



## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันนี้ปัญหาสำคัญของประเทศกำลังพัฒนาทั้งหลายก็คือ ปัญหาการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของจำนวนประชากร ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่ประสบกับปัญหานี้ รัฐบาลจึงจำเป็นต้องมีการเร่งลดอัตราการเพิ่มของจำนวนประชากรทั้งระดับประเทศ ระดับภาคและกลุ่มประชากรเป้าหมายบางกลุ่ม เช่น ในกลุ่มชนบทที่ห่างไกล กลุ่มชาวนา ให้ลดต่ำลงไปอีก (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม, แผนประชากร 2530-2534 : 6) ฉะนั้นความจำเป็นในการวางแผนครอบครัว เพื่อลดการเพิ่มของประชากรยังคงต้องมีอยู่ โดยเฉพาะแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 6 (2530-2534) ได้ตั้งเป้าหมายที่จะลดอัตราเพิ่มของประชากรให้เหลือร้อยละ 1.3 ในที่สุดท้ายของแผนฯ และได้ตั้งเป้าหมายให้ผู้รับบริการวางแผนครอบครัวรายใหม่เป็น 6,651,000 ราย ในจำนวนนี้จะเป็นผู้รับบริการผ่าตัดทำหมัน 950,000 ราย และมีจำนวนผู้รับบริการวางแผนครอบครัวที่ยังคงต้องใช้เมื่อสิ้นแผนพัฒนาฯ 5,692,567 ราย โดยเป็นผู้รับบริการผ่าตัดทำหมัน 2,752,570 ราย (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, แผนประชากร 2530-2534 : 11)

ในการดำเนินงานวางแผนครอบครัวในแผนพัฒนาฉบับปัจจุบันนี้ จะยากกว่าการดำเนินงานในระยะที่ผ่านมา เนื่องจากประชากรในวัยเจริญพันธุ์ส่วนใหญ่ใช้วิธีคุมกำเนิดแล้ว ส่วนกลุ่มที่เหลืออยู่เป็นประชากรที่ยากจน ซึ่งยากแก่การจูงใจให้มารับบริการ หรือเป็นประชากรที่อยู่ในท้องที่ห่างไกล ดังนั้น โครงการวางแผนครอบครัว จึงได้มีนโยบายให้มีการขยายบริการวางแผนครอบครัวไปสู่ชนบทให้ทั่วถึง โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ ที่มีอัตราการรับบริการวางแผนครอบครัวต่อสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้วอยู่ในระดับต่ำ และมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยของสตรีในวัยเจริญพันธุ์สูงกว่าภาคกลางและภาคเหนือ (กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย 2529 : 1) ดังนั้นการที่จะให้บรรลุเป้าหมายของโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ คงจะต้องใช้มาตรการที่จะเพิ่มอัตราการใช้วิธีคุมกำเนิดแต่ละวิธีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ให้มากขึ้นกว่าในปัจจุบันนี้ พยายามให้ผู้ที่ใช้วิธีคุมกำเนิดรายเก่า และผู้ที่ใช้วิธีคุมกำเนิด



รายใหม่หันมาใช้วิธีคุมกำเนิดแบบถาวรหรือการผ่าตัดทำหมันให้มากขึ้น เนื่องจากเป็นวิธีที่เหมาะสมกับประเทศไทย ซึ่งคู่สมรสส่วนใหญ่มีบุตรเพียงพอแล้ว และมีอายุไม่มากนัก (ไพฑูริย์ คชเสนีย์ และอารีย์ ศรีบูรธรรม 2524 : 11) อีกทั้งการผ่าตัดทำหมันยังเป็นวิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ มีการเกิดโรคแทรกซ้อนน้อยและอัตราการล้มเหลวของการคุมกำเนิดต่ำกว่าวิธีคุมกำเนิดชนิดอื่น ๆ เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด และห่วงอนามัย มีอัตราความล้มเหลวเท่ากับ 1.40 และ 2.80 ในขณะที่อัตราการทำหมันหญิงและหมันชาย มีอัตราความล้มเหลวเท่ากับ 0.04 และ 1.15 (กระทรวงสาธารณสุข, โครงการวางแผนครอบครัว 2526 : 5)

จากสถิติการทำหมันในประเทศไทยพบว่า จำนวนผู้บริการผ่าตัดทำหมันได้เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ กล่าวคือในช่วง 7 ปีแรก ก่อนการดำเนินงานวางแผนครอบครัวแห่งชาติ จำนวนผู้บริการผ่าตัดทำหมันมีประมาณปีละ 15,000 ราย หรือประมาณร้อยละ 11 ของผู้รับบริการวางแผนครอบครัวทุกวิธี นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2515 เป็นต้นมา จำนวนผู้บริการผ่าตัดทำหมัน ได้เพิ่มขึ้นจาก 32,668 ราย ในปี พ.ศ. 2515 เป็น 358,221 ราย ในปี พ.ศ. 2519 จากปี พ.ศ. 2520-2528 เป็น 757,972 ราย และเพิ่มเป็น 2,388,972 รายในปี พ.ศ. 2531 ของการวางแผนครอบครัวทุกวิธี ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สถิติการทำหมันในประเทศไทย (พ.ศ. 2508-2531)

ปี	ทำหมันหญิง	ทำหมันชาย	รวม
2508-2514			105,032
2515-2519	329,673	28,548	358,221
2520-2424	670,772	158,188	828,690
2525-2528	620,515	137,457	757,972
2529-2531*	410,512	33,307	339,057
รวม	2,030,472	357,500	2,388,972

สมาคมทำหมันแห่งประเทศไทย, "สถิติการทำหมันในประเทศไทย (พ.ศ. 2508-2528)", 2529  
สถิติการทำหมันของโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ ถึงเดือนกันยายน 2531 (อัดสำเนา)



การทำหมัน เป็นพฤติกรรมที่คู่สมรสตัดสินใจกระทำ เมื่อมีบุตรครบตามจำนวนที่ต้องการแล้ว และไม่คิดที่จะมีบุตรอีกต่อไป มุ่งจำกัดขนาดของครอบครัวให้สอดคล้องกับภาวะเศรษฐกิจและสังคม ในอนาคตคาดว่า การทำหมันมีแนวโน้มที่จะเป็นวิธีที่สำคัญยิ่งขึ้นไปเรื่อยๆ โดยมีข้อมูลที่ได้จากการวิจัยต่างๆ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละของการทำหมันของคู่สมรสที่ภรรยาอายุ 15-44 ปี จากการสำรวจ

	2512 (LS1)	2515 (LS2)	2518 (SOFT)	2521 (CPS1)	2522 (NS)	2524 (CPS2)	2527 (CPS3)	2530 (TDHS)	2530 (CUPS)
หมันชาย	2.0	2.8	2.2	3.4	3.9	4.2	4.4	5.5	3.8
หมันหญิง	5.1	6.4	7.5	12.9	14.8	18.4	23.5	22.4	25.4
รวม	7.1	9.2	9.7	16.3	18.7	22.5	27.9	27.9	29.2

หมายเหตุ LS1 = โครงการระยะยาวเกี่ยวกับการศึกษาการเปลี่ยนแปลงทางประชากร

เศรษฐกิจ และสังคมในประเทศไทย รอบที่ 1

LS2 = โครงการระยะยาวเกี่ยวกับการศึกษาการเปลี่ยนแปลงทางประชากร

เศรษฐกิจ และสังคมในประเทศไทย รอบที่ 2

SOFT = โครงการสำรวจภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีในประเทศไทย

CPS1 = โครงการสำรวจสภาวะการคุมกำเนิดในประเทศไทย รอบที่ 1

NS = โครงการสำรวจภาวะเจริญพันธุ์ ภาวะการตาย และการวางแผนครอบครัว  
ในประเทศไทย

CPS2 = โครงการสำรวจสภาวะการคุมกำเนิดในประเทศไทย รอบที่ 2

CPS3 = โครงการสำรวจสภาวะการคุมกำเนิดในประเทศไทย รอบที่ 3

TDHS = โครงการสำรวจประชากรและการอนามัยในประเทศไทย เก็บข้อมูลโดย  
สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CUPS = โครงการศึกษาวิจัยตัวกำหนดและผลกระทบของแบบแผนการใช้วิธีคุมกำเนิด  
ในประเทศไทย เก็บข้อมูลโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล



อัตราการทําหมันที่เพิ่มมากที่สุดได้แก่ การทําหมันหญิง ซึ่งเพิ่มจากอัตราร้อยละ 5.1 เป็นร้อยละ 6.4, 7.5, 12.9, 14.8, 18.4, 23.5, 22.4 และ 25.4 จากปี พ.ศ. 2512, 2515, 2518, 2521, 2522, 2524, 2527, 2530 ตามลำดับ และเป็นที่น่าสังเกตว่า การเพิ่มของการทําหมัน โดยเฉพาะการทําหมันหญิง ได้เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาที่ผู้มารับบริการวางแผนครอบครัวรายใหม่ มีจำนวนเพิ่มขึ้นค่อนข้างคงที่ จนปัจจุบันนี้ วิธีการทําหมันหญิง เป็นวิธีที่แพร่หลายที่สุดในประเทศ (พิธีสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และ อภิชาติ จารุสฤทธิรงค์ 2528 : 15) สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับการทําหมันเป็นรายภาค ในโครงการสำรวจสภาวะการคุมกำเนิดในประเทศไทยรอบที่ 3 โครงการสำรวจประชากรและการอนามัย (TDHS) และโครงการศึกษาวิจัยตัวกำหนดและผลกระทบของแบบแผนการใช้วิธีคุมกำเนิดในประเทศไทย (CUPS) ได้แบ่งอัตราส่วนร้อยละของสตรีอายุ 15-44 ปี ที่แต่งงานแล้ว เคยใช้วิธีคุมกำเนิดโดยการทําหมันแยกเป็นรายภาคดังนี้

	ทั้งประเทศ			กรุงเทพฯ มหานคร			ภาคกลาง			ภาคเหนือ			ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ			ภาคใต้		
	CPS3	CUPS	TDHS	CPS3	CUPS	TDHS	CPS3	CUPS	TDHS	CPS3	CUPS	TDHS	CPS3	CUPS	TDHS	CPS3	CUPS	TDHS
หมันหญิง	22.6	25.4	23.7	29.2	24.9	22.8	22.3	25.4	25.6	27.0	28.9	19.0	20.4	27.2	25.3	16.1	15.5	14.1
หมันชาย	4.4	3.8	5.5	5.7	6.1	7.0	7.1	5.6	9.0	1.3	2.4	6.0	4.8	3.1	2.6	3.0	2.9	5.4
รวม	27.0	29.2	29.2	34.9	31.0	29.8	29.4	31.0	34.6	28.3	31.3	25.0	25.2	30.3	27.9	19.1	18.4	19.5

เมื่อเปรียบเทียบอัตราการทําหมันเป็นรายภาคแล้วจะพบว่า ภาคใต้ เป็นภาคที่มีอัตราการทําหมันต่ำที่สุด รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และสูงสุดคือภาคเหนือ ดังนั้นการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการทําหมันของสตรี เปรียบเทียบภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับภาคใต้ จึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการวางแผนครอบครัวในอนาคต ในการชักชวนคู่สมรสหันมาใช้บริการทําหมันมากขึ้น



### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

การศึกษาค้นคว้านี้มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญดังต่อไปนี้

1. เปรียบเทียบลักษณะบางประการของผู้ที่ทาหมันแล้วในภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับภาคใต้
2. ศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจและสังคมว่า มีผลต่อการทาหมันของสตรีระหว่างภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับภาคใต้ว่า คล้ายคลึงหรือแตกต่างกันอย่างไรบ้าง
3. ศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดที่สำคัญที่มีผลต่อการทาหมันของสตรีระหว่างภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับภาคใต้

### แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาค้นคว้านี้ได้อาศัยแนวคิดทฤษฎีของ Hwang and Park (1982) ซึ่งได้กล่าวว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการทาหมันมีอยู่ 4 ปัจจัยคือ

1. ปัจจัยที่เป็นตัวแปรส่วนบุคคล (Individual variables) ได้แก่ อายุ การศึกษา อายุเมื่อแรกสมรส
2. ปัจจัยที่เป็นตัวแปรด้านการตั้งครรภ์ (Pregnancy variables) ได้แก่ จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ จำนวนบุตรชาย จำนวนการแท้ง
3. ปัจจัยที่เป็นตัวแปรทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socio-economic variables) ได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจ กิจกรรมทางกลุ่มผู้เป็นมารดา ระดับการพัฒนาชุมชน
4. ปัจจัยทางด้านโครงการวางแผนครอบครัว (Family planning program variables) ได้แก่ จำนวนผู้ทำหน้าที่ออกเยี่ยมบ้าน การแนะนำให้มารับบริการ

ฉะนั้นจากทฤษฎีของ Hwang and Park ผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์เป็นกรอบของการวิจัยในเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการทาหมันของสตรี ศึกษาเปรียบเทียบภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับภาคใต้



## ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาผลงานวิจัยทางการทำหมัน ทั้งอัตราการทำหมันและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้การทำหมันของกลุ่มสมรส เพื่อยุติการมีบุตรนั้น ได้มีผู้ศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ ทั้งที่เป็นการศึกษาในระดับชาติและบาง เฉพาะพื้นที่ การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้แบ่งผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 2 ส่วน

1. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับอัตราการทำหมัน
2. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้การทำหมันของกลุ่มสมรส

## อัตราการทำหมันในประเทศไทย

การผ่าตัดทำหมันในประเทศไทย เป็นที่ยอมรับและปฏิบัติกันมานานแล้ว โดยเฉพาะในหมู่ของสตรีในเขตเมือง และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทั้งเขตเมืองและเขตชนบท ดังผลการศึกษาต่อไปนี้

ผลการศึกษาในโครงการวิจัยต่อเนื่องระยะยาว เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และประชากร โดยสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี พ.ศ. 2512-2513 พบว่า วิธีคุมกำเนิดที่สตรีในเขตเมืองและเขตชนบทเลือกใช้มากที่สุดในระยะที่ทำการสำรวจ คือ การผ่าตัดทำหมัน โดยการทำหมันหญิงและทำหมันชาย ในเขตชนบทร้อยละ 13.1 และร้อยละ 2.0 ในเขตเมืองอื่นๆ ร้อยละ 14.4 และ 2.7 ในเขตกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 18.1 และ 2.8 ตามลำดับ (พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และวิศิษฐ์ ประจวบเหมาะ 2518 : 28) และในทำนองเดียวกัน นิพนธ์ เทพวัลย์ (2522: 16) ได้ศึกษาเปรียบเทียบเรื่องความรู้และการปฏิบัติด้านการวางแผนครอบครัวของสตรีไทย จากข้อมูลโครงการวิจัยต่อเนื่องระยะยาวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และประชากร ทั้ง 2 รอบ ในปี พ.ศ. 2512-2513 และในปี พ.ศ. 2515-2516 กับโครงการวิจัย ภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทย พ.ศ. 2518 ดำเนินการโดยสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ สำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า การทำหมันหญิงเป็นวิธีคุมกำเนิดที่มีอัตราอยู่ในระดับสูงที่สุดในเขตเมืองตลอดมา และในขณะที่เดียวกันสัดส่วนของสตรีในเขตชนบทที่ผ่าตัดทำหมันหญิงก็เพิ่มสูงขึ้น และการศึกษาเกี่ยวกับภาวะเจริญพันธุ์ ภาวะการตาย และการวางแผนครอบครัวในประเทศไทย พ.ศ. 2522



ดำเนินการโดยสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งทำการสัมภาษณ์หัวหน้าครัวเรือน จำนวน 2,658 ราย และสตรีที่สมรสแล้ว 2,702 ราย ในส่วนที่เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดที่สตรีใช้พบว่า ในเขตเมืองการทำหมันหญิงเป็นวิธีที่ใช้กันมากที่สุดถึง ร้อยละ 29.6 รองลงมาได้แก่ยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 14.5 และห่วงอนามัยร้อยละ 3.6 ส่วนในเขตชนบทวิธีที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด การผ่าตัดทำหมันหญิง และยาฉีดคุมกำเนิด ร้อยละ 18.7, 11.8 และ 5.2 ตามลำดับ สำหรับการทำหมันชายในเขตเมืองมีเพียงร้อยละ 3.6 และร้อยละ 4.0 ในเขตชนบท และการศึกษาของ Nortman (1985:3) ได้ศึกษาเกี่ยวกับแนวโน้มของการผ่าตัดของการทำหมันในประเทศไทยพบว่า อัตราการทำหมันของสตรีที่สมรสอายุระหว่าง 20-39 ปี มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น อัตราการทำหมันได้เพิ่มจาก 2.6 ต่อพันในปี พ.ศ. 2513 เป็น 13.0 ในปี พ.ศ. 2518 และ 27.0 ในปี พ.ศ. 2522 ได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วถึง 43.5 ในปี พ.ศ. 2524 ในทำนองเดียวกันจากสถิติข้อมูลที่ได้จากโครงการการสำรวจสถานะการคุมกำเนิดในประเทศไทย รอบที่ 1 (CPS1) ซึ่งทำการสำรวจเมื่อปี พ.ศ. 2521 ดำเนินการโดยสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และกองอนามัยครอบครัว กระทรวงสาธารณสุข ได้แสดงให้เห็นถึงสตรีที่มีอายุระหว่าง 15-44 ปี ที่สมรสและอยู่กับสามีซึ่งกำลังใช้วิธีคุมกำเนิดทุกวิธี ร้อยละ 53.4 ในจำนวนนี้ ร้อยละ 16.5 ใช้การทำหมัน ร้อยละ 21.9 ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาเม็ดคุมกำเนิดเป็นวิธีที่ใช้กันมากที่สุด และการสำรวจสถานะการคุมกำเนิดในประเทศไทยรอบที่ 2 (CPS2) สำรวจเมื่อปี พ.ศ. 2524 กำลังใช้วิธีคุมกำเนิดทุกวิธีร้อยละ 59.0 ในจำนวนนี้ร้อยละ 22.9 ใช้วิธีการทำหมัน ซึ่งเป็นอัตราการใช้รายวิธีที่สูงที่สุด รองลงมาได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 20.2 และการสำรวจสถานะการคุมกำเนิดในประเทศไทยรอบที่ 3 (CPS3) สำรวจเมื่อปี พ.ศ. 2527 กำลังใช้วิธีคุมกำเนิดทุกวิธีร้อยละ 64.6 ในจำนวนนี้ร้อยละ 27.9 ใช้การทำหมัน ซึ่งเป็นอัตราการใช้รายวิธีที่สูงที่สุด รองลงมาได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 19.8 ยาฉีดคุมกำเนิด ร้อยละ 7.6 ห่วงอนามัย ร้อยละ 4.9 ถุงยางอนามัย ร้อยละ 4.8 และวิธีอื่นๆ ร้อยละ 2.6 เมื่อนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกับ การสำรวจสถานะการคุมกำเนิดในประเทศไทยรอบที่ 2 พบว่า อัตราการใช้วิธีคุมกำเนิดที่เพิ่มมากที่สุดได้แก่ การทำหมัน ซึ่งเพิ่มจากอัตรา ร้อยละ 22.9 เป็นร้อยละ 27.9 โดยเฉพาะการทำหมันหญิงได้เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 86 ของการเพิ่มทั้งหมด (พิรสิทธิ์ คำนวณศิลป์ และอภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์ 2528 : 15) ผลการศึกษาของฝ่ายวิจัยและประเมินผล กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย ได้รวบรวมสถิติผู้ที่กำลังใช้วิธีคุมกำเนิดในแต่ละวิธี ในปี พ.ศ. 2529 พบ



ว่า มีผู้ที่กำลังใช้วิธีคุมกำเนิดอยู่ทั้งสิ้น 4,435,308 ราย โดยคิดเป็นอัตราร้อยละ 60.7 ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสทั่วประเทศ และอัตราการใช้วิธีคุมกำเนิดรายวิธีที่สูงที่สุด คือการทำหมัน ร้อยละ 26.3 รองลงมาได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด และยาฉีดคุมกำเนิด ร้อยละ 15.6 และ 8.0 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย 2530 : 1) สำหรับสถิติจากการสำรวจประชากรและการอนามัยในประเทศไทย (Thai Demographic and Health Survey) พบว่าคู่สมรสที่ภรรยาอายุ 15-44 ปี ร้อยละ 27.9 กำลังใช้วิธีคุมกำเนิดโดยการทำหมัน ในจำนวนนี้ ร้อยละ 22.4 เป็นการทำให้หมันหญิง และร้อยละ 5.5 เป็นการทำให้หมันชาย (Institute of Population Studies 1988 : 26) และสถิติล่าสุดของโครงการศึกษาวิจัยตัวกำหนดและผลกระทบของแบบแผนการใช้วิธีคุมกำเนิดในประเทศไทย พบว่า คู่สมรสที่ภรรยาอายุ 15-44 ปี ร้อยละ 29.2 กำลังใช้วิธีคุมกำเนิดโดยการทำหมันและในจำนวนนี้ร้อยละ 25.4 เป็นการทำให้หมันหญิง และร้อยละ 3.8 เป็นการทำให้หมันชาย และยังพบว่า การทำให้หมันหญิงเป็นวิธีที่สตรีเลือกใช้มากที่สุด จากวิธีคุมกำเนิดทุกรายวิธีร้อยละ 70.6 (ประชากรและการพัฒนา 2530 : 6)

จากที่กล่าวมาข้างต้นนั้นพบว่า การทำหมันเป็นวิธีที่คู่สมรสเลือกใช้มากที่สุดจากวิธีคุมกำเนิดทุกวิธี และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เพราะการทำหมันเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลมากกว่าวิธีอื่นๆ

#### อัตราการทำหมันในต่างประเทศ

การเพิ่มขึ้นของการทำหมัน เป็นปรากฏการณ์ที่พบกันหลายประเทศ ไม่ว่าจะเป็นประเทศที่พัฒนาแล้วหรือกำลังพัฒนา นับตั้งแต่ทศวรรษที่แล้วมา เมื่อ ปี ค.ศ. 1978 มีคู่สมรสทำหมัน 90 ล้านคู่ ทำหมันเพิ่มจาก 20 ล้านคู่ ในปี พ.ศ. 1976 (Nortman 1980 : 286-289) และ Barrants and Carthy (1982 : 3) ได้สำรวจเกี่ยวกับภาวะเจริญพันธุ์และการวางแผนครอบครัวในเขตเมืองของประเทศออสเตรเลีย ในปี พ.ศ. 2507 พบว่า สตรีที่สมรสอายุระหว่าง 20-50 ปี ใช้การวางแผนครอบครัวร้อยละ 6.1 และสตรีที่ใช้การวางแผนครอบครัววิธีใดวิธีหนึ่งอยู่ เลือกใช้การทำหมันร้อยละ 12.0 ผลการศึกษาในประเทศสิงคโปร์พบว่า เมื่อปี พ.ศ. 2516 Kee (1977 : 37) พบว่า ร้อยละ 11 ของสตรีที่สมรสอายุระหว่าง 15-44 ปี ได้รับการทำหมันแล้ว และในปี พ.ศ. 2519 อัตรานี้ได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 17.5 ในทำนองเดียวกัน Moris, et al. (1979 : 47) ได้สำรวจภาวะการคุมกำเนิด เมื่อปี พ.ศ. 2518 ของ



ประเทศเอลซัลวาดอร์ ซึ่งเป็นประเทศที่มีภาวะเจริญพันธุ์สูงประเทศหนึ่ง พบว่า ร้อยละของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ทาหมันแล้วในเขตเมืองหลวง ร้อยละ 11.0 ในเขตเมืองอื่นา ร้อยละ 7.4 ในเขตชนบทร้อยละ 4.4 การศึกษาในประเทศเกาหลี เมื่อปี พ.ศ. 2522 ของ Koh, et al. (1980 : 97) พบว่าคู่สมรสที่กำลังใช้วิธีคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่งมีอัตราร้อยละ 55 โดยเป็นการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดร้อยละ 7.2 ถุงยางอนามัยร้อยละ 5.2 ท่วงอนามัยร้อยละ 9.6 หมันชาย ร้อยละ 5.9 หมันหญิงร้อยละ 14.5 และวิธีอื่นา ร้อยละ 12.1 ซึ่งจะเห็นได้ว่าวิธีคุมกำเนิดที่ชาวเกาหลีนิยมมากที่สุดคือการทาหมันหญิง Nortman (1980 : 3) ได้ศึกษาในประเทศจีนก็พบผลในทำนองเดียวกันคือคู่สมรสที่ทาหมันเพิ่มขึ้นจาก 4 ล้านคน เมื่อปี พ.ศ. 2513 เป็น 36 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2521 หรือประมาณร้อยละ 30 ของคู่สมรสที่ใช้วิธีคุมกำเนิด และผลการศึกษาที่สอดคล้องกันคือการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการทาหมันในประเทศอินเดีย การศึกษาของ Khan (1980 : 111-112) พบว่า การทาหมันได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก จำนวนผู้มารับบริการได้เพิ่มจาก 0.27 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2507 เป็น 1.84 ล้านคน

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้การทาหมันของคู่สมรส ซึ่งจะได้แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะคือ

1. เป็นการศึกษาโดยใช้ข้อมูลจากโครงการสำรวจโดยการสุ่มตัวอย่าง เช่น รายงานการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการทาหมันของคู่สมรสในเขตชนบทประเทศไทย โดยพิชิต พิทักษ์ เทพสมบัติ และปัญญา ดาวจรัสแสงชัย ซึ่งใช้ข้อมูลจากโครงการสำรวจภาวะเจริญพันธุ์ การวางแผนครอบครัวและการตายในประเทศไทย พ.ศ. 2522 ซึ่งดำเนินการโดยสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. เป็นการศึกษาผู้ที่มาทาหมันที่หน่วยให้บริการ เช่น โรงพยาบาล คลินิก หรือการศึกษาติดตามผู้ที่ทาหมันไปแล้วระยะหนึ่ง ซึ่งการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการทาหมันส่วนใหญ่เท่าที่ปรากฏมักจะเป็นการศึกษาในลักษณะ เช่นนี้ ซึ่งมีข้อจำกัดอยู่ที่ศึกษาเฉพาะผู้ที่ทาหมันอย่างเดียว

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





การศึกษาครั้งนี้จะพิจารณาเพียงปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้คือ

### ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ

อาชีพ เป็นเครื่องมือบ่งชี้ถึงระดับของรายได้และฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวซึ่ง Simmons (1978 : 187) ได้กล่าวว่าเศรษฐกิจจะเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีส่วนกำหนดการคุมกำเนิด โดยวิธีการทำหมัน ซึ่งคู่สมรสจะเป็นผู้กำหนดจำนวนบุตรตามที่ตนเองต้องการ หรือละเว้นช่วงการมีบุตร ทั้งนี้เพราะเศรษฐกิจของครอบครัวเป็นปัจจัยกำหนดขนาดของครอบครัวด้วย เช่นการศึกษาของ Koya (1963 : 90) พบว่า สตรีที่มารับบริการทำหมันเป็นสตรีที่สามีประกอบอาชีพรับราชการ ลูกจ้างบริษัท และเสมียน ประมาณร้อยละ 23.4 อาชีพค้าขายร้อยละ 18.6 อาชีพช่างฝีมือในโรงงานอุตสาหกรรมร้อยละ 18.1 อาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 13.6 รับจ้างทั่วไปร้อยละ 12.7 และต่ำสุดสามีประกอบอาชีพนายความและนักวิชาการร้อยละ 6.5 ในทำนองเดียวกันการศึกษาของ Hyock, et al. (1974 : 141-142) ได้ศึกษาชายจำนวน 410 คนที่ทำหมันในประเทศเกาหลี พบว่า ชายที่ทำหมันส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกี่ยวกับการค้าขายคือ ร้อยละ 29.1 รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 22.3 รับจ้างและเสมียนร้อยละ 13.1 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอินเดียคือ Thakor and Patel (1974 : 189) พบว่า ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทำหมันชายในรัฐคุชราต ร้อยละ 40 ประกอบอาชีพรับราชการ ประมาณร้อยละ 27 ประกอบอาชีพเกี่ยวกับการเพาะปลูกหรือคนงานในกิจการเกษตร ร้อยละ 25 ประกอบอาชีพเกี่ยวกับการค้าขาย และผลการศึกษาของจิรพัฒน์ โพธิ์พ่วง (2523 : 32) ได้ศึกษาผู้มารับบริการผ่าตัดทำหมันชาย จากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างปี พ.ศ. 2519-2521 จำนวน 811 ราย ผลการศึกษาพบว่า ชายที่ทำงานด้านการผลิตหรือเป็นคนงานในโรงงานอุตสาหกรรม ร้อยละ 31.6 เป็นผู้ทำงานวิชาชีพ ร้อยละ 13.2 ทำงานบริการ ร้อยละ 12.6 และทำงานในด้านขนส่ง ร้อยละ 12.1

ฝ่ายวิจัยและประเมินผล กองอนามัยครอบครัว กระทรวงสาธารณสุข ได้ทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในเขตชนบทประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่ทำหมันประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 72.3 และประกอบอาชีพอื่นที่ไม่ใช่เกษตรกรรม ร้อยละ 27.7 (Ministry of Public Health, Family Health Division 1980 : 5) และผลการศึกษาที่จะกล่าวถึงอีกเรื่องหนึ่งคือการศึกษาของ พิเชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และ ปัญญา ดาวจรัสแสงชัย (2525 : 13) ได้ศึกษาคู่สมรสที่สตรีอายุไม่เกิน 49 ปี และไม่ตั้งครรภ์ขณะสำรวจจำนวน 1,486 คู่ โดยให้สถานภาพการทำงานเป็นตัวแทนอาชีพ พบว่า สตรีที่ทำงานหลังการแต่งงาน โดยได้รับค่าจ้าง



หรือเงินเดือน ทำหมั้นในอัตราที่สูงกว่าสตรีที่ทำงานโดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือเงินเดือน หรือสตรีที่ไม่ได้ทำงานเลย ในขณะที่สตรีที่ทำงานให้แก่ตัวเอง (ซึ่งส่วนใหญ่คงเป็นอาชีพเกษตรกรกรรม) มีอัตราส่วนของการทำหมั้นสูงกว่าสตรีที่มีสถานภาพในการทำงานอย่างอื่น จากผลการศึกษาของ ศุภกิจ ผ่องเสรี (2529 : 49) ในเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการทำหมั้น และความคิดที่จะทำหมั้นของ สตรีที่สมรสแล้วในเขตชานเมืองกรุงเทพมหานคร พบว่า สามปีประกอบอาชีพเกี่ยวกับการค้าขาย ทำหมั้นสูงสุด คือร้อยละ 39.2 รองลงมาคืออาชีพพนักงานขับยานพาหนะและคนงานที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ 38.9 และต่ำสุดในกลุ่มสามปีประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 26.5 เท่านั้น และในเรื่องของอาชีพสตรีพบว่า สตรีในกลุ่มอาชีพเกษตรกรกรรมทำหมั้นสูงสุดร้อยละ 38.9 รองลงมาคือ กลุ่มอาชีพทำงานบริการทั่วไป ร้อยละ 34.2 และต่ำสุดในกลุ่มสตรีอาชีพช่างหรือปฏิบัติงานใน กระบวนการผลิตและกรรมกร ร้อยละ 30.2 และสุวัทนา วิบูลย์ เศรษฐ (2529 : 9) ได้ศึกษา สตรีที่มารับบริการทำหมั้นโดยแพทย์และพยาบาลที่ได้รับการอบรมแล้วจำนวน 820 คนจาก โรงพยาบาลทั่วประเทศ ผลการศึกษาพบว่าประมาณ 2 ใน 3 ของสตรีประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ในขณะที่สตรีร้อยละ 12.3 มีอาชีพเป็นกรรมกรรับจ้างทั่วไป สำหรับสตรีที่ไม่ประกอบอาชีพใดเลย หรือเป็นแม่บ้าน ร้อยละ 10.6 และผลการศึกษาของยุพิน อาริรุ่งเรือง (2530 : 85) ใน เรื่องการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการทำหมั้นและแนวโน้มในการทำหมั้น พ.ศ. 2521-2527 ผลการศึกษาพบว่าในข้อมูล CPS1 อาชีพค้าขายทำหมั้นมากที่สุดคือ ร้อยละ 27.8 รองลงมาอาชีพช่างร้อยละ 21.5 และวิชาชีพร้อยละ 13.0 ส่วนอาชีพเกษตรกรกรรมร้อยละ 12.5 ส่วนข้อมูลใน CPS3 พบว่าอาชีพค้าขายทำหมั้นมากที่สุดคือ ร้อยละ 35.2 รองลงมาคืออาชีพ วิชาชีพร้อยละ 32.3 และอาชีพเกษตรกรกรรมร้อยละ 23.7

จากผลการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้นโดยส่วนใหญ่พบว่า สตรีหรือสามีที่มีอาชีพไม่ใช่ เกษตร กรรมจะนิยมใช้วิธีคุมกำเนิดด้วยการทำหมั้นมากกว่าสตรีหรือสามีที่มีอาชีพ เกษตรกรรม ซึ่งสาเหตุ ที่สำคัญน่าจะเป็นเพราะว่า ผู้ที่ประกอบอาชีพที่ไม่ใช่ทางด้าน เกษตรกรรมจะตระหนักถึงภาระในการ เลี้ยงดูบุตร ซึ่งตนยังจะต้องออกไปทำงานนอกบ้านด้วย และทั้งภาระค่าใช้จ่าย ตลอดจนรู้จัก จำกัดขนาดครอบครัวให้เหมาะสม มากกว่ากลุ่มอาชีพ เกษตรกรรม

รายได้ ระดับรายได้กับฐานะทาง เศรษฐกิจของครอบครัวน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญ ในการตัดสินใจที่จะคุมกำเนิดแบบถาวร ซึ่งคนส่วนมากมักจะจำกัดจำนวนบุตรตามความสามารถ ทางการเงิน เพื่อค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตร จากการศึกษาเท่าที่ผ่านมามีส่วนใหญ่ว่า กลุ่มคนที่



มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูง จะมีขนาดครอบครัว เล็กกว่ากลุ่มคนที่ฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ แต่ในปัจจุบันในประเทศไทยบางครั้งพบว่าในกลุ่มครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ มีการคุมกำเนิดแบบถาวรในอัตราที่สูงขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงกว่า (พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และ ปัญญา ดาวจรัสแสงชัย 2525 : 7)

ผลการศึกษาของสุกานดา สุวนิชชาติ (2521 : 12) ได้ศึกษาเปรียบเทียบลักษณะของสตรีที่ใช้วิธีคุมกำเนิดแบบชั่วคราวและแบบถาวรในสตรีที่มีบุตรเพียงพอแล้ว พบว่า สตรีที่ใช้วิธีคุมกำเนิดแบบถาวรหรือการทำหมัน มีรายได้ในครอบครัว 1,000-1,999 บาทต่อเดือน ร้อยละ 38.3 รองลงมาได้แก่กลุ่มรายได้ 2,000-2,999 บาทต่อเดือน ร้อยละ 24.4 และร้อยละ 32.5 มีรายได้ 3,000-4,999 บาทต่อเดือน และผลการศึกษาของ Thakor and Patel (1974 : 189) ได้ศึกษาในประเทศอินเดีย โดยได้ทำการศึกษาชายที่มารับบริการทำหมัน พบว่า ประมาณร้อยละ 80 ของผู้มารับบริการทำหมันชาย มีรายได้ไม่เกิน 6,000 บาทต่อปี และ 1 ใน 5 ของผู้มารับบริการทำหมันชาย มีรายได้ไม่เกิน 2,400 บาทต่อปี และในทำนองเดียวกัน ผลการศึกษาของพิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และ ปัญญา ดาวจรัสแสงชัย (2525 : 12) พบว่า สตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลาง หรือราย ทำหมันมากกว่าผู้ที่มีฐานะยากจนถึงร้อยละ 8.1 กล่าวคือ สตรีที่ทำหมันร้อยละ 23.6 มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลางหรือรายในขณะที่ยังร้อยละ 15.5 มีฐานะยากจน และผลการศึกษาที่สอดคล้องกันคือผลการศึกษาของโศภิต ผ่องเสรี (2529 : 47) พบว่า รายได้ของครอบครัวมีผลในทางบวกต่อการทำหมัน กล่าวคือ เมื่อรายได้ของครอบครัวเพิ่มขึ้น สัดส่วนของการทำหมันก็จะเพิ่มมากขึ้นด้วย แต่มีแบบแผนไม่แน่นอน เช่นสตรีที่ครอบครัวที่รายได้สูงสุด (6,001 ขึ้นไป) เป็นผู้ทำหมันสูงสุด สตรีที่มีรายได้ค่อนข้างสูง (4,001-6,000 บาท) เป็นผู้ที่ทำหมันต่ำสุดคือร้อยละ 33.6 ผู้ที่ไม่มีรายได้หรือรายได้ต่ำ (ต่ำกว่า 2,000 บาท) ทำหมันในระดับที่สูงกว่าคือ 36.7 และผลจากการศึกษาของอัจฉรา ธวัชวิบูลย์ผล (2531 : 45) ได้ศึกษาพฤติกรรมการสื่อสาร เรื่องการทำหมันชายของผู้รับบริการทำหมันชายที่คลินิกของสมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้มีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาทต่อเดือน คือร้อยละ 29.3 และรายได้ 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 8.9 และรายได้ 10,001-15,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 3.4 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้รับบริการทำหมันคือ 7,667.95 บาท จากรายงานวิจัยต่างๆ จะเห็นได้ว่ารายได้มีผลในทางบวกต่อการทำหมัน กล่าวคือกลุ่มที่รายได้สูงจะมีอัตราการทำหมันสูงกว่า กลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า ทั้งนี้ผู้วิจัยเห็นว่าอาจ



จะเป็นไปได้ที่มีรายได้อาจสูงต้องการเน้นคุณภาพของบุตร เพื่อที่จะได้ดูแลบุตรให้ได้มีการศึกษาและอาชีพทัดเทียมกับตน และกลัวว่าถ้ามีบุตรมากจะทำให้ตนเองจนลงและไม่สามารถจะเลี้ยงดูบุตรให้ได้รับการศึกษาที่ดีได้

### ปัจจัยทางด้านสังคม

การศึกษา ระดับการศึกษานับว่ามีความสำคัญต่อการเรียนรู้ทัศนคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการคุมกำเนิดอย่างยิ่ง เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีโอกาสที่จะค้นคว้าศึกษาหาความรู้ในเรื่องที่สนใจหรือได้รับประสบการณ์จากการเป็นผู้อ่านได้มาก และดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่าหรือไม่เคยได้รับการศึกษาเลย กล่าวคือผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมองคุณค่าของการจำกัดครอบครัวให้เล็กลง มีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงภาวะเจริญพันธุ์ได้รวดเร็วกว่า และจะมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงความเชื่อมั่น ทัศนคติและประเพณีต่อต้านการควบคุมการเจริญพันธุ์ และการใช้วิธีคุมกำเนิดแบบถาวร (สันทัด เสริมศรี และ ปราโมทย์ ประสาทกุล 2525 : 13) ดังเช่นผลการศึกษาของ Hyock, et al. (1970 : 141) ได้ศึกษาในประเทศเกาหลี พบว่า ชายที่ทำหมัน ส่วนใหญ่หรือร้อยละ 75.2 สำเร็จการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา และในทำนองเดียวกันจากผลการศึกษาของ Bumpass and Presser (1972 : 541) ได้ศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ระดับการศึกษาของภรรยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหมันชาย กล่าวคือ สตรีที่สามีทำหมันชายจะมีการศึกษาสูงกว่าสตรีที่สามีไม่ได้ทำหมันชาย แต่กลับพบว่า สตรีที่ทำหมันหญิงจะมีการศึกษาต่ำกว่าผู้ที่ไม่ได้ทำหมันหญิง และผลการศึกษาที่สอดคล้องกันคือ Klinger (1981 : 7) ได้รายงานสัดส่วนของสตรีที่ทำหมันจำแนกตามระดับการศึกษา โดยแบ่งออกเป็นผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา การศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาและอุดมศึกษาของสตรีในประเทศไทย มีสัดส่วนเป็น 5.3, 7.6, 12.9 และ 10.0 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศฟิลิปปินส์ สัดส่วนของการทำหมันจำแนกตามระดับการศึกษาจะเป็น 2.3, 3.8, 6.9 และ 9.8 ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างกันเล็กน้อยคือ ของประเทศไทยสัดส่วนของสตรีที่ได้รับการศึกษาจะลดลง เมื่ออยู่ในระดับการศึกษามัธยมศึกษา ส่วนของฟิลิปปินส์นั้นระดับการศึกษาของสตรีจะมีสัดส่วนสูงขึ้นตามลำดับ แต่อย่างไรก็ตามก็พบว่าความแตกต่างในระดับการศึกษาของประเทศต่างๆ จะเพิ่มขึ้นตามอัตราส่วนของผู้ทำหมันมากขึ้น เช่นในประเทศเนปาล ปากีสถาน ฟิลิปปินส์ หรือประเทศอินเดียนอเมริกา เปรู ส่วนประเทศอื่นๆ กลับตรงกันข้าม เช่น ฟิจิ คอสตาริกา จาไมกา และผลการศึกษาของพิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และ ปัญญา ดาวจรัสแสงชัย (2525 : 19) พบว่าระดับการศึกษาของสามีและ





กรรยามีผลต่อการทำหมันใกล้เคียงกัน เช่น สามีที่มีการศึกษาตั้งแต่ ป.7 ขึ้นไป หรือภรรยาที่มีการศึกษาในระดับเดียวกันจะมีอัตราส่วนของการทำหมันร้อยละ 37.1 และ 37.0 ตามลำดับ คู่ที่มีการทำหมันต่ำสุดคือคู่ที่มีการศึกษาต่ำ (ต่ำกว่า ป.4) ทั้งคู่ ซึ่งจะทำหมันเพียงร้อยละ 16.0 ในขณะที่ผู้ที่มีการศึกษาสูง (ป.7 ขึ้นไป) จะทำหมันถึงร้อยละ 40.0

ผลการศึกษาของโศภิต ผ่องเสรี (2529 : 38) พบว่ากลุ่มที่ทำหมันสูงสุดคือ กลุ่มสตรีที่สามีมีการศึกษาต่ำสุด (ต่ำกว่า ป.4) คือร้อยละ 50.0 รองลงมาได้แก่กลุ่มที่สามีจบการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 4-5 และกลุ่มที่ทำหมันต่ำที่สุดคือ ร้อยละ 26.3 และ 27.5 ในกลุ่มสามีมีการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-7 และระดับวิทยาลัยหรือมหาวิทยาลัย และในทำนองเดียวกันการศึกษานองสุวัฒนา วิบูลย์ เศรษฐ (2529 : 9) พบว่าสตรีที่มารับบริการทำหมันส่วนใหญ่ คือร้อยละ 74.2 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 รองลงมาจบการศึกษาต่ำกว่า ป.4 ร้อยละ 11.0 และร้อยละ 2.4 มีการศึกษาในระดับวิทยาลัยหรือมหาวิทยาลัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Amara Soonthornhada (1987 : 9) พบว่าชายที่ทำหมันส่วนใหญ่ร้อยละ 88.7 มีการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และมีเพียงร้อยละ 4.0 การศึกษาสูงกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และการศึกษาของยุพิน อารุ่งเรือง (2530 : 84) พบว่าสตรีที่สามีมีการศึกษามากกว่า 5 ปี ทำหมันร้อยละ 23.8 รองลงมาคือไม่เคยได้รับการศึกษา การศึกษา 1-3 ปี และ 4 ปี ทำหมันร้อยละ 16.3, 15.5 และ 14.7 ตามลำดับ

จากผลงานวิจัยต่างๆ ตามที่กล่าวมาข้างต้น พอสรุปได้ว่าส่วนใหญ่แล้วระดับการศึกษาจะมีผลในทางบวกต่อการทำหมัน คือ กลุ่มคนที่มีระดับการศึกษาสูงมีอัตราการทำหมันสูงกว่ากลุ่มคนที่มีการศึกษาต่ำกว่า

### ปัจจัยทางด้านประชากร

อายุ อายุเป็นตัวแทนทางด้านประชากรตัวแปรหนึ่ง ที่มีอิทธิพลต่อภาวะเจริญพันธุ์และการคุมกำเนิด ทั้งนี้เพราะอายุเป็นการกำหนดความพร้อมทางสรีระ (Nortman 1980 : 5) แต่เมื่อพิจารณาในเรื่องการทำหมันแล้ว อายุน่าจะเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้แต่ละบุคคลทำหมันหรือไม่ทำหมัน เพราะการตัดสินใจเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่ง คือสตรีที่มีอายุน้อยมักจะใช้วิธีคุมกำเนิดแบบชั่วคราว เนื่องจากสตรีเหล่านี้ยังไม่มียุตรหรือมีบุตรน้อยกว่าที่ตนต้องการ ส่วนการคุมกำเนิดโดยวิธีการทำหมัน จะได้รับความสนใจจากคู่สมรสที่มีอายุสูง และมีบุตรครบตามจำนวนที่ต้องการ เช่นการศึกษาของจิรพัฒน์ โพธิ์พ่วง (2523 : 29) พบว่าผู้มาติดต่อขอรับบริการทำหมัน



ชาย ที่หน่วยวางแผนครอบครัวของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีอายุระหว่าง 30-34 ปี คิดเป็น ร้อยละ 32.3 อายุ 35-39 ปี ร้อยละ 27.0 และประมาณ 1 ใน 5 เป็นผู้มีอายุไม่เกิน 25 ปี มีอายุเฉลี่ย 34.66 ปี และจากการศึกษาของ Debhanom Muangman (1980 : 43-46) ได้ ศึกษาเปรียบเทียบบุคคลที่ทำหมัน และไม่ทำหมันในเขตชนบทประเทศไทย โดยการสุ่มตัวอย่าง สัมภาษณ์ชายที่ทำหมัน 340 คน และไม่ได้ทำหมัน 300 คน พบว่า ชายที่ทำหมันมีอายุโดยเฉลี่ย 40 ปี และร้อยละ 75 มีอายุต่ำกว่า 46 ปี ในขณะที่ชายที่ไม่ทำหมันมีอายุเฉลี่ย 38 ปี และร้อยละ 89 มีอายุต่ำกว่า 46 ปี และเมื่อแยกศึกษาอายุของภรรยาที่พบในแบบแผนเช่นเดียวกัน และใน ท่านองเดียวกันการศึกษาของพิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และ บัญญา ดาวจรัสแสงชัย (2525 : 9) พบว่าอายุของสตรีหรือคู่สมรสที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี มีร้อยละของการทำหมันสูงกว่าสตรีที่มีอายุ ตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการทำหมันของประชากรบ้านหนองยายพิมพ์ ตำบลหนองปล่อง อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2526 ตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรก คู่สมรสที่ภรรยาอายุไม่เกิน 49 ปี จำนวน 107 คู่ครัวเรือน และ กลุ่มที่สอง คู่สมรสที่ภรรยาอายุ 50 ปีขึ้นไป พบว่าในกลุ่มแรกร้อยละ 76.7 ของคู่สมรสเหล่านี้ทำ หมันแล้ว และอีกร้อยละ 17.8 คิดจะทำหมันแน่นอน เมื่อพิจารณาอายุสามีของคู่สมรสที่ทำหมันแล้ว อายุโดยเฉลี่ยสูงกว่าสามี ของคู่สมรสที่ยังไม่ได้ทำหมันถึง 6.4 ปี และในท่านองเดียวกันการ ศึกษาของเขาวรัตน์ ประภักษ์ขาม และ พรพิมล อิศรภักดี (2528 : 10) ได้ศึกษาปัจจัยบาง ประการที่มีผลต่อการยอมรับการทำหมันของคู่สมรสในเขตอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า อายุของสตรีหรือสามีที่ใช้การทำหมันเป็นวิธีคุมกำเนิด จะเป็นกลุ่มอายุ 30 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 80 และอายุต่ำกว่า 30 ปีมีร้อยละ 20 และการศึกษาของโคภิต ผ่องเสรี พบว่าอายุของสตรีมีผลใน ทางบวกต่อการทำหมัน กล่าวคือ เมื่ออายุสตรีเพิ่มขึ้นสัดส่วนของการทำหมันก็จะเพิ่มขึ้น ได้สตรีที่ทำ หมันร้อยละ 49.7 มีอายุ 35-44 ปี ร้อยละ 25.9 มีอายุ 25-34 ปี และประมาณร้อยละ 1.8 มีอายุต่ำกว่า 25 ปี ยกเว้นในกลุ่มอายุ 45-49 และ 50 ปีขึ้นไป ร้อยละของการทำหมันลดลง ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่าสตรีที่มีอายุอยู่ในวัยใกล้พ้นภาวะเจริญพันธุ์แล้ว และผลการศึกษาที่สอดคล้องกันคือ การศึกษาของอมรา สุนทรธาดา (2530 : 15) พบว่าร้อยละ 40 ของผู้ที่ทำหมัน ชาย อายุ 30-34 ปี รองลงมาคืออายุ 25-29 ปี ร้อยละ 22.6 มากกว่า 40 ปี ร้อยละ 18.9 อายุ 35-39 ปี ร้อยละ 15.1 และน้อยกว่า 25 ปี ร้อยละ 9.4

จากผลงานวิจัยที่กล่าวมาพอสรุปได้ว่า การอัตราการทำหมันเพิ่มขึ้นตามอายุและสูงสุดใน ช่วงกลางของวัยเจริญพันธุ์ หลังจากนั้นก็จะลดลง



จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่น่าจะเป็นปัจจัยที่สำคัญตัวหนึ่งที่ทำให้แต่ละบุคคลทำหมั้นหรือไม่ทำหมั้น เนื่องจากโดยทั่วไปก็ต่อเมื่อไม่ต้องการมีบุตรต่อไปอีกหรือมีบุตรครบตามจำนวนที่ต้องการแล้ว ทั้งในเรื่องจำนวนและเพศของบุตร จะตัดสินใจทำหมั้น เช่น การศึกษาของ Koya (1963 : 92) ได้ศึกษาที่ประเทศญี่ปุ่น พบว่า 3 ใน 4 ของสตรีที่ทำหมั้นมีจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ 3 คนขึ้นไป และมีจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่โดยเฉลี่ยเท่ากับ 3.4 คน และการศึกษาของ Kee (1972 : 18) ในประเทศเกาหลี ได้รายงานเมื่อปี พ.ศ. 2515 พบว่า ผู้มารับบริการบริการทำหมั้นชายมีจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่โดยเฉลี่ย 4.7 คน กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย ได้ศึกษาในเขตชนบทโดยสุ่มตัวอย่างสัมภาษณ์ผู้ที่ทำหมั้นและไม่ทำหมั้น ในจังหวัดกาญจนบุรี นครสวรรค์ อุบลราชธานี และตรัง พบว่าชายที่ทำหมั้นมีบุตรโดยเฉลี่ย 4.4 คน ในขณะที่ชายที่ไม่ทำหมั้นมีบุตรโดยเฉลี่ย 3.6 คน (กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย, กองอนามัยครอบครัว 2525 : 6) และในทำนองเดียวกันการศึกษาของพิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และปัญญา ดาวจรัสแสงชัย (2525 : 9-11) พบว่าจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่โดยเฉลี่ยของคู่สมรสที่ทำหมั้นเท่ากับ 3.64 และผู้ที่ไม่ได้ทำหมั้นเท่ากับ 3.70 สำหรับภาวะเจริญพันธุ์ที่แท้จริงซึ่งวัดด้วยจำนวนบุตรเกิดรอดกับจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ ดูเหมือนจะไม่ค่อยมีผล หรือมีอิทธิพลต่อการทำหมั้นเลย คือ สตรีที่มีบุตรเกิดรอดหรือมีบุตรที่มีชีวิตอยู่ต่ำกว่า 3 คน และ 3 คนขึ้นไป ทำหมั้นในอัตราร้อยละ 18.6 และ 17.6 และในทำนองเดียวกันการศึกษาของจรรยา เศรษฐบุตร (2525 : 39) เกี่ยวกับจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ของชายที่ทำหมั้น พบว่า จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยครอบครัวละ 3 คน มีร้อยละ 36 และครอบครัวละ 2 คน มีร้อยละ 30 และการศึกษาของ สุวัฒน์ วิบูลย์เศรษฐ์ (2529 : 30-31) พบว่า สตรีที่มารับบริการทำหมั้นหลังคลอดมีจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ 1-2 คน ร้อยละ 35.6 และจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ 3 คน ร้อยละ 37.7 ส่วนจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ 5 คนขึ้นไป มีเพียงร้อยละ 12.8 เท่านั้น โดยเฉลี่ยจะมีบุตรเพียง 3.2 คน และในทำนองเดียวกันการศึกษาของอมรา สุนทรธาดา (2530 : 12) ก็พบในลักษณะเดียวกันคือ ผู้ที่ทำหมั้นชายมีบุตรที่มีชีวิตอยู่ 4 คน ร้อยละ 34.0 น้อยกว่า 3 คน ร้อยละ 30.2 และมีบุตร 3 คน ร้อยละ 28.3

จากโครงการสำรวจประชากรและอนามัย (TDHS) (2531 : 22) พบว่าผู้ที่มีจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ 0-2 คน ทำหมั้นร้อยละ 16.8 และจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ 3-4 คนทำหมั้นร้อยละ 47.9 จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ 5 คนขึ้นไป ทำหมั้นร้อยละ 43.8



จากข้อค้นพบที่กล่าวมาข้างต้นพอสรุปได้ว่า จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่จะมีผลในทางบวกต่อการทำหมันคือ ผู้ที่มีจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่มาก จะทำหมันมากกว่าผู้ที่มีจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่น้อยกว่า ทั้งนี้ เพราะผู้ที่มีจำนวนบุตรมากกว่าจะต้องคำนึงถึงค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตร

จำนวนบุตรที่ต้องการ น่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการตัดสินใจทำหมัน เช่น การศึกษาของพิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และ ปัญญา ดาวจรัสแสงชัย (2525 : 9) ผลการศึกษาพบว่า จำนวนบุตรที่ต้องการโดยเฉลี่ยของกลุ่มสมรสที่ต้องการทำหมันเท่ากับ 3.32 คน และกลุ่มสมรสที่ไม่ได้ทำหมันเท่ากับ 3.52 คน และทำให้เกิดความแตกต่างในเรื่องการทำหมัน คือสตรีที่ต้องการจำนวนบุตรขนาดเล็ก (ต่ำกว่า 3 คน) ทำหมันร้อยละ 21.1 ในขณะที่สตรีที่ต้องการบุตร 3 คนขึ้นไป ทำหมันเพียงร้อยละ 15.2 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโคภิต ผ่องเสรี (2529 : 51) พบว่าส่วนใหญ่แล้วสตรีที่ต้องการมีบุตร 0-2 คน ทำหมันร้อยละ 57.1 และสตรีที่มีบุตรที่ต้องการ 3-4 คน ทำหมันร้อยละ 55.0 และต่ำสุดในกลุ่มที่ต้องการบุตร 5 คนขึ้นไป ทำหมันร้อยละ 42.4 จากข้อค้นพบที่กล่าวมานี้จะเห็นได้ว่าจำนวนบุตรที่ต้องการมีผลในทางลบต่อการทำหมัน เพราะบุคคลได้คำนึงภาระความยุ่งยากในการเลี้ยงดู จึงมีความต้องการที่จะมีบุตรจำนวนน้อยคน หรือต้องการมีครอบครัวขนาดเล็กแล้วจึงตัดสินใจทำหมัน

#### ปัจจัยด้านอื่นๆ

การเปิดรับสื่อมวลชน อิทธิพลด้านการสื่อสารมวลชนมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการยอมรับการปฏิบัติการวางแผนครอบครัว ผลการศึกษาวิจัยต่างๆ พบว่าการรับข่าวสารจากสื่อมวลชน เช่น การรับฟังวิทยุ และการอ่านหนังสือพิมพ์ มีอิทธิพลต่อการยอมรับการปฏิบัติการวางแผนครอบครัว เช่น การวิเคราะห์ข้อมูลจากโครงการวิจัยอนามัยครอบครัวที่โพธาราม ราชบุรี แสดงให้เห็นเป็นตัวอย่างว่า อัตราส่วนของผู้ยอมรับการปฏิบัติการวางแผนครอบครัวเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24 ในกลุ่มสตรีที่ไม่เคยรับฟังวิทยุเป็นร้อยละ 38 ในกลุ่มสตรีที่รับฟังวิทยุบ่อย (วราภรณ์ พุ่มจาปา 2513 : 27) และการวิจัยของพิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และ ปัญญา ดาวจรัสแสงชัย (2525 : 15) พบว่า สตรีที่ครัวเรือนเป็นสมาชิกของหนังสือพิมพ์หรือนิตยสาร ทำหมันร้อยละ 22.7 ในขณะที่สตรีที่ครัวเรือนไม่ได้เป็นสมาชิกของหนังสือพิมพ์หรือนิตยสาร ทำหมันเพียงร้อยละ 15.9 ซึ่งแตกต่างกันเพียงร้อยละ 6.8 และในทำนองเดียวกันการศึกษาของอัจฉรา ธวัชวิบูลย์ผล โดยจำแนกถึงการรับสื่อแต่ละประเภทพิจารณาถึงความบ่อยครั้งในการเปิดรับสื่อ พบว่าผู้รับบริการทำหมันชายมีการ



เปิดรับสื่อค่อนข้างสูง เพราะส่วนใหญ่แล้วผู้รับบริการทำหมันชายมีการเปิดรับสื่อวิทยุ โทรทัศน์ และอ่านหนังสือพิมพ์ทุกวัน ผู้ที่ไม่ได้เปิดรับสื่อวิทยุ โทรทัศน์ และอ่านหนังสือพิมพ์มีน้อยมาก ฉะนั้น จะเห็นได้ว่าคนที่เปิดรับสื่อมวลชนมากจะเป็นคนที่ยอมรับและตัดสินใจในสิ่งต่างๆ ได้ดีกว่า ซึ่งเป็น การเปิดกว้างต่อโลกภายนอก ทำให้มีโอกาสได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการทำหมันได้ดีกว่า และน่าจะ ทำหมันมากกว่าผู้มีโอกาสได้รับข่าวสารน้อยกว่า

แหล่งข่าวสารเกี่ยวกับการทำหมัน เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการเข้ารับบริการผ่าตัด ทำหมัน เพราะว่าผู้รับข่าวสารมากน่าจะ เป็นผู้ที่มีความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติป้องกันการปฏิสนธิ ได้สูงกว่าผู้ที่มีสถานภาพการรับข่าวสารต่ำ และการติดต่อเกี่ยวข้องกับผู้ที่ทำหมันแล้ว จะมีผลทำให้ ประสิทธิภาพและความคิดในด้านการทำหมันของผู้เคยทำหมัน มีอิทธิพลต่อความคิดของผู้ที่ไม่เคย ทำหมันหรือผู้ที่ลังเลใจในการทำหมัน (Atkins and Jorowski 1983 : 25) และการศึกษา ของ Burnight, et al. (1974 : 6) พบว่าร้อยละ 48.1 ของผู้ที่ได้รับการทำหมันชายตอบ ว่า เพื่อนและญาติ เป็นแหล่งที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการทำหมันเป็นครั้งแรกแก่ตนมากที่สุด รองลงมา ร้อยละ 22.2 ได้รับความรู้จากสื่อสารมวลชน และร้อยละ 9.7 ได้รับความแนะนำครั้งแรกจากการ แนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และในทำนองเดียวกันการศึกษาของจรรยา เศรษฐบุตร และ บุญเลิศ เลี้ยวประไพ (2521 : 21) พบว่าแหล่งข้อมูลที่ให้ข่าวสารเกี่ยวกับการทำหมันชายที่ สำคัญที่สุดคือ เพื่อนและญาติของผู้ให้สัมภาษณ์ กล่าวคือเกินกว่าครึ่งหนึ่งหรือร้อยละ 57 ของผู้ ให้สัมภาษณ์ทราบราย ละเอียดเกี่ยวกับการทำหมันครั้งแรกจากเพื่อนและญาติ ร้อยละ 23 ทราบ เรื่องราวการทำหมันจากสื่อสารมวลชนต่างๆ และร้อยละ 6.2 ทราบจากเจ้าหน้าที่อนามัยใน ท้องถิ่น และการศึกษาของ Debhanom Muangman (1980 : 47) พบว่าชายที่ทำหมันแล้วทราบ เรื่องการทำหมันครั้งแรกจากเพื่อน ร้อยละ 59.0 และเจ้าหน้าที่อนามัย ร้อยละ 23.0 และ ญาติของตนร้อยละ 11.2 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มชายที่ยังไม่ได้ทำหมัน พบว่า ร้อยละ 88 เคย ได้ยินเกี่ยวกับเรื่องการทำหมันมาก่อน เคยได้ยินครั้งแรกจากเพื่อนของตน ร้อยละ 56 และเคย ได้ยินจากเจ้าหน้าที่อนามัยร้อยละ 26 และผลการศึกษาของธวัชชัย ดันสถิตย์ และ วรวัฒน์ ชุมสาย ณ อยุธยา (2526 : 15) พบว่า ที่ได้ถามคำถามเกี่ยวกับแหล่งรับข่าวสารก่อนตัดสินใจ ทำหมันจากผู้ตอบ 195 ราย มีผู้ตอบว่าหน่วยวางแผนครอบครัวร้อยละ 29.6 จากเพื่อนร้อยละ 28.3 จากผลการศึกษาของ Presser (1978 : 28) ได้ทำการศึกษาที่รัฐแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการศึกษาพบว่า 3 ใน 4 ของชายที่ทำหมันทราบเรื่องการทำหมันจาก



เพื่อนและญาติ และในตนเองเดียวกันกับการศึกษาในประเทศปากีสถาน พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของชายที่ทำหมั้นทราบรายละเอียดเกี่ยวกับการทำหมั้นครั้งแรกจากเพื่อนและญาติของตน และสอดคล้องกับการศึกษาของสุวัทนา วิบูลย์เศรษฐ์ (2529 : 31) พบว่า สตรีที่มารับบริการทำหมั้นได้รับข่าวสารการทำหมั้นครั้งแรกจากญาติและเพื่อนที่ทำหมั้นแล้ว ร้อยละ 48.0 จากแพทย์หรือพยาบาลร้อยละ 16.8 จากเจ้าหน้าที่ที่ออกไปให้คำแนะนำในหมู่บ้าน ร้อยละ 10.4 จากสามี ร้อยละ 7.2 และจากวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ ร้อยละ 5.6 ตามลำดับ และในตนเองเดียวกัน Amara Soonthornhada (1987 : 65) พบว่าผู้ที่ทำหมั้นแล้วร้อยละ 49.1 ทราบเรื่องราวการทำหมั้นครั้งแรกจากเพื่อนที่ทำหมั้นแล้ว ร้อยละ 15.1 ทราบจากภรรยาและญาติ และร้อยละ 9.5 ทราบจากวิทยุและผู้นำหมู่บ้าน

จากรายงานวิจัยที่กล่าวมา พอสรุปได้ว่าแหล่งข่าวสารเกี่ยวกับการทำหมั้นที่ผู้ทำหมั้นได้รับครั้งแรกก่อนที่จะเข้ารับการทำหมั้นคือ เพื่อนและญาติของตนเป็นส่วนใหญ่ ทั้งนี้เนื่องจากการมีเพื่อนและญาติ เป็นแหล่งที่เผยแพร่ข่าวสารการทำหมั้นได้มากกว่าบุคคลอื่น สื่อมวลชนหรือหน่วยงานอื่นๆ การสื่อข่าวประเภทบุคคลต่อบุคคลใกล้ชิดและสามารถโต้ตอบได้ทันทีมากกว่าแหล่งข่าวอื่นๆ และเพื่อนเป็นผู้ที่ตอบข้อข้องใจได้มากกว่าบุคคลอื่นๆ เช่น แพทย์หรือพยาบาล ซึ่งบุคคลเหล่านี้ไม่ค่อยมีเวลาสำหรับให้รายละเอียดของการคุมกำเนิดมากนัก

บุคคลากรผู้ทำคลอดบุตรคนสุดท้าย บุคคลากรผู้ทำคลอดบุตรคนสุดท้ายเป็นการวัดถึงความทันสมัย หมายถึงมีความเจริญทางด้านการศึกษา บุคคลที่มีความทันสมัยนั้นจะยอมรับสิ่งใหม่ๆ อยู่เสมอ ฉะนั้นความทันสมัยของบุคคลจะมีส่วนทำให้บุคคลตัดสินใจทำหมั้นหรือไม่ทำหมั้น เช่น จากการศึกษาของพิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และ ปัญญา ดาวจรัสแสงชัย (2525 : 15) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำหมั้นของคู่สมรสในเขตชนบทประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า สตรีที่ทำการคลอดโดยบุคคลากรที่ทันสมัยกว่าเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการทำหมั้นมากที่สุด ดังจะเห็นได้จาก ร้อยละ 35.9 เมื่อเปรียบเทียบกับร้อยละ 12.1 ในบรรดาสตรีที่คลอดบุตรโดยบุคคลากรสมัยเก่า (เช่น หมอตำแย คลอดเอง เป็นต้น)



ทัศนคติและการปฏิบัติในเรื่องการวางแผนครอบครัว การทำหมันได้เป็นที่ยอมรับและปฏิบัติกันมานานของสตรีในเขตเมือง แต่ในเขตชนบทจะมีความรู้เรื่องการทำหมันมากกว่าการปฏิบัติ (Sasichan and Rosenfield 1971 : 131) สำหรับ Gillespie, et al. (1978 : 161-183) พบว่าความรู้ในเรื่องการผ่าตัดทำหมันจะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับทัศนคติต่อการทำหมัน กล่าวคือผู้ที่มีทัศนคติของความรู้ในเรื่องการผ่าตัดทำหมันสูง จะยอมรับการทำหมันสูงตามไปด้วย ขณะที่ทัศนคติของความรู้ในเรื่องการทำหมันต่ำจะยอมรับการทำหมันต่ำ การยอมรับการทำหมันจะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความตั้งอกปรารถนาที่จะทำหมันในอนาคต จะเห็นได้ว่าปัจจัยทางด้านความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติงานในการวางแผนครอบครัวมีผลต่อการทำหมัน เพราะคนที่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการวางแผนครอบครัวได้ดีกว่ายอมรับการทำหมันได้สูงกว่าคนที่ไม่เข้าใจ และมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการวางแผนครอบครัว เช่น จากการศึกษาของพิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และ บัญญา ดาวจรสแสงชัย (2525 : 14) พบว่าทัศนคติต่อการวางแผนครอบครัวก่อให้เกิดความแตกต่างอย่างเห็นได้ชัดในการทำหมัน นั่นคือสตรีที่เห็นด้วยกับการวางแผนครอบครัว ทำหมันในอัตราที่เกือบเป็นสองเท่าของสตรีที่ไม่เห็นด้วย คือร้อยละ 19.5 และร้อยละ 10.9 แต่ในทางตรงกันข้าม พบว่าทัศนคติต่อการทำแท้งเพื่อการศึกษา กลับก่อให้เกิดความแตกต่างในเรื่องการศึกษาน้อยมาก เช่น สตรีที่เห็นด้วยกับการทำแท้งเพื่อการศึกษา ทำหมันร้อยละ 19.3 เมื่อเปรียบเทียบกับร้อยละ 17.2 สำหรับสตรีที่ไม่เห็นด้วย ดังนั้นทัศนคติต่อการวางแผนครอบครัว ทำให้เกิดความแตกต่างในการทำหมันมากกว่าทัศนคติต่อการทำแท้ง สำหรับทัศนคติต่อการทำแท้งนั้น ปรากฏว่าผู้ที่ตอบว่าแล้วแต่กรณี ในกรณีที่มีการวางแผนครอบครัวล้มเหลวทำหมันต่ำสุด คือร้อยละ 9.7 ซึ่งแตกต่างจากผู้ตอบแล้วแต่กรณี ในกรณีของการทำแท้งเพื่อการศึกษาและงาน ซึ่งทำหมันถึงร้อยละ 26.6 สตรีที่ทำหมันมากที่สุดคือ สตรีที่เห็นด้วยกับการวางแผนครอบครัว และเห็นด้วยกับการทำแท้งหรือไม่เห็นด้วยคือ ร้อยละ 20.2 และ 19.6 ตามลำดับ สตรีที่ทำหมันน้อยที่สุดคือ สตรีที่ไม่เห็นด้วยทั้งสองกรณี ส่วนสตรีที่เห็นด้วยกับการวางแผนครอบครัวและตอบว่าแล้วแต่กรณีต่อการทำแท้งเพื่อการศึกษาและงาน มีอัตราส่วนของการทำหมันมากที่สุด คือร้อยละ 30.9 สตรีที่ทำหมันน้อยที่สุดคือ ผู้ที่ไม่เห็นด้วยกับทั้งสองกรณี สำหรับการศึกษานักศึกษาระดับปริญญาตรี (2529 : 70) พบว่ากลุ่มสตรีที่สามีเห็นด้วยกับการทำแท้ง ทำหมันสูงสุดคือร้อยละ 63.8 กลุ่มที่ไม่เห็นด้วยทำหมันต่ำสุดคือร้อยละ 11.1 และในเรื่องทัศนคติเกี่ยวกับการลดภาวะคนโสด พบว่ากลุ่มที่เห็นด้วยกับการลดภาวะคนโสดทำหมันต่ำที่สุด คือร้อยละ 21.1 และสำหรับทัศนคติเกี่ยวกับนโยบายของรัฐ



ให้มีบุตร 2 คน และการทำให้มีสิ่งจูงใจให้ทำหมันยังไม่มีผู้ใดได้ทำการศึกษาไว้ แต่ผู้วิจัยคิดว่าการ  
ให้สิ่งจูงใจจะทำให้คนหันมาสนใจยอมรับและปฏิบัติ เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว การให้แรง  
จูงใจ เป็นการให้สิ่งเร้าให้คนหันมาสนใจและยอมรับในที่สุด

### สมมติฐาน

จากการทบทวนผลงานวิจัยที่ได้ทำมาแล้วดังกล่าวข้างต้น อาจจะต้องตั้งเป็นสมมติฐานไว้ดัง  
ต่อไปนี้

1. สตรีหรือสามีที่ประกอบอาชีพที่ไม่ใช่ เกษตรกรรมน่าจะทำหมันมากกว่าสตรีหรือสามี  
ที่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม
2. รายได้ของครอบครัวน่าจะมีผลในทางบวกต่อการทำหมัน
3. การศึกษาของสตรีหรือสามีน่าจะมีผลในทางบวกต่อการทำหมัน
4. สตรีที่ได้รับข่าวสารการทำหมันจากญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน น่าจะทำหมันมากกว่า  
สตรีที่รับข่าวสารการทำหมันจากแหล่งอื่น ๆ
5. สตรีที่คลอดบุตรคนสุดท้ายโดยบุคคลากรแพทย์ พยาบาล ผดุงครรภ์ น่าจะทำหมัน  
มากกว่าบุคคลากรผู้ทำคลอดอื่น ๆ
6. อายุของสตรีหรือสามีน่าจะมีผลในทางบวกต่อการทำหมัน
7. สตรีที่มีทัศนคติเห็นด้วยกับนโยบายที่รัฐบาลให้ให้มีบุตร 2 คน น่าจะทำหมันมากกว่า  
สตรีที่มีทัศนคติไม่เห็นด้วย
8. สตรีที่มีทัศนคติที่เห็นด้วยกับนโยบายที่รัฐบาลให้สิ่งจูงใจในการทำหมัน น่าจะทำ  
หมันมากกว่าสตรีที่มีทัศนคติไม่เห็นด้วย
9. การเปิดรับสื่อมวลชนของสตรีน่าจะมีผลในทางบวกต่อการทำหมัน

### ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรที่นำมาศึกษาครั้งนี้มี 3 ประเภทคือ ตัวแปรตาม 1 ตัว ตัวแปรอิสระ 9 ตัว  
ตัวแปรที่นำมาคุม 1 ตัว ซึ่งจะแบ่งออกเป็น

ตัวแปรตาม คือการทำหมัน แบ่งออกเป็น 2 รายการ คือ ทำหมัน ไม่ได้ทำหมัน





ตัวแปรอิสระ ซึ่งอาจจำแนกเป็นปัจจัยต่างๆ ดังต่อไปนี้คือ

ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ อาชีพของสตรีและสามี รายได้ของครอบครัว  
ปัจจัยทางด้านสังคม ได้แก่ การศึกษาของสตรีและสามี การรับแหล่งข่าวสาร  
เกี่ยวกับการทำหมัน บุคคลากรผู้ทำคลอดบุตรคนสุดท้าย  
การเปิดรับสื่อมวลชน

ปัจจัยทางด้านประชากร ได้แก่ อายุของสตรีและสามี

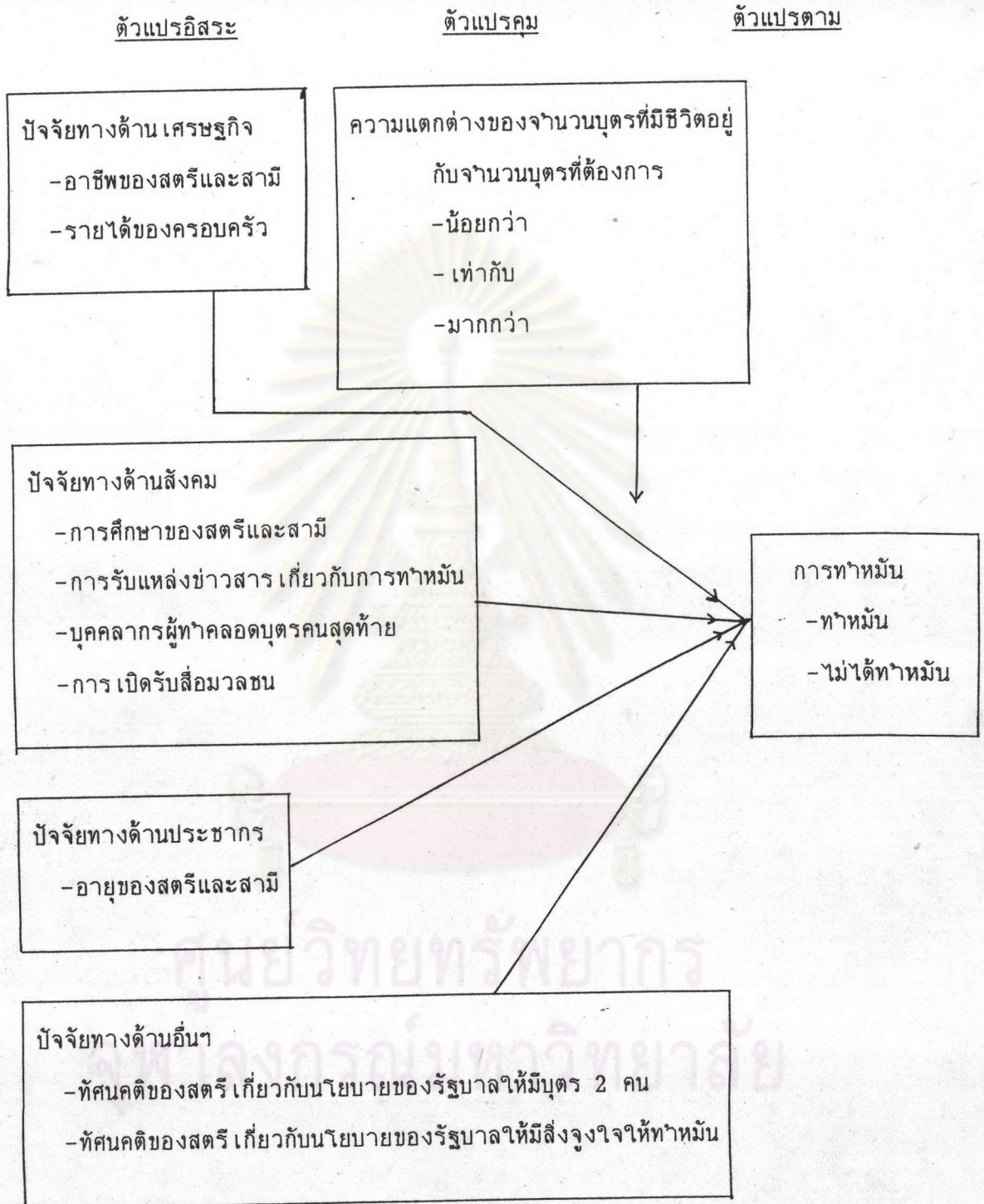
ปัจจัยทางด้านอื่นๆ ได้แก่ ทศนคติของสตรีเกี่ยวกับนโยบายที่รัฐบาลให้มีบุตร  
2 คน ทศนคติของสตรีเกี่ยวกับนโยบายที่รัฐบาลให้มีสิ่ง  
จูงใจให้ทำหมัน

ตัวแปรที่นำมาคุม คือ ความแตกต่างของจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่กับจำนวนบุตรที่ต้องการ  
การศึกษาครั้งนี้ สามารถสรุปในรูปของแบบจำลองการวิเคราะห์ได้ดังนี้

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



### แบบจำลองของการศึกษา





### ขอบเขตของการศึกษา

เนื่องจากข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยข้อมูลจากการสำรวจของโครงการวิจัย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้การทำหมันของคู่สมรสในเขตชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และในเขตชนบทภาคใต้โดยวิธีการสุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้เก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากที่คู่สมรสได้ทำหมันแล้ว ลักษณะของข้อมูลที่นำมาใช้อธิบายการทำหมันเป็นลักษณะ เมื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งอาจจะแตกต่างจากลักษณะในอดีตตอนที่คู่สมรสทำหมัน แต่อย่างไรก็ตาม เชื่อว่าลักษณะต่างๆ เมื่อตอนทำหมันกับเมื่อตอนเก็บรวบรวม ข้อมูลอาจจะไม่แตกต่างกันมากนัก เช่น เมื่อตอนทำหมันเมื่อ 5 ปีที่แล้ว ประกอบอาชีพในการทำนาและ เมื่อตอนที่ทำการสำรวจก็ยังคงประกอบอาชีพในการทำนาอยู่ หรือตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะต่างๆ ในทิศทางและอัตราเดียวกัน เพราะอยู่ในเขตชนบทเหมือนกัน

ดังนั้น ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ จะถือเอาลักษณะของคู่สมรส เมื่อทำการสำรวจเป็นลักษณะในอดีตตอนคู่สมรสทำหมันและจะศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลกระทบ และมีผลกระทบที่สำคัญต่อการทำหมันของสตรีในเขตชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือและเขตชนบทภาคใต้ โดยได้นำความแตกต่างของจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่กับจำนวนบุตรที่ต้องการ เข้ามาร่วมพิจารณาในการศึกษาด้วย

### คานิยามที่ใช้ในการศึกษา

การทำหมัน	ในการศึกษาครั้งนี้ รวมทั้งการทำหมันของสตรีและสามี ซึ่งจะแบ่งเป็น ทำหมันและไม่ทำหมัน
อายุของสตรี	หมายถึง อายุเต็มบริบูรณ์ของสตรีนับถึงวัน เกิดครั้งสุดท้ายก่อนวันสัมภาษณ์
อาชีพหลัก	หมายถึง งานที่บุคคลใช้เวลาทำเป็นส่วนมาก ในขณะที่ทำการสัมภาษณ์ เป็นอาชีพทั้งของสตรีและสามี
รายได้ของครอบครัว	หมายถึง รายได้ต่อปีของครอบครัว
จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่	หมายถึง จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ในวันที่สัมภาษณ์ ไม่ว่าจะอยู่ด้วยกันหรือย้ายไปอยู่ที่อื่นก็ตาม



การเปิดรับสื่อมวลชน เป็นดัชนีที่แสดงถึงระดับของการรับข่าวสาร จากสื่อมวลชนประเภทต่างๆ ได้แก่ การอ่านหนังสือพิมพ์ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ โดยให้คะแนนเป็นดังนี้

- 0 หมายถึง ไม่เคยอ่านหนังสือพิมพ์ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์
- 1 หมายถึง อ่านหรือฟัง หรือดูเป็นบางครั้ง
- 2 หมายถึง อ่านหรือฟัง หรือดูทุกวัน

ต่อจากนั้นนำคะแนนที่ได้จากการรับข่าวสารแต่ละประเภท มารวมกัน เป็นคะแนนรวมของดัชนีการเปิดรับสื่อมวลชนของสตรี ค่าของคะแนนจะอยู่ระหว่าง 0-6 คะแนน ซึ่งนำคะแนนที่ได้มาจัดวางเป็น 3 ระดับ ดังนี้

- น้อย หมายถึง ผู้ที่ได้คะแนนระหว่าง 0-2 คะแนน
- ปานกลาง หมายถึง ผู้ที่ได้คะแนนระหว่าง 3-4 คะแนน
- มาก หมายถึง ผู้ที่ได้คะแนนระหว่าง 5-6 คะแนน

บุคคลากรผู้ทำคลอดบุตรคนสุดท้าย จะแบ่งออกเป็น 2 รายการคือ 1. บุคคลากรทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผดุงครรภ์ 2. บุคคลากรทางการแพทย์แผนโบราณ ซึ่งได้แก่ ผดุงครรภ์แผนโบราณ หมอตำแย ญาติ คลอดเอง บุคคลอื่น

แหล่งข่าวสารเกี่ยวกับการทำหมัน จะแบ่งออกเป็น 3 รายการคือ 1. ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน 2. บุคคลากรทางการแพทย์ ซึ่งได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผดุงครรภ์ เจ้าหน้าที่อนามัย 3. สื่อสารมวลชน ซึ่งได้แก่ วิทยุ โทรทัศน์ ภาพยนตร์

ทัศนคติของสตรี เกี่ยวกับนโยบายที่รัฐบาลให้มีบุตรเพียง 2 คน ได้มาจากคำถามที่ว่า "ท่านเห็นด้วยหรือไม่ ถ้ารัฐบาลจะมีนโยบายให้แต่ละครอบครัวมีลูก 2 คน" โดยจะแบ่งออกเป็น 2 รายการคือ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย

ทัศนคติของสตรี เกี่ยวกับนโยบายที่รัฐบาลให้มีสิ่งจูงใจให้ทำหมัน ได้มาจากคำถามที่ว่า "ท่านคิดว่ารัฐบาลควรมีนโยบายให้มีสิ่งจูงใจให้คนมารับบริการทำหมันเพิ่มขึ้นหรือไม่" โดยจะแบ่งเป็น 2 รายการคือ ควรมี ไม่ควรมี

จำนวนบุตรที่ต้องการ ได้มาจากคำถามที่ว่า "ถ้าเลือกได้ตามใจชอบท่านต้องการมีบุตรกี่คน"



จำนวนบุตรในเชิงเปรียบเทียบ หมายถึง ความแตกต่างของจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่กับจำนวนบุตรที่ต้องการ ได้มาจากจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ลบด้วยจำนวนบุตรที่ต้องการ โดยจะแบ่งออกเป็น 3 รายการคือ 1. จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่น้อยกว่าจำนวนบุตรที่ต้องการ 2. จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่เท่ากับจำนวนบุตรที่ต้องการ 3. จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่มากกว่าจำนวนบุตรที่ต้องการ



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย