจากวิธีอีเออร์ริง และวิธียูชิตะ ซึ่งทั้งสองวิธีมีประสิทธิภาพดีกว่าวิธีโพเมอร์รอย แต่วิธีหายากกว่าจึงไม่นิยมใช้อย่างแพร่หลาย

การดูแลภายหลังการทำหมัน

หลังการทำหมัน ควรให้การดูแลเช่นเดียวกับการผ่าตัดทั่วไป ได้แก่

1. ตรวจชีพจร ความดันโลหิต อุณหภูมิ เพื่อตรวจหาความผิดปกติที่จะเกิดขึ้นได้
2. ตรวจแผลหน้าท้องบริเวณที่ทำหมันว่ามีเลือดออกไหม มีอาการอักเสบหรือไม่
3. วันแรกหลังทำหมันให้อาหารเหลวและอาหารอ่อน ต่อไปให้อาหารปกติ
4. ถ้ามีอาการปวดให้ยาบรรเทาปวด เช่น พาราเซตามอล บางรายปวดมาก นิดยา

ระงับปวดหลังผ่าตัด 1-2 ครั้ง

5. ควรตรวจกระเพาะปัสสาวะ โดยเฉพาะในรายที่ทำหมันโดยยาขยายชนิดเข้า
สันหลังอาจถ่ายปัสสาวะไม่ออก ต้องสวนน้ำ

6. เมื่อกลับบ้านแล้ว ควรตรวจติดตามภายหลังการทำหมันขณะตรวจหลังคลอดบุตร
4-6 สัปดาห์ และควรเน้นให้มาพบแพทย์ เพื่อตรวจสุขภาพและตรวจภายในปีละ 1 ครั้ง

ข้อดีของการทำหมันหลังคลอด

การทำหมันหลังคลอดโดยทั่วไปจะทำได้ง่าย และทำได้ง่ายกว่าการทำหมันแ่ง นอกจากนี้อาจพิจารณา คือ

1. ข้อดีของการทำหมัน 1-4 วันหลังคลอด การทำหมัน 1-4 วันหลังคลอดมีข้อดีได้แก่

1.1 แพทย์ เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสามารถเลือกเวลาที่เหมาะสมในการทำหมันได้

1.2 ผู้คลอดจะผ่านระยะอาการผิดปกติที่อาจจะเกิดภายหลังคลอด 24 ชั่วโมง

เช่น การตกเลือด และทารกก็ได้รับการตรวจและดูแลว่าสุขภาพแข็งแรงดี

2. ข้อดีของการทำหมันหลังคลอด การทำหมันหลังคลอดทันทีหลังคลอดบุตร จะมีข้อดีกว่าการทำหมันภายใน 1-4 วันหลังคลอด ดังนี้

2.1 สามารถทำหมันได้ง่าย เนื่องจากมดลูกอยู่สูงระดับสะดือ จึงสามารถเปิดแผลหน้าท้องตรงขอบล่างของสะดือเป็นแผลเล็ก ๆ ข้อดี คือ บริเวณนี้เป็นส่วนที่บาง ถึงแม้ผู้ทำหมันจะมีน้ำหนักตัวมาก และแผลบริเวณนี้เมื่อนายแล้วส่วนมากจะไม่เป็นแผลเป็น

2.2 ใช้ยาสลหรือยาชาเฉพาะที่น้อย เนื่องจากผู้คลอดได้รับการระงับปวดมาก่อนแล้วส่วนมากยายังคงออกฤทธิ์อยู่ จึงทำหมันโดยใช้ยาสลหรือยาชาเฉพาะที่น้อยกว่าปกติ

2.3 ผลต่อการหลังน้ำนม จะมีผลกระทบน้อยกว่าการทำหมันในช่วง 1-4 วันหลังคลอดสาเหตุไม่ทราบแน่ชัด เชื่อว่าการผ่าตัดในช่วงวันที่ 1-4 หลังคลอดเป็นช่วงที่เริ่มมีน้ำนม เมื่อทำผ่าตัดจะเกิดความกลัว ความเจ็บปวด อาจมีผลต่อการหลังน้ำนม

2.4 การนอนพักในโรงพยาบาลน้อยลง 1-4 วัน จึงลดค่าใช้จ่ายในด้านต่าง ๆ ของโรงพยาบาลและของผู้คลอดได้

2.5 สามารถใช้ห้องผ่าตัดไว้ทำผ่าตัดทางสูติรีเวชกรรมอื่น ๆ ได้มากขึ้น

3. การทำหมันหลังคลอดทำได้ง่ายกว่าสตรีที่ไม่ได้ตั้งครรภ์

ข้อจำกัดของการทำหมันหลังคลอด มีดังนี้

1. การทำหมันหลังคลอดมีข้อจำกัดที่สำคัญคือ การที่ทารกแรกเกิดอาจมีความพิการแต่กำเนิดที่ยังตรวจไม่พบหรือการเลี้ยงดูในเวลาต่อมาเกิดอุบัติเหตุหรือเกิดโรคต่าง ๆ เด็กภายในอายุ 1 ขวบ จะมีอัตราการตายอยู่ในอันดับสูง

2. ข้อจำกัดหรืออาการแทรกซ้อนจากการผ่าตัดทำหมันหลังคลอดก็เช่นเดียวกับการผ่าตัดทั่วไปอาการที่พบบ่อย คือ อาการปวดท้อง การดูแลรักษาอาการผิดปกติต่าง ๆ ก็ให้หลักการเดียวกับการทำหมันโดยทั่วไป

การทำหมันหญิงระยะไม่ตั้งครรภ์โดยใช้กล้อง หรือลามาโรสโคป (Laparoscope)

การทำหมันโดยใช้กล้อง หรือลามาโรสโคป เป็นการทำหมันหญิงในระยะที่ไม่ได้ตั้งครรภ์หรือเรียกกันว่า ทำหมันแห้งโดยใช้เครื่องมือลามาโรสโคป (Laparoscope) ใส่เข้าไปในช่องท้อง จนเห็นท่อรังไข่ทั้งสองข้าง แล้วทำหมันโดยวิธีการต่าง ๆ

ชนิดของการทำหมันโดยใช้ลามาโรสโคป การทำหมันโดยใช้ลามาโรสโคปแบ่งชนิดตามวิธีการทำให้ท่อรังไข่ตีบตันหรือแยกขาดจากกันได้ คือ

1. การใช้กระแสไฟฟ้า ทำหมันโดยใช้กระแสไฟฟ้าจี้ท่อรังไข่ อาจจะจี้แค่เพียง 1 จุด 2 จุดหรือ 3 จุด ส่วนมากจะจี้แล้วตัดให้ท่อรังไข่แยกจากกัน วิธีนี้ในปัจจุบันมีแนวโน้มการใช้ลดลงเพราะกระแสไฟฟ้าอาจเกิดอุบัติเหตุเผาไหม้ลำไส้หรือผิวหนังของผู้รับการหมันรวมทั้งมือของแพทย์ผู้ทำได้ เนื่องจากกระแสไฟฟ้าจากเครื่องมือทำหมันไปแตะอวัยวะต่าง ๆ โดยบังเอิญหรือกระแสไฟฟ้ากระเด็นออกไปยังอวัยวะใกล้เคียง หรือความร้อนจากเครื่องหลังจากการทำหมันแล้วแต่ยังร้อนจัดอยู่ไปแตะลำไส้โดยบังเอิญ ถ้าลำไส้ทะลุทำให้เกิดการอักเสบในช่องท้องซึ่งอันตรายสูงมาก นอกจากนี้การทำหมันโดยการใช้ไฟฟ้าจี้จะทำให้ท่อรังไข่ยาวมาก ถ้าเกิดความจำเป็นจะมาแก้หมัน โอกาสจะมีบุตรได้ก็จะมีได้ยาก

2. วิธีทำให้ท่อรังไข่ตีบตันด้วยการรัด วิธีที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย คือ การรัดท่อรังไข่โดยใช้ฟัลโลป ริง (Falope Ring) ด้วยเครื่องมือที่พัฒนาให้ใช้ได้ง่ายและราคาถูกลง คือ ลาโปรแคเตอร์ (Laprocater)

3. วิธีทำให้ท่อรังไข่ตีบตันโดยการหนีบ (Clip) เป็นวิธีที่ใช้เครื่องมือที่ประดิษฐ์โดยเฉพาะ คือ ลามาโรสโคป และตัวหนีบท่อรังไข่ ซึ่งจะมีชื่อตามผู้ประดิษฐ์ เช่น เฟลกี คลิพ, ซัลกา คลิพ เป็นต้น

วิธีการทำหมันโดยการรัดและการหนีบ จะดีกว่าการทำหมันด้วยกระแสไฟฟ้าเพราะ

1. ง่ายกว่า เพราะเครื่องมือประดิษฐ์ให้ใช้ได้ง่ายขึ้น
2. ไม่ต้องมีเครื่องมือเฉพาะสำหรับกระแสไฟฟ้าจี้ท่อรังไข่

3. ไม่มีอันตรายจากกระแสไฟฟ้า
4. ใช้ก๊าซในช่องท้องขณะทำหัตถ์ได้น้อยกว่าการทำหัตถ์ด้วยกระแสไฟฟ้า ผู้รับบริการทำหัตถ์จะแน่นึดอัดน้อยกว่า
5. การเจ็บปวดขณะทำหัตถ์อาจน้อยกว่าวิธีใช้กระแสไฟฟ้า แต่จะเจ็บภายหลังทำหัตถ์นานกว่า
6. ถ้าต้องการมีบุตรอีก เช่น กรณีที่บุตรตาย หรือแต่งงานใหม่ สามารถจะต่อท่อรังไข่เพื่อแก้หัตถ์ มีโอกาสประสบความสำเร็จมากกว่าวิธีใช้กระแสไฟฟ้า

ข้อห้ามของการทำหัตถ์โดยวิธีใช้กล้อง หรือลาพารอสโคปี

การทำหัตถ์โดยวิธีใช้กล้อง หรือลาพารอสโคปี มีข้อห้ามโดยเด็ดขาด ได้แก่

1. การอักเสบของช่องท้อง หรืออวัยวะในอุ้งเชิงกราน เพราะการทำลาพารอสโคปีอาจทำให้การอักเสบลุกลามเินมมากขึ้น
 2. การอุดตันของลำไส้ เนื่องจากการอุดตันของลำไส้จะมีลม น้ำและอาหารอยู่ในกระเพาะอาหารและลำไส้ส่วนบนจำนวนมาก อาจเกิดจากการทะลุจากลำไส้เครื่องมือเข้าไปในช่องท้องได้ง่าย
 3. ผู้ที่เป็นโรคหัวใจ หรือโรคปอดอย่างรุนแรง เนื่องจากการทำลาพารอสโคปีจะต้องใส่ลมเข้าช่องท้อง และให้ผู้รับบริการนอนศีรษะต่ำประมาณ 15-20 องศา ซึ่งจะเกิดอันตรายแก่ผู้เป็นโรคหัวใจและโรคปอดรุนแรงได้
 4. ผู้ที่เป็นไส้เลื่อน เนื่องจากผู้ที่เป็นไส้เลื่อนโดยเฉพาชนิดมีช่วงติดต่อกันระหว่างช่องท้อง และทรวงอก (Diaphragmatic Hernia) หรือชนิดที่เป็นบริเวณสะดือ (Umbilical Hernia) อาจจะทำให้เกิดอันตรายจากการใส่ลมเข้าช่องท้องได้
 5. การตกเลือดในช่องท้อง เพราะถ้ามีเลือดจำนวนมาก จะมองเห็นอวัยวะในช่องท้อง และท่อรังไข่
- นอกจากนี้จะต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ เนื่องจากอาจเกิดอันตรายหรือทำไต่ยากในรายต่อไปนี้
1. ถ้ามามาก เนื่องจากผนังหน้าท้องหนา ไ้มนในช่องท้องมาก ทำหัตถ์ใส่เครื่องมือ

และทาหมันได้ยากกว่าผู้ที่มิมีน้ำหนักตัวน้อย

2. ผู้ที่เคยผ่าตัดทางหน้าท้องมาแล้ว และ/หรือสงสัยจะมีพังผืดติด เช่น เคยผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบและแตกต้องผ่าตัดหลายครั้ง การทาลาพารอสโคปตามขั้นตอนต่าง ๆ อาจเกิดอันตรายต่อลำไส้ หรือพังผืดที่มาติดและมีหลอดเลือด ทำให้เกิดลำไส้ทะลุหรือแตกเลือดได้
3. ผู้ที่มีก้อนเนื้องอกในช่องท้อง หรือในอุ้งเชิงกราน โดยเฉพาะถ้าเป็นเนื้องอกที่ใหญ่ และ/หรือเนื้องอกติดกับอวัยวะในช่องท้อง การทาลาพารอสโคปอาจจะเกิดอันตรายโดยแทงเครื่องมือเข้าไปในเนื้องอกได้
4. ผู้ที่ตั้งครรภ์ เนื่องจากมดลูกที่มีขนาดโต อาจเกิดอันตรายโดยตรงจากการใส่เครื่องมือและการทาลาพารอสโคป อาจทำให้เกิดการแท้งขึ้นได้
5. ผู้ที่ช็อก จะต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างรีบด่วน การทาลาพารอสโคปจะต้องให้ยาใส่ก๊าซเข้าช่องท้องและนอนศีรษะต่ำมาก ซึ่งอาจทำให้ผู้ที่มีการช็อกเกิดอันตรายได้
6. ผู้ที่เป็นมะเร็งในช่องท้องที่มีการลุกลามมาก เพราะผู้ที่เป็มะเร็งระยะนี้ส่วนใหญ่มะเร็งมีหลอดเลือดอยู่มากมาย อาจมีการติดกับลำไส้ และมีน้ำในช่องท้อง ซึ่งการทาลาพารอสโคป จะเกิดอันตรายต่ออวัยวะต่าง ๆ ในช่องท้องได้มาก

การทาหมันโดยใช้กล้อง หรือลาพารอสโคป

การทาหมันโดยใช้กล้องหรือลาพารอสโคปมีขั้นตอน คือ การดูแลก่อนทาหมันระยะ การทาหมันและการดูแลภายหลังการทาหมัน

1. การดูแลก่อนทาหมันการดูแลก่อนทาหมันมีขั้นตอน คือ การตรวจทางการแพทย์ก่อนทาหมัน การเลือกผู้ให้บริการ การให้ความรู้และคำแนะนำและการเลือกเวลาในการทาผ่าตัด

1.1 การตรวจทางการแพทย์ก่อนทาหมัน โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อหาโรคซึ่งเป็นข้อห้ามหรือข้อควรระมัดระวังในการทำหมันโดยวิธีลาพารอสโคปหรือไม่ ถ้าพบจะต้องดูแลรักษาให้ดีขึ้น หรือแนะนำคุมกำเนิดวิธีอื่นที่เหมาะสม

1.2 การเลือกผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการควรมีคุณสมบัติดังนี้ ต้องเป็นผู้ที่ถ่อง

การทำหมันโดยวิธีใช้กล้อง หรือลาพารอสโคปีโดยสมัครใจ ต้องไม่มีข้อห้ามในการทำหมันวิธีนี้ ควรมีบุตรอย่างน้อย 2 คน และควรได้รับความยินยอมจากสามี

1.3 การให้ความรู้และคำแนะนำ เป็นสิ่งสำคัญแก่ผู้รับบริการทำหมันแล้ว จะไม่วิตกกังวลเรื่องระดู สมรรถภาพทางกายและทางเพศ นอกจากนี้ ควรเน้นประโยชน์ของการทำหมันแล้วกลับมาตรวจสุขภาพประจำปี

1.4 การเลือกเวลาในการทำหมัน ควรเลือกเวลาที่สะดวกทั้งฝ่ายแพทย์ และผู้ขอรับบริการ ในการนี้ผู้ขอรับบริการทำหมันมีการคุมกำเนิดอยู่ก่อนแล้ว เช่น เคยใส่ห่วงอนามัยก็เอาห่วงอนามัยออกในวันทำหมัน ถ้าไม่ได้คุมกำเนิดมาก่อน ควรทำหมันหลังหมดระดูใหม่ ๆ เพื่อป้องกันตั้งครรภ์ขณะ หรือก่อนวันทำหมัน อาจทำหมันทันทีภายหลังแท้งบุตรที่ไม่มีอาการแทรกซ้อนและหลังคลอดบุตร ควรทำเมื่อ 6-8 สัปดาห์หลังคลอด ถ้าทำหมันทันทีหลังคลอดจะเกิดอาการแทรกซ้อนได้ ท้ายาก อาจมีโอกาสตั้งครรภ์ภายหลังทำหมันได้สูงกว่าปกติ

1.5 ข้อควรปฏิบัติของผู้ขอรับบริการในวันทำหมัน ผู้ขอรับบริการควรปฏิบัติดังนี้ คือ งดอาหารหลังเที่ยงคืนก่อนทำหมัน รับประทานยาละลายลิ่มเลือดก่อนมาทำหมันเพื่อถ่วงอุจจาระเสียก่อนทำหมันทำความสะอาดบริเวณสะดือก่อนมาทำหมัน ต้องนำญาติมาด้วย 1 คน เพื่อช่วยนำกลับบ้านเพราะฤทธิ์ยาฉีดขณะทำหมันอาจทำให้มึนงง อาจเกิดอันตรายถ้าเดินทางกลับบ้านคนเดียว และต้องถ่ายปัสสาวะทันทีก่อนเข้าห้องทำหมัน เพื่อการทำหมันจะทำได้ง่าย และป้องกันการเกิดอันตรายต่อกระเพาะปัสสาวะ

ระยะการทำหมันโดยใช้กล้องหรือลาพารอสโคปี

เมื่อจัดทำผู้รับบริการทำหมันให้นอนหงายทำขึ้นขาหยั่ง และทำความสะอาดบริเวณหน้าท้องด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ และปูผ้าเรียบเรียบร้อยแล้ว การทำหมันโดยวิธีนี้แบ่งออกเป็นขั้นตอนที่สำคัญ 5 ขั้นตอนได้แก่

1. การให้ยาระงับปวด และยาชาเฉพาะที่ ส่วนมากจะให้ยาระงับปวดร่วมกับยา กล่อมประสาท เช่น เพทิดีน (Pethidine) 50-100 มิลลิกรัม ร่วมกับไดอาซีแพม (Diazepam) 10 มิลลิกรัมฉีดเข้าเส้นเลือดดำช้า ๆ แล้วฉีดยาเฉพาะที่ เช่น ไซโลเคน (Xylocaine 1-2 %) 10-20 มิลลิกรัมเข้าบริเวณขอบสะดือล่างลึกถึงเยื่อช่องท้อง

2. การใส่เครื่องมือช่วยเคลื่อนไหวมดลูก (Uterine Manipulator) ซึ่งมีหลายชนิด เช่น ฮัลกา แคลมป์ (Hulka Clamp) เครื่องมือนี้ใช้จับมดลูกพร้อมกับการใส่ท่อในโพรงมดลูกให้ช่วยยกมดลูกและเอียงมดลูกไปทางซ้าย-ขวา เพื่อความสะดวกในการทำหัตถการพยายามให้ผู้รับบริการทำหัตถการนั้นนอนนัยกึ่งจากเตียงผ่าตัด ทำให้นักใช้เครื่องมือนี้ได้สะดวก

3. การใส่ก๊าซเข้าช่องท้องทำภายหลังฉีดยาชาเฉพาะที่จะใช้ปลายมีดกรีดเป็นแผลเล็ก ๆ แล้วใส่เข็มสำหรับใส่ลมเข้าช่องท้อง โดยใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ เข้าไปในช่องท้องในอัตรา 1 ลิตรต่อ 1 นาที ใส่เข้าประมาณ 1.5-2 ลิตร

4. การใส่โทรคา (Torcar) การใส่โทรคาซึ่งเป็นเครื่องมือปลายแหลมมาใช้สำหรับใส่เพื่อนำทางให้สกรัล้องลาพาโรสโคปีได้ง่าย

5. การใส่สกรัล้องลาพาโรสโคปี หรือลาพาโรเคเตอร์ส่องอวัยวะต่าง ๆ ในอุ้งมเชิงกรานขณะที่เคลื่อนไหวมดลูกด้วยเครื่องมือที่ใส่ไว้ ถ้าจะทำหัตถการข้างซ้ายก็เอียงมดลูกไปทางขวาจะจับ ท่อรังไข่ข้างซ้ายเพื่อการทำหัตถการโดยวิธีต่าง ๆ คือ การฉีดยาในน้ำ การวัดหรือการหนีบได้ง่ายแล้วทำหัตถการข้างขวาในท่านอนเดียวกัน หลังทำหัตถการแล้วที่ตรวจดูว่ามีจุดเลือดออก หรืออาการแทรกซ้อนหรือไม่ ถ้าไม่มีก็เอาก๊าซในช่องท้องออกให้หมด เย็บปิดแผลหน้าท้องโดยใช้ไหมละลายหรือไหมด้า 1 เข็ม และเอาเครื่องมือเคลื่อนไหวมดลูกออก

การดูแลหลังการทำหัตถการโดยลาพาโรสโคปี

หลังการทำหัตถการภายใน 1 ชั่วโมง ผู้ให้บริการควรให้การดูแลรักษา ดังต่อไปนี้

1. ตรวจชีพจร ความดันโลหิตเป็นระยะ ๆ จนปกติ
2. ตรวจปริมาณเลือดออกทางช่องคลอดและบริเวณแผลหน้าท้อง ถ้ามีมากผิดปกติ

ต้องหาสาเหตุและให้การดูแลรักษา

3. ให้ดื่มน้ำหรืออาหารอ่อน ๆ ได้ ถ้าไม่อาเจียน
 4. การปวด ให้ยาบรรเทาปวด เช่น พาราเซตามอลได้
 5. ให้กลับบ้านประมาณ 3 ชั่วโมงหลังทำหัตถการ หรือเมื่อไม่มีอาการผิดปกติ
- การแนะนำเมื่อกลับบ้าน

1. รับประทานอาหารอ่อนในวันแรก ต่อไปเปลี่ยนเป็นอาหารธรรมดา

2. อาจอ่อนเพลียบ้าง จึงควรรงดทำงานหนัก 1 สัปดาห์
3. ถ้ามีอาการปวดรับประทานยาได้ทุก 4 ชั่วโมง
4. ถ้ามีอาการผิดปกติมากต้องรีบปรึกษาแพทย์ เช่น เลือดออก มีไข้สูง ปวดท้องมาก เป็นลม หรือระดูขาดภายหลังทำหัตถ์ เป็นต้น
5. การตรวจติดตาม ควรตรวจติดตามเพื่อดูแผลที่หัตถ์และตัดไหมเมื่อ 1 สัปดาห์ และควรตรวจสุขภาพ และตรวจภายในเมื่อหัตถ์ครบ 6 สัปดาห์ 6 เดือน และ 1 ปี และต่อไปปีละครั้ง เพื่อตรวจมะเร็งปากมดลูกและตรวจสุขภาพทั่วไป

ข้อดีของการทำหัตถ์โดยใช้กล้องหรือลพาวโรสโคป

1. ผู้รับบริการทำหัตถ์มีแผลเล็กมาก เย็บเพียง 1 เข็ม เวลาแผลหายจะสวยงาม และมีระยะพักฟื้นสั้น
2. ไม่จำเป็นต้องอยู่โรงพยาบาล จึงประหยัดค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ
3. สะดวก ใช้เวลาผ่าตัดเพียง 10-15 นาที
4. ปลอดภัย คือ มีอัตราอันตราย หรือพบภาวะแทรกซ้อนได้ ร้อยละ 1-2 ซึ่งก็ไม่ได้แตกต่างจากการทำหัตถ์โดยวิธีอื่น ๆ
5. ประสิทธิภาพสูง คือ ภายหลังการทำหัตถ์อาจจะมีการตั้งครรภ์ได้ประมาณ ร้อยละ 0.2-2

ข้อจำกัดของการทำหัตถ์โดยใช้กล้องหรือลพาวโรสโคป

1. เครื่องมือราคาแพงมากและถ้ามีการรั่วหรือหนีก็ต้องซื้อเพิ่มชิ้นอีก
2. เครื่องมือต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เพราะถ้าตกหล่นหรือชำรุดเสียหายจะต้องซ่อมโดยช่างเฉพาะหรือเปลี่ยนใหม่ซึ่งราคาแพง
3. แพทย์ผู้ทำจะต้องได้รับการฝึกหัดจนมีทักษะความชำนาญพอสมควร ถึงจะทำได้โดยไม่มีอันตราย
4. อาการแทรกซ้อน จากการทำลพาวโรสโคปพบได้พอประมาณ อาจเกิดเนื่องจากสาเหตุต่าง ๆ ตามขั้นตอน ได้แก่

4.1 อาการแทรกซ้อนจากการใช้ยาเร่งปวด ยากล่อมประสาท และยาชาเฉพาะที่ เช่น การแพ้ยา หัวใจและหายใจหยุด ถ้าใช้ยาไม่ถูกต้อง เป็นต้น

4.2 อาการแทรกซ้อนจากการใส่เครื่องมือเคลื่อนในมดลูก อาจเกิดทะลุหรือมีการฉีกขาดปากมดลูกได้

4.3 อาการแทรกซ้อนจากการใส่ก๊าซเข้าช่องท้องอาจเกิดอันตรายจาก เยื่อหุ้มเข้าเส้นเลือด มีเลือดออก หรือลมเข้ากระแสเลือด เกิดการอุดตันของอวัยวะต่าง ๆ หรือก๊าซไม่เข้าช่องท้อง อาจแทรกอยู่ตามใต้ผิวหนัง ใต้ช่องท้องหรือก๊าซดันในช่องท้องมาก ทำให้หายใจลำบาก หัวใจหยุดเต้น เป็นต้น

4.4 อาการแทรกซ้อนจากการใส่โทรคา อาจเกิดอันตรายต่อเส้นเลือด หรืออันตรายต่ออวัยวะภายในช่องท้อง

4.5 อาการแทรกซ้อนจากการทำหัตถ์ ถ้าทำด้วยกระแสไฟฟ้า อาจเกิดไฟไหม้เผาไหม้ลำไส้ ผิวหนังหรือการจี้ที่อวัยวะด้วยไฟฟ้าไม่ดีพอแล้วกระตุกจะให้เกิดจากกันก็จะมีการฉีกขาดมากและเกิดตกเลือดได้ การรัดหรือหนีบทอรั้งไข่ ถ้าทำอย่างไม่มีนิมิตลทอรั้งไข่ อาจถูกตัดขาด ฉีกขาดและมีเลือดออกได้

การแนะนำป้องกันและดูแลรักษา

1. การแนะนำให้ผู้ป่วยรับบริการ เข้าใจและให้ความร่วมมือขณะทำหัตถ์
2. เลือกผู้รับบริการให้เหมาะสม และไม่มีข้อห้าม
3. เตรียมการดูแลก่อนทำหัตถ์อย่างถูกต้อง
4. การเลือกยาเร่งปวด ยากล่อมประสาทและยาชาเฉพาะที่ ต้องใช้ขนาดตามน้ำหนักตัว ให้อย่างช้า ๆ ถ้ามีประวัติเคยแพ้ยา ห้ามใช้เด็ดขาด
5. เลือกใช้เครื่องมืออย่างถูกต้อง ก่อนทำผ่าตัด ทำอย่างมีนิมิตลระมัดระวัง
6. ไม่ใส่ก๊าซเข้าช่องท้องน้อยเกินไป หรือมากเกินไป
7. การระมัดระวังขณะทำหัตถ์ เช่น การหา การจับทอรั้งไข่ การจี้ด้วยไฟฟ้า การรัดหรือการหนี จะต้องไม่มีอวัยวะอื่น ๆ ถูกจี้ด้วยไฟฟ้า รัดหรือหนีด้วย ถ้ามีเลือดออกต้องจี้หรือรัดให้เลือดหยุด
8. การรักษาอาการแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น ถ้ามีอาการอักเสบก็ให้ยาปฏิชีวนะ เป็นต้น

การทำหมันหญิงระยะไม่ตั้งครรภ์โดยวิธีผ่าตัดทางหน้าท้องหรือมินิแลพารोटอมี (Minilaparotomy Method)

การทำหมันโดยวิธีผ่าตัดทางหน้าท้องหรือมินิแลพารोटอมี หมายถึง การทำหัตถ์อวัยวะสืบพันธุ์โดยการผ่าตัดแผลเล็ก ๆ บริเวณเหนือหัวเข่าในสตรีที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ ซึ่งมีข้อบ่งชี้และข้อห้าม ดังต่อไปนี้

1. ข้อบ่งชี้ในการทำหมันโดยวิธีผ่าตัดทางหน้าท้องหรือมินิแลพารोटอมีก่อนเดียวกับการทำหมันโดยทั่วไป ได้แก่ การมีบุตรเพียงพอแล้ว เหตุผลในการทำหมันเนื่องจากเหตุผลทางสังคมและเศรษฐกิจ ปัญหาโรคทางกายวิภาคศาสตร์ ศัลยศาสตร์และสูติศาสตร์ ซึ่งมีผลกระทบต่อการจัดกรรมและการคลอดบุตร เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน การผ่าตัดคลอดและการมีบุตรหลายคน (Grand Multiparity) เป็นต้น

2. ข้อห้ามของการทำหมันโดยวิธีผ่าตัดทางหน้าท้องหรือมินิแลพารोटอมีก่อนเดียวกับการทำหมันโดยทั่วไป นอกจากนี้ควรระวังหรือไม่ควรพิจารณาเลือกทำหมันวิธีนี้ในสตรีที่

2.1 อ้วนมาก สตรีที่อ้วนมาก เช่น น้ำหนักตัวมากกว่า 90 กิโลกรัมขึ้นไปจะมีผนังหน้าท้องหนา อาจต้องผ่าตัดแผลกว้างขึ้นกว่าปกติและการเคลื่อนไหวมดลูกโดยยาให้เครื่องมือผ่านทางช่องคลอดมักจะไม่ได้ผลเท่าที่ควร จึงทำให้การหาท่อรังไข่ทำได้ยากกว่าปกติ

2.2 มดลูกและท่อรังไข่มีผนังติดแน่นจะทำให้การผ่าตัดวิธีนี้ทำได้ยาก เช่น ผู้ที่เคยผ่าตัดทางหน้าท้องหลายครั้ง ผู้ที่เคยมีการอักเสบในท้องท้อง และอวัยวะสืบพันธุ์

นอกจากนี้ ผู้ที่มีมดลูกคว่ำหลัง (Retroverted Uterus) อาจจะทำให้การทำหมันวิธีนี้ยากขึ้น แต่การใช้เครื่องมือช่วยเคลื่อนไหวมดลูกให้ถูกต้องจะช่วยแก้ปัญหานี้ได้ แพทย์ส่วนใหญ่จะไม่แนะนำเป็นข้อห้ามในการทำหมันวิธีนี้ เพราะมีเครื่องมือช่วยเคลื่อนไหวมดลูกช่วยแก้ไขปัญหานี้

วิธีการทำหมันโดยผ่าตัดทางหน้าท้องหรือมินิแลพารोटอมี

วิธีการทำหมันโดยการผ่าตัดทางหน้าท้องหรือมินิแลพารोटอมี มีหลักการเดียวกับการทำหมันวิธีอื่นซึ่งมีขั้นตอนคือ การดูแลก่อนการทำหมัน วิธีการทำหมัน การดูแลหลังการทำหมัน

การดูแลก่อนการทําหมั้นประกอบด้วย

1. การอธิบาย และแนะนำก่อนผ่าตัดจนผู้รับบริการเข้าใจดี เป็นสิ่งสำคัญ และมีความจำเป็นมาก ถ้าอธิบายให้สําคัญด้วยยิ่งเป็นการดี โดยเน้นว่าเป็นการคุมกำเนิดชั่วคราว ทำโดยการผูกและตัดท่อรังไข่ทั้งสองข้างออกเท่านั้น ภายหลังการทําหมั้นแล้วจะไม่มี การเปลี่ยนแปลงของระยะดู สมรรถภาพทางกายและทางเพศ

2. การซักประวัติ ตรวจร่างกาย และ/หรือ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อ ค้นหาโรคหรือภาวะผิดปกติที่เป็นข้อห้ามในการทําหมั้นวิธีนี้

3. การเลือกผู้รับบริการ ผู้รับบริการทําหมั้นโดยวิธีผ่าตัดทางหน้าท้อง หรือวิธีมีนิ พาวโรตมีความมีความสมบัติ ดังนี้

3.1 ต้องเป็นผู้ที่ต้องการทําหมั้นวิธีนี้โดยสมัครใจ

3.2 ต้องไม่มีข้อห้ามในการทําหมั้นด้วยวิธีนี้

3.3 ควรมีบุตรอย่างน้อย 2 คน

3.4 ควรได้รับความยินยอมจากสามี

4. การเลือกเวลาในการทําหมั้น พิจารณาเลือกเวลาในการทําหมั้นเช่นเดียวกับการ ทําหมั้นด้วยวิธีใช้ก๊อชหรือวิธีลาพารอสโคปี

การทําหมั้นโดยวิธีผ่าตัดทางหน้าท้อง หรือมีนิพาวโรตมี

1. ผู้รับบริการทําหมั้นจะต้องถ่ายปัสสาวะก่อน เข้าห้องผ่าตัด และควรโกนขน บริเวณหัวหนามาก่อน

2. จัดให้ผู้รับบริการทําหมั้นนอนหงายท่าชันขาหยั่งและให้ก้นอยู่นอกขอบโต๊ะผ่าตัด เล็กน้อยเพื่อความสะดวกในการใช้เครื่องมือเคลื่อนไหวมดลูก

3. ฉีดยาระงับปวด และยากล่อมประสาทเข้าเส้นเลือดซ้ำ ๆ เช่น เพทิดีน 50 -100 มิลลิกรัม ร่วมกับไดอะซีแพม 10 มิลลิกรัม

4. ทำความสะอาดบริเวณหน้าท้องเหนือหัวหน่าว และช่องคลอดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ แล้วปูผ้าสะอาดมีช่องบริเวณเหนือหัวหน่าวประมาณ 8 x 10 เซนติเมตร

5. ใส่เครื่องช่วยเคลื่อนไหวมดลูก เช่นเดียวกับการทําหมั้นโดยวิธีใช้ก๊อชหรือ

ลาพาโรสโคปีขึ้นขอตมดลูกจนเห็นตำแหน่งเหนือหัวหน้าแล้วฉีดยาชาเฉพาะที่ 20--40 มิลลิลิตร ในบริเวณที่เห็นขอตมดลูกหรือประมาณ 2 เซนติเมตร เหนือหัวหน้า

6. ผ่าตัดตามแนวขวาง 2.5 เซนติเมตร หรือถ้าผู้รับบริการทำหมันแล้ว อาจต้องผ่าตัดแผลยาว 3.0 เซนติเมตรจนผ่านเข้าช่องท้อง

7. ปรับเตียงผ่าตัดให้เอียงศีรษะต่ำลง จะช่วยให้ลำไส้ไม่ลงไปบังบริเวณผ่าตัด

8. ใช้เครื่องมือช่วยเคลื่อนไหวมดลูกและเย็บข้าง จะช่วยให้เห็นท้องไร่ด้านขวาได้ดี และทำหมันโดยวิธีโพเมอร์รอย หรือโดยวิธียางรัด แล้วทำหมันด้านตรงข้ามในท่านองเดียวกัน สำหรับในประเทศไทยวิธีทำหมันที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปคือวิธีโพเมอร์รอยหรือมอดติฟายด์ โพเมอร์รอย เพราะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายจากการรัดท้องไร่

9. ปิดแผลหน้าท้องและเย็บแผลหน้าท้องด้วยไหมละลายหรือชนิดไหมดำ 2-3 เข็ม

การดูแลหลังผ่าตัด

การดูแลหลังผ่าตัดทำให้การดูแลเช่นเดียวกับการทำหมันโดยวิธีใช้กล้อง หรือลาพาโรสโคปีดังกล่าวมาแล้ว

ข้อดีของการทำหมันโดยวิธีผ่าตัดหน้าท้องหรือมินิแลปารotomy

1. ผู้ขอรับบริการมีเวลาตัดสินใจทำหมันได้นาน หรือได้มีเวลาปรึกษา เมื่อเรียกดู ผู้ใหญ่ได้ดีกว่าการทำหมันหลังคลอด

2. สามารถทำโดยไม่ต้องนอนพักในโรงพยาบาล ใช้เวลาพักฟื้นช่วงเวลานั้น ๆ

3. ใช้เพียงยาแก้ปวดประสาทรายละเอียด และยาชาเฉพาะที่ในโรงพยาบาลบางแห่งที่แพทย์ผู้ทำหมันชนิดนี้มีความชำนาญมาก และผู้ขอรับบริการให้ความร่วมมือดี จะสามารถทำหมันวิธีนี้โดยยาชาเฉพาะที่เท่านั้น

4. เครื่องมือราคาไม่แพงเหมือนวิธีใช้กล้อง เป็นเครื่องมือที่ใช้โดยทั่วไป หรือเหมือนการทำหมันหลังคลอด ยกเว้นเครื่องมือช่วยเคลื่อนไหวมดลูกซึ่งราคาก็ไม่แพง

5. ค่าใช้จ่ายน้อย ทั้งด้านผู้ขอรับบริการและผู้ให้บริการ

6. แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปสามารถฝึกหัดทำหมันวิธีนี้ได้ไม่ยากในบางประเทศสามารถฝึกอบรมบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์จนสามารถให้บริการทำหมันวิธีนี้ได้ผลดี

ข้อจำกัดของการทำหมันโดยวิธีผ่าตัดทางหน้าท้องหรือมินิแลพารोटอมี่

1. อาจแพ้ยาชาเฉพาะที่ หรือมีอาการแทรกซ้อนจากยาชาหลังปวดได้
2. อาจทำหมันได้ยากโดยเฉพาะในรายที่มีน้ำหนักตัวมาก หรือมีความผิดปกติของมดลูกและท่อรังไข่

3. อาการแทรกซ้อนที่อาจพบ ได้แก่

3.1 มีเลือดออกหรือมีก้อนเลือดที่บริเวณแผลทำหมันได้ นอกจากนี้ที่ท่อรังไข่หรือเส้นเลือดบริเวณใต้ท่อรังไข่มีขนาด จะมีเลือดออกในท้องท้องได้

3.2 การอักเสบ เช่น แผลอักเสบ หรือเป็นหนอง มักเกิดร่วมกับในรายที่มีเลือดออก หรือในรายที่ทำหมันยาก

3.3 มดลูกทะลุจากเครื่องมือช่วยเคลื่อนไขว้ในมดลูก หรืออาจมีการฉีกขาดบริเวณปากมดลูก ถ้าใช้เครื่องมือช่วยเคลื่อนไขว้ในมดลูกแบบจี้ปากมดลูกด้วย

3.4 อาการแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่พบได้น้อยมาก เช่น อันตรายเป็นระยะเพาะบัสสาวะ ต่อกำลัง เป็นต้น

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ นั้น ได้มีผู้ให้ความหมายของความรู้ไว้ดังนี้

บลูม (Bloom. 1975 : 201) กล่าวถึงความรู้ว่า ความรู้เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการระลึกถึงสิ่งเฉพาะ ระลึกถึงวิธีและกระบวนการต่าง ๆ โดยที่วัตถุประสงค์ของรู้นั้นเข้าในเรื่องกระบวนการทางจิตวิทยาของความจำเป็นในการเชื่อมโยงการจัดระบบใหม่

กู๊ด (Good. 1973 : 325) ให้ความหมายไว้ว่า ความรู้หมายถึง ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์และรายละเอียดต่าง ๆ ที่มนุษย์ได้รับและเก็บรวบรวมไว้

พจนานุกรม เวบสเตอร์ (Webster. 1984 : 665) อธิบายว่าความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์และโครงสร้างที่เกิดจากการศึกษาหรือค้นคว้าหรือเป็นความรู้เกี่ยวกับสถานที่สิ่งของหรือบุคคลที่ได้จากการสังเกตประสบการณ์หรือจากรายงานการรับรู้ข้อเท็จจริงเหล่านี้ต้องชัดเจนและอาศัยเวลา

ไพศาล หวังพานิช (2526 : 96) ให้ความหมายของความรู้ว่า หมายถึง บรรดาข้อเท็จจริง หรือรายละเอียดของเรื่องราวการกระทำอันเป็นประสบการณ์ของบุคคล ซึ่งสะสมและถ่ายทอดสืบต่อไป

ประภาณี สุวรรณ (2526 : 16) ให้ความหมายว่า ความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นพื้นฐานซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำได้ อาจจะได้จากการนึกได้ หรือโดยการมองเห็น ได้ยิน จำได้ เช่น ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความความหมายข้อเท็จจริงทฤษฎี กฎ โครงสร้าง วิธีการแก้ปัญหา มาตราฐานเหล่านี้ เป็นต้น

ทางด้านจัดการศึกษานั้นถือว่า ความรู้เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งที่สามารถวัดได้ว่ามีหรือไม่พฤติกรรมนี้เกี่ยวข้องกับการรับรู้การจำข้อเท็จจริงต่างๆ รวมทั้งพัฒนาความสามารถ และทักษะทางสติปัญญา 6 ขั้นตอน คือ (วิลเล กุศลวิทย์กุล. 2527 : 312 - 313)

1. ความรู้ ความจำ คือ ความสามารถในการจำสิ่งต่าง ๆ หรือสิ่งที่เคยมีประสบการณ์มาก่อนได้
2. ความเข้าใจคือ ความสามารถในการแปลความ ตีความหรือขยายความได้
3. การนำไปใช้ คือ ความสามารถในการแยกเรื่องราวออกเป็นส่วนย่อย ๆ ได้
5. การสังเคราะห์คือ ความสามารถในการรวมส่วนประกอบต่าง ๆ เข้าด้วยกัน
6. การประเมินผลคือ ความสามารถในการตัดสินคุณค่าต่อความรู้หรือข้อเท็จจริงต่าง ๆ ซึ่งจะต้องใช้เกณฑ์มาตรฐานอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นส่วนประกอบในการประเมินผล

จากความหมายของความรู้ดังกล่าวข้างต้นจึงสรุปได้ว่า ความรู้ คือ ข้อเท็จจริงต่าง ๆ ที่มนุษย์ได้รับรู้จากประสบการณ์การค้นคว้าศึกษา สังเกตและมีการสะสมไว้สืบทอดจำได้โดยอาศัยกระบวนการทางจิตวิทยา

ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวชนิดการวางแผนในสตรี หมายถึง บรรดาข้อเท็จจริง เรื่องราว รายละเอียดเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวชนิดการวางแผนในสตรี ได้แก่ ความหมาย วิธีการต่าง ๆ ในการทำหมันการวางแผนในสตรี การปฏิบัติตนก่อนและหลังทำหมัน ซึ่งข้อเท็จจริงเหล่านี้ บุคคลจะได้รับจากการเรียนรู้ ประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม การที่บุคคลจะมีการสะสมไว้ จำได้ เข้าใจ สามารถนำไปใช้วิเคราะห์และประเมินผล ขึ้นอยู่กับความสามารถและทักษะทางสติปัญญา

แนวคิดเกี่ยวกับเจตคติ

เจตคติ (Attitude) มาจากคำว่า Aptus ในภาษาละตินซึ่งตรงกับคำว่า ความเหมาะสม (Fitness) หรือการปรองดอง (Adaptness) ซึ่งมีนัยจิตวิทยาและนัยทางการศึกษาได้ให้ความหมายแตกต่างกันไป ดังต่อไปนี้

นิวคอมบ์ (Newcomb. 1950 : 128) ได้ให้ความหมายคำว่า เจตคติ ไว้ว่าเป็นความรู้สึกเองเอียงของจิตใจ ที่มีต่อประสบการณ์ซึ่งคนเราได้รับอาจมาก หรือน้อยก็ได้ เจตคติแสดงออกได้ ทางพฤติกรรมซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะใหญ่ ๆ คือ การแสดงออกในทางลักษณะพึงพอใจ ชอบหรือเห็นด้วย ลักษณะนี้เรียกว่า เจตคติเชิงบวก หรือเชิงนิมิต (Positive Attitude) อีกลักษณะหนึ่งคือ การแสดงออกในลักษณะที่ไม่พึงพอใจ ไม่ชอบไม่เห็นด้วย เกือบว่าลักษณะนี้เรียกว่า เจตคติเชิงลบหรือเชิงนิเสธ (Negative Attitude)

กู๊ด (Good. 1963 : 48) ได้ให้ความหมายของเจตคติไว้ว่า เจตคติคือ ความพร้อมที่จะแสดงออกในลักษณะหนึ่งอาจเป็นการต่อต้านสถานการณ์บางอย่างบุคคลหรือสิ่งใด ๆ เช่น รักเกลียด หรือกลัว หรือไม่พอใจมากน้อยเพียงใดสิ่งนั้น

อนาสตาซี (Anastasi. 1967 : 541) ได้ให้ความหมายว่า เจตคติหมายถึง ความโน้มเอียงที่แสดงออกว่าชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น ต่อเชื้อชาติชนบทธรรมเนียมประเพณีหรือสถาบันต่าง ๆ เป็นต้น เจตคติไม่สามารถเห็นได้โดยตรงแต่ไม่สามารถสรุปได้จากพฤติกรรมภายนอกได้

เคแกน (Kadam. 1968 : 613) ได้ให้ความหมายของเจตคติไว้ว่า เจตคติคือ ความรู้สึกเอนเอียงของจิตใจที่มีประสบการณ์ที่คนเรารับรู้ไว้ ซึ่งทำให้มีความรู้สึกต่อสิ่งใดในทางบวกหรือทางลบอย่างใดอย่างหนึ่ง และเจตคติเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิภาพ

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

ดวงเดือน พันธุมนาวิน (2518 : 3) ได้ให้ความหมายไว้ว่าเจตคติหมายถึงความ

รู้สึกแสดงออกอย่างมั่นคงต่อบุคคลหรือสถานการณ์ใด ๆ) ซึ่งอาจเป็นแนวทางที่ดีชัดแจ้งหรือเป็นกลางก็ได้ซึ่งเป็นผลของการรับรู้เกี่ยวกับลักษณะที่ดีหรือเลวของบุคคลหรือสถานการณ์นั้น

สมบุรณ์ ชิตพงษ์ (2523 : 111) ได้ให้ความหมายของเจตคติว่าหมายถึง ท่าที ความคิดเห็นความรู้สึกเอนเอียงทางจิตใจของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด ภายหลังจากการที่บุคคลได้มีประสบการณ์ในสิ่งนั้นพฤติกรรมเช่นนี้อาจไม่สามารถวัดได้โดยตรง แต่สามารถสังเกตได้จากพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกต่อสิ่งนั้น โดยแสดงออกให้เห็นได้ในลักษณะความเชื่อ ท่าทาง ความคิดเห็น ซึ่งอาจแบ่งออกได้เป็น 3 ลักษณะ

1. เจตคติเชิงนิมิต เป็นการแสดงออกตามลักษณะของความพึงพอใจ เห็นด้วย ชอบสนับสนุน ปฏิบัติตามด้วยความเต็มใจ
2. เจตคติเชิงนิเสธ เป็นการแสดงออกในลักษณะตรงข้ามกับเจตคติเชิงนิมิต เช่น ไม่พึงพอใจ ไม่เห็นด้วย ไม่ยินดี ไม่ร่วมมือ และไม่ทำตาม เป็นต้น
3. เจตคติที่เป็นกลาง เป็นการแสดงออกในลักษณะที่ไม่เป็นทั้งเจตคติเชิงนิมิตและเจตคติเชิงนิเสธ แต่อยู่ระหว่างกลางไม่เข้าข้างใดข้างหนึ่ง เช่น รู้สึกเฉย ๆ ไม่ถึงกับชอบหรือเกลียด

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 16) ได้ให้ความหมายของเจตคติว่า เป็นความเชื่อความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น ต่อบุคคล สิ่งของ การกระทำ สถานการณ์และอื่น ๆ รวมทั้งท่าทีที่บ่งบอกถึงสมภาพจิตใจที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

ไพศาล หวังพาณิชย์ (2526 : 146) ได้ให้ความหมายของเจตคติไว้ว่า เจตคติเป็นความรู้สึกภายในของบุคคล ที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งอันเป็นผลจากประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับสิ่งนั้น และความรู้สึกดังกล่าวจะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลนั้นแสดงพฤติกรรมหรือแนวโน้มของการตอบสนองต่อสิ่งนั้นในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง อาจเป็นทางสนับสนุนหรือโต้แย้งคัดค้านก็ได้

กมลรัตน์ หล้าสุวรรณ (2528 : 231) ได้กล่าวถึงลักษณะทั่วไปของเจตคติไว้ดังนี้คือ

1. เจตคติเป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้หรือการได้รับประสบการณ์ มิใช่สิ่งที่มีติดตัวมาแต่กำเนิด
2. เจตคติเป็นดัชนีชี้แนะแนวทางในการแสดงพฤติกรรม กล่าวคือ ถ้ามีเจตคติที่ดี ก็

มีแนวโน้มที่จะเข้าหาหรือแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ตรงกันข้ามถ้ามีเจตคติไม่ดีที่มีแนวโน้มที่จะไม่เข้าหาโดยการถอยหนีหรือต่อต้านการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ

3. เจตคติสามารถถ่ายทอดจากบุคคลหนึ่งไปสู่บุคคลอื่นได้ เช่น บิดามารดาไม่ชอบบุคคลหนึ่ง ย่อมมีแนวโน้มทำให้เด็กไม่ชอบบุคคลนั้นด้วย

4. เจตคติสามารถเปลี่ยนแปลงได้ เนื่องจากเจตคติเป็นสิ่งที่ได้รับจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ถ้าการเรียนรู้หรือประสบการณ์นั้นเปลี่ยนแปลงไป เจตคติย่อมเปลี่ยนแปลงไปด้วย

จากความหมายของเจตคติที่กล่าวมาสรุปได้ว่า เจตคติเป็นลักษณะความรู้สึกรวมคิดของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งในลักษณะที่พึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจ ซึ่งลักษณะเจตคติที่เกิดขึ้นนี้จะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของพฤติกรรมในทางที่สอดคล้องกับเจตคติที่เกิดขึ้น

องค์ประกอบของเจตคติ

เจตคติเป็นระบบที่มีลักษณะมั่นคงอันหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการ คือ (คักดี สุนทรเสนี, 2531 : 4-5 ; อ้างอิงมาจาก, Freeman, 1970)

1. องค์ประกอบด้านความรู้ (Cognitive Component) เป็นเรื่องของการรับรู้ของบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่งอาจเป็นการรับรู้เกี่ยวกับวัตถุ สิ่งของ บุคคลหรือเหตุการณ์ต่างๆ ว่าความรู้สึกต่าง ๆ ดังกล่าวนั้นได้อย่างไร รู้ในทางบวกหรือทางลบ ซึ่งจะก่อให้เกิดเจตคติขึ้น ถ้าเรารู้สิ่งใดสิ่งหนึ่งในทางที่ดี เราก็จะมีเจตคติต่อสิ่งนั้นในทางที่ดี ซึ่งกลับกันถ้ารู้สิ่งไม่ดีก็จะตรงข้ามกัน ถ้าไม่รู้สิ่งใดเลยเจตคติก็จะไม่เกิดขึ้นเลย

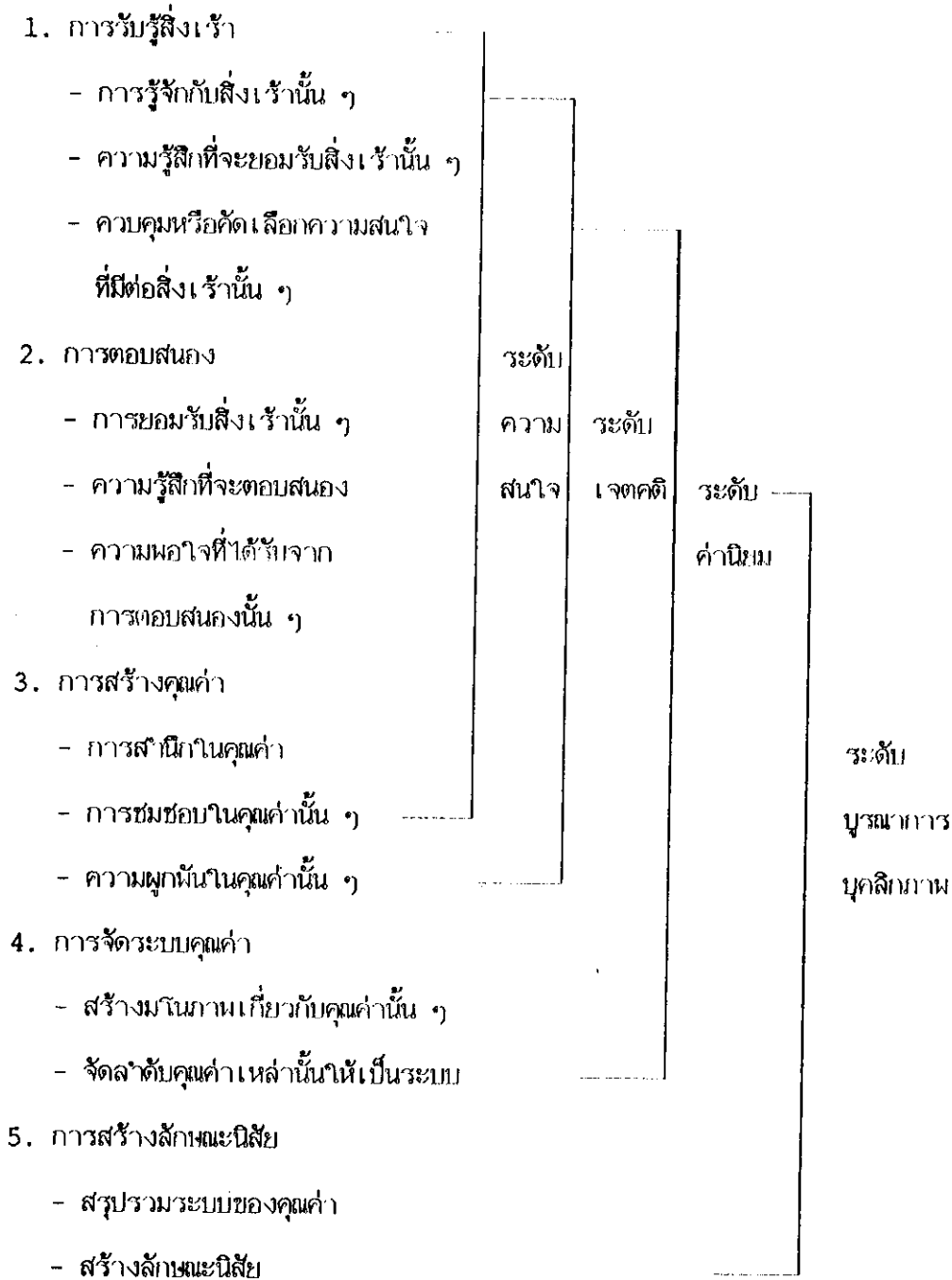
2. องค์ประกอบทางด้านความรู้สึก (Affective Component or Feeling) เป็นองค์ประกอบทางด้านอารมณ์ ความรู้สึก ซึ่งถูกเร้าขึ้นจากการรู้นั้น เมื่อเรารับรู้สิ่งใดแล้วจะทำให้เราเกิดความรู้สึกในทางดี หรือไม่ดี ถ้าเรารู้สึกต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดในทางที่ไม่ดี เราก็จะไม่ชอบหรือไม่พอใจในสิ่งนั้น

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

พัฒนาการของเจตคติ

เชิดศักดิ์ โฆवासินธุ์ (2530 : 39) ได้เน้นแนวความคิดของบลูมและคณะในเรื่อง

พัฒนาการของเจตคตินั้น ควรมีรูปแบบตามลำดับดังนี้



ภาพประกอบ 1 รูปแบบของการพัฒนาการทางด้านความรู้สึก ตามแนวคิดของบลูมและคณะ

(เชิดศักดิ์ โฆवासินธุ์. 2520 หน้า 39)

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

1. การยินยอม (Compliance) คือ การยอมรับอิทธิพลจากผู้อื่น เพื่อให้เขาปฏิบัติต่อตัวในทางที่ตนต้องการหรือพอใจ
2. การเลียนแบบ (Identification) คือ การแสดงพฤติกรรม เพื่อให้เหมือนสมาชิกในสังคม เพื่อจะมีสัมพันธภาพอันดีกับคนอื่น
3. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความต้องการที่อยากเปลี่ยนแปลง (Internalization) คือ การที่บุคคลนั้นยอมรับสิ่งที่มีอิทธิพลเหนือกว่า เนื่องจากสิ่งนั้นตรงกับค่านิยมที่อยู่ในตัวเอง

ประโยชน์ของเจตคติ

ทางด้านประโยชน์ของเจตคติ ประภาณี สุวรรณ (2526 : 5-6) ได้กล่าวไว้ดังต่อไปนี้

1. ช่วยทำให้เข้าใจสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวโดยการจัดรูปหรือจัดระบบสิ่งของต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัวเขา
2. ช่วยให้มีการเข้าข้างตนเอง (Self-esteem) โดยช่วยให้บุคคลหลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่ดีหรือปกปิดความจริงบางอย่าง ซึ่งนำความไม่พอใจมาสู่ตัวเอง
3. ช่วยในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่สลับซับซ้อนซึ่งการมีปฏิริยาได้ดัดแปรหรือการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งลงไปในนั้น ส่วนมากจะหาในสิ่งที่ทำให้ความพอใจมาให้ หรือเป็นภาชนะบรรจุรางวัลจากสิ่งแวดล้อม
4. ช่วยให้บุคคลสามารถแสดงออกถึงค่านิยมของตนเอง ซึ่งแสดงว่าเจตคตินั้นนำความพอใจมาให้บุคคลนั้น

การวัดเจตคติ

บุชีฟ ย่อนโคกสูง (2522 : 111-113) ได้เสนอวิธีการที่จะทราบถึงเจตคติของใครคนหนึ่งที่มีค่าต่อคน วัตถุ สิ่งกับหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ว่า ทำได้โดยวิธีการ ดังต่อไปนี้

1. ใช้แบบสอบถาม

2. สังเกต สัมภาษณ์ และบันทึก
3. ใช้สิ่ง کمมิติ
4. การใช้วิธีสร้างจินตนาการ

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

1. พิจารณาว่าต้องการจะวัดเจตคติของใคร มีต่ออะไร แล้วให้ความหมายของเจตคติและสิ่งที่วัดนั้นให้แน่นอน
2. เมื่อตีความหมายของสิ่งที่วัดแน่นอนแล้วให้สร้างข้อความแต่ละหัวข้อนั้น ๆ โดยให้ครอบคลุมเนื้อหาในหัวข้อเหล่านั้น ซึ่งข้อความเหล่านั้นจะมีลักษณะที่ถามเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ตอบ ผู้สร้างเครื่องมืออาจเขียนขึ้นเอง หรือจากผู้ทรงคุณวุฒิในด้านนั้น ๆ ก็ได้ แต่ต้องมีลักษณะดังนี้

2.1 ต้องเป็นข้อความที่ถามถึงความรู้สึก ความเชื่อหรือความตั้งใจที่จะทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ไม่ใช่ข้อเท็จจริง (Fact)

2.2 ข้อความที่บรรจุในมาตราวัด (scale) จะต้องประกอบด้วยข้อความที่เป็นด้านบวก (Positive) และด้านลบ (Negative) คละกัน

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

3. เมื่อได้ข้อความเพียงพอที่บรรจุในมาตราวัด โดยให้มีข้อเลือก 5 ข้อ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

4. กำหนดน้ำหนักในการตอบข้อเลือกต่าง ๆ ของแต่ละข้อความ ซึ่งในการกำหนดน้ำหนักเท่าใดนั้น มีวิธีการอยู่ 3 วิธี แต่ที่นิยมใช้กันมากที่สุด คือ วิธีกำหนดน้ำหนักให้แก่แต่ละข้อเลือกมีน้ำหนัก 3 2,1 หรือ 1 2,3 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับข้อความว่า เป็นด้านบวกหรือด้านลบ

ไพศาล หวังพานิช (2526 : 147-148) ได้เสนอหลักของการวัดเจตคติไว้ดังนี้ การวัดเจตคตินับว่าเป็นสิ่งที่มีความยุ่งยากพอสมควร เพราะเป็นการวัดคุณลักษณะทางจิตวิญญาณลักษณะดังกล่าวมีการแปรเปลี่ยนได้ง่าย แต่อย่างไรก็ตามเจตคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่ง

หนึ่งก็ยังสามารถวัดได้ ซึ่งต้องอาศัยหลักสำคัญ ดังต่อไปนี้

1. ต้องยอมรับข้อตกลงเบื้องต้น เกี่ยวกับการวัดเจตคติ คือ

1.1 ความคิดเห็น ความรู้สึกหรือเจตคติของบุคคลนั้นจะคงที่อยู่ช่วงหนึ่ง นั่นคือ ความรู้สึกนึกคิดของคนเราไม่ได้เปลี่ยนแปลงหรือแปรผันตลอดเวลา อย่างน้อยจะคงมีช่วงเวลาใดช่วงเวลาที่ความรู้สึกของคนเรามีความคงที่ ทำให้สามารถวัดได้

1.2 เจตคติของบุคคลไม่สามารถวัดหรือสังเกตเห็นได้โดยตรง การวัดจะเป็นแบบวัดทางอ้อม โดยวัดแนวโน้มที่บุคคลแสดงออกหรือประพฤติอยู่เสมอ

1.3 เจตคตินอกจากแสดงออกในรูปทิศทางของความรู้สึกนึกคิด เช่น สนับสนุนหรือคัดค้าน ยังมีขนาดหรือปริมาณของความคิด ความรู้สึกนั้นอีกครั้ง ดังนั้น ในการวัดเจตคติ นอกจากจะทำให้ทราบลักษณะหรือทิศทางแล้ว ยังสามารถบอกระดับความมากน้อย หรือความเข้มข้นของเจตคติได้ด้วย

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

3. สิ่งเร้าที่จะนำไปใช้ คือ ข้อความจิตเจตคติ (Attitude Statements) ซึ่งเป็นสิ่งเร้าทางภาษาที่ใช้อธิบายคุณค่า คุณลักษณะของสิ่งนั้นเพื่อให้บุคคลตอบสนองออกมาเป็นระดับความรู้สึก (Attitude Continuum or Scale) เช่น มาก ปานกลาง น้อย เป็นต้น

4. การวัดเจตคติต้องคำนึงถึงความเที่ยงตรง (Validity) ของการวัดเป็นพิเศษ ต้องพยายามให้ผลของการวัดที่ได้ตรงกับสภาพความเป็นจริงของบุคคลทั้งในแง่ทิศทางและระดับ

ความหมายของการยอมรับ

ได้มีผู้ให้ความหมายของคำว่า การยอมรับไว้ต่าง ๆ กันดังนี้

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

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

1. เป็นการยอมรับครั้งแรกหรือเป็นการทดลองให้แนวกรรมคนใดคนหนึ่งหรือของกลุ่ม
2. เป็นการยอมรับแนวกรรมนั้นต่อไปเรื่อย ๆ
3. การยอมรับเป็นเรื่องภายในจิตใจของแต่ละคนที่มีต่อแนวกรรมนั้น

คลองเกลน และโควาร์ด จูเนียร์ (Klonglan and Coward Jr. 1977 : 137-142) ได้กล่าวว่า การยอมรับที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic Adoption) เป็นการยอมรับความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวกรรมหลังจากได้ประเมินผลแล้วแต่ยังไม่ได้ปฏิบัติการเริ่มนำความรู้ไปใช้การยอมรับการปฏิบัติหรือหลังจากทดลองใช้สิ่งเหล่านี้เป็นการยอมรับการยอมรับ

ระดม เศรษฐกร (2512 : 29) ได้ให้ความหมายของการยอมรับว่าเป็นกระบวนการที่เริ่มต้นตั้งแต่บุคคลหนึ่งได้รับทราบเกี่ยวกับสิ่งใหม่ ๆ จนกระทั่งรับเอาสิ่งเปลี่ยนแปลงนั้นไปปฏิบัติ

จึงสรุปได้ว่า การยอมรับคือ กระบวนการที่เริ่มตั้งแต่ด้านความคิดต่อการรับรู้สิ่งใหม่ ๆ หรือการเปลี่ยนแปลงใด ๆ จนกระทั่งรับเอาสิ่งใหม่ ๆ หรือการเปลี่ยนแปลงนั้นไปปฏิบัติหรือใช้อันเป็น เรื่องภายในจิตใจของบุคคลแต่ละคน

ขั้นตอนการยอมรับ

โรเจอร์ (Roger. 1962 : 76-93) ได้แบ่งขั้นตอนของการยอมรับแนวกรรมหรือสิ่งประดิษฐ์ใหม่ ๆ โดยกล่าวว่า การยอมรับมีลักษณะเป็นกระบวนการ และได้ให้ความหมายกระบวนการยอมรับ (Adoption Process) ว่าเป็นกระบวนการทางจิตใจที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล เริ่มจากได้ยินเรื่องเกี่ยวกับแนวกรรมนั้นจนกระทั่งยอมรับหรือให้นำกรรมนั้นในที่สุด กระบวนการยอมรับมีทั้งหมด 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นรู้ (Awareness Stage) เป็นขั้นเริ่มแรกที่จะนำไปสู่การยอมรับ หรือการปฏิเสธอันสิ่งใหม่ ๆ ที่มีคนสร้างขึ้นมา ขั้นนี้เป็นขั้นที่รับรู้เกี่ยวกับสิ่งใหม่ ๆ นั้น แต่ยังไม่รู้ทราบดีว่าสมควรหรือไม่ควรถ้ามักเป็นการรู้โดยบังเอิญ ซึ่งอาจทำให้เกิดความอยากรู้ต่อไป อันเนื่องมาจากมีความต้องการที่จะใช้สิ่งประดิษฐ์ใหม่ ๆ นั้นในการแก้ปัญหาที่มีอยู่

2. ขั้นสนใจ (Interest Stage) เป็นขั้นที่มีความสนใจและแสวงหาข่าวสารเพิ่มเติมพฤติกรรมในขั้นนี้เป็นไปในลักษณะที่ตั้งใจแน่วแน่ และใช้กระบวนการคิดมากกว่าขั้นแรก ในขั้นนี้ทำให้บุคคลได้ข่าวสารเกี่ยวกับสิ่งใหม่ ๆ นั้นมากขึ้น บุคลิกภาพ และค่านิยมของตัวบุคคลรวมทั้งบรรทัดฐานทางสังคมอาจมีผลต่อแหล่งที่ตัวบุคคลไปหาข่าวสาร และมีผลต่อการตีความข่าวสารเกี่ยวกับสิ่งใหม่ ๆ นั้นด้วย

3. ขั้นไตร่ตรองตัดสินใจ (Evaluation Stage) เป็นขั้นที่ตัวบุคคลคิดจะเข้าขั้นนวัตกรรมนั้นกับสถานการณ์ปัจจุบันและข้างหน้า โดยไตร่ตรองว่าจะลองใช้ดี หรือไม่ด้วยการชั่งน้ำหนักระหว่างข้อดีและข้อจำกัดของนวัตกรรมนั้น ถ้ารู้สึกว่าย่อดีมีมากกว่าก็ตัดสินใจที่จะลองใช้ ขั้นนี้จึงแตกต่างจากขั้นอื่น ๆ ตรงที่ได้เกิดการตัดสินใจที่จะลองความคิดใหม่ ๆ โดยที่ตัวบุคคลมักคิดว่าการเข้าขั้นนวัตกรรมเป็นการเสี่ยง เพราะไม่แน่ใจในผลที่เกิดขึ้น ดังนั้นขั้นของการไตร่ตรองตัดสินใจจึงต้องการเสริมแรงที่จะทำให้แน่ใจยิ่งขึ้นว่ากำลังทำในสิ่งที่ถูกต้อง ได้แก่ ข่าวสารและคำแนะนำจากเพื่อน ๆ ตลอดจนการเสริมแรงจากสื่อมวลชนต่าง ๆ ในขั้นนี้จึงได้รวมถึงพฤติกรรมด้านความรู้สึกรับหรือไม่ชอบต่อความคิดใหม่ ๆ นั้น

4. ขั้นทดลองปฏิบัติ (Trial Stage) เป็นขั้นที่ตัวบุคคลลองใช้นวัตกรรมนั้นกับสถานการณ์ของตน แต่เป็นการทดลองดูกับส่วนน้อยก่อน เพื่อดูว่าได้ผลดีหรือไม่และประโยชน์ที่ได้ นั้นมากพอที่จะยอมรับปฏิบัติอย่างเต็มที่ หรือไม่ จึงเป็นการทดสอบว่านวัตกรรมนั้นใช้ได้ตรงกับที่ต้องการ หรือไม่ ในขั้นนี้ตัวบุคคลแสวงหาข่าวสารที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับการใช้นวัตกรรมนั้นผลของการทดลองปฏิบัตินี้ มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการตัดสินใจที่จะปฏิเสธ หรือการยอมรับต่อไป

5. ขั้นยอมรับไปปฏิบัติอย่างสมบูรณ์ (Adoption Stage) เป็นขั้นที่ตัวบุคคลตัดสินใจที่จะเข้าขั้นนวัตกรรมนั้นต่อไปอย่างเต็มที่ หลังจากที่ได้พิจารณาไตร่ตรองจากผลที่ได้ลองปฏิบัติ

จากความหมายของการยอมรับและขั้นตอนของการยอมรับ สามารถสรุปได้ว่า การยอมรับการคุมกำเนิดหมายความว่า การที่บุคคลได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องการคุมกำเนิดและพิจารณาไตร่ตรองจนรับเอาวิธีการคุมกำเนิดนั้นไปปฏิบัติหรือใช้กันที่สุด ดังนั้นจากความหมายการยอมรับการคุมกำเนิดดังกล่าว จึงสามารถพิจารณาการยอมรับการคุมกำเนิดได้ 2 ระดับ คือ การยอมรับในระดับความคิดและการยอมรับในระดับปฏิบัติการยอมรับในระดับความคิดนั้น

อาจเริ่มจากการที่บุคคลยอมรับข่าวสารเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว หรือเกี่ยวกับการคุมกำเนิดจากข่าวสารที่ได้รับเนื่องจากมีความสนใจจึงทำให้เกิดความคิดพิจารณาหรือมีเจตคติที่ดีต่อการคุมกำเนิด คนที่มีเจตคติที่ดีต่อการคุมกำเนิดมีแนวโน้มที่จะยอมรับการคุมกำเนิดมากขึ้นด้วย และการยอมรับในระดับปฏิบัติ ได้แก่ การใช้วิธีการคุมกำเนิด

ขั้นตอนการยอมรับการคุมกำเนิดไปปฏิบัติ

จากแนวความคิดเกี่ยวกับการยอมรับการยอมรับนวัตกรรมแต่ละขั้นตอนของ โรเจอร์ ดังกล่าวมาแล้วนั้น โบก (วิฑูร โอสถานนท์. 2516 : 29-30 ; อ้างอิงมาจาก Bouge. 1968) ได้นำมาประยุกต์เพื่ออธิบายถึงกระบวนการยอมรับการคุมกำเนิดไปปฏิบัติว่า มี 4 ขั้นตอนด้วยการ คือ

1. ขั้นรู้และสนใจ (Awareness and Interest) เป็นขั้นที่รับรู้ว่าการตั้งครรภ์ที่สามารถป้องกันได้และเมื่อเห็นว่า เป็นสิ่งที่ดีงามจึงเกิดความสนใจ อารมณ์เริ่มรู้หรืออยากทราบเรื่องเหล่านี้มากยิ่งขึ้น
2. ขั้นรวบรวมข้อมูลไตร่ตรองและตัดสินใจที่จะลอง (Information Gathering, Evaluation and Decision to Try) เป็นขั้นที่ศึกษาสอบถามเรื่องการวางแผนครอบครัวหรือการคุมกำเนิด เช่นการคุมกำเนิดมีวิธี วิธีไหนดี มีอันตรายหรือไม่ จะไปใช้บริการที่ไหนเหมาะสมเอาสิ่งที่ได้รับรู้ต่าง ๆ มาพิจารณาตัดสินใจที่จะทดลองยอมรับความคิด
3. ขั้นทดลองปฏิบัติ (Implementation) เป็นขั้นที่เริ่มทดลองปฏิบัติดังนั้นจึงเป็นระยะที่ผู้สนใจจะไปปรึกษาแพทย์ หน่วยบริการวางแผนครอบครัว ร้านขายยา ฯลฯ เพื่อที่จะเรียนรู้ในการปฏิบัติเพิ่มขึ้น และทดลองปฏิบัติการคุมกำเนิด
4. ขั้นการยอมรับและใช้ต่อไป (Adoption and Continue Use) เป็นขั้นที่ยอมรับโดยสมบูรณ์ เมื่อถึงระยะนี้ก็จะรู้สึกว่า การคุมกำเนิดเป็นของธรรมดา และคงปฏิบัติ

อุปสรรคในการยอมรับการคุมกำเนิดไปปฏิบัติ

ระดับของการยอมรับจะมีมาก หรือน้อยก็ขึ้นอยู่กับปัจจัย และลักษณะโครงสร้างของสังคมตลอดจนคุณภาพของประชากรว่า มีแนวโน้มพื้นฐานการยอมรับต่อแนวทางไหนหรือไม่ และแนวทางใหม่นั้นสามารถเปรียบเทียบกับลักษณะของชุมชนนั้น ๆ หรือไม่อย่างไร กล่าวคือ

การที่จะพิจารณาว่าสิ่งใดเป็นอุปสรรคหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยและลักษณะเฉพาะของแต่ละชุมชนรวมทั้งคุณภาพของประชากรด้วย แต่จากการศึกษาและผลงานวิจัยของ โบบ (สนธิ สัมครการ. 2522 : 12-14 ; อ้างอิงมาจาก Bogue. 1968) ได้สรุปอุปสรรคในการยอมรับการคุมกำเนิดในปฏิบัติไว้ดังนี้คือ

1. ความไม่รู้ ไม่เข้าใจ เป็นต้นว่า ไม่รู้ว่า การคุมกำเนิดคืออะไร ไม่รู้ว่าการตั้งครรภ์ป้องกันได้ ไม่รู้ถึงประโยชน์ต่าง ๆ ของการชลอการเกิด เมื่อไม่รู้คนเราก็ไม่คุมกำเนิดแต่ในปัจจุบัน ประชากรส่วนใหญ่รู้เรื่องการคุมกำเนิด และพยายามที่จะนำมาทดลองปฏิบัติเป็นการแพร่หลายมากยิ่งขึ้น
2. รู้แต่เข้าใจไม่ถูกต้อง เข้าใจคลาดเคลื่อนอาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ความระแวงหรือไม่รู้จริง
3. ขัดต่อความเชื่อถือที่ยึดมั่น สิ่งใดถ้าขัดต่อความเชื่อถือและยึดมั่นแล้ว ก็ยากที่จะนำไปปฏิบัติ
4. ความไม่สะดวกหรือยุ่งยากในการปฏิบัติ เช่น เสียเวลามากหรือวิธีคุมกำเนิดซับซ้อนไม่เอื้อความสะดวกแก่ผู้ใช้
5. ความกลัวในการปฏิบัติ เนื่องจากเป็นสิ่งที่ยังไม่เคยทดลองปฏิบัติ จึงทำให้เกิดความลังเลใจ และไม่กล้าปฏิบัติ
6. ทดลองปฏิบัติแล้วไม่เหมาะสมในการปฏิบัติต่อไป เช่น มีอาการข้างเคียง (Side Effect) ต่าง ๆ
7. อายุ เนศ ระดับการศึกษา และครอบครัว ก็มีผลสำคัญในการที่จะผลักดันให้ยอมรับวิธีคุมกำเนิด กล่าวคือ คนที่อายุน้อยมีแนวโน้มที่จะนำเอาวิธีการคุมกำเนิดไปใช้ได้ง่ายกว่าผู้ที่มีอายุมาก หญิงที่มีอายุมากมีแนวโน้มตัดสินใจเห็นมากกว่าหญิงอายุน้อย หรือเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะคุมกำเนิดมากกว่าเพศชาย ซึ่งอาจเป็นเพราะต้องมีการรับผิดชอบสูงกว่าเพศชายในการตั้งครรภ์ คลอดบุตรและเลี้ยงดูบุตร หรือคนที่มีการศึกษาระดับสูง ซึ่งจะสนใจสิ่งแวดล้อม และเหตุการณ์ความเคลื่อนไหวต่าง ๆ ทำให้เป็นคนที่มีแนวความคิดกว้างออกไปเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ได้ง่ายกว่า ฉะนั้นจึงมีแนวโน้มที่จะยอมรับการคุมกำเนิดมากกว่า คนที่มีการศึกษาระดับต่ำหรือไม่มีการศึกษา

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

ในปัจจุบันพบว่า ได้มีผู้ทำการศึกษารวบรวมเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวและการยอมรับการวางแผนครอบครัวของบุคคลต่าง ๆ ไว้มากมาย ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

การวิจัยในประเทศ

รอส และสมิธ (Ross and Smith. 1969 : 8) ได้ทำการศึกษา ความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว ณ ประเทศเกาหลี พบว่า ผู้ไม่รู้หนังสือเคยได้ยินวิธีคุมกำเนิด ร้อยละ 76 ผู้ที่มีความรู้ระดับประถมศึกษาเคยได้ยิน ร้อยละ 85 ผู้ที่มีการศึกษาระดับมหาวิทยาลัยเคยได้ยิน ร้อยละ 95 แต่เมื่อถามถึงการทราบรายละเอียดอย่างน้อย 1 วิธี อัตราของผู้ที่ทราบลดลง ผู้ที่ไม่รู้หนังสือทราบเพียง ร้อยละ 45 ผู้ที่มีความรู้ระดับประถมศึกษาทราบร้อยละ 57 ผู้ที่มีการศึกษาสูงมีความเห็นด้วยกับการวางแผนครอบครัวมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ดังจะเห็นได้ว่า ผู้ที่มีการศึกษาระดับวิทยาลัยจะเห็นด้วย ร้อยละ 97 ผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาเห็นด้วยร้อยละ 90 และผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาเห็นด้วย ร้อยละ 76 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฮอคค์ (Hock. 1968 : 702-708) ได้ทำการศึกษาความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของกลุ่มสตรีในประเทศมาเลเซีย พบว่า สตรีผู้ที่ไม่มีการศึกษาเห็นด้วยกับการคุมกำเนิด ร้อยละ 65.5 และเคยทราบเกี่ยวกับวิธีคุมกำเนิดตั้งแต่ 1 วิธี หรือมากกว่า 1 วิธี ร้อยละ 28.7 สตรีที่มีจำนวนปีของการศึกษา 1-5 ปีเห็นด้วยกับการคุมกำเนิด ร้อยละ 75.2 และเคยทราบเกี่ยวกับการคุมกำเนิดตั้งแต่ 1 วิธี หรือมากกว่า ร้อยละ 53.2 ส่วนสตรีที่มีจำนวนปีของการศึกษา ตั้งแต่ 6 ปี หรือมากกว่า เห็นด้วย ร้อยละ 75.6 และเคยทราบวิธีคุมกำเนิดตั้งแต่ 1 วิธีหรือมากกว่าขึ้นไป ร้อยละ 71 และสอดคล้องกับ โรเบิร์ต (Robert. 1965 : 580-581) ได้ศึกษาความรู้และเจตคติที่มีต่อการคุมกำเนิดที่ประเทศบาบาโดส พบว่าสตรีที่มีการศึกษาสูงย่อมมีความรู้ในเรื่องวิธีคุมกำเนิดอย่างน้อย 1 วิธี ด้วยอัตราร้อยละที่เพิ่มขึ้นตามลำดับของจำนวนปีที่ได้รับการศึกษา ได้แก่ สตรีที่มีจำนวนปีของการศึกษา 4,5,6,7 และระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่าขึ้นไปมีความรู้ ร้อยละ 34.7, 68.9, 79.2, 80.0 และ 81.5 ตามลำดับ

การยอมรับการวางแผนครอบครัว ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

ดิวเยอร์ และฮอว์ (Dewyer and Haws. 1990 : 322-326) ได้ศึกษาการยอมรับการคุมกำเนิดชนิดถาวร ในทวีปแอฟริกา พบว่า การยอมรับการทำหมันหญิงและการทำหมันชายมีอัตราการยอมรับอยู่ในระดับต่ำ สาเหตุไม่ใช่เกิดจากความไม่ต้องการคุมกำเนิด แต่ขึ้นอยู่กับวิธีการให้บริการคุมกำเนิดเป็นสำคัญโดยเฉพาะในประเทศเคนยา ซึ่งเมื่อได้มีการปรับปรุงคุณภาพและการบริการในการทำหมันให้ดีขึ้นแล้ว ปรากฏว่ามีการยอมรับการทำหมันมากขึ้น นอกจากนี้การยอมรับการคุมกำเนิด ยังมีความสัมพันธ์กับหน่วยงานที่ให้บริการและผู้นำคำแนะนำในการคุมกำเนิดอีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับ พอตเตอร์, โมजारโร และนูนเซ (Potter, Mojarro and Nunez. 1987 : 144-155) ได้ศึกษาถึงอิทธิพลของการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวกับการยอมรับการวางแผนครอบครัวในเขตชนบทของประเทศเม็กซิโก พบว่า การให้การดูแลสุขภาพในระยะก่อน และหลังคลอดอย่างใกล้ชิดมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการวางแผนครอบครัวในระยะหลังคลอด และการให้คำแนะนำของแพทย์ พยาบาล มีส่วนช่วยสนับสนุนให้เว้นระยะการมีบุตรให้นานออกไป สำหรับวิธีคุมกำเนิดที่ต้องการได้แก่ การคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ รวมทั้งการทำหมันหญิงส่วนอุปสรรคในการยอมรับการวางแผนครอบครัว คือความกลัวผลข้างเคียงที่ตามมาอันจะทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ และสอดคล้องกับ ฟิชเชอร์ และซิลวา (Fisher and Silva. 1986 : 235) ได้ทำการศึกษาผู้ที่พึงพอใจการยอมรับการใส่ห่วงอนามัยในโครงการการวางแผนครอบครัวของประเทศศรีลังกา ด้วยการศึกษาวิธีเดิมแรงจูงใจ พบว่า ในเขตพื้นที่ทดลองที่เจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัวได้เพิ่มแรงจูงใจให้ยอมรับการใส่ห่วงอนามัย ได้มีผู้ยอมรับเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและการศึกษายังพบว่า การให้คำแนะนำของเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัวมีอิทธิพลต่ออัตราการคงใช้ของผู้ที่ยอมรับด้วย

กาซีฟ ได้มีผู้ศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

เพรสตัน และริชาร์ด (Presston and Richards. 1975 : 209) ได้ศึกษาเกี่ยวกับอาชีพของสตรีในโปรตุเกสที่มีอิทธิพลต่อการสมรส พบว่า สตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมมีอัตราการแต่งงานต่ำกว่าสตรีทั่วไป

รายได้ ได้มีผู้ศึกษารายได้ดังนี้

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

จำนวนบุตรที่มีชีวิต ได้มีผู้ศึกษารายได้ดังนี้

คลินเจอร์ (Klinger. 1981 : 601) ได้ศึกษาจำนวนบุตรที่มีชีวิตเป็นสิ่งที่หนึ่งที่จะช่วยในการตัดสินใจของคู่สมรสในการที่จะมีบุตรต่อไปในประเทศรัสเซีย พบว่าจำนวนบุตรยิ่งมากขึ้นสัดส่วนของการทำหมันหญิงก็ยิ่งทวีเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ ดอร์ และคนอื่น ๆ (Dow and Others. 1986 : 107) ได้ศึกษาคุณลักษณะของผู้รับบริการคุมกำเนิดใหม่ในซิมบับเวโดยศึกษาสตรี จำนวน 3,269 คน พบว่า จำนวนสตรีมากกว่าครึ่งหนึ่งมีอายุต่ำกว่า 25 ปี มีบุตรที่มีชีวิตมากกว่า 3 คน ร้อยละ 90 ส่วนสตรีที่ต้องการเว้นระยะการมีบุตรมีอายุประมาณ 24 ปี มีบุตร 2-3 คนบุตรคนสุดท้ายอายุ 12 เดือน ส่วนสตรีที่ต้องการหยุดการมีบุตรนั้นเมื่ออายุประมาณ 34 ปี มีบุตร 6-7 คน และบุตรคนสุดท้ายอายุ 25 เดือน

ระยะเวลาการสมรส ได้มีผู้ศึกษารายได้ดังนี้

ไดรเวอร์ (Driver. 1962 : 1962 : 61) ได้ศึกษาสังคมชนบทและสังคมเมืองมีผลทำให้การสมรสมีลักษณะแตกต่างกันในประเทศอินเดีย พบว่า คนในชนบทมักให้บุตรสาวและบุตรชายของตนสมรสเร็วกว่าคนในเขตเมืองอายุแรกสมรสของสตรีในเขตชนบทโดยเฉลี่ยประมาณ 13.4-13.6 ปี และผู้ชายประมาณ 21 ปี ส่วนในเขตเมืองอายุสมรสของสตรีโดยเฉลี่ย 15.5 ปีผู้ชายอายุ 22.5 ปี

การได้รับความแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว ได้มีผู้ศึกษาริ้วยไว้ดังนี้

ลินเดอร์แมน (Linderman. 1975 : 7-8) ได้ทำการศึกษาการให้คำแนะนำแก่สตรีในระยะตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลเช่นลูกซ์ พบว่า สตรีที่ได้รับความแนะนำจากเจ้าหน้าที่มีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการปฏิบัติตนหลังคลอดรวมทั้งการวางแผนครอบครัวเพิ่มมากขึ้นว่าสตรีที่ไม่ได้รับความแนะนำจากเจ้าหน้าที่ ซึ่งสอดคล้องกับ ฟิชเชอร์ และซิลวา (Fisher and Silva. 1986 : 235) ซึ่งได้ศึกษาผู้ที่พึงพอใจยอมรับการใส่ห่วงอนามัยโครงการวางแผนครอบครัวในประเทศศรีลังกา พบว่า การให้คำแนะนำของเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัวมีผลต่ออัตราการคงใช้ของผู้ที่ยอมรับ

การวิจัยในประเทศไทย

อายุ ได้มีผู้ศึกษาริ้วยไว้ดังนี้

อมรา ชิตมีไชย (2535 : 131) ได้ศึกษา ความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานครที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว พบว่า อายุของสตรีที่แตกต่างกันมีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับ กษมา โรจนนิท (2534 : ก) ได้ศึกษาความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการวางแผนครอบครัวของทหารอากาศไทย พบว่าอายุของทหารอากาศมีความสัมพันธ์ในเชิงลบเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวและการศึกษาของ เสาวนีย์ สิริยุดตะ (2532 : ข) ปัจจัยที่กำหนดการใช้วิธีการคุมกำเนิดด้วยยาฝังได้ผิวหนังของสตรีวัยเจริญพันธุ์จังหวัดขอนแก่น พบว่า อายุของสตรีวัยเจริญพันธุ์มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการใช้ยาฝังได้ผิวหนัง และการศึกษาของ อัจฉรา มาศมาลัย (2532 : 89) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกวิธีคุมกำเนิดในกลุ่มสตรีที่ไม่ต้องการบุตรเพิ่ม พบว่า อายุของสตรีมีความสัมพันธ์กับการคุมกำเนิดและไม่คุมกำเนิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของนันทนา คงนันทะ (2531 : 77) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำหมันหลังคลอดของสตรีที่มีบุตร ตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าอายุของสตรีเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการทำหมันหลังคลอด และจากการศึกษาของ สุภาภรณ์ ธีระจันทร์ (2531 :

ก-ข) อิทธิพลของศาสนาต่อการควบคุมภาวะการเจริญพันธุ์ภาคใต้ พบว่าอายุของสตรีที่นับถือศาสนาอิสลามมีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์กับการใช้การคุมกำเนิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ กุดี เอมแบ้ม (2529 : 102) ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมและประชากรที่มีผลต่อการตัดสินใจทำแท้งหลังคลอดโรงพยาบาลศิริราช พบว่า อายุของสตรีมีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจทำแท้งหลังคลอด และจากการศึกษาของ ศิริโรรัตน์ เอกนิยะกุล (2529 : ก-ค) ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้การคุมกำเนิดชนิดชั่วคราว และชนิดถาวรของสตรีในชนบท พบว่า สตรีที่มีอายุมากจะเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดชนิดถาวรสูงกว่าสตรีที่มีอายุน้อย แต่แตกต่างจากการศึกษาของ ทองอยู่ บุญการ (2535 : 84) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดของหญิงวัยเจริญพันธุ์ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดของหญิงวัยเจริญพันธุ์ทั้งชนิดชั่วคราว และชนิดถาวร

ระดับการศึกษา ได้มีผู้ศึกษารายงานไว้ดังนี้

อมรา ชิตมีไชย (2535 : 131) ได้ศึกษาความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว พบว่า ระดับการศึกษาของสตรีภายหลังคลอดบุตรที่มีความแตกต่างกันมีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับ อัจฉรา มาศมาลัย (2532 : ก-ข) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดในกลุ่มสตรีที่ไม่ต้องการบุตรเพิ่ม พบว่า การศึกษาของสตรีมีความสัมพันธ์กับการคุมกำเนิด และไม่คุมกำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ สุภาภรณ์ วีระจันทร์ (2531 : ก-ข) อิทธิพลของศาสนาต่อการควบคุมภาวะการเจริญพันธุ์ภาคใต้ พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับการใช้การคุมกำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ ขัญมณล ตั้งศิลป์ชัย (2531 : ก-ข) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคุมกำเนิดในปัจจุบัน ; เปรียบเทียบระหว่างภาพที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงและต่ำ พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์ในทางบวก แต่แตกต่างจากการศึกษาของ ทองอยู่ บุญการ (2535 : 85) ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้การคุมกำเนิดของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มาใช้บริการจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้วิธีคุมกำเนิด

ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ และจากการศึกษาของ สุทิน ศิริอักษร (2532 : ข) การศึกษาความเชื่อ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของข้าราชการตำรวจใน 4 จังหวัดภาคใต้ พบว่า การศึกษาของข้าราชการตำรวจแตกต่างกัน มีความเชื่อไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ ถดี เอมแย้ม (2539 : จ-ฉ) ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมและประชากรที่มีผลต่อการตัดสินใจทำหมันหญิงหลังคลอดโรงพยาบาลศิริราช พบว่าระดับการศึกษาของสตรีที่แตกต่างกันไม่มีความแตกต่างมากพอที่จะส่งผลต่อการตัดสินใจทำหมัน

อาชิน ได้มีผู้ศึกษารายงานไว้ดังนี้

วรารักษ์ แผลงมน (2536 : 241) ได้ศึกษาความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 สถาบันราชภัฏสวนสุนันทา พบว่า นักศึกษาที่มีผู้ปกครองอาชีพต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับ อมรา ชิตมีไชย (2535 : 131) ได้ศึกษาความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว พบว่า อาชีพของสตรีที่แตกต่างกันมีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการศึกษาของ นันทนา คงนันทะ (2531 : ก-ข) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำหมันหลังคลอดของสตรีที่มีบุตร 3 คนขึ้นไปในโรงพยาบาลจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า อาชีพของสตรีมีอิทธิพลน้อยต่อการตัดสินใจทำหมัน และการศึกษาของ ศิริรัตน์ เอกปิยะกุล (2529 : 68-71) ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการคุมกำเนิดชนิดชั่วคราวและชนิดถาวรของสตรีในเขตชนบท พบว่า อาชีพของสตรีที่ใช้การคุมกำเนิดชั่วคราวและชนิดถาวร เป็นสตรีที่มีอาชีพเกษตรกรรมมากกว่าสตรีที่มีอาชีพอื่น และการศึกษาของ งามนิตย์ รัตนานุกุล (2528 : ก-ค) การปฏิบัติการคุมกำเนิดในสตรีตั้งครรภ์ไม่ปรารถนา พบว่าอาชีพของสตรีมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการคุมกำเนิดในด้านความต่อเนื่องของการใช้ และชนิดวิธีคุมกำเนิดที่ใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่แตกต่างจากการศึกษาของ อัจนรา มาศมาลัย (2532 : ก) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดในกลุ่มสตรีที่ไม่ต้องการบุตรเพิ่ม พบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการคุมกำเนิดและไม่คุมกำเนิดและการศึกษาของ สุทิน ศิริอักษร (2532 : ข) ความเชื่อ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของข้าราชการตำรวจใน 4 จังหวัดภาคใต้ พบว่า อาชีพของตำรวจมีผลต่อความเชื่อไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รายได้ของครอบครัว ได้มีผู้ศึกษาริวิจัยไว้ดังนี้

วราภรณ์ แผลงมน (2536 : 241) ได้ศึกษาความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของนักเรียนชั้นปีที่ 4 สถาบันราชภัฏมหาวิทยาลัยรัตนโกสินทร์ พบว่า รายได้ของครอบครัวต่างกันมีความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับ อมรา ชิตมีไชย (2535 : 131) ได้ศึกษาความคิดเห็นของสตรีภายหลังคลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว พบว่า รายได้ของสตรีที่แตกต่างกันมีความคิดเห็นต่อการยอมรับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการจากศึกษาของ นันทนา คงนันทะ (2531 : ก-ข) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำหมันหลังคลอดของสตรีที่มีบุตร 3 คนขึ้นไปจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า รายได้ของครอบครัวมีอิทธิพลน้อยต่อการตัดสินใจทำหมันหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับการยอมรับการวางแผนครอบครัวในระยะหลังคลอดจังหวัดขอนแก่น พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการวางแผนครอบครัวในระยะหลังคลอด และจากการศึกษาของ งามนิษฐ์ รัตนานุกูล (2528 : ก-ค) การปฏิบัติคุมกำเนิดในสตรีตั้งครรภ์ไม่ปรารถนา พบว่า รายได้ของกลุ่มมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติคุมกำเนิด ในด้านความต่อเนื่องของการใช้และชนิดวิธีคุมกำเนิดที่ใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และจากการศึกษาของ ประดิษฐ์ บัณฑิต (2528 : 71-72) ความคิดเห็นของนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษาที่มีต่อการวางแผนครอบครัว พบว่า รายได้ครอบครัวของนักศึกษาที่แตกต่างกันมีความเห็นเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน

ระยะเวลาสมรส ได้มีผู้ศึกษาริวิจัยไว้ดังนี้

ขวัญกมล ตั้งศิลป์ชัย (2531 : ก-ข) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคุมกำเนิดในปัจจุบัน : เปรียบเทียบระหว่างภาคที่มีอัตราคุมกำเนิดสูงและต่ำ พบว่า ระยะเวลาสมรสมีความสัมพันธ์ในทางบวก ซึ่งสอดคล้องกับ ศิริโรจน์ เอกปิยะกุล (2529 : 68-71) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้การคุมกำเนิดชนิดชั่วคราว และชนิดถาวรของสตรีในชนบท พบว่า ระยะเวลาสมรสของสตรีชนบทมีผลต่อการเลือกใช้การคุมกำเนิดชนิดถาวรสูงกว่าชนิดชั่วคราว และการศึกษาของ ฤดี เอมแย้ม (2529 : ฉ) ปัจจัยทาง

เศรษฐกิจสังคม และประชากรที่มีผลต่อการตัดสินใจทำหมันหญิงหลังคลอดในโรงพยาบาล ศิริราช พบว่า ระยะเวลาสมรสมีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจทำหมัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ สุจิตรา กิจวิวัฒนาชัย (2525 : 131-139) ความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของประชากรหมู่บ้านประมง พบว่าระยะเวลาการสมรสมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความรู้ ทัศนคติ และการใช้วิธีการวางแผนครอบครัวและสอดคล้องกับการศึกษาของ อมรา ชิตมีไชย (2535 : 131) ความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดในโรงพยาบาลสังกัด กระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานครที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว พบว่า ระยะเวลาสมรสของสตรีภายหลังการคลอดที่มีความแตกต่างกันมีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการศึกษาของ สุภาภรณ์ อีระจันทร์ (2531 : ข) พบว่าระยะเวลาสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้การคุมกำเนิด

จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ได้มีผู้ศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

ชาญชัย ยามะรัต (2530 : 21-33) ได้ศึกษาปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวในระยะหลังคลอดจังหวัดขอนแก่น พบว่าจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการวางแผนครอบครัวในระยะหลังคลอด และสอดคล้องกับ มะลิ ลีวนานนท์ชัย (2530 : 7-19) ได้ศึกษาความแตกต่างทางด้านเศรษฐกิจ และสังคมในการเว้นระยะการมีบุตร พบว่า จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมของประชากร แต่แตกต่างจากการศึกษาของ อมรา ชิตมีไชย (2535 : 131) พบว่า สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีความแตกต่างกันในจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์มีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวไม่แตกต่างกัน

จำนวนบุตรที่มีชีวิต ได้มีผู้ศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

อัจนรา มาศมาลัย (2532 : ก) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้อุปกรณ์คุมกำเนิดในกลุ่มสตรีที่ไม่ต้องการบุตรเพิ่ม พบว่า จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่มีความสัมพันธ์กับการคุมกำเนิด และไม่คุมกำเนิดและเหตุผลที่สตรีไม่คุมกำเนิดที่พบมากที่สุด คือ กลัวเป็นอันตรายต่อ

สุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เสาวนีย์ สิริขัตตะ (2532 : ข) พบว่า จำนวนบุตรที่มีชีวิตต่างมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการยาฝังได้ผิวหนังของสตรีวัยเจริญพันธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากการศึกษาของ นันทนา คงนันทะ (2531 : ก-ข) พบว่า จำนวนบุตรที่มีชีวิตเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลน้อยต่อการทำหมันหลังคลอดของสตรีที่มีบุตรตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป และจากการศึกษาของ สุภาภรณ์ อีระจันทร์ (2531 : ก-ข) พบว่า จำนวนบุตรที่มีชีวิตของสตรีในศาสนาอิสลามมีความสัมพันธ์กับการใช้การคุมกำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและการศึกษาของ ชำญมล ตั้งศิลป์ชัย (2531 : ก-ข) พบว่าจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่มีความสัมพันธ์ในทางบวกของอัตราคุมกำเนิดสูงและต่ำ และการศึกษาของ ศิริโรจน์ เอกปิยะกุล (2529 : 68-71) พบว่า สตรีที่ใช้การคุมกำเนิดชนิดถาวรจะมีจำนวนบุตรที่มีชีวิตสูงกว่าสตรีที่ใช้การคุมกำเนิดชนิดชั่วคราว และการศึกษาของ งามนิตย์ รัตนานุกูล (2528 : ก-ข) พบว่า สตรีตั้งครรภ์ไม่ปรารถนาจะมีจำนวนบุตรที่มีชีวิตมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติคุมกำเนิดในด้านความต่อเนื่องของการใช้ และชนิดวิธีคุมกำเนิดที่ใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ ฤดี เอมแย้ม (2529 : ฉ) พบว่าจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจทำหมันของสตรีหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ สุจิตรา กิจวิวัฒนาชัย (2525 : 131-139) พบว่า จำนวนบุตรที่มีชีวิตมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความรู้เจตคติและการใช้วิธีการวางแผนครอบครัวแต่แตกต่างจากการศึกษาของ อมรา ชิตมิไชย (2535 : 131) พบว่าสตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีความแตกต่างกันในด้านจำนวนบุตรที่มีชีวิตมีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวไม่แตกต่างกัน

ความต้องการบุตรเพิ่ม ได้มีผู้ศึกษาริ้วยไว้ดังนี้

นันทนา คงนันทะ (2531 : ก-ข) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำหมันหลังคลอดของสตรีที่มีบุตรตั้งแต่ 3 คนขึ้นไปในโรงพยาบาลจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ความต้องการบุตรเพิ่มเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำหมันซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาภรณ์ อีระจันทร์ (2531 : ก-ข) พบว่า ความต้องการบุตรเพิ่มมีความสัมพันธ์กับการใช้การคุมกำเนิดของสตรีที่ไม่ถือศาสนาอิสลามในภาคใต้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ ฤดี เอมแย้ม (2529 : ฉ) พบว่า จำนวนบุตรที่ต้องการมีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจทำหมันหลังคลอด

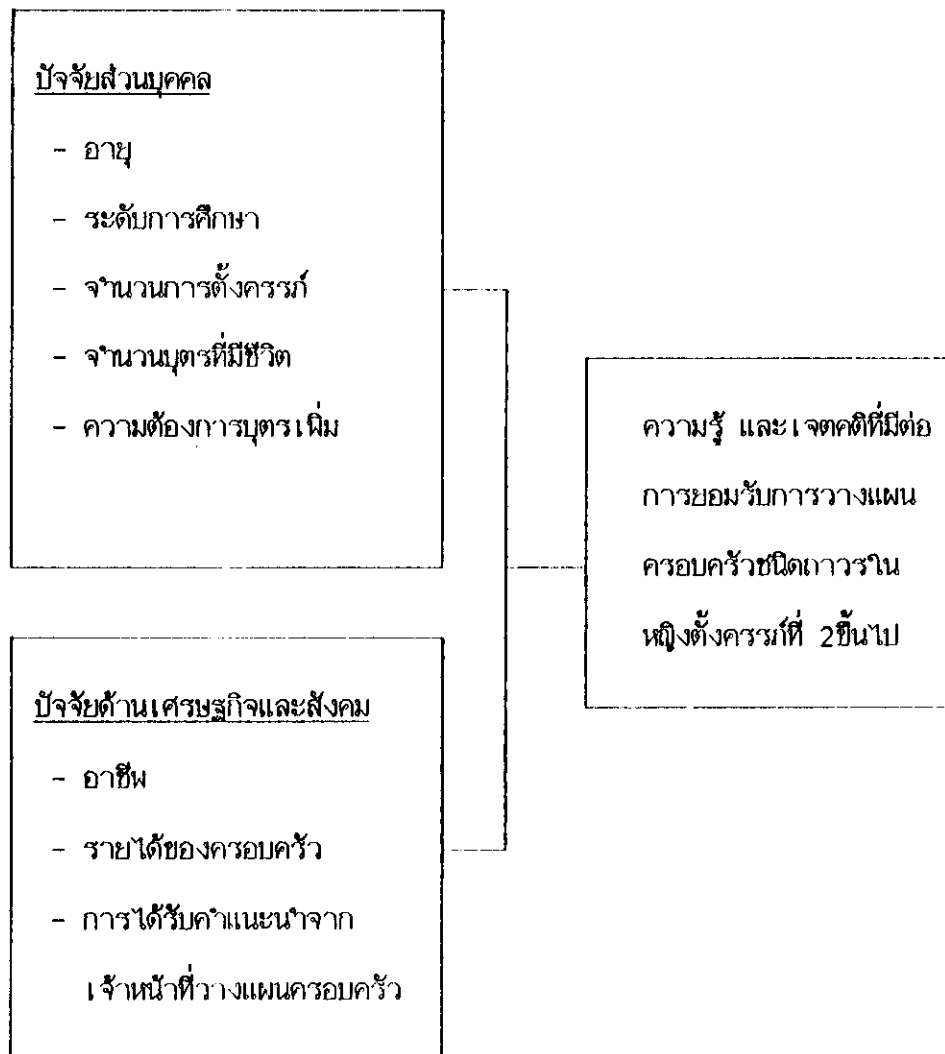
ในโรงพยาบาลศิริราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของอรดิษฐ์ บุนนาค และระพีพรรณ พูนพานิช (2524 : 47-50) พบว่า สตรีที่ไม่ต้องการบุตรเพิ่มได้ยอมรับการวางแผนครอบครัวมากกว่าสตรีที่ต้องการบุตรเพิ่ม และความต้องการบุตรเพิ่มนั้นจะมีผลมากที่สุดต่อการใช้วิธีการวางแผนครอบครัวแต่แตกต่างจากการศึกษาของ อมรา ชิตมิไชย (2535 : 131) พบว่า สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีความแตกต่างกันในด้านความต้องการบุตรเพิ่มมีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวไม่แตกต่างกัน และการศึกษาของ งามนิตย์ รัตนานุกูล (2528 : ก-ข) พบว่า ความต้องการบุตรเพิ่มไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติคุมกำเนิดในสตรีที่ไม่ปรารถนา

การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว ได้มีการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

อัจนรา มาศมาลัย (2532 : ข) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดในกลุ่มสตรีที่ไม่ต้องการบุตรเพิ่มในประเทศไทย พบว่า ผู้แนะนำมีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเกี่ยวกับความรู้และวิธีคุมกำเนิดชนิดถาวร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชำญชัย ยามะรัต (2530 : 21-33) พบว่า แหล่งความรู้ที่ผู้ยอมรับการวางแผนครอบครัวในระยะหลังคลอดได้รับรู้เรื่องการวางแผนครอบครัวมากที่สุด คือ ญาติ เพื่อนบ้าน รองลงไป คือ เจ้าหน้าที่อนามัยผู้ให้การวางแผนครอบครัวส่วนมากเห็นด้วย และพอใจในการยอมรับการวางแผนครอบครัวในระยะหลังคลอด และมีความคิดเห็นว่าการวางแผนครอบครัวจะทำให้เศรษฐกิจภายในครอบครัวดีขึ้น และการศึกษาของ สุจิตรา กิจวิวัฒนาชัย (2525 : 131-139) พบว่า สตรีที่ไม่ขอรับบริการ (ขอคำแนะนำ) ที่โรงพยาบาลหรือสถานอนามัยจะมีความรู้ และใช้วิธีการวางแผนครอบครัวมากที่สุด และจากการศึกษาของ สุกานดา สุมิชาติ (2521 : 25) พบว่าผู้แนะนำให้ทำหมันในกลุ่มสตรีที่ตัดสินใจทำหมันนั้นส่วนใหญ่ ได้แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ร้อยละ 29.4 รองลงมาได้แก่ตัดสินใจเอง ร้อยละ 28.9 และเพื่อน ร้อยละ 28.3 แต่แตกต่างจากการศึกษาของ อมรา ชิตมิไชย (2535 : 131) พบว่า สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีความแตกต่างกัน ในด้านการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัวมีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวไม่แตกต่างกัน

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

13. สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีจำนวนบุตรที่มีชีวิตต่างกันจะมีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรแตกต่างกัน
14. สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีจำนวนบุตรที่มีชีวิตต่างกันจะมีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรแตกต่างกัน
15. สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่ไม่มีความต้องการบุตรเพิ่มจะมีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรดีกว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีความต้องการบุตรเพิ่ม
16. สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่ไม่มีความต้องการบุตรเพิ่มจะมีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวดีกว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีความต้องการบุตรเพิ่ม
17. สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัวในระยะก่อนคลอดจะมีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรดีกว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่ไม่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว
18. สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัวในระยะก่อนคลอดจะมีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรดีกว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่ไม่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้เป็นพื้นฐานในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มาใช้บริการฝากครรภ์ ณ คลินิกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลทั่วไปของจังหวัดลพบุรี สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งหมด 2 โรงพยาบาล จำนวน 1,287 คนต่อปี ใน พ.ศ.2537 เป็นสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มาใช้บริการฝากครรภ์ ณ คลินิกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลลพบุรี จำนวน 876 คน และโรงพยาบาลบ้านหมี่ จำนวน 411 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มาใช้บริการฝากครรภ์ ณ คลินิกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลทั่วไปของจังหวัดลพบุรี ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2538 - เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2539 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

1. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ ยามาเน่ (Yamane. 1969 : 886) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างให้มีความคลาดเคลื่อนที่ .05 จากสูตร

$$\begin{aligned}n &= \frac{N}{1+Ne^2} \\&= \frac{1,287}{1+(1,287)(.05)^2} \\&= 305\end{aligned}$$

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 305 คน

เมื่อ n แทน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N แทน ประชากร

e แทน ความคลาดเคลื่อน

2. สุ่มกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มาใช้บริการฝากครรภ์ ณ คลินิกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลทั่วไปของจังหวัดลพบุรี สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยวิธีกำหนดสัดส่วนตามประชากรที่มาใช้บริการ ดังปรากฏตามตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

โรงพยาบาลทั่วไปของจังหวัดลพบุรี สังกัดกระทรวงสาธารณสุข	จำนวนประชากร สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป/ปี	กลุ่มตัวอย่าง
1. โรงพยาบาลลพบุรี	876	208
2. โรงพยาบาลบ้านหมี่	411	97
รวม	1,287	305

แหล่งข้อมูล : (โรงพยาบาลลพบุรี และโรงพยาบาลบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี. 2537.)

3. กลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลเลือกโดยวิธีสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีเกณฑ์ดังนี้ สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มาใช้บริการฝากครรภ์ ณ คลินิกฝากครรภ์ของทั้ง 2 โรงพยาบาล และสามารถอ่านออกเขียนได้ ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2539 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2539 จนครบตามจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนในการเก็บข้อมูลนั้น ผู้ช่วยวิจัยช่วยเก็บข้อมูลให้ โดยผู้วิจัยได้มีการอบรมผู้ช่วยวิจัยก่อน และในการตอบแบบสอบถามแต่ชุดใช้เวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมง

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบสอบถามวัดความรู้ และเจตคติเกี่ยวกับการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มาใช้บริการฝากครรภ์ ณ คลินิกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยแบ่งออกเป็น 3 ตอนคือ

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม ตามตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาสมรส จำนวนของการตั้งครรภ์ จำนวนบุตรที่มีชีวิต ความต้องการบุตรเพิ่มและการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว ซึ่งเป็นลักษณะแบบสำรวจรายการ (Check List)

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในสตรี ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบปรนัยชนิดเลือกตอบ (Multiple Choice) มี 4 ตัวเลือก

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในสตรีที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งมีทั้งหมด 5 ระดับ คำถามมีลักษณะเป็นเชิงนิเสธ และเชิงนิทาน

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างแบบสอบถามตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาขอบเขต และเนื้อหาการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในสตรีจากหนังสือ เอกสารต่าง ๆ และผลงานวิจัยจากปริญญานิพนธ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีสร้างแบบสอบถามจากหนังสือ บทความและเอกสารต่าง ๆ

3. สร้างแบบสอบถามตามหลักเกณฑ์ให้ครอบคลุมเนื้อหา โดยรวบรวมข้อมูลจากการศึกษา และข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญด้านการวางแผนครอบครัว ดังต่อไปนี้

3.1 ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบสำรวจรายการ (Check List)

3.2 ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามวัดความรู้ จำนวน 35 ข้อ ซึ่งมีลักษณะแบบปรนัย ชนิดเลือกตอบ มี 4 ตัวเลือก (Multiple Choice)

3.3 ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามวัดเจตคติ จำนวน 37 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า มี 5 ระดับ (Rating Scale)

แล้วนำไปหาคุณภาพของเครื่องมือต่อไป

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. หาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ไปให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการวางแผนครอบครัว จำนวน 5 ท่านพิจารณาตรวจสอบ และช่วยปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม และนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไข โดยแบบสอบถาม ตอนที่ 1 เหลือจำนวน 9 ข้อ ตอนที่ 2 เหลือจำนวน 21 ข้อ และตอนที่ 3 เหลือจำนวน 25 ข้อแล้ว เสนอต่อคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญาโท เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์อีกครั้ง

2. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับสตรีตั้งครรภ์ ที่ 2 ขึ้นไปในโรงพยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน นำแบบสอบถามที่ผ่านการทดลองใช้ แล้วมาตรวจให้คะแนนและหาค่าอำนาจจำแนก (รายละเอียดปรากฏตามภาคผนวก)

2.1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในสตรี นำมาวิเคราะห์คุณภาพแบบสอบถามเป็นรายข้อโดยแบ่งจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด เป็นกลุ่มสูง ร้อยละ 50 และกลุ่มต่ำ ร้อยละ 50 และนำมาหาค่าอำนาจจำแนก โดยหาความแตกต่างระหว่างสัดส่วนของผู้ที่ตอบคำถามข้อนั้นในกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2531 : 137) และหาค่าความยากง่ายของข้อคำถามนั้น โดยหาสัดส่วนของผู้ที่ตอบถูกต้องผู้ที่ตอบแบบสอบถามข้อนั้นทั้งหมด ข้อคำถามที่ใช้ได้จะต้องมีค่าความยากง่ายระหว่าง .20-.80 ขึ้นไป แล้วนำไปหาค่าความเชื่อมั่นต่อไป

2.2 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในสตรี นำมาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อโดยใช้เทคนิค ร้อยละ 25 และทดสอบด้วยค่า t (t-test) ข้อที่มีค่าตั้งแต่ 1.75 ขึ้นไปถือว่าใช้ได้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 133) แล้วนำไปหาค่าความเชื่อมั่นต่อไป

2.3 นำแบบสอบถามที่มีค่าอำนาจจำแนกอยู่ในเกณฑ์ที่ใช้ได้ไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) สำหรับแบบสอบถามความรู้ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.6895 โดยใช้สูตร KR-21 ของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531: 126) ส่วนแบบสอบถามเจตคติใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach. 1970 : 161) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.7262 ถ้าค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.6 ขึ้นไปถือว่าใช้ได้

เกณฑ์การให้คะแนน

1. แบบสอบถามวัดความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดได้ 0 คะแนน ถ้ารวมคะแนนได้

ร้อยละ 80 - 100	หมายถึง มีความรู้มาก
ร้อยละ 60 - 79	หมายถึง มีความรู้ปานกลาง
ต่ำกว่าร้อยละ 60	หมายถึง มีความรู้น้อย

2. เกณฑ์การให้คะแนนเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในสตรีมีค่า ดังนี้

2.1 ข้อความที่มีความหมายเชิงนิมิต ถ้ากลุ่มตัวอย่างกาเครื่องหมาย (/) ลงในช่อง

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

2.2 ข้อความที่มีความหมายเชิงนิเสธ ถ้ากลุ่มตัวอย่างกาเครื่องหมาย (/)

ลงในช่อง

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

4. เกณฑ์ประเมินค่าเฉลี่ยโดยใช้ของเบสท์ (Best. 1986 : 184-186) อันดับ
ความสำคัญ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	ความหมาย
1.000 - 2.333	สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปมีเจตคติต่อการยอมรับการ วางแผนครอบครัวชนิดถาวรในเชิงนิเสธ (ต่ำ)
2.334 - 3.667	สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปมีเจตคติต่อการยอมรับการ วางแผนครอบครัวชนิดถาวรปานกลาง
3.668 - 5.000	สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปมีเจตคติต่อการยอมรับการ วางแผนครอบครัวชนิดถาวรในเชิงนิเสธ (สูง)

วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ings
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไปจังหวัดลพบุรี ส่งจัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่โรงพยาบาล
ลพบุรี และโรงพยาบาลบ้านหมี่ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง และผู้ช่วยวิจัยที่คลินิก
ฝากครรภ์ของโรงพยาบาลทั่วไปจังหวัดลพบุรี ส่งจัดกระทรวงสาธารณสุขรวมทั้งสิ้น 305 ฉบับ

วิธีจัดกระทำข้อมูล

เมื่อรวบรวมแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้ คือ

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแต่ละฉบับ
2. ตรวจหาและแก้ไขข้อบกพร่องแต่ละส่วนของแบบสอบถาม ตามเกณฑ์ที่กำหนด
3. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดการในสตรีแยกตาม อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาสมรส จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ ความต้องการบุตรเพิ่ม และการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว โดยวิธีหาค่าร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)
4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกันคือ ความต้องการบุตรเพิ่ม และการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว โดยใช้การทดสอบค่า t (t -test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 15, 16, 17 และ 18
5. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่มากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป คือ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาสมรส จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่โดยการทดสอบค่าเอฟ (F -test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 และ 14 ในกรณีที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติผู้วิจัยจะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่

1.1 หาค่าร้อยละ โดยใช้สูตร

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

เมื่อ P แทน ค่าร้อยละ

f แทน ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นค่าร้อยละ

n แทน จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 หาค่าเฉลี่ย (Mean) จากสูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 146)

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

เมื่อ $\bar{X}$ แทน ค่าเฉลี่ย

$\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนนของทุกคน

N แทน จำนวนคนในกลุ่มทั้งหมด

1.3 หาค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน โดยใช้สูตร (บุศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 74)

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

เมื่อ s แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน

X^2 แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง

$(\sum X^2)$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง

n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพของเครื่องมือ มีดังนี้

2.1 หาค่าดัชนีความเที่ยงตรงโดยวิธีของโรวินเนลลี และแฮมเบิลตัน

(Rovinelli and Hambleton) จากสูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 124)

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

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะเจตคติ

$\sum R$ แทน ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 หาค่าความยากง่ายรายข้อ โดยใช้สูตร

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

เมื่อ P แทน ค่าความยากง่ายของคำถามแต่ละข้อ

R แทน จำนวนผู้ตอบถูกในแต่ละข้อ

N แทน จำนวนผู้ทำข้อสอบทั้งหมด

2.2 หาค่าอำนาจจำแนก

2.3.1 แบบสอบถาม ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรใน

สตรีแบ่งผู้ทำแบบสอบถามเป็นกลุ่มสูงร้อยละ 50 แล้วนำมาหาค่าอำนาจจำแนก โดยใช้สูตร

$$D = P_H - P_L$$

เมื่อ D แทน ค่าอำนาจจำแนก

P_H แทน สัดส่วนของผู้ทำข้อนี้ถูกในกลุ่มสูง

P_L แทน สัดส่วนของผู้ทำข้อสอบนี้ถูกในกลุ่มต่ำ

2.3.2 แบบสอบถาม เจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในสตรี

ใช้เทคนิคร้อยละ 25 และทดสอบด้วยค่า t (t-test) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2531 : 139)

$$t = \frac{\bar{X}_H - \bar{X}_L}{\sqrt{\frac{S_H}{n_H} + \frac{S_L}{n_L}}}$$

เมื่อ t แทน ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม

$\bar{X}_H$ แทน คะแนนเฉลี่ยของคะแนนในกลุ่มสูง

$\bar{X}_L$ แทน คะแนนเฉลี่ยของคะแนนในกลุ่มต่ำ

S_H แทน ความแปรปรวนของการกระจายคะแนนในกลุ่มสูง

S_L แทน ความแปรปรวนของการกระจายคะแนนในกลุ่มต่ำ

n_H แทน จำนวนคนที่เลือกมาจากกลุ่มคะแนนสูง

n_L แทน จำนวนคนที่เลือกมาจากคะแนนต่ำ

2.4 วิเคราะห์สัมประสิทธิ์แห่งความเชื่อมั่น (Reliability)

2.4.1 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในสตรี ใช้

สูตรคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2531 : 131)

$$r_{tt} = \left[\frac{n}{n-1} \right] \left[1 - \frac{\bar{X}(n-\bar{X})}{nS^2} \right]$$

เมื่อ r_{tt} แทน ความเชื่อมั่น

n แทน จำนวนข้อ

$\bar{X}$ แทน คะแนนเฉลี่ย

S^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนทั้งหมด

2.4.2 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในสตรี ใช้

สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach. 1970 : 161)

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S^2_1}{S^2_t} \right]$$

เมื่อ α แทน ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่นแบบสอบถาม

K แทน จำนวนข้อของแบบสอบถาม

$\sum S^2_1$ แทน ผลรวมของค่าความแปรปรวนของคะแนนของแบบสอบถามเป็นรายข้อ

S^2_t แทน ความแปรปรวนของคะแนนรวมของแบบสอบถามทั้งฉบับ

3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

3.1 ทาค่าที (t-test) เพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 15,16,17 และ 18 โดยใช้สูตร (บุศรี วงศ์รัตนะ. 2534 : 180)

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

โดยมี df

$$\frac{\left[\frac{s^2_1}{n_1} + \frac{s^2_2}{n_2} \right]^2}{\frac{\left[\frac{s^2_1}{n_1} \right]^2}{n_1-1} + \frac{\left[\frac{s^2_2}{n_2} \right]^2}{n_2-1}}$$

เมื่อ t แทน ค่าที่ใช้พิจารณาใน t-distribution

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

n_1, n_2 แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มตัวอย่างที่ 2

df แทน ชั้นแห่งความเป็นอิสระ

s^2_1, s^2_2 แทน ค่าความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มตัวอย่างที่ 2

n_1, n_2 แทน จำนวนข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มตัวอย่างที่ 2

3.2 ทดสอบ เอฟ (F-test) เพื่อทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่มากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อที่ 1,2,3,4,5,6,7, 8,9,10,11,12,13 และ 14 โดยใช้สูตร ไวนเนอร์ (Winer. 1971 : 185-196)

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

เมื่อ F แทน ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่ม

MS_A แทน ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม

MS_W แทน ความแปรปรวนภายในกลุ่ม

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

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

เมื่อ q แทน ค่าความแตกต่าง (q-Statistic) ที่ได้จากตาราง

MS_W แทน ค่าความแปรปรวน (Mean Square) ภายในกลุ่ม

n แทน จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากัน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ได้ใช้สัญลักษณ์ที่เกี่ยวกับการวิจัย ดังนี้

- n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
- $\bar{X}$ แทน ค่าเฉลี่ย (Mean)
- S.D. แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- F แทน สถิติที่ใช้พิจารณาใน F-distribution
- t แทน สถิติที่ใช้พิจารณาใน t-distribution
- SS แทน ผลบวกกำลังสองของคะแนน (Sum of Square)
- MS แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสองของคะแนน (Mean of Square)
- q แทน q-Statistic
- df แทน ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)
- * แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
- ** แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
- *** แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ โดยแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูล ออกเป็น 3 ตอน
ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มารับการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี โดยการแจกแจงความถี่ คิดเป็นร้อยละ และนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

2. การวิเคราะห์ ความรู้ และเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี โดยแสดงค่าคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแสดงระดับความรู้ เจตคติ ของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี

3. การทดสอบสมมติฐาน แบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ

3.1 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนความรู้ และเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี จากกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน โดยการทดสอบค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 15,16,17 และ 18

3.2 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนความรู้และเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี จากกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว (One-way Analysis of Variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13 และ 14 และถ้าพบความแตกต่างกันจะเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของ นิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls method)

ผลการของการศึกษาค้นคว้า

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มารับการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี จำนวน 305 คน จำแนกรายละเอียดได้ ดังนี้

ตาราง 5 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาสมรส จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนบุตรที่มีชีวิต ความต้องการบุตรเพิ่ม และการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
15-24 ปี	42	13.77
25-34 ปี	203	66.56
35 ปีขึ้นไป	60	19.67
รวม	305	100.00
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า	160	52.46
มัธยมศึกษา	63	20.66
อนุปริญญา หรือต่ำกว่า	40	13.11
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	42	13.77
รวม	305	100.00

ตาราง 5 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
รับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ	82	26.88
เกษตรกรรม	51	16.72
ค้าขาย	28	9.18
แม่บ้าน	44	14.43
รับจ้าง	100	32.79
รวม	305	100.00
รายได้ของครอบครัว		
ไม่เกิน 3,000 บาท	86	28.20
3,001-8,000 บาท	113	37.05
มากกว่า 8,000 บาท	106	34.75
รวม	305	100.00
ระยะเวลาสมรส		
ต่ำกว่า 5 ปี	66	21.71
5-10 ปี	176	57.89
11 ปีขึ้นไป	62	20.40
รวม	304	100.00

ตาราง 5 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์		
2 ครั้ง	218	71.48
3 ครั้ง	73	23.93
มากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป	14	4.59
รวม	305	100.00
จำนวนบุตรที่มีชีวิต		
1 คน	218	71.48
2 คน	80	26.23
ตั้งแต่ 3 ขึ้นไป	7	2.29
รวม	305	100.00
ความต้องการบุตรเพิ่ม		
ต้องการ	119	39.14
ไม่ต้องการ	185	60.86
รวม	304	100.00

ตาราง 5 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ วางแผนครอบครัว		
ได้รับ	240	78.69
ไม่ได้รับ	65	21.31
รวม	305	100.00

จากตาราง 5 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 25-34 ปี ร้อยละ 66.56 รองลงมาคือ อายุ 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 19.67 และ 15-24 ปี ร้อยละ 13.77

ระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับการศึกษา ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า ร้อยละ 52.46 รองลงมาคือ มัธยมศึกษา ร้อยละ 20.66 ปริญญาตรี หรือสูงกว่า ร้อยละ 13.77 และอนุปริญญา หรือสูงกว่า ร้อยละ 13.11

อาชีพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 32.79 รองลงมาคือ รับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 26.88 เกษตรกรรมร้อยละ 16.72 แม่บ้าน ร้อยละ 14.43 และอาชีพค้าขาย ร้อยละ 9.18

รายได้ของครอบครัว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 3,001-8,000 บาท ร้อยละ 37.05 รองลงมาคือ มากกว่า 8,000 บาท ร้อยละ 34.75 และไม่เกิน 3,000 บาท ร้อยละ 28.20

ระยะเวลาสมรสกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาสมรส 5 - 10 ปี ร้อยละ 57.89 รองลงมาคือ ต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 21.71 และ 11 ปีขึ้นไป ร้อยละ 20.40

จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์

2 ครั้ง ร้อยละ 71.48 รองลงมาคือ 3 ครั้ง ร้อยละ 23.93 และมากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 4.59

จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ 2 ครั้ง ร้อยละ 71.48 รองลงมาคือ 3 ครั้ง ร้อยละ 23.93 และมากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 4.59

จำนวนบุตรที่มีชีวิต กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีจำนวนบุตรที่มีชีวิต 1 คน ร้อยละ 71.48 รองลงมาคือ 2 คน ร้อยละ 26.23 และ 3 คนขึ้นไป ร้อยละ 2.29

ความต้องการมีบุตรเพิ่ม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่ต้องการมีบุตรเพิ่ม ร้อยละ 60.86 และมีกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการบุตรเพิ่ม ร้อยละ 39.14

การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว ร้อยละ 78.69 และมีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว ร้อยละ 21.31

2. การวิเคราะห์ ความรู้ และเจตคติ ของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี ดังปรากฏตามตาราง 6

ตาราง 6 ค่าคะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ และเจตคติของสตรี
ตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป
จังหวัดลพบุรี

ตัวแปร	จำนวนข้อคำถาม	N	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ความรู้	21	305	63.75	14.99	ปานกลาง
เจตคติ	25	305	3.84	0.33	สูง

จากตาราง 6 แสดงว่า ค่าคะแนนความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว ชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไปจังหวัดลพบุรี โดยทั่วไปมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 63.75 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 14.99 ซึ่งหมายความว่า ความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าคะแนนเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว ชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี โดยทั่วไปมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.84 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.33 ซึ่งหมายความว่า เจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี อยู่ในระดับสูง

3. การทดสอบสมมติฐาน แบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ

3.1 การทดสอบสมมติฐานความแตกต่างของค่าเฉลี่ย จากคะแนนความรู้ และเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี จากกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกัน โดยการทดสอบค่าที (t-test) ดังปรากฏตามตาราง 7

ตาราง 7 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2
 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัด
 ลพบุรี จำแนกตามความต้องการบุตรเพิ่ม

ความต้องการบุตรเพิ่ม	N	$\bar{X}$	S.D.	t
ต้องการ	119	62.0648	16.507	-1.49
ไม่ต้องการ	185	64.7876	13.902	

จากตาราง 7 แสดงว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่ไม่ต้องการบุตรเพิ่มกับสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่ต้องการบุตรเพิ่ม จะมีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 15 ที่ว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปไม่มีความต้องการบุตรเพิ่มจะมีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรดีกว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีความต้องการบุตรเพิ่ม

ตาราง 8 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2
 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไปจังหวัดลพบุรี
 จำแนกตามความต้องการบุตรเพิ่ม

ความต้องการบุตรเพิ่ม	N	$\bar{X}$	S.D.	t
ต้องการ	119	3.8417	0.316	-0.05
ไม่ต้องการ	185	3.8437	0.340	

จากตาราง 8 แสดงว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่ไม่ต้องการบุตรเพิ่มกับสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่ต้องการบุตรเพิ่ม จะมีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 16 ที่ว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่ไม่มีความต้องการบุตรเพิ่มจะมีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรดีกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีความต้องการบุตรเพิ่ม

ตาราง 9 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี จำแนกตามการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว

การได้รับคำแนะนำจาก เจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว	N	$\bar{X}$	S.D.	t
ได้รับ	240	63.5317	14.513	-0.48
ไม่ได้รับ	65	64.5421	16.731	

จากตาราง 9 แสดงว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่ไม่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัวในระยะก่อนคลอดกับสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว จะมีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 17 ที่ว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัวในระยะก่อนคลอด จะมีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรดีกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่ไม่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว

ตาราง 10 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี จำแนกตาม การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว

การได้รับคำแนะนำจาก เจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว	N	$\bar{X}$	S.D.	t
ได้รับ	240	3.8623	0.305	1.73
ไม่ได้รับ	65	3.7692	0.403	

จากตาราง 10 แสดงว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่ไม่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัวในระยะก่อนคลอดกับสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว จะมีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 18 ที่ว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัวในระยะก่อนคลอด จะมีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรดีกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่ไม่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว

3.2 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนความรู้ และเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวในโรงพยาบาลทั่วไปจังหวัดลพบุรี จากกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว (One-way Analysis of Variance) ดังปรากฏในตาราง 11

ตาราง 11 คะแนนเฉลี่ยความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี จำแนกตาม กลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	N	$\bar{X}$	S.D.
15 - 24 ปี	42	64.8526	13.5078
25 - 35 ปี	203	63.8048	15.6674
35 ปีขึ้นไป	60	62.7778	13.7369
รวม	305	63.7471	14.9898

จากตาราง 11 แสดงว่า คะแนนความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี โดยจำแนกตามกลุ่มอายุ คืออายุ 15-24 ปี คะแนนเฉลี่ย 64.8526 (S.D.=13.5078) อายุ 25-35 ปี คะแนนเฉลี่ย 63.8048 (S.D.=15.6674) และอายุ 35 ปีขึ้นไป คะแนนเฉลี่ย 62.7778 (S.D.=13.7369) แล้วนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี ปรากฏผล ตามตาราง 12

ตาราง 12 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี จำแนกตาม กลุ่มอายุ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	108.3819	54.1910	0.2400
ภายในกลุ่ม	302	68198.8186	225.8239	
รวม	304	68307.2005		

ตาราง 12 แสดงว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีอายุแตกต่างกัน มีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรไม่แตกต่างกันซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีอายุต่างกันจะมีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรแตกต่างกัน

ตาราง 13 คะแนนเฉลี่ยเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี จำแนกตาม กลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	N	$\bar{X}$	S.D.
15 - 24 ปี	42	3.7905	0.2956
25 - 35 ปี	203	3.8422	0.3266
35 ปีขึ้นไป	60	3.8800	0.3609
รวม	305	3.8425	0.3295

จากตาราง 13 แสดงว่าค่าคะแนนเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี โดยจำแนกตามกลุ่มอายุ คือ อายุ 15-24 ปี คะแนนเฉลี่ย 3.7905 (S.D.=0.2956) อายุ 25-35 ปี คะแนนเฉลี่ย 3.8422 (S.D.=0.3266) และอายุ 35 ปีขึ้นไป คะแนนเฉลี่ย 3.8800 (S.D.=0.3609) แล้วนำไปวิเคราะห์ตามแปรปรวนคะแนนเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี ปรากฏผลตามตาราง 14

ตาราง 14 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี จำแนกตาม กลุ่มอายุ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	0.1981	0.0990	0.9114
ภายในกลุ่ม	302	32.8160	0.1087	
รวม	304	33.0141		

ตาราง 14 แสดงว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีอายุแตกต่างกัน มีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีอายุต่างกันจะมีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรแตกต่างกัน

ตาราง 15 คะแนนเฉลี่ยความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี จำแนกตาม ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	N	$\bar{X}$	S.D.
ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า	160	56.6369	13.6119
มัธยมศึกษา	63	68.9342	11.5969
อนุปริญญา หรือเทียบเท่า	40	69.8810	11.9298
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	42	77.2109	12.1535
รวม	305	63.2109	12.1535

จากตาราง 15 แสดงว่า คะแนนความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี โดยจำแนกตามระดับการศึกษาคือ ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า คะแนนเฉลี่ย 56.6369 (S.D.=13.6119) มัธยมศึกษา คะแนนเฉลี่ย 68.9342 (S.D.=11.5969) อนุปริญญาหรือเทียบเท่า คะแนนเฉลี่ย 69.8810 (S.D.=11.9298) และปริญญาตรี หรือสูงกว่า คะแนนเฉลี่ย 77.2109 (S.D.=12.1535) แล้วนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี ปรากฏผลตามตาราง 16

ตาราง 16 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี จำแนกตามระดับการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	18902.3373	6300.7791	38.38761***
ภายในกลุ่ม	301	49404.8631	164.1358	
รวม	304	68307.2005		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 (P = .0000)

ตาราง 16 แสดงว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันจะมีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 แสดงว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันคู่ใดคู่หนึ่งใน 4 กลุ่ม มีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรแตกต่างกัน จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในรายคู่ต่อไป โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls method) ดังปรากฏตามตาราง 17

ตาราง 17 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี จำแนกตาม ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	$\bar{X}$	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อนุปริญญา	ปริญญาตรี
		หรือต่ำกว่า		หรือเทียบเท่า	หรือสูงกว่า
	$\bar{X}$	56.6369	68.9342	69.8810	77.2109
ประถมศึกษา	56.6369	-	12.2973*	13.2441*	20.5740*
หรือต่ำกว่า					
มัธยมศึกษา	68.9342		-	0.9468	8.2767*
อนุปริญญา	69.8810			-	7.3299*
หรือเทียบเท่า					
ปริญญาตรี	77.2109				-
หรือสูงกว่า					

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

จากตาราง 17 แสดงว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือสูงกว่ามีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร แตกต่างจากสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีการศึกษาอนุปริญญาหรือเทียบเท่า มัธยมศึกษา และประถมศึกษาหรือต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือสูงกว่า มีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร ดีกว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีการศึกษาอนุปริญญาหรือเทียบเท่า มัธยมศึกษา และประถมศึกษาหรือต่ำกว่า

สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญา หรือเทียบเท่า มีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร แตกต่างจากสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญา หรือเทียบเท่า มีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรดีกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า

สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร แตกต่างจากสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรดีกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา หรือต่ำกว่า

ตาราง 18 คะแนนเฉลี่ยเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี จำแนกตาม ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	N	$\bar{X}$	S.D.
ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า	160	3.7288	0.3001
มัธยมศึกษา	63	3.8895	0.2852
อนุปริญญา หรือเทียบเท่า	40	4.0170	0.3115
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	42	4.0390	0.3429
รวม	305	3.8425	0.3429

จากตาราง 18 แสดงค่าคะแนนเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี โดยจำแนกตามระดับการศึกษา คือ ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า คะแนนเฉลี่ย 3.7288 (S.D.= 0.3001) มัธยมศึกษา คะแนนเฉลี่ย 3.8895 (S.D.=0.2852) อนุปริญญาหรือเทียบเท่า คะแนนเฉลี่ย 4.0170 (S.D.=0.3115) และปริญญาตรีคะแนนเฉลี่ย 4.0390 (S.D.=0.3429) แล้วนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี ปรากฏผลตามตาราง 19

ตาราง 19 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี จำแนกตามระดับการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	5.0501	1.6834	18.1194***
ภายในกลุ่ม	301	27.9640	0.0929	
รวม	304	33.0141		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 (P = .0000)

ตาราง 19 แสดงว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันจะมีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 แสดงว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันคู่ใดคู่หนึ่งใน 4 กลุ่ม มีเจตคติต่อการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรแตกต่างกัน จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในรายคู่ต่อไป โดยวิธีของ นิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls method) ดังปรากฏตามตาราง 20

ตาราง 20 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2
ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี
จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	$\bar{X}$	ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า	มัธยมศึกษา	อนุปริญญา หรือเทียบเท่า	ปริญญาตรี หรือสูงกว่า
		3.7288	3.8895	4.0170	4.0390
ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า	3.7288	-	0.1607*	0.2882*	0.3102*
มัธยมศึกษา	3.8895		-	0.1275*	0.1495*
อนุปริญญา หรือเทียบเท่า	4.0170			-	0.0220
ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	4.0390				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 20 แสดงว่า สตรี ตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี
หรือสูงกว่ามีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร แตกต่างจากสตรีตั้ง
ครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีการศึกษาอนุปริญญาหรือเทียบเท่า มัธยมศึกษา และประถมศึกษาหรือ
ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีการศึกษา
ระดับปริญญาตรี หรือสูงกว่า มีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร ดีกว่า
สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีการศึกษาอนุปริญญาหรือเทียบเท่า มัธยมศึกษา และประถมศึกษา
หรือต่ำกว่า

สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญา หรือเทียบเท่า มีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร แตกต่างจากสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญา หรือเทียบเท่า มีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรดีกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา หรือต่ำกว่า

สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร แตกต่างจากสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรดีกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา หรือต่ำกว่า

สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร แตกต่างจากสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรดีกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา หรือต่ำกว่า

ตาราง 21 คะแนนเฉลี่ยความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี จำแนกตาม อาชีพ

อาชีพ	N	$\bar{X}$	S.D.
รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	82	75.6098	10.2430
เกษตรกร	51	55.3688	12.6692
ค้าขาย	28	62.2449	12.2903
แม่บ้าน	44	60.9307	14.5809
รับจ้าง	100	59.9524	14.7681
รวม	305	63.7471	14.9898

จากตาราง 21 แสดงค่าคะแนนความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไปจังหวัดลพบุรี โดยจำแนกตาม อาชีพ คือ รับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ คะแนนเฉลี่ย 75.6098 (S.D.=10.2430) เกษตรกร คะแนนเฉลี่ย 55.3688 (S.D. = 12.6692) ค้าขาย คะแนนเฉลี่ย 62.2449 (S.D.= 12.2903) แม่บ้าน คะแนนเฉลี่ย 60.9307 (S.D.=14.5809) และรับจ้างคะแนนเฉลี่ย 59.9524 (S.D.=14.7681) แล้วนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร ในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี ปรากฏผลตามตาราง 22

ตาราง 22 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร ในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี จำนวนตามอาชีพ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	4	16971.4116	4242.8529	24.7947***
ภายในกลุ่ม	300	51335.7889	171.1193	
รวม	304	68307.2005		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 (P = .0000)

ตาราง 22 แสดงว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีอาชีพแตกต่างกันจะมีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 แสดงว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีอาชีพแตกต่างกันคู่ใดคู่หนึ่งใน 5 กลุ่ม มีความรู้ต่อการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรแตกต่างกันจึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในรายคู่ต่อไป โดยวิธีของ นิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls method) ดังปรากฏผลตามตาราง 23

ตาราง 23 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2
ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัด
สมุทรปราการ จำแนกตาม อาชีพ

	เกษตรกรรม	รับจ้าง	แม่บ้าน	ค้าขาย	รับราชการหรือ รัฐวิสาหกิจ	
อาชีพ	$\bar{X}$	55.3688	59.9524	60.9307	62.2449	75.6098
เกษตรกรรม	55.3688	-	4.5836*	5.5619	6.8761	20.24110*
รับจ้าง	59.9524		-	0.9783	2.2925	15.6574*
แม่บ้าน	60.9307			-	1.3142	14.6791*
ค้าขาย	62.2449				-	13.3649*
รับราชการ	75.6098					-
หรือรัฐวิสาหกิจ						

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 23 แสดงว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจมีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรแตกต่างจาก สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มีอาชีพค้าขาย แม่บ้าน เกษตรกรรม และรับจ้าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีอาชีพรับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจมีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรดีกว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มีอาชีพค้าขาย แม่บ้าน เกษตรกรรม และรับจ้าง

สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีอาชีพ รับจ้างมีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร แตกต่างจากสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีอาชีพเกษตรกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีอาชีพรับจ้าง มีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวดีกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีอาชีพเกษตรกรรม

ตาราง 24 คະแนนเฉลี่ยเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	N	$\bar{X}$	S.D.
รับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ	82	4.0366	0.3345
เกษตรกรกรรม	51	3.7922	0.3048
ค้าขาย	28	3.8714	0.2740
แม่บ้าน	44	3.7391	0.3262
รับจ้าง	100	3.7464	0.2855
รวม	305	3.8425	0.3295

จากตาราง 24 แสดงค่าคะแนนเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี โดยจำแนกตามอาชีพ คือ รับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ คະแนนเฉลี่ย 4.0366 (S.D. = 0.3345) เกษตรกรรม คະแนนเฉลี่ย 3.7922 (S.D.=0.3048) ค้าขาย คະแนนเฉลี่ย 3.8714 (S.D.=0.2740) แม่บ้าน คະแนนเฉลี่ย 3.7391 (S.D.=0.3262) และรับจ้างคະแนนเฉลี่ย 3.7464 (S.D.=0.2855) แล้วนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนคະแนนเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร ในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี ปรากฏผลตามตาราง 25

ตาราง 25 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี จำแนกตามอาชีพ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	4	4.6356	1.1589	12.2511***
ภายในกลุ่ม	300	28.3784	0.0946	
รวม	304	33.0140		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 (P = .0000)

ตาราง 25 แสดงว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีอาชีพแตกต่างกันจะมีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 แสดงว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มีอาชีพแตกต่างกันค่าใดคู่หนึ่งใน 5 กลุ่ม มีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรแตกต่างกัน จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในรายคู่ต่อไป โดยวิธีของ นิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls method) ดังปรากฏตามตาราง 26

ตาราง 26 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี จำแนกตามอาชีพ

	เกษตรกร	รับจ้าง	แม่บ้าน	ค้าขาย	รับราชการหรือ รัฐวิสาหกิจ	
อาชีพ						
$\bar{X}$	3.7391	3.7464	3.7922	3.8714	4.0366	
เกษตรกร	3.7391	-	0.0073	0.0531	0.1323	0.2975*
รับจ้าง	3.7464	-	0.0458	0.1250	0.2902*	
แม่บ้าน	3.7922		-	0.0792	0.2444*	
ค้าขาย	3.8714			-	0.1652*	
รับราชการ	4.0366				-	
หรือรัฐวิสาหกิจ						

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

จากตาราง 26 แสดงว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีอาชีพรับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจมีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร แตกต่างจากสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีอาชีพ แม่บ้าน รับจ้าง เกษตรกร และค้าขาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรดีกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีอาชีพ ค้าขาย แม่บ้าน รับจ้าง และเกษตรกร

ตาราง 27 คะแนนเฉลี่ยความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี จำแนกตามรายได้ของครอบครัว

รายได้ของครอบครัวต่อเดือน	N	$\bar{X}$	S.D.
ไม่เกิน 3,000 บาท	86	56.8106	13.2448
3,001 - 8,000 บาท	113	61.6519	14.0692
มากกว่า 8,000 บาท	106	71.6083	13.8158
รวม	305	63.7471	14.9898

จากตาราง 27 แสดงคะแนนความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร ในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี โดยจำแนกตามรายได้ของครอบครัวคือ ไม่เกิน 3,000 บาท คะแนนเฉลี่ย 56.8106 (S.D.=13.2448) 3,001-8,000 บาท คะแนนเฉลี่ย 61.6519 (S.D.=14.0692) และมากกว่า 8,000 บาท คะแนนเฉลี่ย 71.6083 (S.D.=13.8158) แล้วนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี ปรากฏผลตามตาราง 28

ตาราง 28 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี จำแนกตามรายได้ของครอบครัว

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	11184.4824	5592.2412	29.5654***
ภายในกลุ่ม	302	57122.7181	189.1481	
รวม	304	68307.2005		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (P = .0000)

ตาราง 28 แสดงว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีรายได้ของครอบครัวแตกต่างกัน จะมีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 แสดงว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีรายได้แตกต่างกันค่าใดค่าหนึ่งใน 3 กลุ่ม มีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรแตกต่างกัน จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในรายคู่ต่อไป โดยวิธีของ นิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls method) ดังปรากฏตามตาราง 29

ตาราง 29 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มีการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี จำแนกตามรายได้ของครอบครัว

รายได้ของ ครอบครัว	ไม่เกิน 3,000 บาท	3,001- 8,000 บาท	มากกว่า 8,000 บาท
$\bar{X}$	56.8106	61.6519	71.6083
ไม่เกิน 3,000 บาท	56.8160	4.8413*	14.7977*
3,001 - 8,000 บาท	61.6519	-	9.9564*
มากกว่า 8,000 บาท	71.6083	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 29 แสดงว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีรายได้ของครอบครัวมากกว่า 8,000 บาท มีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร แตกต่างจากสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีรายได้ของครอบครัว 3,001-8,000 บาท และไม่เกิน 3,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีรายได้ของครอบครัวมากกว่า 8,000 บาท มีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรดีกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีรายได้ของครอบครัว 3,001-8000 บาท และไม่เกิน 3,000 บาท

สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ที่มีรายได้ของครอบครัว 3,001-8,000 บาท มีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรแตกต่างจากสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีรายได้ของครอบครัวไม่เกิน 3,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีรายได้ของครอบครัว 3,001-8,000 บาท มีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรดีกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีรายได้ของครอบครัวไม่เกิน 3,000 บาท

ตาราง 30 คะแนนเฉลี่ยเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี จำแนกตามรายได้ของครอบครัว

รายได้ของครอบครัวต่อเดือน	N	$\bar{X}$	S.D.
ไม่เกิน 3,000 บาท	86	3.7851	0.2648
3,001 - 8,000 บาท	113	3.7596	0.3200
มากกว่า 8,000 บาท	106	3.9774	0.3464
รวม	305	3.8425	0.3295

จากตาราง 30 แสดงคะแนนเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร ในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี โดยจำแนกตามรายได้ของครอบครัว คือ ไม่เกิน 3,000 บาท คะแนนเฉลี่ย 3.7851 (S.D.=0.2648) 3,001-8,000 บาท คะแนนเฉลี่ย 3.7596 (S.D.=0.3200) และมากกว่า 8,000 บาท คะแนนเฉลี่ย 3.9774 (S.D.=0.3464) แล้วนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี ปรากฏผลตามตาราง 31

ตาราง 31 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี จำแนกตามรายได้ของครอบครัว

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	2.9867	1.4934	15.0194***
ภายในกลุ่ม	302	30.0274	0.0994	
รวม	304	33.0141		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (P = .0000)

ตาราง 31 แสดงว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีรายได้ของครอบครัวแตกต่างกัน มีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8 แสดงว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีรายได้แตกต่างกันคู่ใดหนึ่งใน 3 กลุ่ม มีเจตคติต่อการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรแตกต่างกัน จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในรายคู่ต่อไป โดยวิธีของ นิวแมน-คูลส์ (Newman Keuls method) ดังปรากฏตามตาราง 32

ตาราง 32 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2
 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี
 จำแนกตามรายได้ของครอบครัว

รายได้ของ ครอบครัว	3,001- 8,000 บาท	ไม่เกิน 3,000 บาท	มากกว่า 8,000 บาท
$\bar{X}$	3.7596	3.7851	3.9774
ไม่เกิน 3,000 บาท	3.7596	-	0.0255
3,001 - 8,000 บาท	3.7851	-	0.1923*
มากกว่า 8,000 บาท	3.9774	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 32 แสดงว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีรายได้ของครอบครัวมากกว่า 8,000 บาท มีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร แตกต่างจากสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีรายได้ของครอบครัว 3,001-8,000 บาท และไม่เกิน 3,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีรายได้ของครอบครัวมากกว่า 8,000 บาท มีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรดีกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีรายได้ของครอบครัว 3,001-8000 บาท และไม่เกิน 3,000 บาท

ตาราง 33 คะแนนเฉลี่ยความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี จำแนกตามระยะเวลาสมรส

ระยะเวลาสมรส	N	$\bar{X}$	S.D.
ต่ำกว่า 5 ปี	66	66.6667	15.7824
5 - 10 ปี	176	64.1775	15.1610
11 ปีขึ้นไป	62	59.1398	12.6002
รวม	304	63.6905	14.9819

จากตาราง 33 แสดงคะแนนความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร ในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี โดยจำแนกตามระยะเวลาสมรส คือ ต่ำกว่า 5 ปี คะแนนเฉลี่ย 66.6667 (S.D.7824) 5 - 10 ปี คะแนนเฉลี่ย 64.1775 (S.D.=15.1610) และ 11 ปีขึ้นไป คะแนนเฉลี่ย 59.1398 (S.D.=12.6002) แล้วนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี ปรากฏผลตามตาราง 34

ตาราง 34 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปต่อการ
การยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี จำแนก
ตามระยะเวลาสมรส

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	1910.2978	955.1489	4.3495*
ภายในกลุ่ม	301	66099.9062	219.6010	
รวม	303	68010.2041		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P = .0137$)

ตาราง 34 แสดงว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีระยะเวลาสมรสแตกต่างกันจะ
มีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9 แสดงว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีระยะ
เวลาสมรสแตกต่างกันค่าใดค่าหนึ่งใน 3 กลุ่ม มีความรู้ต่อการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร
แตกต่างกัน จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในรายคู่ต่อไป โดยวิธีของ นิวแมน-
คูลส์ (Newman-Keuls method) ดังปรากฏตามตาราง 35

ตาราง 35 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดสมุทรปราการตาม ระยะเวลาสมรส

ระยะเวลาสมรส	11 ปีขึ้นไป	5 - 10 ปี	ต่ำกว่า 5 ปี
$\bar{X}$	59.1398	64.1775	66.6667
11 ปีขึ้นไป	59.1398	-	5.0377*
5 - 10 ปี	64.1775	-	2.4892
ต่ำกว่า 5 ปี	66.6667	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 35 แสดงว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีระยะเวลาสมรส ต่ำกว่า 5 ปี จะมีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร แตกต่างจากสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มีระยะเวลาสมรส 11 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีระยะเวลาสมรสต่ำกว่า 5 ปี จะมีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรดีกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีระยะเวลาสมรส 11 ปีขึ้นไป

สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีระยะเวลาสมรส 5-10 ปีขึ้นไป จะมีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรแตกต่างจากสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีระยะเวลาสมรส 11 ปีขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีระยะเวลาสมรส 5-10 ปี มีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรดีกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มีระยะเวลาสมรส 11 ปีขึ้นไป

ตาราง 36 คะแนนเฉลี่ยเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี จำแนกตาม ระยะเวลาสมรส

ระยะเวลาสมรส	N	$\bar{X}$	S.D.
ต่ำกว่า 5 ปี	66	3.8618	0.3263
5 - 10 ปี	176	3.8518	0.3399
11 ปีขึ้นไป	62	3.7987	0.3052
รวม	304	3.8432	0.3299

จากตาราง 36 แสดงคะแนนเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี โดยจำแนกตาม ระยะเวลาสมรส คือ ต่ำกว่า 5 ปี คะแนนเฉลี่ย 3.8618 (S.D.=0.3263) 5-10 ปี คะแนนเฉลี่ย 3.8518 (S.D.=0.3399) และ 11 ปีขึ้นไป คะแนนเฉลี่ย 3.7987 (S.D.=0.3052) แล้วนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี ปรากฏผลตามตาราง 37

ตาราง 37 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี
จำแนกตาม ระยะเวลาสมรส

แหล่งความแปรปรวน	df	S	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	0.1587	0.0793	0.7277
ภายในกลุ่ม	301	32.8143	0.1090	
รวม	303	32.9730		

ตาราง 37 แสดงว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีระยะเวลาสมรสแตกต่างกันจะมีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10 ที่ว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มีระยะเวลาสมรสต่างกันจะมีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรแตกต่างกัน

ตาราง 38 คะแนนเฉลี่ยความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี จำแนกตาม จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์

จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์	N	$\bar{X}$	S.D.
2 ครั้ง	218	64.2202	15.3623
3 ครั้ง	73	63.2746	14.0966
มากกว่า 3 ครั้ง	14	58.8435	13.5471
รวม	305	63.7471	14.9898

จากตาราง 38 แสดงคะแนนความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี โดยจำแนกตามจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ คือ 2 ครั้ง คะแนนเฉลี่ย 64.2202 (S.D.=15.3623) 3 ครั้ง คะแนนเฉลี่ย 63.2746 (S.D.=14.0966) และมากกว่า 3 ครั้ง คะแนนเฉลี่ย 58.8435 (S.D.=13.5471) แล้วนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี ปรากฏผลตามตาราง 39

ตาราง 40 คະแนนเฉลี่ยเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี จำแนกตาม จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์

จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์	N	$\bar{X}$	S.D.
2 ครั้ง	218	3.8752	0.3403
3 ครั้ง	73	3.7600	0.2922
มากกว่า 3 ครั้ง	14	3.7629	0.2660
รวม	305	3.8425	0.3295

จากตาราง 40 แสดงคະแนนเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี โดยจำแนกตามจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์คือ 2 ครั้ง คະแนนเฉลี่ย 3.8752 (S.D.=0.3403) 3 ครั้ง คະแนนเฉลี่ย 3.7600 (S.D.=0.2922) และมากกว่า 3 ครั้ง คະแนนเฉลี่ย 3.7629 (S.D.=0.2660) แล้วนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนคະแนนเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี ปรากฏผลตามตาราง 41

ตาราง 41 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่สอดคล้องกับการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี จำแนกตามจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	0.8192	0.4096	3.8421*
ภายในกลุ่ม	302	32.1949	0.1066	
รวม	304	33.0141		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ($P = .0225$)

ตาราง 41 แสดงว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์แตกต่างกันจะมีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 12 แสดงว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์แตกต่างกันคู่ใดหนึ่งใน 3 กลุ่ม จะมีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรแตกต่างกัน จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในรายคู่ต่อไป โดยวิธีของ นิวแมน - คูลส์ (Newman-Keuls method) ดังปรากฏตามตาราง 42

ตาราง 42 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2
ชั้นปีที่ 2 ที่ต้องการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี
จำแนกตาม จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์

จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์		3 ครั้ง	มากกว่า 3 ครั้ง	2 ครั้ง
$\bar{X}$		3.7600	3.7629	3.8752
3 ครั้ง	3.7600	-	0.0029	0.1152*
มากกว่า 3 ครั้ง	3.7629		-	0.1123
2 ครั้ง	3.8752			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

จากตาราง 42 แสดงว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ชั้นปีที่ 2 ที่มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ 2 ครั้ง จะมีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรแตกต่างจากสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ชั้นปีที่ 2 ที่มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ 3 ครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 กล่าวคือ สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ชั้นปีที่ 2 ที่มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ 2 ครั้ง มีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรดีกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ชั้นปีที่ 2 ที่มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ 3 ครั้ง

ตาราง 43 คะแนนเฉลี่ยความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี จำแนกตาม จำนวนบุตรที่มีชีวิต

จำนวนบุตรที่มีชีวิต	N	$\bar{X}$	S.D.
จำนวน 1 คน	218	64.3512	15.4978
จำนวน 2 คน	80	62.0238	14.0113
จำนวน 3 คนขึ้นไป	7	64.6259	7.7064
รวม	305	63.7471	14.9898

จากตาราง 43 แสดงคะแนนความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี โดยจำแนกตามจำนวนบุตรที่มีชีวิต คือ จำนวน 1 คน คะแนนเฉลี่ย 64.3512 (S.D.=4978) จำนวน 2 คน คะแนนเฉลี่ย 62.0238 (S.D=14.0113) และจำนวน 3 คนขึ้นไป คะแนนเฉลี่ย 64.6259 (S.D.=7.7064) แล้วนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไปจังหวัดลพบุรี ปรากฏผลตามตาราง 44

ตาราง 44 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนความรู้ของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี จำแนกตามจำนวนบุตรที่มีชีวิต

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	322.5519	161.2760	0.7164
ภายในกลุ่ม	302	67984.6486	225.1147	
รวม	304	68307.2005		

ตาราง 44 แสดงว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีจำนวนบุตรที่มีชีวิตแตกต่างกันมีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 13 ที่ว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีจำนวนบุตรที่มีชีวิตต่างกันจะมีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรแตกต่างกัน

ตาราง 45 คะแนนเฉลี่ยเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี จำแนกตาม จำนวนบุตรที่มีชีวิต

จำนวนบุตรที่มีชีวิต	N	$\bar{X}$	S.D.
จำนวน 1 คน	218	3.8455	0.3306
จำนวน 2 คน	80	3.8450	0.3315
จำนวน 3 คนขึ้นไป	7	3.7200	0.2921
รวม	305	3.8425	0.3295

จากตาราง 45 แสดงคะแนนเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี โดยจำแนกตามจำนวนบุตรที่มีชีวิต คือ จำนวน 1 คน คะแนนเฉลี่ย 3.8455 (S.D.=0.3306) จำนวน 2 คน คะแนนเฉลี่ย 3.8450 (S.D.=0.3315) และจำนวน 3 คนขึ้นไป คะแนนเฉลี่ย 3.7200 (S.D.=0.2921) แล้วนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี ปรากฏผลตามตาราง 46

ตาราง 46 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่เมื่อ
การยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดชลบุรี จำแนก
ตามจำนวนบุตรที่มีชีวิต

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	0.1075	0.0538	0.4933
ภายในกลุ่ม	302	32.9066	0.1090	
รวม	304	33.0141		

ตาราง 46 แสดงว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีจำนวนบุตรที่มีชีวิตแตกต่างกันมี
เจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับ
สมมติฐานข้อ 14 ที่ว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีจำนวนบุตรที่มีชีวิตต่างกันจะมีเจตคติต่อ
การยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรแตกต่างกัน

บทย่อ สรุป วัตถุประสงค์ และข้อเสนอแนะ

บทย่อ

ความมุ่งหมายในการค้นคว้า

1. เพื่อศึกษา ความรู้ และเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร
2. เพื่อเปรียบเทียบ ความรู้ และเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร ตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ของครอบครัว ระยะเวลาสมรส จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนบุตรที่มีชีวิต ความต้องการบุตรเพิ่ม และการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ในการศึกษาในครั้งนี้ได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ คลินิกฝากครรภ์ในโรงพยาบาลทั่วไป ในจังหวัดลพบุรี สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 305 คน จากโรงพยาบาลลพบุรี จำนวน 208 คน และโรงพยาบาลบ้านหมี่ จำนวน 97 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามความรู้และเจตคติที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม ตามตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาสมรส จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนบุตรที่มีชีวิต ความต้องการบุตรเพิ่ม และการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว ซึ่งเป็นลักษณะแบบสำรวจรายการ (Check list)

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในสตรี
 ครั้งที่ 2 ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบปรนัยชนิดเลือกตอบมี 4 ตัวเลือก (Multiple Choice)

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในสตรี
 ครั้งที่ 2 ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วน
 ประเมินค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ
 ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คำถามมีลักษณะเป็นเชิงนิเสธและเชิงนิมาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส พี ซี
 (SPSS/PC:Statistical Package For the Social Sciences / Personal
 Computer Plus) ตามลำดับดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของสตรีครั้งที่ 2 ขึ้นไปที่ได้รับการฝากครรภ์ที่
 โรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี โดยการแจกแจงความถี่ คิดเป็นค่าร้อยละ และนำเสนอ
 ในรูปตารางประกอบความเรียง

2. การวิเคราะห์ความรู้และเจตคติของสตรีครั้งที่ 2 ขึ้นไป ที่มีต่อการยอมรับ
 การวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี โดยแสดงค่าเฉลี่ย
 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และแสดงระดับความรู้ เจตคติของสตรีครั้งที่ 2 ขึ้นไป ที่
 มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี

3. การทดสอบสมมติฐาน แบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ

3.1 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย จากคะแนนความรู้ เจตคติของ
 สตรีครั้งที่ 2 ขึ้นไป ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาล
 ทั่วไป จังหวัดลพบุรี จากกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน โดยการทดสอบ ค่าที
 (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 15,16,17 และ 18

3.2 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย จากคะแนนความรู้ เจตคติของ สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาล ทัวไป จังหวัดลพบุรี จากกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว (One-way Analysis of Variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1,2,3,4 5,6,7,8,9,10,11,12,13 และ 14 และถ้าพบความแตกต่างกันจะเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ใช้วิธีของ นิวแมน-คูลส์ (Newmen-Kuls method)

สรุปผลการค้นคว้า

1. สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปในโรงพยาบาลทัวไปของจังหวัดลพบุรี สังกัดกระทรวง สาธารณสุข มีระดับความรู้ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร อยู่ในระดับ ปานกลางและมีเจตคติที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร อยู่ในระดับสูง

2. เปรียบเทียบความรู้ เจตคติที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร พบว่า

2.1 สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีอายุต่างกันจะมีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรไม่แตกต่างกัน

2.2 สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีอายุต่างกันจะมีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรไม่แตกต่างกัน

2.3 สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001

2.4 สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001

2.5 สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีอาชีพต่างกันจะมีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001

2.6 สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีอาชีพต่างกันจะมีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001

2.7 สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีรายได้ต่างกันจะมีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001

2.8 สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีรายได้ต่างกันจะมีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001

2.9 สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีระยะเวลาสมรสต่างกัน จะมีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

2.10 สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีระยะเวลาสมรสต่างกันจะมีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรไม่แตกต่างกัน

2.11 สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ต่างกันจะมีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรไม่แตกต่างกัน

2.12 สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ต่างกัน จะมีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

2.13 สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีจำนวนบุตรที่มีชีวิตต่างกันจะมีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรไม่แตกต่างกัน

2.14 สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีจำนวนบุตรที่มีชีวิตต่างกันจะมีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรไม่แตกต่างกัน

2.15 สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่ไม่มีความต้องการบุตรเพิ่มจะมีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรไม่ดีกว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีความต้องการบุตรเพิ่ม

2.16 สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่ไม่มีความต้องการบุตรเพิ่มจะมีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรไม่ดีกว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีความต้องการบุตรเพิ่ม

2.17 สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัวในระยะก่อนคลอด จะมีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรไม่ดีกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่ไม่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว

2.18 สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัวในระยะก่อนคลอด จะมีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรไม่ดีกว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่ไม่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว

อภิปรายผล

ตอนที่ 1 ความรู้และเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปมีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร โดยได้คะแนนเฉลี่ย 67.75 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.99 ซึ่งจัดว่าอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนเจตคติที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร มีคะแนนเฉลี่ย 3.84 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.33 แสดงว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ส่วนใหญ่มีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร อยู่ในระดับสูง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความรู้ และเจตคติที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ตามตัวแปร

2.1 สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มีอายุต่างกันจะมีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 อาจเป็นเพราะ สตรีที่มีอายุแตกต่างกัน ในปัจจุบันนี้มีการรับรู้เกี่ยวกับเรื่องการวางแผนครอบครัวจากการศึกษา จากแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัวในโรงพยาบาล สถานีอนามัย จากญาติพี่น้อง บิดา มารดา และเพื่อนบ้าน จากสื่อสารมวลชนต่าง ๆ เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ สิ่งพิมพ์ ที่ได้เสนอเนื้อหาสาระ ตลอดจนบทความและข้อคิดเห็นต่าง ๆ เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว และจากประสบการณ์ที่ผ่านมา คือสตรีเหล่านี้เคยตั้งครรภ์และมีบุตรมามากกว่า 1 คน แล้วจึงมีความรู้ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทองอยู่ บุญการ (2535 : 84) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกวิธีการคุมกำเนิดของหญิงวัยเจริญพันธุ์ทั้งชนิดชั่วคราว และชนิดถาวร แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา มาศมาลัย (2532 : 89) เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกวิธีการคุมกำเนิดในกลุ่มสตรีที่ไม่ต้องการบุตรเพิ่มในประเทศไทย พบว่า

ปัจจัยทางด้านอายุของสตรีมีความสัมพันธ์กับการคุมกำเนิด และไม่คุมกำเนิดแตกต่างกันและ การศึกษาของ นันทนา คงนันทะ (2531 : 77) เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำหมันหลัง คลอดของสตรีที่มีบุตร ตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า อายุของสตรีเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่มีอิทธิพลต่อการทำหมันหลังคลอด และการศึกษาของ ฟิชเชอร์ และซิลวา (Fisher and Silva. 1986 : 235) เรื่องผู้ที่พอใจการยอมรับการใส่ห่วงอนามัยในโครงการ การ วางแผนครอบครัวของประเทศศรีลังกา ด้วยการวิจัยเชิงเสริมแรงสูงใจ พบว่า ในเขตพื้นที่ ทดลองที่เจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัวได้เสริมแรงสูงใจให้การยอมรับการใส่ห่วงอนามัย ได้มี ผู้ยอมรับเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

2.2 สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มีอายุต่างกันจะมีเจตคติต่อการยอมรับการวาง แผนครอบครัวชนิดถาวรไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 อาจเป็นเพราะ สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปได้รับความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร จากแหล่ง ต่าง ๆ รวมทั้งประสบการณ์ที่เคยตั้งครรภ์มาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้งแล้ว จึงมีเจตคติต่อการ ยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อมรา หิตมิไชย (2535 : 101) เรื่อง ความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรใน โรงพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีต่อการยอมรับการวางแผน ครอบครัวแตกต่างกัน คือ สตรีที่มีอายุมากมีการยอมรับการวางแผนครอบครัวดีกว่าสตรีที่มี อายุน้อยและการศึกษาของ เสาวนีย์ สิริยุตตะ (2532 : 115) เรื่องปัจจัยที่กำหนดการ ใช้วิธีคุมกำเนิดด้วยยาฝังใต้ผิวหนัง และการศึกษาของ นิธิต นิทักษ์เทพสมบัติ และสุวัฒนา วิบูลย์เศรษฐี (2531 : 33) เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้การทำหมันของคู่สมรส ในเขตชนบทของภาคใต้ พบว่า อายุของสตรีหรือของสามี มีผลในทางลบต่อความคิดที่จะทำ หมัน ดังจะเห็นได้จากสตรีที่อายุต่ำกว่า 30 ปี คิดจะทำหมันถึงร้อยละ 40.4 ในขณะที่สตรี ที่อายุ 40-49 ปี แทบจะไม่มีใครคิดจะทำหมันเลย ผลของอายุของสามีและการรยารวมกันก็ ยังมีผลต่อความคิดที่จะทำหมันในลักษณะเดิม นั่นคือคู่ที่อายุน้อยคิดจะทำหมัน ร้อยละ 46 และ คู่ที่อายุมาก คิดจะทำหมันเพียง ร้อยละ 4.3 เท่านั้น และการศึกษาของ ฤดี เอมแถม (2529 : 102) เรื่องปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมและประชากรที่มีผลต่อการตัดสินใจทำหมัน หญิงหลังคลอด โรงพยาบาลศิริราช พบว่าอายุของสตรีมีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจทำหมัน หญิงหลังคลอด

2.3 สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีความรู้ต่อการยอมรับ การวางแผนครอบครัวชนิดถาวรแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อที่ 3 โดยพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือสูงกว่า มีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร ดีที่สุด รองลงมาได้แก่สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มีระดับการศึกษานุปริญญา หรือเทียบเท่า มัธยมศึกษา และประถมศึกษาหรือต่ำกว่าตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับ นิชิต นิทกัษเทผสมบัติ และสุวัฒนา วิบูลย์เศรษฐี (2531 : 34) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้การทาหมันของคู่สมรส ในเขตชนบทของภาคใต้ พบว่า การศึกษาของสตรีและสามี มีความสัมพันธ์ กับความคิดที่จะทาหมันสูงขึ้นตามระดับการศึกษาของคู่สมรส และการศึกษา ของ สุภาภรณ์ ชีระจันทร์ (2531 : ข) เรื่องอิทธิพลของศาสนาต่อการควบคุมภาวะการเจริญพันธุ์ภาคใต้ พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการใช้การคุมกำเนิด

2.4 สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีเจตคติต่อการยอมรับ การวางแผนครอบครัวชนิดถาวรแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อที่ 4 เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป มีระดับ การศึกษานุปริญญาตรี หรือสูงกว่า มีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร ดีที่สุด รองลงมา ได้แก่ นุปริญญาหรือเทียบเท่า มัธยมศึกษา และประถมศึกษา เรียงต่ำกว่า ตามลำดับซึ่งสอดคล้องกับ สุวัฒนา วิบูลย์เศรษฐี (2535 : 41) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อการเลือกใช้การทาหมันของคู่สมรสในเขตชนบทของภาคกลาง พบว่า ความคิดเห็นของ สามีและภรรยาที่มีการศึกษาสูงกว่า ม.1 มีความคิดที่จะทาหมันสูงตามด้วย และสอดคล้อง กับ อมรา ชิตมีไชย (2535 : 102) ได้ศึกษาความคิดเห็นของสตรีภายหลังคลอดบุตรที่มี ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว พบว่า ระดับการศึกษาของสตรีภายหลังคลอดบุตรที่มี ความแตกต่าง กันมีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน และสอดคล้องกับ อัจนรา มาศมาลัย (2532 : ก) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการ เลือกใช้วิธี คุมกำเนิดในกลุ่มสตรีที่ไม่ต้องการบุตรเพิ่ม พบว่า การศึกษาของสตรีมีความสัมพันธ์กับการ คุมกำเนิด และไม่คุมกำเนิด และสอดคล้องกับ ธวัช อักโข (2526 : 62) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้การวางแผนครอบครัวในเขตเมืองของประเทศไทย พบว่า การ ศึกษาของสตรีและสามี มีอิทธิพลในทางบวกต่อการใช้การคุมกำเนิด

2.5 สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มีอาชีพต่างกันจะมีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรดีที่สุด รองลงมา ได้แก่ ค้าขาย แม่บ้าน เกษตรกรรม และรับจ้างตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับ วราภรณ์ แผลงมน (2536 : 241) ได้ศึกษาความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 สถาบันราชภัฏมหาวิทยาลัยรัตนโกสินทร์ พบว่า นักศึกษาที่มีผู้ประกอบการอาชีพต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน และสอดคล้องกับ งามนิตย รัตนานุกูล (2528 : ข) ได้ศึกษาการปฏิบัติการคุมกำเนิดในสตรีตั้งครรภ์ไม่ปรารถนาพบว่าอาชีพของสตรีมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการคุมกำเนิดในด้านความต่อเนื่องของการใช้และชนิดวิธีคุมกำเนิดที่ใช้และสอดคล้องกับ เพรสตัน และ ริชาร์ด (Presston and Richards. 1975 : 209) ได้ศึกษาเกี่ยวกับอาชีพของสตรีในโปรตุเกสที่มีอิทธิพลต่อการสมรสพบว่า สตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมมีอัตราการแต่งงานต่ำกว่าสตรีทั่วไป

2.6 สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มีอาชีพต่างกันจะมีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรดีที่สุด รองลงมา ได้แก่ อาชีพค้าขาย แม่บ้าน รับจ้าง และเกษตรกรรม ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับ อมรา ชิตมีไชย (2535 : 103) ได้ศึกษาความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวพบว่า อาชีพของสตรีที่แตกต่างกันมีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกันและสอดคล้องกับ สุวัฒนา วิบูลย์เศรษฐี (2535 : 42) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้การห้ามหนั้นของคู่สมรส ในเขตชนบทภาคกลางพบว่า สตรีที่ไม่ได้ทำงาน หรือแม่บ้านมีความคิดที่จะห้ามหนั้นมากที่สุด และสอดคล้องกับ ศิริโรจน์ เอกภิชยะกุล (2529 : 68) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้การคุมกำเนิดชนิดชั่วคราวและชนิดถาวรของสตรีในเขตชนบท พบว่า อาชีพของสตรีที่ใช้การคุมกำเนิดชนิดชั่วคราวและชนิดถาวร เป็นสตรีที่มีอาชีพเกษตรกรรมมากกว่าสตรีที่มีอาชีพอื่น

2.7 สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกันจะมีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มีรายได้ของครอบครัวมากกว่า 8,000 บาท มีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรดีที่สุด รองลงมาได้แก่ รายได้ของครอบครัว 3,001-8,000 บาท และไม่เกิน 3,000 บาท ตามลำดับซึ่งสอดคล้องกับ วราภรณ์ แผลงมน (2536 : 241) ได้ศึกษาความรู้ และเจตคติกับการวางแผนครอบครัวของนักเรียนชั้นปีที่ 4 สถาบันราชภัฏสงขลา รัตนโกสินทร์ พบว่า รายได้ของครอบครัวต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกันและสอดคล้องกับ นันทนา คงนันทะ (2531 : ข) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำหมันหลังคลอดของสตรีที่มีบุตร 3 คนขึ้นไป จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่ารายได้ของครอบครัวมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจทำหมันหญิงและการศึกษาของ งามนิตย์ รัตนานุกูล (2528 : ก) ได้ศึกษาการปฏิบัติคุมกำเนิดในสตรีตั้งครรภ์ไม่ปรารถนา พบว่า รายได้ของคู่สมรสมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติคุมกำเนิด ในด้านความต่อเนื่องของการใช้และชนิดวิธีคุมกำเนิดที่ใช้และสอดคล้องกับ ซิมมอส (Simmos. 1983 : 103) ได้ศึกษาปัจจัยที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับการทำหมัน พบว่า รายได้เป็นปัจจัยที่มีส่วนกำหนดการคุมกำเนิดโดยวิธีทำหมัน ซึ่งคู่สามีภรรยาจะเป็นผู้กำหนดจำนวนบุตรตามที่ต้องการหรือการเว้นช่วงการมีบุตร

2.8 สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มีรายได้ต่างกันจะมีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 8 เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มีรายได้ของครอบครัวมากกว่า 8,000 บาท มีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรดีที่สุด รองลงมา ได้แก่ รายได้ของครอบครัว 3,001-8,000 บาทและไม่เกิน 3,000 บาท ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับ อมรา ชิตมิไชย (2535 : 104) ได้ศึกษาความคิดเห็นของสตรีภายหลังคลอดบุตรในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว พบว่ารายได้ของสตรีที่แตกต่างกันมีความคิดเห็นต่อการยอมรับแตกต่างกันและสอดคล้องกับ ศรีบังอร สุวรรณพานิช (2530 : 79-80) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นของอาจารย์ และนักศึกษามหาวิทยาลัยพลศึกษาภาคใต้ ที่มีต่อการวางแผน

ครอบครัว พบว่า นักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษาภาคใต้ที่มีระดับรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีความคิดเห็นเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน และสอดคล้องกับ งานนิพนธ์ รัตนานุกูล (2528 : ค) ได้ศึกษาการปฏิบัติคุมกำเนิดในสตรีตั้งครรภ์ไม่ปรารถนา พบว่า รายได้ของคู่สมรสมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติคุมกำเนิดในด้านความต่อเนื่องของการใช้ และ ชนิดวิธีคุมกำเนิดที่ใช้ และสอดคล้องกับ ประดิษฐ์ บัณนิม (2528 : 72) ได้ศึกษาความคิดเห็นของนักศึกษามหาวิทยาลัยพลศึกษา ที่มีต่อการวางแผนครอบครัว พบว่า รายได้ครอบครัวของนักศึกษาที่แตกต่างกันมีความเห็นเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแตกต่างกัน และสอดคล้องกับ มิสรา (Misra. 1967 : 181) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของรายได้ของครอบครัวกับเจตคติต่อการวางแผนครอบครัวในซิดาโก พบว่าเมื่อรายได้สูงขึ้นอัตราการเห็นด้วยจะสูงตามไปด้วย ครอบครัวที่มีรายได้ต่ำกว่า 4,000 เหรียญอเมริกา สามี่เห็นด้วยร้อยละ 65 ภรรยาเห็นด้วย ร้อยละ 74 รายได้ระหว่าง 4,000-7,999 เหรียญ สามี่เห็นด้วย ร้อยละ 79 ภรรยาเห็นด้วย ร้อยละ 84 และครอบครัวที่มีรายได้สูงกว่า 8,000 เหรียญ สามี่เห็นด้วย ร้อยละ 80 ภรรยาเห็นด้วย ร้อยละ 86.7

2.9 สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีระยะเวลาสมรสต่างกันจะมีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9 เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มีระยะเวลาสมรสต่ำกว่า 5 ปี จะมีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรดีที่สุด รองลงมาได้แก่ สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มีระยะเวลาสมรส 11 ปีขึ้นไป และ 5-10 ปี ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับ ขัญมุล ตั้งศิลป์ชัย (2531 : ก) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคุมกำเนิดในปัจจุบัน : เปรียบเทียบระหว่างภาคที่มีอัตราคุมกำเนิดสูงและต่ำ พบว่า ระยะเวลาสมรสมีความสัมพันธ์ในทางบวกและสอดคล้องกับ ศิริโรจน์ เอกปิยะกุล (2529 : 71) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้ในการคุมกำเนิดชนิดชั่วคราว และชนิดถาวรของสตรีในชนบท พบว่า ระยะเวลาสมรสของสตรีชนบทที่มีผลต่อการเลือกใช้ในการคุมกำเนิดชนิดถาวรสูงกว่าชนิดชั่วคราว

2.10 สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มีระยะเวลาสมรสต่างกันจะมีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10 อาจเป็นเพราะปัจจุบันสตรีได้รับความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรของสตรี จึงขึ้น

อยู่กับช่วงวัยของสตรีเป็นสำคัญ ไม่ได้ขึ้นอยู่กับระยะเวลาสมรส ดังนั้น สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีระยะเวลาสมรสต่างกัน จึงมีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับ อมรา ชิตมิไชย (2535 : 104) ได้ศึกษาความคิดเห็นของสตรีภายหลังคลอดในโรงพยาบาล สังกัด กระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว พบว่า ระยะเวลาสมรสของสตรีภายหลังการคลอดที่มีความแตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับ สุภาภรณ์ ชีระจันทร์ (2531 : ข) ได้ศึกษา อิทธิพลของศาสนาต่อการควบคุมภาวะการเจริญพันธุ์ : ศึกษาเฉพาะกรณีภาคใต้ พบว่า ระยะเวลาสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้การคุมกำเนิด ซึ่งไม่สอดคล้องกับ ฤดี เอมแย้ม (2529 : ฉ) ได้ศึกษาปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม และประชากร ที่มีผลต่อการตัดสินใจทำแท้งหลังคลอดในโรงพยาบาลศิริราช พบว่า ระยะเวลาสมรสมีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจทำแท้ง และสอดคล้องกับ สุจิตรา กิจวิวัฒนาชัย (2525 : 139) ได้ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของประชากรหมู่บ้านประมง พบว่า ระยะเวลาการสมรสมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความรู้ ทัศนคติ และการใช้วิธีการวางแผนครอบครัว

2.11 สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ต่างกันจะมีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 11 อาจเป็นเพราะอิทธิพลทางการเผยแพร่ความรู้ ข่าวสารต่าง ๆ เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว รวมทั้งประสบการณ์จากการตั้งครรภ์มาแล้ว จึงทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีระยะเวลาสมรสแตกต่างกันเกิดความตระหนักต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับ อมรา ชิตมิไชย (2535 : 105) ได้ศึกษาความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตร ที่มีชีวิตต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว พบว่า สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีความแตกต่างกัน ในจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ มีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวไม่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับ มะลิ ลีวานนท์ชัย (2530 : 19) ได้ศึกษา ความแตกต่างทางด้านเศรษฐกิจและสังคมในการเว้นระยะการมีบุตร พบว่า จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางเศรษฐกิจ และสังคมของประชากร

2.12 สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ต่างกันจะมีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ขึ้นไปที่มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ 2 ครั้ง จะมีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรดีที่สุด รองลงมาสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ 3 ครั้ง และมากกว่า 3 ครั้งตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับ ชำนาญชัย ยามะรัต (2530 : 21) ได้ศึกษาปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวในระยะหลังคลอด จังหวัดขอนแก่น พบว่า จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการวางแผนครอบครัวในระยะหลังคลอด และสอดคล้องกับ มะลิ ลีวนานนท์ชัย (2530 : 7) ได้ศึกษาตามความแตกต่างทางด้านเศรษฐกิจ และสังคมในการเว้นระยะการมีบุตร พบว่า จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมของประชากร

2.13 สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มีจำนวนบุตรที่มีชีวิตต่างกันจะมีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 13 อาจเป็นเพราะสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปส่วนใหญ่มียุติภพที่มีชีวิต 1 คน และในการตอบแบบสอบถามนี้สตรีส่วนใหญ่กำลังตั้งครรภ์ที่ 2 อยู่ และระยะการตั้งครรภ์ยังไม่สิ้นสุดรวมทั้งการคลอดโดยปลอดภัยด้วย จึงทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปมีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับ อมรา ชิตมีไชย (2535 : 106) พบว่า สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีความแตกต่างกันในด้านจำนวนบุตรที่มีชีวิตมีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับ อัจฉรา มาศมาลัย (2532 : ก) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกวิธีคุมกำเนิด และไม่คุมกำเนิด และสตรีที่ไม่คุมกำเนิดส่วนใหญ่กลายเป็นอันตรายต่อสุขภาพ และสอดคล้องกับ นันทนา คงนันทะ (2531 : ข) พบว่า จำนวนบุตรที่มีชีวิตเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำหมันหลังคลอดของสตรีที่มีบุตรตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป

2.14 สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่มีจำนวนบุตรที่มีชีวิตต่างกันจะมีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 14 อาจเป็นเพราะ สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปได้รับความรู้จากแหล่งต่าง ๆ ประสบการณ์ที่ผ่านมาจากการตั้งครรภ์ รวมทั้งปัจจัยทางด้านฐานะ เศรษฐกิจ สังคม และความต้องการบุตรเพิ่ม จึงเป็นสาเหตุให้สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีจำนวนบุตรที่มีชีวิตต่างกันมีเจตคติต่อ

การยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับ ศศธร พันธุ์เมธิศรี (2533 : 138) ได้ศึกษา ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ของสตรีตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลราชวิถี พบว่า สตรีที่มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับ ชวณี เขี้ยวเข็ญวัฒนา (2534 : 93) ได้ศึกษา พฤติกรรมสุขภาพของสตรีขณะตั้งครรภ์ที่มาคลอดในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า สตรีที่มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ต่างกัน จะมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับสุขภาพขณะตั้งครรภ์ไม่แตกต่างกัน

2.15 สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่ไม่มีความต้องการบุตรเพิ่มกับสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่ต้องการบุตรเพิ่ม จะมีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 15 ซึ่งอาจเป็นเพราะสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่ต้องการบุตรเพิ่ม และไม่ต้องการบุตรเพิ่ม ได้รับข่าวสาร ความรู้ หรือประสบการณ์ในด้านลบเกี่ยวกับการคุมกำเนิดชนิดถาวร จึงทำให้มีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับ อมรา ชิตมิไชย (2535 : 106) พบว่า สตรีภายหลังการคลอดบุตรที่มีความแตกต่างกัน ในด้านความต้องการบุตรเพิ่มมีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับ งามนิตย์ รัตนานุกูล (2528 : ข) พบว่าความต้องการบุตรเพิ่มไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติคุมกำเนิดในสตรีที่ไม่ปรารถนาแต่ไม่สอดคล้องกับ สุมาสี เพิ่มแพ่งพันธุ์ (2527 : 71) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด พบว่า ผู้รับบริการที่ต้องการบุตรเพิ่มมีอัตราการใช้ยาคุมกำเนิดต่ำกว่าผู้รับบริการที่ไม่ต้องการบุตรเพิ่ม

2.16 สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่ไม่มีความต้องการบุตรเพิ่มกับสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่ต้องการบุตรเพิ่ม จะมีเจตคติต่อการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 16 ซึ่งอาจเป็นเพราะสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปได้รับข้อมูลข่าวสาร ความเชื่อในด้านลบเกี่ยวกับการคุมกำเนิดชนิดถาวร จึงทำให้สตรีที่ต้องการบุตรเพิ่มกับไม่ต้องการบุตรเพิ่ม มีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับ เสาวลักษณ์ บุญศรีสกุลศักดิ์ (2527 : บทคัดย่อ) พบว่าสตรีภายหลังการคลอดบุตรที่ไม่ต้องการบุตรเพิ่ม มีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว

ไม่ดีกว่าสตรีภายหลังคลอดบุตรที่มีความต้องการบุตรเพิ่มและไม่สอดคล้องกับ กติ เอมแฮม (2529 : ฉ) พบว่าจำนวนบุตรที่ต้องการมีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจทำหมันหญิงหลังคลอด โรงพยาบาลศิริราช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.17 สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่ไม่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัวในระยะก่อนคลอดกับสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว จะมีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 17 อาจเป็นเพราะในปัจจุบันมีการเผยแพร่ ความรู้ ข้อมูล ข่าวสารด้านการวางแผนครอบครัวได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น มีการเผยแพร่ความรู้ผ่านสื่อมวลชนต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ วีดีโอ แผ่นพับ โบสเตอร์ จุลสาร การจัดนิทรรศการ ฯลฯ โดยคำนึงถึงกลุ่มเป้าหมายที่มีความแตกต่างกันจึงทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่ได้รับ และไม่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัวชนิดถาวรไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับ ธวัช อักโข (2526 : 62) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการวางแผนครอบครัวในเขตเมืองของประเทศไทย พบว่า ระหว่างแหล่งข่าวสารจาก สามี คนในบ้านญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน และแหล่งข่าวสารจากสื่อมวลชน วิทยุ เจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ไม่ก่อให้เกิดความแตกต่างในเรื่องการใช้อุปกรณ์คุมกำเนิด และไม่สอดคล้องกับ อัจฉรา มาศมาลัย (2532 : ข) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกวิธีคุมกำเนิดในกลุ่มสตรีที่ไม่ต้องการบุตรเพิ่มในประเทศไทยพบว่าผู้แนะนำมีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเกี่ยวกับ ความรู้และวิธีคุมกำเนิดชนิดถาวร และสอดคล้องกับ ลินเดอร์แมน (Linderman. 1995 : 7) ได้ศึกษา การให้คำแนะนำแก่สตรีในระยะตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลเช่นลูกซ์ พบว่าสตรีที่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ และการปฏิบัติตนเองหลังคลอด รวมทั้งการวางแผนครอบครัวเพิ่มมากขึ้นกว่าสตรีที่ไม่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่

2.18 สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่ไม่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัวในระยะก่อนคลอดกับสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ที่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว จะมีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 18 อาจเป็นเพราะสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปได้รับ ความรู้ จากแหล่งต่าง ๆ และประสบการณ์ที่ผ่านมา มีความเชื่อ และความเข้าใจในเรื่องการวางแผน

แผนครอบครัวชนิดถาวรดีขึ้น ทั้งสตรีที่ได้รับ และไม่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัว จึงทำให้สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปมีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับ อมรา ชิตมีไชย (2535 : 107) พบว่า สตรีภายหลังการคลอดบุตร ที่มีความแตกต่างกัน ในด้านการได้รับการแนะนำจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัวมีความคิดเห็นต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับ ชัญชัย ยามะรัต (2530 : 33) พบว่าแหล่งความรู้ที่ผู้ยอมรับการวางแผนครอบครัวในระยะหลังคลอดได้รับรู้ เรื่องการวางแผนครอบครัวมากที่สุด คือ ญาติ เพื่อนบ้าน รองลงไป คือ เจ้าหน้าที่อนามัย ผู้ที่มารับการวางแผนครอบครัว ส่วนมากเห็นด้วย และพอใจในการยอมรับการวางแผนครอบครัวในระยะหลังคลอด และสอดคล้องกับ ฟิชเชอร์ และซิลวา (Fisher and Silva, 1986 : 2535) ได้ศึกษาผู้ที่พึงพอใจยอมรับการใส่ห่วงโครงการวางแผนครอบครัวในประเทศศรีลังกา พบว่า การให้คำแนะนำของเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัวมีผลต่ออัตราการคงใช้ของผู้ที่ยอมรับการวางแผนครอบครัว

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษา พบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มาใช้บริการฝากครรภ์ในคลินิกโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี มีความรู้ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในระดับพอใช้ และมีเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในระดับสูง ซึ่งสตรีกลุ่มเป้าหมายนี้มีแนวโน้มที่จะตัดสินใจวางแผนครอบครัวชนิดถาวรหลังการคลอดบุตร 2 คนขึ้นไปแล้ว แต่สตรีกลุ่มนี้มีความรู้ที่ยังไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร ดังนั้น จึงควรที่จะมีการให้สุขศึกษาในด้านความรู้ที่ถูกต้อง และเจตคติที่ดีแก่กลุ่มสตรีเป้าหมายกลุ่มนี้ เพื่อที่จะเกิดการปฏิบัติในการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรให้เพิ่มมากขึ้น และสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 ฉะนั้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอที่จะเป็นประโยชน์ในการนำผลการศึกษาค้นคว้าไปใช้ ดังนี้คือ

1. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้มาเป็นข้อมูลในการดำเนินงาน ด้านการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อในหน่วยงานวางแผนครอบครัวได้ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2. การประชาสัมพันธ์ เรื่องการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร กับสตรีกลุ่มเป้าหมายและประชาชนทั่วไป ให้เกิดภาพลักษณ์ที่ดีในเรื่องนี้ รวมทั้งด้านอื่น ๆ

3. การจัดอบรมความรู้ เรื่องการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องกับการวางแผนครอบครัวในโรงพยาบาลและสถานอนามัย เพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องนี้ เพราะมีส่วนช่วยสร้างเจตคติที่ดีให้กับสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปในระยะก่อนและหลังคลอดบุตร รวมทั้งประชาชนทั่วไปด้วย

4. การจัดอบรมความรู้ เรื่องการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร แก่กลุ่มสตรีเป้าหมายและประชาชนที่สนใจให้เกิดความรู้ เพื่อก่อให้เกิดความตระหนัก และเห็นความสำคัญพร้อมที่จะตัดสินใจนำไปปฏิบัติต่อไป

5. การจัดบริการให้เกิดความประทับใจในด้านต่าง ๆ อาทิ เช่น ความสะดวก รวดเร็ว มนุษย์สัมพันธ์ที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหลังจากหาหมัน เป็นต้น

6. บริการให้คำปรึกษาและแนะนำเกี่ยวกับเรื่องการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในกลุ่มสตรีเป้าหมายและผู้สนใจ เพื่อสร้างเจตคติที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทากิจวัตรต่อไป

1. จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกวิจัยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลทั่วไป จังหวัดลพบุรี สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้น จึงควรมีการวิจัยเรื่องนี้ซ้ำ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่ครอบคลุมโรงพยาบาลชุมชนทั้งจังหวัดลพบุรี รวมทั้งโรงพยาบาลที่ไม่ได้สังกัดกระทรวงสาธารณสุขด้วยหรือใช้กลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลจังหวัดอื่น ๆ เพื่อเปรียบเทียบ

2. การศึกษาตัวแปรอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น ศาสนา ความต้องการเพศบุตร ความคิดเห็นของสามี ค่าใช้จ่ายในการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร ความพึงพอใจในการให้บริการของเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัวและแหล่งที่ได้รับความรู้ เป็นต้น

3. การทากการศึกษาเรื่องนี้เพิ่มเติมในด้านการปฏิบัติ ในกลุ่มสตรีภายหลังการคลอดบุตรคนที่ 2 ขึ้นไป ต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร

4. การมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ที่อยู่ตามสัดส่วนภูมิภาคของประเทศไทย ว่ามีความรู้ และเจตคติต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

5. การมีการวิจัยหารูปแบบ การให้สุขศึกษาที่เหมาะสมเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร แก่สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไป ในระยะก่อน-หลังการคลอดบุตร เพื่อที่จะให้กลุ่มเป้าหมายนี้เกิดความตระหนักและยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6. จากปัญหาในด้านข่าวลือในทางลบเกี่ยวกับการทำหมัน จึงน่าที่จะศึกษาในกลุ่มผู้ที่ทำหมันไปแล้วว่า มีปัญหาอะไร มีสาเหตุจากอะไร เพื่อจะได้หาทางแก้ไขความเข้าใจผิดต่าง ๆ อันจะส่งผลให้มีการมารับบริการ การทำหมันให้มากขึ้น

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กมลรัตน์ หล้าสูงษ์. จิตวิทยาการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : ศรีเดชาการ
พิมพ์, 2528.
- กษมา วิจารณ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการวางแผนครอบครัวของ
ทหารอากาศไทย. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล,
2534. อุดสาเนา
- ขวัญกมล ตั้งศิลป์ชัย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคุมกำเนิดในปัจจุบัน ; เปรียบเทียบ
ระหว่างภาคที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูงและต่ำ. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ
: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อุดสาเนา
- คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจ, สำนักงาน. แผนพัฒนาคน สังคม และวัฒนธรรมในช่วง
แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 พ.ศ. 2535- 2539.
กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2534.
- _____ . การคาดประมาณประชากร สำหรับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
ฉบับที่ 7 พ.ศ 2535-2539. กรุงเทพฯ : ม.ป.ท., 2533.
- งามนิตย์ รัตนานุกูล. การปฏิบัติคุมกำเนิดในสตรีตั้งครรภ์ไม่ปรารถนา. วิทยานิพนธ์
ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528. อุดสาเนา
- จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และอุดม คมพยัคฆ์. อนามัยแม่-เด็กและการวางแผนครอบครัว.
พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์รุ่งเรืองธรรม, 2525.
- ชวนี เชื้อวเอี่ยมวัฒนา. พฤติกรรมสุขภาพของสตรีขณะตั้งครรภ์ที่มาคลอดในโรงพยาบาล
สังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ
: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534. อุดสาเนา.
- ชาญชัย ยามะรัต. "ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการแผนครอบครัวระยะหลัง
คลอด," วารสารสุขศึกษา. 10(38) : 21-33 ; เมษายน-มิถุนายน 2530.
- ชัยชนะ สุวรรณเวช และสนธิ มาประจวบ. เรื่องสิ่งเขยประเทศไทย. กรุงเทพฯ :
กองอนามัยครอบครัว, 2520.

- เชิดศักดิ์ โฆวาสินธุ์. การวัดทัศนคติและบุคลิกภาพ. สำนักทดสอบทางการศึกษาและ
จิตวิทยา. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2520.
- ชูชีพ อ่อนโคกสูง. จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2522.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. เทคนิคการวิจัยสถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์
เจริญผล, 2534.
- ชูศรี วีระสัมพันธ์. ความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการเจริญพันธุ์ของสตรีชนบทระยะหลังคลอดใน
ศูนย์อนามัยแม่และเด็ก เขต 7 ราชบุรี. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525. อัดสำเนา.
- ดวงเดือน พันธุมนาวิน. อิทธิพลของสังคมต่อทัศนคติของวัยรุ่น. รายงานการวิจัย ฉบับที่
18. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์คุรุสภา, 2518.
- _____. เอกสารประกอบการสอนเรื่อง การวัดทัศนคติเพื่อทำนายพฤติกรรม.
กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร, 2528.
- ทองอยู่ บุญการ. ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้อุปกรณ์กำเนิดของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มารับ
บริการ ณ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 10 เชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ ส.ม.
เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2535. อัดสำเนา
- ธวัช อักโข. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการวางแผนครอบครัวในเขตเมืองของประเทศ
ไทย. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526. อัดสำเนา
- นางลักษณ์ เอมประดิษฐ์ และคณะ. เพศศึกษา. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรบัณฑิต, 2529.
- นันทนา คงนันทะ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำหมันหลังคลอดของสตรีที่มีบุตรตั้งแต่ 3 คน
ขึ้นไปในโรงพยาบาลเขตจังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา
- บุญเลิศ เลี้ยวประไพ. "การประเมินศักยภาพตลาดการคุมกำเนิดในประเทศไทย,"
สมาคมทำหมันแห่งประเทศไทย. 9(9) : 31-39 ; ธันวาคม 2527.
- _____. แนวโน้มและประเด็นปัญหาประชากรของประเทศไทยในคริสต์ศตวรรษที่ 21.
กรุงเทพฯ : บริษัท 21 เซ็นจูรี จำกัด, 2535.

- ประดิษฐ์ ปิ่นมณี. ความคิดเห็นของนักศึกษาระดับปริญญาตรีที่มีต่อการวางแผนครอบครัว.
ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร,
2528. อัดสำเนา
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทัศนคติ : การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์, 2526.
- นิชิต นิทกัษ์เทพสมบัติ และ สุวัฒนา วิบุรย์เศรษฐี. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้
การทำหมันของคู่สมรส ในเขตชนบทภาคใต้. กรุงเทพฯ : สถาบันประชากร
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2531.
- นางรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพฯ : สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา. มหาวิทยาลัยศรีนครินทร
วิโรฒ ประสานมิตร, 2531.
- ไพศาล หวังพานิช. การวัดผลการศึกษา. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2526.
- มหาวิทยาลัยมหิดล, ทบวง. "ภาวะประชากรในปัจจุบัน," สารประชากร. สถาบัน
วิจัยประชากรและสังคม. 22 (2) : 1 ; มกราคม 2537.
- มะลิ ลีวนานนท์ชัย. "ความแตกต่างทางด้านเศรษฐกิจและสังคมในการเว้นระยะการมี
บุตร," "ในรายงานการประชุมวิชาการการประชากรศาสตร์แห่งชาติ. กรุงเทพฯ
: สมาคมนักประชากรไทย, 2530.
- ระดม เศรษฐกร. "การรับสิ่งเปลี่ยนแปลงใหม่ ๆ ในท้องถิ่นชนบท," พัฒนาชุมชน.
18(4) : 29 ; เมษายน 2512.
- โรงพยาบาลบ้านหมี่. สถิติการฝากครรภ์. 2537. สิ่งตีพิมพ์.
- โรงพยาบาลลพบุรี. สถิติการฝากครรภ์. 2537. สิ่งตีพิมพ์.
- ฤดี เอ็มแฮม. ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมและประชากรที่มีผลต่อการตัดสินใจทำหมันหญิง
หลังคลอด: ศึกษากรณีผู้มารับบริการจากห้องคลอดสามัญ โรงพยาบาลศิริราช.
วิทยานิพนธ์ สศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529. อัดสำเนา
- วางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย, สมาคม. คู่มือการสอนเรื่องครอบครัวศึกษา.
กรุงเทพฯ : สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย, 2530.

- _____. "แหล่งบริการคุมกำเนิด," ในเอกสารการอบรมวิทยากรเรื่อง ชีวิตครอบครัวศึกษา. หน้า 114-117. กรุงเทพฯ : สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย, 2530.
- _____. เอกสารการอบรมวิทยากรเรื่อง ชีวิตครอบครัวศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ : สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย, 2533.
- วราธิราช แผลงมณ. ความรู้และเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 สถาบันราชภัฏมหาวิทยาลัยรัตนโกสินทร์. ปริญญาโท ศึกษาศาสตร์. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2536. อัดสำเนา
- วิฑูร โอสถานนท์. "การเจริญพันธุ์และการวางแผนครอบครัว," อดีต ปัจจุบัน และอนาคต, เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ วิทยาการก้าวหน้าในการเจริญพันธุ์และการวางแผนครอบครัว. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- วิมลรัตน์ ภูผาสุข. ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้และระยะเวลาที่เริ่มใช้วิธีคุมกำเนิดของสตรีภายหลังการคลอดบุตร. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- วิไล กุศลวิศิษฐ์กุล. "เครื่องมือในการวิจัย." ในเอกสารการสอนชุดวิชาสถิติและการวิจัยสำหรับวิทยาศาสตร์สุขภาพ หน่วยที่ 7. หน้า 312-313. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2527.
- วีระ นิยมวัน และปิติ พูนไชยศรี. "การบริหารการวางแผนครอบครัว," ในเอกสารประกอบการสอนชุด วิชาอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว หน่วยที่ 15. สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. หน้า 858-859. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2536.
- ศศธร พันธุ์เมธีศรี. ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีของสตรีมีครรภ์ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลราชวิถี. ปริญญาโท ศึกษาศาสตร์. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2533. อัดสำเนา.
- ศักดิ์ สุนทรเสณี. เจตคติ. กรุงเทพฯ : ดิฉันบุ๊คส์, 2531.

- ศิริรัตน์ เอกปิยะกุล. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้การคุมกำเนิดชนิดชั่วคราวและชนิดถาวรของสตรีไทยในชนบท. วิทยานิพนธ์ ศค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529. อัดสำเนา
- ศรีบังอร สุวรรณพานิช. การศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นของอาจารย์และนักศึกษาวิทยาลัยพลศึกษาภาคใต้ที่มีต่อการวางแผนครอบครัว. ปรินทิพนิพนธ์. กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2530. อัดสำเนา.
- สมบุรณ์ ชิตพงษ์. เทคนิคการวัดผลและประเมินผลการเรียนการสอนสังคมศึกษา. สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2523.
- สันติ รุ่งสมัย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานวางแผนครอบครัว : กรณีศึกษาชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง อำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ ศค.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- เสาวนีย์ สุริยตตะ. ปัจจัยที่กำหนดการใช้วิธีคุมกำเนิดด้วยยาฝังใต้ผิวหนังของสตรีวัยเจริญพันธุ์ในศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 4 ขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ ศค.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา
- เสาวลักษณ์ บุญศรีสกุลศักดิ์. ปัจจัยทางสังคมจิตวิทยาที่กำหนดพฤติกรรมการคุมกำเนิดของสตรีที่ไม่ต้องการบุตรเพิ่ม. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.
- สุกานดา สุมิชชาติ. การศึกษาปัญหาการหาแท้งที่ผิดกฎหมายและวิธีป้องกันแก้ไข. วิทยานิพนธ์ ศค.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2519. อัดสำเนา
- สุจิตรา กิจวิวัฒนาชัย. ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของประชากรหมู่บ้านประมง. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525. อัดสำเนา
- สุชาติ โสมประยูร และอารณี โสมประยูร. เพศศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2531.

- สุทิน ศิริอักษร. การศึกษาความเชื่อและการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของ
ข้าราชการตำรวจใน 4 จังหวัดภาคใต้. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ :
 มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา
- สุภาภรณ์ ธีระจันทร์. อิทธิพลของศาสนาต่อการควบคุมภาวะการเจริญพันธุ์ : ศึกษาเฉพาะ
กรณีภาคใต้. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
 อัดสำเนา
- สุมาลี เนียมแพงพันธ์. ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการคงใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด. วิทยานิพนธ์
 ท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.
- สุวัฒนา วิบุรย์เศรษฐี. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้การทำหมันของคู่สมรสในเขต
ชนบทภาคกลาง. กรุงเทพฯ : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหา
 วิทยาลัย, 2531.
- สุวชัย อินทรประเสริฐ. คู่มือตั้งครรภ์และการเตรียมคลอด. พิมพ์ครั้งที่ 4.
 กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- อัจฉรา มาศมาลัย. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดในกลุ่มสตรีที่ไม่ต้องการ
บุตรเพิ่มในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล,
 2532. อัดสำเนา
- อมรา ชิตมีไชย. ความคิดเห็นของสตรีภายหลังการคลอดบุตรในโรงพยาบาลสังกัดกระ
หวงกลาโหมกรุงเทพมหานคร ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัว.
 ปรินฤพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร,
 2535. อัดสำเนา
- อรนิต บุญนาค และระพีพรรณ หุ่นพานิช. ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติด้านการวางแผน
ครอบครัวและบุตรในอุดมคติของประชากรไทย. เอกสารวิจัยหมายเลข 12.
 กรุงเทพฯ : สถาบันประชากรศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524.
- อารี สมบูรณ์สุข. "การวางแผนครอบครัว." ใน เอกสารการอบรมวิทยากรเรื่อง ชีวิต
ครอบครัวศึกษา. หน้า 91. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ : สมาคมวางแผนครอบครัว
 แห่งประเทศไทย, 2533.

- Anatasi, A. Psychological Testing. 2 nd.ed. New York : The Mc Millan Company, 1967.
- Best, John W. Research in Education. Fourth Edition. New Delhi : V.K. Batrd at Pearl Offset Press, 1983.
- Bloom, B.S., Madaus, G.F. and Hasting, J.T. Evaluation to Improve Learning. New York : McGraw Hill Book Company, 1975.
- Cronbach, Lee Joseph. Essential of Psychological Testing. 3rd ed. New York : Harper and Row, 1970.
- Dow, Thomas and Others. "Characteristics of New Contraception Acceptor in Zimbabwe," Studies in Family Planning. 17(2) : 107 ; March/April, 1986.
- Driver, Edwin D. Differential Fertility in Central India. New Jersey : Princeton University Press, 1962.
- Dryer, Joseph C. and Jeanne M. haws. "Is Permanent Contraception Acceptable in Sub-Saharan Africa, "Studies in Family Planning. 21(6) : 322-326 ; November-December, 1990.
- Edwards, Allen L. Statistic Analysis. New York : Rinehart and Company, 1958.
- Ferguson, George A. Statistic Analysis in Psychology and Education 5th ed. Tokyo : McGraw-Hill Book Company, 1987.
- Fisher, Andrew A. and Silva Victor de. "Satisfied IUD Acceptors as Family Planning Motivators in Sri Lanka," Studies in Family Planning. 17(5) : 235 ; September/October, 1986.
- Golsen, Rose K. and Rails Max. Factors Related to Acceptance of Innovation in Bang Chan Thailand. New York : Cornell University, 1963.

- Good, C.v. Dictionary of Education. 3rd.ed. New York : Mc.
Graw Hill Book Company, 1973.
- Hock, Saw-Swee. Family Planning Knowledge Attitude and Practice !
in Mayaya Demography. 5(2) : 702-708 ; 1968.
- Kagan, Jerome and Ernest Hareman. Psychology. New York, Harcourt,
Brace and World, Inc. 1968.
- Kelman, H.C. "Compliance, Identification, and Internatization
Three Process of Attitude Change, "Journal of Conflict
Resolution. 2 : 51-60, February, 1958.
- Klinger, A. Sterilization Situation Worldwide. IUSSP. Solicted,
1981.
- Klonglan, B.E. and E.W. Coward Jr. Some Factors Affecting to
Adoptionof Multiple Cropping in Imigration Area of
Petchaburi Province. Master Thesis Dept of Agricultural
Extension Kasetsart University , 1977.
- Likert, E.A. Techniques of Attitude Scale Construction. New
York : Appleton Century. Croffs, 1975.
- Linderman, C.A. "Researchers of Course," Journal of Nuersing
Administration. November-December, 1975.
- Misra, B.D. "Correlates of Males Attitudes Toward Family
Planning,"Sociological Contribution to Family Planning
Research. Chicago : University of Chicago, 1967.
- Newcomb, Theodore M. Social Psychology. New York : The Dryden
Press, 1954.
- Preston, Samual H. and Richard, Alan T. "The Influence of Woman'S
Work Opportunities on Marriage Rate," Demography. 1975.

- Robert, G.W. "Knowledge and Use of Birth Control in Barbados,"
Demography. 4 : 580-581 ; 1965.
- Roger, Everett M. Diffusion of Innovation. The Free Press New
York : 1962.
- _____. Diffusion of Innovation. The Free Press New York, 1968.
- Ross, J. A. and Smith, David P. Korca. "Trends in Four National
KAP. Survey, 1964-1967 : Studies in Family Planning," The
population Council. 43 ; June, 1969.
- Thurstone, L.L. Theory and Measurement. New York : John Wiley
and Sons. 1976.
- Winer, B.J. Statistical Principles in Experimental Design. 2nd
ed. New York : McGraw-Hill Book Company, 1971.
- Yamane, Taro. Statistics : Anthropology Analysis. 2nd ed. New York
: Harper and Row, 1969.

ภาคผนวก

ตาราง 47 ค่าความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม ความรู้ และเจตคติ
ที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร

ข้อที่	ความรู้		เจตคติ
	ค่าความยากง่าย	ค่าอำนาจจำแนก	ค่าอำนาจจำแนก
1	0.28	0.25	2.50
2	0.35	0.40	2.52
3	0.45	0.45	2.63
4	0.60	0.56	2.71
5	0.32	0.28	2.49
6	0.51	0.55	2.55
7	0.52	0.64	2.68
8	0.34	0.40	2.53
9	0.33	0.35	2.50
10	0.29	0.30	2.49
11	0.55	0.56	2.49
12	0.64	0.65	2.65
13	0.42	0.52	2.58
14	0.77	0.70	2.69
15	0.48	0.56	2.80
16	0.50	0.25	2.61
17	0.59	0.64	2.81
18	0.74	0.75	2.82
19	0.58	0.63	2.76
20	0.33	0.35	2.58

ตาราง 47 (ต่อ)

ข้อที่	ความรู้		เจตคติ
	ค่าความยากง่าย	ค่าอำนาจจำแนก	ค่าอำนาจจำแนก
21	0.56	0.62	2.90
22	-	-	2.50
23	-	-	2.72
24	-	-	2.70
25	-	-	2.68

ที่ ทม 1007/ ๒๕13



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

16 สิงหาคม 2538

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์

เรียน คณะบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นายมารินช สุตสายตา เป็นนิสิตระดับปริญญาโท
วิชาเอกสุขภาพศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้นี้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำวิทยานิพนธ์
เรื่อง ความรู้ และเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร
ในโรงพยาบาลทั่วไปจังหวัดลพบุรี สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

ผศ.วินัส ปัทมภาสพงษ์

ประธาน

รศ.สุจินต์ ปริษามารถ

กรรมการ

สิ่งที่นิสิตขอความอนุเคราะห์ คือ ขอเชิญ รศ.ดร.นิรัตน์ อิมามิ และ รศ.ดร.สุรีย์ จันทรมลี
เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือการวิจัย

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณในความ
ช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่นิสิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ดร.ศิริภา พูลสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

ที่ ทม 1007/ 3411



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

16 สิงหาคม 2538

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลพบุรี

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นายมานะ สุดสายตา เป็นนิสิตระดับปริญญาโท
วิชาเอกสุขภาพ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความช่วยเหลือในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำวิทยานิพนธ์
เรื่อง ความรู้ และเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร
ในโรงพยาบาลทั่วไปจังหวัดลพบุรี สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

ผศ.วินัส ปัทมภาสพงษ์

ประธาน

รศ.สุจินต์ ปริษามารถ

กรรมการ

สิ่งที่นิสิตขอความอนุเคราะห์ คือ ขอเชิญ นายแพทย์สุริยะ วงศ์คงคาเทพ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจ
เครื่องมือการวิจัย

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณในความ
ช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่นิสิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ดร.ศิริภา พูลสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

ที่ ทม 1007/ 3411



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

16 สิงหาคม 2538

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลพบุรี

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นายมารินช สุตสายตา เป็นนิสิตระดับปริญญาโท
วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำปริญญานิพนธ์
เรื่อง ความรู้ และเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร
ในโรงพยาบาลทั่วไปจังหวัดลพบุรี สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

ผศ.วินัส ปัทมภาสพงษ์

ประธาน

รศ.สุจินต์ ปริขามารถ

กรรมการ

สิ่งที่นิสิตได้ขอความอนุเคราะห์ คือ ขอเชิญ นายแพทย์รักษเกียรติ มะระกานนท์ และ นายแพทย์
วิทยา อนันตวัฒนวงศ์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณในความ
ช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดฯ ให้แก่นิสิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ดร.ศิริยุภา พูลสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

ที่ ทม 1007/ ๕๕5๙



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

13 ตุลาคม 2538

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นายมานข สุตสายตา เป็นนิสิตระดับปริญญาโท
วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาชั้นกว่า เพื่อทำปริญญานิพนธ์
เรื่อง ความรู้และเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร
ในโรงพยาบาลทั่วไปจังหวัดชลบุรี สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

ผศ.วินัส ปัทมภาสพงษ์

ประธาน

รศ.สุจินต์ ปริขามารัก

กรรมการ

สิ่งที่นิสิตขอความอนุเคราะห์ คือ ขอให้สตรีที่ตั้งท้องลูกคนที่ 2 ที่มารับการฝากครรภ์ครั้งแรก
ตอบแบบสอบถาม ในระหว่างเดือน ตุลาคม 2538 เป็นต้นไป เพื่อเป็นข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณในความ
ช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดทำแก่นิสิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ดร.ศิริภา พูลสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

ที่ ทม 1007/4366



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

19 ตุลาคม 2538

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านหมี่

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นายมานะ สุดสายตา เป็นนิสิตระดับปริญญาโท
วิชาเอกสุขภาพศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำวิทยานิพนธ์
เรื่อง ความรู้และเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร
ในโรงพยาบาลทั่วไปจังหวัดลพบุรี สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

ผศ.วินัส ปัทมภาสพงษ์

ประธาน

รศ.สุจินต์ ปริขามารฤ

กรรมการ

สิ่งที่นิสิตขอความอนุเคราะห์ คือ ขอให้สตรีที่ตั้งท้องลูกคนที่ 2 ที่มารับการฝากครรภ์ครั้งแรก
ตอบแบบสอบถาม ในระหว่างเดือน ตุลาคม 2538 เป็นคนไป เพื่อเป็นข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณในความ
ช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่นิสิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ดร.ศิริภา พูลสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

แบบสอบถาม

เรื่อง ความรู้ และเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผน
ครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลจังหวัดลพบุรี สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามนี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อต้องการทราบระดับ ความรู้ และเจตคติของสตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปที่มีต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรในโรงพยาบาลจังหวัดลพบุรี สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้จะนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการให้สุขศึกษาแก่สตรีตั้งครรภ์ที่ 2 ขึ้นไปให้เกิดการยอมรับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวรให้มากขึ้น
2. แบบสอบถามนี้แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังต่อไปนี้
 - 2.1 ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม
 - 2.2 ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร
 - 2.3 ตอนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร
3. เพื่อความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม กรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบทุกตอน ทุกข้อ ซึ่งจะ
เป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับการวิจัยครั้งนี้

นายมานิช สุดสายตา
นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ตอนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดกาเครื่องหมาย / ลงในช่อง ☐ ให้ตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่าน

1. ปัจจุบันท่านอายุ

☐ 15-24 ปี ☐ 25-34 ปี ☐ 35 ปีขึ้นไป

2. ท่านจบการศึกษาระดับชั้นใด

☐ ประถมศึกษา หรือต่ำกว่า ☐ มัธยมศึกษา
☐ อนุปริญญา หรือเทียบเท่า ☐ ปริญญาตรี หรือสูงกว่า

3. ขณะนี้ท่านประกอบอาชีพอะไร

☐ รับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ ☐ เกษตรกรรม
☐ ค้าขาย ☐ แม่บ้าน
☐ รับจ้าง ☐ อื่น ๆ ระบุ

4. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน

☐ ไม่เกิน 3,000 บาท/เดือน ☐ 3,001-8,000 บาท/เดือน
☐ มากกว่า 8,001 บาท/เดือน

5. ท่านสมรสมาแล้วกี่ปี

☐ ต่ำกว่า 5 ปี ☐ 5-10 ปี ☐ 11 ปีขึ้นไป

6. ท่านเคยตั้งครรภ์มาแล้วกี่ครั้ง (รวมการตั้งครรภ์ในปัจจุบันด้วย)

☐ 2 ครั้ง ☐ 3 ครั้ง ☐ มากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป

7. ขณะนี้ท่านมีบุตรอยู่ที่คน (บุตรที่มีชีวิตอยู่ในปัจจุบัน)

☐ จำนวน 1 คน ☐ จำนวน 2 คน ☐ จำนวน 3 คนขึ้นไป

8. ท่านต้องการบุตรเพิ่มหรือไม่

☐ ต้องการบุตรเพิ่ม ☐ ไม่ต้องการบุตรเพิ่ม

9. ท่านเคยได้รับคำแนะนำเรื่อง การวางแผนครอบครัวชนิดถาวรจากเจ้าหน้าที่วางแผนครอบครัวในระยะก่อนคลอดหรือไม่

☐ ได้รับคำแนะนำ ☐ ไม่ได้รับคำแนะนำ

ตอนที่ 2 แบบสอบความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวชนิดถาวร

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย [x] บนตัวอักษร ก, ข, ค หรือ ง ที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว

1. ทำไมประเทศไทยจึงจำเป็นต้องมีการวางแผนครอบครัว
 - ก. เพื่อแก้ปัญหาการให้บริการด้านต่าง ๆ
 - ข. เพื่อลดอัตราการเพิ่มของประชากร
 - ค. เพื่อพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม
 - ง. เพื่อเพิ่มปริมาณของอาหารให้ได้สัดส่วนกับประชากร
2. ตามเป้าหมายการลดอัตราเพิ่มประชากรใน พ.ศ. 2539 จะเหลือเท่าไร
 - ก. 2.1
 - ข. 1.5
 - ค. 1.3
 - ง. 1.2
3. ข้อใดไม่เป็นผลกระทบโดยตรงอันเนื่องมาจากการเพิ่มประชากรอย่างรวดเร็ว
 - ก. การศึกษา
 - ข. การแต่งงาน
 - ค. การเมือง
 - ง. สุขภาพ
4. คุณภาพชีวิตของประชากรควรเริ่มที่วัยใด
 - ก. วัยทารก
 - ข. วัยหนุ่มสาว
 - ค. วัยเด็ก
 - ง. วัยผู้ใหญ่
5. บุคคลใดที่ควรรับรู้เรื่อง การวางแผนครอบครัว
 - ก. นักเรียนระดับมัธยมศึกษาและอาชีวฯ
 - ข. ผู้ที่ศึกษาอยู่ในระดับอุดมศึกษา (ปริญญาตรี)
 - ค. บุคคลทั่วไป
 - ง. ชาย-หญิงที่กำลังสมรส
6. หญิงที่จะสมรสควรมีวัยอยู่ในช่วงใดจึงเหมาะสม
 - ก. อายุ 18-20 ปี
 - ข. อายุ 20-25 ปี
 - ค. อายุ 25-30 ปี
 - ง. อายุ 30 ปีขึ้นไป
7. การวางแผนครอบครัวคืออะไร
 - ก. การป้องกันการมีบุตร
 - ข. การชะลอการเกิด
 - ค. การคุมกำเนิด
 - ง. ก., ข. และ ค. เป็นข้อที่ถูกต้อง
8. ลักษณะการวางแผนครอบครัวที่ดี มีความสัมพันธ์กับข้อใดมากที่สุด
 - ก. สังคม
 - ข. สัมภพใจ
 - ค. กฎหมาย
 - ง. ถูกบังคับ

9. ข้อใดไม่ใช่นโยบายการวางแผนครอบครัวของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7
- ก. ให้แต่ละครอบครัวมีลูกไม่เกิน 2 คน ข. ลูกคนที่ 1 กับคนที่ 2 ควรห่างกันอย่างน้อย 5 ปี
- ค. แม่มีลูกคนแรกอายุเกิน 20 ปี ง. แม่มีลูกคนแรกอายุยังไม่ถึง 20 ปี
10. การวางแผนครอบครัว ดีที่สุด สำหรับสังคมไทยในปัจจุบัน เพราะอะไร
- ก. ช่วยพัฒนาประเทศ
- ข. ช่วยลดอัตราการเจ็บป่วย
- ค. ช่วยลดอัตราเพิ่มของประชากร
- ง. ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน
11. การวางแผนครอบครัวมีผลต่อสุขภาพของประชาชนอย่างไร
- ก. ลดอัตราป่วยของทารก ข. ป้องกันการทำแท้งที่ผิดกฎหมาย
- ค. ฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวดีขึ้น ง. ก., ข. และ ค. เป็นข้อที่ถูกต้อง
12. การคุมกำเนิดมีกี่ประเภท
- ก. 2 ประเภท ข. 3 ประเภท
- ค. 4 ประเภท ง. 5 ประเภท
13. การคุมกำเนิดแบบชั่วคราว มีวิธีใดบ้าง
- ก. การทำหมันหญิง/ชาย ข. การกินยาคุมกำเนิด
- ค. การใส่ถุงยางอนามัย ง. ข. และ ค. เป็นข้อที่ถูกต้อง
14. ข้อใดเป็นการคุมกำเนิดแบบถาวร
- ก. การทำหมันหญิง/ชาย ข. ยาฉีดคุมกำเนิด
- ค. ยาฝังคุมกำเนิด ง. การใส่ห่วงอนามัย
15. การคุมกำเนิดชนิดถาวรมีความหมายอย่างไร
- ก. การวางแผนการแต่งงาน
- ข. การวางแผนจัดการชีวิตครอบครัว
- ค. การควบคุมการมีบุตร เมื่อเพียงพอแล้ว
- ง. การวางแผนครอบครัวว่า ควรจะมีบุตรกี่คน และมีบุตรเมื่อใด
16. ข้อเสียของการคุมกำเนิดชนิดถาวร เป็นอย่างไร
- ก. ถ้าต้องการมีบุตรอีกไม่สามารถแก้ไขได้
- ข. ทำให้คู่สามี-ภรรยาไม่กังวลต่อการมีบุตรอีก
- ค. ประหยัด เพราะไม่ต้องใช้วิธีคุมกำเนิดแบบอื่นอีก
- ง. สุขภาพของมารดาไม่ทรุดโทรมเนื่องจากมีลูกมาก

17. การทำหมันเปียก คืออะไร

- ก. การผ่าตัดทำหมันให้แก่สตรีภายหลังคลอดบุตร 5 วันไปแล้ว
- ข. การผ่าตัดทำหมันให้แก่สตรีภายหลังคลอดบุตร 1 - 2 วัน
- ค. การผ่าตัดทำหมันให้แก่สตรีที่คลอดบุตรทันที
- ง. การผ่าตัดทำหมันให้แก่สตรีในระยะที่ไม่ได้คลอดบุตร

18. การทำหมันแห้ง คืออะไร

- ก. การผ่าตัดทำหมันให้แก่สตรีที่คลอดบุตร ภายใน 1-2 วัน
- ข. การผ่าตัดทำหมันให้แก่สตรีหลังการแท้งบุตร
- ค. การผ่าตัดทำหมันให้แก่สตรีที่คลอดบุตรทันที
- ง. การผ่าตัดทำหมันให้แก่สตรีในระยะที่ไม่ได้คลอดบุตร

19. การทำหมันชนิดถาวรในผู้หญิง แพทย์จะอย่างไร

- ก. ผูกตัดท่อนำไข่
- ข. ตัดมดลูกทิ้ง
- ค. เย็บปิดปากมดลูก
- ง. ตัดรังไข่ทั้ง 2 ข้างออก

20. ข้อใดไม่ใช่ คุณลักษณะของผู้ขอรับบริการทำหมันชนิดถาวร

- ก. ควรมีลูก 2 คนขึ้นไป และลูกมีสุขภาพแข็งแรงดี
- ข. ไม่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ โรคไต โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น
- ค. ตัดสินใจทำหมัน แต่ไม่ได้เซ็นใบยินยอมการผ่าตัด
- ง. อายุไม่จำกัด ถ้ามีบุตรเพียงพอแล้วและสมัครใจทำ

21. การมีบุตรมาก มีผลต่อเศรษฐกิจของครอบครัวอย่างไร

- ก. มีคนช่วยทำงานมากขึ้น
- ข. ครอบครัวมีรายได้มากขึ้น
- ค. การพัฒนาประเทศชาติดีขึ้น
- ง. ครอบครัวมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวชนิตถาวร

คำชี้แจง ให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วพิจารณาว่า ท่านมีความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อความนั้นในระดับใด (ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่นานใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) โดยกาเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นและความรู้สึกที่แท้จริงของท่านเพียงช่องเดียวในแต่ละข้อความ

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ในสภาพการณ์ปัจจุบันควรสร้างค่านิยมให้มี ครอบครัวขนาดเล็ก					
2. ประชากรที่มีคุณภาพจะช่วยให้ประเทศเจริญ ได้อย่างรวดเร็ว					
3. อัตราการเพิ่มของประชากรที่เป็นไปอย่าง รวดเร็ว มีผลกระทบต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจ และสังคมของชาติ					
4. การวางแผนครอบครัวช่วยให้ท่านสามารถ ให้การศึกษา แก่บุตรได้ดีขึ้น					
5. แต่ละครอบครัวควรมีบุตร 2 คน					
6. คู่สมรสควรมีอายุใกล้เคียงกัน					
7. การตัดสินใจมีบุตรจำนวนกี่คน นั้นไม่ต้องคำนึง ถึงรายได้					
8. รัฐควรหาวิธีการส่งเสริม ให้ประชาชนมีการ วางแผนครอบครัวชนิตถาวรให้มากขึ้น					
9. ทุกคนจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับการวางแผน ครอบครัว					
10. คนที่ไม่มีครอบครัวไม่จำเป็นต้องทราบเรื่อง การวางแผนครอบครัว					
11. ถ้าท่านพบคนที่ไม่เห็นด้วยกับการวางแผนครอบครัว ชนิตถาวร ท่านจะพยายามชักชวนให้เขา เห็นคุณค่าของการวางแผนครอบครัวชนิตถาวร					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
12. การมีบุตรมากเกินไปทำให้เป็นภาระแก่บิดา มารดา					
13. การให้บริการวางแผนครอบครัวมากขึ้น ทำ ให้คนกล้าประพฤติดีศีลธรรมทางเพศมากขึ้น					
14. การคุมกำเนิดชนิดถาวรไม่ทำให้เกิดอันตราย					
15. การคุมกำเนิดชนิดถาวรเป็นเรื่องของผู้หญิง ฝ่ายเดียว					
16. การทำหมัน ทำให้สมรรถภาพทางกายและ ทางเพศเสื่อมลง					
17. การทำหมันทำให้อ้วนได้ง่าย					
18. การทำหมันไม่สามารถทำงานหนักได้					
19. การทำหมันในผู้หญิงเป็นการตัดปีกมดลูก					
20. เมื่อท่านมีลูกเพียงพอแล้ว ท่านจะชักชวน คู่สมรสของท่านให้คุมกำเนิดชนิดถาวร					
21. เมื่อคลอดบุตรคนที่ 2 แล้วควรจะต้องสนใจ ทำหมันชนิดถาวร					
22. การคุมกำเนิดไม่ถือเป็นการกระทำที่ขัดต่อ หลักศาสนาพุทธ					
23. การวางแผนครอบครัวชนิดถาวร ควรปรึกษา แพทย์หรือพยาบาล					
24. การทำหมันชนิดถาวร ถ้าต้องการมีบุตรอีก ไม่สามารถแก้หมันได้					
25. การทำหมันหญิงจะทำเวลาไหนก็ได้ แต่ที่นิยม ทำกันหลังคลอด					

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบ
ความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร.สุริย์ จันทรมล | ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร.นิรัตน์ อิมามิ | ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. นายแพทย์สุริยะ วงศ์คงคาเทพ | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลพบุรี |
| 4. นายแพทย์รักเกียรติ มะระกานนท์ | ผู้เชี่ยวชาญด้านสูตินารีเวช
หัวหน้างานวิชาการ โรงพยาบาลลพบุรี |
| 5. นายแพทย์วิทยา อ้นตวันวงศ์ | ผู้เชี่ยวชาญด้านสูตินารีเวช
โรงพยาบาลลพบุรี |