

การวางแผนครอบครัวในประเทศไทย

ปัญหาประชากร คือปัญหาทางเศรษฐกิจสังคมต่าง ๆ อันเนื่องมาจากการเพิ่มของประชากรอย่างรวดเร็ว ดังนั้นการแก้ไขปัญหาประชากรที่สาเหตุโดยตรงก็คือ การกระทำใด ๆ ที่จะเป็นการชะลอการเพิ่มของจำนวนประชากรไว้ ซึ่งสามารถกระทำได้ 2 ทางคือการลดการเกิดและการเพิ่มการตาย แต่เนื่องจากความก้าวหน้าจากผลการพัฒนาในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะการสาธารณสุขทำให้การตายมีอัตราลดลง ดังนั้นการที่จะชะลอการเพิ่มของประชากรไว้ก็เหลือทางเลือกที่จะกระทำได้เพียงทางเดียว คือการลดการเกิด หรือการชะลอการเกิด ซึ่งดูทางหนึ่งที่จะบรรลุเป้าหมายนี้ได้ก็คือการส่งเสริมให้มีการวางแผนครอบครัว ซึ่งไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อลดประโยชน์ต่อครอบครัวเพียงอย่างเดียว แต่มีความมุ่งหมายที่จะชะลอการเกิดของประชากรทั้งประเทศอีกด้วย ซึ่งหมายความว่า จะต้องมีการปฏิบัติกันเป็นจำนวนมาก ต้องใช้วิธีการในการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพสูงในการป้องกันการเกิดและอื่น ๆ

การวางแผนครอบครัวหรือการชะลอการเกิดนอกจากจะเป็นการชะลอความต้องการต่าง ๆ ของประชากรลง เพื่อให้การเร่งรัดพัฒนาในด้านต่าง ๆ ได้ตามไปทันแล้ว ยังเป็นตัวการสำคัญที่ช่วยส่งเสริมปัจจัยพื้นฐานในการพัฒนาเศรษฐกิจให้ก้าวหน้าหรือมีอัตราสูงขึ้นด้วย Enke นักเศรษฐศาสตร์มีชื่อหนึ่งได้ศึกษาและให้เหตุผลไว้ว่า การลงทุนในการชะลอการเกิดจะมีกำไรกว่าการลงทุนพัฒนาในด้านอื่น ๆ ประมาณมากกว่า 20 เท่า¹

แต่เดิมประเทศไทยมีนโยบายสนับสนุนการเกิดมาตลอดจนกระทั่งใน พ.ศ. 2501

¹ วิฑูร โอสถานนท์, "ปัจจัยในการพัฒนาเศรษฐกิจและการแก้ปัญหาประชากร," ปัญหาและการวางแผนประชากร (กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ท่าพระจันทร์, 2513), หน้า 144.

คณะผู้เชี่ยวชาญของธนาคารโลกได้เข้ามาสำรวจภาวะเศรษฐกิจในประเทศไทยร่วมกับเจ้าหน้าที่ของสภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติ และได้รายงานให้คณะรัฐบาลทราบว่าอัตราการเพิ่มของประชากรในประเทศไทยสูงมาก อันจะก่อให้เกิดอุปสรรคต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ รัฐบาลจึงเริ่มให้ความสนใจต่อปัญหาประชากร ได้มีการประชุมสัมมนาทางวิชาการเรื่องปัญหาประชากรถึง 3 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2506, 2508 และ 2511 โดยสรุปว่าให้รัฐบาลพิจารณาปรับการวางแผนครอบครัวเป็นนโยบายของชาติ และเริ่มมีการให้บริการวางแผนครอบครัวแก่ประชาชนภายใต้การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข จนในที่สุดรัฐบาลได้ประกาศให้การวางแผนครอบครัวเป็นนโยบายระดับชาติในปี พ.ศ. 2513

ลักษณะการดำเนินงานในช่วงก่อนแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5

ก่อนที่รัฐบาลจะได้ออกประกาศนโยบายประชากร พ.ศ. 2513 กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งราชการและเอกชนที่มีความสนใจในเรื่องการวางแผนครอบครัว ได้เริ่มดำเนินงานให้บริการวางแผนครอบครัวมาบ้างแล้วอย่างไม่เป็นทางการ อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการประกาศนโยบายประชากรแล้ว พ.ศ. 2514 ซึ่งเป็นปีแรกของการดำเนินงานวางแผนครอบครัวหลังการประกาศนโยบายประชากรของรัฐบาล การดำเนินงานก็ยังคงมีข้อจำกัดอยู่ คือ

1. ไม่มีการใช้สื่อมวลชนในการประชาสัมพันธ์ นอกจากการติดต่อบุคคลต่อบุคคล
2. ไม่มีเจ้าหน้าที่ทำงานในด้านการวางแผนครอบครัวเต็มเวลา
3. ไม่มีการกำหนดเป้าหมายในแต่ละคลินิก หรือจังหวัดอย่างเป็นทางการ
4. ไม่มีการจ่ายเงินตอบแทนพิเศษแก่เจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ
5. ไม่มีการฝึกอบรมสำหรับงานวางแผนครอบครัวโดยเฉพาะ
6. ไม่มีการจัดตั้งหน่วยงานขึ้นใหม่เพื่อให้บริการวางแผนครอบครัวโดยเฉพาะ แต่ได้ให้บริการร่วมไปกับงานอนามัยทั่วไปที่มีอยู่เดิมของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่น ๆ ของรัฐบาล

ตารางที่ 11 ผลการดำเนินการวางแผนครอบครัวในช่วงก่อนแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 3 สรุปได้ดังนี้

	2508 - 12		2513		2514	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ห่วงอนามัย	175,954	55.5	74,404	32.6	86,034	21.1
ยาเม็ดคุมกำเนิด	78,320	24.7	132,387	57.9	294,607	72.2
ผ่าตัดทำหมัน	62,838	19.8	18,648	8.2	25,546	5.8
ยาฉีดคุมกำเนิด	-	-	3,139	1.3	3,648	0.9
รวม	317,112	100.0	228,578	100.0	407,835	100.0

ที่มา : โครงการวางแผนครอบครัว กระทรวงสาธารณสุข

ด้านการให้บริการวางแผนครอบครัว กระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนให้มีการวางแผนครอบครัวแก่ประชาชนด้วยวิธีหลัก 4 วิธี คือ ห่วงอนามัย ยาเม็ดคุมกำเนิด การผ่าตัดทำหมันชายและหญิง สำหรับวิธีอื่น ๆ เช่น ยาฉีดคุมกำเนิด ถุงยางอนามัย ยาเม็ดฟองฟู ฯลฯ นั้น สนับสนุนให้มีการแก่ประชาชนเฉพาะบางคลินิกที่ประชาชนต้องการ และค่อย ๆ ขยายเพิ่มขึ้นในระยะต่อมา อย่างไรก็ตามเกี่ยวกับการให้บริการวางแผนครอบครัวนี้ กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายที่จะให้บริการโดยไม่คิดมูลค่า แต่สถานที่ให้บริการอาจจะเก็บเงินบำรุงจากผู้รับบริการที่สามารถให้เงินบำรุงได้ไม่เกินอัตราดังนี้ (ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2519 มีนโยบายที่จะเปิดบริการฟรีทุกอย่าง ยกเว้นยาฉีดคุมกำเนิด)

ห่วงอนามัย 20 บาท

ยาเม็ดคุมกำเนิด 5 บาท

การผ่าตัดทำหมันชาย 50 บาท

การผ่าตัดทำหมันหญิง 150 บาท

ซึ่งเงินบำรุงนี้ก็มีจุดประสงค์เพื่อให้สถานบริการนำมาใช้ปรับปรุงสถานที่ และค่าใช้จ่ายเพื่อความคล่องตัวในการให้บริการ เช่น ซื้อเวชภัณฑ์ วัสดุอุปกรณ์ เป็นต้น

การดำเนินงานของโครงการวางแผนครอบครัวในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 3

(พ.ศ. 2515 - 2519)

ประเทศไทยมีอัตราการเพิ่มประชากรค่อนข้างสูง แม้ในระยะสิ้นสุดของแผนพัฒนา ฉบับที่ 2 อัตราการเพิ่มจะลดลงบ้างแต่ก็ยังไม่เป็นที่น่าพอใจ การเพิ่มของประชากรในระดับ สูงนี้เมื่อเทียบกับโครงสร้างทางเศรษฐกิจของไทยนับว่าเป็นอุปสรรคสำคัญประการหนึ่งในการ พัฒนาประเทศ โดยก่อให้เกิดปัญหาการว่างงาน ความยากจนการศึกษา สุขภาพและอนามัย ของประชากร ความแออัดและแหล่งเสื่อมโทรมในเขตชุมชน การใช้ที่ดินเพื่อการเกษตร ปัญหาสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ ปัญหาการยกระดับการครองชีพและความเหลื่อมล้ำของรายได้ ใน ขณะเดียวกันรัฐบาลต้องรับภาระหนักขึ้นทุกปีในการจัดงบประมาณเพื่อการบริโภค เพื่อการ ศึกษา การสาธารณสุขและบริการสาธารณสุขอื่น ๆ ซึ่งเป็นผลให้งบประมาณเพื่อการลงทุน หรือบัพพัฒนาย่อยลง ดังนั้นจากการวิเคราะห์ของนักทฤษฎีและนักวิชาการในสาขาต่าง ๆ จึง สรุปเห็นว่ารัฐบาลต้องกำหนดมาตรการเพื่อแก้ไขปัญหาประชากรนี้ เพื่อให้การพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมเป็นไปในแนวทางที่ต้องการ ในขณะที่เดียวกันก็ยอมแก้ปัญหาในแง่ความ มั่นคงและปลอดภัยของประเทศด้วย ดังนั้นในการประชุมปรึกษาของคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2513 จึงลงมติเห็นชอบกับข้อเสนอแนะของสภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติ ที่ ขอให้รัฐบาลกำหนดนโยบายวางแผนครอบครัว โดยมีประกาศเป็นทางราชการมีความสั้น ๆ ว่า "รัฐบาลมีนโยบายที่จะสนับสนุนการวางแผนครอบครัวตามการสมัครใจ เพื่อแก้ไขปัญหา ต่าง ๆ อันเนื่องมาจากอัตราเพิ่มของประชากรที่สูงมาก ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนา การเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ"¹ หลังจากนั้นสภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติ จึง ได้รวมเอาเรื่องประชากรนี้เข้าไว้ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2515 - 2519) โดย กำหนดเป้าหมายการดำเนินไว้ว่า จะลดอัตราเพิ่มของประชากรจากประมาณร้อยละ 3.0 ในระยะต้นแผนเป็นร้อยละ 2.5 ในปีสุดท้ายของแผน (พ.ศ. 2519) ซึ่งหมายความว่าต้อง

¹ มนัสวี อุณหันท์, นโยบายและโครงการวางแผนครอบครัวของประเทศไทย.

ลดอัตราการเกิดจากประมาณ 41 ต่อพันคนในปี พ.ศ. 2514 ให้เหลือประมาณ 35 ต่อพันคน เมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2519 โดยสอดคล้องกับอัตราการตายซึ่งมีแนวโน้มจะลดลงจาก 11 ต่อพันคน เป็น 8 ต่อพันคนในเวลาดังกล่าว ซึ่งในการนี้เครื่องมือที่สำคัญในการลดอัตราการเกิดให้ เป็นไปตามเป้าหมายคือ โครงการวางแผนครอบครัว ซึ่งดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข¹

โครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2515 - 2519) ได้กำหนดเป็นแผนงาน 5 ปี ให้สอดคล้องกับแผนพัฒนา และกำหนดวัตถุประสงค์ไว้ว่าจะส่งเสริมให้แต่ละครอบครัวสามารถกำหนดขนาดของครอบครัว หรือเว้นระยะการมีบุตรได้ตามสมัครใจ ซึ่งมุ่งดำเนินการในกลุ่มประชากรที่มีความจำเป็น เช่นผู้มีรายได้น้อย สุขภาพไม่ดี หรือมีบุตรมากแล้ว โดยให้บริการในรูปแบบสถานงานวางแผน ครอบครัวยุ่กับงานอนามัยแม่และเด็กและงานสาธารณสุขอื่น ๆ ทั่วไป การดำเนินและ ปฏิบัติงานก็ใช้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและสิ่งอำนวยความสะดวกที่มีอยู่เพื่อประหยัดค่าใช้จ่าย ตลอดจนจัดปัญหาการทำงานซ้ำซ้อน ในขณะที่เดียวกันจะสามารถช่วยขยายการให้บริการแก่ ประชาชนที่อยู่ในชนบทห่างไกลให้ได้รับบริการโดยทั่วถึงยิ่งขึ้น

การดำเนินงานของโครงการวางแผนครอบครัว สรุปได้ดังนี้

1. เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับปัญหาประชากรและการวางแผนครอบครัว สนับสนุน ชักจูงและให้ความช่วยเหลือแนะนำในด้านการวางแผนครอบครัวแก่ประชาชนผู้สมัครใจรับ บริการ

2. ให้บริการแก่ครอบครัวที่ต้องการจำกัดขนาดครอบครัว หรือเว้นระยะการมี บุตรโดยสมัครใจ และครอบคลุมทั่วทั้งประเทศ

3. ส่งเสริมและให้ความช่วยเหลือในด้านอนามัยแม่และเด็ก เพื่อให้สุขภาพและ อนามัยของแม่และเด็กดีขึ้น อันจะช่วยลดการป่วยและการตายของแม่และเด็ก

4. กำหนดเป้าหมายจำนวนผู้รับบริการในแต่ละปี เพื่อให้อัตราเพิ่มประชากรซึ่ง สูงกว่าร้อยละ 3 ต่อปี ลดลงเหลือประมาณร้อยละ 2.5 ต่อปี เมื่อสิ้นสุดปี พ.ศ. 2519

¹ วีระ โอสถานนท์, "นโยบายและแผนงานด้านประชากรในแผนพัฒนาการ เศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520-2524)", (เอกสารวิจัยส่วนบุคคลในลักษณะ วิชา เศรษฐกิจ วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร พ.ศ. 2518-2519), หน้า 18.

5. สนับสนุนและจัดให้มีการวิจัยที่จำเป็นต่าง ๆ อันเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานวางแผนครอบครัว รวมทั้งการติดตามผลผู้รับบริการ เพื่อวัดประสิทธิภาพของการดำเนินงานวางแผนครอบครัวทุกระยะ

หน่วยงานที่ให้บริการวางแผนครอบครัวที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในปี 2519 มี 5,746 แห่ง¹ ดังนี้

โรงพยาบาล 92 แห่ง

ศูนย์อนามัยแม่และเด็ก 7 แห่ง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 57 แห่ง

ศูนย์การแพทย์และอนามัย 271 แห่ง

สถานีอนามัย 3,922 แห่ง

สำนักงานผดุงครรภ์ 1,397 แห่ง

ข้อจำกัดในการให้บริการที่ยังคงมีอยู่คือ เฉพาะโรงพยาบาล ศูนย์อนามัยแม่และเด็ก สำนักงานสาธารณสุขบางแห่ง และศูนย์การแพทย์และอนามัยที่มีแพทย์ประจำอยู่เท่านั้นที่จะให้บริการทั้ง 4 ประเภทนี้ได้ เพราะบริการบางอย่าง เช่นการทำหมัน ปัจจุบันนี้มีแต่แพทย์เท่านั้นที่ทำได้ ส่วนสถานีอนามัยและสำนักงานผดุงครรภ์จะให้บริการได้แต่ยาเม็ดคุมกำเนิดอย่างเดียว

นอกจากหน่วยงานที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขดังกล่าว ยังมีหน่วยงานนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ให้บริการวางแผนครอบครัวอื่น ๆ อันได้แก่

โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยต่าง ๆ 5 แห่ง

โรงพยาบาลทหาร 6 แห่ง

โรงพยาบาลอื่น ๆ 22 แห่ง

ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 74 แห่ง

หน่วยให้บริการของตำรวจตระเวนชายแดน 14 แห่ง

อื่น ๆ 28 แห่ง

¹ กระทรวงสาธารณสุข. โครงการวางแผนครอบครัว รายงานประจำปี 2519

และหน่วยงานเอกชนอีก 16 แห่ง ได้แก่

โรงพยาบาลเอกชน 10 แห่ง

อื่น ๆ 6 แห่ง

เมื่อเปรียบเทียบจากจำนวนหน่วยให้บริการทั้งหมด กระทรวงสาธารณสุขมีหน่วยงานที่ให้บริการวางแผนครอบครัวเป็นร้อยละ ๑7.2 และในจำนวนผู้รับบริการวางแผนครอบครัวซึ่งส่งรายงานแก่กระทรวงสาธารณสุขทั้งหมดปรากฏว่าร้อยละ 93.2 เป็นผู้รับบริการจากหน่วยงานที่สังกัดในกระทรวงสาธารณสุข

เนื่องจากมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนครอบครัวจำนวนมาก ทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นการบริหารจึงจัดในรูปคณะกรรมการ โดยให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนกลางของคณะกรรมการ คณะกรรมการนี้เรียกว่าคณะกรรมการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ ซึ่งประกอบด้วยหัวหน้าส่วนราชการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานวางแผนครอบครัว และหน่วยงานเอกชนที่เกี่ยวข้อง คณะรัฐบาลจะเป็นผู้มอบหมายนโยบายระดับชาติให้แก่คณะกรรมการนี้ เพื่อดำเนินการโดยพิจารณาและกำหนดนโยบายของระดับหน่วยงาน และวางกฎเกณฑ์ในการประสานงานตลอดจนการอนุมัติโครงการย่อยต่าง ๆ

การบริหารระดับกลางอันได้แก่ การติดต่อประสานงานในรายละเอียด การจัดสรรทรัพยากรที่ได้รับจากรัฐบาล และได้รับความช่วยเหลือต่างประเทศนั้น จะดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ให้บริการ เผยแพร่อบรมวิจัยและประเมินผลโครงการ

งบประมาณดำเนินการของโครงการวางแผนครอบครัว มีไซงบประมาณของรัฐบาล แต่อย่างใด แต่รวมถึงงบประมาณความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างประเทศซึ่งแหล่งสำคัญๆ ได้แก่ United Nations Funds For Population Activities (UNFPA),

United Nations Development Program (UNDP), United Nation

International Children and Emergency Education Funds (UNICEF)

นอกจากนี้ยังมีความช่วยเหลือจากประเทศต่าง ๆ เช่น สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น อังกฤษ เบลเยี่ยม อย่างไรก็ตามก็ มีแนวโน้มที่ว่างงบประมาณของรัฐบาลกำลังจะเพิ่มขึ้นในปีต่อ ๆ ไป อันจะลดปัญหาในการที่โครงการวางแผนครอบครัวจำเป็นต้องพึ่งหน่วยงานต่างประเทศมากเกินไป ความ

ตารางที่ 12 งบประมาณในการดำเนินงานของโครงการวางแผนครอบครัว พ.ศ. 2515 - 2519

งบประมาณประจำปี	งบประมาณจากรัฐบาล			USAID		UNFPA		รวมทั้งสิ้น	
	เงินทุนสมทบ	รวม (บาท)	ร้อยละ	บาท	ร้อยละ	บาท	ร้อยละ	บาท	ร้อยละ
10,000,000	3,805,876	13,805,876	34.97	25,667,000	65.03	-	-	39,472,876	100
11,000,000	2,863,092	13,863,092	19.20	34,117,000	47.28	24,191,280	33.52	72,171,372	100
12,496,600	5,810,696	18,307,296	21.40	39,639,000	46.30	27,656,600	32.30	85,602,896	100
18,191,800	4,867,435	23,059,235	29.69	16,600,000	21.37	37,992,940	48.94	77,652,175	100
22,878,800	6,445,895	29,324,695	21.67	82,000,000	60.59	24,000,000	17.74	135,323,895	100

หมายเหตุ : อัตราแลกเปลี่ยน 20.15 บาท : 1 ดอลลาร์สหรัฐฯ

ที่มา : โครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ช่วยเหลือของต่างประเทศที่ให้แก่โครงการวางแผนครอบครัวส่วนใหญ่จะได้แก่ความช่วยเหลือ
 ด้านยาคุมกำเนิดหรืออุปกรณ์ที่ใช้ในการคุมกำเนิด อุปกรณ์ที่ช่วยในการดำเนินงานและในเรื่อง
 โครงการพิเศษ เป็นต้นว่า โครงการผสมผสานอนามัยแม่และเด็ก เข้ากับงานวางแผนครอบครัว
 โครงการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ โครงการพัฒนาประชากรชนบทแบบผสมผสาน

ปัญหาจากการดำเนินงาน การดำเนินงานของโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ
 ในระยะที่ผ่านมามีปัญหาและอุปสรรค สรุปได้ดังนี้

1. ในค่านงบประมาณในการดำเนินการวางแผนครอบครัวส่วนใหญ่เป็นความ
 ช่วยเหลือจากต่างประเทศ โดยได้รับเงินงบประมาณจากรัฐบาลเพียงปีละกว่า 10 ล้านบาท
 แต่งานวางแผนครอบครัวเป็นงานที่ต้องดำเนินต่อเนื่องกันโดยตลอด เพราะการให้บริการ
 มิใช่จะให้บริการเฉพาะผู้รับบริการรายใหม่ในแต่ละปีเท่านั้น แต่ยังคงต้องให้บริการแก่ผู้
 รับบริการรายเก่าพร้อมกันไปด้วย จำนวนผู้รับบริการจึงมีจำนวนสะสมมากยิ่งขึ้นทุกปี อย่าง
 ไรก็ดี งบประมาณช่วยเหลือจากต่างประเทศที่ได้รับเป็นจำนวนมากในขณะนั้นมิได้มีข้อผูกพัน
 ว่าจะได้รับอย่างสม่ำเสมอตลอดไป และมีแนวโน้มจะลดลงในปีต่อ ๆ ไป ทำให้नावิตกกว่า
 การที่งานวางแผนครอบครัวต้องพึ่งความช่วยเหลือทางการเงินจากต่างประเทศในอัตรา
 สูงมาก การดำเนินงานต่าง ๆ จะประสบปัญหาการระงับความช่วยเหลือจากต่างประเทศเกิด
 ลดน้อยลง และโครงการวางแผนครอบครัวไม่ได้รับเงินงบประมาณภายในประเทศทันท่วงที
 ในระดับที่พอเพียงสำหรับการดำเนินงานให้สำเร็จจุดมุ่งตามแผนงานที่กำหนดไว้ โครงการ
 ต่าง ๆ จะถูกกระทบกระเทือนตลอดจนเจ้าหน้าที่เสียชีวิตในการทำงานทุกครั้งทั้งงานต่าง ๆ
 ต้องแสวงหาแหล่งเงินช่วยเหลือใหม่ ๆ

2. ยังมีการขาดแคลนหน่วยงานให้บริการอยู่หลายแห่ง (กล่าวคือ ศูนย์การ
 แพทย์และอนามัยและสถานีอนามัย) ยิ่งกว่านั้น มีสถานีให้บริการอนามัยที่ยังไม่ได้ใช้ให้เต็ม
 ขีดความสามารถอีกมาก ดังนั้นความพยายามที่จะขยายหรือเปลี่ยนแปลงระบบให้บริการของ
 สถานีอนามัยและศูนย์การแพทย์และอนามัยจะเป็นการกระทำที่ผิดพลาด ถ้ามิได้ศึกษาถึงสาเหตุ
 ที่สถานีอนามัยหรือศูนย์การแพทย์และอนามัยมีปริมาณการใช้บริการต่างกัน คือตั้งแต่ปริมาณ
 การใช้บริการที่มากจนเบาบาง อย่างไรก็ตามถ้าจะขยายบริการโดยสร้างสถานีให้บริการ
 ดังกล่าวในที่ซึ่งที่ใดก็ได้ก็เลือกเป็นอย่างดี ก็ไม่จำเป็นต้องรอมผลการศึกษา สาเหตุปริมาณการ

ใช้สอยที่ได้กล่าวนมา แต่จะต้องคำนึงว่าการขยายตัวของสถานให้บริการสาธารณสุขนั้น เป็นเรื่องของการให้บริการสาธารณสุขทั่วไป ไม่ใช่เพียงแต่ความต้องการของโครงการวางแผนครอบครัวในอันที่จะเพิ่มหน่วยให้บริการ ทั้งนี้การขยายตัวของระบบการให้บริการของกระทรวงสาธารณสุข จะเป็นโอกาสที่สำคัญสำหรับการขยายบริการการวางแผนครอบครัว

3. โครงการวางแผนครอบครัวไม่สามารถสนองตอบความต้องการที่มีอยู่ และที่จะเพิ่มขึ้นในเรื่องการให้บริการวางแผนครอบครัวได้ ทั้งนี้โครงการมิได้ประสบปัญหาในเรื่องการขาดความต้องการในการวางแผนครอบครัวของประชาชน แต่กลับประสบปัญหาในการขาดบริการที่จะสนองตอบความต้องการเหล่านั้น สาเหตุของปัญหานี้ได้แก่ การขาดงบประมาณ โดยเฉพาะใน 3 เรื่องดังต่อไปนี้

- ก. การอบรมเจ้าหน้าที่
- ข. การจัดซื้ออุปกรณ์คุมกำเนิด (ยาเม็ดคุมกำเนิดและยาฉีดคุมกำเนิด)
- ค. การจัดซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์และยานพาหนะ

4. กระทรวงสาธารณสุข ขาดเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมโดยเฉพาะภายนอกกรุงเทพมหานคร ความขาดแคลนพยาบาลจะเป็นปัญหารายแรงกว่าการขาดแคลนแพทย์

5. ปัจจุบันโครงการยังไม่สามารถสนองตอบความต้องการบริการบางประเภทที่ต้องใช้แพทย์ที่ได้รับการอบรมในการให้บริการ (เช่นการผ่าตัดทำหมันหญิงและชาย) จึงจำเป็นต้องจัดให้มีการอบรมในระหว่างปฏิบัติงานแก่แพทย์จำนวนมากยิ่งขึ้น พร้อมทั้งจัดให้มีงบประมาณในการเผยแพร่และให้บริการมากยิ่งขึ้น

6. ในเรื่องการพัฒนาโครงการได้มีการให้ความช่วยเหลือจากต่างประเทศเป็นอย่างดี แต่เป็นที่ยอมรับว่าในอนาคตความรับผิดชอบในการพัฒนาโครงการ จะต้องดำเนินโดยผู้เชี่ยวชาญคนไทยมากยิ่งขึ้น แต่ในปัจจุบันเจ้าหน้าที่ส่วนกลางปฏิบัติงานวางแผนครอบครัวทั้งหมด 318 คน มีเพียง 41 คนเท่านั้นที่เป็นข้าราชการประจำ จึงจำเป็นต้องใช้ลูกจ้างประเภทต่าง ๆ ตั้งแต่เจ้าหน้าที่ชั้นบริหารและวิชาการจนถึงเสมียนพนักงาน โดยใช้เงินช่วยเหลือจากต่างประเทศซึ่งองค์การต่างประเทศมิได้ผูกมัดว่าจะให้ความช่วยเหลือตลอดไป เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานจึงขาดหลักประกันความมั่นคงและขาดขวัญในการทำงาน ประสิทธิภาพในการทำงานจึงไม่ดีเท่าที่ควร

7. พัฒนาการทางการเมืองระดับชาติและเจ้าหน้าที่ระดับอาวุโส จะมีบทบาทต่อปริมาณความสนับสนุนที่งานวางแผนครอบครัวของกระทรวงสาธารณสุขได้รับ ดังนั้น วิธีหนึ่งที่จะลดความไม่แน่นอนหรือการเปลี่ยนแปลงที่มีต่อโครงการวางแผนครอบครัวได้แก่การสร้างกิจกรรมที่ไม่ใช่ของรัฐบาล ยิ่งกว่านั้นการส่งเสริมเอกชนอาจจะช่วยขยายบริการแก่ท้องที่หรือกลุ่มประชากร ที่นอกเหนือไปจากขีดความสามารถของกระทรวงสาธารณสุข

8. ยังครอบคลุมประชากรไม่เพียงพอ และเป็นผลให้เพิ่มภาระงานด้านให้บริการวางแผนครอบครัวแก่โรงพยาบาลต่าง ๆ ในเขตเมือง

9. เป้าหมายการจูงใจและการให้บริการ ยังมุ่งที่จะรับผู้รับบริการวางแผนครอบครัวรายใหม่ มากกว่าที่จะส่งเสริมอัตราการคงชีพของผู้ที่ได้รับบริการอยู่แล้ว ดังนั้นจึงเป็นผลเสียเมื่อพิจารณาค่าลงทุนและผลที่ได้รับ เนื่องจากการเลิกรับบริการ

ผลการดำเนินงานของโครงการวางแผนครอบครัวในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 3

(พ.ศ. 2515 - 2519)

การดำเนินงานของโครงการวางแผนครอบครัวในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 3 แม้จะประสบปัญหาหลายประการ แต่เนื่องจากการดำเนินงานวางแผนครอบครัวเป็นการให้บริการร่วมไปกับงานให้บริการสาธารณสุขทั่วไป ซึ่งเป็นงานเดิมของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้สามารถขยายบริการวางแผนครอบครัวออกไปได้อย่างรวดเร็ว ปรากฏว่าสามารถให้บริการวางแผนครอบครัวได้สูงเกินกว่าเป้าหมาย ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าสามารถลดอัตราการเพิ่มของประชากรลงจากร้อยละ 3 ให้เหลือเพียง 2.5 ต่อปีได้ในที่สุดท้ายของแผนฯ (พ.ศ. 2519) ตามเป้าหมายที่วางไว้ในแผนพัฒนาฯ¹ เมื่อพิจารณาถึงจำนวนผู้รับบริการวางแผนครอบครัวโดยวิธีต่าง ๆ ทุกวิธีปรากฏว่าผลการดำเนินงานได้สูงกว่าเป้าหมายทุกปี คือ

¹ ทั้งนี้โดยประเมินจากรายงานต่าง ๆ ประกอบด้วย อาทิเช่น Longitudinal Study ของสถาบันประชากรศาสตร์ และ The World Fertility Survey : The Survey of Fertility in Thailand (WFS/SCFT) ของสถาบันประชากรศาสตร์และสำนักงานสถิติแห่งชาติ (จากรายงานประจำปี 2519 โครงการวางแผนครอบครัว กระทรวงสาธารณสุข หน้า 5.)

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบเป้าหมายจำนวนผู้รับบริการกับผลงานที่ดำเนินการได้ในช่วงแผนพัฒนาฉบับที่ 3

จำนวนตามวิธี ของผู้รับบริการ	เป้าหมายและผลการดำเนินงานตามแผน ฯ ฉบับที่ 3												
	2515		2516		2517		2518		2519		2515 - 2519		
	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ ของผลงาน
จำนวนผู้รับบริการ ทั้งสิ้น	350,000	450,378 (28.7)	400,000	411,729 (2.9)	405,000	475,465 (17.4)	410,000	510,464 (24.5)	410,000	553,882 (35.1)	1,975,000	2,401,918 (21.6)	100.0
ผู้รับบริการไต่หวง อนามัย	90,000	90,128 (0.1)	90,000	93,449 (3.8)	90,000	89,739 (-0.3)	90,000	75,163 (-16.5)	90,000	71,894 (-20.1)	450,000	420,373 (-6.6)	17.5
ผู้รับบริการยาคุม ชนิดรับประทาน	235,000	327,582 (39.4)	280,000	268,674 (-4.0)	280,000	305,244 (9.0)	280,000	345,117 (23.3)	280,000	376,707 (34.5)	1,355,000	1,623,324 (19.8)	67.6
ผู้รับบริการผ่าตัด ทำหมันชาย-หญิง	25,000	32,668 (30.7)	30,000	49,606 (65.4)	35,000	80,482 (129.9)	40,000	90,184 (125.5)	40,000	105,281 (163.2)	170,000	358,221 (110.7)	14.9

ที่มา : รายงานประจำปี 2520 โครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ ตัวเลขในวงเล็บเป็นส่วนร้อยละของจำนวนผู้รับบริการซึ่งสูงหรือต่ำกว่าเป้าหมาย

สูงกว่าเป้าหมายเป็นร้อยละ 28.7, 2.9, 17.4, 24.5 และ 35.1 ในปี พ.ศ. 2515, 2516, 2517, 2518 และ 2519 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณารวมตลอดระยะเวลาของแผนฯ ปรากฏว่าจำนวนผู้รับบริการรายใหม่ทั้งหมดเป็น 2,401,918 คน ซึ่งสูงกว่าเป้าหมาย 1,975,000 คน คิดเป็นร้อยละ 21.6 เมื่อแยกพิจารณาเป็นรายวิธีจะเห็นว่าจำนวนผู้รับบริการรายใหม่ที่คุมกำเนิดโดยยาเม็ดคุมกำเนิดตลอดช่วงระยะเวลาของแผน (5 ปี) สูงกว่าเป้าหมายร้อยละ 19.8 โดยที่จำนวนผู้รับบริการสูงกว่าเป้าหมายทุกปี เว้นปี พ.ศ. 2516 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายร้อยละ 4 ทั้งนี้เนื่องจากการที่โครงการวางแผนครอบครัวได้เปลี่ยนยี่ห้อของยาเม็ดบอย ๆ ส่วนห่วงอนามัยในช่วง 2 ปีแรกจำนวนผู้รับบริการรายใหม่สูงกว่าเป้าหมายเล็กน้อย และได้เริ่มต่ำกว่าเป้าหมายอย่างมากตั้งแต่ปี พ.ศ. 2517 เป็นต้นมา และที่สุดปรากฏว่าจำนวนผู้รับบริการรายใหม่ตลอดช่วงแผนต่ำกว่าเป้าหมายถึงร้อยละ 6.6 ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้รับบริการหันมาสนใจวิธีการคุมกำเนิดโดยถาวร คือการผ่าตัดทำหมันซึ่งโครงการวางแผนครอบครัวได้นำมาส่งเสริมให้มากขึ้น สำหรับผู้รับบริการรายใหม่ซึ่งคุมกำเนิดโดยการผ่าตัดทำหมันปรากฏว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยสูงกว่าเป้าหมายร้อยละ 30.7 ในปี พ.ศ. 2515 และเพิ่มขึ้นเป็นสูงกว่าเป้าหมายถึงร้อยละ 163.2 ในปี พ.ศ. 2519 ทำให้จำนวนผู้รับบริการรายใหม่ซึ่งคุมกำเนิดโดยการผ่าตัดทำหมันตลอดช่วงแผนสูงกว่าเป้าหมายถึงร้อยละ 110.7 นอกจากนี้เมื่อพิจารณาจำนวนผู้รับบริการรายใหม่แต่ละวิธีต่อผู้รับบริการรายใหม่ทั้งหมดตลอดช่วงแผน 5 ปี จะเห็นว่าร้อยละ 67.6 เป็นผู้รับบริการคุมกำเนิดโดยยาเม็ดคุมกำเนิดร้อยละ 17.5 เป็นผู้รับบริการที่คุมกำเนิดโดยห่วงอนามัยและการผ่าตัดทำหมันเป็นร้อยละ 14.9

✓ เป้าหมายและแนวนโยบายด้านประชากรในแผนพัฒนา ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2520-2524¹

เป้าหมาย แผนพัฒนา ฉบับที่ 4 ได้กำหนดเป้าหมายให้อัตราเพิ่มประชากรลดลงจากร้อยละ 2.5 ในปีเริ่มแผนพัฒนา เป็นร้อยละ 2.1 ในปีสุดท้ายของแผนพัฒนา โดย

¹ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2520 - 2524 (กรุงเทพมหานคร : บริษัทตะวันนา, 2520), หน้า 114-119.

ให้อัตราเกิดลดลงจาก 34.5 ต่อพัน เป็น 29.0 ต่อพัน และอัตรายาลดจาก 9.0 ต่อพัน เป็น 8.0 ต่อพัน ซึ่งจะมีผลให้จำนวนประชากรในปี 2519 ซึ่งมีอยู่ 42.96 ล้านคน เพิ่มขึ้นเป็น 48.18 ล้านคนในปี 2524 โดยมีอัตราเพิ่มเฉลี่ยประมาณร้อยละ 2.2 ต่อปี

แนวนโยบาย เพื่อให้การดำเนินงานได้เป็นไปตามเป้าหมายดังกล่าว จึงจะได้นำถึงงานให้บริการวางแผนครอบครัว ให้สามารถให้บริการแก่ประชาชนที่อยู่ในชนบทห่างไกล แหล่งเสื่อมโทรมในเมืองและชนกลุ่มน้อยที่ยังไม่เข้าใจเรื่องการวางแผนครอบครัว คีพอ โดย

1. สนับสนุนค่านายหน้าประมาณและกำลังคนให้หน่วยงานที่รับผิดชอบสามารถปฏิบัติงานตามโครงการจนบรรลุเป้าหมายด้านการวางแผนครอบครัว ที่กำหนดไว้ว่าจะให้มีผู้รับบริการรายใหม่จำนวน 3.03 ล้านคน

2. ปรับปรุงระเบียบการกำหนดให้เงินเลี้ยงดูบุตร การช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาล ตลอดจนสวัสดิการด้านการลาคลอดแก่ข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ซึ่งให้เงินช่วยเหลือ และสวัสดิการดังกล่าวแก่บุตรทุกคนโดยไม่จำกัดจำนวน เน้นให้การช่วยเหลือและสวัสดิการดังกล่าวแก่ข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจที่มีบุตร 1 - 4 คน เท่านั้น บุตรคนที่ 5 ขึ้นไปไม่ให้การช่วยเหลือ และสิทธิการลาคลอด ทั้งนี้ยกเว้นแก่บุตรที่มีบุตรเกินกว่า 4 คนก่อนที่ระเบียบใหม่จะประกาศใช้

3. ปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับการให้บริการทำหมันแก่หญิง ซึ่งเดิมกำหนดว่าต้องมีบุตร 4 คน จึงจะทำหมันได้ เป็นไม่จำกัดจำนวนบุตรที่มี แล้วแต่ความต้องการของผู้รับบริการ

4. โดยเหตุที่ปัจจุบันได้มีสถานบริการรับทำแท้งให้แก่ผู้ตั้งครรภ์ที่ไม่ประสงค์จะมีบุตร ทั้งที่ทำโดยถูกหลักวิชาแพทย์และไม่ถูกหลักอย่างกว้างขวาง ซึ่งประการหลังนี้ทำให้ผู้รับบริการได้รับอันตรายถึงแก่ชีวิต หรือต้องมาโรงพยาบาลรักษาพยาบาลหลังการทำแท้งเป็นจำนวนมาก ทำให้เกิดการสิ้นเปลืองทางการแพทย์ จึงต้องส่งเสริมให้มีการศึกษาและวิจัยเกี่ยวกับผลดีและผลเสียของเรื่องนี้อย่างรอบคอบ และต้องเร่งปรับปรุงกฎหมายการทำแท้งมาตรา 305 แห่งประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งระบุว่าแพทย์จะทำแท้งได้ในกรณีเพื่อสุขภาพและฐานะทางสังคม (เมื่อหญิงตั้งครรภ์เพราะถูกข่มขืน) ให้มีขอบข่ายกว้างขวางขึ้น เพื่อลด

อันตรายจากการทำแท้งโดยผิดกฎหมายและเพื่อผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจไ้มากน้อยเพียงใด

5. ปรับปรุงกฎหมายคุ้มครองแรงงานให้นายจ้างสามารถลดสิทธิการลาคลอดแก่ผู้ที่มีบุตรคนที่ 5 ขึ้นไป โดยยกเว้นแก่ผู้ที่มีสิทธิก่อนการประกาศใช้กฎหมายที่ปรับปรุงแล้ว

6. ไขมาตราการค่านาฬิกาในการส่งเสริมการลดอัตราเพิ่มประชากร ซึ่งจะได้อีกวิชาวิเคราะห์จากประเทศที่ดำเนินการโดยผลมาแล้วว่าจะปรับปรุงให้เหมาะสมกับประเทศไทยได้อย่างไรบ้าง

7. ให้รัฐออกค่าใช้จ่ายในการทำหมั้นทั้งชายและหญิงแก่ข้าราชการผู้น้อย ลูกจ้างของรัฐและพนักงานรัฐวิสาหกิจ และสนับสนุนให้ธุรกิจเอกชนที่มีการให้สวัสดิการด้านการคลอดบุตรและเงินช่วยเหลือบุตร ให้ดำเนินการเช่นเดียวกับรัฐ (ให้ช่วยเหลือจนถึงบุตรคนที่ 4 เท่านั้น)

8. ให้หน่วยงานอื่น ๆ นอกเหนือจากกระทรวงสาธารณสุข ทั้งของรัฐและเอกชนในการส่งเสริมและให้บริการด้านการวางแผนครอบครัวอย่างกว้างขวาง โดยรวมถึงการให้ความช่วยเหลือทางด้านวิชาการอุปกรณ์และยาที่จะใช้ในการนี้

แผนพัฒนางานวางแผนครอบครัว พ.ศ. 2520-2524 ของโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ¹

วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริม สนับสนุนและให้บริการในด้านการวางแผนครอบครัวแก่ประชาชนผู้สมัครใจให้สามารถกำหนดขนาดของครอบครัวหรือเว้นระยะการมีบุตร เพื่อพยายามลดอัตราการเพิ่มของประชากรซึ่งสูงกว่าร้อยละ 2.5 ต่อปี ให้เหลือประมาณร้อยละ 2.1 ต่อปี เมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนา ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2524)

นโยบาย จะดำเนินการ สนับสนุนและพัฒนางานด้านการวางแผนครอบครัวให้บรรลุผลตามเป้าหมายที่วางไว้ ควบคู่การเร่งรัดปรับปรุงประสิทธิภาพการให้บริการ การขยายขอบเขตการปฏิบัติงานให้กว้างขวางครอบคลุมประชาชนโดยเฉพาะในท้องถิ่นชนบทที่ห่างไกล และขยายวิธีการให้บริการเพื่อประชาชนจะสามารถเลือกวิธีคุมกำเนิดตามต้องการได้มากขึ้น

¹ กระทรวงสาธารณสุข, โครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ, แผนพัฒนางานวางแผนครอบครัว พ.ศ. 2520 - 2524 (กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข, 2519).

โดยเน้นหนักในเรื่องต่อไปนี้

1. ขยายและเร่งรัดปรับปรุงการให้บริการโดยเฉพาะในท้องที่ที่มีอัตราการเกิดสูง
2. ส่งเสริมและปรับปรุงสมรรถภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานให้สูงขึ้น
3. ส่งเสริมการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ โดยใช้วิธีการสื่อความหมายชนิดต่าง ๆ เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนเกิดความเข้าใจและสนใจขอรับบริการวางแผนครอบครัวสูงขึ้น
4. ส่งเสริมการวิจัยและประเมินผล ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานวางแผนครอบครัว โดยเฉพาะในด้านการเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ
5. สนับสนุนและร่วมมือประสานงานกับหน่วยงานราชการหรือองค์กรเอกชนอื่น ๆ ซึ่งดำเนินงานเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว

แนวทางการพัฒนางานคานวางแผนครอบครัว

1. ขยายและเร่งรัดปรับปรุงการให้บริการในเขตท้องที่ที่มีอัตราการเกิดสูง
 - ก. เร่งปรับปรุงการดำเนินงานในเขตท้องที่ที่มีอัตราการเกิดสูง โดยเฉพาะในชนบทที่ห่างไกล ให้มีประสิทธิภาพในการให้บริการกว้างขวางยิ่งขึ้น โดยเพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่ประเภทต่าง ๆ ที่จำเป็น อุปกรณ์เครื่องใช้และเวชภัณฑ์เพื่อให้เพียงพอแก่ความต้องการของผู้รับบริการ
 - ข. สนับสนุนการผลิตบุคลากรสาธารณสุขในระดับต่ำ เช่นอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน เพื่อให้มีความรู้ความสามารถในการให้บริการโดยวิธีคุมกำเนิดแบบง่าย ๆ ซึ่งไม่จำเป็นต้องใช้เทคนิคทางการแพทย์ เช่นถุงยางอนามัย ตลอดจนให้มีความสามารถในการชักจูงใจผู้รับบริการอีกด้วย
 - ค. ขอความร่วมมือจากหน่วยราชการหรือองค์กรเอกชนต่าง ๆ ในกรณีที่ไม่สามารถจะดำเนินงานให้บริการโดยตรงได้ อาทิ การให้บริการแก่ประชาชนที่อาศัยในท้องถื่นทุรกันดารทางคมนาคมไม่สะดวก เช่นชาวเขาเผ่าต่าง ๆ อาจขอความร่วมมือจาก

ฝ่ายสำรวจตระเวนชายแดน เป็นต้น

2. ส่งเสริมและปรับปรุงสมรรถภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่

ก. ดำเนินการอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับต่าง ๆ ซึ่งเข้าร่วมการดำเนินงานใหม่ เพื่อให้มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงาน

ข. ดำเนินการอบรมพัฒนาความรู้ให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้เคยผ่านการอบรมวางแผนครอบครัวมาแล้ว เพื่อให้เรียนรู้วิทยาการก้าวหน้าใหม่ ๆ ตลอดจนพัฒนาความรู้เดิม

ค. นิเทศและติดตามผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในระดับต่าง ๆ โดยใกล้ชิด เพื่อชี้แจงและแก้ไขปัญหาข้อขัดข้องต่าง ๆ อันอาจเกิดขึ้นในระหว่างการปฏิบัติงาน รวมทั้งดูแลให้ปฏิบัติโดยวิธีการที่ถูกต้องและเหมาะสม

3. ส่งเสริมการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์โดยใช้วิธีสื่อความหมายชนิดต่างๆ

ก. ขยายวิธีการสื่อความหมายให้เพิ่มมากขึ้น

ข. ปรับปรุงเทคนิคการสื่อความหมายต่าง ๆ ให้ทันสมัย เพื่อให้การสื่อความหมายเข้าถึงประชาชนอย่างแท้จริง

ค. ขยายขอบเขตการปฏิบัติงานของหน่วยประชาสัมพันธ์เคลื่อนที่ เพื่อให้ครอบคลุมไปทั่วถึงทั่วประเทศ

4. ส่งเสริมการวิจัยและประเมินผล

ก. สนับสนุนการดำเนินงานวิจัยอย่างน้อยปีละ 8 เรื่อง โดยมุ่งเน้นงานวิจัยที่จะเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงประสิทธิภาพการให้บริการวางแผนครอบครัวเป็นสำคัญ

ข. ปรับปรุงระบบการเก็บรวบรวมข้อมูลและสถิติต่าง ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องรวดเร็วและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ค. ปรับปรุงระบบการประเมินผลให้มีประสิทธิภาพสูง เพื่อสามารถนำมาใช้ประกอบการพิจารณาวางแผนงานสำหรับการดำเนินงานในอนาคต และใช้ในการควบคุมการปฏิบัติงานให้ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด

5. สนับสนุนและร่วมมือประสานงานกับหน่วยงานอื่น

ก. ประสานงานและให้ความร่วมมือกับสำนักอนามัยและศูนย์อนามัยแม่และเด็ก เทศบาลนครกรุงเทพฯ ให้บริการแก่ประชาชนในชุมชนแหล่งเสื่อมโทรมในเขตเมือง

ข. ตัดต่อประสานงานและให้ความร่วมมือกับหน่วยงานราชการหรือ
องค์การเอกชนต่าง ๆ ในเรื่องเกี่ยวกับการดำเนินงานวางแผนครอบครัวตามที่หน่วยงาน
นั้น ๆ แจงมา

มาตรการสนับสนุนให้การดำเนินงานตามนโยบายได้รับผลดี เพื่อให้การดำเนิน
งานตามนโยบายดังกล่าวดำเนินไปด้วยดี และมีประสิทธิภาพสมควรปรับปรุงแก้ไข เรื่องต่างๆ
ที่สำคัญ ดังนี้

1. เร่งรัดและปรับปรุงด้านอัตราค่าจ้าง โดยกระตุ้น ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
เช่น สำนักงบประมาณ และ ก.พ. ตระหนักถึงความสำคัญของงานวางแผนครอบครัว อนุมัติ
ตำแหน่งและจัดสรรเงินงบประมาณสำหรับการจ้างเจ้าหน้าที่ให้เพียงพอ เพื่อทำหน้าที่ปฏิบัติ
งานวางแผนครอบครัวทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

2. โนมนาวให้รัฐบาลตระหนักถึงความจำเป็นของการดำเนินงานวางแผน
ครอบครัว และเล็งเห็นความยุ่งยากอันอาจจะเกิดจากการถอนหรือลดความช่วยเหลือของ
องค์การต่างประเทศ เพื่อให้รัฐบาลพิจารณาจัดสรรงบประมาณเพียงพอแก่การดำเนินงานให้
บรรลุผลตามเป้าหมายที่วางไว้

เป้าหมาย ในการพัฒนางานวางแผนครอบครัวตามแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 เพื่อให้
การดำเนินงานบรรลุผลตามวัตถุประสงค์และนโยบายที่กำหนดไว้ ได้วางเป้าหมายจำนวนผู้
รับบริการทั้งที่เป็นรายใหม่และรายเก่า โดยมีจำนวนผู้รับบริการทั้งสิ้น 1,600,689
1,777,051 1,951,366 2,111,625 และ 2,266,607 ในปี พ.ศ. 2520,
2521, 2522, 2523 และ 2524 ตามลำดับ

งบประมาณ ในช่วงระยะแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 นี้ คาดว่าเงินงบประมาณที่จำเป็น
ต้องจัดสรรเพื่อใช้ในการพัฒนางานวางแผนครอบครัวให้บรรลุผลตามเป้าหมายที่วางไว้ จะ
เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 527 ล้านบาท ทั้งนี้โดยคิดคำนวณจากเงินงบประมาณและเงินแนว
โน้มความช่วยเหลือจากต่างประเทศ รวมทั้งไว้มตรารัฐการเงินของปี พ.ศ. 2518 เป็น
หลักในการประมาณการ

ตารางที่ 14 เป้าหมายจำนวนผู้รับบริการจำแนกตามรายวิธีในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4

พ.ศ.	ผู้รับบริการห้วงอนามัย		ผู้รับบริการยาแม่คคุมกำเนิด		ผู้รับบริการทำ หมั้นชายและหญิง รายใหม่	ผู้รับบริการยาฉีดคุมกำเนิด		รวม		จำนวนผู้รับ บริการทั้งสิ้น
	รายใหม่	รายเก่า	รายใหม่	รายเก่า		รายใหม่	รายเก่า	รายใหม่	รายเก่า	
2520	95,000	298,817	350,000	691,072	90,000	40,000	35,800	575,000	1,025,689	1,600,689
2521	100,000	333,120	350,000	795,631	95,000	42,000	61,300	587,000	1,190,051	1,777,051
2522	105,000	368,798	360,000	888,548	100,000	44,000	85,020	609,000	1,342,366	1,951,366
2523	106,500	405,541	370,000	977,244	100,000	45,000	107,340	621,500	1,490,125	2,111,625
2524	106,500	440,430	385,000	1,061,937	100,000	45,000	127,740	636,500	1,630,107	2,266,607
รวมทั้งสิ้น	513,000	440,430	1,815,000	1,061,937	485,000	216,000	127,740	3,029,000	1,630,107	

หมายเหตุ สำหรับวิธีถุงยางคุมกำเนิดซึ่งโครงการวางแผนครอบครัวเริ่มให้บริการเป็นวิธีที่ทำ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2518 ยังไม่สามารถกำหนดเป็นเป้าหมายรายปี แต่ประมาณการไว้ว่า จะมีผู้รับบริการรายใหม่ไม่ต่ำกว่าปีละ 25,000 คน

ที่มา : แผนพัฒนางานวางแผนครอบครัว 2520 - 2524 ของโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 15 การจัดสรรเงินเพื่อพัฒนางานวางแผนครอบครัวตามแผนพัฒนา

ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2520 - 2524

(ล้านบาท)

งบประมาณแยกตามวัตถุประสงค์ของรายจ่าย	2520	2521	2522	2523	2524	รวม
1. งานอบรมและนิเทศ	3.091	3.377	3.194	3.105	3.320	16.087
2. งานวิจัยและประเมินผล	2.400	2.400	2.400	2.400	2.400	12.000
3. งานเผยแพร่และประชาสัมพันธ์	5.184	5.095	5.345	5.145	5.445	26.214
4. งานขยายการเข้าถึงทำหมัน	11.000	11.450	12.000	12.000	12.000	58.450
5. งานจัดหาเวชภัณฑ์วางแผนครอบครัว						
5.1 ยุกุมกำเนิด	44.904	50.473	55.564	60.437	65.231	276.609
5.2 ห่วงอนามัย	0.276	0.292	0.312	0.324	0.332	1.536
5.3 ยาคีคุมกำเนิด	3.125	4.665	5.993	7.579	8.721	30.083
6. งานจัดหาวัสดุอุปกรณ์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานงาน เจ้าหน้าที่ให้บริการ	5.900	5.900	5.900	5.900	5.900	29.500
7. งานเร่งรัดพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก เข้ากับงานวางแผน ครอบครัว	6.364	11.021	6.258	1.280	1.280	28.203
8. งานให้บริการวางแผนครอบครัวแก่ชาวเขา	2.220	2.280	2.340	2.340	2.340	11.520
9. หมวดเงินเดือนและค่าจ้าง	6.296	6.925	7.618	7.998	8.398	77.235
ยอด	92.760	103.878	106.924	108.508	115.367	527.437

หมายเหตุ งบประมาณที่แสดงในตารางนี้ คิดตามมาตรฐานเงินปี 2518

ที่มา : แผนพัฒนางานวางแผนครอบครัว 2520 - 2524 ของโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข

จากงบจัดสรรที่ประมาณการไว้ทั้งสิ้นในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 ปรากฏว่า งบจัดสรรที่สูงที่สุด คือ หมวดเวชภัณฑ์วางแผนครอบครัว ซึ่งสูงถึงร้อยละ 58.4 ของงบประมาณทั้งหมด สำหรับงบประมาณด้านนี้ส่วนใหญ่คาดว่าจะได้รับจากความช่วยเหลือต่างประเทศ ส่วนหมวดเงินเดือนและค่าจ้างนั้น คิดเป็นร้อยละ 7 ของงบทั้งหมด นอกจากนี้หากพิจารณาถึงลักษณะการกระจายของเงินงบจัดสรรนี้ จะเห็นได้ว่า ประมาณร้อยละ 90 ของงบทั้งหมดกระจายอยู่ในส่วนภูมิภาคต่าง ๆ ของประเทศ

ลักษณะทั่ว ๆ ไปของผู้รับบริการวางแผนครอบครัว

เนื่องจากการวางแผนครอบครัวคือ การดำเนินการเพื่อที่จะลดการเกิดหรือป้องกันการตั้งครรภ์ให้แก่สตรีที่มีอายุอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ซึ่งสมรสแล้ว โดยจะมีผลทำให้อัตราการเจริญพันธุ์ต่าง ๆ ทั้งในแง่ของอัตราเจริญพันธุ์ทั้งหมด หรืออัตราเจริญพันธุ์ตามหมวดอายุของมารดาลดลง ดังนั้นก่อนที่จะพิจารณาพฤติกรรมของสตรี ทั้งในแง่ของการเจริญพันธุ์และในแง่ของพฤติกรรมในการคุมกำเนิด ก็ควรจะได้พิจารณาโอกาสที่สตรีในวัยเจริญพันธุ์เหล่านี้จะมีส่วนในอัตราเจริญพันธุ์ต่าง ๆ โดยพิจารณาถึงสถานะทางการสมรสของสตรีเหล่านี้จากการสำรวจภาวะการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย พ.ศ. 2518¹ แสดงให้เห็นว่า สตรีที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่ยังเป็นโสดเป็นถึงร้อยละ 99.48 ของสตรีในหมวดอายุเดียวกัน และค่อย ๆ ลดลงเป็นร้อยละ 84.72 ในหมวดอายุ 15 - 19 ปี จากนั้นก็ลดลงอย่างรวดเร็วเป็นร้อยละ 41.47, 19.13, 10.05, 6.42, 3.93 และ 3.23 ในหมวดอายุ 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44 และ 45-49 ปีตามลำดับ หรืออีกนัยหนึ่งก็คือจากหมวดอายุ 15-19 ปีขึ้นไป ส่วนของสตรีเคยสมรสจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วตามหมวด

¹ Chulalongkorn University. Institute of Population Studies, and National statistical office. Population Survey Division, World Fertility Survey, Report No 1 : The Survey of Fertility in Thailand : Country Report, Vol.1 (Bangkok : Post Publishing Co., 1977), p. 44.

อายุที่สูงขึ้นจากร้อยละ 15.28 ในหมวดอายุ 15-19 ปี จนเป็นร้อยละ 96.77 ในหมวดอายุ 45-49 ปีในที่สุด ดังนั้นการที่จะพิจารณาลักษณะทั่ว ๆ ไปของผู้รับบริการวางแผนครอบครัวจึงต้องพิจารณาจากสตรีเคยสมรสในหมวดอายุต่าง ๆ เหล่านี้

ความร่ เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว

จากการสำรวจภาวะการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย ปี 2518¹ แสดงให้เห็นว่า ร้อยละ 96.1 ของสตรีเคยสมรส (women ever-married) ซึ่งรวมถึงสตรีสมรสแล้ว ซึ่งยังคงอยู่กับสามีในปัจจุบัน สตรีที่หย่าร้างกับสามีและสตรีที่เป็นหม้าย เคยไคยินเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพอย่างน้อยหนึ่งวิธี เพียงร้อยละ 0.3 เท่านั้นที่เคยไคยินเฉพาะวิธีการคุมกำเนิดที่ไม่มีประสิทธิภาพ และเมื่อพิจารณาแยกแยะหมวดอายุของสตรีปรากฏว่า กว่าร้อยละ 90 ของสตรีในทุกหมวดอายุเคยไคยินเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพอย่างน้อยหนึ่งวิธีทั้งสิ้น และเมื่อพิจารณาแยกตามวิธีในการคุมกำเนิดต่าง ๆ จะเห็นว่า สตรีเคยสมรสเกือบทั้งหมดเคยไคยินการคุมกำเนิดโดยยาเม็ดคุมกำเนิด ห่วงอนามัย ยานัดคุมกำเนิด การมาตัดทำหมันหญิงและชาย คือประมาณร้อยละ 91.7, 85.5, 70.4, 86.8 และ 70.0 ของสตรีเคยสมรสเคยไคยินวิธีการคุมกำเนิดดังกล่าวตามลำดับ นอกจากนี้ประมาณร้อยละ 48.0 เคยไคยินวิธีการคุมกำเนิดโดยถุงยางอนามัยร้อยละ 22.4 เคยไคยินเกี่ยวกับยาเม็ดฟองฟู หมวดยางใส่ภายในช่องคลอด และวิธีการคุมกำเนิดอื่นที่เกี่ยวข้องประมาณร้อยละ 54.3 เคยไคยินวิธีการคุมกำเนิดที่ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งไคยินแก่ การสวนล้างช่องคลอดควยนำยาหลังการรวมเพศ การนับระยะปลอดภัย การหลั่งน้ำอสุจินอกของคลอด และการงดเว้นการรวมเพศ

¹ Chulalongkorn University. Institute of Population studies, and National statistical office. Population Survey Division, World Fertility Survey, Report No 1 : The Survey of Fertility in Thailand : Country Report, Vol.1 (Bangkok : Post Publishing Co., 1977), p. 76.

ตารางที่ 16 การแจกแจงส่วนร้อยของสตรีเคยสมรสที่เคยไต่ถามเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดต่าง ๆ (รวมทั้งการผ่าตัดทำหมัน) ตามหมวดอายุของสตรีและวิธีการคุมกำเนิด

	วิธีการคุมกำเนิด ที่ไม่มีประสิทธิภาพ ¹	วิธีการคุมกำเนิด ที่มีประสิทธิภาพ ²	ยาเม็ดคุมกำเนิด	ห่วงอนามัย	ยาฉีด คุมกำเนิด	ยาเม็ดฟองฟู่ และหมวกยาง	ถุงยาง อนามัย	การทำ หมันหญิง	การทำ หมันชาย	อื่น ๆ ³	วิธีอื่น ๆ บานอื่นๆ
รวม	.3	96.1	91.7	85.5	70.4	22.4	48.0	86.8	70.0	54.3	.2
15	.0	100.0	100.0	80.0	80.0	.0	60.0	80.0	80.0	100.0	.0
15 - 19	.0	93.0	85.9	77.9	65.7	13.1	39.4	81.7	53.5	48.8	.0
20 - 24	.2	96.7	92.8	85.5	71.4	20.8	52.9	88.9	70.5	55.6	.3
25 - 29	.3	97.3	95.0	88.2	77.8	28.0	56.2	88.9	75.3	61.4	.1
30 - 34	.7	97.0	94.4	88.2	73.0	22.9	53.7	90.9	75.3	59.9	.2
35 - 39	.2	97.1	94.8	89.9	75.2	22.8	49.7	88.2	70.7	51.9	.2
40 - 44	.0	94.9	88.8	82.9	63.7	22.0	37.2	83.9	67.9	50.1	.0
45 ขึ้นไป	.4	93.9	83.3	78.5	58.1	19.5	36.0	79.2	63.2	44.5	.2

1 สตรีเคยสมรสที่เคยไต่ถามเฉพาะวิธีการคุมกำเนิดที่ไม่มีประสิทธิภาพ

2 สตรีเคยสมรสที่เคยไต่ถามเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพอย่างน้อยหนึ่งวิธี

3 อื่น ๆ ได้แก่ การสวนล้างของคลอดควยนำยาหลังการรวมเพศ การนับระยะปลอดภัย การหลั่งน้ำอสุจินอกของคลอด การงดเว้นการรวมเพศ

ที่มา : Table 4.1.1A World Fertility Survey, Report No.1. "The Survey of Fertility in Thailand : Country Report." Volume 2. A Joint Project of Institute of Population Studies, Chulalongkorn University and Population Survey Division, National Statistical Office. p.317-318.

ประสบการณ์ในการคุมกำเนิด

แมสตร์เคยสมรสจะเคยไต่ยืนเกี่ยวกับวิธีการในการคุมกำเนิดสูงถึงกว่าร้อยละ 90 แต่สตรีเหล่านี้เคยคุมกำเนิดเพียงร้อยละ 45.4 เท่านั้น โดยเป็นผู้ที่เคยคุมกำเนิดโดยวิธีที่ไม่มีประสิทธิภาพพออย่างเดียวนั้นประมาณร้อยละ 6.2 อีกร้อยละ 39.2 เป็นผู้ที่เคยคุมกำเนิดโดยวิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ เมื่อพิจารณาแยกตามหมวดอายุของสตรีเคยสมรสเหล่านี้ ปรากฏว่าสตรีเคยสมรสหมวดอายุต่ำกว่า 20 ปี และหมวดอายุสูงกว่า 40 ปี เคยคุมกำเนิด โดยวิธีในการคุมกำเนิดอย่างน้อยหนึ่งวิธีประมาณร้อยละ 25 ถึง 42 ในขณะที่สตรีเคยสมรสในหมวดอายุระหว่าง 25-39 ปีเคยคุมกำเนิดอย่างน้อยหนึ่งวิธีสูงกว่าร้อยละ 50 และเมื่อพิจารณาตามวิธีคุมกำเนิด ปรากฏว่ากว่าร้อยละ 25.7 เป็นสตรีเคยสมรสที่เคยคุมกำเนิดโดยยาเม็ดคุมกำเนิดร้อยละ 9.5 เคยใช้ห่วงอนามัย ร้อยละ 6.0 เคยคุมกำเนิดโดยการผ่าตัดทำหมันหญิง ประมาณร้อยละ 5 เคยคุมกำเนิดโดยยาฉีดคุมกำเนิด ร้อยละ 4 เคยคุมกำเนิดโดยใช้ถุงยางอนามัย นอกจากนั้นเคยคุมกำเนิดโดยวิธีอื่น ๆ น้อยมาก

นอกจากลักษณะที่แสดงให้เห็นว่าส่วนของสตรีเคยสมรสในหมวดอายุระหว่าง 25-39 ปีที่เคยคุมกำเนิดสูงกว่าสตรีเคยสมรสหมวดอายุต่ำหรือสูงกว่านี้แล้ว การคุมกำเนิดยังแตกต่างกันตามขนาดของครอบครัวหรือจำนวนบุตรมีชีวิต โดยที่สตรีเคยสมรสที่มีขนาดของครอบครัวเล็กมาก ๆ และที่มีขนาดครอบครัวใหญ่มาก ๆ จะเคยคุมกำเนิดในสัดส่วนที่ต่ำกว่าสตรีเคยสมรสที่มีครอบครัวขนาดกลาง คือสตรีเคยสมรสที่ยังไม่มีบุตรจะเคยคุมกำเนิดเพียงร้อยละ 16 เท่านั้น และเมื่อมีขนาดของครอบครัวใหญ่ขึ้นก็จะเคยคุมกำเนิดมากขึ้น เช่นสตรีเคยสมรสที่มีบุตรมีชีวิต 2, 3 และ 4 คน จะเคยคุมกำเนิดสูงถึงร้อยละ 50, 54 และ 55 ตามลำดับ และเมื่อขนาดของครอบครัวใหญ่ขึ้นจนมีบุตรมีชีวิตมากกว่า 9 คน สตรีเคยสมรสในครอบครัวขนาดนี้ จะเคยคุมกำเนิดเพียงร้อยละ 30 เท่านั้น อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาถึงสตรีเคยสมรสซึ่งมีครอบครัวขนาดต่าง ๆ เหล่านี้ โดยแยกตามหมวดอายุของสตรี ปรากฏว่าสตรีเคยสมรสหมวดอายุ 25-34 ปี ซึ่งมีบุตรมีชีวิต 2-4 คน จะเป็นกลุ่มที่เคยคุมกำเนิดสูงที่สุด

ตารางที่ 17 ส่วนย่อยของสตรีเคยสมรสซึ่งเคยคุมกำเนิดโดยวิธีต่าง ๆ รวมทั้งการผ่าตัดทำหมัน จำแนกตามหมวดอายุ และวิธีคุมกำเนิด

	เคยใช้วิธีคุมกำเนิด ¹ ที่ไม่มีประสิทธิภาพเท่านั้น	เคยใช้วิธีคุมกำเนิด ² ที่มีประสิทธิภาพ	ยาเม็ดคุมกำเนิด	ห่วงอนามัย	ยาฉีด คุมกำเนิด	ยาเม็ดฟองฟู และหมวกยาง	ถุงยาง อนามัย	การทำ หมันหญิง	การทำ หมันชาย	อื่น ๆ ³	วิธีอื่น ๆ ³ บ้านอื่นๆ
รวม	6.2	39.2	25.7	9.3	4.6	1.0	3.5	6.0	1.9	15.4	.1
15	.0	20.0	20.0	.0	20.0	.0	.0	20.0	.0	20.0	.0
15 - 19	6.1	20.3	17.0	3.3	2.4	.5	2.4	.0	.0	9.0	.0
20 - 24	6.0	36.2	26.0	6.5	5.0	.5	4.3	1.3	.8	13.7	.3
25 - 29	6.2	49.4	35.4	9.5	7.2	2.3	4.5	6.1	1.8	19.3	.1
30 - 34	6.6	49.0	31.7	16.1	4.3	.5	4.3	8.3	1.7	18.6	.2
35 - 39	3.9	49.9	31.4	12.9	5.2	1.3	4.0	9.1	4.5	15.0	.2
40 - 44	6.3	33.2	17.7	6.1	3.1	.7	2.6	8.2	2.3	14.0	.0
45 - 49	8.6	16.5	6.6	3.3	2.2	.4	.4	4.4	1.1	12.3	.0

1 เคยคุมกำเนิดโดยวิธีที่ไม่มีประสิทธิภาพเท่านั้น

2 เคยคุมกำเนิดโดยวิธีที่มีประสิทธิภาพอย่างน้อยหนึ่งวิธี

3 อื่น ๆ ได้แก่ การสวนล้างของคลอดควยนำยาหลังการร่วมเพศ การนับระยะปลอดภัย การหลั่งน้ำอสุจิออกของคลอด การงดเว้นการร่วมเพศ

ที่มา : Table 4.3.1 World Fertility Survey, Report No.1. "The Survey of Fertility in Thailand : Country Report."

Volume 2. A Joint Project of Institute of Population Studies, Chulalongkorn University and Population

Survey Division, National Statistical Office. p.334.

ตารางที่ 18 ร้อยละของสตรีเคยสมรสทั้งเคยคุมกำเนิดโดยวิธีใดวิธีหนึ่ง ตามหมวดอายุและจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่

หมวดอายุ	รวม	จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่									
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
รวม	45	16	41	50	54	55	48	45	44	46	30
ต่ำกว่า 25	38	16	42	48	52	-	-	-	-	-	-
25 - 34	56	22	49	60	62	59	55	48	57	-	-
35 - 44	47	6	20	37	46	59	52	52	52	50	38
45 ขึ้นไป	25	-	-	17	24	34	23	26	13	40	24

ที่มา : Table 44. World Fertility Survey, Report No.1. "The Survey of Fertility in Thailand : Country Report." Volume 1. A Joint Project of Institute of Population Studies, Chulalongkorn University and Population Survey Division, National Statistical Office. p.78.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ลักษณะการคุมกำเนิดในปัจจุบัน

จากการเปรียบเทียบผลของโครงการวิจัยต่อเนื่องระยะยาว 3 ครั้ง (พ.ศ. 2511-12 และ 2514-15) และการสำรวจภาวะการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย พ.ศ. 2518 แสดงให้เห็นว่าสตรีซึ่งสมรสในปัจจุบัน (สตรีสมรสแล้วซึ่งยังคงอยู่กับสามีในปัจจุบัน ไม่รวมสตรีเคยสมรสที่หย่าร้างกับสามีและสตรีที่เป็นหม้าย) ทำการคุมกำเนิดมากขึ้น โดยที่ส่วนร้อยละของสตรีสมรสในปัจจุบันซึ่งคุมกำเนิดในปัจจุบันเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14, 26 ในปี 2511-12 และ 2514-15 เป็นร้อยละ 37 ในปี 2518¹ และแสดงให้เห็นถึงการลดลง

ตารางที่ 19 ส่วนร้อยละของสตรีสมรสในปัจจุบันซึ่งคุมกำเนิดในปัจจุบัน

	การวิจัยต่อเนื่อง ระยะยาวครั้งที่ 1 (พ.ศ. 2511-12)	การวิจัยต่อเนื่อง ระยะยาวครั้งที่ 2 (พ.ศ. 2514-15)	การสำรวจภาวะการ เจริญพันธุ์ในประเทศไทย (พ.ศ. 2518)
รวม	14	26	37
ในเมือง	33	45	49
ชนบท	11	23	35

ที่มา : Table 49. The Survey of Fertility in Thailand :
Country Report. Volume 1. World Fertility Survey,
Report No.1 A Joint Project of Institute of Population
Studies, Chulalongkorn University and Population
Survey Division, National Statistical Office. 1977.

P.83

¹ อย่างไรก็ตาม การศึกษาทั้ง 3 ครั้งนี้มีข้อแตกต่างกันอยู่บ้าง คือโครงการวิจัยต่อเนื่องระยะยาวทั้ง 2 ครั้ง (พ.ศ. 2511-12 และ 2514-15) ได้พิจารณารวมสตรีสมรสในปัจจุบันทั้งหมดจากอายุ 15 - 44 ปี ส่วนการสำรวจภาวะการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย พ.ศ. 2518 พิจารณาเฉพาะสตรีสมรสในปัจจุบัน ซึ่งไม่ตั้งครรภ์ อายุ 15 ถึง 49 ปี

ของความแตกต่างระหว่างการคุมกำเนิดของสตรีสมรสในปัจจุบันในเขตเมืองและชนบท โดยการเพิ่มขึ้นอย่างเด่นชัดของส่วนร้อยละของสตรีสมรสในปัจจุบันที่คุมกำเนิดในปัจจุบันในชนบทจากร้อยละ 11 ในปี 2511-12 เป็นร้อยละ 23 และ 35 ในปี 2514-15 และ 2518 ตามลำดับ ในขณะที่การเพิ่มขึ้นในเมืองเป็นไปอย่างช้า ๆ จากร้อยละ 14 ในปี 2511-12 เป็นร้อยละ 45 และ 49 ในปี 2514-15 และ 2518 ตามลำดับ

จากลักษณะที่สตรีที่เคยคุมกำเนิดมักจะเป็นสตรีเคยสมรสที่อยู่ในวัย 25-39 ปี และมีครอบครัวขนาดกลาง การคุมกำเนิดในปัจจุบันของสตรีสมรสในปัจจุบันก็ยังคงมีลักษณะเดียวกันนี้ อย่างไรก็ตามขนาดของครอบครัวจะสัมพันธ์กับการคุมกำเนิดมากกว่าอายุของสตรีที่มีชีวิตอยู่

ตารางที่ 20 ส่วนร้อยละของสตรีสมรสในปัจจุบันซึ่งไม่ตั้งครรภ์ที่คุมกำเนิดในปัจจุบัน (รวมทั้งการผ่าตัดทำหมัน) ตามหมวดอายุของสตรีและจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่

หมวดอายุ	รวม	จำนวนบุตรที่มีชีวิต									
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
รวม	57	9	36	42	45	47	39	33	33	27	20
ต่ำกว่า 25	34	10	37	41	49	-	-	-	-	-	-
25 - 34	47	10	44	49	51	53	46	41	-	-	-
35 - 44	37	4	14	30	39	50	43	39	41	36	27
45 ขึ้นไป	13	-	-	5	13	26	18	13	-	12	14

ที่มา : Table 50. The Survey of Fertility in Thailand Country Report. Volume 1. World Fertility Survey, Report No.1 A Joint Project of Institute of Population Studies, Chulalongkorn University and Population Survey Division, National Statistical Office. 1977. p.83.

ตารางที่ 21 ส่วนย่อยของสตรีสมรสในปัจจุบันซึ่งไม่ตั้งครรถ์ที่คุมกำเนิดในปัจจุบัน (รวมทั้งการผ่าตัดทำหมัน) ตามหมวดอายุและวิธีในการคุมกำเนิด

	ยาคุมกำเนิด	ห่วงอนามัย	ยาฉีดคุมกำเนิด	ยาเม็ดฟองฟู และหมวกยาง	ถุงยางอนามัย	อื่น ๆ ¹	วิธีพื้นบ้าน	การผ่าตัดทำหมัน		ไม่สามารถมีบุตรได้อีก ²	ไม่คุมกำเนิด ³
								ชาย	หญิง		
รวม	15.3	6.6	2.1	.1	.5	2.8	.5	2.4	6.8	18.7	44.7
- 25	18.5	6.7	2.3	.2	.7	2.9	1.0	.8	1.5	2.1	63.3
25 - 34	21.3	8.6	2.6	.1	.4	2.7	.7	2.1	8.3	6.4	46.8
35 - 44	11.7	6.3	2.2	.1	.6	2.8	.2	4.0	9.3	23.2	39.6
44	2.3	1.5	.5	.0	.0	2.5	.3	1.5	4.6	68.3	18.5

- 1 อื่น ๆ ได้แก่ การสวนล้างของคลอดควายน้ำยาหลังการรวมเพศ การนับระยะปลอดภัย การหลั่งน้ำอสุจินอกช่องคลอด การงดเว้นการรวมเพศ
- 2 คือสตรีสมรสในปัจจุบันซึ่งไม่สามารถมีบุตรได้อีก ซึ่งอาจเนื่องมาจากการผ่าตัดซึ่งไม่ใช่วัตถุประสงค์ของการคุมกำเนิดหรืออื่น ๆ
- 3 คือสตรีสมรสในปัจจุบันซึ่งยังคงสามารถมีบุตรได้แต่ไม่ได้คุมกำเนิด

ที่มา : Table 4.4.1 World Fertility Survey, Report No.1. "The Survey of Fertility in Thailand : Country Report." Volume 2. A Joint Project of Institute of Population Studies, Chulalongkorn University and Population Survey Division, National Statistical Office. p.362-364.

เมื่อพิจารณาเฉพาะสตรีสมรสในปัจจุบันซึ่งไม่ตั้งครรภ์ จะเห็นว่าสตรีสมรสในปัจจุบันซึ่งยังไม่มีการมีบุตรเพียงร้อยละ 9 เท่านั้นที่คุมกำเนิดในปัจจุบัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความต้องการที่จะชะลอการมีบุตรของสตรีในกลุ่มนี้มีน้อยมาก อย่างไรก็ตามส่วนร้อยละของสตรีสมรสในปัจจุบันซึ่งไม่ตั้งครรภ์ที่คุมกำเนิดในปัจจุบันเมื่อมีบุตร 1 คนได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 36 แสดงให้เห็นว่ามีความต้องการชะลอระยะเวลาการมีบุตรคนต่อไปมากขึ้น และเป็นดังนี้ จนกระทั่งหมวดอายุสูง ๆ ขึ้นไปการคุมกำเนิดจะลดลง เนื่องจากอายุสูงขึ้นจนความสามารถในการมีบุตรลดลง นอกจากนั้นการที่อายุสูงขึ้นทำให้ขาดการยอมรับความคิดใหม่ ๆ ในการคุมกำเนิด ซึ่งเมื่อพิจารณาความสามารถในการมีบุตร (จากตารางที่ 21) จะเห็นว่าร้อยละ 23 ของสตรีสมรสในปัจจุบันในหมวดอายุ 35-44 ปี และร้อยละ 68 ของสตรีสมรสในปัจจุบันหมวดอายุ 45-49 ปี คิดว่าตนไม่สามารถมีบุตรอีกแล้ว จึงไม่จำเป็นต้องทำการคุมกำเนิด

เมื่อพิจารณาการคุมกำเนิดในปัจจุบันโดยแยกตามวิธีในการคุมกำเนิด ปรากฏว่าสตรีสมรสในปัจจุบันซึ่งไม่ตั้งครรภ์ คุมกำเนิดโดยยาเม็ดคุมกำเนิดสูงสุดเป็นร้อยละ 15.3 ของสตรีสมรสในปัจจุบันซึ่งไม่ตั้งครรภ์ทั้งหมด รองลงมาคือ การผ่าตัดทำหมันหญิงเป็นร้อยละ 6.8 และการใช้ห่วงอนามัยเป็นร้อยละ 6.6 โดยที่ส่วนร้อยละของสตรีที่คุมกำเนิดโดยยาเม็ดคุมกำเนิดและห่วงอนามัยจะเพิ่มขึ้นจากหมวดอายุคน ๆ หนึ่งจนสูงสุดในหมวดอายุ 25-34 ปี คือเป็นร้อยละ 21.3 และ 8.6 ตามลำดับ และในหมวดอายุที่สูงขึ้นส่วนร้อยละของสตรีสมรสในปัจจุบันซึ่งไม่ตั้งครรภ์ที่คุมกำเนิดโดยวิธีทั้งสองนี้จะลดลง ส่วนการผ่าตัดทำหมันหญิง ปรากฏว่าจะเพิ่มขึ้นจนสูงสุดในหมวดอายุ 35-44 ปี จากนั้นจึงลดลง

สรุปรูปแบบการคุมกำเนิดในปัจจุบันและความตั้งใจที่จะคุมกำเนิดในอนาคต

แสดงถึงส่วนร้อยละของสตรีเคยสมรส (ซึ่งรวมถึงสตรีสมรสแล้วซึ่งยังคงอยู่กับคู่สมรสในปัจจุบัน ตลอดจนสตรีที่หย่าร้างกับสามีและสตรีหม้าย) ที่ไม่เคยคุมกำเนิดเลย ที่เคยคุมกำเนิดในอดีต และที่คุมกำเนิดในปัจจุบัน (ตารางที่ 22) ปรากฏว่าสตรีเคยสมสร้อยละ 55 ของทั้งหมดไม่เคยคุมกำเนิดเลย ร้อยละ 31 กำลังคุมกำเนิดในปัจจุบัน และร้อยละ 15 เป็นผู้ที่เคยคุมกำเนิดในอดีตโดยที่ปัจจุบันไม่ได้ทำการคุมกำเนิด เมื่อพิจารณาตามหมวดอายุจะเห็นว่าในกลุ่มของสตรีที่ไม่เคยคุมกำเนิด สตรีเคยสมรสในหมวดอายุ 25-

39 ปีมีส่วนร่อยที่ไม่ได้คุมกำเนิดต่ำกว่าในหมวดอายุ 20-24 และ 40 ปีขึ้นไป หรือในทางตรงข้ามจะเห็นว่าสตรีเคยสมรสที่คุมกำเนิดในปัจจุบันในหมวดอายุ 25-39 ปีจะมีส่วนร่อยที่คุมกำเนิดในปัจจุบันสูงกว่าหมวดอายุ 20-24 และ 40 ปีขึ้นไป

ในกลุ่มสตรีเคยสมรสซึ่งไม่เคยคุมกำเนิด (ซึ่งเป็นร้อยละ 55 ของสตรีเคยสมรสทั้งหมด) ส่วนหนึ่งคือร้อยละ 19 ของสตรีเคยสมรสทั้งหมด มีความตั้งใจที่จะคุมกำเนิดในอนาคต ซึ่งสตรีที่ไม่เคยคุมกำเนิดกลุ่มนี้รวมถึงสตรีที่กำลังตั้งครรภ์หรือเพิ่งจะคลอดบุตรคนสุดท้ายด้วย ส่วนอีกร้อยละ 36 ไม่ต้องการที่จะคุมกำเนิดในอนาคต ซึ่งสตรีเคยสมรสในกลุ่มนี้รวมถึงสตรีที่ไม่สามารถจะมีบุตรได้อีกเนื่องจากมีอายุสูงหรือได้รับการผ่าตัด (ซึ่งไม่ใช่เพื่อวัตถุประสงค์ในการคุมกำเนิดและรวมตลอดถึงสตรีที่กำลังจะหย่าร้าง) และเมื่อพิจารณาแยกตามหมวดอายุจะเห็นว่าส่วนของสตรีเคยสมรสที่ไม่เคยคุมกำเนิดซึ่งตั้งใจที่จะคุมกำเนิดในอนาคตจะลดลงเรื่อย ๆ เมื่อหมวดอายุสูงขึ้น ในขณะที่สตรีเคยสมรสที่ไม่ได้คุมกำเนิดซึ่งไม่ต้องการจะคุมกำเนิดในอนาคตจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามหมวดอายุที่สูงขึ้น

ในกลุ่มของสตรีเคยสมรสซึ่งเคยคุมกำเนิดแต่ปัจจุบันไม่ได้คุมกำเนิดแล้ว จะเห็นวาร์ร้อยละ 4 (ของสตรีเคยสมรสทั้งหมด) ไม่คุมกำเนิดในปัจจุบันเนื่องจากอยู่ในช่วงหลังคลอดบุตรและยังไม่สามารถจะตั้งครรภ์ได้อีกอีกร้อยละ 8 ไม่คุมกำเนิดในปัจจุบันเนื่องจากอยู่ในช่วงที่กำลังตั้งครรภ์ ซึ่งจะเห็นว่าส่วนร่อยของสตรีในกลุ่มนี้ต่อสตรีเคยสมรสแต่ละหมวดอายุ จะสูงขึ้นเรื่อย ๆ จนสูงสุดในหมวดอายุ 25-29 ปี โดยเป็นร้อยละ 11 แล้วจึงลดลงในหมวดอายุต่อ ๆ มา สตรีเคยสมรสซึ่งไม่ได้คุมกำเนิดในปัจจุบันที่เหลืออีกกลุ่มหนึ่งคือ สตรีที่ไม่สามารถมีบุตรได้อีก ซึ่งเป็นประมาณร้อยละ 3 ของสตรีเคยสมรสทั้งหมด และสตรีกลุ่มนี้จะมีส่วนร่อยต่อสตรีเคยสมรสในหมวดอายุเดียวกันมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามหมวดอายุที่สูงขึ้น

ในกลุ่มของสตรีเคยสมรสซึ่งคุมกำเนิดในปัจจุบัน (ประมาณร้อยละ 31 ของสตรีเคยสมรสทั้งหมด) จะเห็นว่าประมาณร้อยละ 8 ของสตรีเคยสมรสทั้งหมด คุมกำเนิดโดยผ่าตัดทำหมัน ซึ่งสตรีเคยสมรสกลุ่มนี้รวมสตรีสมรสในปัจจุบันที่สามีคุมกำเนิดโดยการผ่าตัดทำหมันชายด้วย และอีกร้อยละ 23 ทำการคุมกำเนิดโดยวิธีอื่น ๆ อย่างไรก็ตามจะเห็นว่าสตรีเคยสมรสที่คุมกำเนิดโดยผ่าตัดทำหมันจะมีส่วนร่อยต่อสตรีเคยสมรสในหมวดอายุเดียวกันต่ำในหมวดอายุต่ำกว่า 30 ปี แต่ในหมวดอายุสูงกว่า 30 ปีขึ้นไป ปรากฏว่าได้เพิ่มขึ้นจนเป็นประมาณ 1 ใน 3 ของสตรีเคยสมรสซึ่งทำการคุมกำเนิดในปัจจุบันทั้งหมด

ขสมรสตามสถานะในการคุมกำเนิดและหมวดอายุ

ม	ปัจจุบันไม่ได้คุมกำเนิด			คุมกำเนิดในปัจจุบัน		
	อยู่ในช่วง หลังคลอดบุตร	กำลังตั้ง ครรภ์	ไม่สามารถ มีบุตรอีก	รวม	ยาตัดทำหมัน	คุมโดยวิธีอื่นๆ
5	4	8	3	31	8	23
10	2	8	-	16	-	16
13	3	9	1	29	2	27
17	5	11	1	39	8	31
17	5	10	2	39	10	29
16	6	8	2	38	14	24
13	3	6	4	26	10	16
13	2	2	9	12	6	6

rt No.1 : The Survey of Fertility in Thailand : Country
 Institute of Population Studies, Chulalong korn University
 1 Statistical Office. 1977, P.88.

การวางแผนครอบครัวรายใหม่แยกเป็นรายวิธีตั้งแต่ พ.ศ. 2508 - 2518

2516		2517		2518		2519		รวม	
จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
93,449	22.1	89,739	18.1	75,163	14.0	71,894	11.5	756,765	21.7
268,674	63.6	305,244	61.7	345,117	64.5	376,707	60.0	2,128,638	61.0
49,606	11.8	80,482	16.3	90,184	16.9	105,281	16.8	463,253	13.3
10,447	2.5	19,014	3.9	24,559	4.6	73,357	11.7	140,480	4.0
422,176	100.0	494,479	100.0	535,023	100.0	627,239	100.0	3,489,136	100.0

19 โครงการวางแผนครอบครัว กระทรวงสาธารณสุข

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จำนวนผู้รับบริการวางแผนครอบครัว ตั้งแต่ พ.ศ. 2508-2519

ผู้รับบริการวางแผนครอบครัวรายใหม่ตลอดช่วง พ.ศ. 2508-2519 (จากตารางที่ 23) มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 3,489,136 คน โดยที่ผู้รับบริการส่วนใหญ่ใช้วิธียาเม็ดคุมกำเนิดถึงร้อยละ 61 รองลงมาคือ หวงอนามัยร้อยละ 21.7 การผ่าตัดทำหมันและยาฉีดคุมกำเนิดเป็นร้อยละ 13.3 และ 4 ตามลำดับ

อัตราการคงชีพ

เมื่อพิจารณาอัตราการคงชีพของผู้รับบริการวางแผนครอบครัวโดยวิธีต่าง ๆ จะเห็นว่าอัตราการคงชีพของผู้รับบริการฯ ทุกวิธีเป็นเส้นโค้งลดลงตามระยะเวลาที่ใช้วิธีนั้นๆ ในการคุมกำเนิดโดยอัตราการคงชีพของผู้รับบริการยาเม็ดคุมกำเนิดจะมีเส้นโค้งลดลงอย่างรวดเร็วตามระยะเวลาหลังการบริโภค หวงอนามัย สำหรับผู้รับบริการผ่าตัดทำหมันมีอัตราการคงชีพสูงที่สุด (ซึ่งผู้รับบริการผ่าตัดทำหมันอาจเลิกใช้การคุมกำเนิด โดยสาเหตุคือ แยกกับสามี หยาราง หรือตาย และอาจมีอายุเกินวัยเจริญพันธุ์) (จากตารางที่) ซึ่งอัตราการคงชีพ 1 ปีหลังจากรับบริการของหวงอนามัย ยาเม็ดคุมกำเนิด และการผ่าตัดทำหมัน เป็นร้อยละ 76, 57 และ 95 ตามลำดับ

ตารางที่ 24 อัตราคงชีพของผู้รับบริการ ตามรายวิธี

จำนวนปีหลังจากรับบริการ	หวงอนามัย	ยาเม็ดคุมกำเนิด	ผ่าตัดทำหมัน
0	100	100	100
1	76	57	95
2	65	46	90
3	57	39	85

ตารางที่ 24 อัตราคงใจของผู้รับบริการ ตามรายวิธี (ต่อ)

จำนวนปีหลังจากรับบริการ	ห้วงอนามัย	ยาเม็ดคุมกำเนิด	ผ่าตัดทำหมัน
4	50	34	80
5	44	30	75
6	39	27	70
7	34	25	65
8	32	23	60
9	30	21	55
10	28	19	50

ที่มา : โครงการวางแผนครอบครัว กระทรวงสาธารณสุข

อัตราการเลิกใช้

อัตราการเลิกใช้จะเป็นกรณีตรงข้ามกับอัตราคงใจ คือจะโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามระยะเวลา ส่วนสาเหตุในการเลิกใช้วิธีการในการคุมกำเนิดนั้น สำหรับห้วงอนามัยส่วนใหญ่ได้แก่การถอดออกอันเนื่องมาจากสาเหตุของการเกิดอาการข้างเคียง (Side-effect) รองลงมาคือ การหลุดของห้วงอนามัยที่ใส่เข้าไปในโพรงมดลูก ส่วนสาเหตุจากการตั้งครรภ์มีน้อย ส่วนกรณียาเม็ดคุมกำเนิดการเลิกใช้ก็มีสาเหตุมาจากเหตุผลส่วนบุคคลมากกว่าสาเหตุทางการแพทย์ และอัตราการเลิกใช้การคุมกำเนิดโดยห้วงอนามัยต่ำกว่ายาเม็ดคุมกำเนิด ซึ่งลักษณะนี้สำหรับประเทศไทยการคุมกำเนิดโดยห้วงอนามัยจะเป็นวิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพกว่ายาเม็ดคุมกำเนิด

ตารางที่ 25 อัตราการเลิกใช้ของห่วงอนามัย ตามจำนวนเดือนหลังจากรับบริการ
และตามสาเหตุ

จำนวนเดือนหลังจากรับบริการ	การตั้งครรภ์	หลุด	ถลอกออก	รวม
12	1	10	13	24
24	1	14	19	36
36	2	17	24	43
48	2	18	30	50
60	2	18	34	54
72	2	18	37	57

ที่มา : ตารางที่ 4. Continuation of Contraceptive Practice
in Thailand, The 1971 Follow-up Survey. National
Family Planning Program. Ministry of Public Health.

ตารางที่ 26 อัตราการเลิกใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ตามจำนวนเดือนหลังจากการรับบริการ
และสาเหตุ

จำนวนเดือนหลังจากการรับบริการ	สาเหตุทางการแพทย์	เหตุผลส่วนตัว	รวม
6	14.1	12.8	26.9
12	18.7	20.9	39.6
18	23.1	28.4	51.5
24	26.1	32.9	59.0
36	30.5	40.5	71.0

ซึ่งอาจแยกรายละเอียดของสาเหตุเพิ่มเติมได้ ดังนี้

ตารางที่ 26 ก. อัตราการเลิกใช้ยาเม็ดฯ ตามจำนวนเดือนหลังการรับบริการ
และสาเหตุ

สาเหตุ	จำนวนเดือนหลังจากรับบริการ	
	12	24
ตั้งครรภ์	2.2	3.7
ต้องการมีบุตรเพิ่ม	5.1	8.6
ปัญหาทางการแพทย์	18.7	26.1
ปัญหาจากการบริการ	2.0	2.9
ไม่ต้องการคุมกำเนิดต่อไป	3.2	5.2
ปัญหาส่วนบุคคล	0.6	1.0
ปัญหาอื่น ๆ และไม่ทราบ	7.6	11.4
รวม	39.6	58.9

ที่มา : ตาราง 3 และ 4 จาก Continuation of Oral Contraceptive Practice in Thailand, The 1974 Follow-up Survey. Research and Evaluation Unit, National Family Planning Program. Ministry of Public Health.