



บทที่ ๑

บทนำ

ความสำคัญของปัญหา

ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะประสบผลสำเร็จในการลดอัตราการเพิ่มของประชากรได้อย่างรวดเร็วก็ตาม แต่ก็ยังมีปัญหาในด้านการจูงใจและให้บริการวางแผนครอบครัวแก่ประชากรบางกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทห่างไกล และเข้าถึงยาก กลุ่มประชากรผู้มีรายได้น้อยในเขตเมือง ฯลฯ ซึ่งประชากรเหล่านี้เป็นกลุ่มที่มีภาวะเจริญพันธุ์อยู่ในระดับสูง ขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการวางแผนครอบครัวที่ถูกต้อง และมีทัศนคติที่เห็นด้วยกับการมีบุตรจำนวนมากเพื่อเป็นแรงงานในครอบครัวหรือพึ่งพิงยามชรา ฯลฯ นอกจากประชากรเหล่านี้จะขาดความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวที่ถูกต้องแล้ว ยังสงสัยว่าประชากรอาจขาดความรู้และความคิดเกี่ยวกับการเว้นระยะการมีบุตร หรือหยุดการมีบุตร โดยการวางแผนครอบครัว การศึกษาถึงเรื่องแนวความคิดเกี่ยวกับการเว้นระยะการมีบุตรหรือหยุดการมีบุตร ของกลุ่มประชากรเหล่านี้จึงเป็นสิ่งจำเป็น

รัฐมนตรีนโยบายอย่างแน่วแน่ที่จะลดอัตราการเพิ่มของประชากรให้เหลือร้อยละ ๑.๕ เมื่อสิ้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๕ (๒๕๒๕-๒๕๒๙) ซึ่งการที่จะบรรลุนโยบายดังกล่าว รัฐได้กำหนดแผนงาน ๕ ด้าน คือ แผนงานวางแผนครอบครัว แผนงานประชากรศึกษา แผนงานมาตรการทางกฎหมาย และสิ่งจูงใจ แผนงานการเผยแพร่ข่าวสาร ความรู้และการสื่อสารเพื่อกิจกรรมประชากรและแผนการปฏิบัติงานประชากรกลุ่มเป้าหมายพิเศษ ในแผนงานวางแผนครอบครัว รัฐได้กำหนดให้มีผู้รับบริการรายใหม่ ๔,๕๙๓,๐๐๐ ราย และมีผู้รับบริการรายเก่า ๔,๑๖๑,๐๐๐ ราย เป้าหมายด้านการวางแผนครอบครัวที่สำคัญที่สุดได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิดและการผ่าตัดทำหมัน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ๒๕๒๔:๔-๕๕) ด้วยเหตุนี้การผ่าตัดทำหมันจึงเป็นนโยบายหลักสำคัญประการหนึ่งที่จะมีผลต่อการลดอัตราการเพิ่มของประชากรให้บรรลุตามเป้าหมาย

จำนวนผู้รับบริการผ่าตัดทำหมันชายและหญิงได้ลดลงนับตั้งแต่ปี ๒๕๒๑ เป็นต้นมา (กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย, กองอนามัยครอบครัว ๒๕๒๕:๒) และถ้าหากขาดกลวิธีที่เหมาะสมก็มีแนวโน้มจะลดลงไปอีก ซึ่งจะต้องมีปัจจัยบางอย่างที่มีผลต่อการลดลงของการรับบริการผ่าตัดทำหมัน ทั้งในอดีตและปัจจุบัน

การศึกษาในเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความคิดเกี่ยวกับการเว้นระยะการมีบุตรและความคิดที่จะทำหมัน เป็นสิ่งที่จำเป็น เพราะจะทำให้ทราบถึงกลุ่มประชากร เป้าหมายอันจะเป็นประโยชน์ในการกำหนดนโยบายหรือโครงการด้านการวางแผนครอบครัวที่เหมาะสมและนำไปสู่การจูงใจและให้บริการวางแผนครอบครัวที่สอดคล้องกับกลุ่มประชากร เป้าหมาย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

๑. เพื่อศึกษาถึงคุณลักษณะของผู้ที่มีความคิดเกี่ยวกับการเว้นระยะการมีบุตรและหยุดการมีบุตรโดยจะเลือกเอาการทำหมันเป็นวิธีคุมกำเนิด
๒. เพื่อศึกษาถึงปัจจัยทางด้าน เศรษฐกิจ สังคมและประชากรที่มีอิทธิพลต่อความคิดเกี่ยวกับการเว้นระยะการมีบุตรและหยุดการมีบุตรโดยการทำหมันของประชากรตัวอย่าง

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การรณรงค์เพื่อการประชาสัมพันธ์และการจูงใจทางด้านการวางแผนครอบครัวในประเทศไทย โดยระบุจำนวนบุตรที่แน่นอนได้เริ่มต้นเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๒๐ โดยสมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทยในพระอุปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ได้เผยแพร่เป็นแห่งแรก ใช้คำขวัญว่า "ครอบครัวเป็นสุข มีลูกไม่เกินสอง" (สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย, บันทึกการประชุมคณะกรรมการบริหาร ๒๕๒๐:๒) ต่อมาการวิจัยในโครงการวิจัยเรื่อง ASEAN-FAO-UNFPA Project, Multi-Media Support for Population Programmes in the Context of Rural Development in ASEAN Countries ได้เสนอคำขวัญว่า "หญิงก็ได้ ชายก็ดี มีแค่สอง" จากการวิจัยในเชิง Research-Cum-Action ได้พบว่าประชาชนได้เริ่มเปลี่ยนทัศนคติและเห็นความสำคัญของการมีลูกน้อย (สองคนหรือน้อยกว่า) จากร้อยละ ๕๗ ในช่วง benchmark survey มาเป็น

- ร้อยละ ๗๘ ในช่วงประเมินผลโครงการ (Chulalongkorn University: Institute of Population Studies and Faculty of Communication Art, Ministry of Public Health: IEC Unit 1981:24) ซึ่งทำให้กระทรวงสาธารณสุขได้ถือเป็นนโยบายและกำหนดให้มีการโฆษณาคำขวัญดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงความมุ่งหวังของรัฐบาลที่จะกำหนดขนาดครอบครัวให้เหลือเพียงแค่สอง (two child family norm) ซึ่งเป็นการกำหนดจำนวนบุตรที่แน่ชัดเป็นนโยบายประชากรและเป็นการกำหนดบรรทัดฐานทางสังคมหรือค่านิยมเกี่ยวกับขนาดของครอบครัวของประชากรในประเทศไทย Mitchell (1971:60) ได้ชี้ให้เห็นว่าค่านิยมและพฤติกรรมจะมีความเกี่ยวพันกันอย่างไม่แยกไม่ออก โดยเฉพาะค่านิยมในเรื่องจำนวนบุตรจะมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมภาวะเจริญพันธุ์ นอกจากนั้นชุดของความเชื่อ และค่านิยมที่ได้รับการพัฒนาจนเกิดการยอมรับทั้งสังคมและทำให้สังคมมีความมุ่งหวังในเรื่องขนาดของครอบครัวที่สอดคล้องกัน และนำไปสู่พฤติกรรมการเจริญพันธุ์ที่เป็นแบบแผนเดียวกันทั้งสังคม สิ่งที่รัฐบาลได้มีการโฆษณาจูงใจและให้คำแนะนำด้วยคำขวัญดังกล่าว เป็นการสร้างค่านิยมที่สอดคล้องตอกันทั้งสังคม นอกจาก การโฆษณาคำขวัญดังกล่าว รัฐบาลได้กระตุ้นให้ครอบครัวมีความคิดที่จะเว้นระยะการมีบุตรหรือหยุดการมีบุตรโดยการวางแผนครอบครัวควบคู่ไปด้วย

ปัจจัยที่มีผลต่อการเว้นระยะการมีบุตร

แบบจำลอง (Model) ของพฤติกรรมเกี่ยวกับภาวะเจริญพันธุ์มี ๒ ลักษณะ คือ

๑. การจำกัดขนาดของบุตร (family limitation behavior)
๒. การเว้นระยะการมีบุตร (birth spacing behavior)

การจำกัดขนาดของบุตรเป็นพฤติกรรมที่มุ่งหยุดการมีบุตรคนต่อไป หลังจากที่ได้จำนวนบุตรครบตามที่ต้องการแล้ว แบบจำลองนี้ มุ่งสนใจการกำหนดจำนวนบุตรที่ต้องการ จำนวนบุตรในอุดมคติ และวิถีทางที่จะให้บรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ และประสบผลสำเร็จ

การเว้นระยะการมีบุตรเป็นแบบจำลองของพฤติกรรมของครอบครัวที่มุ่งตัดสินใจที่จะมีลูกคนต่อไปโดยสอดคล้องกับเงื่อนไขทางเศรษฐกิจ สังคม และประสบการณ์การเลี้ยงดูบุตรที่ผ่านมา

การตัดสินใจมุ่งที่จะเลื่อนหรือป้องกันการเกิดบุตรคนต่อไปมากกว่าจะคำนึงถึงจำนวนบุตรในอนาคต แบบจำลองนี้เน้นที่การเคลื่อนไหว (dynamic) ของการตัดสินใจที่จะมีบุตรคนแรก (หรือคนปัจจุบัน) และการมีบุตรคนต่อไป (Friedlander, Eisenbach and Goldscheider 1980:581-582)

จากแบบจำลองจะเห็นได้ว่าพฤติกรรมภาวะเจริญพันธุ์ขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของคู่สมรส ที่จะพิจารณาเลือกที่จะมีบุตรคนต่อไปหรือไม่มีบุตรคนต่อไป (Mitchell 1971:58) และการตัดสินใจที่จะควบคุมการเจริญพันธุ์ขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจร่วมกันระหว่างคู่สามีภรรยาที่จะรับผิดชอบต่อการเจริญพันธุ์ที่ตามมา (Thomson and Lewis 1976:331) ดังนั้นทัศนคติที่เกี่ยวกับจำนวนบุตรและการเว้นระยะการมีบุตรจะมีผลต่ออัตราการเจริญพันธุ์ในปัจจุบันและอนาคตอันใกล้และจะมีผลต่อสุขภาพมารดาและบุตรโดยตรงอีกด้วย (Bongaarts 1979:5) Whelpton (อ้างใน Grabill and Davidson 1968:212) ได้กล่าวว่าแนวโน้มของอัตราเกิดแต่ละปีส่วนใหญ่ได้รับผลมาจากการเปลี่ยนแปลงช่วงระยะเวลาของการเกิด กล่าวคือ ครอบครัวยุคใหม่เลื่อนหรือเว้นระยะการมีบุตรและจะมีผลต่ออัตราการเกิดในปีต่อมา แสดงให้เห็นว่าการเลื่อนหรือเว้นระยะการมีบุตรมีผลต่ออัตราเพิ่มของประชากรอย่างเห็นได้ชัด

ปัจจัยทางสังคม และ เศรษฐกิจ

๑. ระดับการศึกษาของสามี-ภรรยา ในการศึกษาวิเคราะห์ที่เกี่ยวกับภาวะเจริญพันธุ์ การศึกษาเป็นตัวแปรและตัวชี้วัด (indicator) ทางสังคมตัวหนึ่งที่ได้ถูกนำมาศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์กับภาวะเจริญพันธุ์และมีโครงการวิจัยหลายโครงการทั้งในและต่างประเทศที่ยืนยันว่าระดับการศึกษาของคู่สามี-ภรรยา มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะเจริญพันธุ์ กล่าวคือ คู่สมรสที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำกว่าคู่สมรสที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า Friedlander, Eisenbach และ Goldscheider (1980:589) ได้นำเอาระดับการศึกษาของสามี-ภรรยา มาเป็นตัวแปรอิสระ เพื่อดูความสัมพันธ์กับการจำกัดขนาดของบุตร และการเว้นระยะการมีบุตร พบว่า ระดับการศึกษา มีอิทธิพลอย่างสำคัญต่อการจำกัดขนาดของบุตรและการเว้นระยะการมีบุตร นอกจากนั้น Friedlander, Eisenbach และ Goldscheider ได้สรุปไว้ชัดเจนว่าคู่สามีภรรยาที่มีการศึกษาสูงจะมีแนวโน้ม เว้นระยะการมีบุตรสูง และคู่สามี-ภรรยาที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าจะมีแนวโน้ม เลือกหยุดการมีบุตร

และยังได้เน้นลงไปว่า ระดับการศึกษา ระยะเวลาของการย้ายถิ่น และการก่อตัวของครอบครัว (family formation) เป็นปัจจัยสำคัญต่อการจำกัดขนาดของบุตรและการเว้นระยะการมีบุตร (Friedlander, Eisenbach and Goldscheider 1980:591)

การศึกษาถึงแนวโน้มการเว้นระยะการมีบุตรของสตรีอเมริกันโดยอาศัยข้อมูลจากการสำรวจ (Current Population Survey) และการสำมะโนประชากรปี ๑๙๖๐ ได้ข้อค้นพบที่น่าสนใจว่าโดยทั่วไปแล้ว แนวโน้มของการเว้นระยะการมีบุตรจะเพิ่มขึ้นตามระดับการศึกษา กล่าวคือ สตรีที่มีระดับการศึกษาในระดับวิทยาลัยจะมีบุตรคนแรกหลังจากการแต่งงานในระยะเวลาที่ยาวนานกว่าสตรีที่มีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา และขณะเดียวกันสตรีที่มีระดับการศึกษาจบชั้นมัธยมศึกษา ก็จะมีบุตรคนแรกในระยะเวลาที่ยาวนานกว่าสตรีที่มีระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษา (Grabill and Davidson 1968 :222)

๒. อาชีพของสามี-ภรรยา ตัวกำหนดพฤติกรรมภาวะเจริญพันธุ์ที่ได้ถูกนำมาศึกษาอย่างมากอีกตัวแปรหนึ่ง คือ อาชีพของสามี-ภรรยา จากการวิจัยในด้านภาวะเจริญพันธุ์ได้พบว่าอาชีพมีอิทธิพลต่อการกำหนดจำนวนบุตรที่ต้องการและการใช้การวางแผนครอบครัว ส่วนการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับการเว้นระยะการมีบุตร จากการทบทวนผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ายังไม่ได้มีการศึกษาเรื่องนี้กันอย่างเด่นชัด เพียงแต่ Grabill และ Davidson (๑๙๖๘:๒๒๒) ได้ศึกษาโดยอ้อมพบว่าสตรีที่สามีทำงานที่ไม่ต้องใช้แรงงาน (white collar workers) ให้กำเนิดบุตรสะสม (cumulative childbearing) น้อยกว่าสตรีที่สามีทำงานต้องใช้แรงงาน (blue collar workers) หรือเกษตรกร แสดงว่าสตรีที่สามีทำงานไม่ต้องการใช้แรงงานจะมีระยะเวลาการเลี้ยงดูบุตรสะสมน้อยกว่า

๓. ถิ่นที่อยู่อาศัยของสามี-ภรรยา เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าถิ่นที่อยู่อาศัยของสามี-ภรรยา มีอิทธิพลต่อแนวความคิดในเรื่องภาวะเจริญพันธุ์ของคู่สามี-ภรรยาพอสมควร คู่สามี-ภรรยาที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองจะมีจำนวนบุตรที่มีอยู่และความต้องการที่จะมีบุตรเพิ่มน้อยกว่าคู่สามี-ภรรยาที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท และเมื่อพิจารณาในด้านการเว้นระยะการมีบุตร พิชิต พิทักษ์ เทพสมบัติ และ วิศิษฐ์ ประจวบเหมาะ ซึ่งใช้ข้อมูลโครงการวิจัยต่อเนื่องระยะยาวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจและประชากรมาวิเคราะห์และพบว่าการใช้การวางแผนครอบครัวในหมู่สตรีชนบท เพื่อเว้นระยะการมีบุตรแทบจะไม่มีเลย สตรีที่ใช้วิธีการวางแผนครอบครัว จำกัดอยู่เฉพาะสตรีที่ไม่ต้องการบุตรเพิ่มเท่านั้น ในบรรดาสตรีที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองซึ่งกำลังใช้วิธีการวางแผนครอบครัวบางคนก็เพื่อ

วัตถุประสงค์ในการเว้นระยะการมีบุตร (พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และ วิศิษฐ์ ประจวบเหมาะ ๒๕๑๘:๒๔)

ปัจจัยทางประชากรและการวางแผนครอบครัว

๑. จำนวนบุตรที่มีอยู่ จากการศึกษาถึงแนวโน้มการเว้นระยะการมีบุตรของสตรีอเมริกันของ Grabill และ Davidson ได้พบว่า การเว้นระยะการมีบุตรของสตรีในทุกระดับการศึกษาจะมีช่วงสั้นระหว่างการไม่มีบุตรกับการมีบุตรคนแรก จะยาวนานขึ้นระหว่างการมีบุตรคนแรกกับคนที่สอง และจะยาวนานที่สุดระหว่างคนที่สองกับบุตรคนที่สาม หลังจากบุตรคนที่สามไปแล้ว ระยะห่างของการมีบุตรหรือการให้กำเนิดบุตรจะลดลง (Grabill and Davidson 1968:221-222) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการตัดสินใจที่จะเว้นระยะการมีบุตรขึ้นอยู่กับจำนวนบุตรที่มีอยู่และจำนวนบุตรที่ต้องการ

๒. อายุของสามี-ภรรยา จากการวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจสภาวะการคุมกำเนิด (Contraceptive Prevalence Surveys) จาก ๖ ประเทศคือ บังคลาเทศ โคลัมเบีย คอสตาริกา สาธารณรัฐเกาหลี เม็กซิโก และประเทศไทย Nortman พบว่าสตรีที่มีอายุต่ำกว่า ๓๐ ปีต้องการที่จะเลื่อนการมีบุตรคนต่อไป ขณะที่สตรีที่มีอายุ ๓๐ ปีหรือมากกว่าต้องการที่จะหลีกเลี่ยงการตั้งครรภ์ที่จะมีขึ้น ซึ่งสตรีอายุต่ำกว่า ๓๐ ปี ร้อยละ ๓๗ จะคุมกำเนิดเพื่อไม่ต้องการมีบุตรอีกต่อไป ร้อยละ ๔๑ จะคุมกำเนิดเพื่อเว้นระยะการมีบุตร ในทางกลับกัน ร้อยละ ๗๔ ของสตรีอายุสูงกว่า ๓๐ ปีต้องการที่จะหยุดการมีบุตร มีเพียงร้อยละ ๑๒ เท่านั้นที่ต้องการเลื่อนระยะการมีบุตร (Nortman 1982:132) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า อายุของสามี-ภรรยามีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเว้นระยะการมีบุตร หรือหยุดการมีบุตร

๓. ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตนในเรื่องการวางแผนครอบครัว การที่สตรีและ/หรือ คู่สมรสมีความรู้ในเรื่องการวางแผนครอบครัวหรือวิธีการคุมกำเนิดอย่างถูกต้องทำให้คู่สมรสตัดสินใจที่จะกำหนดจำนวนบุตรหรือขนาดของบุตรตามที่ต้องการ นอกจากนั้นวิธีการคุมกำเนิดก็มีความแตกต่างกัน กล่าวคือ การคุมกำเนิดแบบชั่วคราวเป็นการคุมกำเนิดที่คู่สามี-ภรรยา เลือกการมีบุตรได้ที่ห่างตามใจปรารถนา เช่น การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ถุงยางอนามัย ยาฉีดคุมกำเนิดและห่วงอนามัย การคุมกำเนิดแบบถาวร เป็นการคุมกำเนิดที่คู่สมรสตัดสินใจที่จะ หยุดการมีบุตรคนต่อไปอย่างถาวรโดยการผ่าตัดทำหมัน

พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และ วิศิษฐ์ ประจวบเหมาะ ได้พบว่าการใช้การวางแผน
 ครอบครัวยุคใหม่สตรีของ เขตชนบทเพื่อเว้นระยะการมีบุตรแทบจะไม่มีเลย และสตรีที่อาศัยในเขต
 เมืองซึ่งกำลังใช้วิธีการวางแผนครอบครัวบางคนก็เพื่อวัตถุประสงค์ในการเว้นระยะการมีบุตร
 (อ้างแล้ว ๒๕๑๘:๒๔)

ปัจจัยที่มีผลต่อการทำหมัน

การวางแผนครอบครัวหรือการคุมกำเนิด เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวกับภาวะเจริญพันธุ์โดย
 ตรงแบ่งออกเป็น ๒ ลักษณะ คือ

๑. การคุมกำเนิดแบบชั่วคราว
๒. การคุมกำเนิดแบบถาวร

การคุมกำเนิดแบบชั่วคราว เป็นการคุมกำเนิดที่คู่สมรสตัดสินใจใช้วิธีการคุมกำเนิดเพื่อ
 เว้นระยะการมีบุตร หรือให้มีบุตรที่ห่างตามใจปรารถนา วิธีการคุมกำเนิดแบบชั่วคราวได้แก่ การ
 กินยาเม็ดคุมกำเนิด การใช้ถุงยางอนามัย การฉีดยาคุมกำเนิด การใส่ห่วงอนามัย ฯลฯ เมื่อคู่สมรส
 ต้องการจะมีบุตรก็หยุดใช้ และสามารถมีบุตรได้ตามต้องการ

การคุมกำเนิดแบบถาวร เป็นการคุมกำเนิดที่คู่สมรสตัดสินใจที่จะหยุดการมีบุตรหรือไม่
 มีบุตรอีกต่อไป ทั้งนี้อาจเป็นเพราะมีบุตรเพียงพอแล้วหรือต้องการหลีกเลี่ยงปัญหาบางประการ เช่น
 โรคพันธุกรรม เป็นต้น วิธีการคุมกำเนิดแบบถาวรได้แก่ การทำหมันชายและหญิง

เป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปว่าประสิทธิภาพการป้องกันการเกิดของการคุมกำเนิดวิธีหนึ่ง
 วิธีใดขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายประการ องค์ประกอบที่สำคัญได้แก่ อัตราการล้มเหลวในการป้องกัน
 การเกิดและระยะเวลาความยาวนานที่ใช้ (อัตราการคงใช้) (ไพฑูริย์ คชเสณี และ กฤษณา รัตนโอฬาร
 ๒๕๒๑:๔๐) เมื่อพิจารณาถึงความล้มเหลวในการคุมกำเนิด พบว่าการทำหมันเป็นวิธีการคุมกำเนิดที่
 ได้ผลที่สุด กล่าวคือ มีอัตราการล้มเหลวเท่ากับ ๐.๐๔-๐.๑๕ ต่อร้อยเท่านั้น รองลงมาได้แก่ยาเม็ด
 คุมกำเนิดซึ่งมีอัตราการล้มเหลวเท่ากับ ๐.๓๔ ต่อร้อย (Hatcher and others 1976:35) และ
 เมื่อพิจารณาถึงอัตราการคงใช้ การทำหมันเป็นวิธีการคุมกำเนิดแบบถาวร ดังนั้นจึงมีเพียงน้อยราย
 ที่ต้องการจะแก้หมัน นอกจากนั้นในวงการแพทย์ได้สรุปยืนยันอย่างแน่ชัดว่า การทำหมันไม่เกิดผลเสีย
 หายต่อระบบใดๆ ในร่างกายทั้งสิ้น (ไพฑูริย์ คชเสณี และ อารีย์ ศรีบูรธรรม ๒๕๑๔:๑๘) และการ

ทำหมันจะเป็นผลดีต่อสุขภาพมารดา ที่มีลูกเพียงพอและไม่อยากมีลูกอีกต่อไป (ไพฑูริย์ คชเสนี และ กฤษฎา รัตนโอฬาร ๒๕๒๑:๔๐-๔๑) โดยส่วนใหญ่ คนที่ทำหมัน จะมีความพึงพอใจกับผลที่ตามมา (Hawkins and Elder 1979:333) Whitehouse (อ้างใน Hawkins and Elder 1979: 333) พบว่ามีเพียงร้อยละ ๒๕ ของผู้ที่ทำหมันที่มีความรู้สึกว่าคุณรู้สึกทางเพศ เฉลวง ร้อยละ ๑๘ รู้สึกเสียใจที่ตัดสินใจทำหมันและมีส่วนหนึ่งเท่านั้นที่ขอแก้หมัน ซึ่ง Hawkins และ Elder ได้สรุปว่าระดับของความพอใจของผู้ที่จะทำหมันจะพึงมีต่อการทำหมันขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมและวัฒนธรรม การที่รัฐบาลได้ให้ความสนใจและสนับสนุนการควบคุมประชากรจะมีผลต่อจำนวนผู้ที่ต้องการทำหมัน โดยเฉพาะผู้ที่ยังไม่แน่ใจและผู้ที่ยังไม่มั่นใจว่าการทำหมันจะแก้ไขปัญหาของตัวเองได้

Boonlert Leoprapai (1979:71-72) ได้คำนวณหาอัตราการป้องกันการเกิดมาตรฐาน (standard couple-years of protection) หรือการเกิดที่ป้องกันได้ (birth averted) ของวิธีการวางแผนครอบครัว ในประเทศไทย ปี ๒๕๒๐ พบว่าการทำหมัน ๑ ราย ป้องกันการเกิดได้ ๑.๗๗ คน เปรียบเทียบกับการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดและห่วงอนามัย ซึ่งป้องกันการเกิดได้ ๐.๒๑ และ ๐.๘๑ คน ตามลำดับ

ค่าใช้จ่ายในการทำหมันเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการคุมกำเนิดวิธีอื่นๆ จะมีอัตราค่อนข้างต่ำ (Report of an Expert Study Committee 1981:6) และเมื่อพิจารณาประโยชน์ที่จะได้แก่ผู้ทำหมันและผู้ให้บริการ (program administrators) จะพบว่าผู้ที่ทำหมันจะได้ประโยชน์สูงกว่าการใช้คุมกำเนิดวิธีอื่นทั้งในด้านเวลา เงินและอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ส่วนผู้ให้บริการ (program administrators) ค่าใช้จ่ายในการเตรียมการและผ่าตัดทำหมันจะน้อยกว่าการคุมกำเนิดชนิดอื่นเมื่อเปรียบเทียบในระยะยาวนาน (long term) กล่าวคือ การคุมกำเนิดโดยวิธีชั่วคราวจะเสียค่าใช้จ่ายต่อผู้รับบริการ ๑ ราย ๑๐-๑๕ ดอลลาร์สหรัฐ ต่อปี ขณะที่การทำหมันชายเสียค่าใช้จ่าย ประมาณ ๑๔-๑๖ ดอลลาร์สหรัฐ และเป็นการเสียค่าใช้จ่ายครั้งเดียว (Report of an Expert Study Committee 1981:6-7)

การยอมรับการทำหมันในต่างประเทศ

ในปี พ.ศ. ๒๕๒๐ ประเทศที่กำลังพัฒนา ๖๓ ประเทศ ได้ยอมรับและให้การสนับสนุน

การวางแผนครอบครัว ในฐานะที่เป็นตัวส่งเสริมสุขภาพอนามัย และได้นำเอาการวางแผนครอบครัว ผสมผสาน เข้ากับการปฏิบัติงานด้านสุขภาพอนามัยของครอบครัว หลายประเทศ เช่นอินเดีย บังคลาเทศ ได้เน้นหนักการรณรงค์การผ่าตัดทำหมัน ทั้งนี้เพราะความล้มเหลว จากการรณรงค์ห่วงอนามัย Nortman ได้อาศัยข้อมูลจากหลายๆประเทศ ในปี พ.ศ. ๒๕๑๔-๒๕๑๖ พบว่าการทำหมันในประเทศ อินเดียเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ ๔๐ เมื่อเปรียบเทียบกับการใช้ห่วงอนามัย และยาเม็ดคุมกำเนิด ประเทศ บังคลาเทศ มีผู้ทำหมันถึงร้อยละ ๖๑ ประเทศฟิลิปปินส์ ร้อยละ ๓๖ ฮองกง ๑๐ ไต้หวันร้อยละ ๑๕ และประเทศสาธารณรัฐเกาหลีร้อยละ ๑๑ และการทำหมันก็มีแนวโน้มได้รับความนิยมเพิ่มขึ้น (Nortman 1978:67-71) การสำรวจ (Master Sample Survey) ในประเทศเปอร์โตริโก เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๑๔ พบว่าร้อยละ ๓๔ ของสตรีอายุระหว่าง ๒๐-๔๔ ปี ได้ทำหมัน การศึกษาดังนี้ ยังเป็นที่ข้องใจ อย่างไรก็ตามการสำรวจ (Master Sample Survey) ในปี พ.ศ. ๒๕๒๑ พบว่า หนึ่งในสามของสตรีในวัยเจริญพันธุ์ได้เข้ารับการผ่าตัดทำหมันแล้ว (Presser 1978:26-27) ใน ประเทศสหรัฐอเมริกา การทำหมันเป็นที่นิยมกันอย่างแพร่หลาย จากการสำรวจพบว่า ร้อยละ ๒๓ ของคู่สมรสผัวสาวและภรรยาอายุระหว่าง ๒๐-๔๔ ปี ได้ผ่าตัดทำหมันและสองในสามของการทำหมัน เป็นการผ่าตัดทำหมันชาย (Presser 1978:36)

Hawkins และ Elder (1979:318) ได้สรุปเกี่ยวกับกฎหมายและการทำหมันว่า มีเพียงไม่กี่ประเทศ เท่านั้นที่มีการอนุญาตให้มีการทำหมันโดยถูกต้องตามกฎหมาย และกฎหมายก็กำหนด เงื่อนไขอย่างแน่ชัด ซึ่งแต่ละประเทศก็มีเงื่อนไขที่กฎหมายอนุญาตแตกต่างกันออกไป เช่น เงื่อนไข ทางด้านสุขภาพหรือมีบุตรครบตามจำนวนที่ต้องการ ประเทศที่มีการอนุญาตให้ทำหมันได้แก่ เซกโกส- โลวาเกีย เดนมาร์ก ฟินแลนด์ เยอรมันตะวันตก เยอรมันตะวันออก ฮอนดูรัส ไอร์แลนด์ อิหร่าน ญี่ปุ่น นอร์เวย์ ปานามา เปอร์โตริโก ซาอุดีอาระเบีย สิงคโปร์ สวีเดน ไทย อังกฤษ และรัฐบาง รัฐในสหรัฐอเมริกา

ในประเทศอังกฤษ การทำหมันจะทำด้วยเหตุผลอะไรก็ได้ไม่ว่าจะเป็นในด้านสังคม สุขภาพอนามัยหรือเหตุผลทางการแพทย์ ผู้ที่ต้องการทำหมันสามารถหาความรู้ในเรื่องการทำหมัน และข้อบกพร่องจากการทำหมันได้อย่างสมบูรณ์

Nortman ได้สรุปถึงความสำคัญและการยอมรับการทำหมันในระดับโลกว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๒๑ ประมาณการว่า ๔๐ ล้านครอบครัวที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ได้วางแผนครอบครัวโดยวิธีการทำหมัน ซึ่งในปี พ.ศ. ๒๕๑๓ มีการทำหมันเพียง ๒๐ ล้านครอบครัวเท่านั้น นอกจากนั้นการผ่าตัดทำหมันเป็นวิธีที่นิยมกันมากที่สุดในโลก กล่าวคือ หนึ่งในสามของคู่สมรสที่วางแผนครอบครัวทั้งหมดใช้วิธีการทำหมัน และหนึ่งในแปดของคู่สมรสในวัยเจริญพันธุ์ได้ใช้วิธีการทำหมันเพื่อการวางแผนครอบครัว (Nortman 1980:8)

การผ่าตัดทำหมันในประเทศไทย

การทำหมันในประเทศไทย ได้เริ่มต้นเมื่อประมาณ ๔๐ ปีมาแล้ว โดยศัลยแพทย์ของโรงพยาบาลศิริราช (พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และ ปัญญา ดาวจรัสแสงชัย ๒๕๒๕:๑) การผ่าตัดทำหมันในระยะแรกๆได้กระทำกันในกรุงเทพมหานคร และเมืองใหญ่ๆ ซึ่งผู้ที่ทำหมันก็เป็นเพียงชนกลุ่มน้อยที่มีการศึกษาดีเท่านั้น (Veerasing Muangman 1979:79) หลังจากสงครามโลกครั้งที่ ๒ ประชากรเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ความต้องการการทำหมันได้เพิ่มขึ้นตามลำดับ และในช่วงนี้ การผ่าตัดทำหมัน ก็ทำโดยแพทย์ และผู้ที่ได้รับการฝึกฝน (trainees) ในโรงพยาบาลในส่วนกลางเท่านั้น (Veerasing Muangman 1979:79)

ในปี พ.ศ. ๒๕๒๐ มีโรงพยาบาลของรัฐที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ๙๒ แห่ง ใน ๗๓ จังหวัด (ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน) ศูนย์การแพทย์และอนามัย ๒๗๑ แห่ง (ปัจจุบันได้ยกฐานะเป็นโรงพยาบาลอำเภอ) ศูนย์อนามัยแม่และเด็ก ๗ แห่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ๕๗ แห่ง สถานีอนามัย ๓,๙๒๒ แห่ง สำนักงานผดุงครรภ์ ๑,๓๙๗ แห่ง โรงพยาบาลของรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ๓๓ แห่ง โรงพยาบาลเอกชน ๑๐ แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุขอีก ๑๓๒ แห่ง ทำหน้าที่ให้การศึกษา และให้บริการวางแผนครอบครัวแก่ประชาชน ซึ่งทำให้การวางแผนครอบครัวแพร่หลายมากขึ้นและการทำหมันก็ได้รับความสนใจมากขึ้น (Veerasing Muangman 1979:79; พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และ ปัญญา ดาวจรัสแสงชัย ๒๕๒๕:๑)

จำนวนผู้รับบริการผ่าตัดทำหมันได้เพิ่มขึ้นอย่างเป็นที่น่ายินดี กล่าวคือในช่วง ๗ ปีแรก

ก่อนการดำเนินงานของโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติจำนวนผู้รับบริการผ่าตัดทำหมันมีประมาณ ปีละ ๑๕,๐๐๐ ราย หรือประมาณ ร้อยละ ๑๑ ของผู้รับบริการวางแผนครอบครัวทุกวิธี และนับตั้งแต่ ปี พ.ศ. ๒๕๑๕ เป็นต้นมา จำนวนผู้รับบริการผ่าตัดทำหมันได้เพิ่มขึ้น กล่าวคือ จาก ๓๒,๖๖๘ ราย ในปี พ.ศ. ๒๕๑๕ เป็น ๔๔,๖๐๖ ราย ในปี พ.ศ. ๒๕๑๖ และได้เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ ๖๒ ในปี พ.ศ. ๒๕๑๗ ในปี พ.ศ. ๒๕๒๑ จำนวนผู้รับบริการผ่าตัดทำหมันได้เพิ่มขึ้นถึงประมาณ ๑๓๐,๐๐๐ ราย และเพิ่มจากร้อยละ ๑๑ ของการวางแผนครอบครัวทุกวิธี ในช่วงปี ๒๕๐๘-๒๕๑๔ เป็นร้อยละ ๑๘.๔ ในปี พ.ศ. ๒๕๒๑ (Boonlert Leoprapai 1979:68) ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายถึงร้อยละ ๑๖๒.๖ (พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และปัญญา ดาวจรัสแสงชัย ๒๕๒๕:๓) ซึ่งการที่การผ่าตัดทำหมันได้เพิ่มขึ้นเป็นเพราะรัฐบาลได้ขยายหน่วยให้บริการวางแผนครอบครัว โดยเฉพาะหน่วยทำหมันเคลื่อนที่และความร่วมมือจากภาคเอกชน (Veerasing Muangman 1979:80) แต่หลังจากปี พ.ศ. ๒๕๒๑ จำนวนผู้รับบริการผ่าตัดทำหมันชายและหญิงได้ลดลง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความกลัว เกี่ยวกับข่าวลือหรือประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ยังเหลืออยู่เป็นกลุ่มที่ยากแก่การจูงใจ (กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย, กองอนามัยครอบครัว ๒๕๒๕:๓)

ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ

๑. ระดับการศึกษาของสามี-ภรรยา การศึกษาเป็นตัวแปรทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อความคิดความอ่านและระดับการตัดสินใจมากที่สุด คนที่มีการศึกษามากกว่าหรือมีระดับการศึกษาสูงกว่าย่อมจะมีโลกทัศน์ที่กว้างไกลกว่า มีค่านิยมสมัยใหม่สูงกว่าและมีโอกาสที่จะรับข่าวสารผ่านสื่อต่างๆ ได้สูงกว่า การผ่าตัดทำหมันเป็นนวัตกรรม (innovation) อย่างหนึ่งที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการควบคุมภาวะเจริญพันธุ์ของคู่สมรส ดังนั้นการยอมรับการทำหมันจึงแปรผันไปตามกลุ่มบุคคล กล่าวคือ การที่คนมีระดับการศึกษาสูงขึ้นจะมองเห็นคุณค่าของการจำกัดขนาดครอบครัวให้เล็ก มีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภาวะเจริญพันธุ์ได้รวดเร็วกว่า และจะมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงความเชื่อทัศนคติ และประเพณีที่ต่อต้านการควบคุมภาวะเจริญพันธุ์และใช้การคุมกำเนิดแบบถาวร (สันทิศ เสริมศรี และปราโมทย์ ประสาทกุล ๒๕๒๕:๑๐๖)

จิรพัฒน์ โพธิ์พ่วง ได้ศึกษาลักษณะทางประชากร และความสัมพันธ์ทางเพศของผู้ชายไทยที่ทำหมันและยังไม่ได้ทำหมัน โดยเก็บข้อมูลจากผู้ที่มาติดต่อขอคำแนะนำเกี่ยวกับการทำหมันชาย และผู้รับบริการผ่าตัดทำหมัน ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๑๔-๒๕๒๑ เมื่อพิจารณาถึงระดับการศึกษาของผู้ที่มาติดต่อและรับบริการทำหมันชาย พบว่าร้อยละ ๗๐.๕ สำเร็จการศึกษาไม่เกินชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๓ ร้อยละ ๑๔.๗ สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ ๔ ถึงอนุปริญญา และร้อยละ ๑๔.๘ สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ส่วนการศึกษาของภรรยาของผู้ชายที่มาติดต่อและรับบริการทำหมัน พบว่ามีการศึกษาค่อนข้างต่ำ กล่าวคือ ร้อยละ ๕๓.๐ สำเร็จการศึกษาไม่เกินชั้นประถมศึกษาปีที่ ๔ ร้อยละ ๒๔.๗ สำเร็จการศึกษามากกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ ๔ แต่ไม่เกินมัธยมศึกษาปีที่ ๓ (จิรพัฒน์ โพธิ์พ่วง ๒๕๒๓:๓๑)

Debhanom Muangman ได้ศึกษาเปรียบเทียบบุคคลที่ทำหมันแล้วและไม่ทำหมันในเขตชนบทของประเทศไทย โดยการสุ่มตัวอย่างสัมภาษณ์ชายที่ทำหมัน ๓๔๐ คน และชายที่ไม่ได้ทำหมัน ๓๐๐ คน จากเขตอำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง และอำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา เมื่อพิจารณาถึงระดับการศึกษา พบว่า ชายที่ทำหมันมีระดับการศึกษาสูงกว่า กล่าวคือร้อยละ ๔๖ จบการศึกษาอย่างน้อยระดับประถมศึกษาปีที่ ๔ และร้อยละ ๑๕ ของชายกลุ่มนี้จบการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษาปีที่ ๔ ส่วนชายที่ไม่ได้ทำหมัน ร้อยละ ๔๓ จบการศึกษาอย่างน้อยระดับประถมศึกษาปีที่ ๔ และมีเพียงน้อยรายที่จบการศึกษาสูงกว่าระดับนี้ (Debhanom Muangman 2525: ไม่มีเลขหน้า) ในด้านการศึกษาของภรรยา ก็ได้ข้อค้นพบในแบบแผนเดียวกันกับการศึกษาของสามี กล่าวคือ ภรรยาของชายที่ทำหมันมีระดับการศึกษาโดยเฉลี่ยสูงกว่าภรรยาของชายที่ไม่ได้ทำหมัน (Debhanom Muangman 2525: ไม่มีเลขหน้า)

พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และปัญญา ดาวจรัสแสงชัย ได้ใช้ข้อมูลจากโครงการสำรวจภาวะเจริญพันธุ์ การวางแผนครอบครัวและภาวะการตายในเขตชนบท พ.ศ. ๒๕๒๒ ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่ทำหมันและไม่ทำหมันพบว่า ระดับการศึกษาของสามีและภรรยาทำให้เกิดความแตกต่างในเรื่องการทำหมันแต่ไม่มากนักกล่าวคือสตรีที่มีการศึกษาภาคบังคับขึ้นไปทำหมันร้อยละ ๑๔.๗ ในขณะที่สตรีที่มีการศึกษาน้อยกว่าจะทำหมันร้อยละ ๑๕.๗ ซึ่งแตกต่างกันเพียงร้อยละ ๓ เท่านั้น ในทำนองเดียวกัน การศึกษาของสามีก็ก่อให้เกิดความแตกต่างในการทำหมันเพียงร้อยละ ๔ เท่านั้น (พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และ ปัญญา ดาวจรัสแสงชัย ๒๕๒๕:๑๓)

การศึกษาในฮ่องกงโดยกลุ่มตัวอย่างสัมภาษณ์ประชากรที่อาศัยอยู่ในเกาะชุมชน

๓ ชุมชน ในเรื่องของความคิดเห็นต่อการทำหมันหญิงพบว่า ผู้ให้สัมภาษณ์ (ชายและหญิงที่แต่งงาน และผู้ที่ เป็นโสด) ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า จะชอบวิธีการทำหมันหญิงน้อยกว่าขณะที่ผู้ที่ให้สัมภาษณ์ ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะชอบวิธีการทำหมันชายมากกว่า ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความคิดเห็นต่อการ ทำหมันชายแปรผันตามระดับการศึกษา และอายุ ส่วนความคิดเห็นต่อการทำหมันหญิง เป็นไปใน ทางตรงข้าม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความเข้าใจผิด (misconception) เกี่ยวกับค่านิยมดั้งเดิม (traditional values) และความไม่รู้ (ignorance) เกี่ยวกับการทำหมันชายเกิดขึ้นกับคน ที่มีอายุน้อยและมีระดับการศึกษาสูง และเมื่อถามต่อไปว่ากลุ่มที่ชื่นชอบการทำหมันชายจะทำหมันใน อนาคตหรือไม่กลับพบว่าแนวโน้มของการจะทำหมันชายในอนาคตลดลง (Chan, Carter and Colbourne 1976:28-30)

พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ ได้ใช้ข้อมูล จากโครงการวิจัยเรื่องสถานภาพ บทบาทของ สตรีกับการพัฒนาและภาวะเจริญพันธุ์ จังหวัดชลบุรี พ.ศ. ๒๕๒๕ มาศึกษาถึงความคิดเห็นที่จะทำหมัน ในอนาคต พบว่า การศึกษาของสตรีมีผลต่อความคิดเห็นที่จะทำหมันในอนาคตในลักษณะเชิงบวกและ เป็นเส้นตรง กล่าวคือ สตรีที่มีการศึกษามากกว่าประมุขศึกษาคิดจะทำหมันเพียงร้อยละ ๔๐.๕ เท่านั้น และอัตราส่วนนี้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๖๒.๕ และ ๗๐.๖ ของสตรีที่สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษาและ มัธยมศึกษาขึ้นไป (พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ ๒๕๒๕:๑๓๗)

๒. อาชีพของสามี-ภรรยา อาชีพของสามี-ภรรยา มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจทำหมัน เป็นอย่างมาก ทั้งนี้เพราะการทำหมันเป็นการตัดสินใจคุมกำเนิดอย่างถาวร ในสังคมเกษตรกรรม ที่ความต้องการแรงงานมาช่วยในครอบครัวมีมาก การตัดสินใจที่จะคุมกำเนิดอย่างถาวรเป็นไปได้ ยาก และถ้าหากเด็กที่เกิดมามีโอกาสรอดตัวหรือมีอัตราตายของทารกและเด็กสูง การมีลูกหลายๆ เพื่อ เผื่อไว้ (insurance effects) หรือทดแทนบุตรที่ตาย (replacement effect) ก็จะเกิดขึ้น ได้ง่าย ทำให้การตัดสินใจคุมกำเนิดอย่างถาวรเกิดขึ้นได้ยาก (สันหัด เสริมศรี และ ปราโมทย์ ประสาทกุล ๒๕๒๕:๑๐๔-๑๐๖)

การศึกษาถึงพฤติกรรมการควบคุมการเจริญพันธุ์โดยการทำหมันได้พบว่า อาชีพของ สามี-ภรรยา มีอิทธิพลต่อการทำหมัน กล่าวคือ จากการศึกษาของ จิรพัฒน์ โพธิ์พ่วง พบว่า ผู้มา

ติดต่อ และรับบริการผ่าตัดทำหมันชาย ส่วนใหญ่ทำงานในด้านการผลิต หรือเป็นคณงานในโรงงาน อุตสาหกรรม ร้อยละ ๓๑.๖ รองลงมาเป็นผู้ทำงานวิชาชีพ ทำงานบริการ และทำงานขนส่งร้อยละ ๑๓.๒, ๑๒.๖ และ ๑๒.๑ ตามลำดับ ส่วนอาชีพของภรรยา พบว่าร้อยละ ๕๕.๔ ที่อยู่บ้านเฉยๆ ไม่ได้ทำงานทำ รองลงมาได้แก่ผู้ประกอบการอาชีพในโรงงานอุตสาหกรรม หรือทำงานในด้านการ ผลิต และทำงานวิชาชีพ (จิรพัฒน์ โพธิ์พ่วง ๒๕๒๓:๓๒)

จากการศึกษาของ Debhanom Muangman พบว่าร้อยละ ๘๒ ของผู้ที่ทำหมันประกอบ อาชีพเกษตรกรรม ขณะที่ไม่ทำหมันประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ ๗๓ นอกจากนั้นเมื่อพิจารณา ถึงอาชีพของภรรยาพบว่าภรรยาของชายที่ทำหมันร้อยละ ๘๒ ทำงานเกษตร ส่วนภรรยาของชาย ที่ไม่ทำหมันมีเพียงร้อยละ ๗๓ เท่านั้น (Debhanom Muangman 2525: ไม่มีเลขหน้า) ข้อค้นพบ ของ Debhanom Muangman ทำให้สรุปได้ว่าในเขตชนบทชายที่ทำหมันจะประกอบอาชีพเกษตรกร เป็นส่วนใหญ่

พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และ ปัญญา ดาวจรัสแสงชัย ได้ใช้สถานภาพการทำงาน มาเป็นตัวแทนอาชีพ พบว่า สตรีที่ทำงานหลังการแต่งงานโดยได้รับค่าจ้างหรือ เงินเดือนทำหมันใน อัตราที่สูงกว่าสตรีที่ทำงานโดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือ เงินเดือน หรือสตรีที่ไม่ได้ทำงานเลย และสตรีที่ ทำงานให้แก่ตัวเองซึ่งส่วนใหญ่คงเป็นอาชีพเกษตรกรรมมีอัตราส่วนของการทำหมันสูงกว่าสตรีที่มี สถานภาพในการทำงานอย่างอื่น (พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และ ปัญญา ดาวจรัสแสงชัย ๒๕๒๕:๑๓)

การศึกษาของฝ่ายวิจัยและประเมินผล กองอนามัยครอบครัว กระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Public Health, Family Health Division 1980:5) โดยการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างในเขตชนบท พบว่า ร้อยละ ๗๒.๖ ของผู้ที่ทำหมันประกอบอาชีพเกษตรกรรม ขณะที่ผู้ ที่ไม่ทำหมันเป็นเกษตรกรร้อยละ ๖๗.๕ เท่านั้น และเมื่อพิจารณาอาชีพภรรยา พบว่าร้อยละ ๑๔.๕ ของชายที่ไม่ทำหมันประกอบอาชีพนี้ส่วนชายที่ประกอบอาชีพภรรยาทำหมันเพียงร้อยละ ๑๑.๖ เท่านั้น

ในด้านความคิดเห็นต่อการทำหมันและความตั้งใจที่จะทำหมันในอนาคต การศึกษาของ พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ พบว่า สตรีที่สามีประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดจะทำหมันในอนาคตถึงร้อยละ ๖๗.๗ ขณะที่สตรีที่สามีประกอบอาชีพที่ไม่ใช่เกษตรกรรมคิดจะทำหมันเพียงร้อยละ ๕๖.๖ ความแตก ต่างอันนี้ เป็นเพราะผู้ประกอบการเกษตรกรรมมีภาวะเจริญพันธุ์สูงกว่าผู้ประกอบการอื่นๆ ดังนั้น จึงเป็นกลุ่มที่คิดจะทำหมันมากกว่ากลุ่มอื่น และเมื่อศึกษาถึงอาชีพของสตรีเอง ก็พบในแบบแผนเดียว

กันคือ สตรีที่ประกอบอาชีพเกษตรคิดจะทำหมันในอัตราส่วนที่สูงกว่าสตรีที่ประกอบอาชีพอื่นๆ แต่ก็ไม่แตกต่างกันมากนัก (พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ ๒๕๒๕:๑๓๓)

๓. ถิ่นที่อยู่อาศัยของสามี-ภรรยา ประชากรที่อาศัยอยู่ในถิ่นฐานที่แตกต่างกันเช่น ระหว่างเมืองกับชนบท ย่อมจะมีความแตกต่างกันในด้านความรู้สึกนึกคิด ทศนคติและค่านิยม ทั้งนี้ เพราะได้รับอิทธิพลจากสังคมที่แตกต่างกัน คนที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองก็มีความคิดแบบคนเมือง ขณะที่ประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทจะมีสภาพทางสังคมและเศรษฐกิจต่ำกว่า การศึกษาต่ำกว่า และมีความรู้สึกนึกคิดที่แตกต่างไปจากคนเมือง ถือได้ว่าตนเองไม่ใช่คนเมืองและมีแนวโน้มที่จะอนุรักษ์วัฒนธรรมสูงกว่า (Report of an Expert Study Committee 1981:3) ด้วยสภาพความแตกต่างดังกล่าว ย่อมจะสร้างความคาดหวังเกี่ยวกับบุตร จำนวนบุตร พฤติกรรมภาวะเจริญพันธุ์และการคุมกำเนิดที่แตกต่างกัน

ในด้านพฤติกรรมภาวะเจริญพันธุ์ได้พบว่า คู่สมรสที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองจะมีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำกว่าคู่สมรสที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทและมีแนวโน้มของการยอมรับและปฏิบัติตนในด้านการวางแผนครอบครัวสูงกว่า จากการสำรวจในโครงการสำรวจภาวะเจริญพันธุ์ในประเทศไทย (SOFT 2518) พบว่าสตรีที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองรู้เรื่องการวางแผนครอบครัวโดยเฉลี่ย ๒.๘๖ วิธี ขณะที่สตรีในเขตชนบทรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว โดยเฉลี่ย ๒.๓๔ วิธี (Knodel John, Nibhon Debavalya and Peerasit Kamnuansilpa 1981:13) อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างอันนี้ได้หายไปเมื่อรัฐบาลได้ณรงค์เรื่องการวางแผนครอบครัวมากยิ่งขึ้น กล่าวคือในปี พ.ศ. ๒๕๒๕ พบว่าสตรีในเขตชนบทรู้เรื่องการวางแผนครอบครัวเท่ากับสตรีในเขตเมือง โดยเฉลี่ย ๓.๔ วิธี (Peerasit Kamnuansilpa and Apichat Chamrathirong 1982:32)

การยอมรับการผ่าตัดทำหมันได้ เริ่มขึ้นในเขตกรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่ๆ ผู้ที่ทำหมันเป็นชนกลุ่มน้อยที่มีการศึกษาดี (พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และ ปัญญา คาวจรัสแสงชัย ๒๕๒๕:๒) จากนั้นการทำหมันจึงได้ขยายไปสู่ชนบท เมืองจึงเป็นแหล่งรับบริการสมัยใหม่และพักผ่อนเพื่อเผยแพร่ขยายวิทยาการสมัยใหม่ไปยังเขตไกลเมืองและเขตชนบท

ในด้านความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมภาวะเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะความรู้เรื่องการคุมกำเนิดโดยวิธีการทำหมัน พบว่า คนในเขตเมืองมีความรู้เรื่องการทำหมันน้อยกว่าเขตชนบท

กล่าวคือ จากผลการวิจัยโครงการสำรวจภาวะเจริญพันธุ์ในประเทศไทย (SOFT) พบว่าร้อยละ ๒๑ และ ๔๑ ของสตรีในเขตเมือง มีความรู้ เรื่องการทำหมันชายและหมันหญิงตามลำดับ ขณะที่ร้อยละ ๒๔ และ ๔๖ ของสตรีในเขตชนบทมีความรู้ เรื่องการทำหมันชายและหมันหญิง และจากโครงการสำรวจสภาวะคุมกำเนิดในประเทศไทย (CPS) ก็พบในแบบแผนเดียวกัน จากข้อค้นพบดังกล่าวสรุปได้ว่าการมีความรู้ในเรื่องการทำหมันไม่ได้สอดคล้องกับการมีความรู้ในเรื่องวิธีการวางแผนครอบครัวอื่นๆ และที่น่าสังเกต คือ สตรีในเขตชนบทมีความรู้ เรื่องการทำหมัน (ทั้งหมันชายและหมันหญิง) สูงกว่าสตรีในเขตเมืองเพียงวิธีเดียวเท่านั้น (Knodel, John, Nibhon Debavalya and Peerasit Kamnuansilpa 1981:13) (Table 9)

พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ ได้นำเอาเขตชนบทและเขตเมืองมาเป็นตัวแปรกำหนดในการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อความคิดที่จะทำหมันในอนาคต พบว่า สตรีในเขตชนบทคิดจะทำหมันสูงกว่าสตรีในเขตเมือง กล่าวคือ สตรีในเขตชนบทคิดจะทำหมันในอนาคตถึงร้อยละ ๖๒.๐ ขณะที่สตรีในเขตเมืองคิดจะทำหมันร้อยละ ๔๖.๕ (พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ ๒๕๒๕:๑๒๒)

ปัจจัยทางประชากรและการวางแผนครอบครัว

๑. จำนวนบุตรที่มีอยู่ โดยทั่วไปแล้วบุคคลจะตัดสินใจทำหมันก็ต่อเมื่อมีบุตรครบตามที่ต้องการทั้งในเรื่องจำนวนหรือเพศของบุตร หรือไม่ต้องการมีบุตรอีกต่อไป Nortman (1980:3) ใช้ข้อมูลจากหลายๆ ประเทศเปรียบเทียบกัน พบว่าในประเทศที่อัตราภาวะเจริญพันธุ์สูง ครอบครัวยังคงต้องการมีบุตรอย่างน้อย ๔ คนก่อน จึงจะตัดสินใจคุมกำเนิดโดยวิธีถาวร เช่น ประเทศมาเลเซีย คู่สมรสจะตัดสินใจทำหมันเมื่อมีบุตรโดยเฉลี่ย ๔ คน ประเทศอินเดีย ๕.๔ คน ประเทศโคลัมเบีย ๔.๔ คน นอกจากนั้นจำนวนบุตรเฉลี่ยของผู้ที่ทำหมันสูงกว่าจำนวนบุตรเฉลี่ยของคู่สมรสที่คุมกำเนิดโดยวิธีอื่นๆ เช่นในประเทศฟิลิปปินส์ จำนวนบุตรเฉลี่ยของผู้ที่ทำหมัน เท่ากับ ๔.๑ คน ขณะที่จำนวนบุตรเฉลี่ยของผู้ที่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดเท่ากับ ๒.๕ คน และใช้ห่วงอนามัย เท่ากับ ๒.๖ คน

การศึกษาในประเทศไทย เปรียบเทียบระหว่างจำนวนบุตรของผู้ที่ทำหมันและไม่ทำหมันในเขตชนบท พบว่า จำนวนบุตรที่มีอยู่จริงของผู้ที่ทำหมันเท่ากับ ๓.๓ คน ขณะที่ผู้ที่ไม่ทำหมันมีบุตร ๔ คน (Debhanom Muangman 2525: ไม่มีเลขหน้า) การศึกษาในเขตชนบทเช่นกันโดยลุ่มตัวอย่างสัมภาษณ์ผู้ที่ทำหมัน และไม่ทำหมัน ในจังหวัดกาญจนบุรี นครสวรรค์ อุบลราชธานี และตรัง พบว่า

ชายที่ทำหมันมีบุตรโดยเฉลี่ย ๔.๔ คน ขณะที่ชายที่ไม่ทำหมันมีบุตรโดยเฉลี่ย ๓.๖ คน (Ministry of Public Health, Family Health Division 1980:5)

จิรพัฒน์ โพธิ์พ่วง พบว่า ผู้มาติดต่อและรับบริการผ่าตัดทำหมันชาย ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีบุตรมีชีวิตโดยเฉลี่ย ๒.๖๔ คน และเมื่อนำอายุของผู้รับบริการมาร่วมพิจารณาด้วยพบว่าจำนวนบุตรที่มีชีวิตมีจำนวนเพิ่มขึ้นตามอายุของผู้มาติดต่อและรับบริการทำหมันชาย เช่น ร้อยละ ๔๖.๐ ของผู้มีบุตร ๑-๒ คน อายุ ๒๐-๒๔ ปี ร้อยละ ๕๒.๘ ของผู้มีบุตร ๓-๔ คน อายุ ๔๕-๔๙ ปี และ ร้อยละ ๓๕ ของผู้มีบุตร ๕ คน ขึ้นไป อายุ ๕๐ ปีขึ้นไป (จิรพัฒน์ โพธิ์พ่วง ๒๕๒๓:๓๘)

พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และ ปัญญา ดาวจรัสแสงชัย ศึกษาในเขตชนบทพบว่าจำนวนบุตรที่เกิดรอดและจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ของสตรีไม่ค่อยมีผลหรืออิทธิพลต่อการทำหมัน กล่าวคือสตรีที่มีบุตรเกิดรอดและบุตรที่มีชีวิตอยู่ต่ำกว่า ๓ คน และ ๓ คนขึ้นไป ทำหมันในอัตราร้อยละ ๑๘.๖ และ ๑๖.๗ ซึ่งไม่แตกต่างกันมากนัก (พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และ ปัญญา ดาวจรัสแสงชัย ๒๕๒๕:๑๘)

อย่างไรก็ตามจากอดีตที่ผ่านมา จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยของผู้ที่ทำหมันลดลง (Boonlert Leoprapai 1979:70) กล่าวคือ ใน พ.ศ. ๒๕๑๖ จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยของครอบครัวที่ทำหมันเท่ากับ ๔.๕๓ คน และลดลงเรื่อยๆ ซึ่งในปี พ.ศ. ๒๕๒๓ จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยของครอบครัวที่ทำหมันเท่ากับ ๓.๓๗ คน (กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย, กองอนามัยครอบครัว ๒๕๒๕:๖)

๒. อายุของสามี-ภรรยา อายุเป็นตัวแปรทางประชากรที่มีความสำคัญตัวหนึ่งที่มีผลต่อภาวะเจริญพันธุ์และการคุมกำเนิด ทั้งนี้เพราะอายุเป็นตัวกำหนดความพร้อมทางสรีระ (Nortman 1980:13) เมื่อพิจารณาในเรื่องการทำหมัน การทำหมันได้รับความสนใจจากคู่สมรสที่มีอายุสูงมีบุตรครบตามต้องการและต้องการที่จะหยุดการมีบุตร (limit births) เช่นในประเทศอินเดีย สตรีมีอายุเฉลี่ย ๓๓ ปี เมื่อสามีทำหมัน ในประเทศที่อัตราเกิดต่ำเช่น สหรัฐอเมริกา การทำหมันได้รับความนิยมน้อยมาก กล่าวคือ หนึ่งในสี่ของคู่สมรสที่คุมกำเนิดใช้วิธีการทำหมัน ยังพบว่า อายุของคู่สมรสที่ทำหมันโดยเฉลี่ยเท่ากับ ๓๕.๔ ปี ขณะที่อายุเฉลี่ยของสตรีที่กินยาเม็ดคุมกำเนิด เท่ากับ ๒๖.๘ ปี และใส่ห่วงอนามัยเท่ากับ ๒๙.๕ ปี (Nortman 1980:13-15) นอกจากนี้ Nortman (1978:5) ใช้ข้อมูลหลายๆ ประเทศมาวิเคราะห์พบว่าครอบครัวที่ทำหมัน (หมันชายหรือหมันหญิง) จะมีอายุโดยเฉลี่ยสูงกว่าคู่สมรสที่ใช้วิธีการวางแผนครอบครัววิธีอื่นอย่างน้อย ๕ ปี

จิรพัฒน์ โพธิ์พ่วง (๒๕๒๓:๒๔-๓๐) พบว่าผู้ที่มาติดต่อและรับบริการผ่าตัดทำหมันชาย

ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีอายุโดยเฉลี่ย ๓๔.๗ ปี ส่วนภรรยาที่มีอายุโดยเฉลี่ย ๓๐.๕ ปี

Debhanom Muangman ศึกษาเปรียบเทียบบุคคลที่ทำหมันและไม่ทำหมัน ในเขตชนบทของประเทศไทย พบว่า ชายที่ทำหมันมีอายุโดยเฉลี่ย ๔๐ ปี และร้อยละ ๗๕ มีอายุต่ำกว่า ๔๖ ปี ขณะที่ชายที่ไม่ได้ทำหมันมีอายุโดยเฉลี่ย ๓๘ ปี และร้อยละ ๘๘ มีอายุต่ำกว่า ๔๖ ปี เมื่อศึกษาถึงอายุของภรรยาก็พบในแบบแผนเดียวกัน กล่าวคืออายุเฉลี่ยของภรรยาของชายที่ทำหมัน เท่ากับ ๓๗.๕ ปี และร้อยละ ๘๖ มีอายุต่ำกว่า ๔๖ ปี ส่วนภรรยาของชายที่ไม่ได้ทำหมันมีอายุโดยเฉลี่ย ๓๔ ปี และร้อยละ ๘๐ มีอายุต่ำกว่า ๔๖ ปี (Muangman 2525: ไม่มีเลขหน้า) สมพร บุขราทิจ (๒๕๒๕:๓) ศึกษาเปรียบเทียบผู้ที่ทำหมันและไม่ทำหมันในเขตเมืองพบว่าชายที่ทำหมันมีอายุโดยเฉลี่ย ๔๔.๒ ปี ขณะที่ชายที่ไม่ได้ทำหมันมีอายุโดยเฉลี่ย ๓๙.๒ ปี ซึ่ง Hollerbach ได้สรุปว่าการทำหมันเป็นวิธีที่นิยมปฏิบัติกันในหมู่คนที่มีอายุสูงกว่า (Hollerbach 1980:30)

เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความต้องการที่จะทำหมันในอนาคต การศึกษาในฮ่องกงพบว่า ผู้ให้สัมภาษณ์ (ชาย หญิง ที่แต่งงานและผู้ที่เป็นโสด) อายุ ๓๐-๓๙ ปี ร้อยละ ๘๕ เห็นว่าการทำหมันหญิงเป็นสิ่งดี รองลงมาได้แก่ผู้ให้สัมภาษณ์อายุ ๒๐-๒๙ ปี ส่วนความคิดเห็นหรือทัศนคติต่อการทำหมันชายพบว่าผู้ให้สัมภาษณ์อายุต่ำกว่า ๒๐ ปี เห็นด้วยกับการทำหมันชายมากที่สุด รองลงมาได้แก่ผู้ให้สัมภาษณ์อายุ ๒๐-๒๙ ปี อย่างไรก็ตามเมื่อรวมทุกกลุ่มอายุแล้ว ร้อยละ ๔๒ ของผู้ให้สัมภาษณ์ทั้งหมดเห็นว่าการทำหมันชายเป็นสิ่งดี ขณะที่ร้อยละ ๗๕ ชอบการทำหมันหญิง (Chan, Carter and Colbourne 1976:28-29) การศึกษาของพิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ พบว่า สตรีอายุ ๑๕-๒๔ ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทมีความคิดที่จะทำหมันสูงที่สุดถึงร้อยละ ๗๗.๓ และจำนวนจะลดลงเมื่ออายุสตรีเพิ่มขึ้น (พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ ๒๕๒๕ : ๑๒๒)

๓. ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนในเรื่องการวางแผนครอบครัว การทำหมันได้เป็นที่ยอมรับและปฏิบัติกันมานานโดยเฉพาะสตรีในเขตเมือง จากการสัมภาษณ์สตรีที่สมรสแล้ว อายุ ๑๕-๔๔ ปี จำนวน ๘๖๐ คน ในเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร ในระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๑๐-๒๕๑๑ พบว่าร้อยละ ๑๔.๘ ของสตรีที่สมรสแล้วได้ทำหมันและร้อยละ ๘.๐ ของสตรีกลุ่มนี้ที่สามีทำหมันชาย (อ้างใน Boonlert Leoprapi 1979:67) ในเขตชนบท ความรู้ในเรื่องการทำหมันสูงกว่า การยอมรับการทำหมันมาก การศึกษาในโครงการโพธาราม ปี พ.ศ. ๒๕๐๗-๒๕๐๘ พบว่า ประมาณ

ร้อยละ ๘๐ ของสตรีที่ตอบคำถามรู้เรื่องการทำหมันและเมื่อได้มีการสำรวจสตรีกลุ่มนี้ ซ้ำอีกครั้งหนึ่งในปี พ.ศ. ๒๕๑๒ สตรีที่วางแผนครอบครัวจำนวน ๔๖๗ ราย มีเพียง ๒๓ ราย หรือร้อยละ ๔.๙ ของสตรีที่วางแผนครอบครัวได้ทำหมัน (Sasichan Vimuktanon and Rosenfield 1971:131(ตารางที่ ๔))

การศึกษาในโครงการวิจัยต่อเนื่องระยะยาวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และประชากร ปี พ.ศ. ๒๕๑๒-๒๕๑๓ พบว่า ยาเม็ดคุมกำเนิดและการผ่าตัดทำหมันหญิง เป็นวิธีที่สตรีทั้งในเขตชนบทและเขตเมืองทราบมากที่สุด และสตรีในเขตเมืองมีความรู้มากกว่าสตรีในเขตชนบทโดยเฉพาะวิธีการใช้อย่างละเอียด นอกจากนั้น สตรีที่สมรสแล้วอายุ ๑๕-๔๔ ปี มีความรู้ในเรื่องการทำหมันชายและการทำหมันหญิงในเขตชนบทร้อยละ ๔๖.๘ และ ๕๒.๑ ในเขตเมืองอื่นๆ ร้อยละ ๖๔.๘ และ ๘๔.๘ และในเขตกรุงเทพมหานคร ร้อยละ ๕๙.๐ และ ๘๓.๗ ตามลำดับ ขณะที่การใช้วิธีการทำหมันชายและหมันหญิงในเขตชนบทร้อยละ ๒.๐ และ ๓.๑ ในเขตเมืองอื่นๆ ร้อยละ ๒.๗ และ ๑๔.๔ และในเขตกรุงเทพมหานคร ร้อยละ ๒.๘ และ ๑๘.๑ (พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และ วิศิษฐ์ ประจวบเหมาะ ๒๕๑๘:๒๗ (ตารางที่ ๑๖))

Nibhon Debavalya ได้อาศัยข้อมูลจากโครงการสำรวจภาวะเจริญพันธุ์ในประเทศไทย (SOFT) ปี พ.ศ. ๒๕๑๘ มาศึกษาเกี่ยวกับการผ่าตัดทำหมัน พบว่าสตรีที่สมรสแล้วอายุ ๑๕-๔๔ ปี มีความรู้เรื่องการทำหมันชายและการทำหมันหญิงในเขตชนบทร้อยละ ๗๐.๔ และ ๘๗.๘ ในเขตเมือง ร้อยละ ๘๒.๔ และ ๙๓.๐ ตามลำดับ (Nibhon Debavalya 1979:44 (ตารางที่ ๑)) ส่วนในด้านการปฏิบัติตนในเรื่องการวางแผนครอบครัวพบว่าการผ่าตัดทำหมันชายและหมันหญิงเป็นวิธีที่ได้รับความนิยมเพิ่มขึ้น (Nibhon Debavalya 1979:48 (ตารางที่ ๔))

Peerasit Kamnuansilpa และ Apichat Chamrathirong (1982:31) (ตาราง ๔.๑)) ได้พบว่า ในระหว่างช่วงการวิจัยโครงการสำรวจภาวะเจริญพันธุ์ในประเทศไทย (SOFT) ปี พ.ศ. ๒๕๑๘ กับโครงการสำรวจสถานะคุมกำเนิดในประเทศไทย (CPS) ในระยะ ๖ ปี ความรู้ในเรื่องการทำหมันของสตรีที่สมรสแล้ว อายุ ๑๕-๔๔ ปี เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๓ กล่าวคือ จากร้อยละ ๗๐ ในปี พ.ศ. ๒๕๑๘ มาเป็นร้อยละ ๙๓ ในปี พ.ศ. ๒๕๒๔ ความรู้ในเรื่องการทำหมันหญิงก็เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด จากร้อยละ ๘๗ ของสตรีที่สมรสแล้ว มาเป็นร้อยละ ๙๗ ในด้านการปฏิบัติตนเรื่องวางแผนครอบครัวพบว่าการทำหมันหญิงและหมันชายได้รับความนิยมเพิ่มขึ้น กล่าวคือ

การทำหมันหญิงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๖ ของสตรีที่สมรสแล้วในปี พ.ศ. ๒๕๑๘ มาเป็นร้อยละ ๑๘ ในปี พ.ศ. ๒๕๒๑ ขณะที่การทำหมันชายเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น (Peerasit Kamnuansilpa and Apichat Chamratrithirong 1982:37-38 (ตาราง ๕.๑))

Gillespie, Spillane และ Ryser พบว่าความรู้ในเรื่องการผ่าตัดทำหมันจะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับทัศนคติต่อการทำหมัน กล่าวคือ ผู้ที่มีความรู้ในเรื่องการผ่าตัดทำหมันสูง (high on knowledge index) จะยอมรับการทำหมันสูงตามไปด้วย ขณะที่ผู้ที่มีความรู้ในเรื่องการทำหมันต่ำ (low vasectomy knowledge group) จะยอมรับการทำหมันต่ำ (low approvers) และการยอมรับการทำหมันจะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความต้องการที่จะทำหมันในอนาคต (ดูรายละเอียดใน Gillespie, Spillane and Ryser 1978:161-183)

ในด้านพฤติกรรมและความตั้งใจ (behavioral intention) ต่อการวางแผนครอบครัวผู้ที่ตั้งใจหรือคาดหวังว่าจะวางแผนครอบครัวมีจำนวนมากขณะที่ผู้ที่วางแผนครอบครัวจริงๆ กลับมีจำนวนน้อย อย่างเช่น การที่พนักงานเยี่ยมบ้านด้านวางแผนครอบครัว ออกเยี่ยมบ้านในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าสตรีจำนวน ๓๐,๘๗๐ คน มีความสนใจที่จะวางแผนครอบครัว แต่มีสตรีเพียง ๑๓,๘๕๒ คน หรือร้อยละ ๔๕.๒ ของสตรีกลุ่มนี้ที่มารับบริการวางแผนครอบครัวที่ศูนย์บริการ ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าเป็นเพราะเวลาในการจูงใจมีจำกัดหรือเป็นการเสแสร้งทางสังคม (Social pretending) ที่แสดงความสนใจที่จะรับบริการ (อ้างใน Sirinapa Jamornmarn, Jumrong Hgende and Bung-On Chingulgitnivat 1981:6)

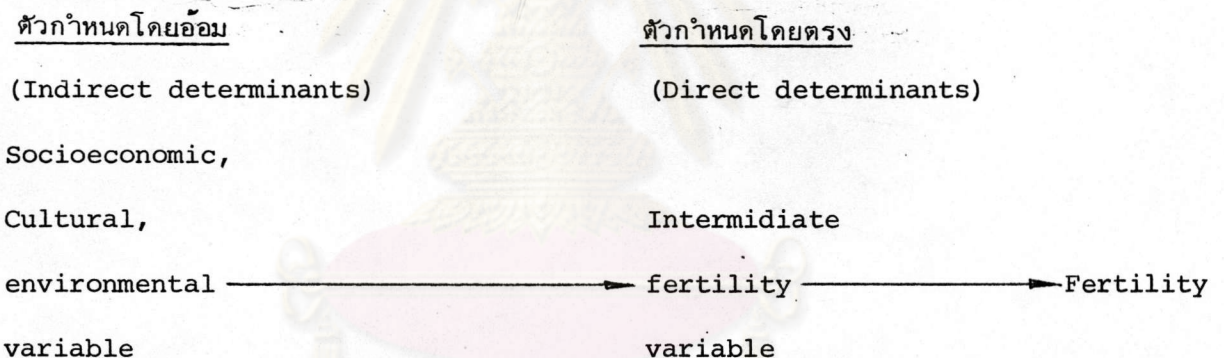
พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และ ปัญญา ดาวจรัสแสงชัย พบว่าทัศนคติต่อการวางแผนครอบครัวก่อให้เกิดความแตกต่างในด้านการยอมรับการทำหมันอย่างเห็นได้ชัด กล่าวคือสตรีที่เห็นด้วยกับการวางแผนครอบครัว ยอมรับการทำหมันในอัตราส่วนที่เกือบเป็นสองเท่าของสตรีที่ไม่เห็นด้วยกับการวางแผนครอบครัว (พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และ ปัญญา ดาวจรัสแสงชัย ๒๕๒๕:๑๔)

Debhanom Muangman (๒๕๒๕:ไม่มีเลขหน้า) พบว่า ร้อยละ ๘๔ ของชายที่ทำหมันไม่เคยวางแผนครอบครัวมาก่อน และร้อยละ ๑๖ ของชายที่ทำหมันได้เคยปรึกษาคิดใน เรื่องวางแผนครอบครัว ส่วนชายที่ไม่ได้ทำหมันเป็นเพราะปัจจุบัน (ชายหรือภรรยา) ได้วางแผนครอบครัวโดยวิธีใดวิธีหนึ่งอยู่แล้วถึงร้อยละ ๖๒ อย่างไรก็ตามชายที่ไม่ได้ทำหมัน ร้อยละ ๘๘ เคยรู้เรื่องการทำหมัน

มาก่อน ขณะเดียวกันร้อยละ ๓๓ ของชายกลุ่มนี้ยังเข้าใจว่าการทำหมันและถาวรตอนเป็นสิ่งเดียวกัน ในด้านความคิดที่จะทำหมันในอนาคต พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ พบว่า การกำลังใช้หรือไม่ใช้วิธีการป้องกันการปฏิสนธิในปัจจุบันไม่ก่อให้เกิดความแตกต่างในความคิดที่จะทำหมันมากนัก แต่เมื่อแยกพิจารณาเป็นเขตเมืองและเขตชนบท ในเขตเมืองสตรีที่ไม่ได้ใช้วิธีการวางแผนครอบครัวคิดจะทำหมันมากกว่าสตรีที่กำลังใช้วิธีวางแผนครอบครัวอยู่ ขณะที่ในเขตชนบทความสัมพันธ์นี้กลับกัน (พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ ๒๕๒๕:๑๓๑)

แนวความคิดที่สำคัญ และสมมุติฐานในการศึกษา

Bongaarts (1979:2-3) ได้ประยุกต์ กรอบวิเคราะห์ตัวแปรแทรกที่มีผลต่อภาวะเจริญพันธุ์ (A framework for the analysis of the intermediate fertility variables) มาจากทฤษฎีตัวแปรแทรก (Intermediate Variable Theory) ของ Davis และ Blake มีสาระดังนี้



ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแทรก หรือตัวกำหนดโดยตรง กับตัวกำหนดโดยอ้อมนั้น Bongaarts ได้สรุปว่าตัวกำหนดโดยตรงเป็นผล (function) ของตัวแปรทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งตัวแปรทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมจะมีผลโดยอ้อมต่อภาวะเจริญพันธุ์

การวิเคราะห์ของ Bongaarts เป็นการวิเคราะห์ที่เกี่ยวกับภาวะเจริญพันธุ์ในลักษณะของความเป็นจริงไม่ใช่ความคิด การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ประยุกต์กรอบแห่งการวิเคราะห์ของ Bongaarts เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความคิดเกี่ยวกับการเว้นระยะการมีบุตร และการทำหมันในอนาคต ดังกรอบวิเคราะห์และตัวแปรต่างๆ ดังนี้

ตัวกำหนดโดยอ้อม	→	ตัวกำหนดโดยตรง	→	ตัวแปรตาม
(Indirect determinants)		(Direct determinants)		(Dependents)
ตัวแปรทางสังคม เศรษฐกิจ		ตัวแปรทางประชากรและการ		
วัฒนธรรมและสภาวะแวดล้อม ได้แก่		วางแผนครอบครัว		
-ระดับการศึกษาของหัวหน้าครัวเรือน		-อายุของหัวหน้าครัวเรือน		-ความคิดเกี่ยวกับการ
-อาชีพของหัวหน้าครัวเรือน		-จำนวนบุตรที่มีอยู่จริง		เว้นระยะการ
-ถิ่นที่อยู่อาศัย		-ความรู้ทัศนคติและการ		มีบุตร (Birth
		ปฏิบัติตนในเรื่องวางแผน		spacing)
		ครอบครัว		-ความคิดที่จะจำกัด
				ขนาดของครอบครัว
				(Family Limitation)
				โดยการทำหมัน

โดยมีแนวความคิด (Concept) ในเชิงวิเคราะห์ว่า ตัวกำหนดโดยตรงเป็นผล (functions) ของตัวกำหนดโดยอ้อม ซึ่งจะมีผลต่อความคิดเกี่ยวกับการเว้นระยะการมีบุตร หรือหยุดการมีบุตรโดยการทำหมัน

เนื่องจากการศึกษาค้นคว้านี้เป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ ซึ่งได้แก่ตัวกำหนดโดยตรงและตัวกำหนดโดยอ้อมกับตัวแปรตาม คือ ความคิดเกี่ยวกับการเว้นระยะการมีบุตรและความคิดที่จะจำกัดขนาดของครอบครัวโดยการทำหมัน จึงได้ตั้งข้อสมมุติฐานเพื่อการวิจัย โดยยึดถือผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นเป็นแนวทางในการตั้ง ส่วนกรอบวิเคราะห์ตัวแปรแทรกที่มีผลต่อภาวะเจริญพันธุ์ของ Bongaarts ได้นำมาเป็นตัวแบบ (framework) และเป็นแนวทางสำหรับการวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่มีผลต่อตัวแปรตาม

สมมุติฐาน

๑. จากผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น พบว่า การศึกษามีอิทธิพลอย่างสำคัญต่อการเว้นระยะการมีบุตรและการจำกัดขนาดของบุตร กล่าวคือคู่สามี-ภรรยา ที่มีการศึกษาสูงจะมีแนวโน้มเว้นระยะการมีบุตรสูงและมองเห็นคุณค่าของการจำกัดขนาดครอบครัวให้เล็ก จึงคิดที่จะทำหมันสูงเช่นกัน จึงได้ตั้งสมมุติฐานเพื่อการศึกษาดังนี้ "หัวหน้าครัวเรือนที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า

จะมีความคิดที่จะเว้นระยะการมีบุตรและคิดที่จะทำหมันในอนาคตสูงกว่าหัวหน้าครัวเรือนที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า"

๒. อาชีพมีอิทธิพลและก่อให้เกิดความแตกต่างในความคิดและการตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะเจริญพันธุ์มาก โดยเฉพาะในสังคมเกษตรกรรม ที่ความต้องการแรงงานมาช่วยครอบครัวมาก และหากอัตราตายของทารกและเด็กสูงด้วยแล้ว การตัดสินใจที่จะคุมกำเนิดโดยวิธีถาวรจึงเป็นไปได้ยาก แต่อย่างไรก็ตาม จากผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นพบว่า สตรีที่ตัวเองหรือสามี ประกอบอาชีพเกษตรกรรมคิดที่จะทำหมันสูงกว่าสตรีที่ตัวเอง หรือสามี ประกอบอาชีพอื่นที่ไม่ใช่เกษตรกรรม และในเรื่องการเว้นระยะการมีบุตรพบว่า สตรีที่สามี ทำงานไม่ต้องใช้แรงงาน ให้กำเนิดบุตรระสม น้อยกว่าสตรีที่สามีทำงานต้องใช้แรงงาน จึงได้ตั้งสมมติฐานเพื่อการศึกษาครั้งนี้ "หัวหน้าครัวเรือนที่มีอาชีพเกษตรกรรมจะมีความคิดที่จะเว้นระยะการมีบุตรต่ำกว่าและคิดที่จะทำหมันในอนาคตสูงกว่าหัวหน้าครัวเรือนที่ประกอบอาชีพอื่น"

๓. ความแตกต่างในถิ่นที่อยู่อาศัย ก่อให้เกิดความแตกต่างในเรื่องความคิดเห็นและโลกทัศน์ของคู่สามี-ภรรยา ทั้งนี้เพราะได้รับอิทธิพลจากสังคมที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะความแตกต่างระหว่างเขตเมือง และเขตชนบท จากผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นพบว่าสตรีที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง ใช้วิธีการวางแผนครอบครัวเพื่อเว้นระยะการมีบุตรสูงกว่าสตรีที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท แต่สตรีที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองคิดที่จะทำหมันน้อยกว่าสตรีที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท จึงได้ตั้งสมมติฐานเพื่อการศึกษาครั้งนี้ "หัวหน้าครัวเรือนที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองจะมีความคิดที่จะเว้นระยะการมีบุตรสูงกว่าแต่คิดที่จะทำหมันต่ำกว่าหัวหน้าครัวเรือนที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท"

๔. การตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะเจริญพันธุ์ของคู่สามี-ภรรยา ขึ้นอยู่กับจำนวนบุตรที่มีอยู่ และจำนวนบุตรที่ต้องการ หากคู่สามีภรรยา มีบุตรที่มีอยู่น้อยการตัดสินใจที่จะหยุดการเจริญพันธุ์โดยวางแผนครอบครัววิธีถาวร (ทำหมัน) เป็นไปได้ยาก แต่ความคิดหรือการตัดสินใจที่จะเว้นระยะการมีบุตรเป็นไปได้สูงกว่าจากผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นพบว่า ครอบครัวที่ตัดสินใจทำหมัน มีบุตรโดยเฉลี่ยสูงกว่าครอบครัวที่ตัดสินใจใช้การคุมกำเนิดวิธีอื่น หรือไม่ใช้การคุมกำเนิดเลย ส่วนจำนวนบุตรที่มีอยู่ของคู่สามี-ภรรยา กับความคิดเกี่ยวกับการเว้นระยะการมีบุตร ยังไม่พบว่ามีผลงานวิจัยในเรื่องนี้โดยตรง อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ ได้ตั้งสมมติฐานดังนี้ "หัวหน้าครัวเรือนที่มีจำนวนบุตรที่มีอยู่

น้อยกว่า จะมีความคิดที่จะเว้นระยะการมีบุตรสูงกว่าและคิดที่จะทำหมันในอนาคตต่ำกว่า หัวหน้าครัวเรือนที่มีจำนวนบุตรที่มีอยู่มากกว่า"

๕. อายุ ของคู่สามี-ภรรยา มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม เกี่ยวกับภาวะเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะในด้านความคิดเกี่ยวกับการเว้นระยะการมีบุตร และการจำกัดขนาดของบุตร กล่าวคือ จากผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น สตรีที่มีอายุน้อย จะใช้วิธีคุมกำเนิด เพื่อเว้นระยะการมีบุตรสูงกว่า สตรีที่มีอายุมาก ส่วนในด้านการทำหมัน พบว่า คู่สมรสที่ทำหมันมีอายุโดยเฉลี่ยสูงกว่าคู่สมรสที่คุมกำเนิด โดยวิธีอื่น หรือไม่คุมกำเนิด แต่ในด้านความคิดที่จะทำหมัน พบว่าสตรีที่มีอายุน้อย คิดที่จะทำหมันสูงกว่าสตรีที่มีอายุมาก จึงได้ตั้งสมมติฐาน เพื่อการศึกษาครั้งนี้ "หัวหน้าครัวเรือนที่มีอายุน้อยกว่าจะมีความคิดที่จะเว้นระยะการมีบุตรสูงกว่า และคิดที่จะทำหมันในอนาคตสูงกว่า หัวหน้าครัวเรือนที่มีอายุมากกว่า"

๖. จุดมุ่งหมายของการวางแผนครอบครัว คือ การคุมกำเนิดเพื่อเว้นระยะการมีบุตร หรือหยุดการมีบุตร ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงวิธีการวางแผนครอบครัวที่ใช้ กล่าวคือ การวางแผนครอบครัววิธีชั่วคราว ใช้เพื่อจุดหมายในการเว้นระยะการมีบุตร และหยุดการมีบุตร ส่วนการวางแผนครอบครัววิธีถาวร ใช้เพื่อหยุดการมีบุตรอย่างถาวร ดังนั้นจึงได้ตั้งสมมติฐานเพื่อการศึกษาครั้งนี้ "หัวหน้าครัวเรือนที่ใช้วิธีการวางแผนครอบครัวแบบชั่วคราวจะมีความคิดที่จะเว้นระยะการมีบุตรสูงกว่าหัวหน้าครัวเรือนที่ใช้วิธีการวางแผนครอบครัวแบบถาวร"

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑. การศึกษานี้จะสามารถบ่งชี้ถึงคุณลักษณะของผู้ที่มีความคิด เกี่ยวกับการเว้นระยะการมีบุตร และหยุดการมีบุตรโดยเลือกเอาการทำหมันเป็นวิธีคุมกำเนิด ซึ่งจะมีผลอย่างยิ่งต่อการค้นหาประชากรเป้าหมาย เพื่อประโยชน์ในการกำหนดวิธีจูงใจและให้บริการวางแผนครอบครัวที่เหมาะสม

๒. การศึกษานี้จะเป็นพื้นฐานหรือแนวทางของการศึกษาในด้านนี้ต่อไป ซึ่งอาจเป็นแนวทางไปสู่การวิจัยที่นอกเหนือจากความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตนในด้านการวางแผนครอบครัว

คำจำกัดความที่ใช้เพื่อการศึกษา

หัวหน้าครัวเรือน	หมายถึง ก. เขตเมืองคือ บุคคลที่ตกเป็นตัวอย่างของการสำรวจมีอายุระหว่าง ๑๕-๖๔ ปี และกำลังทำงานเชิงเศรษฐกิจทั้งนี้บุคคลที่ตกเป็นตัวอย่าง อาจเป็นหัวหน้าครัวเรือนหรือ บุคคลอื่นในครัวเรือนก็ได้ ข. เขตชนบทคือ หัวหน้าของครัวเรือนที่ตกเป็นตัวอย่างและทำงานเชิงเศรษฐกิจ
เขตที่อยู่อาศัย	หมายถึง ถิ่นที่อยู่อาศัยของหัวหน้าครัวเรือน ขณะสำรวจ แบ่งออกเป็น ๕ เขต กรุงเทพมหานคร เขตเทศบาลอื่น (ไม่รวมเทศบาลกรุงเทพมหานคร) ชนบทพัฒนา และชนบทด้อยพัฒนา
จำนวนบุตรที่ต้องการ	หมายถึง จำนวนบุตรที่หัวหน้าครัวเรือนต้องการที่จะมี (desired number of children) ได้มาจากคำถามว่า ถ้าท่านเลือกได้ตามใจชอบ ท่านอยากมีบุตรทั้งหมดกี่คน
การใช้การวางแผนครอบครัว	หมายถึง การใช้วิธีวางแผนครอบครัว หรือคุมกำเนิดในขณะสำรวจ แบ่งออกเป็นใช่และไม่ใช่
วิธีวางแผนครอบครัวที่ใช้	หมายถึง วิธีคุมกำเนิดที่หัวหน้าครัวเรือนหรือคู่สมรสใช้ขณะสำรวจ แบ่งออกเป็นวิธีวางแผนครอบครัวแบบชั่วคราวและถาวร
การศึกษา	หมายถึง ระดับสูงสุดที่หัวหน้าครัวเรือน เรียนสำเร็จ
อาชีพ	หมายถึง อาชีพหลักของหัวหน้าครัวเรือน
สถานภาพ	หมายถึง สถานภาพของการมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานเป็นสถานภาพที่เกิดจากการประกอบอาชีพหลัก

รายได้

หมายถึง ก. เขตเมือง คือ รายได้ซึ่งเกิดจากการประกอบอาชีพหลัก อาชีพรอง และรายได้พิเศษอื่นๆ ของหัวหน้าครัวเรือนและคู่สมรสเป็นรายได้ในปีขณะสำรวจ ได้มาจากคำถามว่า โดยปกติท่านมีรายได้ โดยเฉลี่ยแล้วประมาณเดือนละเท่าไร (รวมทั้งงานหลัก งานรอง และรายได้พิเศษอื่นๆ) และถามทั้งหัวหน้าครัวเรือน และคู่สมรส

ข. เขตชนบทคือ รายได้ของครัวเรือนในรอบปี ก่อนการสำรวจได้มาจากคำถามว่า ในช่วงปีที่แล้วครัวเรือนของท่านมีรายได้โดยเฉลี่ยแล้วประมาณเท่าไร

ระดับความทันสมัย

ในที่นี้หมายถึง การมีสิ่งของบางชนิดครอบครอง เช่น นาฬิกา โทรทัศน์ รถยนต์ ฯลฯ แล้วนำสิ่งของที่ครอบครองรวมกัน จากนั้นนำมาจัดลำดับจำนวนที่มี ทั้งนี้ไม่ได้คำนึงถึงราคาสิ่งของนั้น เพียงแต่ถือว่า หัวหน้าครัวเรือนที่มีสิ่งของมากกว่าก็น่าจะมีสิ่งของที่ราคาสูงกว่ารวมอยู่ด้วย และถ้ามีสิ่งของที่มีราคาสูงกว่ารวมอยู่ ก็น่าจะมีสิ่งของที่ราคาต่ำกว่าด้วยเช่นกัน ในเขตเมือง จำนวนสิ่งของที่ถามมีทั้งหมด ๑๔ รายการ (รถยนต์นั่ง/รถบรรทุก มีราคาสูงสุดและพัดลม/เตารีดไฟฟ้าราคาต่ำสุด) เป็นสิ่งของของหัวหน้าครัวเรือนและ/หรือคู่สมรส ซึ่งได้จากคำถามว่า ท่านและ/หรือคู่สมรสมีสิ่งต่างๆ ต่อไปนี้หรือไม่ ในเขตชนบท จำนวนสิ่งของที่ถามมีทั้งหมด ๑๗ รายการ

(รถยนต์นั่ง/รถบรรทุกมีราคาสูงสุด และกระติก
น้ำร้อนหรือน้ำเย็นมีราคาต่ำสุด) และเป็นสิ่ง
ของของหัวหน้าครัวเรือนหรือสมาชิกในครัวเรือน
ได้มา จากคำถามว่า ท่านหรือสมาชิกในครัว
เรือนของท่านมีสิ่งต่างๆต่อไปนี้หรือไม่

ความคิดเกี่ยวกับการเว้นระยะการมีบุตร หมายถึง

ความคิดของหัวหน้าครัวเรือนขณะสำรวจ คิด
ที่จะเว้นระยะของการเกิดหรือเว้นระยะเวลา
ห่างของการเกิด ระหว่างการไม่มีบุตรกับการ
มีบุตรคนแรกหรือการมีบุตรคนแรก (หรือคนปัจจุ
บัน) กับคนถัดไปโดยใช้การวางแผนครอบครัว
ได้มาจากคำถามว่า ถ้าท่านเลือกได้ระหว่าง
การมีบุตรติดต่อกันจนครบตามจำนวนที่ต้องการ
กับการเว้นระยะการมีบุตร โดยการวางแผน
ครอบครัว ท่านจะเลือกเอาอย่างไร ตอบว่า
ติดต่อกัน เว้นระยะและไม่ทราบ

ความคิดที่จะทำหมัน

ได้มาจากคำถามว่า สมมติว่าท่านมีบุตรตามจำ
นวนที่ต้องการ หรือ เกินกว่าจำนวนที่ต้องการ
แล้ว ท่านและ/หรือภรรยาของท่านคิดจะทำหมัน
หรือไม่ ตอบว่า คิด ไม่คิด

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย