



บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญของปัญหา

แม้ว่าการดำเนินงานวางแผนครอบครัวในระยะ 15 ปี ที่ผ่านมาจะประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย คือ สามารถลดอัตราเพิ่มของประชากรจากประมาณร้อยละ 3 ต่อปี เมื่อเริ่มแผนพัฒนาฉบับที่ 3 จนเหลือร้อยละ 1.7 ต่อปีเมื่อสิ้นแผนพัฒนา ฉบับที่ 5 ในปี 2529 ก็ตาม แต่ยังคงถือว่าเป็นอัตราเพิ่มที่สูง และเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ อัตราการเพิ่มประชากรบางภาค เช่น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ยังคงสูงกว่าอัตราเพิ่มเฉลี่ยระดับประเทศอยู่มาก จึงจำเป็นต้องเร่งลดอัตราเพิ่มประชากรทั้งระดับประเทศ ภาค และกลุ่มประชากรเป้าหมายบางกลุ่มให้ต่ำลงไปอีก (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการ เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2529: 6) : ฉะนั้นความจำเป็นในการวางแผนครอบครัวเพื่อชะลอการเพิ่มของประชากรยังคงต้องมีอยู่ โดยแผนพัฒนา ฉบับปัจจุบัน (2530 - 2534) ได้ตั้งเป้าหมายที่จะลดอัตราเพิ่มของประชากรให้เหลือร้อยละ 1.3 ในที่สุดท้ายของแผนฯ และได้กำหนดเป้าหมายให้ได้รับบริการวางแผนครอบครัวรายใหม่ 6,651,000 ราย ในจำนวนนี้จะเป็นผู้รับบริการผ่าตัดทำหมัน 950,000 ราย และจำนวนผู้รับบริการวางแผนครอบครัวที่ยังคงใช้อยู่เมื่อสิ้นแผนพัฒนา 5,692,567 ราย โดยเป็นผู้รับบริการผ่าตัดทำหมัน 2,752,570 ราย (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการ เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2529: 11)

ในการดำเนินงานวางแผนครอบครัวในแผนพัฒนา ฉบับปัจจุบันนี้จะยากกว่าการดำเนินงานในระยะเวลาที่ผ่านมา เนื่องจากประชากรในวัยเจริญพันธุ์ส่วนใหญ่ใช้วิธีคุมกำเนิดแล้ว ส่วนกลุ่มที่เหลืออยู่เป็นประชากรที่ยากแก่การจูงใจให้มารับบริการ หรือ เป็นประชากรที่อยู่ในท้องที่ที่ห่างไกล โครงการวางแผนครอบครัวจึงได้มีนโยบายให้มีการขยายบริการวางแผนครอบครัวไปสู่ชนบทให้ทั่วถึง โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีอัตราการรับบริการวางแผนครอบครัวคือจำนวนสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้วอยู่ในระดับต่ำ (กรมอนามัย 2529: 1) และมีจำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ยของสตรีในวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้วอยู่ในระดับที่สูงกว่าภาคอื่น ๆ

จากข้อมูลเกี่ยวกับทางด้านภาวะเจริญพันธุ์ที่ได้จากการสำรวจของประเทศไทยในโครงการระดับประเทศที่เก็บรวบรวมข้อมูลทางด้านภาวะเจริญพันธุ์ ความรู้ การใช้และความสะดวกในการจัดบริการคุมกำเนิด เพื่อให้เป็นข้อมูลสำหรับผู้ดำเนินงาน ผู้บริหาร และวางแผนต่าง ๆ ผลจากการสำรวจจากโครงการวิจัยต่อเนื่องระยะยาวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และประชากร (Longitudinal Studies - LS 1) พ.ศ. 2512, การวิจัยต่อเนื่องระยะยาวครั้งที่ 2 (Longitudinal Studies - LS 2) พ.ศ. 2515, การสำรวจภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทย (Survey of Fertility in Thailand - SOFT -) พ.ศ. 2518, การสำรวจสภาวะการคุมกำเนิด (Contraceptive Prevalence Survey - CPS 1 -) พ.ศ. 2521 และโครงการวิจัยเกี่ยวกับภาวะเจริญพันธุ์ ภาวะการตาย และการวางแผนครอบครัวในประเทศไทย (National Survey of Fertility Mortality and Family Planning in Thailand - NS -) พ.ศ. 2522 พบว่า ความแตกต่างของภาวะเจริญพันธุ์ที่แท้จริง ในระหว่างภาคนั้น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยของสตรีวัยเจริญพันธุ์สูงกว่าจำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ยของสตรีในชนบททั่วประเทศมาโดยตลอด กล่าวคือ จำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ยของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับ 4.4, 4.4, 4.5, 3.9 และ 4.0 เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสในชนบททั่วประเทศ เท่ากับ 4.2, 4.2, 4.0, 3.7 และ 3.6 ตามลำดับ (ดูตารางที่ 1)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 จำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ยของสตรีไทยในวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 15 - 49 ปี) ที่
แต่งงานแล้ว จำแนกตามรายภาค

รวม เขตชนบททั้งหมด	ภาคกลาง	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคใต้
LS 1 (2512) 4.2	4.0	4.2	4.4	4.4
LS 2 (2515) 4.2	3.9	4.2	4.4	4.5
SOFT (2518) 4.0	3.6	3.7	4.5	4.1
CPS (2521) 3.7	3.4	3.4	3.9	4.2
NS (2522) 3.6	3.4	3.2	4.0	4.1

ที่มา : John Knodel; Nibhon Debavalaya; and Peerasit Kamnuansilpa, Thailand's Continuing Fertility Decline (Bangkok : Chulalongkorn University, 1981), p. 22.

แหล่งข้อมูล

- LS 1 และ LS 2 = โครงการวิจัยต่อเนื่องระยะยาว สถาบันประชากรศาสตร์
 SOFT = โครงการวิจัยภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทย
 CPS = โครงการสำรวจสภาวะการคุมกำเนิด
 NS = โครงการวิจัยเกี่ยวกับภาวะเจริญพันธุ์ ภาวะการตาย
 และการวางแผนครอบครัวในประเทศไทย

นอกจากนี้สถิติล่าสุดที่ได้จากโครงการสำรวจสภาวะคุมกำเนิดในประเทศไทย (Contraceptive Prevalence Survey) ทั้งสองรอบ ในปี พ.ศ. 2524 และ พ.ศ. 2527 พบว่า จำนวนบุตร เกิดรอดโดยเฉลี่ยของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสในภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังคงสูงกว่าจำนวนบุตร เกิดรอดโดยเฉลี่ยของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสทั่วประเทศ เช่นเดียวกัน ดังตารางต่อไปนี้

โครงการ	ทั่วราชอาณาจักร	ภาคกลาง	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคใต้
CPS 2 (2524)	3.3	3.1	3.1	3.7	3.7
CPS 3 (2527)	2.8	2.8	2.5	3.4	3.3

ดังนั้น การที่จะให้บรรลุ เป้าหมายของโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ คงจะต้องใช้มาตรการในอันที่จะเพิ่มอัตราการใช้วิธีคุมกำเนิดแต่ละวิธีให้มากขึ้นกว่าปัจจุบัน นอกจาก มาตรการแรกนี้แล้ว มาตรการที่นำจะมีผลให้บรรลุ เป้าหมายที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การพยายามให้ผู้ใช้วิธีคุมกำเนิดรายเก่าและรายใหม่หันมาใช้วิธีคุมกำเนิดแบบถาวรหรือการผ่าตัดทำหมันให้มากขึ้น เนื่องจากเป็นวิธีที่เหมาะสมกับประเทศไทย ซึ่งโครงสร้างของประชากรส่วนใหญ่มีลูกเพียงพอแล้ว และสามารถขยายอายุไม่มากนัก (ไพฑูริย์ ศษ.เสณี และ อารีย์ ศรีบูรพธรรม 2524: 11) อีกทั้งการผ่าตัดทำหมันยังเป็นวิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ มีการเกิดโรคแทรกซ้อนน้อย และมีอัตราของความล้มเหลวในการคุมกำเนิดต่ำกว่าวิธีการคุมกำเนิดชนิดอื่นๆ เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด และห่วงอนามัย มีอัตราความล้มเหลวในการคุมกำเนิดเท่ากับ 1.40 และ 2.80 ในขณะที่การทำหมันหญิงและหมันชายมีอัตราความล้มเหลวในการคุมกำเนิดเท่ากับ 0.04 และ 1.15 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, โครงการวางแผนครอบครัว 2522: 5) และจากสถิติการผ่าตัดทำหมันในประเทศไทย พบว่า นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2515 เป็นต้นมา จำนวนผู้รับบริการผ่าตัดทำหมันได้เพิ่มขึ้นจาก 32,668 ราย ในปี พ.ศ. 2515 เป็น 125,939 ราย ในปี พ.ศ. 2520 และได้เพิ่มเป็น 207,798 ราย ในปี พ.ศ. 2528 (สมาคมทำหมันแห่งประเทศไทย 2529: 1)

ในอนาคตคาดว่าการทำงานมีแนวโน้มที่จะ เป็นวิธีที่สำคัญยิ่งขึ้นไปเรื่อย ๆ โดยข้อมูลที่ได้จากการสำรวจในโครงการวิจัยต่อเนื่องระยะยาวที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรของประเทศไทย (LS 1) พ.ศ. 2512/2513, การวิจัยต่อเนื่องระยะยาว เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรของประเทศไทย (LS 2) พ.ศ.2515 การสำรวจภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทย (SOFT) พ.ศ. 2518, การสำรวจภาวะการคุมกำเนิด ครั้งที่ 1 (CPS 1) พ.ศ. 2521, การวิจัยเกี่ยวกับภาวะเจริญพันธุ์ ภาวะการตาย และการวางแผนครอบครัวในประเทศไทย (NS) พ.ศ. 2522, การสำรวจภาวะการคุมกำเนิด ครั้งที่ 2 (CPS 2) พ.ศ. 2524, การสำรวจภาวะการคุมกำเนิด ครั้งที่ 3 (CPS 3) พ.ศ. 2527 และการสำรวจประชากรและการอนามัยในประเทศไทย (TDHS) พ.ศ. 2530 แสดงให้เห็นถึง อัตราส่วนร้อยละของสตรีอายุระหว่าง 15 - 44 ปี ที่สมรสและอยู่กินกับสามี ซึ่งกำลังใช้วิธีการคุมกำเนิดโดยการทำหมันได้เพิ่มขึ้นจากอัตราร้อยละ 7.1 เป็นร้อยละ 9.2, 9.7, 16.3, 18.7, 22.5, 27.9 และ 27.9 จากปี พ.ศ. 2512, 2515, 2518, 2521, 2522, 2524, 2527 และ 2530 ตามลำดับ (ดูตารางที่ 2)



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หอสมุดกลาง สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 อัตราส่วนร้อยละของสตรี อายุ 15 - 44 ปี ที่สมรสและอยู่กินกับสามี ซึ่งกำลังใช้วิธีการทำหมัน จากการสำรวจ

	LS 1 2512	LS 2 2515	SOFT 2518	CPS 1 2521	NS 2522	CPS 2 2524	CPS 3 2527	TDHS* 2530
หมั้นชาย	2.0	2.8	2.2	3.4	3.9	4.1	4.4	5.5
หมั้นหญิง	5.1	6.4	7.5	12.9	14.8	18.4	23.5	22.4
รวม	7.1	9.2	9.7	16.3	18.7	22.5	27.9	27.9

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

*Institute of Population Studies, Thai-Demographic and Health Survey (Bangkok: Chulalongkorn University, 1988), p. 26.

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การทำหมันที่เพิ่มมากที่สุด ได้แก่ การทำหมันหญิง ซึ่งเพิ่มจากอัตราร้อยละ 5.1 เป็น ร้อยละ 6.4, 7.5, 12.9, 14.8, 18.4, 23.5 และ 22.4 จากปี พ.ศ. 2512, 2515, 2518, 2521, 2524, 2527 และ 2530 ตามลำดับ และเป็นที่น่าสนใจเกี่ยวกับการเพิ่มขึ้นของการทำหมัน โดยเฉพาะการทำหมันหญิงได้เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาที่ผู้มารับบริการวางแผนครอบครัวรายใหม่มีจำนวนเพิ่มขึ้นค่อนข้างคงที่ จนปัจจุบันวิธีนี้ได้กลายเป็นวิธีที่กำลังใช้มากที่สุดในประเทศ (พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และ อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์ 2528: 15)

ฉะนั้น การศึกษา เรื่องการปฏิบัติและทัศนคติเกี่ยวกับการเข้ารับบริการผ่าตัดทำหมัน รวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติและทัศนคติที่จะเข้ารับบริการผ่าตัดทำหมันในอนาคตของสตรีในเขตชนบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จึงเป็นเรื่องที่น่าจะมีความสำคัญอย่างยิ่งยวดต่อการวางแผนครอบครัวในอนาคต ซึ่งจะต้องใช้ความรู้ ความเข้าใจ และความพยายามในอันที่จะชักชวนให้คู่สมรสมาใช้การวางแผนครอบครัวให้มากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

การศึกษาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ คือ เพื่อศึกษาถึงปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคมของสตรีหรือคู่สมรสที่มีผลหรืออิทธิพลต่อการทำหมันและความคิดที่จะทำหมันของสตรีในเขตชนบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

แนวคิดและทฤษฎี

การศึกษาคั้งนี้ ได้นำแนวความคิดทางทฤษฎีที่เกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดภาวะเจริญพันธุ์ และกรอบการวิเคราะห์ภาวะเจริญพันธุ์มาเป็นแนวทางในการศึกษา เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ในการศึกษา และเป็นการนำทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ให้เป็นประโยชน์ดังต่อไปนี้ คือ

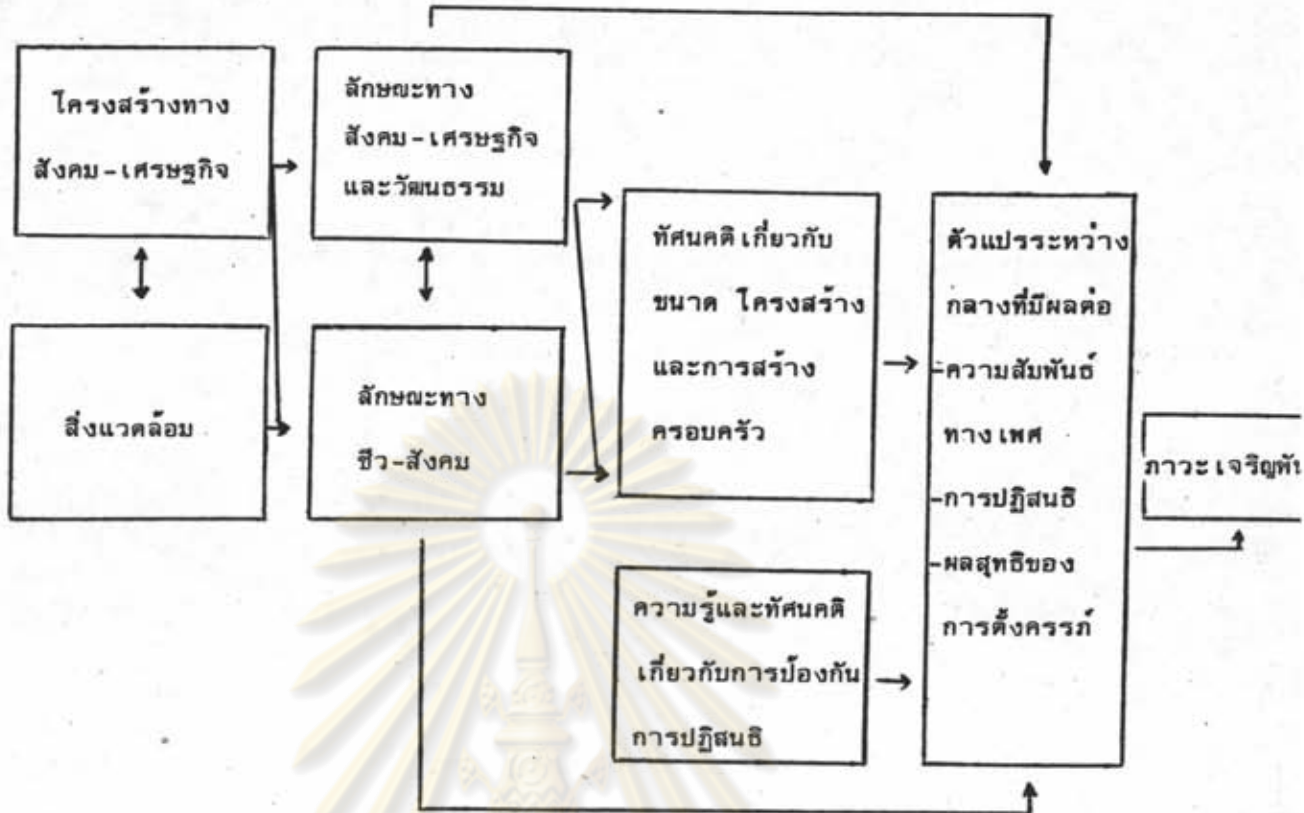
หลายทศวรรษที่ผ่านมา Davis และ Blake (1956: 212) ได้ให้แนวคิดในเรื่องปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดภาวะเจริญพันธุ์ โดยได้เสนอตัวแปรทางด้านชีวภาพและพฤติกรรมที่มีผลกระทบโดยตรงต่อพฤติกรรมการมีบุตร ซึ่ง Davis และ Blake เรียกตัวแปรเหล่านี้ว่า "ตัวแปรระหว่างกลาง (Intermediate Variables)" อันประกอบด้วยตัวแปร 11 ตัว คือ

1. อายุแรกสมรส
2. การอยู่เป็นโสดอย่างถาวร
3. ระยะเวลาที่เหลืออยู่หลังจากการสมรสหรือระหว่างการสมรส
4. การงดเว้นการร่วมเพศโดยสมัครใจ
5. การงดเว้นการร่วมเพศโดยไม่สมัครใจ
6. ความถี่ของการร่วมเพศระหว่างสามี ภรรยา
7. ความสามารถในการตั้งครรภ์ หรือความสามารถที่จะตั้งครรภ์ได้ของสามีหรือภรรยา ซึ่งเกิดขึ้นโดยสมัครใจ
8. การใช้หรือไม่ใช้วิธีการป้องกันการปฏิสนธิ
9. ความสามารถในการตั้งครรภ์หรือความสามารถที่จะตั้งครรภ์ได้ของสามีหรือภรรยา ซึ่งเกิดขึ้นโดยมิได้สมัครใจ
10. การตายก่อนคลอดหรือระหว่างคลอดของทารก จากสาเหตุความสมัครใจของมารดา
11. การตายก่อนคลอดหรือระหว่างคลอดของทารกจากสาเหตุความไม่สมัครใจของมารดา

ตัวแปรระหว่างกลางทั้ง 11 ตัวนี้ สามารถมีอิทธิพลต่อภาวะเจริญพันธุ์ ทั้งในแง่มีผลต่อการเพิ่มภาวะเจริญพันธุ์ หรือลดภาวะเจริญพันธุ์

ต่อมา **ศูนย์วิจัยทรัพยากรบุคคล** International Statistical Institute (1977: 21)

ได้รับปรับปรุงแนวคิดในเรื่องตัวกำหนดภาวะเจริญพันธุ์ของ Davis และ Blake เสียใหม่ โดยได้เสนอเป็นกรอบการวิเคราะห์ภาวะเจริญพันธุ์ ดังนี้

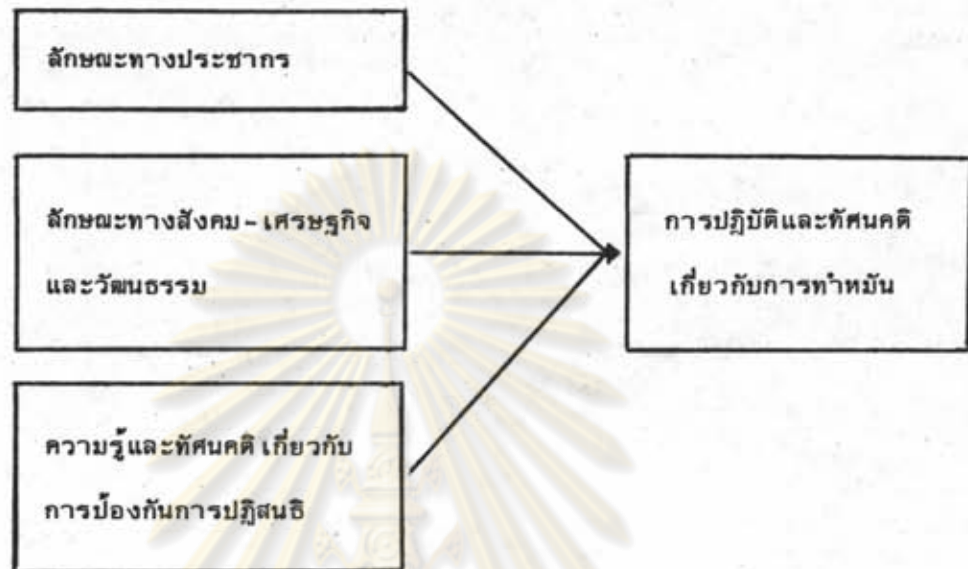


จากแผนภูมิ แสดงให้เห็นว่าปัจจัยทางด้าน เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรม ฯลฯ สามารถมีอิทธิพลต่อตัวแปรระหว่างกลางที่มีผลต่อการปฏิสนธิ อันประกอบด้วยความสามารถหรือไม่สามารถมีบุตรได้ด้วยสาเหตุอื่น เกิดจากความไม่สมัครใจ การใช้หรือไม่ใช้วิธีการป้องกันการปฏิสนธิ และความสามารถหรือไม่สามารถมีบุตรได้ด้วยสาเหตุอื่น เกิดจากความสมัครใจ

(International Statistical Institute 1977: 15-16)

สำหรับการศึกษานี้ จะได้ประยุกต์กรอบแห่งการวิเคราะห์ภาวะเจริญพันธุ์ข้างต้น เป็นแนวทางในการศึกษา โดยเน้นศึกษาถึงปัจจัยทางด้าน เศรษฐกิจ-สังคม สิ่งแวดล้อม ความรู้และทัศนคติ เกี่ยวกับการป้องกันการปฏิสนธิ ที่มีผลต่อการปฏิสนธิในแง่ของความสามารถจะมีบุตรได้ด้วยสาเหตุอื่น เกิดจากความสมัครใจ เนื่องจากบุคคลมำตัดทำหมัน และจะนำปัจจัยบางปัจจัยมา ร่วมพิจารณา

ดังแผนภูมิต่อไปนี้



ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.

จากการศึกษาผลงานวิจัยทางการปฏิบัติและทัศนคติเกี่ยวกับการทำหมัน อัตราการทำหมัน และปัจจัยที่ทำให้คู่สมรส เลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดวิธีนี้ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ทั้งที่เป็นงานวิจัยระดับชาติและที่เป็นงานวิจัยใน เฉพาะบางพื้นที่ อาจกล่าวได้ว่ามีผู้ศึกษาไว้บ้างพอสมควร โดยในการศึกษาคั้งนี้ได้แบ่งผลงานวิจัยออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับอัตราการทำหมันทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ
2. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ เลือกใช้การทำหมันของคู่สมรส

1. อัตราการทำหมัน

1.1 อัตราและการยอมรับวิธีผ่าตัดทำหมันในประเทศไทย

การผ่าตัดทำหมัน เป็นที่ยอมรับและปฏิบัติกันมานานแล้วในประเทศไทย โดยเฉพาะในหมู่ของสตรีใน เขตเมือง จากการสังเกตและสัมภาษณ์สตรีที่สมรสแล้ว อายุ 15-44 ปี จำนวน 960 คน ในเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร ระหว่างปี พ.ศ. 2510 - 2511 พบว่า

ร้อยละ 14.8 ของสตรีที่สมรสแล้วได้ทำหมัน และร้อยละ 8.0 ของสตรีกลุ่มนี้ที่สามีทำหมันชาย (Cowgill, et al. 1969: 176) ในเขตชนบทความรู้เรื่องการทำหมันสูงกว่าการยอมรับการทำหมันมาก การศึกษาในโครงการไพธาราม ระหว่างปี พ.ศ. 2507 - 2509 พบว่า ประมาณร้อยละ 80 ของสตรีที่ตอบคำถามรู้เรื่องการทำหมัน และเมื่อได้มีการสำรวจสตรีกลุ่มนี้ซ้ำอีกครั้งหนึ่งในปี พ.ศ. 2512 สตรีที่วางแผนครอบครัว 467 ราย มีเพียง 23 ราย หรือร้อยละ 4.9 ของสตรีที่วางแผนครอบครัวได้ทำหมัน (Sasichan Vimuktanon and Rosenfield 1971: 131)

การศึกษาในโครงการต่อเนื่องระยะยาวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และประชากร โดยสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ระหว่างปี พ.ศ. 2512 -2513 พบว่า วิธีการคุมกำเนิดที่สตรีใน เขต เมืองและ เขตชนบทกำลังใช้กันมากที่สุด ในระยะที่ทำการสำรวจ คือ การผ่าตัดทำหมัน โดยการทำหมันชายและหมันหญิงใน เขตชนบทร้อยละ 2.0 และ 13.1 ใน เขตเมืองอื่น ๆ ร้อยละ 2.7 และ 14.4 ในเขตกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 2.8 และ 18.1 ตามลำดับ (พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และ วิศิษฐ์ ประจวบเหมาะ 2518: 28)

นิพนธ์ เทพวัลย์ (2522: 16) ได้ศึกษาเปรียบเทียบเรื่อง ความรู้และการปฏิบัติด้านการวางแผนครอบครัวของสตรีไทย จากข้อมูลโครงการวิจัยต่อเนื่องระยะยาวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และประชากร ทั้งสองรอบในปี พ.ศ. 2512 - 2513 และ 2515 - 2516 กับโครงการวิจัยภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทย พ.ศ. 2518 ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยภาวะเจริญพันธุ์ของโลก (World Fertility Survey) ดำเนินการโดยสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าจากผลของการศึกษาเป็นที่น่าสังเกตว่าการทำหมันหญิง เป็นวิธีการคุมกำเนิดที่มีอัตราอยู่ในระดับที่สูงที่สุดในเขตเมืองตลอดมา ในขณะที่สัดส่วนของสตรีชนบทที่ผ่าตัดทำหมันหญิง เพิ่มสูงขึ้นช่วงเวลาเดียวกัน

ผลจากการติดตามศึกษาสถิติผู้เข้ารับบริการผ่าตัดทำหมัน ระหว่างปี พ.ศ. 2508 - 2521 ของ Boonlert Leoprapai (1979: 68) แสดงให้เห็นว่าในช่วง 7 ปีแรก การดำเนินงานของโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ จำนวนผู้รับบริการผ่าตัดทำหมันมีประมาณปีละ 15,000 ราย หรือประมาณร้อยละ 11 ของผู้รับบริการวางแผนครอบครัวทุกวิธี และนับตั้งแต่ พ.ศ. 2515 เป็นต้นมา จำนวนผู้รับบริการผ่าตัดทำหมันได้เพิ่มขึ้น กล่าวคือ จาก 32,668 ราย

ในปี พ.ศ. 2515 เป็น 49,606 ราย ในปี พ.ศ. 2516 และได้เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 62 ใน ปี พ.ศ. 2517 ในปี พ.ศ. 2521 จำนวนผู้รับบริการผ่าตัดทำหมันได้เพิ่มขึ้นถึงประมาณ 170,000 ราย และเพิ่มจากร้อยละ 11 ของการวางแผนครอบครัวทุกวิธี ระหว่างปี พ.ศ. 2508 - 2514 เป็นร้อยละ 18.9 ในปี 2521

การศึกษาเกี่ยวกับภาวะเจริญพันธุ์ ภาวะการตาย และการวางแผนครอบครัว ในประเทศไทย พ.ศ. 2522 ซึ่งทำการสัมภาษณ์หัวหน้าครัวเรือน 2,658 ราย และสตรีที่สมรส แล้ว 2,702 ราย ในส่วนที่เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดที่สตรีใช้อยู่ พบว่า ในเขตเมืองการทำหมันหญิง เป็นวิธีที่ใช้กันมากที่สุดถึงร้อยละ 29.6 รองลงมาได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 19.5 และ ท่วงอนามัย ร้อยละ 3.6 ส่วนในกลุ่มสตรีชนบท วิธีที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด การผ่าตัดทำหมันหญิง และยาฉีดคุมกำเนิด ร้อยละ 18.7, 11.8 และ 5.2 ตามลำดับ (Chulalongkorn University, Institute of Population Studies 1981: 46) สำหรับการทำหมันชาย ในการศึกษาครั้งนี้พบเพียงร้อยละ 4.0 ในเขตชนบท และร้อยละ 3.6 ใน เขตเมืองเท่านั้น

Nortman (1985: 3) ได้ศึกษาเกี่ยวกับแนวโน้มของการผ่าตัดทำหมันใน ประเทศไทย พบว่า อัตราการทำหมันของสตรีสมรสอายุระหว่าง 20 - 39 ปี มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น อัตราการทำหมันได้เพิ่มขึ้นจาก 2.6 คอตัน ในปี พ.ศ. 2513 และ 13.0 ในปี พ.ศ. 2518 มา เป็น 27 คอตัน ในปี พ.ศ. 2522 และได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วถึง 43.5 ในปี พ.ศ. 2524

จากสถิติข้อมูลที่ได้จากโครงการการสำรวจสภาวะการคุมกำเนิดในประเทศไทย รอบที่ 3 (CPS 3) ซึ่งทำการสำรวจเมื่อปี พ.ศ. 2527 แสดงให้เห็นถึงสตรีที่อายุระหว่าง 15 - 44 ปี ที่สมรสและอยู่กินกับสามี กำลังใช้วิธีการคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่งอยู่ร้อยละ 65 ใน จำนวนนี้ร้อยละ 27.9 ใช้การทำหมัน ซึ่งเป็นอัตราการใช้รายวิธีที่สูงที่สุด รองลงมา ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 19.8 ยาฉีดคุมกำเนิด ร้อยละ 7.6 ท่วงอนามัย ร้อยละ 4.9 ถุงยางอนามัย ร้อยละ 1.8 และวิธีอื่น ๆ ร้อยละ 2.6 และเมื่อนำข้อมูลที่ได้ไปเปรียบเทียบกับ การสำรวจสภาวะการคุมกำเนิดครั้งที่ผ่านมา หรือการสำรวจรอบที่สองเมื่อปี พ.ศ. 2524 พบว่า อัตราการใช้วิธีการคุมกำเนิดที่เพิ่มมากที่สุด ได้แก่ การทำหมัน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากอัตราร้อยละ 22.9 เป็นร้อยละ 27.9 โดยเฉพาะการทำหมันหญิงได้เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 86 ของการเพิ่มทั้งหมด (พิธีสิทธิ์ คำนวนศิลา และ อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์ 2528: 15)

ในปี พ.ศ. 2529 ฝ่ายวิจัยและประเมินผล กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย ได้รวบรวมสถิติผู้กำลังใช้วิธีการคุมกำเนิดในแต่ละวิธี พบว่า มีผู้กำลังใช้วิธีคุมกำเนิด อยู่ทั้งสิ้น 4,435,308 ราย โดยคิดเป็นอัตราร้อยละ 60.7 ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสทั่วประเทศ และอัตราการใช้วิธีการคุมกำเนิดรายวิธีที่สูงที่สุดคือ การทำหมัน ซึ่งมีอัตราการใช้ ร้อยละ 26.3 รองลงมาได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด และยาฉีดคุมกำเนิด ร้อยละ 15.6 และ 8.0 ตามลำดับ (กรมอนามัย 2529: 1)

สถิติล่าสุดจากการสำรวจประชากรและการอนามัยในประเทศไทย (Thai Demographic and Health Survey) ซึ่งดำเนินการโดยสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี พ.ศ. 2530 พบว่า คู่สมรสที่ภรรยาอายุ 15 - 44 ปี จำนวนร้อยละ 27.9 กำลังใช้วิธีการคุมกำเนิดโดยการทำหมัน ในจำนวนนี้ ร้อยละ 22.4 เป็นการทำหมันหญิง และ ร้อยละ 5.5 เป็นการทำหมันชาย และยังพบว่า วิธีทำหมันหญิงเป็นวิธีที่สตรีกำลังใช้กันอย่างแพร่หลายที่สุด (Chulalongkorn University, Institute of Population Studies 1988: 26)

1.2 อัตราการทำหมันในต่างประเทศ

โครงการวางแผนครอบครัวในหลายประเทศ ได้มุ่งความสนใจไปที่การทำหมัน เป็นนโยบายสำคัญ เพราะเป็นวิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพและมีอัตราความล้มเหลวต่ำกว่าวิธีการคุมกำเนิดวิธีอื่น ๆ

จากการสำรวจเกี่ยวกับภาวะเจริญพันธุ์และการวางแผนครอบครัวในเขตเมืองของประเทศคอสตาริกา ในปี พ.ศ. 2507 พบว่า สตรีสมรสอายุระหว่าง 20 - 50 ปี ร้อยละ 6.1 ทำหมันหรือมากกว่าร้อยละ 12 ของสตรีที่ใช้การวางแผนครอบครัววิธีใดวิธีหนึ่งอยู่ เลือกใช้การทำหมัน (Barrantes and McCarthy 1982: 3) ในประเทศสิงคโปร์ พบว่า เมื่อปี พ.ศ. 2516 ร้อยละ 11 ของสตรีสมรสอายุระหว่าง 15 - 44 ปี ได้รับการทำหมันแล้ว และในปี 2519 อัตรานี้ได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 17.5 (Kee 1977: 37) เช่นเดียวกับในประเทศศรีลังกาและไคมิไนกันที่พบว่า สตรีนิยมใช้วิธีการคุมกำเนิดโดยการผ่าตัดทำหมันมากที่สุด

จากการสำรวจสภาวะการคุมกำเนิด (Contraceptive Prevalence Survey) เมื่อปี พ.ศ. 2518 ของประเทศเอล ซาลวาดอร์ ซึ่งเป็นประเทศที่มีภาวะเจริญพันธุ์สูงประเทศหนึ่ง พบว่า อัตราส่วนร้อยละของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ทำหมันแล้วในเขตเมืองหลวงเท่ากับ 11.0 ในเขตเมืองอื่น ๆ เท่ากับ 7.4 ในเขตชนบทเท่ากับ 4.4 และเมื่อคิดรวมทั้งประเทศจะเท่ากับ 6.3 (Moris, et al. 1979: 47) การศึกษาในประเทศเปอร์โตริโก เมื่อ พ.ศ. 2508 พบว่า ร้อยละ 34 ของสตรีสมรสอายุระหว่าง 20 - 45 ปี ได้รับการทำหมัน และได้มีการสำรวจ (Master Sample Survey) อีกครั้งในปี พ.ศ. 2521 พบว่า หนึ่งในสามของสตรีวัยเจริญพันธุ์ได้เข้ารับการผ่าตัดทำหมันแล้ว (Presser 1978: 26-27) ในประเทศสหรัฐอเมริกา การทำหมันเป็นที่นิยมกันอย่างแพร่หลาย จากการสำรวจพบว่าร้อยละ 23 ของคู่สมรสผิวขาวและภรรยาอายุระหว่าง 20 - 44 ปี ได้ผ่าตัดทำหมันแล้ว และสองในสามของการทำหมันเป็นการผ่าตัดทำหมันชาย (Presser 1978: 36)

ผลการศึกษาในประเทศสาธารณรัฐเกาหลีซึ่งเป็นประเทศกำลังพัฒนาประเทศหนึ่งในทวีปเอเชีย พบว่า ระหว่างปี พ.ศ. 2508 - 2518 อัตราการทำหมันหญิงของสตรีสมรสอายุระหว่าง 20 - 39 ปี มีอัตราต่ำกว่า 11 ต่อพัน แต่ในช่วงปี พ.ศ. 2518 - 2520 อัตราดังกล่าวได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจนเป็น 53 ต่อพัน (Westoff, et al. 1979: 253) และการสำรวจสภาวะคุมกำเนิด (Contraceptive Prevalence Survey) ของประเทศเกาหลีเมื่อปี พ.ศ. 2522 พบว่า คู่สมรสที่กำลังใช้วิธีการคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่งมีอัตราร้อยละ 55 โดยเป็นการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดร้อยละ 7.2 ถุงยางอนามัยร้อยละ 5.2 ท่วงอนามัยร้อยละ 9.6 หมันชาย 5.9 หมันหญิง 14.5 และวิธีอื่น ๆ 12.1 ซึ่งจะเห็นได้ว่าวิธีการคุมกำเนิดที่ชาวเกาหลีนิยมมากที่สุดคือการทำหมันหญิง (Koh, et al. 1979: 97) เช่นเดียวกับในประเทศจีนที่พบว่า คู่สมรสที่ทำหมันเพิ่มขึ้นจาก 4 ล้านคน เมื่อปี พ.ศ. 2513 เป็น 36 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2521 หรือประมาณร้อยละ 30 ของคู่สมรสที่ใช้วิธีการคุมกำเนิด (Nortman 1980: 3)

Khan (1980: 111-112) ได้วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการทำหมันในประเทศอินเดีย พบว่า การทำหมันได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก จำนวนผู้มารับบริการได้เพิ่มขึ้นจาก 0.27 ล้านคนเมื่อปี พ.ศ. 2507 เป็น 1.84 ล้านคนในปี พ.ศ. 2511 และประมาณว่านับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2499 ถึง พ.ศ. 2522 มีคู่สมรสในอินเดียที่ทำหมันไปแล้วไม่ต่ำกว่า 29 ล้านคน

Ross และคณะ (1985: 4) ได้ศึกษาเกี่ยวกับอัตราการทำหมันของกลุ่มสมรส ในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก พบว่า ปี พ.ศ. 2525 มีกลุ่มสมรสที่ทำหมันแล้วในประเทศเปอร์โตริโก สหรัฐอเมริกา ปานามา ชองกง เนเธอร์แลนด์ และอังกฤษ คิดเป็นร้อยละ 46, 39, 30, 21, 20 และ 16 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาโดยส่วนรวมของประชากรโลก Nortman และ Hollerbach (1985: 1) ได้สรุปถึงความสำคัญและการยอมรับการทำหมันในระดับโลกว่า ในปี พ.ศ. 2528 มีกลุ่มสมรสมากกว่า 100 ล้านคน หรือมากกว่า 1 ใน 8 ของกลุ่มสมรสในวัยเจริญพันธุ์ ได้วางแผนครอบครัวโดยวิธีการทำหมัน ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2513 ที่มีเพียง 20 ล้านคน จึงนับได้ว่าการทำหมันได้รับความนิยม เป็นที่แพร่หลายมาก

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกใช้การทำหมัน

การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการทำหมันของสตรีและสามี ได้มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ไว้บ้างพอสมควรทั้งในประเทศและต่างประเทศ ซึ่งในการศึกษาค้างนี้จะขอพิจารณาในส่วนที่เกี่ยวข้องดังนี้

2.1 อายุ

อายุเป็นตัวแปรทางประชากรที่มีความสำคัญตัวหนึ่งที่มีผลต่อภาวะเจริญพันธุ์และการคุมกำเนิด ทั้งนี้เพราะอายุเป็นตัวกำหนดความพร้อมทางสรีระ (Nortman 1980: 5) เมื่อพิจารณาในเรื่องการทำหมัน อายุน่าจะจะเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้แต่ละบุคคลทำหรือไม่ทำหมัน เพราะการตัดสินใจเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่ง สตรีที่มีอายุน้อย มักใช้วิธีคุมกำเนิดแบบชั่วคราว เนื่องจากสตรีเหล่านี้ยังไม่มีบุตร หรือมีบุตรจำนวนน้อยกว่าที่ตนต้องการ ส่วนการคุมกำเนิดโดยวิธีการทำหมันจะได้รับความสนใจจากคู่สมรสที่มีอายุสูง มีบุตรครบตามต้องการและต้องการยุติการมีบุตร

Burnight, Veerasing Muangman และ Cook (1974: 2) ศึกษาชายไทยที่ทำหมันจากโรงพยาบาลรามธิบดีจำนวน 185 ราย พบว่า อายุของผู้ที่มาใช้บริการผ่าตัดทำหมันมีอายุตั้งแต่ 21 - 52 ปี อายุในขณะที่มาทำหมันโดยเฉลี่ยเท่ากับ 33.5 ปี

Debhanom Muangman (1980: 43-46) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบบุคคลที่
 ทำหมันและไม่ทำหมันในเขตชนบทของประเทศไทย โดยการสุ่มตัวอย่างสัมภาษณ์ชายที่ทำหมัน
 340 คน และไม่ได้ทำหมัน 300 คน จากเขตอำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง และอำเภอ
 สูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ชายที่ทำหมันมีอายุโดยเฉลี่ย 40 ปี และร้อยละ 75 มีอายุ
 ค่ำกว่า 46 ปี ขณะที่ชายที่ไม่ได้ทำหมันมีอายุโดยเฉลี่ย 38 ปี และร้อยละ 89 มีอายุค่ำกว่า
 46 ปี เมื่อศึกษาถึงอายุของภรรยาที่พบแบบแผน เช่นเดียวกัน กล่าวคือ อายุเฉลี่ยของภรรยาที่
 ทำหมันแล้วเท่ากับ 37.5 ปี และร้อยละ 86 มีอายุค่ำกว่า 46 ปี ส่วนภรรยาของชายที่ไม่ได้
 ทำหมันมีอายุโดยเฉลี่ย 34 ปี และร้อยละ 80 มีอายุค่ำกว่า 46 ปี

จากการศึกษาเรื่องการทำหมันของประชากรบ้านหนองยายพิมพ์ ตำบลหนองปล่อง
 อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยการสัมภาษณ์ 127 คู่ชีวิต จาก 133 คู่ชีวิต เมื่อ
 เดือนพฤศจิกายน 2526 ตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแรกคู่สมรสที่ภรรยาอายุไม่เกิน 49 ปี
 จำนวน 107 คู่ชีวิต และกลุ่มที่สองคู่สมรสที่ภรรยาอายุเกิน 50 ปี หรือหัวหน้าครัวเรือนหญิง
 ที่เคยสมรสแล้ว จำนวน 20 คู่ชีวิต พบว่า ในกลุ่มแรกร้อยละ 76.7 ของคู่สมรสเหล่านี้ทำหมัน
 แล้ว และอีกร้อยละ 17.8 คิดจะทำหมันแน่นอน มีเพียงร้อยละ 5.6 ไม่คิดจะทำหมัน เมื่อ
 พิจารณาในเรื่องของอายุ สามีของคู่สมรสที่ทำหมันแล้วอายุโดยเฉลี่ยสูงกว่าสามีของคู่ที่ยังไม่ได้
 ทำหมันถึง 6.4 ปี และส่วนใหญ่คือร้อยละ 56.0 ของสามีคู่ที่ยังไม่ได้ทำหมันอายุค่ำกว่า 30 ปี
 ในขณะที่สามีของคู่ที่ทำหมันแล้วมีเพียงร้อยละ 9.7 เท่านั้น สำหรับอายุของภรรยาก็พบในแบบแผน
 เช่นเดียวกันกับสามี นั่นคือ ภรรยาของคู่ที่ทำหมันแล้วมีอายุโดยเฉลี่ยสูงกว่าภรรยาคู่ที่ยังไม่ได้ทำ
 หมันประมาณ 5 ปี (พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และ นิกร ดุสิตสิน 2527: 67-74)

ในทำนองเดียวกัน เขาวรัตน์ ประภักษ์ขำ และ ทิมลพรรณ อิศรภักดี (2528: 10)
 ศึกษาปัจจัยบางประการที่มีผลต่อการยอมรับการทำหมันของคู่สมรสในเขตอำเภอนางรอง จังหวัด
 บุรีรัมย์ โดยทำการสัมภาษณ์สตรีวัยเจริญพันธุ์ อายุระหว่าง 15-49 ปี ที่แต่งงานแล้ว และกำลัง
 อยู่กินกับสามี จำนวน 643 รายเมื่อเดือนเมษายน 2527 พบว่า ร้อยละ 55.1 ของตัวอย่างกำลัง
 ใช้วิธีคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่ง ในจำนวนของการใช้วิธีคุมกำเนิดทั้งหมดร้อยละ 46.5 ใช้การทำหมัน
 และมีความแตกต่างทางอายุอย่างเห็นได้ชัดของคู่สมรสที่ใช้การทำหมัน กับการใช้การคุมกำเนิดวิธี
 อื่น ๆ คือ อายุของสตรีหรือสามีที่ใช้การทำหมันจะเป็นกลุ่มที่มีอายุสูง ประมาณร้อยละ 80 ของ
 สตรีที่ใช้การทำหมันอยู่ในกลุ่มอายุ 30 ปีขึ้นไป ในขณะที่สตรีที่ใช้วิธีการคุมกำเนิดชนิดอื่น ๆ ประมาณ

ร้อยละ 50 อยู่ในกลุ่มที่อายุต่ำกว่า 30 ปี สำหรับอายุของสามีสตรีเหล่านี้ก็มีลักษณะการกระจาย เช่นเดียวกัน แต่มีอายุเฉลี่ยสูงกว่าภรรยาเล็กน้อย

ในเขตชานเมืองกรุงเทพฯ โสภิต ม่อง เสรี (2529: 34) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการทำหมันและความคิดที่จะทำหมันของสตรีที่สมรสแล้วในเขตบางเขน บางกะปิ และมีนบุรี โดยอาศัยข้อมูลการวิจัยลักษณะทางประชากรและการใช้คืนที่เขตชานเมืองกรุงเทพฯ ซึ่งดำเนินการวิจัยโดยสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อเดือนธันวาคม 2526 มีสตรีสมรสและกำลังอยู่กินกับสามี อายุไม่เกิน 49 ปี อยู่ในข่ายการวิเคราะห์ 503 ราย พบว่า อายุของสตรีมีผลในทางบวกกับการทำหมัน กล่าวคือ เมื่ออายุสตรีเพิ่มมากขึ้น สัดส่วนของการทำหมันก็จะเพิ่มมากขึ้นด้วย สตรีที่ทำหมันร้อยละ 49.7 อายุ 35 - 44 ปี ร้อยละ 25.9 อายุ 25 - 34 ปี และประมาณร้อยละ 1.8 มีอายุต่ำกว่า 25 ปี ยกเว้นในกลุ่มอายุ 45 - 49 ปี และ 50 ปีขึ้นไป ที่อัตราร้อยละของการทำหมันลดลง ทั้งนี้อาจเป็น เพราะสตรีที่อยู่ในวัยใกล้สิ้นภาวะเจริญพันธุ์แล้ว

สำหรับในต่างประเทศ การศึกษาเกี่ยวกับการทำหมันและการใช้วิธีคุมกำเนิดของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสแล้ว ที่ประเทศญี่ปุ่น พบว่า สตรีอายุ 30 - 34 ปี ทำหมันร้อยละ 40.2 อายุ 35 - 39 ปี ร้อยละ 31.7 และประมาณร้อยละ 23 สตรีอายุต่ำกว่า 30 ปี (Koya 1963: 91) ที่ประเทศอินเดีย พบว่า ตัวแปรที่สำคัญเกี่ยวกับลักษณะของสตรีที่มารับการทำหมันและใส่ห่วง คือ อายุ ซึ่งอายุโดยเฉลี่ยของสตรีชาวอินเดียที่มาทำหมันเท่ากับ 32.2 และใส่ห่วงอนามัยเท่ากับ 29.4 ปี (Population Council 1968: 3)

ในประเทศเกาหลี จากการศึกษาชายจำนวน 410 คน ที่มารับบริการทำหมันจากโครงการวางแผนครอบครัวของรัฐเมื่อปี พ.ศ. 2512 พบว่า ร้อยละ 82 มีอายุมากกว่า 35 ปี และอายุโดยเฉลี่ยขณะที่มาทำหมันเท่ากับ 40 ปี (Hyock, et al. 1974: 141) ที่ประเทศสิงคโปร์ พบว่า อายุเฉลี่ยของสตรีที่ทำหมันในช่วงปี พ.ศ. 2513 - 2519 อยู่ระหว่าง 30-32 ปี (Kee 1977: 40) ส่วนการศึกษาของ Presser (1969: 9) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของสตรีในประเทศเปอร์โตริโก พบว่า สตรีส่วนใหญ่ทำหมันก่อนถึงอายุ 49 ปี ร้อยละสูงสุดของสตรีที่ทำหมันมีอายุระหว่าง 35 - 39 ปี คือร้อยละ 46.7 และค่าสุทธ้อยู่ที่ 18.7 สตรีอยู่ในกลุ่มอายุ 20 - 24 ปี

ในประเทศที่พัฒนาแล้วและมีอัตราการเกิดต่ำอย่างเช่นประเทศสหรัฐอเมริกา

การทำหมันได้รับความนิยมเป็นอย่างมาก กล่าวคือ หนึ่งในสี่ของกลุ่มสมรสที่คุมกำเนิดใช้วิธีการ
ทำหมัน ยืนยันว่าอายุกลุ่มสมรสที่ทำหมันโดยเฉลี่ยเท่ากับ 35.4 ปี ขณะที่อายุเฉลี่ยของสตรีที่กิน
ยาคุมกำเนิดเท่ากับ 26.8 และใส่ห่วงอนามัยเท่ากับ 29.9 ปี (Nortman 1980: 7)

นอกจากนั้น Nortman (1980: 6) ได้ใช้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำหมันในประเทศโคลัมเบีย ชองกง
อินโดนีเซีย มาเลเซีย และฟิลิปปินส์ มารวบรวมพบว่า อายุโดยเฉลี่ยของสตรีขณะที่ทำหมันใน
ประเทศเหล่านั้นเท่ากับ 33.6, 33.9, 37, 32.8 และ 31.4 ตามลำดับ

จากการศึกษาผลงานวิจัยที่กล่าวมาพอจะสรุปได้ว่า สตรีที่มีอายุในช่วงกลาง
วัยเจริญพันธุ์ จะนิยมใช้วิธีคุมกำเนิดด้วยการทำหมันมากกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือน้อยกว่า ทั้งนี้
อาจเนื่องจากผู้ที่อยู่ในช่วงกลางวัยเจริญพันธุ์ยังคงมีระยะเวลาให้กำเนิดบุตรได้อีกหลายปี จึง
พยายามที่ยุติการมีบุตรเมื่อตนเองมีบุตรตามที่ต้องการแล้วด้วยวิธีการผ่าตัดทำหมันเสีย ในขณะที่
ผู้ที่มีอายุมากกว่าใกล้จะหมดวัยเจริญพันธุ์แล้ว และผู้ที่มีอายุต่ำกว่ายังคงไม่ต้องการยุติการมีบุตร
หรือยังมีจำนวนบุตรไม่ครบตามที่ตนต้องการ

2.2 จำนวนบุตรที่มีชีวิต

จำนวนบุตรที่มีชีวิตน่าจะ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้แต่ละบุคคลทำหรือไม่ทำหมัน
เนื่องจากโดยทั่วไปบุคคลจะตัดสินใจทำหมันก็ต่อเมื่อไม่ต้องการมีบุตรอีกต่อไป หรือมีบุตรครบตาม
ที่ต้องการแล้วทั้งใน เรื่องจำนวนบุตรและเพศบุตร

พุง กลันทกพันธุ์ (2519: 64) ศึกษาชาย 1,000 คนที่ทำหมันในระหว่าง
พ.ศ. 2509 ถึง พ.ศ. 2518 พบว่าร้อยละ 42.4 ของชายที่ทำหมันมีบุตร 2 - 3 คน และ
ร้อยละ 57.6 มีบุตรมากกว่า 3 คน ในทำนองเดียวกัน จรรยา เศรษฐบุตร และ บุญเลิศ
เดี่ยวประไพ (2521: 16) ศึกษาผู้ที่มารับบริการทำหมันชาย จากโรงพยาบาลรามารามิต
ระหว่างเดือนสิงหาคม 2517 ถึงเดือนมีนาคม 2519 จำนวน 466 ราย พบว่า ครอบครัวที่ทำ
หมันชายส่วนใหญ่จะมีบุตรเพียง 2 หรือ 3 คน จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยคือครอบครัวประมาณ

3.2 คน

Debhanom Muangman (1980: 39) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบบุคคลที่ทำหมันและไม่ทำหมันในเขตชนบทของประเทศไทย โดยการสุ่มตัวอย่างสัมภาษณ์ชายที่ทำหมัน 340 คน และไม่ได้ทำหมัน 300 คน จากเขตอำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง และอำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา พบว่า จำนวนบุตรที่มีอยู่จริงของผู้ที่ทำหมันโดยเฉลี่ยเท่ากับ 3.3 คน ขณะที่ผู้ที่ไม่ทำหมันมีบุตรโดยเฉลี่ย 4 คน

พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และ บัญญา ดาวจรัสแสงชัย (2525: 18) ศึกษาสตรีอายุไม่เกิน 49 ปี ที่สมรสแล้วและกำลังอยู่กับสามี ขณะสำรวจไม่ได้ตั้งครรภ์ จำนวน 1,486 คู่ โดยใช้ข้อมูลสำรวจภาวะเจริญพันธุ์ การวางแผนครอบครัวและการตายในชนบท พ.ศ. 2522 ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่ทำหมันและไม่ทำหมัน พบว่า จำนวนบุตรเกิดรอดและจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ของสตรีไม่ค่อยมีผลหรืออิทธิพลต่อการทำหมัน กล่าวคือ สตรีที่มีบุตรเกิดรอดและบุตรที่มีชีวิตอยู่ต่ำกว่า 3 คน และ 3 คนขึ้นไป ทำหมันในอัตราร้อยละ 18.6 และ 16.7 ซึ่งไม่แตกต่างกันมากนัก

จากการศึกษาของ เขาวรัตน์ ประภักษ์ขาม และ ทิบลพรรณ อิศรภักดี (2528: 10) ในเรื่องเกี่ยวกับปัจจัยบางประการที่มีผลต่อการยอมรับการทำหมันของคู่สมรส ในเขตอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อปี พ.ศ. 2527 มีสตรีวัยเจริญพันธุ์อายุระหว่าง 15 - 49 ปี ที่แต่งงานอยู่กับสามีตกเป็นตัวอย่าง จำนวน 643 ราย พบว่าสตรีที่คุมกำเนิดด้วยวิธีทำหมันมีจำนวนเฉลี่ยของบุตรที่มีชีวิตอยู่สูงกว่าจำนวนบุตรเฉลี่ยของผู้ที่ใช้วิธีอื่น ๆ สตรีที่ทำหมันมีบุตรที่มีชีวิตเฉลี่ย 4.22 คน ส่วนสตรีที่ใช้วิธีการคุมกำเนิดวิธีอื่น ๆ มีบุตรที่มีชีวิตเฉลี่ย 3.05 คน และยังพบว่าปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่มีผลต่อการทำหมันคือจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่

ฝ่ายประ เภ็นผล กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย ได้สรุปลักษณะผู้รับบริการทำหมันจากการสุ่มตัวอย่างมีครันติกประจำตัวของผู้รับบริการทำหมันชายและหญิงที่มาใช้บริการของรัฐในปี พ.ศ. 2528 ทั่วประเทศ ได้ตัวอย่างการทำหมันชาย 1,713 ราย และหมันหญิง 2,697 ราย พบว่าผู้รับบริการทำหมันชายและหมันหญิงมีจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่เมื่อมารับบริการโดยเฉลี่ยประมาณ 3 คน (กรมอนามัย 2529: 2) นอกจากนี้ สุวัฒนา วิบูลย์เศรษฐ์ (2529: 30-31) ได้ทำการศึกษาสตรีที่มาใช้บริการทำหมัน โดยจัดเก็บข้อมูลจากสตรีที่มาใช้บริการในเดือนพฤศจิกายน 2528 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2529 จำนวน 820 ราย พบว่า สตรีที่มาใช้บริการมีบุตรจำนวนน้อย คือ

ร้อยละ 35.6 มีบุตร 1 - 2 คน และร้อยละ 37.7 มีบุตร 3 คน ส่วนสตรีที่มีบุตร 5 คนขึ้นไป มีเพียงร้อยละ 12.8 เท่านั้น เมื่อคิดโดยเฉลี่ยแล้วสตรี 1 คน จะมีบุตรประมาณ 3.2 คน

สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับจำนวนบุตรของผู้รับบริการทำหมันในต่างประเทศที่ประเทศญี่ปุ่น Koya (1963: 92) พบว่า 3 ใน 4 ของสตรีที่ทำหมันมีบุตรที่มีชีวิต 3 คนขึ้นไป และจำนวนบุตรโดยเฉลี่ยขณะทำหมันเท่ากับ 3.4 คน ในประเทศปากีสถาน Siddigi และ Sadik (1969) ได้รายงานจากจำนวนตัวอย่างผู้รับบริการทำหมันชายทั่วประเทศว่า จำนวนบุตรที่มีชีวิตโดยเฉลี่ยของผู้มาทำหมันประมาณ 5 คนซึ่งค่อนข้างสูง เมื่อเปรียบเทียบกับในสหรัฐอเมริกา ซึ่ง Presser (1970: 20) ได้รายงานไว้ว่าผู้รับบริการทำหมันชายจะมีจำนวนบุตรโดยเฉลี่ยเพียง 3.6 คนเท่านั้น

Nortman (1978: 20) ได้รายงานเปรียบเทียบจำนวนบุตรที่มีชีวิตในประเทศปากีสถานตะวันตกและที่รัฐกุชรัฐ ประเทศอินเดีย ระหว่างปี พ.ศ. 2510 - 2511 พบว่าผู้รับบริการทำหมันชายในปากีสถานตะวันตกมีจำนวนบุตรที่มีชีวิตโดยเฉลี่ย 4.8 คน ส่วนที่กุชรัฐนั้นผู้รับบริการทำหมันชายมีจำนวนบุตรที่มีชีวิตโดยเฉลี่ย 4.6 คน ต่อมา Nortman (1980: 3) ได้ใช้ข้อมูลจากหลายประเทศ เปรียบเทียบกันพบว่า ในประเทศที่อัตราการเจริญพันธุ์สูงครอบครัวยังคงต้องการมีบุตรอย่างน้อย 4 คนก่อน จึงจะตัดสินใจคุมกำเนิดด้วยวิธีถาวร เช่น ประเทศอินโดนีเซีย คู่สมรสจะตัดสินใจทำหมันเมื่อมีบุตรโดยเฉลี่ย 5 คน ประเทศมาเลเซีย 4.8 คน และประเทศโคลัมเบีย 4.9 คน นอกจากนั้นจำนวนบุตรเฉลี่ยของผู้ที่ทำหมันยังสูงกว่าจำนวนบุตรเฉลี่ยของคู่สมรสที่คุมกำเนิดด้วยวิธีอื่น ๆ เช่น ในประเทศฟิลิปปินส์ จำนวนบุตรที่มีชีวิตของผู้โดยเฉลี่ยของผู้ที่ทำหมันเท่ากับ 4.1 คน ขณะที่ผู้ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดมีบุตรโดยเฉลี่ย 2.5 คน และใส่ห่วงอนามัย 2.6 คน

จึงพอสรุปได้ว่า คู่สมรสส่วนใหญ่จะมีจำนวนบุตรที่มีชีวิตประมาณ 3 - 4 คนเสียก่อน จึงใช้วิธีคุมกำเนิดแบบการทำหมัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการทำหมันเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ สามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้มากกว่าวิธีอื่น ๆ และทำเพียงครั้งเดียวสามารถป้องกันได้ตลอดไป

2.3 การศึกษา

ระดับการศึกษาของประชากรนับว่ามีความสำคัญต่อการเรียนรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติเกี่ยวกับการคุมกำเนิดอย่างยิ่ง เนื่องจากผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมักจะมีโอกาสในการที่จะค้นคว้า ศึกษาหาความรู้ในเรื่องที่สนใจหรือได้รับประสบการณ์จากการเป็นผู้อ่านได้มาก และคิดว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำหรือไม่เคยได้รับการศึกษาเลย ดังนั้นหากผู้มีการศึกษารู้สึกสนใจในเรื่องการคุมกำเนิดก็จะมีโอกาสรับความรู้ โดยวิธีใดก็ตามได้ดีกว่า จนกระทั่งสามารถที่จะลบล้างความเชื่อที่ผิด ๆ ได้

Burnight และคณะ (1974: 3-4) ศึกษาชายไทยที่ทำหมันจากโรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 185 ราย พบว่า ส่วนใหญ่ของผู้มารับบริการผ่าตัดทำหมันชาย ร้อยละ 39 สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และมีจำนวนเกินกว่าครึ่งหนึ่งที่สำเร็จการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป ผู้ที่สำเร็จการศึกษาดังแต่มีมัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไปมีประมาณร้อยละ 23.3 และผู้ไม่เคยได้รับการศึกษามีเพียงร้อยละ 1.6 เท่านั้น สำหรับทางด้านการศึกษาของภรรยาทั้งหมดแบบแผนใกล้เคียงกัน กล่าวคือ ส่วนใหญ่ภรรยาของชายที่มารับบริการผ่าตัดทำหมันชาย ร้อยละ 53.5 สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และร้อยละ 32.4 สำเร็จการศึกษาดังแต่ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นขึ้นไป มีเพียงร้อยละ 3.8 เท่านั้นที่ภรรยาไม่ได้รับการศึกษา

จิรพัฒน์ โพธิ์ห้วง (2523: 31) ศึกษาลักษณะทางประชากรและความสัมพันธ์เพศของผู้ชายไทยที่ทำหมันและยังไม่ได้ทำหมัน โดยเก็บข้อมูลจากผู้ที่มาติดต่อขอคำแนะนำเกี่ยวกับการทำหมันชายและผู้ที่มาใช้บริการผ่าตัดทำหมันชาย ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างปี พ.ศ. 2519 - 2521 จำนวน 811 ราย พบว่า ร้อยละ 70.5 สำเร็จการศึกษาไม่เกินมัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 19.7 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 4 ถึงอนุปริญญา และร้อยละ 9.4 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ส่วนการศึกษาของภรรยาของชายที่ตกเป็นตัวอย่าง พบว่า มีการศึกษาค่อนข้างต่ำคือร้อยละ 53.0 สำเร็จการศึกษาไม่เกินชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และร้อยละ 24.7 สำเร็จการศึกษาสูงกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 แต่ไม่เกินมัธยมศึกษาปีที่ 3

จากการศึกษาเปรียบเทียบผู้ที่ทำหมันและไม่ทำหมัน ศิขิต ศัทพ์เทพสมบัติ และปัญญา คาวจรัสแสงชัย (2525: 13) ได้ใช้ข้อมูลจากโครงการสำรวจภาวะเจริญพันธุ์ การวางแผน

หอสมุดกลาง สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ครอบครัว และภาวะการตายในชนบท พ.ศ. 2522 ศึกษาผู้สมรสที่ภรรยาอายุไม่เกิน 49 ปี กำลังอยู่กับสามีและไม่ตั้งครรภ์ขณะสำรวจ จำนวน 1,486 คู่ พบว่า ระดับการศึกษาของสามีและภรรยาทำให้เกิดความแตกต่างในเรื่องการทำหมันแต่ไม่มากนัก กล่าวคือ สตรีที่มีการศึกษาภาคบังคับขึ้นไปทำหมันร้อยละ 18.7 ในขณะที่สตรีที่มีการศึกษาค่ากว่า ทำหมันร้อยละ 15.7 ซึ่งแตกต่างกันเพียงร้อยละ 3 เท่านั้น

สุวัฒนา วิบูลย์เศรษฐ์ (2529: 30) ได้ทำการศึกษาสตรีที่มารับบริการทำหมัน หลังคลอดจากโรงพยาบาลทั่วประเทศที่มีพยาบาลที่ได้รับการอบรมให้ทำหมัน โดยจัดเก็บข้อมูลจากสตรีที่มารับบริการในเดือนพฤศจิกายน 2528 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2529 จำนวน 820 คน พบว่า สตรีที่มารับบริการทำหมันส่วนใหญ่หรือร้อยละ 74.2 สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษาปีที่ 4 รองลงมาร้อยละ 11.0 จบการศึกษาค่ากว่าประถมศึกษาปีที่ 4 และมีเพียงร้อยละ 2.4 ที่มีการศึกษาในระดับวิทยาลัยหรือมหาวิทยาลัย

ในการศึกษาการทำหมันชายของประชากรในเขตอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อเดือนมิถุนายน ถึงเดือนสิงหาคม 2527 โดยการสัมภาษณ์ตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแรกชายที่ทำหมันแล้วจำนวน 53 ราย และกลุ่มที่สองชายที่อายุระหว่าง 25 - 49 ปี กำลังอยู่กับภรรยา และมีบุตรน้อยกว่า 3 คน ปัจจุบันตนเองและภรรยายังไม่ได้ทำหมัน จำนวน 201 ราย พบว่า ระดับการศึกษาของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันแต่ไม่มากนัก กล่าวคือชายที่ทำหมันแล้วส่วนใหญ่ ร้อยละ 88.7 สำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และมีเพียงร้อยละ 4.0 ที่สำเร็จการศึกษาสูงกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ในขณะที่ชายที่ยังไม่ได้ทำหมันสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 94.3 และสำเร็จการศึกษาสูงกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 1.9 (Amara Soonthorndhada 1987: 9)

ส่วนทางด้านความคิดเห็นต่อการทำหมันและความตั้งใจที่จะทำหมันในอนาคตนั้น จากการศึกษาของ พิษิต พิทักษ์เทพสมบัติ (2525: 137) ที่ได้ศึกษาสตรีที่สมรสแล้ว และกำลังอยู่กับสามี จำนวน 302 คน โดยใช้ข้อมูลโครงการวิจัยเรื่อง สถานภาพ บทบาท ของสตรีกับการพัฒนาและภาวะเจริญพันธุ์มาศึกษาถึงความคิดที่จะทำหมันในอนาคต พบว่า การศึกษาของสตรีมีผลในทางบวกต่อความคิดที่จะทำหมันในอนาคต กล่าวคือ สตรีที่มีการศึกษาค่ากว่าประถมศึกษาคิดจะทำหมันเพียงร้อยละ 40.9 เท่านั้น และอัตราส่วนนี้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 62.5 และ 70.6 เมื่อสตรีสำเร็จการศึกษาชั้นประถมศึกษาและมัธยมศึกษาขึ้นไปตามลำดับ

สำหรับการศึกษาเรื่องนี้ในต่างประเทศ เช่น ที่ประเทศญี่ปุ่น Koya (1963: 88) ศึกษาสตรีที่ทำหมันแล้วจำนวน 338 ราย พบว่า ระดับการศึกษาของสตรีที่ทำหมันส่วนใหญ่ สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา คือ ร้อยละ 63.8 รองลงมาร้อยละ 34.4 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และที่สำเร็จการศึกษาระดับอุดมศึกษามีเพียงร้อยละ 1.8 เท่านั้น

การศึกษาในประเทศจีน พบว่า ชายที่มารับบริการทำหมันชายจากสถานบริการของรัฐบาลในช่วงเดือนสิงหาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2512 จำนวน 410 ราย ส่วนใหญ่หรือร้อยละ 75.2 สำเร็จการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา (Hyock, et al. 1974: 141) ส่วนในสหรัฐอเมริกา ระดับการศึกษาของภรรยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหมันชาย กล่าวคือ สตรีที่สามีทำหมันชายจะมีการศึกษาสูงกว่าสตรีที่สามีไม่ได้ทำหมันชาย แต่กลับพบว่าสตรีที่ทำหมันหญิงจะมีการศึกษาค่ำกว่าสตรีที่ไม่ทำหมันหญิง (Bumpass and Presser 1972: 541)

Klinger (1981: 329) ได้รายงานสัดส่วนของสตรีที่ทำหมันจำแนกตามการศึกษา โดยแบ่งออกเป็นผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา การศึกษาชั้นประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอุดมศึกษา ของสตรีในประเทศไทยมีสัดส่วนเป็น 5.3, 7.6, 12.9 และ 10.0 ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบกับสตรีในประเทศฟิลิปปินส์ สัดส่วนของการทำหมันจำแนกตามระดับการศึกษาจะเป็น 2.3, 3.8, 6.9 และ 9.8 ตามลำดับ และในประเทศคออสตาริกา จากการสำรวจสภาวะการคุมกำเนิด (Contraceptive Prevalence Survey) เมื่อปี พ.ศ. 2521 พบว่า ร้อยละ 8.3 ของสตรีอายุ 15 - 44 ปี ได้ทำหมันแล้ว และระดับการศึกษาของสตรีที่ทำหมันแล้วมีความแตกต่างกันไม่มากนัก กล่าวคือ ร้อยละ 32.3 ของสตรีที่ทำหมันไม่ได้รับการศึกษา ในขณะที่สตรีที่ทำหมันร้อยละ 29.6, 30.2 และ 23.1 ได้รับการศึกษาในชั้นเรียน 1 - 5 ปี 6 - 9 ปี และ 10 ปีขึ้นไปตามลำดับ (Barrantes and McCarthy 1982: 7)

2.4 อาชีพ

อาชีพเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงระดับรายได้และฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ซึ่ง George B. Simons ได้กล่าวว่า เศรษฐกิจจะเป็นปัจจัยสำคัญที่มีส่วนกำหนดการคุมกำเนิดโดยวิธีทำหมัน ซึ่งคู่สามีภรรยาจะเป็นผู้กำหนดจำนวนบุตรตามที่ตนเองต้องการ หรือละเว้นทั้งการมีบุตร ทั้งนี้เพราะเศรษฐกิจของครอบครัว เป็นปัจจัยกำหนดขนาดของครอบครัวด้วย

(Newman and Klein (eds) 1978: 187) อีกทั้งผู้ที่จะใช้วิธีคุมกำเนิดจำเป็นจะต้องเลือก
ใช้วิธีที่เหมาะสมกับฐานะทางเศรษฐกิจของตนเอง เพราะการใช้วิธีคุมกำเนิดบางวิธีต้องเสีย
ค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งอาจจะเป็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการ หรือค่าใช้จ่ายในการซื้ออุปกรณ์
ในการคุมกำเนิดหรือทั้งสองอย่าง จึงทำให้ผู้ที่มิมีฐานะทางเศรษฐกิจสูงสามารถเลือกวิธีคุมกำเนิด
ได้มาก และสามารถเลือกวิธีที่ตนพอใจได้มากกว่า

มนัสวี อุณพันธ์ (2508: 22) ศึกษาสตรีที่มาใช้บริการทำหมันหญิงจากโรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์ ศิริราช หัวเฉียว และวชิรพยาบาล รวม 4 แห่ง ระหว่างปี พ.ศ. 2505 - 2507
พบว่า อัตราส่วนร้อยละของสตรีที่สามีเป็นข้าราชการทหาร ตำรวจ ที่มาใช้บริการทำหมันเท่ากับสตรี
ที่สามีเป็นกรรมการรับจ้างและช่างฝีมือคือ ร้อยละ 26 นอกนั้นสามีเป็นผู้ประกอบการเกษตร
ร้อยละ 15 และเป็นผู้ประกอบการค้าร้อยละ 13

จรรยา เศรษฐบุตร และ บุญเลิศ เลี้ยวประไพ (2521: 11) ศึกษาชายที่ทำหมัน
แล้ว 466 ราย พบว่า ร้อยละ 18 ประกอบอาชีพเสมียน พนักงาน หรือพนักงานขาย ร้อยละ 17
เป็นชาวไร่ชาวนา และร้อยละ 15 ปฏิบัติงานวิชาการทั่ว ๆ ไป ส่วนภรรยาของชายที่ทำหมันส่วน
ใหญ่จะเป็นแม่บ้าน ในทำนองเดียวกัน จากการศึกษาของ จิรพัฒน์ โพธิ์ห้วง (2523: 32) ที่ศึกษา
ผู้มารับบริการผ่าตัดทำหมันชาย จากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างปี พ.ศ. 2519 - 2521
จำนวน 811 ราย พบว่า ส่วนใหญ่ชายที่ทำหมันทำงานในด้านการผลิตหรือเป็นคนงานในโรงงาน
อุตสาหกรรม ร้อยละ 31.6 รองลงมาเป็นผู้ทำงานวิชาชีพ ทำงานบริการ และทำงานในการขนส่ง
ร้อยละ 13.2, 12.6 และ 12.1 ตามลำดับ ส่วนอาชีพของภรรยาชายที่ทำหมัน พบว่า ร้อยละ
55.4 อยู่บ้านเฉย ๆ ไม่ได้ทำงานทำ รองลงมาได้แก่ ผู้ประกอบอาชีพในโรงงานอุตสาหกรรม
และทำงานเกี่ยวกับวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 12.2 และ 10.1 ตามลำดับ

จากการสรุปลักษณะผู้ที่มาใช้บริการทำหมัน ประจำปี 2528 โดยการสุ่มตัวอย่างจาก
บัตรบันทึกประจำตัวของผู้มารับบริการทำหมันชายและหญิง ที่มาใช้บริการจากสถานบริการของรัฐ
ในท่วงปี พ.ศ. 2528 ทั่วประเทศ จำนวนตัวอย่าง 2,697 ราย สำหรับผู้มารับบริการทำหมันหญิง
และ 1,713 ราย สำหรับผู้มารับบริการทำหมันชาย ในด้านอาชีพ พบว่า อาชีพของผู้รับบริการทั้ง
หมันหญิงและหมันชายไม่แตกต่างกันมากนัก กล่าวคือ ร้อยละ 55.2 ของผู้รับบริการทำหมันหญิงและ
ร้อยละ 58.4 ของผู้รับบริการทำหมันชาย ประกอบอาชีพทางการเกษตรกรรมและประมง
(กรมอนามัย 2529: 2)

ในด้านความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับความคิดที่จะทำหมั้นนั้น จากการศึกษาของ คิชิต ทิทัษ เทพสมบัติ (2527: 6) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความคิดที่จะทำหมั้นในอนาคตรองสตรีที่ สมรสแล้วอายุไม่เกิน 49 ปี และกำลังอยู่กับสามีและยังไม่ได้ทำหมั้น จำนวน 224 คนในเขต จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า สตรีที่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรมหรือสามีประกอบอาชีพ เกษตรกรรม คิดที่จะทำหมั้นในอัตราส่วนที่ต่ำกว่าสตรีที่ประกอบอาชีพที่ไม่ใช่ เกษตรกรรม และยังพบว่าอาชีพของสามี ต่อความคิดที่จะทำหมั้นของสตรีมากกว่าอาชีพของสตรีเอง สตรีที่ทำหรือไม่ได้ทำกิจกรรม เสริม รายได้นอกเหนือจากอาชีพหลัก ซึ่งได้แก่ การทำนา คิดที่จะทำหมั้นในอัตราส่วนที่ใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 36 และร้อยละ 37 ในทำนองเดียวกัน ไสภิต ม่วง เสรี (2529: 60) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการทำหมั้นและความคิดที่จะทำหมั้นของสตรีเขตชานเมือง กรุงเทพฯ เมื่อปี พ.ศ. 2529 พบว่า อาชีพของสตรีมีผลต่อความคิดที่จะทำหมั้น กล่าวคือ สตรีที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับวิชาชีพคิดจะ ทำหมั้นสูงสุดถึงร้อยละ 65.7 รองลงมาได้แก่ กลุ่มสตรีที่ประกอบอาชีพงานช่าง หรือกระบวนการผลิตและกรรมกร ร้อยละ 61.7 และต่ำสุดในกลุ่มสตรีอาชีพที่ปฏิบัติเกี่ยวกับการค้าคิดที่จะ ทำหมั้นร้อยละ 44.2 เท่านั้น

การศึกษาเรื่องนี้ในต่างประเทศ เช่น ที่ประเทศญี่ปุ่น พบว่า สตรีที่มา ทำหมั้นเป็นสตรีที่สามีประกอบอาชีพรับราชการ ลูกจ้างบริษัท และเสมียน ประมาณร้อยละ 29.4 อาชีพค้าขายร้อยละ 18.6 อาชีพช่างฝีมือในโรงงานอุตสาหกรรม ร้อยละ 18.1 อาชีพ เกษตร กรรม ร้อยละ 13.6 รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 12.7 และต่ำสุดสามีมีอาชีพทนายความและ นักวิชาการ ร้อยละ 6.5 (Koya 1963: 90) นอกจากนี้ จากการศึกษาชายจำนวน 410 คน ที่ทำหมั้นในประเทศเกาหลีเมื่อปี 2512 พบว่า ชายที่ทำหมั้นส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกี่ยวกับการค้า คือร้อยละ 29.1 รองลงมาประกอบอาชีพกรรมกรรับจ้างและเสมียน ร้อยละ 22.3 และ 13.1 ตามลำดับ (Hyock, et al. 1974: 141-142) และที่ประเทศอินเดีย Thakor และ Patel (1972: 189) พบว่า ผู้ที่ได้รับการผ่าตัดทำหมั้นชายในรัฐคุชราต ประมาณร้อยละ 40 ประกอบ อาชีพรับราชการ ประมาณร้อยละ 27 ประกอบอาชีพเกี่ยวกับการเพาะปลูกหรือคนงานในกิจการ เกษตร และประมาณร้อยละ 25 ประกอบอาชีพค้าขาย

จากการศึกษามีปัจจัยทางด้านอาชีพจากงานวิจัยต่าง ๆ จะเห็นได้ว่า สตรีหรือสามีที่มีอาชีพไม่ใช่งานเกษตรกรรม จะนิยมใช้วิธีคุมกำเนิดด้วยการทำหมันมากกว่า สตรีหรือสามีที่มีอาชีพทางการเกษตรกรรม ซึ่งสาเหตุสำคัญน่าจะเป็นเพราะว่าผู้ที่ประกอบอาชีพไม่ใช่งานเกษตรกรรมตระหนักถึงภาระในการเลี้ยงดูบุตร ซึ่งตนเองจะต้องออกไปทำงานนอกบ้านด้วย และรวมทั้งภาระค่าใช้จ่าย ตลอดจนรู้จักถึงการจำกัดขนาดครอบครัวได้เหมาะสมมากกว่ากลุ่มอาชีพเกษตรกรรม

2.5 รายได้

การที่บุคคลมีรายได้สูงขึ้นก็มีผลทำให้มีการหันมาใช้การคุมกำเนิด เมื่อรายได้จะสร้างความปลอดภัยของบุคคลให้สูง สร้างระดับความต้องการให้สูงขึ้น และให้คุณค่าชีวิตสูงขึ้น แม้จะมีความเข้าใจกันว่าเมื่อบุคคลมีรายได้สูงขึ้นอาจจะไม่ต้องการคุมกำเนิดภาวะเจริญพันธุ์ โดยพยายามเลิกใช้การคุมกำเนิดและต้องการมีบุตรเพิ่มตามฐานะทางเศรษฐกิจ การพิจารณาบุคคลที่ยอมรับการคุมกำเนิด เมื่อมีฐานะทางเศรษฐกิจสูงขึ้น ควรได้มองรายได้ที่สูงขึ้นนั้น เปรียบเทียบกับสถานะเศรษฐกิจในอดีตสมัยบิดามารดา ถ้าสถานะเศรษฐกิจในอดีตมีบรรยากาศแจ่มใส ความปรารถนาความต้องการของบุคคลก็จะสูง และเมื่อบุคคลนำมาเปรียบเทียบกับรายได้ในปัจจุบัน ถ้าประสบการณ์ของบุคคลเห็นว่าสถานะรายได้ในอดีตสูงกว่าสถานะในปัจจุบัน บุคคลจะสร้างและสะสมให้ตนบรรลุตามที่ปรารถนา ดังนั้น การยอมรับการคุมกำเนิดภาวะเจริญพันธุ์จึงน่าจะเป็นผลตามมา (สันหัต เสริมศรี และ ปราโมทย์ ประสาทกุล 2525: 106)

สงัด เปล่งวานิช และ บณีสวี อุณหัณฑ์ (2506: 308) ศึกษาคุณลักษณะของสตรีที่ได้รับการทำหมันจากโรงพยาบาล 49 แห่งในประเทศไทย โดยทำการคัดเลือกสตรีที่รับบริการทำหมันในเดือนตุลาคมถึงเดือนธันวาคม 2505 จากโรงพยาบาลทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค จำนวน 729 ราย พบว่า รายได้ของครอบครัวสตรีผู้มารับบริการทำหมันส่วนใหญ่ประมาณ 2 ใน 3 หรือร้อยละ 66 มีรายได้อยู่ในระหว่าง 500 - 1,000 บาทต่อเดือน สตรีที่ครอบครัวมีรายได้สูงกว่า 2,000 บาทมีอยู่เพียงร้อยละ 5 เท่านั้น ส่วนครอบครัวที่มีรายได้ต่ำกว่า 500 บาทมีอยู่ร้อยละ 13 ต่อมา บณีสวี อุณหัณฑ์ (2508: 16) ได้ทำการศึกษาสตรีจำนวน 10,314 ราย ที่มารับบริการทำหมันจากโรงพยาบาลในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคจำนวน 59 แห่ง ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2505 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2507 พบว่า ในส่วนของรายได้ร้อยละ 78.5 ของครอบครัวสตรีผู้มารับบริการทำหมันมีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาทต่อเดือน และ

ร้อยละ 53.3 มีรายได้ต่ำกว่า 800 บาทต่อเดือน ครอบครัวที่มีรายได้เกิน 2,000 บาทต่อเดือน มีอยู่เพียงร้อยละ 7 เท่านั้น และจากการศึกษาของ สุกานดา สุวณิชชาติ (2521: 12) ที่ทำการ ศึกษาเปรียบเทียบลักษณะสตรีที่ใช้วิธีคุมกำเนิดแบบชั่วคราวและแบบถาวรในสตรีที่มีบุตรเพียงพอแล้ว พบว่า สตรีที่ใช้วิธีคุมกำเนิดแบบถาวรหรือการทำหมันมีรายได้ในครอบครัวต่อเดือน 1,000 - 1,999 บาท มากที่สุด คือร้อยละ 38.3 รองลงมา ได้แก่ กลุ่มรายได้ 2,000 - 2,999 บาท ร้อยละ 24.4 และกลุ่มที่มีรายได้ 3,000 - 4,999 บาท ประมาณร้อยละ 32.5

จรรยา เศรษฐบุตร และ บุญเลิศ เลี้ยวประไพ (2521: 14) ศึกษาชาย ที่ทำหมันแล้วจำนวน 466 ราย พบว่า ประมาณหนึ่งในสามของผู้ให้สัมภาษณ์มีรายได้เฉลี่ยของ ครอบครัวประมาณเดือนละ 1,000 - 1,999 บาท ผู้ที่มีรายได้ต่ำมากคือน้อยกว่าเดือนละ 500 บาท มีร้อยละ 13 ส่วนที่มีรายได้จัดว่าค่อนข้างสูงคือตั้งแต่ 3,000 บาทขึ้นไป มีประมาณ ร้อยละ 18 และที่มีรายได้มากเป็นพิเศษคือมากกว่า 6,000 บาทต่อเดือน มีเพียงร้อยละ 5 โดยเฉลี่ยผู้ที่ทำหมันมีรายได้ค่อนข้างสูงกว่ารายได้เฉลี่ยต่อหัวทั่วประเทศ

พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และ บัญญา ดาวจรัสแสงชัย (2525: 12) ได้ศึกษา บังคับที่มีผลต่อการทำหมันของคู่สมรสใน เขตชนบทของประเทศไทย พบว่า สตรีที่มีฐานะทาง เศรษฐกิจปานกลางหรือสูงทำหมันมากกว่าผู้ที่มีฐานะยากจนถึงร้อยละ 8.1 กล่าวคือ สตรีที่ทำหมัน ร้อยละ 23.6 มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลางหรือสูง ในขณะที่ร้อยละ 15.5 มีฐานะยากจน

นอกจากนี้ ไสภิต ม่องเสรี (2529: 47-67) ได้ศึกษาบังคับที่มีอิทธิพลต่อ การทำหมันและความคิดที่จะทำหมันของสตรีที่สมรสแล้วใน เขตชนานเมือง กรุงเทพฯ พบว่า รายได้ ของครอบครัวมีผลในทางบวกต่อการทำหมัน เมื่อรายได้ของครอบครัวเพิ่มขึ้นสัดส่วนของการทำหมัน ก็จะมีเพิ่มมากขึ้นด้วย ดังเช่น รายได้ 4,000 - 6,000 บาท, 6,001 - 8,000 บาท, 8,001 - 10,000 บาท และ 10,000 บาทขึ้นไป มีการทำหมันเพิ่มขึ้นในอัตราร้อยละ 33.0, 39.4, 34.0 และ 43.9 ตามลำดับ สำหรับทางด้านความคิดที่จะทำหมันของสตรีก็พบแบบแผน เช่นเดียวกันคือ สตรีที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 2,000 บาท คิดทำหมันค่าสุร้อยละ 45.5 เมื่อรายได้ของครอบครัวเพิ่มขึ้นเป็น 2,001 - 4,000 บาท 4,001 - 6,000 บาท, 6,001 - 8,000 บาท และ 8,001 - 10,000 บาท ความคิดที่จะทำหมันได้เพิ่มขึ้นในอัตรา ร้อยละ 47.9, 52.1, 57.5 และ 67.7 ตามลำดับ

จากงานวิจัยต่าง ๆ ดังกล่าว จะเห็นได้ว่ากลุ่มผู้ที่ระดับรายได้สูง จะมีอัตราการทำหมันสูงกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าผู้ที่มีรายได้สูงต้องการเน้นคุณภาพของบุตรโดยการจำกัดจำนวนบุตร เพื่อที่จะดูแลบุตรให้มีการศึกษาและอาชีพที่ดี เทียบกับตนเอง

2.6 แหล่งข่าวสารการทำหมัน

แหล่งข่าวสาร เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการเข้ารับการผ่าตัดทำหมัน ทั้งนี้เพราะผู้ที่รับข่าวสารได้มากน่าจะ เป็นผู้ที่มีความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติภารกิจ การปฏิสนธิได้สูงกว่าผู้ที่มีสถานภาพการรับข่าวสารต่ำ และการติดต่อพูดคุย เกี่ยวข้องกับผู้ที่ได้ทำหมันแล้วจะมีผลทำให้ประสพการณ์และความคิดในด้านการทำหมันของผู้เคยทำหมันมีอิทธิพลต่อความคิดของผู้ไม่ เคยทำหมัน หรือผู้ที่ลังเลใจในการทำหมัน (Atkins and Jozowski 1983: 25)

การศึกษาของ Burnight และคณะ (1974: 6) พบว่า ร้อยละ 48.1 ของผู้ที่ได้รับการทำหมันชายตอบว่า เพื่อนและญาติ เป็นแหล่งที่ให้ ความรู้เกี่ยวกับการทำหมัน เป็นครั้งแรกแก่คนมากที่สุด รองลงมา ร้อยละ 22.2 ได้รับความรู้จากสื่อสารมวลชน และประมาณ ร้อยละ 9.7 ได้รับความรู้ครั้งแรกจากการแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

จรรยา เศรษฐบุตร และ บุญเลิศ เลี้ยวประไพ (2521: 21) ศึกษาผู้ที่มารับบริการทำหมันชายจากโรงพยาบาลรามธิบดี ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2517 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2519 จำนวน 466 ราย พบว่า แหล่งข้อมูลที่ให้ข่าวสาร เกี่ยวกับการทำหมันชายที่สำคัญที่สุดคือ เพื่อนและญาติของผู้ให้สัมภาษณ์ กล่าวคือ เกินกว่าครึ่งหรือร้อยละ 57 ของผู้ให้สัมภาษณ์ทราบรายละเอียด เกี่ยวกับการทำหมัน เป็นครั้งแรกจากญาติและเพื่อนของคน นอกจากนี้ ร้อยละ 23 ทราบเรื่องราวการทำหมันจากสื่อสารมวลชนต่าง ๆ อาทิ หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ และร้อยละ 6.2 ทราบจากเจ้าหน้าที่อนามัยในท้องถิ่น

Dabhanom Muangman (1980: 47) ได้ศึกษาเปรียบเทียบชายที่ทำหมันและยังไม่ได้ทำหมันในเขตชนบทของประเทศไทย พบว่า ชายที่ทำหมันแล้วทราบเรื่องเกี่ยวกับการทำหมันครั้งแรกจากเพื่อน เจ้าหน้าที่อนามัย และญาติของคน คิดเป็นอัตรา ร้อยละ 59, 23 และ 11.2 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มชายที่ยังไม่ได้ทำหมัน พบว่า ร้อยละ 88 เคยได้ยินเกี่ยวกับเรื่องการทำหมันมาก่อน โดยในจำนวนนี้ร้อยละ 56 เคยได้ยินครั้งแรกจากเพื่อนของคน และ

ประมาณร้อยละ 26 เคยได้ยินจากเจ้าหน้าที่อนามัย

สุวัฒนา วิบูลย์เศรษฐ์ (2529: 31) พบว่า สตรีที่มาใช้บริการทำหมันได้ รับข่าวสารเกี่ยวกับการทำหมันครั้งแรกจากญาติและเพื่อนที่ทำหมันแล้ว ร้อยละ 48.0 จากแพทย์หรือพยาบาล ร้อยละ 16.8 จากเจ้าหน้าที่ที่ออกไปให้คำแนะนำในหมู่บ้าน ร้อยละ 10.4 จากสามีร้อยละ 7.2 และจากวิทยุ-โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ ร้อยละ 5.6

และจากการศึกษาเรื่องการทำหมันชายของประชากรใน เขตอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ เมื่อปี พ.ศ. 2527 โดยการสัมภาษณ์ตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแรกชายที่ทำหมันแล้วจำนวน 53 ราย และกลุ่มที่สอง ชายอายุระหว่าง 25 - 49 ปี กำลังอยู่กับภรรยาและมีบุตรน้อยกว่า 3 คน ปัจจุบันตนเองและภรรยายังไม่ได้ทำหมัน จำนวน 201 ราย พบว่า ในกลุ่มแรกร้อยละ 49.1 ทราบเรื่องราวการทำหมันครั้งแรกจากเพื่อนที่ทำหมันแล้ว ร้อยละ 15.1 ทราบจากภรรยาและญาติ และประมาณร้อยละ 9.5 ทราบจากข่าววิทยุและผู้นำหมู่บ้าน เท่า ๆ กัน ในส่วนของชายที่ยังไม่ได้ทำหมัน พบว่า ร้อยละ 27 คิดจะทำหมันในอนาคต และในจำนวนชายที่คิดจะทำหมันในอนาคตส่วนใหญ่หรือร้อยละ 70 ทราบเรื่องราวการทำหมันครั้งแรกจากเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล และร้อยละ 20 ทราบจากเพื่อนที่ทำหมันแล้ว (Amara Soonthorndhada 1987: 65)

การศึกษาในต่างประเทศ เช่น ที่รัฐแคลิฟอร์เนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า สามีในสี่ของชายที่ทำหมันได้ยินเรื่องการทำหมันครั้งแรกจากเพื่อน มีเพียงร้อยละ 3 เท่านั้นที่ทราบจากสื่อสารมวลชน และจากการศึกษาในประเทศปากีสถาน พบว่า มากกว่าครึ่งของชายที่ทำหมันทราบรายละเอียดเกี่ยวกับการทำหมันครั้งแรกจากเพื่อนและญาติของตน (Presser 1970: 28)

จากการศึกษาพอสรุปได้ว่า แหล่งข่าวสารเกี่ยวกับการทำหมันที่ผู้ทำหมันได้รับครั้งแรกก่อนที่จะเข้ารับการทำหมัน คือ เพื่อนและญาติของตนเป็นส่วนใหญ่ ทั้งนี้เนื่องจากการที่เพื่อนและญาติ เป็นแหล่งที่เผยแพร่ข่าวสารในการทำหมันมากกว่าบุคคลหรือสื่อสารมวลชนหรือหน่วยงานอื่น ๆ อาจจะเป็น เพราะว่าการสื่อข่าวประเภทบุคคลต่อบุคคลใกล้ชิดและสามารถโต้ตอบได้ทันทีมากกว่าแหล่งข่าวอื่น ๆ และเพื่อน เป็นผู้ที่ตอบข้อข้องใจได้มากกว่าบุคคลอื่น ๆ เช่น แพทย์หรือพยาบาล ซึ่งไม่มีเวลาสำหรับให้รายละเอียดของการคุมกำเนิดมากนัก

สมมติฐานในการศึกษา

จากแนวความคิด ทฤษฎี และการทบทวนผลงานวิจัยต่าง ๆ ที่ผ่านมา สามารถกำหนดสมมติฐานในการศึกษารังนี้ได้ดังต่อไปนี้คือ

1. อายุของสตรี อายุของสามี อายุบุตรคนสุดท้องของสตรี น่าจะมีผลในทางบวกต่อการทำหมัน แต่น่าจะมีผลในทางลบต่อความคิดที่จะทำหมัน
2. การศึกษาของสตรี การศึกษาของสามี รายได้ต่อปีของครอบครัว การเปิดรับสื่อสารมวลชนของสตรี ระยะเวลารับรู้เรื่องการทำหมันของสตรี น่าจะมีผลในทางบวกต่อการทำหมันและความคิดที่จะทำหมัน
3. จำนวนบุตรที่ต้องการของสตรี น่าจะมีผลในทางลบต่อการทำหมันและความคิดที่จะทำหมัน
4. ระยะทางจากที่อยู่อาศัยของสตรีถึงที่ตั้งที่ว่าการอำเภอ น่าจะมีผลในทางลบต่อการทำหมันและความคิดที่จะทำหมัน
5. สตรีหรือสามีที่ประกอบอาชีพไม่ใช่เกษตรกร น่าจะทำหมันและคิดที่จะทำหมันมากกว่าสตรีหรือสามีที่ประกอบอาชีพเกษตรกร
6. สตรีที่ได้รับข่าวสารเรื่องการทำหมันครั้งแรกจากญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน น่าจะทำหมันและคิดที่จะทำหมันมากกว่าสตรีที่ได้รับข่าวสารเรื่องการทำหมันครั้งแรกจากแหล่งข่าวสารอื่น ๆ
7. สตรีที่คลอดบุตรคนสุดท้ายโดยแพทย์ พยาบาล ผดุงครรภ์ น่าจะทำหมันและคิดที่จะทำหมันมากกว่าสตรีที่คลอดบุตรคนสุดท้ายโดยบุคลากรอื่น
8. สตรีที่เห็นด้วยกับนโยบายการใช้สิ่งจูงใจให้ทำหมัน น่าจะทำหมันและคิดที่จะทำหมันมากกว่าสตรีที่ไม่เห็นด้วยกับนโยบายนี้
9. สตรีที่เห็นด้วยกับนโยบายการมีบุตร 2 คน น่าจะทำหมันและคิดที่จะทำหมันมากกว่าสตรีที่ไม่เห็นด้วยกับนโยบายนี้

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

สตรี หมายถึง หญิงที่มีอายุระหว่าง 15 - 49 ปี และกำลังอยู่กับสามี ไม่ว่าจะจดทะเบียนสมรสหรือไม่ก็ตาม ซึ่งอาศัยอยู่ในเขตชนบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย

การทำหมั้นในการศึกษาครี้งนี้รวมทั้งการทำหมั้นของสตรีหรือของสามี

ทัศนคติเกี่ยวกับการทำหมั้น ได้มาจากคำถามข้อ 18 และข้อ 19 ที่ว่า "ท่านต้องการมีบุตรเพิ่มอีกหรือไม่" สำหรับผู้ที่ไม่ต้องการมีบุตรเพิ่ม "เมื่อท่านไม่ต้องการมีบุตรเพิ่มอีกแล้ว ท่านคิดจะทำหมั้นหรือไม่" แบ่งคำตอบออกเป็น คิด ไม่คิด ทำหมั้นแล้ว และข้อ 32 สำหรับผู้ที่ต้องการมีบุตรเพิ่ม "หากท่านมีบุตรตามจำนวนที่ต้องการแล้ว ท่านคิดจะทำหมั้นหรือไม่" โดยแบ่งคำตอบออกเป็น คิด ไม่คิด ทำหมั้นแล้ว

อายุของสตรี หมายถึง อายุเต็มบริบูรณ์นับถึงวันคล้ายวันเกิดครั้งสุดท้ายก่อนวันสัมภาษณ์

อาชีพ หมายถึง งานที่บุคคลใช้เวลาทำเป็นส่วนมากในขณะที่ทำการสำรวจ

รายได้ หมายถึง รายได้ค่อปีของครอบครัวที่ตก เป็นตัวอย่าง

จำนวนบุตรที่มีชีวิต หมายถึง จำนวนบุตรที่ยังมีชีวิตอยู่ในวันที่สัมภาษณ์ ไม่ว่าจะอยู่ด้วยกันหรือย้ายไปอยู่ที่อื่นก็ตาม

การเปิดรับสื่อมวลชน หมายถึง ดัชนีที่แสดงระดับของการรับข่าวสารรวมจากสื่อมวลชนประเภทต่าง ๆ ได้แก่ การอ่านหนังสือพิมพ์ การฟังวิทยุ การดูโทรทัศน์ โดยให้เป็นคะแนนดังนี้

- 0 หมายถึง ไม่เคยอ่านหนังสือพิมพ์ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์
- 1 หมายถึง เป็นบางครั้ง
- 2 หมายถึง ทุกวัน

ต่อจากนั้นนำคะแนนที่ได้จากการรับข่าวสารแต่ละประเภทมารวมกัน เป็นคะแนนรวมของดัชนีการเปิดรับสื่อมวลชนของสตรี ค่าของคะแนนจะอยู่ระหว่าง 0 - 6 คะแนน ซึ่งนำคะแนนที่ได้มาจัดลำดับดังนี้

ระดับน้อย หมายถึง ผู้ที่ได้คะแนนระหว่าง 0 - 2 คะแนน

ระดับปานกลาง หมายถึง ผู้ที่ได้คะแนนระหว่าง 3 - 4 คะแนน

ระดับมาก หมายถึง ผู้ที่ได้คะแนนระหว่าง 5 - 6 คะแนน

บุคลากรทำคลอดคนสุดท้าย ได้มาจากคำถามที่ว่า "ใครเป็นผู้ทำคลอดลูกคนเล็กสุดนี้"
โดยแบ่งเป็น 3 รายการ คือ

1. แพทย์ พยาบาล ผดุงครรภ์
2. ผดุงครรภ์แผนโบราณ
3. ญาติ คลอดเอง บุคคลอื่น

แหล่งข่าวเกี่ยวกับการทำหมัน ได้มาจากคำถามที่ว่า "ท่านทราบการทำหมันจากใคร
หรือจากที่ไหน" โดยแบ่งเป็น 3 รายการ คือ

1. ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน
2. บุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผดุงครรภ์ เจ้าหน้าที่อนามัย
3. สื่อสารมวลชน ซึ่งได้แก่ วิทยุ ภาพยนตร์ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์

ทัศนคติของสตรีในเรื่องสิ่งจูงใจให้ทำหมัน ได้มาจากคำถามที่ว่า "ท่านคิดว่ารัฐบาล
ควรมีนโยบายให้สิ่งจูงใจเพื่อให้มีคนมารับบริการทำหมันเพิ่มขึ้นหรือไม่" โดยแบ่งคำตอบออกเป็น
ควรมี ไม่ควรมี ไม่ออกความเห็น

ทัศนคติของสตรีเกี่ยวกับนโยบายการมีบุตรเพียง 2 คน ได้มาจากคำถามที่ว่า "ท่าน
เห็นด้วยหรือไม่ถ้ารัฐบาลจะนโยบายให้แต่ละครอบครัวมีลูก 2 คน" โดยแบ่งคำตอบออกเป็น
เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ระยะทางจากหมู่บ้านถึงตัวอำเภอ หมายถึง ระยะทาง เป็นกิโล เมตรจากหมู่บ้านที่
สตรีอาศัยถึงที่ตั้งว่าการอำเภอที่หมู่บ้านนั้นอยู่

เขตการทำหมัน หมายถึง พื้นที่ในการสำรวจ ที่แบ่งเขตออกเป็น

- เขตการทำหมันสูงสุด ซึ่งได้แก่ พื้นที่เขตอำเภอที่มีอัตราการทำหมันอยู่ในระดับสูงสุด
- เขตการทำหมันต่ำสุด ซึ่งได้แก่ พื้นที่เขตอำเภอที่มีอัตราการทำหมันอยู่ในระดับต่ำสุด

โดยถือ เกณฑ์จากสถิติจำนวนคู่สมรสที่กำลังใช้วิธีคุมกำเนิดจากสถานบริการของโครงการ
วางแผนครอบครัวแห่งชาติประจำเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2529 เป็น เกณฑ์ในการกำหนด

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การศึกษาเรื่อง การปฏิบัติและทัศนคติเกี่ยวกับการทำหมันของสตรีใน เขตชนบทของภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือของไทย ผลที่ได้รับจากการศึกษานี้นอกจากช่วยให้เกิดความรู้ ความ เข้าใจ
เกี่ยวกับการปฏิบัติและทัศนคติเกี่ยวกับการทำหมันของสตรีแล้ว ผลที่ได้ยังเป็นประโยชน์แก่หน่วยงาน
วางแผนครอบครัวระดับต่าง ๆ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการคิดค้นวิธีการใหม่ ๆ สำหรับรณรงค์ให้
ประชาชนมาใช้บริการวางแผนครอบครัวเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะวิธีคุมกำเนิดอย่างถาวรหรือการผ่าตัด
ทำหมัน



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย