



## บทที่ 1

### ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันนี้ปัญหาของประเทศที่กำลังพัฒนาทั้งหลายก็คือ การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรอย่างรวดเร็ว ชันหน้าไปสู่ปัญหาทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่ประสบปัญหานี้ รัฐจึงมีนโยบายส่งเสริมการวางแผนครอบครัวอย่างจริงจัง ซึ่งในระยะ 10 ปีที่ผ่านมาพบว่าประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายคือ จะเห็นได้ว่าในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (2520-2524) ได้กำหนดเป้าหมายที่จะลดอัตราการเพิ่มของประชากรให้เหลือร้อยละ 2.1 โดยให้มีการส่งเสริมสนับสนุนและให้บริการในด้านการวางแผนครอบครัวโดยสมัครใจรวมถึงการให้บริการคุมกำเนิดวิธีต่าง ๆ โดยเฉพาะการทำหมันได้ตั้งเป้าหมายผู้รับบริการทำหมันหญิงและชายไว้ถึง 485,000 คน และปรากฏว่าได้ผลเกินเป้าหมายเมื่อปลายแผนพัฒนาฉบับที่ 4 (ก่อนอายุครบคร่าว 2527) แต่ความจำเป็นในการวางแผนครอบครัวเพื่อลดการเพิ่มขึ้นของประชากรยังคงมีอยู่ เนื่องจากอัตราเพิ่มของประชากรที่ลดลงก็ยังเป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ดังนั้นในแผนพัฒนาฯ ฉบับปัจจุบัน (2525-2529) จึงได้ตั้งเป้าหมายที่จะลดการเพิ่มประชากรให้เหลือร้อยละ 1.5 ต่อไป ในปี 2529 ซึ่งเป็นปีที่สิ้นสุดแผน โดยกำหนดเป้าหมายให้ได้รับบริการรายใหม่ จำนวน 4,593,333 ราย ในจำนวนนี้จะมีผู้รับบริการผ่าตัดทำหมันประมาณ 1,015,315 ราย ซึ่งในแผนพัฒนาฉบับที่ 5 นี้ ได้เน้นการส่งเสริมในเรื่องการทำหมัน

ในช่วงปีที่ผ่านมา จำนวนผู้ที่รับบริการทำหมันได้เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งนี้เพื่อจำกัดขนาดของครอบครัว เพราะการทำหมันโดยสมัครใจมีบทบาทสำคัญในการช่วยทั้งคู่สมรสและสังคมในการเก็บเกี่ยวผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจจากการลดของภาวะเจริญพันธุ์ เศรษฐศาสตร์ของการทำหมันได้กลายเป็นเศรษฐศาสตร์ของการลดภาวะเจริญพันธุ์ จากการที่การทำหมันเป็นเรื่องถาวรและกลับคืนไม่ได้จึงมีลักษณะพิเศษกว่าวิธีอื่น ๆ ค่าใช้จ่ายครั้งแรกที่สูงจะได้รับคืนมาจากการที่การป้องกันการเกิดโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายอะไรเลยในปีต่อ ๆ มา การทำหมันจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการวางแผนครอบครัวที่มีประสิทธิภาพสำหรับทั้งคู่สมรสและสังคม (พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ, 2527 : 19)

สถิติเกี่ยวกับการใช้การวางแผนครอบครัวของประเทศไทย ตั้งแต่ พ.ศ. 2512/2513 จากโครงการวิจัยต่อเนื่องระยะยาวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากร ของประเทศไทย (LS1) พบว่าสตรีในวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-49 ปี ที่สมรสแล้วและกำลังอยู่กินกับ สามีกำลังใช้การป้องกันการปฏิสนธิเพียงร้อยละ 14.4 และอัตราได้เพิ่มขึ้นเรื่อยเป็นร้อยละ 26.0 ในปี พ.ศ. 2515/2516 จากโครงการวิจัยต่อเนื่องระยะยาวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง ทางเศรษฐกิจ สังคมและประชากรของประเทศไทย (LS2) เป็นร้อยละ 36.8 ในปี พ.ศ. 2518 จากโครงการสำรวจภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทย (SOFT) เป็นร้อยละ 53.1 ในปี พ.ศ. 2521/ 2522 จากโครงการการสำรวจภาวะการคุมกำเนิดครั้งที่ 1 (CPS1) จนถึงโครงการการ สืบสวนสำรวจภาวะการคุมกำเนิดครั้งที่ 2 (CPS2) ในปี พ.ศ. 2524 อัตรานี้ได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 58.2

สถิติล่าสุดที่ได้จากโครงการการสำรวจภาวะการคุมกำเนิดในประเทศไทยรอบที่ 3 (CPS3) ซึ่งทำการสำรวจในปี พ.ศ. 2527 พบว่าสตรีในวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสแล้วและกำลังอยู่ กินกับสามีกำลังใช้วิธีป้องกันการปฏิสนธิถึงร้อยละ 64.6 ซึ่งนับว่าเป็นอัตราการใช้ที่สูงและ แนวโน้มของการใช้วิธีนี้กับการปฏิสนธิได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นกัน อัตราการทำหมันก็ได้เพิ่มขึ้น อย่างรวดเร็วจากร้อยละ 7.1 ในปี พ.ศ. 2512/2513 เป็นร้อยละ 27.9 ในปี พ.ศ. 2527 ดังตารางต่อไปนี้

ปี พ.ศ.	โครงการ	หมันหญิง	หมันชาย	รวม
2512/2513	LS1	5.1	2.0	7.1
2515/2516	LS2	6.4	2.8	9.2
2518	SOFT	7.5	2.2	9.7
2521/2522	CPS1	12.9	3.4	16.3
2524	CPS2	18.4	4.1	22.5
2527	CPS3	23.5	4.4	27.5

จะเห็นได้ว่าการทำหมันเป็นที่ยอมรับทั้ง ในแง่ปฏิบัติและนโยบายดังที่ได้กล่าวมาแล้วใน แผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 ก็น่าจะเชื่อได้ว่าการทำหมันคงจะเป็นวิธีป้องกันการปฏิสนธิที่มีความสำคัญทั้ง ในแง่ นโยบายและปฏิบัติกันไป ทั้งนี้เพราะแผนพัฒนา เศรษฐกิจและ

สังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 (2530-2534) ได้ตั้งเป้าหมายที่จะลดอัตราการให้เหลือเพียงร้อยละ 1.3 ในที่สุดท้ายของแผน การที่จะให้บรรลุจุดเป้าหมายนี้โครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ คงจะต้องใช้มาตรการในอันที่จะเพิ่มอัตราการใช้จ่ายของแต่ละวิธีให้มากขึ้นกว่าปัจจุบัน ซึ่งนับว่า อยู่แล้ว นอกจากมาตรการแรกนี้แล้ว มาตรการที่น่าจะมีผลให้บรรลุเป้าหมายที่สำคัญอีก ประการหนึ่งคือ การพยายามให้ผู้ใช้จ่ายเก่าและรายใหม่หันมาใช้วิธีป้องกันการปฏิสนธิแบบถาวร หรือกึ่งถาวรมากขึ้นนั่นคือ ให้มีการทำท่อนมากขึ้นซึ่งจะมีผลหรืออิทธิพลต่อระดับและแนวโน้มของ ภาวะเจริญพันธุ์เป็นอย่างมาก

ดังนั้นการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลทำให้คนทำท่อนหรือไม่ทำท่อนในอดีต รวมทั้งปัจจัย ที่มีผลต่อความคิดที่จะทำท่อนในอนาคตจึงเป็นเรื่องที่น่าจะได้รับความสนใจ เพราะจะเป็น ประโยชน์ทั้งในแง่วิชาการและในปฏิบัติ เป็นอย่างยิ่ง

#### วัตถุประสงค์

การศึกษาครั้งนี้วัตถุประสงค์ที่สำคัญดังต่อไปนี้

1. เพื่อศึกษาปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรที่มีผลต่อสตรีและสามีทำท่อนหรือไม่ทำท่อน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรที่มีผลต่อสตรีและสามีคิดจะทำท่อนหรือไม่คิดจะทำท่อนในอนาคต
3. เพื่อศึกษาว่าปัจจัยใดที่มีผลหรือมีอิทธิพลที่สำคัญต่อการทำท่อนหรือความคิดที่จะ ทำท่อนในอนาคต

#### แนวคิดและทฤษฎี

สำหรับแนวคิดในเรื่องเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านภาวะเจริญพันธุ์ Freedman (1963) กล่าวว่าจากประสบการณ์การเปลี่ยนแปลงทางด้านภาวะเจริญพันธุ์ของประเทศที่พัฒนา แล้วบรรทัดฐานค่านิยมและทัศนคติทางสังคมที่มีผลกระทบต่อระดับภาวะเจริญพันธุ์ รวมทั้งตัวแปร แทรกอื่น ๆ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้การเปลี่ยนแปลงของการมีระดับเจริญพันธุ์สูงไปสู่อะดับเจริญพันธุ์ ระดับเจริญพันธุ์จะเกี่ยวเนื่องกับระดับความทันสมัย เช่น ความเป็นเมือง การปรับปรุงรายได้

สูงขึ้น การขยายตัวทางการศึกษา และการลดระดับภาวะการตาย ซึ่งจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเรื่องขนาดของครอบครัวเพราะค่าใช้จ่ายเลี้ยงดูบุตรสูงขึ้นดังนั้นความนิยมในการมีบุตรน้อยลง

จากแนววิเคราะห์หุอุปสงค์ - อุปทานที่ใช้วิเคราะห์สาเหตุของการใช้การคุมกำเนิดของ Easterlin และ Crimmins (1985) เพื่อเป็นพื้นฐานในการอธิบายเกี่ยวกับเหตุสูงใจที่ทำให้คู่สมรสใช้วิธีป้องกันการปฏิสนธิวิธีใดวิธีหนึ่ง ซึ่งสรุปได้ดังนี้ แรงสูงใจในที่มีเป็นผลต่างระหว่างจำนวนบุตรที่คู่สมรสจะมีได้ตลอดวัยเจริญพันธุ์เมื่อไม่ได้ใช้วิธีป้องกันการปฏิสนธิเลย ( $C_n$ : Potential Family Size) กับจำนวนบุตรที่คาดหวังไว้ ( $C_d$ : Desired Family Size) ซึ่งคู่สมรสมีแรงสูงใจที่จะคุมกำเนิดเมื่อค่าใช้จ่ายของการคุมกำเนิด ( $R_c$ : Regulation Cost) ในรูปทั้งที่เป็นตัวเงิน (Marker Cost) เช่น การต้องซื้อหายาเม็ด ถุงยางในราคา และค่าใช้จ่ายที่ไม่เป็นตัวเงิน (Subjective Cost) เช่น วัฒนธรรม คำสอนหรือสภาวะทางสังคม คู่สมรสจะเลือกใช้การคุมกำเนิด ในเมื่อจำนวนบุตรที่คู่สมรสจะมีได้ตลอดวัยเจริญพันธุ์เป็นผลคูณของจำนวนบุตรโดยธรรมชาติ ( $N$ : Estimate Natural Family) และอัตราการรอดของจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ ( $S$ : Survival Ratio) ซึ่งจำนวนบุตรโดยธรรมชาติ จะเป็นผลมาจากตัวแปรทางสรีระ (Biological) เช่น ระยะเวลาสมรส ย่างห่าง ระยะเวลาที่บุตรคนแรกเกิดจากปีที่ทำการสมรส ฯลฯ

จากส่วนเกินของจำนวนบุตรที่คู่สมรสจะมีได้โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานที่ว่าคู่สมรสยังไม่ได้มีการใช้วิธีป้องกันการปฏิสนธิเลย ( $C_n$ ) ต่อจำนวนบุตรในอุดมคติ ( $C_d$ ) เมื่อจำนวนบุตรที่คู่สมรสไม่ปรารถนา ( $C_n - C_d$ ) ยิ่งสูงเท่าไร คู่สมรสก็จะมีแรงสูงใจที่จะคุมกำเนิดมากเท่านั้น ในทางตรงข้ามถ้า  $C_n - C_d$  เป็นลบ ก็หมายถึงว่า คู่สมรสยังมีจำนวนบุตรตามต้องการจากผลต่างของแรงสูงใจ ( $C_n - C_d$ ) จะมีค่าสูงมากหรือน้อยก็ขึ้นกับทั้งค่า  $C_n$  และ  $C_d$  แรงสูงใจอาจจะมีค่ามากแม้ว่าจำนวนบุตรในอุดมคติคงที่ทั้งนี้ในกรณีนี้ค่าของจำนวนบุตรที่คู่สมรสจะมีเพิ่มขึ้น

ตามที่กล่าวมาแล้วว่าเมื่อคู่สมรสมีแรงสูงใจที่จะคุมกำเนิดสูง ( $C_n - C_d$ ) มีค่าเป็นบวก และค่าใช้จ่ายในการคุมกำเนิด ( $R_c$ ) มีค่าต่ำ คู่สมรสก็จะทำการคุมกำเนิด แต่ในทางตรงข้ามแม้ว่าคู่สมรสจะมีแรงสูงใจที่จะคุมกำเนิด แต่หากค่าใช้จ่ายทั้งที่เป็นตัวเงินหรือไม่ใช่ตัวเงินในการคุมกำเนิดสูงมาก คู่สมรสก็จะไม่ใช้ โดยสรุป การใช้การคุมกำเนิดนั้นขึ้นอยู่กับทั้งจำนวนบุตรที่คู่สมรสจะมีได้ ( $C_n$ ) จำนวนบุตรในอุดมคติ ( $C_d$ ) และค่าใช้จ่ายในการคุมกำเนิด ( $R_c$ ) ซึ่งทั้ง 3 ตัวแปรนี้จะแปรเปลี่ยนไปตามระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจ และสังคม

จากแนวคิดของ Easterlin et al (1978) ที่ได้เสนอแนวทาง 5 ประการเกี่ยวกับ  
ขบวนการความทันสมัย ซึ่งมีผลต่อการแปรตัวแปร (Ch, Cd และ Rc) ดังนี้

1. นวัตกรรม (Innovation) ในเรื่องการค้าเสรี และการอนามัย
2. นวัตกรรม ในเรื่องการศึกษา และการประชาสัมพันธ์
3. ความเป็นเมือง
4. การนำเสนอสินค้าใหม่ ๆ ในรูปสินค้าบริโภค และวิธีการวางแผนครอบครัวที่มี  
ประสิทธิภาพ
5. การเพิ่มรายได้ต่อหัวของประชากร

แนวทางความทันสมัยทั้ง 5 ดังกล่าวจะมีผลต่อ Cn, Cd และ Rc พอสรุปได้ดังนี้คือจะ  
ทำให้ Cn ลดลง และ Cd ถูกลงเป็นต้น นั่นคือ เมื่อมีความทันสมัยเพิ่มขึ้น Cd ลดลงเป็นต้น  
นั่นคือ เมื่อมีความทันสมัยเพิ่มขึ้น Cn-Cd จะมีค่าบวกมากขึ้นหรือกล่าวได้ว่าคู่สมรสหนึ่ง ๆ จะมีแรง  
สูงใจที่จะคุมกำเนิดมากขึ้น แนวทางความทันสมัยทั้ง 5 แนวยังทำให้ค่าใช้จ่ายในการคุมกำเนิด  
ถูกลงด้วยเมื่อค่าแรงสูงใจสูงขึ้น (Cn-Cd สูงขึ้น) และค่าใช้จ่ายถูกลง (Rc ต่ำลง) ก็จะทำให้คู่  
สมรสใช้วิธีป้องกันการปฏิสนธิเพิ่มขึ้นตามไปด้วย

สำหรับการศึกษาค้างนี้ จะเน้นตัวแปรการใช้การป้องกันการปฏิสนธิโดยเฉพาะการใช้การ  
ทำหมันโดยอยู่ในพื้นฐานที่ว่าประชากรไทยมีแนวโน้มที่จะใช้การป้องกันการปฏิสนธิมากขึ้น เนื่องจากแรง  
สูงใจในการใช้ มีเพิ่มมากขึ้นกว่าในอดีต (Wongbounsin, 1985) นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายใน  
การทำหมันก็ถูกกว่าค่าใช้จ่าย การใช้วิธีอื่น จากการศึกษาของลัมศักดิ์ วรคามิน 2519: 29-30  
ได้ชี้ในแง่ของ Cost กับ Benefit ของการทำหมันหญิง และชายในปี 1971 พบว่าการป้องกัน  
ไม่ให้เด็กเกิด 1 ราย โดยการทำหมันหญิงจะต้องใช้เงินประมาณ 100 บาท โดยป้องกันไม่ให้  
เด็กเกิด 1 ราย ส่วนการทำหมันชายนั้นใช้เงินประมาณ 33 บาทโดยป้องกันไม่ให้เด็กเกิด 1 ราย  
ส่วนยาคุมกำเนิดนั้นต้องจ่ายเงินประมาณ 500 กว่าบาทปรากฏว่า 4 ปีต่อมาผู้ใช้บริการคุมกำเนิด  
ชนิดถาวรมากขึ้น และมีแนวโน้มว่า คนจะใช้แบบถาวรมากกว่าแบบชั่วคราว อย่างไรก็ตามแม้  
การคุมกำเนิดที่คาดว่าจะทำให้ประชาชนยอมรับบริการได้ไม่จ่ายนัก แต่จากจำนวนผู้ใช้บริการการ  
คุมกำเนิดแบบถาวรที่เพิ่มขึ้นทุกปีย่อมแสดงให้เห็นแล้วว่า สตรียอมรับการคุมกำเนิดแบบถาวรมาก  
ขึ้นทุกที ซึ่งเห็นได้จากสถิติเกี่ยวกับการใช้การวางแผนครอบครัว โดยเฉพาะวิธีการทำหมันของ  
ประเทศไทย ตั้งแต่ 2512/2513 จากโครงการวิจัยต่อเนื่องระยะยาวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง

ทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรของประเทศไทย (LS1) จนถึงปี 2527 จากโครงการ การสำรวจภาวะการคุมกำเนิดในประเทศไทยรอบที่ 3 (CPS3) ที่มีอัตราการทำแท้งเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.1 เป็นร้อยละ 27.9 ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (โครงการสำรวจภาวะการคุมกำเนิดครั้งที่ 3 2527: 15) และปัจจัยประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งซึ่งช่วยให้การยอมรับบริการนี้ นอกเหนือไปจากความเจริญทางด้านสาธารณสุข ความบิบัติทางเศรษฐกิจ ความเปลี่ยนแปลงในค่านิยมทางสังคม ก็คือระดับความทันสมัย ซึ่งจะเป็นแนวคิดที่สำคัญในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งระดับความทันสมัยนั้น สามารถวัดได้จากตัวแปรต่าง ๆ ในรูปของอาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ฯลฯ ดังนั้นเมื่อความสัมพันธ์ของตัวแปรทางเศรษฐกิจและสังคมกับระดับความทันสมัย มีเพิ่มมากขึ้นเท่าใด ก็จะทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะควบคุมภาวะเจริญพันธุ์โดยใช้การวางแผนครอบครัวโดยวิธีคุมกำเนิดแบบถาวร หรือการทำแท้ง เมื่อค่าใช้จ่ายถูกกว่าการใช้วิธีคุมกำเนิดชั่วคราว ดังนั้นแนวความคิดของ Easterlin ในเรื่องระดับความทันสมัยนี้จะใช้เป็นแนวทางในการวิเคราะห์ถึงความแตกต่างของตัวแปรทางเศรษฐกิจ และสังคมที่มีความเกี่ยวข้องกับระดับความทันสมัยในการยอมรับการคุมกำเนิดแบบถาวร หรือการทำแท้งนั่นเอง

### ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเกี่ยวกับการทำแท้งและความคิดที่จะทำแท้งของสตรีและสามีได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ไว้บ้างพอสมควรทั้งในประเทศและต่างประเทศ ซึ่งในการศึกษานี้จะขอพิจารณาในส่วนที่เกี่ยวข้องดังนี้

#### ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม

อาชีพ เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงระดับรายได้ ฐานะทางเศรษฐกิจและครอบครัว ซึ่ง George B Simons ได้กล่าวว่าเศรษฐกิจเป็นปัจจัยสำคัญที่มีส่วนกำหนดการคุมกำเนิดโดยวิธีทำแท้ง ซึ่งคู่สามีภรรยาจะเป็นผู้กำหนดจำนวนบุตรตามที่ตนเองต้องการหรือจะเว้นช่วงการมีบุตร ทั้งนี้เพราะเศรษฐกิจของครอบครัวเป็นปัจจัยกำหนดขนาดของครอบครัวด้วย (Newman and Klein (eds) 1978: 187) ซึ่งอาชีพก็จะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญในการตัดสินใจคุมกำเนิดแบบถาวรและจากการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของอาชีพกับการทำแท้งที่ผ่านมาส่วนใหญ่ให้ข้อสรุปที่คล้ายคลึงกันว่า สตรีที่สามีมีอาชีพมิใช่เกษตรกรรมจะใช้การวางแผนครอบครัวโดยการทำแท้งมากกว่าสตรีที่สามีมีอาชีพเกษตรกรรมซึ่งสาเหตุสำคัญน่าจะเป็นเพราะว่าผู้ที่ประกอบอาชีพมิใช่เกษตรกรรมตระหนัก

ถึงภาวะในการเลี้ยงดูบุตรซึ่งต้องออกไปทำงานนอกบ้านด้วย รวมทั้งภาวะค่าใช้จ่ายตลอดจนรู้สึก ทั้งการจำกัดขนาดครอบครัวได้เหมาะสมมากกว่ากลุ่มอาชีพเกษตรกรรมจะเห็นได้จากการศึกษาที่ ประเทศอินเดียของ V.H. Thakor and Vinod M. Patel พบว่า ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทำหมัน ชายในรัฐคุชราต ประมาณร้อยละ 27 ประกอบอาชีพเกี่ยวกับการทำนาและเพาะปลูกหรือเป็นคนงาน ในการเกษตร ประมาณร้อยละ 40 ประกอบอาชีพใช้วิชาชีพ และประมาณร้อยละ 25 ประกอบ อาชีพค้าขาย (Thakor and Patel 1974: 189) ซึ่งมีลักษณะในทำนองเดียวกันกับการศึกษา ของ Koya พบว่าสตรีที่มารับบริการทำหมันเพื่อยุติการมีบุตรในประเทศญี่ปุ่นนั้น สตรีที่มีสามีประกอบ อาชีพรับราชการ ลูกจ้างบริษัท และเล็มีเงินประมาณร้อยละ 23.4 อาชีพค้าขายร้อยละ 18.6 อาชีพใช้ฝีมือในโรงงานอุตสาหกรรมร้อยละ 18.1 อาชีพเกษตรกรรม ทั่วไปประมาณร้อยละ 13.6 รับจ้างและบริการทั่วไปร้อยละ 17.1 และอาชีพครู ทนายความ นักวิชาชีพต่าง ๆ มีเพียงร้อยละ 6.5 เท่านั้น (Yoshio Koya 1963: 90)

สำหรับการศึกษาในประเทศไทยที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของอาชีพกับการทำหมัน จากการศึกษาของมณีนี อุดหนุนท์ ที่ได้ศึกษาสตรีที่มารับบริการทำหมันหญิงจากโรงพยาบาล 4 แห่ง คือ ศิริราช รุพาลงกรณ์ หัวเฉียว และวชิรพยาบาล ตั้งแต่ปี 2503-2507 พบว่า ในกลุ่มสตรีไทย ที่มารับบริการทำหมันนี้มีอัตราส่วนร้อยละของสตรีที่สามีมีอาชีพเป็นข้าราชการ ทหาร และตำรวจ เท่ากับสตรีที่สามีเป็นกรรมกรรับจ้าง และช่างฝีมือ คือร้อยละ 26 สตรีที่สามีเป็นช่างวานร้อยละ 15 และสตรีที่สามีเป็นผู้ประกอบการค้า ร้อยละ 13 (มณีนี อุดหนุนท์ 2508: 22) และในปี ต่อ ๆ มา จากรายงานสัมมนาทางวิชาการแห่งชาติ เรื่องประชากรของประเทศไทย พบว่า การศึกษาการปฏิบัติการวางแผนครอบครัวกับการทำงานนอกบ้านของสตรีในสังคมไทย มีผู้สนใจศึกษา มากพอสมควร คือผลการศึกษาสตรีที่มารับบริการผ่าตัดทำหมัน พบว่า ร้อยละ 35.3 เป็นผู้ทำงาน นอกบ้านโดยได้รับค่าจ้างในจำนวนนี้ประมาณ 2 ใน 3 มีอาชีพทางเกษตรกรรมและค้าขาย ที่เหลือ นอกนั้นมีอาชีพรับจ้าง (กรรมกร) 353 คน เป็นข้าราชการ 295 คน และเป็นครู 269 คน จึงเชื่อว่า ภาวะยุ่งยากในการเลี้ยงดูบุตรอาจจะเป็นเหตุผลใจอันหนึ่งให้สตรีเหล่านั้นมารับการ ทำหมัน (มณีนี อุดหนุนท์ 2520: 145-146)

สำหรับการศึกษาของ พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และปัญญา ดาวจรลีแสงชัย (2525: 13) ได้ศึกษาผู้สมัครที่สตรีอายุไม่เกิน 49 ปี และไม่ตั้งครรภ์ ขณะสำรวจจำนวน 1,486 คู่ โดยใช้ สถานภาพการทำงานเป็นตัวแทนอาชีพ พบว่า สตรีที่ทำงานหลังการแต่งงานโดยได้รับค่าจ้างหรือ เงินเดือนทำหมันในอัตราที่สูงกว่าสตรีที่ทำงานโดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือเงินเดือน หรือสตรีที่ไม่ได้

ทำงานเลย และขณะลี้ภัยที่ทำงานให้แก่ตัวเองซึ่งส่วนใหญ่คงเป็นอาชีพเกษตรกรรม มีอัตราส่วนของการทำห้มนสูงกว่าสตรีที่มีสถานภาพในการทำงานอย่างอื่น และจากการศึกษาของ จรรยา เศรษฐบุตร และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ (2521: 11) พบว่า ชายที่ทำห้มนส่วนมากประกอบอาชีพเป็นเสมียน พนักงาน หรือพนักงานขาย ร้อยละ 18 เป็นชาวจีน ชาวนา ร้อยละ 17 เป็นผู้ที่ปฏิบัติงานอาชีพวิชาการ ซึ่งเป็นลักษณะงานทั่วไปในกรุงเทพฯ ร้อยละ 15 ซึ่งชายทำห้มนั้นส่วนใหญ่มีภรรยาเป็นแม่บ้าน ร้อยละ 44 อาชีพที่รองลงมาคือ ชาวจีน ชาวนา อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ระหว่างการทำห้มนกับอาชีพก็ยังมีลักษณะคล้ายคลึงกัน เช่นเดียวกับจากการศึกษาที่โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า ผู้ชายที่มาใช้บริการทำห้มนมีอาชีพรับราชการ ร้อยละ 38 รับจ้าง ร้อยละ 35 อาชีพอื่น ๆ ร้อยละ 13.5 โดยผู้ชายที่มาทำห้มนให้เหตุผลที่มารับบริการทำห้มนเพราะเรื่องฐานะการครองชีพเป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้จากประสับการณ์ของ นายแพทย์ พุง กสัมพันธ์พันธุ์ก็พบว่าในรอบ 10 ปี (2512: 2521) อาชีพของผู้ทำห้มนชายส่วนมากมีอาชีพเป็นเกษตรกรรมโดยเฉลี่ยถึงร้อยละ 80 อาชีพรับราชการ ค้าขาย ร้อยละ 15 และอาชีพกรรมกรอื่น ๆ ร้อยละ 5 เท่านั้น (พุง กสัมพันธ์พันธุ์ 2519: 60-65)

นอกจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับการทำห้มนดังกล่าวแล้วยังได้มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับความคิดที่จะทำห้มนด้วย เช่น จากการศึกษาลี้ภัยที่ลี้ภัยแล้วกำลังอยู่กับสามี จำนวน 302 คน ในเขตจังหวัดชลบุรี พบว่า สตรีที่สามีประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดจะทำห้มนในอนาคตถึงร้อยละ 67.7 ขณะที่สตรีที่สามีประกอบอาชีพที่ไม่ใช่เกษตรกรรม คิดจะทำห้มนเพียงร้อยละ 56.6 ความแตกต่างอันนี้เป็นเพราะผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมีภาวะเจริญพันธุ์สูงกว่าผู้ประกอบอาชีพอื่น ๆ ดังนั้นจึงเป็นกลุ่มที่คิดจะทำห้มนมากกว่ากลุ่มอื่น และเมื่อศึกษาถึงอาชีพของสตรีเองก็พบว่าในแบบแผนเดียวกัน คือสตรีที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมคิดจะทำห้มนในอัตราส่วนที่สูงกว่าสตรีที่ประกอบอาชีพอื่น ๆ แต่ก็ไม่แตกต่างกันมากนัก (พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ 2525: 133) อย่างไรก็ตามผู้ที่ได้ศึกษาในเรื่องดังกล่าวนี้ ยังได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความคิดที่จะทำห้มนในอนาคตของสตรีที่ลี้ภัยแล้วอายุไม่เกิน 49 ปี และกำลังอยู่กับสามี และยังไม่ได้ทำห้มน จำนวน 224 คน ในเขตจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า สตรีหรือสามีที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมคิดจะทำห้มนในอัตราส่วนที่ต่ำกว่าสตรีที่ประกอบอาชีพไม่ใช่เกษตร อาชีพของสามีดูจะมีผลต่อความคิดที่จะทำห้มนมากกว่า แต่อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั้งสองยังมีอยู่ในระดับต่ำ สตรีที่ทำหรือไม่ได้ทำกิจกรรมเสริมรายได้นอกเหนือจากอาชีพหลัก ซึ่งได้แก่ การทำนา คิดที่จะทำห้มนในอนาคตมีอัตราส่วนที่ใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 36 และ 37 ตามลำดับ (พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ 2525: 6) และในทำนองเดียวกันนี้จากการศึกษาของ อรุณ แก้วเขียน (2526: 39) ได้ศึกษา



ปัจจัยที่มีผลต่อความคิดเกี่ยวกับการเว้นระยะการมีบุตรและความคิดที่จะทำหมันของหัวหน้าครัวเรือนที่เป็นชายหรือหญิงในปี 2524 พบว่า หัวหน้าครัวเรือนที่ประกอบอาชีพอื่นที่ไม่ใช่เกษตรกรรม คิดที่จะทำหมันสูงกว่าหัวหน้าครัวเรือนที่ประกอบอาชีพเกษตร ร้อยละ 22.4 และเมื่อพิจารณาถึงสถานภาพการทำงาน พบว่า หัวหน้าครัวเรือนที่มีสถานภาพเป็นข้าราชการ ลูกจ้างรัฐบาล และลูกจ้างเอกชน คิดที่จะทำหมัน ร้อยละ 62.1 และ 40.7 ตามลำดับ คิดทำหมันสูงกว่าหัวหน้าครัวเรือนที่ทำงานของตัวเอง

จากงานวิจัยต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าอาชีพมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการทำหมันและความคิดที่จะทำหมันโดยเฉพาะในอาชีพเกษตรกรรมที่ยังต้องการแรงงานมาช่วยครอบครัว ซึ่งอาจเป็นเหตุให้ตัดสินใจยากที่จะคุมกำเนิดอย่างถาวรในขณะที่สตรีและคู่สมรสอื่น ๆ ที่มีอาชีพเกษตรกรรมตระหนักถึงภาระและค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตร อีกทั้งหน้าที่การงานออกไปทำนอกบ้าน อาจเป็นสาเหตุให้สตรีและคู่สมรสที่มีอาชีพไม่ใช่เกษตรกรรมตัดสินใจคุมกำเนิดอย่างถาวร

รายได้ ระดับรายได้และฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการตัดสินใจที่จะคุมกำเนิดแบบถาวร ซึ่งคนส่วนใหญ่มักจะจำกัดจำนวนบุตรตามความสามารถทางการเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตร จากการศึกษาเท่าที่ผ่านมาส่วนใหญ่พบว่ากลุ่มคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงจะมีขนาดของครอบครัวเล็กกว่ากลุ่มคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ แต่ในปัจจุันประเทศไทย พบว่าในกลุ่มครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำมีการคุมกำเนิดแบบถาวรในอัตราสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงกว่า (พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และปัญญา ดาวจรลีแสงชัย 2527: 7) เช่น จากการศึกษาที่ประเทศอินเดียของ V.H Thakor และ Vinod M. Patel ได้ศึกษาผู้ที่มารับบริการผ่าตัดทำหมันชาย พบว่า ผู้ชายที่มารับบริการผ่าตัดทำหมันชายประมาณร้อยละ 90 มีรายได้ไม่เกิน 6,000 บาทต่อปี และประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ชายที่มารับบริการผ่าตัดทำหมันชายจะมีรายได้ไม่เกิน 2,400 บาทต่อปี (Thakor Patel 1974: 189)

สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ในประเทศไทยของ Robert G. Burnight และคณะ (1974: 4-5) พบว่า ประมาณร้อยละ 79 ของผู้รับบริการทำหมันชายมีรายได้ไม่เกิน 3,000 บาทต่อเดือน แต่ส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 1,500-3,000 บาทต่อเดือน และรายได้เฉลี่ยของผู้รับบริการทำหมันชาย 2,039.80 บาทต่อเดือนมีประมาณร้อยละ 30 อย่างไรก็ตามจากการศึกษาความสัมพันธ์ของรายได้กับการทำหมันก็ยังพบในลักษณะเช่นเดิม เช่น จากการศึกษาของ

มณีสรี อุดหนุนท์ พบว่า ร้อยละ 78.5 ของครอบครัวสตรีผู้ได้รับการทำหมันมีรายได้น้อยกว่า 1,100 บาทต่อเดือน และร้อยละ 53.3 มีรายได้น้อยกว่า 800 บาทต่อเดือน และครอบครัวที่มีรายได้น้อยกว่า 2,000 บาทต่อเดือนมีอยู่เพียงร้อยละ 7 เท่านั้น (มณีสรี อุดหนุนท์ 2508: 16) และจากการศึกษาของสุกานตา สุวณิชชาติ พบว่า สตรีที่ทำหมันมากที่สุด คือร้อยละ 38.3 มีรายได้น้อยกว่า 1,000-1,999 บาทต่อเดือน รองลงมาได้แก่ กลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่า 2,000-2,999 บาท ประมาณร้อยละ 24.4 และกลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่า 3,000-4,999 บาท ประมาณร้อยละ 32.5 (สุกานตา สุวณิชชาติ 2521: 12)

สำหรับในเรื่องความสัมพันธ์ของรายได้นับกับความคิดที่จะทำหมัน ซึ่งจากการศึกษาของอรุณ แก้วเอี่ยม ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความคิดเกี่ยวกับการเว้นระยะการมีบุตร และความคิดที่จะทำหมันของหัวหน้าครัวเรือน จำนวน 1,700 คน ในปี 2524 พบว่า ทั้งในเขตเมืองและชนบท รายได้น้อยกว่า 6,000 บาทก่อให้เกิดความแตกต่างในความคิดที่จะทำหมัน คือหัวหน้าครัวเรือนที่มีรายได้น้อยกว่า 6,000 บาท คิดที่จะทำหมันร้อยละ 59.8 และ 59.6 ตามลำดับ ส่วนในเขตชนบท หัวหน้าครัวเรือนที่มีรายได้น้อยกว่า 1,000 บาท และรายได้น้อยกว่า 1,000 บาทขึ้นไป คิดที่จะทำหมันร้อยละ 35.0 และ 36.2 ตามลำดับ (อรุณ แก้วเอี่ยม 2526: 87)

จากงานวิจัยต่าง ๆ ดังกล่าวจะเห็นได้ว่า กลุ่มประชากรที่มีระดับรายได้น้อยกว่ามีอัตราการทำหมันสูงกว่ากลุ่มประชากรที่มีรายได้น้อยกว่า อาจเป็นไปได้ที่กลุ่มประชากรที่มีรายได้น้อยต้องการที่จะเลี้ยงดูบุตรของตนให้มีการศึกษาเพื่อมีอาชีพที่ดีเท่าเทียมกับตนเองก็ได้ ดังนั้นจึงจำกัดจำนวนบุตรเพื่อคุณภาพของบุตรดังกล่าว

ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นตัวแปรทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมต่าง ๆ คนที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่าย่อมจะมีโลกทัศน์ที่กว้างไกลกว่า มีค่านิยมสมัยใหม่สูงกว่าและมีโอกาสที่จะรับข่าวสารผ่านสื่อต่าง ๆ ได้มากกว่า การผ่าตัดทำหมันเป็นนวัตกรรมอย่างหนึ่งที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการควบคุมภาวะเจริญพันธุ์ของคู่สมรส ดังนั้นการยอมรับการทำหมันจึงแปรผันไปตามกลุ่มบุคคล กล่าวคือ การที่คนมีระดับการศึกษาน้อยจะมองเห็นคุณค่าของการจำกัดขนาดครอบครัวให้เล็กมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภาวะเจริญพันธุ์ได้รวดเร็วและจะมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงความเชื่อมั่นทัศนคติและประเพณีที่ต่อต้านการควบคุมภาวะเจริญพันธุ์ และใช้การคุมกำเนิดแบบถาวร (สันชาติ เสริมศรี และปราโมทย์ ประสาทกุล 2525: 106)

สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ในต่างประเทศ เช่น ที่ประเทศเกาหลี ศึกษาสตรีอายุ 15-49 ปี เมื่อปี 2513 พบว่า ความสัมพันธ์ของระดับการศึกษาต่อการผ่าตัดทำหมันต่ำมากในกลุ่มสตรีที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือมหาวิทยาลัย ขณะที่ในกลุ่มสตรีที่มีพื้นฐานการศึกษาต่ำมีการผ่าตัดทำหมันระดับกลาง และจะสูงขึ้นในกลุ่มสตรีที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา (The Ministry of Health and Social Affairs 1970: 139) อย่างไรก็ตาม Klingger 1981: 329 ก็ได้รายงานว่าสัดส่วนของสตรีที่ทำหมันจำแนกตามระดับการศึกษาโดยแบ่งออกเป็นผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา การศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอุดมศึกษา ของสตรีในประเทศไทยมีสัดส่วนเป็น 5.3, 7.6, 12.9 และ 10.0 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีฟิลิปปินส์ สัดส่วนของระดับการศึกษาจะเป็น 2.3, 3.8, 6.9 และ 9.8 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังได้มีผู้ศึกษาถึงการผ่าตัดชายกับระดับการศึกษาของ Robert G. Burnight et al. ที่ได้ศึกษาผู้ชายที่มาใช้บริการผ่าตัดทำหมันชาย พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ที่มาใช้บริการผ่าตัดทำหมันชายประมาณร้อยละ 39 สำเร็จการศึกษาระดับปีที่ 4 และมีจำนวนเกินกว่าครึ่งหนึ่งที่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไปสำเร็จการศึกษาดั้งแต่ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไปมีถึงร้อยละ 23.3 และผู้ที่ไม่เคยได้รับการศึกษามีเพียงร้อยละ 1.6 เท่านั้น (Robert G. Burnight, Verasing Murangman and Michael J. Cook 1974: 3-4)

สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ในประเทศไทยของสมพงษ์ ชิวสัมพันธ์ (2512: 57) ได้ศึกษาสตรีอายุ 15-44 ปี สุ่มแล้วอยู่กับสามี พบว่า สตรีที่ป้องกันการปฏิสนธิด้วยวิธีต่าง ๆ นั้นในกลุ่มผู้ที่สามีเรียนจบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และสูงกว่าจำนวนร้อยละของการปฏิบัติโดยการทำหมันหญิงที่มีจำนวนสูงกว่าทำหมันชายและจำนวนร้อยละของการใช้ยาเม็ดรับประทานสูงกว่าใช้ห่วงอนามัย แต่ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าใช้ห่วงอนามัยมากกว่าใช้ยาเม็ดรับประทาน และศิริพัฒน์ โพธิ์พวง (2523: 31) ได้ศึกษาลักษณะทางประชากรและความสัมพันธ์ทางเพศของผู้ชายไทยที่ทำหมันแล้วและยังไม่ได้ทำหมันโดยเก็บข้อมูลจากผู้ที่มาติดต่อขอคำแนะนำเกี่ยวกับการทำหมันชายและผู้รับบริการผ่าตัดทำหมัน ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างปี พ.ศ. 2519-2521 เมื่อพิจารณาถึงระดับการศึกษาของผู้ที่มาติดต่อและรับบริการทำหมันชาย พบว่า ร้อยละ 70.5 สำเร็จการศึกษาไม่เกินชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 19.7 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4 ถึงอนุปริญญา และร้อยละ 9.4 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ส่วนการศึกษาของภรรยาของชายที่ติดต่อและรับบริการทำหมัน พบว่า มีการศึกษาค่อนข้างต่ำ กล่าวคือ ร้อยละ 53.0 สำเร็จการศึกษาไม่เกินชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 24.7 สำเร็จการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 แต่ไม่เกินมัธยมศึกษาปีที่ 3

พิชิต พัทธ์กะเทพลัมปิติและปัญญา ดาวจรัสแสงชัย (2525: 13) ศึกษาคู่สมรสที่สตรี อายุไม่เกิน 49 ปี และไม่ตั้งครรภ์ขณะสำรวจ จำนวน 1,486 คู่ เมื่อปี 2522 ศึกษาเปรียบเทียบ ระหว่างผู้ที่ทำหมันและไม่ทำหมันพบว่าระดับการศึกษาของสามีและสตรีทำให้เกิดความแตกต่างในเรื่องการทำหมันแต่ไม่มากนัก กล่าวคือ สตรีที่มีการศึกษาภาคบังคับขึ้นไปทำหมันร้อยละ 18.7 ในขณะที่สตรีที่มีการศึกษาต่ำกว่าจะทำหมันร้อยละ 15.7 ซึ่งแตกต่างกันเพียงร้อยละ 3 เท่านั้น ในทำนองเดียวกัน การศึกษาของสามีก่อให้เกิดความแตกต่างในการทำหมันเพียงร้อยละ 4 เท่านั้น และในปีเดียวกันนี้ของพิชิต พัทธ์กะเทพลัมปิติ (2525: 137) ศึกษาสตรีที่สมรสแล้วและกำลังอยู่- กับกับสามี จำนวน 302 คน เมื่อปี 2525 จากโครงการวิจัยเรื่องสถานการณ์ บทบาทของสตรีกับการพัฒนาและภาวะเจริญพันธุ์มาศึกษาถึงความคิดที่จะทำหมันในอนาคต พบว่า การศึกษาของสตรีมีผลในทางบวกต่อความคิดที่จะทำหมันในอนาคต กล่าวคือ สตรีที่มีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา คิดจะทำหมันเพียงร้อยละ 40.9 เท่านั้น และอัตราส่วนนี้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 62.5 และ 70.6 เมื่อสตรีสำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษาขึ้นไปตามลำดับ นอกจากนี้ อรุณ เก้าเอียน (2526: 84) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความคิดเกี่ยวกับการเว้นระยะการมีบุตรและความคิดที่จะทำหมันของหัวหน้าครัวเรือน พบว่า โดยภาพรวมทั้งประเทศ หัวหน้าครัวเรือนที่มีระดับการศึกษาสูง (มัธยมศึกษาและสูงกว่า) คิดที่จะทำหมันสูงกว่าหัวหน้าครัวเรือนที่มีระดับการศึกษาต่ำ (ประถมศึกษา และต่ำกว่าอย่างเห็นได้ชัด) กล่าวคือ หัวหน้าครัวเรือนที่มีระดับการศึกษาสูงและต่ำ คิดที่จะทำหมัน ร้อยละ 71.7 และ 41.4 ตามลำดับ

อย่างไรก็ตามระดับการศึกษาก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ต่อการทำหมัน แต่ไม่แตกต่างกันมากนักจะเห็นได้ว่ากลุ่มคนที่มีระดับการศึกษาสูงย่อมมีอัตราการทำหมันสูงกว่ากลุ่มคนที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า อาจเป็นไปได้อีกที่กลุ่มคนที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าย่อมมองเห็นการณ์ไกลกับภาวะยุ่งยากในการเลี้ยงดูบุตร และทำให้จำกัดจำนวนบุตรน้อยลงโดยการทำหมัน

#### ปัจจัยทางด้านประชากร

อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมต่าง ๆ ซึ่งผลจากการศึกษาจำนวนมาก พบว่า อายุของสตรีมีผลกระทบต่อภาวะเจริญพันธุ์และการตัดสินใจเลือกใช้ชีวิตคุมกำเนิด โดยปกติแล้วสตรีที่มีอายุน้อยมักจะใช้วิธีคุมกำเนิดแบบชั่วคราวมากกว่าวิธีอื่น ๆ เพราะสตรีเหล่านั้นยังไม่มีบุตร หรือมีจำนวนบุตรน้อยกว่าที่ตนเองต้องการ เมื่อมีอายุมากขึ้นจะนิยมใช้วิธีการคุมกำเนิดแบบถาวรมากขึ้น เนื่องจากสตรีเหล่านั้นมีจำนวนบุตรตามต้องการแล้ว เช่น การศึกษาของ Koya ศึกษาการ

วางแผนครอบครัวในประเทศญี่ปุ่น พบว่า สตรีที่ทำหมันร้อยละ 40.2 อายุ 30-34 ปี ร้อยละ 15.6 อายุ 20-24 ปี และประมาณร้อยละ 20 ในสตรีอายุ 40-44 ปี จะเห็นได้ว่า ผู้ที่ปฏิบัติการวางแผนครอบครัวด้วยวิธีทำหมันหญิงถาวรเพื่อยุติการมีบุตรอีกต่อไป เมื่อมีอายุค่อนข้างสูง (Koya 1963: 90) และในการศึกษาเรื่องการวางแผนครอบครัวของอินเดีย กล่าวว่า การศึกษาตัวแปรสำคัญเกี่ยวกับลักษณะของสตรีที่ไม่รับการทำหมันและใส่ห่วงอนามัยในอินเดียก็คือ 29.4 ปี (Population Council, India Number 1968, 35: 3) และจากการศึกษาในเรื่องการวางแผนครอบครัวของเปอร์โตริโก พบว่า สตรีส่วนใหญ่ทำหมันก่อนถึงอายุ 49 ปี อัตราการทำหมันสูงสุดในสตรีกลุ่มอายุ 35-39 ปี สตรีที่อยู่ในช่วงอายุ 30 ปีขึ้นไปมีอัตราการทำหมันสูงกว่าสตรีที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป (Population Council Puerto Rico, Number 1969, 45: 9)

อย่างไรก็ตามยังมีการศึกษาในเรื่องของความสัมพันธ์อายุกับการทำหมันชาย ซึ่ง Robert G. Burnight และคณะ ได้ศึกษาชายไทยที่ทำหมันไปแล้วจากโรงพยาบาลรามารับตีจำนวน 185 ราย พบว่า อายุของผู้ที่มาใช้บริการผ่าตัดทำหมันชายมีอายุตั้งแต่ 21-25 ปี ในขณะที่มาทำหมันโดยมีอายุเฉลี่ย 33.5 ปี ในจำนวนนี้ร้อยละ 86.5 มีอายุต่ำกว่า 40 ปี แต่ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-34 ปี ประมาณร้อยละ 37 (Burnight, et. al, 1974: 94) นอกจากนี้ เอนก เผ่าสัจจ์ ได้รายงานประสบการณ์จากการผ่าตัดทำหมันชายจากศูนย์การแพทย์และอนามัยภูเวียง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 149 ราย พบว่า ร้อยละ 93.0 ของผู้รับบริการมีอายุระหว่าง 26-45 ปี ซึ่งใกล้เคียงกับรายงานของสมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย แสดงให้เห็นว่า ผู้รับบริการทำหมันชายที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ส่วนใหญ่มีอายุใกล้เคียงกัน (เอนก เผ่าสัจจ์ 2519: 66-74) อย่างไรก็ตามในการศึกษาความสัมพันธ์ของอายุกับความคิดที่จะทำหมัน เช่น พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ ได้ศึกษาสตรีสมรสแล้วกำลังอยู่กับสามี จำนวน 302 คน ในจังหวัดชลบุรี พบว่า สตรีอายุ 15-29 ปี ทั้งในเขตเมือง และเขตชนบทมีความคิดที่จะทำหมันสูงที่สุดร้อยละ 77.3 และจำนวนจะลดลงเมื่ออายุสตรีเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ อรุณ เก้าเอียน ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความคิดเกี่ยวกับการเว้นระยะการมีบุตรและความคิดที่จะทำหมันของหัวหน้าครัวเรือน จำนวน 1,700 คน เมื่อปี 2524 พบว่า โดยภาพรวมทั้งประเทศหัวหน้าครัวเรือนที่มีอายุน้อย (15-34 ปี) คิดจะทำหมันสูงกว่าหัวหน้าครัวเรือนที่มีอายุสูง (35 ปีขึ้นไป) ถึงร้อยละ 45.1 กล่าวคือ หัวหน้าครัวเรือนอายุ 15-34 ปีและอายุ 35 ปีขึ้นไป คิดที่จะทำหมันร้อยละ 72.7 และ 27.6 ตามลำดับ (อรุณ เก้าเอียน 2526: 79)

เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความต้องการที่จะทำหัตถ์ในอนาคต การศึกษาในฮ่องกง พบว่า ผู้ให้สัมภาษณ์ (ชาย หญิง ที่แต่งงานและผู้ที่โสด) อายุ 30-39 ปี ร้อยละ 85 เห็นว่าการทำหัตถ์เป็นสิ่งดี รองลงมาได้แก่ผู้ให้สัมภาษณ์อายุ 20-29 ปี ส่วนความคิดเห็นหรือทัศนคติต่อการทำหัตถ์ชาย พบว่า ผู้ให้สัมภาษณ์ อายุต่ำกว่า 20 ปี อย่างไรก็ตาม เมื่อรวมทุกกลุ่มอายุแล้ว ร้อยละ 42 ทำหัตถ์หญิง (Chan, Carter and Colbourne 1976: 28-29)

จะเห็นได้ว่าปัจจัยทางด้านอายุกับการทำหัตถ์นั้น สตรีส่วนมากจะมีการทำหัตถ์เมื่ออายุมากขึ้น เพราะมีจำนวนบุตรพอกับความต้องการแล้ว ดังนั้นจึงใช้การคุมกำเนิดแบบถาวรหรือการทำหัตถ์นั่นเอง

จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ โดยทั่วไปแล้วบุคคลจะตัดสินใจทำหัตถ์ก็ต่อเมื่อมีบุตรครบตามที่ต้องการทั้งใน เรื่องจำนวนหรือเพศของบุตร หรือไม่ต้องการมีบุตรอีกต่อไป Nortman (1980: 3) ได้ใช้ข้อมูลจากหลาย ๆ ประเทศเปรียบเทียบกัน พบว่า ในประเทศที่มีอัตราการเจริญพันธุ์สูง ครอบครัวยังคงต้องการมีบุตรอย่างน้อย 4 คนก่อนจึงจะตัดสินใจคุมกำเนิดโดยวิธีถาวร เช่น ประเทศมาเลเซีย กลุ่มมรสจะตัดสินใจทำหัตถ์ เมื่อมีบุตรโดยเฉลี่ย 4 คน ประเทศญี่ปุ่น 5.4 คน ประเทศโคลัมเบีย 4.9 คน นอกจากนั้นจำนวนบุตรเฉลี่ยของผู้ที่ทำหัตถ์สูงกว่าจำนวนบุตรเฉลี่ยของกลุ่มที่คุมกำเนิดโดยวิธีอื่น ๆ เช่น ในประเทศฟิลิปปินส์ จำนวนบุตรเฉลี่ยของผู้ที่ทำหัตถ์ เท่ากับ 4.1 คน ขณะที่จำนวนบุตรเฉลี่ยของผู้ที่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดเท่ากับ 2.5 คน และใช้ห่วงอนามัยเท่ากับ 2.6 คน นอกจากนี้ในประเทศเกาหลี H.Y LEE ได้รายงานเมื่อปี 2525 พบว่า ผู้รับบริการทำหัตถ์ชายมีจำนวนบุตรที่มีชีวิตโดยเฉลี่ย 4.7 คน ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาในบังคลาเทศ ต่อมา T.Tim และคณะ ได้รายงานเมื่อปี 2513 พบว่า จำนวนบุตรที่มีชีวิตของผู้รับบริการทำหัตถ์ชายน้อยลง คือมีจำนวนบุตรที่มีชีวิตเฉลี่ย 4.4 คน (T. Tim et. al., 1972: 18) และ Nortman (1978: 20) ได้รายงานเปรียบเทียบจำนวนบุตรที่มีชีวิตในปากีสถานตะวันตกในบังคลาเทศ และที่รัฐอุฑร์รัฐ ในประเทศอินเดีย ระหว่าง พ.ศ. 2510-2511 พบว่า ผู้รับบริการทำหัตถ์ชายในปากีสถานตะวันตก มีจำนวนบุตรที่มีชีวิตโดยเฉลี่ย 4.8 คน ส่วนที่รัฐอุฑร์รัฐนั้นมีผู้รับบริการทำหัตถ์ชายมีจำนวนบุตรที่มีชีวิตโดยเฉลี่ย 4.6 คน

สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ในประเทศไทย ซึ่งเปรียบเทียบระหว่างจำนวนบุตรของผู้ที่ทำหัตถ์และไม่ทำหัตถ์ในเขตชนบท พบว่าจำนวนบุตรที่มีอยู่จริงของผู้ที่ทำหัตถ์เท่ากับ 3.3 คน ขณะที่ผู้ที่ไม่ทำหัตถ์มีบุตร 4 คน (Muangman, 2525: ไม่มีเลขหน้า) และการศึกษาในชนบท

เช่นกันโดยผู้ตัวอย่างสัมภาษณ์ผู้ที่ทำหมันและไม่ทำหมันในจังหวัดกาญจนบุรี นครสวรรค์  
อุบลราชธานี และตรัง พบว่าชายที่ทำหมันมีบุตรโดยเฉลี่ย 4.4 คน ขณะที่ชายที่ไม่ทำหมันมีบุตร  
โดยเฉลี่ย 3.6 คน (Ministry of Public Health Division 1980: 5)

สำหรับการศึกษาของจรรยา เศรษฐบุตร และบุญเลิศ เลี้ยวประไพ (2520: 16)  
พบว่า ครอบครัวที่ทำหมันชายส่วนใหญ่จะมีบุตรเพียง 2 หรือ 3 คน จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยต่อ  
ครอบครัวประมาณ 3.2 คน นอกจากนี้ จิรพัฒน์ โพธิ์พ่วง (2523: 38) พบว่า ผู้มาติดต่อและ  
รับบริการผ่าตัดทำหมันชาย ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีบุตรที่มีชีวิตโดยเฉลี่ย 2.69 คน และ  
เมื่อนำอายุของผู้รับบริการมาร่วมพิจารณาด้วยพบว่า จำนวนบุตรที่มีชีวิตมีจำนวนเพิ่มขึ้นตามอายุของ  
ผู้มาติดต่อและบริการทำหมันชาย เช่น ร้อยละ 96.0 ของผู้มีบุตร 1-2 คน อายุ 20-24 ปี  
ร้อยละ 52.8 ของผู้มีบุตรอายุ 45-49 ปี และ อายุ 50 ปีขึ้นไป

พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และปัญญา ดาวจรลีแสงชัย (2525: 18) ศึกษาในเขตชนบท  
พบว่า จำนวนบุตรที่เกิดรอดและจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ของสตรีไม่ค่อยมีผลหรืออิทธิพลต่อการทำหมัน  
กล่าวคือ สตรีที่มีบุตรเกิดรอดและบุตรที่มีชีวิตอยู่ต่ำกว่า 3 คนและ 3 คนขึ้นไป ทำหมันในอัตรา  
ร้อยละ 18.6 และ 16.7 ซึ่งไม่แตกต่างกันมากนัก

อย่างไรก็ตามจากอดีตที่ผ่านมา จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยของผู้ที่ทำหมันลดลง (Boonlert  
Leoprapai 1979: 70) กล่าวคือ ในพ.ศ. 2516 จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยของครอบครัวที่ทำหมัน  
เท่ากับ 4.53 คน และลดลงเรื่อย ๆ ซึ่งในปี พ.ศ. 2523 จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยของครอบครัว  
ที่ทำหมันเท่ากับ 3.37 คน (กระทรวงสาธารณสุข สุ่ม กรมอนามัย, กองอนามัยครอบครัว 2525: 6)

สำหรับปัจจัยทางด้านจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่นั้นจากงานวิจัยต่าง ๆ จะเห็นได้ว่าส่วนมาก  
สตรีจะนิยมมีจำนวนบุตร 2-3 คนจึงจะใช้วิธีคุมกำเนิดแบบถาวร อาจเป็นเพราะภาวะทางเศรษฐกิจ  
ในการเลี้ยงดูบุตรและความจำเป็นในการออกไปทำงานนอกบ้านก็เป็นได้ซึ่งเป็นสาเหตุให้จำกัด  
จำนวนบุตรดังกล่าว

ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนในเรื่องการวางแผนครอบครัว การทำหมันได้เป็นที่  
ยอมรับและปฏิบัติกันมานานโดยเฉพาะสตรีในเขตเมือง จากการสัมภาษณ์สตรีที่สมรสแล้วอายุ  
15-44 ปี จำนวน 960 คน ในเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร ในระหว่างปี พ.ศ. 2510-2511  
พบว่า ร้อยละ 14.8 ของสตรีที่สมรสแล้วได้ทำหมัน และร้อยละ 8.0 ของสตรีกลุ่มนี้ที่สามีทำหมัน  
ชาย (อ้างใน Boonlert Leoprapai 1970: 67) ในเขตชนบทความรู้ในเรื่องการทำหมันสูง

013707

17102600

กว่าการยอมรับการทำหมันมาก การศึกษาในโครงการโพธาราม ปี พ.ศ. 2507-2509 พบว่า ประมาณร้อยละ 80 ของสตรีที่ตอบคำถามรู้เรื่องการทำหมัน และเมื่อได้มีการสำรวจสตรีกลุ่มนี้ซ้ำ อีกครั้งหนึ่งใน ปี พ.ศ. 2512 สตรีที่วางแผนครอบครัวจำนวน 467 รายมีเพียง 23 ราย หรือ ร้อยละ 4.9 ของสตรีที่วางแผนครอบครัวได้ทำหมัน (Vimuktanon and Rosenfield 1971: 131)

Gillespie และคณะ พบว่า ความรู้ในเรื่องการผ่าตัดทำหมันจะมีความสัมพันธ์โดยตรง กับทัศนคติต่อการทำหมัน กล่าวคือ ผู้ที่มีดัชนีของความรู้ในเรื่องการผ่าตัดทำหมันสูง (High on knowledge Index) จะยอมรับการทำหมันสูงตามไปด้วย ขณะที่ผู้ที่มีดัชนีของความรู้ในเรื่องการ ทำหมันต่ำ (Low Vasectomy Knowledge Group) จะยอมรับการทำหมันต่ำ (Low Approvers) และการยอมรับการทำหมันจะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความต้องการที่จะทำหมันในอนาคต (Gillespie, et. al 1978: 161-183)

จะเห็นได้ว่า ปัจจัยทางด้านความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติงานในการวางแผนครอบครัว มีผลต่อการทำหมันเพราะคนที่มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการวางแผนครอบครัวได้ดีกว่าย่อมมี การทำหมันได้สูงกว่าคนที่ไม่เข้าใจและมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการวางแผนครอบครัว

#### สมมุติฐานการวิจัย

จากรายงานการวิจัยต่าง ๆ พบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างการทำหมัน ความคิดที่จะทำ หมันกับอาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา อายุ จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ เพราะฉะนั้นในการศึกษา ครั้งนี้จึงได้ตั้งสมมุติฐานดังต่อไปนี้

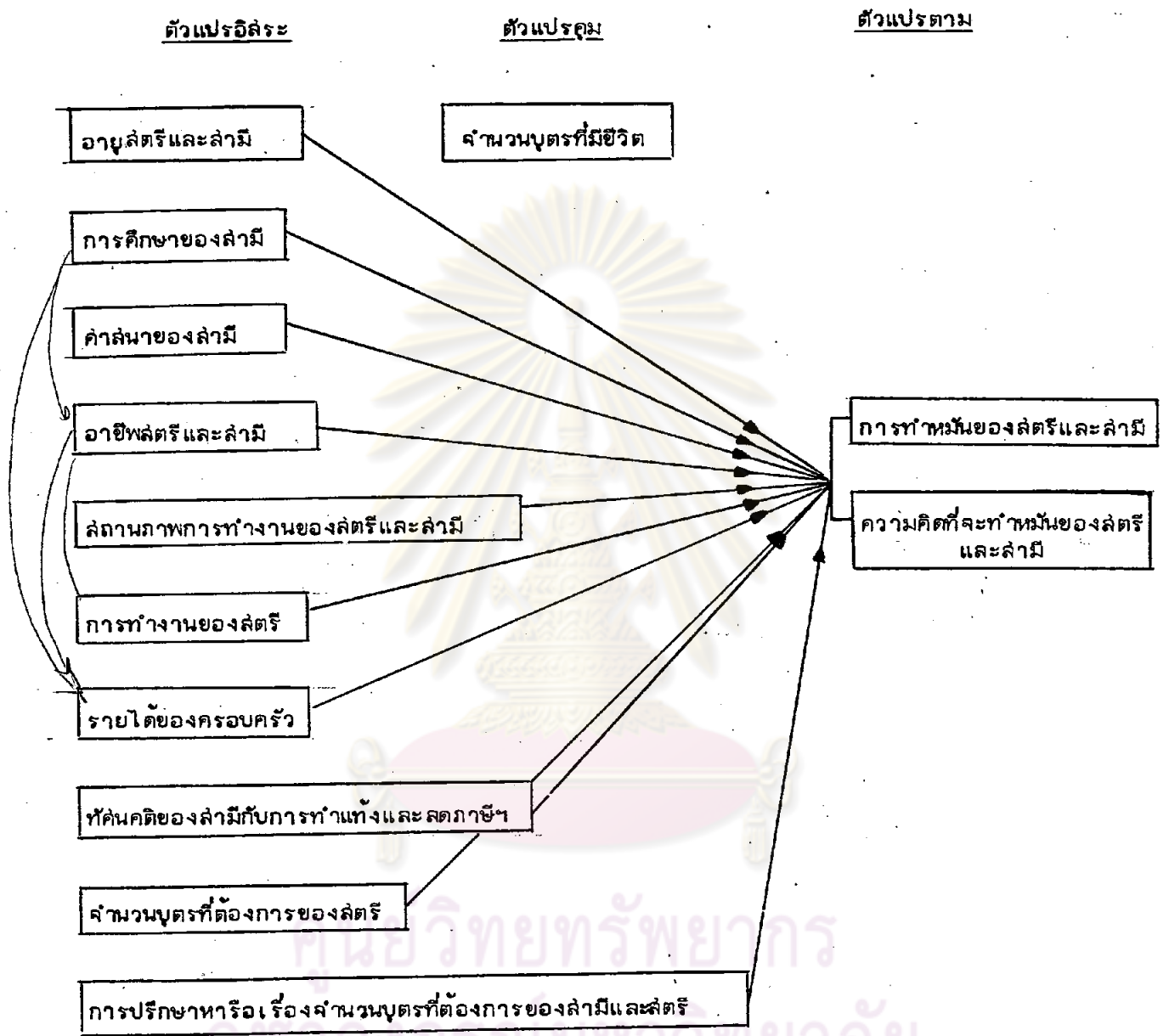
1. สตรีและสามีที่มีอายุมากกว่าจะมีการทำหมัน คิดที่จะทำหมันสูงกว่าสตรีและสามี ที่มีอายุน้อยกว่า
2. สตรีและสามีที่ประกอบอาชีพที่ใช้วิชา~~ษา~~จะ~~ทำ~~หมัน คิดที่จะทำหมันมากกว่า สตรีและสามีที่ประกอบอาชีพใช้แรงงาน
3. สตรีและสามีที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่าน่าจะ~~จะ~~ทำหมัน คิดที่จะทำหมันสูงกว่าสตรี และสามีที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า
4. สตรีและสามีที่มีสถานภาพการทำงานที่สูงกว่าน่าจะ~~จะ~~ทำหมัน คิดที่จะทำหมันสูงกว่า สตรีและสามีที่มีสถานภาพการทำงานที่ต่ำกว่า



5. สตรีและสามีที่จำนวนบุตรที่ต้องการน้อยกว่าน่าจะทำหมัน คิดที่จะทำหมันสูงกว่าสตรีและสามีที่ต้องการจำนวนบุตรที่ต้องการมากกว่า
6. สตรีและสามีที่มีรายได้ของครอบครัวที่สูงกว่าน่าจะทำหมัน คิดที่จะทำหมันสูงกว่าสตรีและสามีที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า
7. สตรีและสามีที่นับถือศาสนาพุทธน่าจะทำหมัน และคิดที่จะทำหมันสูงกว่าสตรีที่มีสภานับถือศาสนาอื่น ๆ
8. \* สตรีและสามีที่ยอมรับการทำแท้งและการลดอัตราภาษีให้แก่คนโสด น่าจะทำหมัน และคิดที่จะทำหมันสูงกว่าสตรีที่มีสามีไม่ยอมรับในเรื่องทัศนคติของการทำแท้ง และการลดอัตราภาษีให้แก่คนโสด
9. \* สตรีและสามีที่มีระดับการทำงานที่เป็นนายจ้างน่าจะทำหมัน และคิดที่จะทำหมันสูงกว่าสตรีและสามีที่มีระดับการทำงานส่วนตัว
10. สตรีและสามีที่มีการปรึกษาหารือในเรื่องจำนวนบุตรที่ต้องการน่าจะทำหมัน และคิดที่จะทำหมันสูงกว่าสตรีและสามีที่ไม่มีการปรึกษาหารือในเรื่องจำนวนบุตรที่ต้องการ

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การศึกษาครั้งนี้อาจจะสรุปให้เห็นเป็นแบบจำลองได้ดังต่อไปนี้



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ตัวแปรที่จะนำมาใช้ในการวิเคราะห์หมีดังนี้

#### ตัวแปรตาม คือ

1. การทำหมี
2. ความคิดที่จะทำหมี ไม่รวมผู้ที่ทำหมีแล้ว

#### ตัวแปรอิสระ คือ

1. อายุของสตรีและสามี
2. การศึกษาของสามี
3. คำสั่งของสามี
4. อาชีพของสตรีและสามี
5. สถานภาพการทำงานของสตรีและสามี
6. การทำงานของสตรี
7. รายได้ของครอบครัว
8. ทัศนคติของสามีกับการทำแท้งและลดภาวะ
9. จำนวนบุตรที่ต้องการของสตรี
10. การปรึกษาหารือเรื่องจำนวนบุตรที่ต้องการของสามีและสตรี

### วิธีวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูล\*

การศึกษาครั้งนี้แบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ตอน คือ

1. การวิเคราะห์ในรูปตาราง (Contingency Analysis) โดยการเสนอร้อยละของการทำหมีและร้อยละของความคิดที่จะทำหมี จำแนกตามตัวแปรอิสระตัวเดียว โดยจะควบคุมด้วยจำนวนบุตรที่มีชีวิต

---

\*เนื่องจากผลการศึกษาครั้งนี้ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการใช้ข้อมูลจากโครงการสำรวจโดยการสุ่มตัวอย่าง ผลของการวิเคราะห์จึงมีลักษณะ Correlational Analysis มากกว่าที่จะเป็น Causational Analysis การใช้คำว่า "มีผล" (มีอิทธิพล) ให้หมายความว่าเป็นความสัมพันธ์ ไม่ใช่ความเป็นเหตุและผลแต่ประการใด

2. การวิเคราะห์ที่มีตัวแปรอิสระอย่างน้อย 2 ตัว (Multivariate Analysis) ผลจากการศึกษาในรูปตารางจะช่วยให้ทราบผลหรืออิทธิพลของตัวแปรแต่ละตัว (ซึ่งเป็นอิสระจากกัน) การวิเคราะห์ในส่วนนี้จะช่วยสรุปว่าในบรรดาตัวแปรอิสระทั้งหลายตัวแปรใดเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญกับการทำหมั้นและความคิดที่จะทำหมั้นโดยจะใช้สถิติที่เรียกว่าพหุคูณถดถอย (Multiple Regression) ทั้งนี้จะกำหนดเงื่อนไขในการที่จะนำตัวแปรอิสระตัวใดตัวหนึ่งเข้ามาอยู่ในสมการกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในข่ายของการวิเคราะห์ คือกลุ่มสมรสที่สตรีอายุไม่เกิน 49 ปี มี 842 คู่ครัวเรือน

ซึ่งจะแยกเป็นตัวอย่างของการทำหมั้นและตัวอย่างของความคิดที่จะทำหมั้นดังนี้

เป็นตัวอย่างการทำหมั้น สตรีหัวหน้าครัวเรือนทุกคน ซึ่งมีจำนวน 503 คน เพราะตัดจำนวนไม่ทราบ/ไม่ตอบ/ไม่เข้าข่าย (หัวหน้าครัวเรือนชายหรือหญิงโสด หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ฯ)

เป็นตัวอย่างของความคิดที่จะทำหมั้น สตรีหัวหน้าครัวเรือนทุกคนที่ยังไม่ได้ทำหมั้น ซึ่งมีจำนวน 334 คน เพราะตัดจำนวนไม่ทราบ/ไม่ตอบ/ไม่เข้าข่าย และผู้ที่ทำหมั้นแล้ว

#### ค่าจำกัดความที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

ย่านเมืองกรุงเทพฯ หมายรวมเฉพาะ เขตบางเขน เขตบางกะปิ และเขต มีนบุรี เท่านั้น

การทำหมั้นในการศึกษาครั้งนี้รวมทั้งการทำหมั้นของสตรีหรือของสามี

ความคิดที่จะทำหมั้น ได้มาจากการถามสตรีอายุไม่เกิน 49 ปีที่สมรสแล้วและกำลังอยู่กับสามี และยังไม่ได้ทำหมั้นโดยถามว่าเธอคิดจะทำหมั้นหรือไม่ (ดูภาคผนวก)

อาชีพหลัก หมายถึง ชนิดของงานที่บุคคลนั้นทำอยู่ (เป็นงานที่มีชั่วโมงทำงานมากที่สุด หรือถ้าชั่วโมงทำงานของแต่ละงานเท่า ๆ กันให้ถือเอาอาชีพที่มีรายได้มากที่สุด ถ้าชั่วโมงทำงานและรายได้รับจากแต่ละงานอาชีพเท่า ๆ กัน งานอาชีพหลักคืออาชีพที่ผู้ตอบพอใจมากที่สุด)

การทำงานของสตรี ได้มาจากคำถามที่ว่า

ก่อนแต่งงาน ท่านเคยทำงานโดยได้รับค่าจ้างหรือเงินเดือนหรือไม่?

หลังแต่งงาน ท่านเคยทำงานโดยได้รับค่าจ้างหรือเงินเดือนหรือไม่?

ปัจจุบัน ท่านทำงานโดยได้รับค่าจ้างหรือเงินเดือนหรือไม่?

รายได้ของครอบครัว ได้มาจากคำถามที่ว่า ท่าน/ครอบครัวของท่านมีรายได้โดยเฉลี่ย ประมาณเดือนละเท่าใด

ทัศนคติของสามีกับการทำแท้งและการลดภาษีให้คนโสด ได้มาจากคำถามที่ว่า "ท่านมีความเห็นอย่างไรบ้างหรือไม่ ถ้ารัฐจะออกกฎหมายยกเว้นความผิดในการที่สตรีจะไปทำแท้งเพราะสาเหตุอื่นที่มีใช่ เพราะจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพของหญิง และทารกในครรภ์ และท่านเห็นว่ามีกรณีใดที่ควรยกเว้นความผิดให้ได้" และ "ท่านมีความเห็นอย่างไรถ้ารัฐบาลจะออกกฎหมายลดอัตราภาษีเงินได้แก่คนโสด เนื่องจากเขาไม่มีบุตรให้เป็นภาระแก่สังคมเพิ่มขึ้น"

จำนวนบุตรที่มีชีวิต ได้มาจากคำถามที่ว่า "ท่านมีบุตรที่มีชีวิตอยู่ในปัจจุบันกี่คน"

การปรึกษาหารือระหว่างสามีและภรรยา ได้มาจากคำถามที่ว่า "ท่านได้ปรึกษารือ กับสามีของท่านในเรื่องจำนวนบุตรที่ต้องการหรือไม่?"

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย