



๗
บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การทำหมันในประเทศไทยได้เริ่มต้นมาเมื่อประมาณ 40 ปีมาแล้ว โดยศัลยแพทย์ของโรงพยาบาลศิริราช การทำหมันในระยะแรก ๆ ได้กระทำกันในกรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่ ๆ ซึ่งผู้ทำหมันก็เป็นเพียงชนกลุ่มหนึ่งและมีการศึกษาดีเท่านั้น หลังสงครามโลกครั้งที่สองประชากรเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ความต้องการทำหมันก็เพิ่มขึ้นตามลำดับ และในช่วงนี้การทำหมันกระทำอยู่ในโรงพยาบาลของรัฐในส่วนกลางเท่านั้น ต่อมาการวางแผนครอบครัวได้แพร่หลายมากขึ้นและการทำหมันได้รับความนิยมมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2527 มีสถานพยาบาลแผนปัจจุบันที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนที่ให้บริการทั่วไป 812 แห่ง เป็นของรัฐที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 549 แห่งของกระทรวงอื่น ๆ 65 แห่ง ของรัฐวิสาหกิจ 18 แห่ง ของเทศบาล 6 แห่ง ของเอกชน 174 แห่ง ศูนย์อนามัยแม่และเด็ก 7 แห่ง สถานพยาบาลสุติกรรม 66 แห่ง และสถานพยาบาลแผนปัจจุบันที่ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนมีสถานอนามัย 7,043 แห่ง สำนักงานบริการสาธารณสุขชุมชน 348 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุข (สำนักงานอนามัย กทม.) 49 แห่ง คลินิก (เอกชน) 7,114 แห่ง ที่ให้การศึกษาระดับมัธยมศึกษาและบริการวางแผนครอบครัวแก่ประชาชน (สถิติสาธารณสุข 2527: 218-219)

จากการที่ขนาดของประชากรไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในระยะเวลาประมาณ 76 ปี จากสามะโนประชากรครั้งแรกปี พ.ศ. 2453 ซึ่งนับประชากรได้ประมาณ 8.3 ล้านคน (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 5 พ.ศ. 2525-2529: 210) นั้น เป็นผลของการเพิ่มตามธรรมชาติของประชากรซึ่งเกิดขึ้นจากอัตราการเกิดในระดับที่ค่อนข้างสูงและคงที่และอัตราการตายค่อย ๆ ลดต่ำลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลังสงครามโลกครั้งที่สองอัตราการตายลดต่ำลงอย่างรวดเร็วเป็นผลให้ประเทศไทยมีอัตราการเพิ่มประชากรสูงจนในที่สุดรัฐบาลก็ประกาศนโยบายประชากรเมื่อวันที่ 13 มีนาคม พ.ศ. 2513 ว่า "รัฐบาลไทยมีนโยบายสนับสนุนการวางแผนครอบครัวด้วยระบบสมัครใจ เพื่อแก้ไขปัญหาต่าง ๆ เกี่ยวกับอัตราการเพิ่มของประชากรที่สูงมากซึ่งเป็นอุปสรรคที่สำคัญยิ่งต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ" จากผลของการประกาศนโยบายประชากรนี้เองในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2515-2519) จึงได้บรรจุโครงการ

วางแผนครอบครัวไว้โดยตั้งเป้าหมายไว้ว่าจะลดอัตราเพิ่มของประชากรจากประมาณร้อยละ 3 ให้เหลือเพียงร้อยละ 2.5 ในปีสิ้นแผน (พ.ศ. 2519) และในแผนพัฒนาฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) ก็มีนโยบายประชากรโดยกำหนดเป้าหมายว่าจะให้อัตราเพิ่มเหลือร้อยละ 2.1 ในปี พ.ศ. 2524 ซึ่งการลดอัตราเพิ่มในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 3 และ 4 นั้นบรรลุเป้าหมาย ส่วนในแผนพัฒนาฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) ได้กำหนดเป้าหมายในการลดอัตราการเพิ่มของประชากรให้ลดลงเหลือประมาณร้อยละ 1.5 ในปี พ.ศ. 2529 โดยมุ่งเน้นวิธีป้องกันการปฏิสนธิชนิดถาวร คือ การผ่าตัดทำหมันชายและหมันหญิงให้มากขึ้น ได้กำหนดเป้าหมายจำนวนผู้รับบริการวางแผนครอบครัวรายใหม่ทั้งหมด 4,593,000 ราย เป็นผู้รับบริการผ่าตัดทำหมันรายใหม่ 1,915,000 ราย และจำนวนผู้รับบริการวางแผนครอบครัวที่ยังคงใช้อยู่เมื่อสิ้นแผนพัฒนา 4,161,000 ราย เป็นผู้รับบริการผ่าตัดทำหมัน 1,647,000 ราย (คณะกรรมการเฉพาะกิจ ด้านการวางแผนประชากร 2524: 12-13) ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) ได้กำหนดเป้าหมายให้ลดอัตราการเพิ่มประชากรให้เหลือร้อยละ 1.3 โดยมุ่งส่งเสริมการวางแผนครอบครัวตั้งเป้าหมายผู้รับบริการรายใหม่ทั้งหมด 6,651,000 ราย เป็นผู้รับบริการผ่าตัดทำหมัน 950,000 ราย และจำนวนผู้รับบริการวางแผนครอบครัวที่ยังคงใช้อยู่เมื่อสิ้นแผนพัฒนา 5,692,567 ราย โดยเป็นผู้รับบริการผ่าตัดทำหมัน 2,752,570 ราย (กวางแผนทรัพยากรมนุษย์ 2529: 12-13)

จากสถิติการทำหมันในประเทศไทยพบว่า จำนวนผู้รับบริการผ่าตัดทำหมันได้เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ กล่าวคือในช่วง 7 ปีแรกก่อนการดำเนินงานวางแผนครอบครัวแห่งชาติ จำนวนผู้รับบริการผ่าตัดทำหมันมีประมาณปีละ 15,000 รายหรือประมาณร้อยละ 11 ของผู้รับบริการวางแผนครอบครัวทุกวัยและนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2515 เป็นต้นมา จำนวนผู้รับบริการผ่าตัดทำหมันได้เพิ่มขึ้นจาก 32,668 รายในปี พ.ศ. 2515 เป็น 49,606 รายในปี พ.ศ. 2516 และได้เพิ่มถึง 168,461 ราย เพิ่มจากร้อยละ 11 ของการวางแผนครอบครัวทุกวัยในช่วงปี พ.ศ. 2508-2514 เป็นร้อยละ 18.9 ในปี พ.ศ. 2521 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายถึงร้อยละ 162.6 (พิชิต พัทธ์เทพสมบัติ และ ปัญญา ดาวจรัสแสงชัย 2525: 3) ซึ่งการผ่าตัดทำหมันที่เพิ่มขึ้นอาจเป็นเพราะรัฐบาลได้ขยายหน่วยให้บริการวางแผนครอบครัวโดยเฉพาะหน่วยทำหมันเคลื่อนที่และได้รับความร่วมมือจากเอกชน (Veerasing Muangman 1979: 80) ต่อจากนั้นการวางแผนครอบครัวทั้งการทำหมันหญิงและการทำหมันชายก็ยังคงได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1

สถิติการทำหมันในประเทศไทย

(พ.ศ. 2508 - 2528)

ปี	หมันหญิง	หมันชาย	รวม
2508-2511			47,574
2512			15,264
2513			18,648
2524			23,546
2515	31,386	1,282	32,668
2516	46,804	2,802	49,606
2517	73,702	6,780	80,482
2518	82,650	7,534	90,184
2519	95,131	10,150	105,281
2520	106,816	19,123	125,939
2521	124,205	44,256	168,461
2522	138,732	35,300	174,032
2523	151,681	31,105	182,786
2524	149,338	28,404	177,472
2525	143,561	23,405	166,966
2526	146,448	27,076	173,524
2527	164,511	45,173	209,684
2528	165,995	41,803	207,798

ที่มา: สมาคมทำหมันแห่งประเทศไทย, "สถิติการทำหมันในประเทศไทย (พ.ศ. 2508-2528)",
2529 (อัดสำเนา)

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการใช้การป้องกันการปฏิสนธิที่ได้จากการสำรวจของประเทศไทย
ในโครงการระดับประเทศที่เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ การใช้ ความสะดวกในการจัดหา
บริการป้องกันการปฏิสนธิ และข้อมูลทางด้านภาวะเจริญพันธุ์ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้ดำเนินงาน
ผู้บริหาร และวางแผนต่าง ๆ ผลจากการสำรวจจากโครงการต่าง ๆ 7 โครงการ ใน
ปี พ.ศ. 2512-13, 2515-16, 2518, 2521-22, 2522, 2524 และ 2527 พบว่า
อัตราส่วนร้อยละของสตรีอายุระหว่าง 15-44 ปีที่สมรสและอยู่กินกับสามีซึ่งกำลังใช้วิธีป้องกัน
การปฏิสนธิวิธีใดวิธีหนึ่งอยู่นั้นเพิ่มขึ้นจากอัตราร้อยละ 14.4, 26.0, 36.8, 53.1, 48.5,
58.2 และ 64.6 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)



ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 อัตราส่วนร้อยละของสตรีอายุ 15-44 ปีที่สมรสและอยู่กินกับสามีซึ่งกำลังใช้วิธี
การป้องกันการปฏิสนธิแยกตามวิธีที่ใช้ จากการสำรวจ

วิธีที่กำลังใช้	LS1	LS2	SOFT	CPS1	NS	CPS2	CPS3
	2512-13	2515-16	2518	2521-22	2522	2524	2527
รวม	14.4	26.0	36.8	53.1	48.5	58.2	64.6
ยาเม็ด	3.8	10.8	15.1	22.0	20.6	20.1	19.8
ห่วงอนามัย	2.1	4.7	6.6	4.0	2.1	4.1	4.9
หมั้นชาย	2.0	2.8	2.2	3.4	3.9	4.1	4.4
หมั้นหญิง	5.1	6.4	7.5	12.9	14.8	18.4	23.5
ยาฉีด	0.4	0.9	2.0	4.6	5.4	6.9	7.6
ถุงยางอนามัย	0.1	0.1	0.5	2.2	0.7	1.9	1.9
วิธีอื่น ๆ	0.7	0.5	2.9	4.0	1.0	2.7	2.6

ที่มา: John Knodel et al., Fertility in Thailand: Trends Differentials and Proximate Determinants (Washington D.C.: National Academy of Science, 1982), p. 110.

- LS1 คือโครงการวิจัยต่อเนื่องระยะยาวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และประชากร รอบที่ 1 (Longitudinal Study of Social, Economic, and Demographic Change - Round 1)
- LS2 คือโครงการวิจัยต่อเนื่องระยะยาวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และประชากร รอบที่ 2 (Longitudinal Study of Social, Economic, and Demographic Change - Round 2)
- SOFT คือโครงการสำรวจภาวะเจริญพันธุ์ของประเทศไทย (Survey of Fertility in Thailand [Part of WFS])
- CPS1 คือโครงการสำรวจสถานะการคุมกำเนิดในประเทศไทย รอบที่ 1 (Contraceptive Prevalence Survey - Round 1)
- NS คือโครงการสำรวจภาวะเจริญพันธุ์ การวางแผนครอบครัวและภาวะการตาย (National Study of Family Planning Practices, Fertility and Mortality)

CPS2 คือโครงการสำรวจสถานะการคุมกำเนิดในประเทศไทย รอบที่ 2 (Contraceptive Prevalence Survey - Round 2)

CPS3 คือโครงการสำรวจสถานะการคุมกำเนิดในประเทศไทย รอบที่ 3 (Contraceptive Prevalence Survey - Round 3)

การใช้การป้องกันการปฏิสนธิที่เพิ่มขึ้นมากที่สุดคือการทำหมันหญิง ซึ่งเพิ่มจากร้อยละ 5.1 เป็นร้อยละ 6.4, 7.5, 12.9, 14.8, 18.4 และ 23.5 จากปี พ.ศ. 2512-13, 2515-16, 2518, 2521-22, 2522, 2524 และ 2527 ตามลำดับ ปัจจุบันกลายเป็นวิธีที่แพร่หลายมากที่สุด สิ่งที่น่าสนใจและน่าสังเกตคือการเพิ่มขึ้นของการทำหมันหญิงได้เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาที่ผู้มารับบริการวางแผนครอบครัวรายใหม่มีจำนวนเพิ่มขึ้นค่อนข้างคงที่ซึ่งเป็นการย้ำหรือแสดงให้เห็นข้อเท็จจริงที่ว่าระดับการใช้วิธีการป้องกันการปฏิสนธิได้ค่อย ๆ เพิ่มขึ้นและจะเพิ่มต่อไปอีกแม้ว่าจำนวนผู้มารับบริการวางแผนครอบครัวรายใหม่จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นค่อนข้างคงที่ก็ตาม

ส่วนการทำหมันชายพบว่าเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย จากร้อยละ 2.0 เป็นร้อยละ 2.8, 2.2, 3.4, 3.9, 4.1, และ 4.4 จากปี พ.ศ. 2512-13, 2515-16, 2518, 2521-22, 2522, 2524 และ 2527 ตามลำดับ กล่าวคือการทำหมันหญิงนั้นมีผู้นิยมทำกันมากกว่าการทำหมันชายถึง 5 เท่า

การที่นโยบายประชากรในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 3, 4, 5 และ 6 ได้กำหนดเป้าหมายลดอัตราเพิ่มของประชากรโดยใช้การวางแผนครอบครัวจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2527 (Survey of Population Change [SPC3]) พบว่าอัตราความแพร่หลายของการใช้วิธีการป้องกันการปฏิสนธิเท่ากับร้อยละ 65 ซึ่งนักประชากรกล่าวว่า เป็นอัตราส่วนที่ค่อนข้างสูงอยู่แล้ว กระนั้นก็ตามจำนวนบุตรโดยเฉลี่ยที่คาดว่าจะสตรีคนหนึ่งจะให้กำเนิดในช่วงชีวิตของสตรีนั้น (TFR) ก็ยังอยู่ในระดับที่สูงคือ 3.2 จากการที่แผนพัฒนาฉบับที่ 6 กำหนดให้อัตราความแพร่หลายของการใช้วิธีการป้องกันการปฏิสนธิเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 75 และให้อัตราเพิ่มของประชากรลดลงเหลือ 1.3 จึงนำมาถกวิธีเกี่ยวกับการให้บริการป้องกันการปฏิสนธิที่สำคัญ 2 วิธีคือ

ประการแรก ต้องเพิ่มอัตราการใช้การป้องกันการปฏิสนธิทั้งวิธีชั่วคราวและวิธีถาวร
ประการที่สอง ต้องเปลี่ยนผู้ใช้รายเก่าที่ใช้การป้องกันการปฏิสนธิวิธีชั่วคราวให้เป็นวิธีถาวร สำหรับผู้ใช้บริการรายใหม่ควรพยายามให้ใช้การป้องกันการปฏิสนธิวิธีถาวร

ด้วยเหตุผลของความแพร่หลายของการทำหมันในปัจจุบันและยังจะแพร่หลายมากขึ้นในอนาคต ความสำคัญในแง่นโยบายที่จะลดอัตราเพิ่มให้ได้ตามที่ตั้งไว้ การศึกษาเรื่องการทำหมันจึงเป็นเรื่องที่น่าจะได้รับความสนใจเป็นอย่างยิ่ง

สิ่งหนึ่งที่น่าจะได้อ้างถึงในที่นี้ก็คือ การเพิ่มความนิยมในการทำหมันไม่ใช่ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในประเทศไทยเท่านั้น แต่ยังปรากฏในหลายประเทศ ดังที่ Nortman (1980: 286-289) กล่าวไว้ว่าในประเทศปานามาและประเทศเอลซัลวาดอร์ในปี ค.ศ. 1976 และ ค.ศ. 1978 1 ใน 5 ของคู่สมรสทำหมัน ในประเทศฮ่องกง ประเทศสิงคโปร์และประเทศอินเดียในปี ค.ศ. 1979 มีการทำหมันถึงร้อยละ 88 ของการใช้การป้องกันการปฏิสนธิทิววิธีในประเทศฟีจี ประเทศศรีลังกา ในปี ค.ศ. 1974 คู่สมรสร้อยละ 16 ทำหมันและในปี ค.ศ. 1977 คู่สมรสร้อยละ 18 ทำหมัน ในประเทศตุนิเซีย ในปี ค.ศ. 1977 มีการทำหมันร้อยละ 30 ของการใช้การป้องกันการปฏิสนธิทิววิธี และในประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 1976 มีผู้ทำหมันประมาณ 1 ใน 5 ของการใช้การป้องกันการปฏิสนธิทิววิธี

โดยส่วนรวมของประชากรโลก มีคู่สมรส 90 ล้านคนทำหมันในปี ค.ศ. 1978 เมื่อเปรียบเทียบกับปี ค.ศ. 1970 ซึ่งมีเพียง 20 ล้านคน นับว่าการทำหมันได้รับความนิยมเป็นที่แพร่หลายมาก ในจำนวน 90 ล้านคนของการทำหมันนี้ เป็นการเพิ่มขึ้นในประเทศจีน จาก 4 ล้านคนในปี ค.ศ. 1970 เป็น 36 ล้านคนในปี ค.ศ. 1978 ในประเทศอินเดีย เพิ่มขึ้น 22 ล้านคน ในประเทศสหรัฐอเมริกา เพิ่มขึ้น 12 ล้านคน ซึ่งทั้ง 3 ประเทศนี้มีประชากรรวมประมาณร้อยละ 40 ของประชากรโลกและมีจำนวนผู้ทำหมันถึงร้อยละ 80 ของผู้ทำหมันทั่วโลก

Nortman (1980: 288) ได้สรุปว่า ประชากรที่ทำหมันเพิ่มขึ้นถึง 90 ล้านคนนี้ เนื่องจาก

1. การทำหมันเป็นการป้องกันการปฏิสนธิที่มีประสิทธิภาพและแพร่หลายมากที่สุด ซึ่งมีผู้ทำหมันถึง 1 ใน 3 ของผู้ที่ใช้วิธีป้องกันการปฏิสนธิวิธีใดวิธีหนึ่งอยู่
2. โดยภาพรวมของประชากรโลก 1 ใน 8 ของคู่สมรสในวัยเจริญพันธุ์ใช้การป้องกันการปฏิสนธิโดยการทำหมัน

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบ และปัจจัยที่มีผลกระทบที่สำคัญต่อการทำหมันในปี พ.ศ. 2521 เช่น อายุ, การศึกษา ฯลฯ

2. เพื่อศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลกระทบ และปัจจัยที่มีผลกระทบที่สำคัญต่อการทำหมัน ในปี พ.ศ. 2527 เช่น อายุ, การศึกษา ฯลฯ

3. เปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการทำหมัน ระหว่างปี พ.ศ. 2521 และปี พ.ศ. 2527 เช่น ผลกระทบของการศึกษาในปี พ.ศ. 2521 และในปี พ.ศ. 2527 ว่าเปลี่ยนแปลงหรือไม่เพียงใด

ในการศึกษาค้างนี้จะพิจารณาผลกระทบของปัจจัยต่าง ๆ ต่อการทำหมัน โดยแยกพิจารณาตาม

1. เขตที่อยู่อาศัย ซึ่งได้แก่ เมืองและชนบท
สำหรับใน CPS1 เมือง คือ กรุงเทพฯ เท่านั้น
และใน CPS3 เมือง จะแบ่งออกเป็น 2 รายการ คือ กรุงเทพฯ และเมืองอื่น ๆ
2. จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 รายการคือ
 1. 0-2 คน
 2. 3-4 คน
 3. 5 คนขึ้นไป



แนวคิด ทฤษฎี และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวางแผนครอบครัวหรือการป้องกันการปฏิสนธิเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวกับภาวะเจริญพันธุ์โดยตรง แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะคือ

1. การป้องกันการปฏิสนธิแบบชั่วคราว
2. การป้องกันการปฏิสนธิแบบถาวร

การป้องกันการปฏิสนธิแบบชั่วคราว เป็นการป้องกันการปฏิสนธิที่คู่สมรสตัดสินใจใช้วิธีการป้องกันการปฏิสนธิเพื่อเว้นระยะการมีบุตรหรือให้มีบุตรที่ห่างตามใจปรารถนา วิธีการป้องกันการปฏิสนธิแบบชั่วคราว ได้แก่ การกินยาเม็ดคุมกำเนิด การใช้ถุงยางอนามัย การฉีดยาคุมกำเนิด การใส่ห่วงอนามัย ฯลฯ เมื่อคู่สมรสต้องการจะมีบุตรก็หยุดใช้และสามารถมีบุตรได้ตามต้องการ

การป้องกันการปฏิสนธิแบบถาวร เป็นการป้องกันการปฏิสนธิที่คู่สมรสตัดสินใจที่จะหยุดการมีบุตรหรือไม่ต้องการมีบุตรอีกต่อไป ทั้งนี้อาจเป็นเพราะมีบุตรเพียงพอแล้วหรือ

ต้องการหลีกเลี่ยงปัญหาบางประการ เช่น โรคทางพันธุกรรม เป็นต้น วิธีการป้องกันการปฏิสนธิแบบถาวร ได้แก่ การทำหมันชายและการทำหมันหญิง

ทฤษฎีการตัดสินใจทำหมันของ Mumford

Mumford (1983: 83-88) ศึกษาผู้ที่ทำหมันชาย 4,000 คน ที่สมรสแล้ว ที่เมืองยูสตัน มลรัฐเท็กซัส ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยเฉพาะอย่างยิ่งได้ศึกษาเจาะจงถึงกระบวนการตัดสินใจทำหมันในคู่สมรส 235 คู่ ได้สรุปกระบวนการตัดสินใจทำหมันมี 7 ขั้นตอน ดังนี้

1. เริ่มมีความสนใจในการทำหมัน

เกือบทุกคนมีความรู้เรื่องการทำหมันมากกว่า 2 ปี และ 3 ใน 5 ของผู้ให้สัมภาษณ์ มีความรู้เรื่องการทำหมันจากการพูดคุยกับชายที่ทำหมันแล้ว

2. พูดคุยครั้งแรกกับชายที่ทำหมันแล้ว

ปรากฏการณ์เป็นความต้องการที่สำคัญอย่างยิ่งของชายที่ทำหมัน ชาย 9 ใน 10 ของผู้ให้สัมภาษณ์กล่าวว่า เป็นสิ่งสำคัญมากที่ได้พูดคุยกับผู้ที่ทำหมันแล้วก่อนที่จะตัดสินใจทำหมัน

3. ตัดสินใจไม่มีบุตรมาก

3 ใน 4 ของผู้ให้สัมภาษณ์ใช้เวลาตัดสินใจในช่วงนี้ 2 ปีหรือนานกว่านี้ก่อนจะทำหมัน ประมาณครึ่งหนึ่งของชายเหล่านี้ได้พูดคุยกับชายที่ทำหมันแล้ว พร้อมกับตัดสินใจจะไม่มีบุตรอีก อีกครึ่งหนึ่งยังตัดสินใจไม่แน่นอนว่าจะทำหมันหรือไม่

โดยทั่วไป คนมักเริ่มไม่ต้องการบุตรมากเมื่อคิดว่าครอบครัวของตนเป็นครอบครัวที่สมบูรณ์แล้ว และบุตรคนสุดท้ายต้องมีสุขภาพแข็งแรงดี ความสำคัญนี้ไม่กระตุ้นให้มีการตัดสินใจทำหมัน เพราะแท้จริงแล้ว 1 ใน 3 ของชายที่ให้สัมภาษณ์คำนึงถึง สถานภาพทางเศรษฐกิจเป็นสำคัญ และ 7 ใน 10 พิจารณาถึง ปัญหาประชากร ความยากลำบากของการตั้งครรถ์ และการคลอดยาก อายุ อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นเหตุสำคัญและสถานภาพทางเศรษฐกิจเป็นเหตุสำคัญอันดับรอง

4. เริ่มพิจารณาถึงการทำหมันอย่างจริงจัง

เกือบครึ่งของชายพิจารณาถึงการทำหมันอย่างจริงจังเป็นระยะเวลาประมาณ 2 ปีหรือนานกว่านี้ พร้อมเหตุสำคัญที่ทำให้เริ่มพิจารณาคือเมื่อเขาไม่ต้องการมีบุตรเพิ่มมากขึ้น

5. ไม่อยากใช้การป้องกันการปฏิสนธิแบบชั่วคราวต่อไป

1 ใน 3 ของผู้ให้สัมภาษณ์พิจารณาเรื่องนี้ใช้เวลา 1 ปีเต็มหรือนานกว่านี้ก่อนการตัดสินใจทำหมัน ซึ่ง 1 ใน 3 ของผู้ให้สัมภาษณ์ตัดสินใจใน 6 เดือน

การตัดสินใจช่วงนี้ เป็นปรากฏการณ์ที่สำคัญอันดับสองรองจากการได้พูดคุยกับ
ผู้ทำหมันแล้ว

การไม่ยอมรับการป้องกันการปฏิสนธิแบบชั่วคราวเริ่มเมื่อครอบครัวมีบุตรเพียงพอ
ตามที่ต้องการ และจากผลข้างเคียงของยาและห่วงอนามัยก็เป็นสาเหตุสำคัญ รวมทั้งความ
ไม่พึงพอใจในความสัมพันธ์ทางเพศ แต่การเปลี่ยนแปลงในระยะนี้มิใช่จะเกิดขึ้นในวันเดียว
แต่จะค่อยเป็นค่อยไป

6. ตัดสินใจว่าการทำหมันเป็นการป้องกันการปฏิสนธิที่ดีที่สุด

ครึ่งหนึ่งของผู้ให้สัมภาษณ์ตัดสินใจในระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 6 เดือนก่อนการ
ทำหมัน โดยให้เหตุผลคือ การทำหมันมีประสิทธิภาพในการป้องกันการปฏิสนธิที่ดีที่สุด และอีก
1 ใน 3 ของผู้ให้สัมภาษณ์กล่าวว่าการทำหมันไม่รบกวนต่อความพึงพอใจในความสัมพันธ์
ทางเพศ และนอกจากนั้นให้เหตุผลว่าการทำหมันไม่มีผลข้างเคียงเช่นวิธีการป้องกันการ
ปฏิสนธิวิธีอื่น ๆ

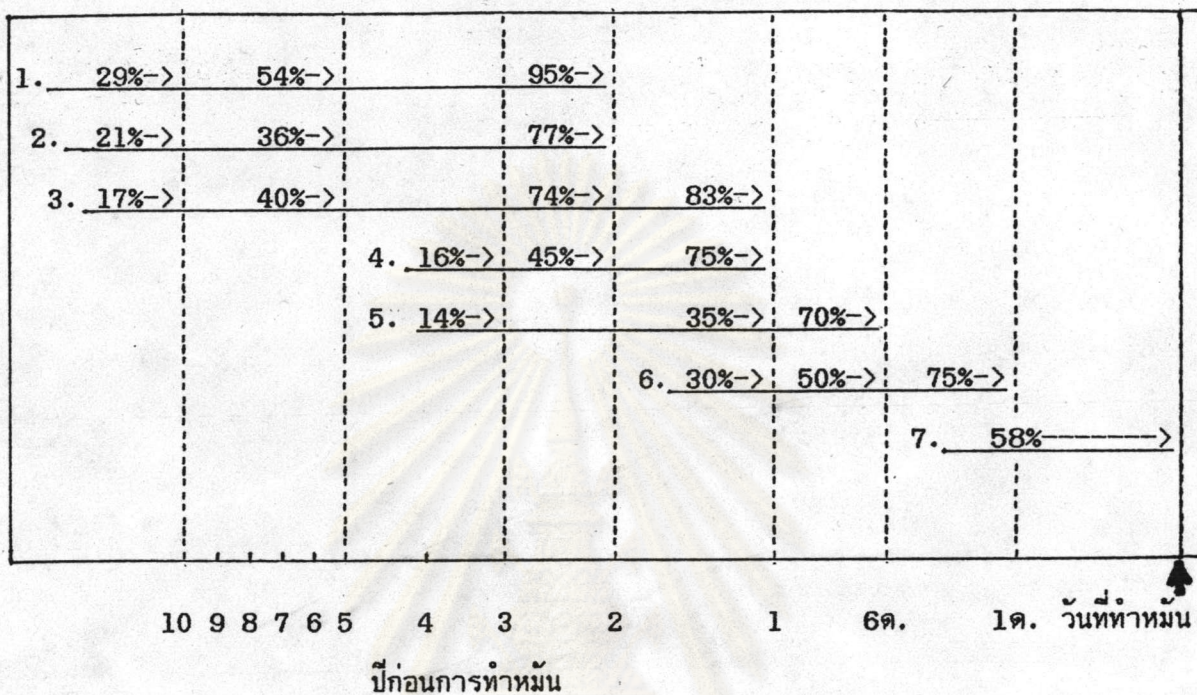
7. มีความรู้สึกกลัว

4 ใน 5 ของผู้ให้สัมภาษณ์จะตัดสินใจในระยะนี้ซ้ำ อาจเป็นเดือนหรือเป็นปีหลังจาก
ที่ตัดสินใจแล้วว่าการทำหมันเป็นวิธีที่ดีที่สุด โดย 1 ใน 4 ของบุคคลเหล่านี้ให้เหตุผล
ว่ากลัวเจ็บ 1 ใน 5 ให้เหตุผลถึงค่าใช้จ่ายในการทำหมัน 1 ใน 5 ให้เหตุผลว่ากลัว
ทำงานหนักไม่ได้เหมือนเดิม นอกจากนั้นให้เหตุผลว่าไม่พบใครที่ทำหมันเลย

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Mumford ได้เสนอประสบการณ์ในการตัดสินใจทำหมันดังแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิที่ 1 ประสบการณ์เกี่ยวกับการตัดสินใจทำหมัน



1. เริ่มมีความสนใจในการทำหมัน
2. พุดคุยครั้งแรกกับชายที่ทำหมันแล้ว
3. ตัดสินใจไม่มีบุตรมาก
4. เริ่มพิจารณาถึงการทำหมันอย่างจริงจัง
5. ไม่อยากใช้การป้องกันการปฏิสนธิแบบชั่วคราวต่อไป
6. ตัดสินใจว่าการทำหมันเป็นการป้องกันการปฏิสนธิที่ดีที่สุด
7. มีความรู้สึกกลัว



สรุปเป็นระยะต่าง ๆ ก่อนการทำหมันได้ดังนี้

เวลาก่อน มีครอบครัว ที่สมบูรณ์	ครอบครัว สมบูรณ์	วันที่เริ่ม พิจารณาถึง การทำหมัน	วันที่เห็นว่า การทำหมัน เป็นวิธีที่ดีที่สุด	วันที่ ทำหมัน
ระยะที่ 1 ใช้การป้องกัน การปฏิสนธิ แบบชั่วคราว	ระยะที่ 2 เริ่มไม่พึงพอใจ การป้องกัน การปฏิสนธิ แบบชั่วคราว	ระยะที่ 3 ไม่พึงพอใจ การป้องกัน การปฏิสนธิ แบบชั่วคราว	ระยะที่ 4 คิดว่า การทำหมัน เป็นวิธีที่ดีที่สุด	
(หลายปี)	(หลายเดือน-หลายปี)	(หลายเดือน-หลายปี)	(1 เดือน-3 ปี)	

ที่มา : Stephen D. Mumford, Decision-Making of Sterilization,
Studies in Family Planning 14 (March 1983): 87

Hwang and Park (1982: 14-24) ได้ทำการศึกษาระยะที่มีผลต่อการทำหมัน ทั้งหมันหญิงและหมันชาย ในเขตชนบทของประเทศเกาหลี ในปี ค.ศ. 1980 จากสตรีอายุ 11-49 ปี ที่สมรสแล้วและอยู่กับสามี จำนวน 621 คน โดยแบ่งศึกษาระยะต่าง ๆ เป็น 4 ประเภทดังนี้

ปัจจัยที่มีผลต่อการทำหมัน

1. ปัจจัยประเภทที่ 1 ตัวแปรส่วนบุคคล (individual variables)

- อายุ
- การศึกษา
- อายุเมื่อแรกสมรส

2. ปัจจัยประเภทที่ 2 ตัวแปรด้านการตั้งครรภ์ (pregnancy variables)

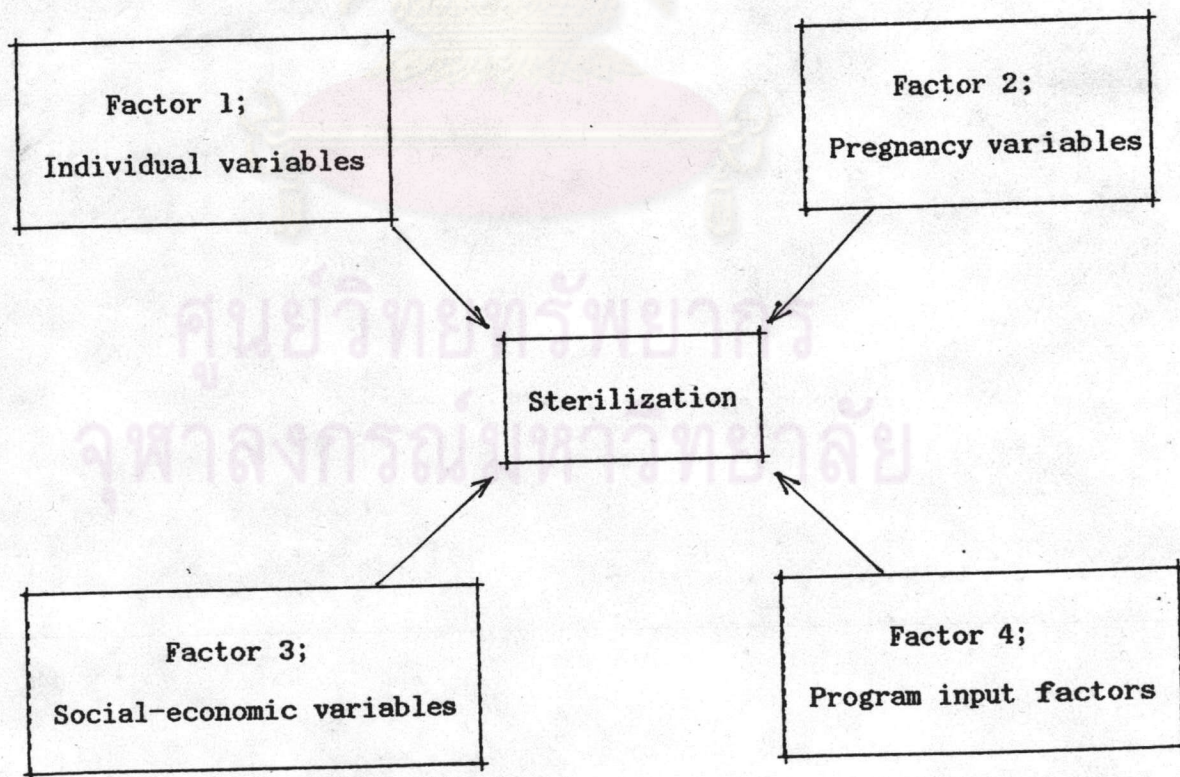
- จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่
- จำนวนบุตรชาย
- จำนวนการแท้ง

3. ปัจจัยประเภทที่ 3 ตัวแปรทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ (social-economic variables)

- สถานภาพทางเศรษฐกิจ
- กิจกรรมทางกลุ่มผู้เป็นมารดา
- ระดับการพัฒนาชุมชน

4. ปัจจัยประเภทที่ 4 ตัวแปรทางด้านโครงการวางแผนครอบครัว (family planning program variables)

- จำนวนผู้ทำหน้าที่ออกเยี่ยมบ้าน
- การแนะนำให้มารับบริการ



พบว่า ปัจจัยประเภทที่ 1 มีผลต่อการทำหมันมากที่สุด คือต่อการทำหมันหญิงร้อยละ 25.3 และต่อการทำหมันชายร้อยละ 26.1 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละของการทำหมันในเขตชนบท ประเทศเกาหลี จำแนกตามปัจจัยต่าง ๆ

วิธี	ปัจจัย				R ²
	1	2	3	4	
การทำหมันหญิง	25.3	16.5	14.2	11.4	67.4
การทำหมันชาย	26.1	19.7	16.2	12.7	74.7

การทบทวนผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเกี่ยวกับการเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลกระทบท่อการทำหมันและแนวโน้มในการทำหมัน ได้มีผู้ทำการศึกษาในเรื่องการทำหมันไว้บ้างพอสมควร ซึ่งอาจแบ่งออกเป็นลักษณะใหญ่ ๆ 2 ลักษณะคือ

1. เป็นการศึกษาผู้ทำหมันที่หน่วยให้บริการ เช่น โรงพยาบาล คลินิก หรือ การติดตามศึกษาผู้ทำหมันไปแล้วระยะหนึ่ง การวิจัยเกี่ยวกับการทำหมันส่วนใหญ่เท่าที่ปรากฏเป็นรายงานมักจะเป็นการศึกษาในลักษณะเช่นนี้ ซึ่งมีข้อจำกัดอยู่ที่ศึกษาเฉพาะผู้ทำหมันอย่างเดียว รายงานการศึกษามักจะเป็นการเสนอถึงผู้ที่กำลังจะทำหมันหรือทำหมันไปแล้ว จึงถือได้ว่าเป็นตัวอย่างที่มีลักษณะพิเศษ

2. เป็นการศึกษาโดยใช้ข้อมูลจากโครงการสำรวจโดยการสุ่มตัวอย่าง เช่น รายงานการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการทำหมันของคู่สมรสในเขตชนบทของประเทศไทย โดย พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และ ปัญญา ดาวจรัสแสงชัย ซึ่งใช้ข้อมูลจากโครงการสำรวจภาวะเจริญพันธุ์ การวางแผนครอบครัว และภาวะการตายในประเทศไทย พ.ศ. 2522 ซึ่งดำเนินการโดยสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ในการศึกษาครั้งนี้จะพิจารณาเฉพาะปัจจัยที่จะนำมาวิเคราะห์เท่านั้น

อายุ

อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อภาวะเจริญพันธุ์และการคุมกำเนิด ทั้งนี้เพราะอายุเป็นตัวกำหนดความพร้อมทางสรีระ (Nortman 1980: 13) และการตัดสินใจเลือกใช้วิธีป้องกันการปฏิสนธิ โดยปกติแล้วสตรีที่มีอายุน้อยมักใช้วิธีป้องกันการปฏิสนธิแบบชั่วคราวมากกว่า เพราะสตรีเหล่านั้นยังไม่มีบุตรหรือมีบุตรจำนวนน้อยกว่าที่ตนต้องการ ส่วนการป้องกันการปฏิสนธิแบบถาวรคือการทำหมันนั้นได้รับความสนใจจากคู่สมรสที่มีอายุสูง ที่มีบุตรครบตามต้องการและต้องการจะยุติการมีบุตร (Yoshio Koya 1963: 90)

Burnight, et al. (1974: 94) ศึกษาชายไทยที่ทำหมันจากโรงพยาบาลรามธิบดีจำนวน 158 ราย พบว่า ผู้ที่มารับบริการผ่าตัดทำหมันชายมีอายุ 21-45 ปี มีอายุโดยเฉลี่ย 35.5 ปี ในจำนวนนี้ร้อยละ 86.5 มีอายุต่ำกว่า 40 ปี และในช่วงอายุ 30-34 ปี ทำหมันถึงร้อยละ 37

จิรพัทธ์ โพธิ์พวง (2523: 29-30) ศึกษาลักษณะทางประชากรและความสัมพันธ์ทางเพศของชายไทยที่ทำหมันและยังไม่ทำหมัน โดยเก็บข้อมูลจากผู้ที่มาติดต่อขอคำแนะนำเกี่ยวกับการทำหมันชายและผู้รับบริการผ่าตัดทำหมัน ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างปี พ.ศ. 2519-2521 จำนวน 811 ราย พบว่า ผู้ที่มาติดต่อและรับบริการผ่าตัดทำหมันชายมีอายุโดยเฉลี่ย 34.7 ปี ส่วนภรรยาที่มีอายุโดยเฉลี่ย 30.5 ปี

เอนก เผ่าสัจจ์ (2519: 66-74) รายงานจากการผ่าตัดการทำหมันชาย จากศูนย์การแพทย์และอนามัยภูเวียง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 149 ราย พบว่า ร้อยละ 93.0 ของผู้รับบริการมีอายุระหว่าง 26-45 ปี ซึ่งใกล้เคียงกับการรายงานของสมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย แสดงให้เห็นว่า ผู้รับบริการผ่าตัดทำหมันชายที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลส่วนใหญ่มีอายุใกล้เคียงกัน

Debhanom Muangman (2525: ไม่มีเลขหน้า) ศึกษาเปรียบเทียบบุคคลที่ทำหมันและไม่ทำหมันในเขตชนบท โดยการสุ่มตัวอย่างสัมภาษณ์ชายที่ทำหมัน 340 คน และไม่ได้ทำหมัน 300 คน จากเขตอำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง และอำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ชายที่ทำหมันมีอายุโดยเฉลี่ย 40 ปี และร้อยละ 75 มีอายุต่ำกว่า 46 ปี ขณะที่ชายที่ไม่ได้ทำหมันมีอายุโดยเฉลี่ย 38 ปี และร้อยละ 89 มีอายุต่ำกว่า 46 ปี เมื่อศึกษาถึงอายุของภรรยาก็พบแบบแผนเดียวกัน กล่าวคือ อายุโดยเฉลี่ยของภรรยาของชายที่ทำหมันเท่ากับ 37.5 ปี และร้อยละ 86 มีอายุต่ำกว่า 46 ปี ส่วนภรรยาของชายที่ไม่ได้ทำหมันมีอายุโดยเฉลี่ย 34 ปี และร้อยละ 80 มีอายุต่ำกว่า 46 ปี

จากการศึกษาเรื่องการทำหมันของประชากรหมู่บ้านหนองยายพิมพ์ ตำบลหนองปล่อง อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยสัมภาษณ์ 127 คู่ครัวเรือนจาก 133 คู่ครัวเรือน เมื่อเดือนพฤศจิกายน 2526 แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มแรก คู่สมรสที่ภรรยาอายุไม่เกิน 49 ปี มี 107 คู่ครัวเรือน และกลุ่มที่สอง คู่สมรสที่ภรรยาอายุเกิน 49 ปี หรือหัวหน้าครัวเรือนหญิงที่เคยสมรสแล้ว มี 20 คู่ครัวเรือน พบว่า ในกลุ่มแรก ร้อยละ 76.7 ของคู่สมรสเหล่านี้ทำหมันแล้ว และอีกร้อยละ 17.8 คิดจะทำหมันอย่างแน่นอน มีเพียงร้อยละ 5.6 ไม่คิดจะทำหมัน ในบรรดาคู่สมรสที่ทำหมันแล้วเป็นการทำหมันชายถึงร้อยละ 90.2 ในบรรดาคู่สมรสที่คิดจะทำหมันร้อยละ 7.8 ตอบว่าสามีจะเป็นผู้ทำหมันเอง คู่สมรสที่ทำหมันแล้วจะมีลักษณะทางประชากร เช่น อายุโดยเฉลี่ยสูงกว่าและภาวะเจริญพันธุ์สูงกว่าผู้ที่ยังไม่ได้ทำหมัน แต่ก็แตกต่างกันไม่มากนัก (พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และ นิกธ ดุสิตสิน 2526: 67-83)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลของการสำรวจสถานะคุมกำเนิด (Contraceptive Prevalence Survey) จาก 6 ประเทศ คือ บังกลาเทศ โคลัมเบีย คอสตาริกา สาธารณรัฐเกาหลีเม็กซิโกและประเทศไทยพบว่า สตรีที่มีอายุต่ำกว่า 30 ปี ต้องการที่จะเลื่อนการมีบุตรคนต่อไปขณะที่สตรีที่มีอายุ 30 ปีหรือมากกว่า ต้องการหลีกเลี่ยงการตั้งครรภ์ที่จะมีขึ้น ซึ่งสตรีอายุต่ำกว่า 30 ปี ร้อยละ 37 คุมกำเนิดเพื่อไม่ให้มีบุตรอีกต่อไปร้อยละ 41 คุมกำเนิดเพื่อเว้นระยะการมีบุตร มีเพียงร้อยละ 12 เท่านั้นที่ต้องการเลื่อนระยะการมีบุตร (Nortman 1982: 132)

จากการศึกษาผู้มารับบริการทำหมันจากสถานบริการของรัฐทั่วประเทศ จำนวน 4,829 ราย แยกเป็นผู้มารับบริการทำหมันหญิง 2,745 ราย และผู้มารับบริการทำหมันชาย 2,084 ราย พบว่าผู้มารับบริการทำหมันหญิงมีอายุโดยเฉลี่ย 29 ปี ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 36.0) มีอายุระหว่าง 25-29 ปี รองลงมาคือกลุ่มอายุ 20-24 ปีทำหมันร้อยละ 22.8 ส่วนผู้มารับบริการทำหมันชายมีอายุโดยเฉลี่ย 34 ปี ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 28.4) มีอายุระหว่าง 30-34 ปี รองลงมาคือกลุ่มอายุ 25-29 ปี ทำหมันร้อยละ 24.1 (กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย, กองอนามัยครอบครัว 2530: 2)

จากการศึกษาการวางแผนครอบครัวของสตรีในวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสแล้วและอยู่กับสามีในประเทศญี่ปุ่น พบว่า สตรีอายุ 30-34 ปี ทำหมันร้อยละ 40.2 อายุ 20-24 ปี ทำหมันร้อยละ 15.6 และอายุ 40-44 ปี ทำหมันร้อยละ 20 (Yoshio Koya 1963: 90) ในประเทศอินเดีย พบว่า ตัวแปรที่สำคัญเกี่ยวกับลักษณะของสตรีที่มารับการทำหมันและใส่ห่วงอนามัยคือ อายุ อายุโดยเฉลี่ยของการทำหมันของสตรีชาวอินเดียคือ 32.2 ปี และใส่ห่วงอนามัยคือ 29.4 ปี (Population Council, India Number 35, 1968: 3) ในประเทศเปอร์โตริโก พบว่า อัตราการทำหมันสูงสุดในกลุ่มสตรีอายุ 35-39 ปี สตรีที่

อยู่ในช่วงอายุ 30-39 ปี มีอัตราการทำหมันสูงกว่าสตรีที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป (Population Council, Puerto Rico Number 45, 1969: 9)

จากการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความต้องการที่จะทำหมันของ เกาะชองกง โดยการสัมภาษณ์ชาย, หญิงที่แต่งงาน และผู้ที่เป็นโสด พบว่า ผู้ให้สัมภาษณ์อายุ 30-39 ปี ร้อยละ 85 เห็นว่าการทำหมันหญิงเป็นสิ่งดี รองลงมาได้แก่ผู้ให้สัมภาษณ์อายุ 20-29 ปี ส่วนความคิดเห็นหรือทัศนคติต่อการทำหมันชาย พบว่า ผู้ให้สัมภาษณ์อายุต่ำกว่า 20 ปี เห็นด้วยกับการทำหมันชายมากที่สุด รองลงมาได้แก่ผู้ให้สัมภาษณ์อายุ 20-29 ปี อย่างไรก็ตามเมื่อรวมทุกกลุ่มอายุแล้ว ร้อยละ 42 ของผู้ให้สัมภาษณ์ทั้งหมดเห็นว่าการทำหมันเป็นสิ่งดี ขณะที่ร้อยละ 75 ชอบการทำหมันหญิง (Carter and Colbourne 1976: 28-29)

ในประเทศที่มีอัตราการเกิดต่ำ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา การทำหมันได้รับความนิยมอย่างมาก กล่าวคือ 1 ใน 4 ของคู่สมรสที่ป้องกันการปฏิสนธิใช้วิธีการทำหมัน และยังคงพบว่าอายุของคู่สมรสที่ทำหมันโดยเฉลี่ยเท่ากับ 35.4 ปี ขณะที่อายุโดยเฉลี่ยของสตรีที่รับประทานยาป้องกันการปฏิสนธิเท่ากับ 26.8 ปี และใส่ห่วงอนามัยเท่ากับ 29.9 ปี (Nortman 1980: 13-15) นอกจากนี้ Nortman (1978: 5) ได้ใช้ข้อมูลจากหลายประเทศมาวิเคราะห์ พบว่า ครอบครัวที่ทำหมัน (หมันหญิงหรือหมันชาย) จะมีอายุโดยเฉลี่ยสูงกว่าคู่สมรสที่ใช้วิธีการวางแผนครอบครัววิธีอื่นอย่างน้อย 5 ปี

กล่าวโดยสรุป อายุของสามี-ภรรยาที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเว้นระยะการมีบุตร หรือยุติการมีบุตร (Hollerbach 1980: 30) การทำหมันเป็นการคุมกำเนิดแบบถาวรที่มีผู้นิยมทำกันมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มคนที่มีอายุสูงกว่า ทั้งการทำหมันหญิงและการทำหมันชาย

ผลจากการศึกษาต่าง ๆ ที่ได้กล่าวมาแล้วนี้ อาจจะสามารถกล่าวได้ว่าอายุมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการทำหมัน

ระดับการศึกษา

การศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมต่าง ๆ ผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าย่อมมีโลกทัศน์กว้างไกลกว่า มีค่านิยมสมัยใหม่และมีโอกาสที่จะรับข่าวสารผ่านสื่อต่าง ๆ ได้มากกว่า การผ่าตัดทำหมันเป็นพฤติกรรมนวัตกรรม (innovation) อย่างหนึ่งที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อความคุมภาวะเจริญพันธุ์ของคู่สมรส ดังนั้นการยอมรับการทำหมันจึงอาจแปรผันไปตามกลุ่มบุคคล คือผู้ที่มีการศึกษาสูงย่อมจะมองเห็นคุณค่าของการจำกัดขนาดครอบครัวให้เล็ก มีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภาวะเจริญพันธุ์ได้รวดเร็ว และจะมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงความเชื่อมั่น ทัศนคติ และประเพณีต่อต้านการควบคุมภาวะเจริญพันธุ์และการใช้การป้องกันการปฏิสนธิแบบถาวร (สันทัด เสริมศรี และ ปราโมทย์ ปราสาทกุล 2525: 106)

Burnight et al., (1974: 3-4) ศึกษาชายไทยที่ทำหมันจากโรงพยาบาล รามาธิบดีจำนวน 185 ราย พบว่า ร้อยละ 39 ของผู้มารับบริการผ่าตัดทำหมันชาย สำเร็จ การศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 36.1 สำเร็จการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 23.3 สำเร็จการศึกษาตั้งแต่มัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป และผู้ที่ไม่เคยได้รับการ ศึกษา มีเพียงร้อยละ 1.6 เท่านั้น

จิรพัฒน์ โพธิ์พ่วง (2523: 31) ศึกษาลักษณะทางประชากรและความสัมพันธ์ ทางเพศของชายไทยที่ทำหมันและยังไม่ทำหมัน โดยเก็บข้อมูลจากผู้ติดต่อขอคำแนะนำ เกี่ยวกับการทำหมันชายและผู้รับบริการผ่าตัดทำหมัน ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างปี พ.ศ. 2519-2521 พบว่า ร้อยละ 70.5 สำเร็จการศึกษาไม่เกินมัธยมปีที่ 3 ร้อยละ 19.7 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4 ถึงอนุปริญญา และร้อยละ 9.4 สำเร็จการ ศึกษาในระดับปริญญาตรี ส่วนการศึกษาของภรรยาของชายที่มาติดต่อและรับบริการทำหมัน พบว่า มีระดับการศึกษาค่อนข้างต่ำ กล่าวคือ ร้อยละ 53.0 สำเร็จการศึกษาไม่เกินชั้นประถมศึกษา ปีที่ 4 ร้อยละ 24.7 สำเร็จการศึกษาสูงกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 แต่ไม่เกินมัธยมศึกษาปีที่ 3

Debhanom Muangman (2525: ไม่มีเลขหน้า) ศึกษาเปรียบเทียบบุคคลที่ ทำหมันแล้วและไม่ทำหมันในเขตชนบทของประเทศไทย โดยการสัมภาษณ์อย่างสัมภาษณ์ชายที่ ทำหมัน 340 คน และชายที่ไม่ได้ทำหมัน 300 คน จากเขตอำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง และอำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ชายที่ทำหมันมีระดับการศึกษาสูงกว่า กล่าวคือ ร้อยละ 96 จบการศึกษอย่างน้อยระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ส่วนชายที่ไม่ได้ทำหมันร้อยละ 93 จบการศึกษอย่างน้อยระดับประถมศึกษาปีที่ 4 และในด้านการศึกษาของภรรยาก็พบในแบบแผน เดียวกันกับการศึกษาของสามี คือภรรยาของชายที่ทำหมันมีระดับการศึกษาโดยเฉลี่ยสูงกว่า ภรรยาของชายที่ไม่ได้ทำหมัน

พิชิต พัทธ์เทพสมบัติ และ ปัญญา ดาวจรัสแสงชัย (2525: 13) ศึกษาสตรีอายุ ไม่เกิน 49 ปีที่สมรสแล้วกำลังอยู่กับสามีและไม่ตั้งครรถ์ขณะสำรวจ จำนวน 1,486 คู่ โดยใช้ข้อมูลจากโครงการภาวะเจริญพันธุ์ การวางแผนครอบครัวและภาวะการตายใน ชนบท พ.ศ. 2522 เปรียบเทียบระหว่างผู้ที่ทำหมันและไม่ทำหมัน พบว่า ระดับการศึกษา ของสามีและภรรยาทำให้เกิดความแตกต่างในเรื่องการทำหมัน แต่ไม่มากนัก กล่าวคือ สตรีที่มีการศึกษาภาคบังคับขึ้นไปทำหมันร้อยละ 18.7 ในขณะที่สตรีที่มีการศึกษาต่ำกว่าทำหมัน ร้อยละ 15.7 ซึ่งแตกต่างกันเพียงร้อยละ 3 เท่านั้น ในทำนองเดียวกันการศึกษาของสามี ก่อให้เกิดความแตกต่างในการทำหมันเพียงร้อยละ 4 เท่านั้น

สุวัทนา วิบูลย์เศรษฐ์ (2529: 29-30) ศึกษาปัจจัยที่ทำให้สตรีตัดสินใจทำหมัน ความเข้าใจที่มีต่อการทำหมัน และความพึงพอใจของสตรีที่รับบริการผ่าตัดทำหมันหลังคลอด โดยจัดเก็บข้อมูลจากสตรีที่รับบริการทำหมันในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2528 ถึง เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2529 จากโรงพยาบาลทั่วประเทศ พบว่าสตรีที่มารับบริการทำหมันส่วนใหญ่ หรือร้อยละ 74.2 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาปีที่ 4 มีเพียงร้อยละ 2.4 ที่มีการศึกษาในระดับวิทยาลัยหรือมหาวิทยาลัย

จากการศึกษาในประเทศเกาหลี ศึกษาสตรีอายุ 15-49 ปีที่สมรสแล้ว และอยู่กิน กับสามีเมื่อปี พ.ศ. 2513 พบว่า ความสัมพันธ์ของระดับการศึกษาต่อการผ่าตัดทำหมันต่ำมาก ในกลุ่มสตรีที่จบการศึกษาชั้นวิทยาลัยหรือมหาวิทยาลัย ขณะที่ในกลุ่มสตรีที่จบชั้นประถมศึกษา ต่ำมีการผ่าตัดทำหมันระดับกลาง และจะสูงขึ้นในกลุ่มสตรีที่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาและ มัธยมศึกษา (The Ministry of Health and Social Affairs 1970: 139)

การศึกษาในฮ่องกง โดยการสุ่มตัวอย่างสัมภาษณ์ประชากรที่อาศัยอยู่ในเคหะชุมชน 3 ชุมชน ในเรื่องความคิดเห็นต่อการทำหมันหญิง พบว่า ผู้ให้สัมภาษณ์ (ชาย, หญิงที่แต่งงาน และผู้เป็นโสด) ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าชอบวิธีการทำหมันชายมากกว่า ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ความคิดเห็นต่อการทำหมันชายแปรผันตามระดับการศึกษา ส่วนความคิดเห็นต่อการทำหมัน หญิงเป็นไปในทางตรงข้าม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการรับรู้ผิด (misconception) เกี่ยวกับ ค่านิยมดั้งเดิม (traditional basis) และความไม่รู้ (ignorance) เกี่ยวกับการ ทำหมันชาย เกิดขึ้นกับคนที่มียุอายุน้อยและมีระดับการศึกษาสูง และเมื่อถามกลุ่มที่ชื่นชอบ การทำหมันชายว่าจะทำหมันในอนาคตหรือไม่ กลับพบว่าแนวโน้มของการทำหมันชายใน อนาคตลดลง (Chan, Carter and Colbourne 1976: 28-30)

Friedlander et al. (1980: 589) ได้นำเอาระดับการศึกษาของสามีและ ภรรยาเป็นตัวแปรอิสระเพื่อดูความสัมพันธ์กับการจำกัดจำนวนบุตรและการเว้นระยะการ มีบุตร พบว่า ระดับการศึกษามีอิทธิพลอย่างสำคัญต่อการจำกัดจำนวนบุตรและเว้นระยะการ มีบุตร และยังสรุปไว้ชัดเจนว่าคู่สามีและภรรยาที่มีการศึกษาสูงกว่าจะมีแนวโน้ม เว้นระยะการ มีบุตรมากกว่าคู่สามีและภรรยาที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ซึ่งคู่สามีและภรรยาที่มีการศึกษาต่ำ จะยุติการมีบุตร

Klinger (1981: 329) ได้รายงานถึงอัตราส่วนร้อยละของสตรีไทยที่ทำหมันจำแนก ตามระดับการศึกษา โดยแบ่งเป็นผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา การศึกษาชั้นประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอุดมศึกษาว่ามีเท่ากับ 5.3, 7.6, 12.9 และ 10.0 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับ อัตราส่วนร้อยละของสตรีฟิลิปปินส์ที่ทำหมันจำแนกตามระดับการศึกษาซึ่งเป็น 2.3, 3.8, 6.9 และ 9.8 ตามลำดับ

ผลจากการวิจัยต่าง ๆ ที่ได้กล่าวมานี้ อาจจะกล่าวได้ว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการทำหมัน

อาชีพ

อาชีพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการป้องกันการปฏิสนธิชนิดถาวร สตรีที่สามีมืออาชีพนอกภาคเกษตรกรรมจะใช้การป้องกันการปฏิสนธิโดยการทำหมันมากกว่าสตรีที่สามีประกอบอาชีพเกษตรกรรม ซึ่งอาจเป็นเพราะว่าผู้ที่มีอาชีพนอกภาคเกษตรกรรมตระหนักถึงภาระและค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตร ซึ่งต้องออกไปทำงานนอกบ้านด้วย ส่วนในสังคมเกษตรกรรมที่ต้องการแรงงานมาช่วยในครอบครัว การป้องกันการปฏิสนธิชนิดถาวรจึงเป็นไปได้ยาก และถ้าหากเด็กที่เกิดมามีโอกาสรอดชีพท่าหรือมีอัตราการตายของทารกและเด็กสูง การมีลูกมาก ๆ ก็เพื่อเผื่อไว้ (insurance effects) หรือทดแทนบุตรที่ตาย (replacement effect) ทำให้การตัดสินใจใช้การป้องกันการปฏิสนธิชนิดถาวรเกิดขึ้นได้ยาก (สัดด์ เสริมศรี และ ปราโมทย์ ปราสาทกุล 2525: 105-106)

จากการวิจัยสตรีที่มารับบริการทำหมันหญิงจากโรงพยาบาล 4 แห่งคือ โรงพยาบาล ศิริราช, จุฬาลงกรณ์, หัวเฉียว และวชิรพยาบาล ระหว่างปี พ.ศ. 2503-2507 พบว่า อัตราส่วนร้อยละของสตรีที่สามีเป็นข้าราชการ ทหาร ตำรวจ ที่มารับบริการทำหมันเท่ากับสตรีที่สามีเป็นกรรมกร รับจ้างและช่างฝีมือคือร้อยละ 26 สตรีที่สามีเป็นช่างวานีร้อยละ 15 และสตรีที่สามีเป็นผู้ประกอบการค้าร้อยละ 13 (มันส์วิ อูหนันท์ 2508: 22)

จากการวิจัยที่โรงพยาบาลรามธิบดี พบว่า ผู้ชายที่มารับบริการทำหมันมีอาชีพรับราชการร้อยละ 38 รับจ้างร้อยละ 35 กรรมกรร้อยละ 13.5 อาชีพอื่น ๆ ร้อยละ 13.5 โดยผู้ชายที่ทำหมันให้เหตุผลที่มารับบริการว่า เพราะเรื่องฐานะการครองชีพเป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้จากประสบการณ์ของ นายแพทย์พุง กลั่นทกพันธุ์ พบว่า ในรอบ 10 ปี (พ.ศ. 2512-2521) อาชีพของผู้ที่ทำหมันชายส่วนมาก (ร้อยละ 80) มีอาชีพเกษตรกรรม อาชีพรับราชการ ค้าขาย ร้อยละ 15 อาชีพกรรมกรและอื่น ๆ ร้อยละ 5 เท่านั้น (พุง กลั่นทกพันธุ์ 2519: 60-65)

จากรายงานสัมมนาวิชาการแห่งชาติเรื่องประชากรของประเทศไทย พบว่า การศึกษาปฏิบัติการวางแผนครอบครัวกับการทำงานนอกบ้านของสตรีในสังคมไทยมีผู้สนใจศึกษามากพอควร โดยเฉพาะการวิจัยอาชีพของสตรีที่มารับบริการผ่าตัดทำหมัน พบว่า ร้อยละ 35.3 เป็นผู้ทำงานนอกบ้านโดยได้รับค่าจ้าง ในจำนวนนี้ประมาณ 2 ใน 3 มีอาชีพเกษตรกรรม และค้าขาย นอกจากนี้มีอาชีพรับจ้าง(กรรมกร) ซึ่งให้เหตุผลว่าภาระยุ่งยากในการเลี้ยงดูบุตรเป็นเหตุคลอใจให้มารับบริการทำหมัน (มันส์วิ อูหนันท์ 2520: 145-146)

จิรพันธ์ โพธิ์พ่วง (2523: 32) ศึกษาพฤติกรรมการควบคุมการเจริญพันธุ์โดยการทำหมัน โดยศึกษาจากผู้มารับบริการผ่าตัดทำหมันชาย ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในปี พ.ศ. 2519-2521 จำนวน 811 ราย พบว่า อาชีพของผู้มารับบริการและภรรยาที่มีอิทธิพลต่อการทำหมัน คือ ร้อยละ 31.6 ผู้มารับบริการทำงานในด้านการผลิตหรือเป็นคนงานในโรงงานอุตสาหกรรม รองลงมาเป็นผู้ทำงานวิชาชีพ ทำงานบริการและทำงานขนส่งคิดเป็นร้อยละ 13.2, 12.6 และ 12.1 ตามลำดับ ส่วนอาชีพของภรรยา พบว่า ร้อยละ 55.4 อยู่บ้านเฉย ๆ ไม่ได้ทำงานทำ รองลงมาได้แก่ ผู้ประกอบอาชีพในโรงงานอุตสาหกรรมหรือทำงานในด้านการผลิต ทำงานวิชาชีพและค้าขายคิดเป็นร้อยละ 12.2, 10.1 และ 6.8 ตามลำดับ

การศึกษาของฝ่ายวิจัยและประเมินผล กองอนามัยครอบครัว กระทรวงสาธารณสุข โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในเขตชนบท พบว่า ร้อยละ 72.6 ของผู้ทำหมันชายประกอบอาชีพเกษตรกรรมขณะที่ผู้ไม่ทำหมันเป็นเกษตรกรร้อยละ 67.5 เท่านั้น และเมื่อพิจารณาอาชีพภรรยา พบว่า ร้อยละ 14.9 ของชายที่ไม่ทำหมันประกอบอาชีพกรรมกร ในขณะที่ร้อยละ 11.6 ของชายที่ทำหมันประกอบอาชีพกรรมกร (Ministry of Public Health, Family Health Division 1980: 5)

พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และ ปัญญา ดาวจรัสแสงชัย (2525: 13) ได้ศึกษาคู่สมรสที่ภรรยาอายุไม่เกิน 49 ปี และไม่ตั้งครรภ์ขณะสำรวจในเขตชนบท จำนวน 1,486 คู่ โดยใช้สถานภาพการทำงานเป็นตัวแทนอาชีพ พบว่า สตรีที่ทำงานหลังการแต่งงานโดยได้รับค่าจ้างหรือเงินเดือนทำหมันในอัตราที่สูงกว่าสตรีที่ทำงานโดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือเงินเดือนหรือสตรีที่ไม่ได้ทำงานเลย และสตรีที่ทำงานให้แก่ตัวเองซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาชีพเกษตรกรรมมีอัตราการการทำหมันสูงกว่า (ประมาณร้อยละ 80) สตรีที่มีสถานภาพในการทำงานอย่างอื่น (ประมาณร้อยละ 20)

Debhanom Muangman (2525: ไม่มีเลขหน้า) พบว่า ร้อยละ 82 ของผู้ทำหมันชายประกอบอาชีพเกษตรกรรมขณะที่ผู้ไม่ทำหมันประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 73 นอกจากนี้เมื่อพิจารณาถึงอาชีพของภรรยา พบว่า ภรรยาของชายที่ทำหมันร้อยละ 80 เป็นเกษตรกร ส่วนภรรยาของชายที่ไม่ทำหมันมีเพียงร้อยละ 68 เท่านั้นที่เป็นเกษตรกร

กองอนามัยครอบครัว กระทรวงสาธารณสุข (2529: 2) ได้สุ่มตัวอย่างจากผู้รับบริการทำหมันหญิงและหมันชายจากสถานบริการของรัฐ ในช่วงปี พ.ศ. 2528 ทั่วประเทศ ได้ตัวอย่าง 2,697 คน สำหรับผู้รับบริการทำหมันหญิง และ 1,713 คน สำหรับผู้รับบริการทำหมันชาย พบว่า อาชีพของผู้รับบริการทั้งหมันหญิงและหมันชายไม่แตกต่างกัน คือมีอาชีพเกษตรกรรมและประมงเป็นอาชีพหลัก ร้อยละ 58.4 ของผู้รับบริการทำหมันชาย และร้อยละ 55.2 ของผู้รับบริการทำหมันหญิง

สัวณา วิบูลย์เศรษฐ์ (2529: 29-30) ศึกษาปัจจัยที่ทำให้สตรีตัดสินใจทำหมัน ความเข้าใจที่มีต่อการทำหมัน และความพึงพอใจของสตรีที่รับบริการผ่าตัดทำหมันหลังคลอด จำนวน 820 คน จากโรงพยาบาลต่าง ๆ ในระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2528 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2529 พบว่าประมาณ 2 ใน 3 ของสตรีประกอบอาชีพเกษตรกรรม ในขณะที่สตรี ร้อยละ 12.3 มีอาชีพเป็นกรรมกรรับจ้างทั่วไป สำหรับสตรีที่ไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ เลย หรือทำหน้าที่แม่บ้านมีประมาณร้อยละ 17.6

จากการศึกษาผู้มารับบริการทำหมันจากสถานบริการของรัฐทั่วประเทศ จำนวน 4,829 ราย แยกเป็นผู้รับบริการหมันหญิง 2,745 ราย และผู้รับบริการหมันชาย 2,084 ราย พบว่า ผู้รับบริการหมันหญิงร้อยละ 57.0 มีอาชีพเกษตรกรรมและประมง และผู้รับบริการ ทำหมันชายร้อยละ 57.3 มีอาชีพเกษตรกรรมเช่นกัน (กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย, กองอนามัยครอบครัว 2530: 1-2)

จากการศึกษาสตรีที่มารับบริการทำหมันในประเทศญี่ปุ่น พบว่า ร้อยละ 23.4 เป็น สตรีที่สามมีประกอบอาชีพรับราชการ ลูกจ้างบริษัทและเสมียน สตรีที่สามมีประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 18.6 อาชีพใช้ฝีมือในโรงงานอุตสาหกรรมร้อยละ 18.1 อาชีพเกษตรกรรม ทำประมง ร้อยละ 13.6 อาชีพรับจ้างและบริการทั่วไปร้อยละ 12.7 และอาชีพครู ทนาย นักวิชาชีพ ต่าง ๆ มีเพียงร้อยละ 6.5 เท่านั้น (Yoshio Koya 1963: 90)

Thaker and Patel (1974: 189) ทำการศึกษาในประเทศอินเดีย พบว่า ผู้ผ่าตัดทำหมันชายในรัฐคุชราตประมาณร้อยละ 27 ประกอบอาชีพทำนา และเพาะปลูกหรือ เป็นคนงานในภาคเกษตร ประมาณร้อยละ 40 ประกอบอาชีพรับราชการ และประมาณร้อยละ 25 ประกอบอาชีพค้าขาย

ผลจากการศึกษาที่กล่าวมานี้ อาจกล่าวได้ว่า อาชีพเกษตรกรรมจะทำหมัน มากกว่าอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม

จำนวนบุตรที่มัวชวตอย

โดยทั่วไปบุคคลจะตัดสินใจทำหมันก็ต่อเมื่อมีบุตรครบตามที่ต้องการทั้งในเรื่อง จำนวนหรือเพศของบุตร หรือไม่ต้องการมีบุตรอีกต่อไป Nortman (1980: 3) ใช้ข้อมูล จากหลาย ๆ ประเทศเปรียบเทียบกัน พบว่า ในประเทศที่อัตราการเจริญพันธุ์สูง ครอบครัว ยังต้องการมีบุตรอย่างน้อย 4 คนก่อนจะตัดสินใจป้องกันการปฏิสนธิโดยวิธีถาวร เช่น ประเทศมาเลเซีย คู่สมรสจะตัดสินใจทำหมันเมื่อมีบุตรโดยเฉลี่ย 4 คน ประเทศอินเดีย 5.4 คน ประเทศโคลัมเบีย 4.9 คน นอกจากนั้นจำนวนบุตรโดยเฉลี่ยของผู้ที่ทำหมันสูงกว่าจำนวนบุตร โดยเฉลี่ยของคู่สมรสที่ป้องกันการปฏิสนธิโดยวิธีอื่น ๆ เช่นในประเทศฟิลิปปินส์ จำนวนบุตรโดย



เฉลี่ยของผู้ทำหมันเท่ากับ 4.1 คน ขณะที่จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยของผู้ที่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดเท่ากับ 2.5 คนและใช้ห่วงอนามัยเท่ากับ 2.6 คน

จากการศึกษาผู้ผ่าตัดทำหมันชายของ จรรยา เศรษฐบุตร และ บุญเลิศ เลี้ยวประไพ (2520: 16) พบว่า ครอบครัวที่ทำหมันชายส่วนใหญ่จะมีบุตรเพียง 2 หรือ 3 คน และจำนวนบุตรโดยเฉลี่ยต่อครอบครัวเท่ากับ 3.2 คน

การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างจำนวนบุตรของผู้ที่ทำหมันและไม่ทำหมันในเขตชนบท พบว่า จำนวนบุตรที่มียุจริงโดยเฉลี่ยของผู้ทำหมันเท่ากับ 3.3 คน ขณะที่ผู้ไม่ทำหมันมีบุตรโดยเฉลี่ย 4 คน (Debhanom Muangman 2525: ไม่มีเลขหน้า) ส่วนการศึกษาในเขตชนบทเช่นกันโดยการสุ่มตัวอย่างสัมภาษณ์ผู้ทำหมันและไม่ทำหมันในจังหวัดกาญจนบุรี, นครสวรรค์, อุบลราชธานี และตรัง พบว่า ชายที่ทำหมันมีบุตรโดยเฉลี่ย 4.4 คน ขณะที่ชายที่ไม่ได้ทำหมันมีบุตรโดยเฉลี่ย 3.6 คน (Ministry of Public Health, Family Health Division 1980: 5)

จิรวัฒน์ โพธิ์พวง (2523: 38) พบว่า ผู้ที่มาติดต่อและรับบริการผ่าตัดทำหมันชาย ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในปี พ.ศ. 2519-2521 จำนวน 811 ราย มีบุตรมีชีวิตโดยเฉลี่ย 2.69 คน และเมื่อนำอายุของผู้รับบริการมาร่วมพิจารณาด้วย พบว่า จำนวนบุตรที่มีชีวิตมีจำนวนเพิ่มขึ้นตามอายุของผู้มาติดต่อและรับบริการผ่าตัดทำหมันชาย เช่น ร้อยละ 96.0 ของผู้บุตร 1-2 คน มีอายุ 20-24 ปี ร้อยละ 52.8 ของผู้บุตร 3-4 คน มีอายุ 45-49 ปี และร้อยละ 35 ของผู้บุตร 5 คนขึ้นไป มีอายุ 50 ปีขึ้นไป

พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และ ปัญญา ดาวจรัสแสงชัย (2525: 18) ศึกษาคู่สมรสที่ภรรยาอายุไม่เกิน 49 ปี และไม่ตั้งครรภ์ขณะสำรวจ จำนวน 1,486 คู่ พบว่า จำนวนบุตรที่เกิดรอดและจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ของสตรีไม่มีผลหรืออิทธิพลต่อการทำหมัน กล่าวคือสตรีที่มีบุตรเกิดรอดและบุตรที่มีชีวิตอยู่ต่ำกว่า 3 คน และ 3 คนขึ้นไป ทำหมันในอัตราร้อยละ 18.6 และ 16.7 ซึ่งไม่แตกต่างกันมากนัก

อย่างไรก็ตามจากอดีตที่ผ่านมา จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยของผู้ทำหมันลดลง (Boonlert Leoprapai 1979: 70) กล่าวคือในปี พ.ศ. 2516 จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยของครอบครัวที่ทำหมันเท่ากับ 4.53 คน และลดลงเรื่อย ๆ ซึ่งในปี พ.ศ. 2523 จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยของครอบครัวที่ทำหมันเท่ากับ 3.37 คน (กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย, กองอนามัยครอบครัว 2525: 6) และในปี พ.ศ. 2529 จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยของผู้รับบริการทำหมันเท่ากับ 3.0 คน (กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย, กองอนามัยครอบครัว 2530: 8)

จากการศึกษาของฝ่ายวิจัยและประเมินผล กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2529: 2) โดยศึกษาจากผู้รับบริการทำหมันจากสถานบริการ

ของรัฐ ในช่วงปี พ.ศ. 2528 ทั่วประเทศ ได้ตัวอย่างการทำหมันชาย 1,713 ราย และ
หมันหญิง 2,697 ราย พบว่า ผู้รับบริการทำหมันชายและหมันหญิงมีจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่
เมื่อรับบริการโดยเฉลี่ยประมาณ 3 คน

ในประเทศเกาหลี H.Y.Lee ได้รายงานเมื่อปี พ.ศ. 2525 ว่าผู้รับบริการ
ทำหมันชายมีจำนวนบุตรที่มีชีวิตโดยเฉลี่ย 4.7 คน ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาในประเทศ
บังกลาเทศ Tim, Ross and Worth (1972: 18) รายงานเมื่อปี พ.ศ. 2513 ว่า
จำนวนบุตรที่มีชีวิตของผู้รับบริการทำหมันชายน้อยลง คือมีจำนวนบุตรที่มีชีวิตโดยเฉลี่ย 4.4 คน

Nortman (1978: 20) ได้รายงานเปรียบเทียบจำนวนบุตรที่มีชีวิตในประเทศ
ปากีสถานตะวันตก และที่รัฐคุชราต ประเทศอินเดีย ระหว่างปี พ.ศ. 2510-2511 พบว่า
ผู้รับบริการทำหมันชายในประเทศปากีสถานตะวันตกมีจำนวนบุตรที่มีชีวิตโดยเฉลี่ย 4.8 คน
ส่วนที่รัฐคุชราต ประเทศอินเดียนั้นผู้รับบริการทำหมันชายมีจำนวนบุตรที่มีชีวิตโดยเฉลี่ย 4.6 คน

เขตที่อยู่อาศัย

ประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตที่แตกต่างกันเช่นระหว่างเมืองกับชนบทย่อมจะมี
ความแตกต่างกันในด้านความรู้สึกนึกคิด ทัศนคติและค่านิยม ทั้งนี้เพราะได้รับอิทธิพลจากสังคม
ที่แตกต่างกัน ประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองก็มีความคิดแบบคนเมือง ขณะที่ประชากรที่อาศัย
อยู่ในเขตชนบทจะมีสภาพทางสังคมและเศรษฐกิจต่ำกว่า การศึกษาต่ำกว่าและมีความรู้สึกนึกคิด
ที่แตกต่างไปจากเมืองถือว่าตัวเองไม่ใช่คนเมือง และมีแนวโน้มที่จะอนุรักษ์วัฒนธรรมสูงกว่า
(Report of an Expert Committee 1981: 3) ด้วยสภาพความแตกต่างดังกล่าวย่อม
จะทำให้ความคาดหวังเกี่ยวกับบุตร จำนวนบุตร พฤติกรรมภาวะเจริญพันธุ์ และการใช้วิธี
การป้องกันการปฏิสนธิแตกต่างกัน

การยอมรับการผ่าตัดทำหมันได้เริ่มขึ้นในเขตกรุงเทพมหานคร และเมืองใหญ่ ๆ
ผู้ทำหมันเป็นเพียงชนกลุ่มหนึ่งที่มีการศึกษาดี (พิชิต พัทธเทษสมบัติ และ ปัญญา
ดาวจรสแสงชัย 2525: 2) ต่อมามีการขยายไปสู่ชนบท เมืองจึงเป็นแหล่งรับบริการสมัยใหม่
และพักตัวเพื่อเผยแพร่ขยายวิทยาการสมัยใหม่ไปยังเขตไกลเมืองและเขตชนบท

ในด้านความแตกต่างระหว่างพฤติกรรมภาวะเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะเรื่องความรู้
การป้องกันการปฏิสนธิโดยวิธีการทำหมัน พบว่า คนในเขตเมืองมีความรู้เรื่องการทำหมัน
น้อยกว่าเขตชนบท กล่าวคือจากผลการวิจัยโครงการสำรวจภาวะเจริญพันธุ์ในประเทศไทย
(SOFT / WFS) ปี พ.ศ. 2518 พบว่า สตรีที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองมีความรู้เรื่องการทำ
วางแผนครอบครัวโดยเฉลี่ย 2.86 วิธี และร้อยละ 21 และ 41 ของสตรีมีความรู้เรื่อง
การทำหมันชายและการทำหมันหญิงตามลำดับ ขณะที่สตรีในเขตชนบทมีความรู้เรื่องการทำ
วางแผนครอบครัวโดยเฉลี่ย 2.34 วิธี และร้อยละ 25 และ 46 ของสตรีมีความรู้เรื่องการทำ

ทำหมันชายและการทำหมันหญิงตามลำดับ จึงอาจสรุปได้ว่าการมีความรู้ในเรื่องการทำหมันไม่ได้สอดคล้องกับการมีความรู้ในเรื่องการวางแผนครอบครัวอื่น ๆ และที่น่าสังเกตคือสตรีในเขตชนบทมีความรู้เรื่องการทำหมัน (ทั้งหมันหญิงและหมันชาย) สูงกว่าสตรีในเขตเมือง (Knodel et al. 1981: 13) อย่างไรก็ตามความแตกต่างกันนี้ได้หมดไปเมื่อรัฐบาลได้รณรงค์เรื่องการวางแผนครอบครัวมากขึ้น กล่าวคือในปี พ.ศ. 2525 พบว่า สตรีในเขตชนบทมีความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัวเท่ากับสตรีในเขตเมืองโดยเฉลี่ย 3.9 วิธ (Peerasit Kamnuansilpa and Apichat Chamrathirong 1982: 32)

ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติต่อการทำหมัน

การทำหมันเป็นที่ยอมรับและปฏิบัติกันมานานโดยเฉพาะในเขตเมือง จากการสัมภาษณ์สตรีที่สมรสแล้ว อายุ 15-44 ปี จำนวน 960 คน ในเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร ในระหว่างปี พ.ศ. 2510-2511 พบว่า ร้อยละ 14.8 ของสตรีที่สมรสแล้วทำหมัน และร้อยละ 8.0 ของสตรีกลุ่มนี้ ที่สามีทำหมันชาย (อ้างใน Boolert Leaprapai 1979: 67) ในเขตชนบทความรู้เรื่องการทำหมันมีสัดส่วนสูงกว่าการยอมรับการทำหมันมาก การศึกษาในโครงการโพธาราม ในระหว่างปี พ.ศ. 2507-2509 พบว่า ประมาณร้อยละ 80 ของสตรีที่ตอบคำถามมีความรู้เรื่องการทำหมัน และเมื่อสำรวจสตรีกลุ่มนี้ซ้ำอีกครั้งในปี พ.ศ. 2512 พบว่า สตรีที่วางแผนครอบครัว 467 ราย มีเพียง 23 ราย หรือเพียงร้อยละ 4.9 ของสตรีที่วางแผนครอบครัวทำหมัน (Sasichan Vimuktanon and Rosenfield, A. 1971: 131)

การศึกษาในโครงการวิจัยต่อเนื่องระยะยาวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจและประชากร ปี พ.ศ. 2512-2513 พบว่า ยาเม็ดคุมกำเนิดและการผ่าตัดทำหมันหญิงเป็นวิธีที่สตรีทั้งในเขตชนบทและเขตเมืองทราบมากที่สุด และสตรีในเขตเมืองมีความรู้มากกว่าสตรีในเขตชนบทโดยเฉพาะอย่างยิ่งวิธีการใช้อย่างละเอียด นอกจากนั้นสตรีที่สมรสแล้วอายุ 15-44 ปี มีความรู้เรื่องการทำหมันชายและการทำหมันหญิง ในเขตชนบทร้อยละ 46.8 และ 52.1 ในเขตเมืองอื่น ๆ ร้อยละ 64.8 และ 84.8 และในเขตกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 59.0 และ 83.7 ตามลำดับ ในขณะที่การใช้วิธีการทำหมันชายและหมันหญิงในเขตชนบทร้อยละ 2.0 และ 3.1 ในเขตเมืองอื่น ๆ ร้อยละ 2.7 และ 14.4 ในเขตกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 2.8 และ 18.1 ตามลำดับ (พิชิต พัทธกะเทพสมบัติ และ วิศิษฐ์ ประจวบเหมาะ 2518: 27)

Nibhon Debavalya (1979: 44-48) ได้อาศัยข้อมูลจากโครงการสำรวจภาวะเจริญพันธุ์ของประเทศไทย (SOFT / WFS) ปี พ.ศ. 2518 มาศึกษาเกี่ยวกับการผ่าตัดทำหมัน พบว่า สตรีที่สมรสแล้วอายุ 15-44 ปี มีความรู้เรื่องการทำหมันชายและการทำหมันหญิง ในเขตชนบทร้อยละ 70.4 และ 87.8 ในเขตเมืองร้อยละ 82.4 และ 93.0

ตามลำดับ ส่วนในด้านการใช้การวางแผนครอบครัว พบว่า การผ่าตัดทำหมันชายและการ
 ผ่าตัดทำหมันหญิงเป็นวิธีที่ได้รับความนิยมเพิ่มขึ้น

Peerasit Kamnuansilpa and Apichat Chamrathirong (1982: 31)
 พบว่า ในระหว่างช่วงการวิจัยโครงการสำรวจภาวะเจริญพันธุ์ในประเทศไทย (SOFT / WFS)
 ปี พ.ศ. 2518 กับโครงการสำรวจสถานะคุมกำเนิดในประเทศไทย รอบที่ 2 (CPS2) ในระยะ
 6 ปี ความรู้เรื่องการทำหมันของสตรีที่สมรสแล้วอายุ 15-49 ปี เพิ่มขึ้นร้อยละ 23 กล่าวคือ
 จากร้อยละ 70 ในปี พ.ศ. 2518 มาเป็นร้อยละ 93 ในปี พ.ศ. 2524 ความรู้ในเรื่อง
 การทำหมันหญิงเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดจากร้อยละ 87 ของสตรีที่สมรสแล้ว ในปี พ.ศ. 2518
 มาเป็นร้อยละ 97 ในปี พ.ศ. 2524 ในด้านการปฏิบัติการวางแผนครอบครัว พบว่าการ
 ทำหมันหญิงและหมันชายได้รับความนิยมเพิ่มขึ้น กล่าวคือการทำหมันหญิงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ
 6 ของสตรีที่สมรสแล้วในปี พ.ศ. 2518 มาเป็นร้อยละ 18 ในปี พ.ศ. 2524 ขณะที่การ
 ทำหมันชายเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

Gillespie et al., (1978: 161-183) พบว่า ความรู้เรื่องการผ่าตัด
 ทำหมันจะมีความสัมพันธ์โดยตรงกับทัศนคติต่อการทำหมัน กล่าวคือ ผู้ที่มีความรู้เรื่องการ
 ทำหมันสูง (high on knowledge index) จะยอมรับการทำหมันสูงตามไปด้วย ขณะที่ผู้
 ที่มีความรู้เรื่องการทำหมันต่ำ (low vasectomy knowledge group) จะยอมรับ
 การทำหมันต่ำ (low approvers) และการยอมรับการทำหมันจะมีความสัมพันธ์โดยตรง
 กับความต้องการที่จะทำหมันในอนาคต

พิชิต พัทธกะเทพสมบัติ และ ปัทมา ดาวจรัสแสงชัย (2525: 14) พบว่า ทัศนคติ
 ต่อการวางแผนครอบครัวก่อให้เกิดความแตกต่างในด้านการยอมรับการทำหมันอย่างเห็นได้ชัด
 กล่าวคือ สตรีที่เห็นด้วยกับการวางแผนครอบครัวยอมรับการทำหมันในอัตราส่วนเกือบเป็น
 2 เท่าของสตรีที่ไม่เห็นด้วยกับการวางแผนครอบครัว

ในด้านพฤติกรรมและความตั้งใจ (behavioral intention) ต่อการวางแผน
 ครอบครัว ผู้ที่ตั้งใจหรือคาดหวังว่าจะวางแผนครอบครัวมีจำนวนมาก ในขณะที่ผู้วางแผน
 ครอบครัวกลับมีจำนวนน้อย ตัวอย่างเช่นการที่พนักงานเย็บบ้านด้านการวางแผนครอบครัว
 ออกเย็บบ้านในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า สตรีจำนวน 30,870 คน มีความสนใจที่จะ
 วางแผนครอบครัว แต่มีสตรีเพียง 13,952 คน หรือร้อยละ 45.2 ของสตรีกลุ่มนี้มารับบริการ
 วางแผนครอบครัวที่ศูนย์บริการ ซึ่งอธิบายได้ว่าเป็นเพราะเวลาในการจูงใจจำกัดหรือเป็น
 เพราะการเสแสร้งทางสังคม (social pretending) ที่แสดงความสนใจที่จะรับบริการ
 (อ้างใน Sirinapa Jamornmarn, Jumrong Ngendee and Bung-On

Chingulgitnivat 1981: 6)

Debhanom Muangman (2525: ไม่มีเลขหน้า) พบว่า ร้อยละ 84 ของชายที่ทำหมันไม่เคยปฏิบัติตนในเรื่องวางแผนครอบครัวมาก่อน และร้อยละ 16 ของชายที่ทำหมันเคยปฏิบัติตนในเรื่องการวางแผนครอบครัว ส่วนชายที่ไม่ได้ทำหมันเป็นเพราะชายหรือภรรยาป้องกันการปฏิสนธิโดยวิธีใดวิธีหนึ่งอยู่แล้วถึงร้อยละ 62 อย่างไรก็ตามชายที่ไม่ได้ทำหมันร้อยละ 88 เคยมีความรู้เรื่องการทำหมันมาก่อน ขณะเดียวกันร้อยละ 33 ของชายกลุ่มนี้ยังเข้าใจว่าการทำหมันและการตอนเป็นสิ่งเดียวกัน

ในด้านความคิดที่จะทำหมันในอนาคต พบว่า การกำลังใช้หรือไม่ใช้วิธีการป้องกันการปฏิสนธิในปัจจุบันไม่ก่อให้เกิดความแตกต่างในความคิดที่จะทำหมันมากนัก แต่เมื่อแยกพิจารณาเป็นเขตเมืองและเขตชนบท ในเขตเมืองสตรีที่ไม่ได้ใช้วิธีการป้องกันการปฏิสนธิคิดจะทำหมันมากกว่าสตรีที่กำลังใช้วิธีการป้องกันการปฏิสนธิอยู่ ขณะที่ในเขตชนบทความสัมพันธ์กลับกัน (พิชิต พิทักษ์เทศสมบัติ 2525: 131)

จากการศึกษาที่กล่าวมานี้ อาจกล่าวได้ว่า ผู้ที่มีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติต่อการป้องกันการปฏิสนธิมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการทำหมัน

สมมติฐานในการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้สมมติฐานดังต่อไปนี้

1. อายุน่าจะมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการทำหมัน
2. การศึกษาของสตรีและสามีน่าจะมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการทำหมัน
3. ผู้ที่เป็นเกษตรกรน่าจะทำหมันมากกว่าผู้ที่ไม่ใช่เกษตรกร
4. อายุเมื่อแรกสมรสน่าจะมีความสัมพันธ์ในทางลบกับการทำหมัน
5. ผู้ที่มีความรู้เรื่องการป้องกันการปฏิสนธิน่าจะทำหมันมากกว่าผู้ที่ไม่มีความรู้เรื่องการป้องกันการปฏิสนธิ
6. จำนวนบุตรที่เสียชีวิตน่าจะมีความสัมพันธ์ในทางลบต่อการทำหมัน
7. ผู้ที่นับถือศาสนาพุทธน่าจะทำหมันมากกว่าผู้ที่ไม่นับถือศาสนาอิสลาม

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

สตรีตัวอย่าง หมายถึง สตรีอายุ 15-49 ปี ที่สมรสและกำลังอยู่กินกับสามี
 การทำหมัน หมายถึง ความรวมทั้งหมันหญิงและหมันชาย
 เขตเมือง ใน CPS1 หมายถึง กรุงเทพมหานคร
 ใน CPS3 หมายถึง กรุงเทพมหานครและเมืองอื่น ๆ

อาชีพ	รายละเอียดของแต่ละรายการของอาชีพมีลักษณะดังต่อไปนี้
เกษตรกรรม	หมายถึง ทำไร่ ทำนา ทำสวน เลี้ยงสัตว์ ประมง
วิชาชีพ	หมายถึง ผู้ประกอบวิชาชีพชั้นสูงหรือผู้บริหารระดับสูง เช่น แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ครู วิศวกร สถาปนิก หนายความ บัญชี ข้าราชการอื่น ๆ
ค้าขาย	หมายถึง ค้าขาย พนักงานหรือลูกจ้างในบริษัทธุรกิจหรือธนาคาร ร้านค้าใหญ่ ๆ นักธุรกิจ เช่น เจ้าของกิจการ เจ้าของที่ดิน บ้านเช่า โรงแรม
ช่างฝีมือ	หมายถึง ช่างฝีมือหรือกึ่งฝีมือ เช่น ช่างไม้ ช่างซ่อมเครื่องยนต์ ช่างซ่อมวิทยุโทรทัศน์ไฟฟ้า ช่างตัดเย็บเสื้อผ้า ช่างเสริมสวย ช่างจักสาน ทอเสื่อ ทำอวน บันทัด ปั่นอิฐ ทำเครื่องใช้ไม้สอย
รับจ้าง	หมายถึง คนรับใช้ ร้างง ลิเก. กระเป๋ารถ รับจ้างทำเกษตรกรรม กรดยาง ก่อสร้าง หรือกรรมกรผู้ใช้แรงงานอื่น ๆ
แม่บ้าน	หมายถึง ผู้ที่อยู่บ้านเฉย ๆ ทำงานบ้าน
อื่น ๆ	หมายถึง นักเรียน นักศึกษา อาชีพอื่น ๆ

แหล่งบริการป้องกันการปฏิสนธิ ได้จากคำถามที่ว่า ท่านหรือสามีของท่านไปรับบริการป้องกันการปฏิสนธิจากที่ใด ซึ่งแบ่งได้เป็น

รัฐบาล หมายถึง สถานีอนามัยตำบล (สุขศาลา) สถานีอนามัยอำเภอ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ) โรงพยาบาลประจำอำเภอ (รัฐบาล) แพทย์ประจำตำบล ศูนย์บริการสาธารณสุขของ กทม. ศูนย์สาธารณสุขหรือศูนย์อนามัยแม่และเด็ก (ของกระทรวงสาธารณสุข) หน่วยเคลื่อนที่ของหน่วยงานของรัฐบาล ทหารเสนารักษ์ หน่วยแพทย์ทหารเคลื่อนที่ ต.ช.ด./ม.อ.ป. (หมออาสาสมัครหมู่บ้านของทหาร) อ.ส.ม./ผ.ส.ส. โรงพยาบาลอื่น ๆ ของรัฐ

เอกชน หมายถึง โรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน ร้านขายยา (ทั่ว ๆ ไป) สำนักงานหรือคลินิกของมีชัย อาสาสมัครหรือร้านขายยาของมีชัย แพทย์แผนโบราณหรือหมอเถื่อน หน่วยเคลื่อนที่ของหน่วยงานของเอกชน หมอตำแย