



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประชากร เป็นทรัพยากรกำลังคนของชาติที่มีบทบาทสำคัญยิ่งต่อการพัฒนาประเทศทั้งใน ด้านเศรษฐกิจ สังคม และความมั่นคงของชาติ ในอดีตประชากรของประเทศได้เพิ่มขึ้นในอัตรา ที่สูงมาก จึงทำให้เป็นปัญหาอุปสรรคต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม รัฐบาลจะต้องใช้จ่ายงบประมาณ และทรัพยากรอื่น ๆ เป็นจำนวนมากสำหรับจัดหาบริการสังคมด้านต่าง ๆ ให้เพียงพอ จึงได้กำหนด นโยบายลดอัตราเพิ่มประชากรในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตั้งแต่ฉบับที่ 3 (พ.ศ.2515-2519) และแผนพัฒนาฯ ฉบับต่อ ๆ มา จนถึงแผนพัฒนาฯ ฉบับปัจจุบัน คือ ฉบับที่ 6 (พ.ศ.2530-2534) ทั้งนี้ ก็เพื่อช่วยให้การพัฒนาประเทศโดยส่วนรวมประสบผลสำเร็จรวดเร็วยิ่งขึ้น

จากรายงานผลการสัมมนา เรื่องนโยบายและแผนปฏิบัติการด้านประชากรในช่วงแผน พัฒนาฉบับที่ 6 โดยวิศิษฐ์ บุญเกษานนท์ (2529: 2) สรุปว่า ก่อนแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2515-2519) อัตราเพิ่มประชากรของประเทศไทยอยู่ในระดับสูงคือ ระหว่างร้อยละ 30-33 ต่อปี โดยมีจำนวนบุตรเฉลี่ยต่อสตรีวัยเจริญพันธุ์ประมาณ 6 คนเศษ ในปี พ.ศ. 2518 จำนวนบุตรเฉลี่ยลดลงเหลือประมาณ 4.9 คน ในปี พ.ศ. 2521 จำนวนบุตรเฉลี่ยลดลงเหลือ 3.7 คน ในปี พ.ศ. 2526 จำนวนบุตรเฉลี่ยลดลงเหลือ 3.5 คน และจากการสำรวจสภาวะ การคุมกำเนิดรอบที่ 3 ปี พ.ศ. 2527 พบว่าจำนวนบุตรเฉลี่ยลดลงเหลือ 3.0 คน (Peerasit, Kamnuansilp and Aphichat Chamrathirong 1984: 17) และในปี พ.ศ. 2530 จากการสำรวจประชากรและการอนามัยในประเทศไทยพบว่า จำนวนบุตรเฉลี่ยลดลงเหลือ เพียง 2.8 คน เท่านั้น (สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2531: 18)

แม้ว่าอัตราเกิดจะลดลงติดต่อกันเป็นเวลานานแล้ว แต่ก็ยังมีผลกระทบน้อยมากต่อกำลัง แรงงานของประเทศ เพราะว่าประชากรวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ยังคงเพิ่มในอัตราที่สูงประมาณ ร้อยละ 2.5-3.0 ต่อปี และจะเพิ่มในลักษณะนี้ต่อไปอีกเป็น เวลาหลายปี (สำนักงานคณะกรรมการ พัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2529 : 3) ฉะนั้นประเทศไทยคงจะต้องประสบกับปัญหา

การว่างงานและการทำงานต่ำกว่าระดับต่อไปอีก ประกอบกับการพัฒนาชนบทยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร จึงมีการย้ายถิ่นจากชนบทสู่เขตชานเมืองมากขึ้นและส่งผลให้เขตเมืองขยายตัวในอัตราที่สูงขึ้นโดยเฉพาะการขยายตัวของกรุงเทพมหานคร และเขตปริมณฑล อันเป็นสาเหตุสำคัญของ การขาดแคลนด้านบริการสาธารณสุขโลก ปัญหาสิ่งแวดล้อม ความแออัด อาชญากรรม และการว่างงานเปิดเผยในเขตเมือง นอกจากนี้ยังเป็นปัญหาต่อการจัดหาบริการสังคมด้านต่าง ๆ ของรัฐอีกด้วย

กรุงเทพมหานครเป็นเมืองใหญ่ที่มีทรัพยากรทุกชนิดจากทั่วประเทศรวมเอาไว้ทั้งกำลังคนกำลังด้านเศรษฐกิจ กำลังด้านเทคโนโลยีและอุตสาหกรรม กรุงเทพฯ จึงเป็นศูนย์กลางของการปกครองธุรกิจ การค้า การผลิตทั้งด้านการเกษตรและอุตสาหกรรม มีการขยายความเจริญและความ สะดวกสบายในด้านต่าง ๆ ออกไปอย่างกว้างขวาง จนทำให้ถนนทุกสายในประเทมุ่งเข้าสู่กรุงเทพ-มหานคร เขตต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้กรุงเทพฯ กลายเป็นเมืองที่มีประชากรถึง 5,446,708 คน (สถิติเมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2529 จากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย) ซึ่งมากที่สุดในประเทศไทยและเป็นสาเหตุสำคัญยิ่งประการหนึ่งที่ทำให้กรุงเทพฯ ตกอยู่ในภาวะวิกฤติอย่างรุนแรง เกิดปัญหาการจราจรที่คับคั่งแออัดบนท้องถนน ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม เป็นพิษ ทั้งเสียง อากาศ และน้ำ เนื่องด้วยการบริการด้านสาธารณสุขและสาธารณูปการไม่เพียงพอต่อความต้องการของประชาชน ความต้องการบ้านที่อยู่อาศัยมีสูงขึ้นมาก ประกอบกับที่ดินมีราคาแพงและประชาชนส่วนใหญ่มีรายได้น้อยหรือเป็นผู้ย้ายถิ่นมาจากที่อื่น จึงก่อให้เกิดการบุกรุกใช้ที่ดินสร้างที่พักชั่วคราวลงในที่ดินว่างเปล่าทั้งของเอกชนและของรัฐ ทั้งบนบก คู คลองสาธารณะ ก่อให้เกิดปัญหาด้านการวางแผนและปัญหาผังเมือง และมีผลกระทบต่อปัญหาน้ำท่วมหนักที่ผ่านมา การบริการสาธารณสุขไม่เพียงพอ ความเป็นผู้มีรายได้น้อย ได้ก่อให้เกิดสภาพ "ชุมชนแออัด" ขึ้น

จากการสำรวจของกรุงเทพมหานครเมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2529 พบว่ามีจำนวนชุมชนแออัด 532 แห่ง และมีครอบครัวประมาณ 119,179 ครอบครัว (รายละเอียดปรากฏตามตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนแขวง ชุมชนแออัดและครัวเรือนในกรุงเทพมหานคร จำแนกตาม เขตการปกครอง

เขต	แขวง	ชุมชนแออัด (แห่ง)	ครัวเรือน (โดยประมาณ)
รวม	150	532	119,179
พระนคร	12	15	2,089
บึงกุ่ม	5	8	1,083
ปทุมวัน	4	12	3,090
สัมพันธวงศ์	3	1	113
บางรัก	5	5	485
ยานนาวา	8	46	14,750
ดุสิต	6	68	14,709
พญาไท	5	49	10,258
ห้วยขวาง	4	27	3,049
บางเขน	9	34	5,986
พระโขนง	9	75	21,492
บางกะปิ	8	15	1,945
มีนบุรี	7	2	343
ลาดกระบัง	6	2	170
ธนบุรี	5	24	6,939
คลองสาน	4	19	3,242
บางกอกน้อย	8	43	11,802
บางกอกใหญ่	2	15	3,300
หนองแขม	3	2	320
ภาษีเจริญ	10	23	5,949
บางขุนเทียน	7	16	2,875
คลองตัน	8	5	838
ราษฎร์บูรณะ	4	26	4,352
หนองจอก	8	-	-

แหล่งข้อมูล: กรุงเทพมหานคร สำนักนโยบายและแผนกรุงเทพมหานคร สํารวจเมื่อ เดือนพฤษภาคม 2529

จากจำนวนชุมชนแออัดดังกล่าวประมาณได้ว่ามีประชากรไม่ต่ำกว่า 1 ล้าน 2 แสนคน หรือประมาณหนึ่งในห้าของประชากรในกรุงเทพมหานคร ทั้งนี้ไม่นับรวมชาว เรือซึ่งอาศัย เรือ เป็นบ้านจอดถาวรอยู่ตามริมน้ำอีกจำนวนหนึ่ง การที่ประชากรเกือบหนึ่งในห้าของกรุงเทพฯ อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด เช่นนี้ก่อให้เกิดปัญหาตามมาอีกนานัปการ

เป็นที่น่าวิตกว่า เมื่อกรุงเทพมหานครกำลังขยายตัวอย่างรวดเร็ว จำนวนประชากรในแหล่งชุมชนแออัดก็จะต้องเพิ่มขึ้นด้วย ในขณะที่พื้นที่เป็นชุมชนแออัดนั้นขยายต่อไปได้ยาก ชุมชนแออัดจึงมีแนวโน้มที่จะแออัดมากยิ่งขึ้น และจะยิ่งก่อให้เกิดอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากรในแหล่งดังกล่าวนี้ จากประสบการณ์การพัฒนาของประเทศไทยโดยทั่วไปได้เป็นที่ประจักษ์ชัดแล้วว่า การวางแผนครอบครัวเป็นมาตรการพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาคุณภาพด้านอื่น ๆ ของประชากร การวางแผนครอบครัวได้ช่วยลดอัตราการเกิดของประเทศให้ต่ำลงอย่างมากในรอบสองทศวรรษที่ผ่านมา (สมาคมทำหมันแห่งประเทศไทย 2527 : 163) ในกรุงเทพมหานครก็เช่นกันสำนักอนามัย โดยงานวางแผนครอบครัว กองส่งเสริมสุขภาพ ได้จัดกิจกรรมการวางแผนครอบครัวในชุมชนแออัดให้เป็นกิจกรรมหนึ่งในโครงการอนามัยครอบครัว ซึ่งอยู่ในแผนพัฒนาสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2520-2524) และก่อนหน้านี กรุงเทพมหานครได้เริ่มให้มีการบริการวางแผนครอบครัวแก่ประชาชนแล้วตั้งแต่ปี 2509 หลังจากนั้นปี พ.ศ. 2516 UNFPA ก็ได้ให้การสนับสนุนช่วยเหลือจนถึงปี พ.ศ. 2524 (สมาคมทำหมันแห่งประเทศไทย 2527 : 100) และต่อมาองค์การยูนิเซฟก็ให้การสนับสนุนงบประมาณในรูปแบบของการดำเนินการสาธารณสุขมูลฐาน ฉะนั้นจึงเป็นที่น่าสนใจว่าการวางแผนครอบครัวซึ่งนำมาใช้สอดแทรก เป็นกิจกรรมหนึ่งของโครงการสาธารณสุขมูลฐานกรุงเทพมหานครนี้ จะมีส่วนช่วยลดอัตราเกิดของประชากรในชุมชนแออัดได้มากน้อยเพียงไร และมีปัจจัยใดบ้างที่มีผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงด้านภาวะเจริญพันธุ์ของประชากรในชุมชนแออัดที่ได้รับการปรับปรุงโดยลงโครงการสาธารณสุขมูลฐานแล้ว

นอกจากกรุงเทพมหานครจะประสบปัญหาประชากรเพิ่ม เป็นจำนวนมากในชุมชนแออัดแล้ว ประชากรในกรุงเทพมหานครที่อาศัยอยู่ตามแถบชานเมือง จำนวน 11 เขตการปกครองก็ประสบปัญหาเกี่ยวกับประชากรในด้านอัตราประชากรที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกัน แต่ปัญหานี้ในแถบชานเมืองมักจะไม่ค่อยได้รับความสนใจเท่าใดนัก เนื่องจากประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพทางด้านเกษตรกรรม ประกอบกับสภาพชีวิตความเป็นอยู่มีลักษณะ เช่นเดียวกับประชากรในเขตชนบท สถานที่อยู่อาศัยแม้จะไม่คับแคบหนาแน่น เจก เช่นกับชุมชนแออัดแต่ก็มีลักษณะเสื่อมโทรมไม่แพ้สภาพชุมชน

แอ็ดในเขตเมือง จากตารางที่ 2 จะพบว่า จำนวนประชากรในเขตชุมชนชานเมืองหรือเขตชั้นนอก (กรุงเทพมหานครแบ่งเขตการปกครองออกเป็น 2 ลักษณะ คือ เขตชั้นนอกและเขตชั้นใน เขตชั้นนอกมีลักษณะเป็นเขตชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ซึ่งมีทั้งหมด 11 เขต ได้แก่

ตารางที่ 2 สถิติประชากรของกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2524 - 2528

(หน่วย : คน)

เขต	2524	2525	2526	2527	2528
พระนคร	121,935	117,649	113,376	112,332	114,124
ป้อมปราบฯ	190,093	189,207	92,950	89,330	89,539
ปทุมวัน	233,884	233,978	114,820	157,330	155,868
สัมพันธวงศ์	76,559	75,581	53,504	52,816	52,397
บางรัก	136,673	141,667	88,869	88,197	91,088
ยานนาวา	382,585	386,843	392,279	396,420	410,288
คูสิต	528,357	546,868	550,369	558,832	565,339
พญาไท	520,443	520,507	346,319	357,726	360,603
ห้วยขวาง	208,129	231,069	235,739	239,742	247,274
พระโขนง	545,926	559,812	578,541	594,902	614,854
บางเขน	408,720	429,977	457,544	483,717	520,861
บางกะปิ	291,484	314,780	335,171	356,033	386,005
หนองจอก	52,131	51,799	54,011	54,952	56,863
มีนบุรี	58,451	61,349	64,266	66,966	70,289
ลาดกระบัง	43,990	45,303	48,838	50,541	56,023
ธนบุรี	267,398	268,662	267,767	267,616	273,542
คลองสาน	139,625	139,310	139,736	139,444	142,590
บางกอกน้อย	385,286	388,325	283,296	285,265	291,035
บางกอกใหญ่	102,719	103,365	104,024	104,706	107,486
ภาษีเจริญ	190,108	196,138	207,409	211,125	219,606
บางขุนเทียน	213,440	223,388	232,532	240,835	245,597

เขต	2524	2525	2526	2527	2528
คลังชั้น	70,201	72,608	78,995	81,349	85,559
ราษฎร์บูรณะ	118,099	122,614	127,726	131,550	140,245
หนองแขม	45,166	47,487	50,248	52,946	57,303
รวม	5,331,402	5,468,186	5,018,327	5,174,682	5,363,378

แหล่งข้อมูล: กองทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย กองปกครองและทะเบียน
สำนักปลัดกรุงเทพมหานคร

เขตพระโขนง เขตบางเขน เขตบางกะปิ เขตหนองจอก เขตมีนบุรี เขตลาดกระบัง
เขตภาษีเจริญ เขตบางขุนเทียน เขตคลังชั้น เขตราษฎร์บูรณะ และเขตหนองแขม ส่วน
13 เขตที่เหลือนั้นมีลักษณะความเป็นเมืองสูงมีประชากรอาศัยอยู่หนาแน่น จึงจัดเป็นเขตชั้นใน
: สรุปจากเอกสารวิชาการเรื่องโครงสร้างการบริหารราชการกรุงเทพมหานคร โดยนายสมบูรณ์
อานิกวงศ์ชัย 2529 : 1-3) ซึ่งมีมากถึง 2 ใน 5 ของประชากรกรุงเทพมหานครทั้งหมด
กรุงเทพมหานครได้ตระหนักถึงปัญหานี้จึงได้มอบให้สำนักอนามัย รณรงค์ เรื่องการมีบุตรมากโดย
สอดแทรกลงในโครงการสาธารณสุขมูลฐาน เช่นเดียวกับชุมชนแออัด โดยเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2525
เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน ฉะนั้นการศึกษาเรื่องระดับภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีในชุมชนแออัดและชุมชน
ชานเมืองที่ได้มีการดำเนินการสาธารณสุขมูลฐานแล้ว จึงเป็นเรื่องควรให้ความสนใจศึกษาว่า เมื่อ
นำโครงการสาธารณสุขมูลฐานลงไปแล้ว ระดับภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีเหล่านั้นอยู่ในระดับใด มี
ความแตกต่างกันหรือไม่ และระดับภาวะเจริญพันธุ์มีอิทธิพลมาจากปัจจัยใดบ้าง เพื่อนำผลการศึกษา
ไปปรับปรุงและวางแผนในการพัฒนาคุณภาพของประชากรในชุมชนทั้งสองต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ ดังนี้

1. ศึกษาถึงความแตกต่างของระดับภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีในชุมชนแออัดและชุมชน
ชานเมืองของกรุงเทพมหานครที่ได้ดำเนินการด้านสาธารณสุขมูลฐานแล้ว
2. ศึกษาถึงปัจจัยทางด้านต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อระดับภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีในชุมชน
แออัดและชุมชนชานเมืองของกรุงเทพมหานครที่ได้ดำเนินการสาธารณสุขมูลฐานแล้ว

แนวความคิดทฤษฎี

แนวทางการวิจัย เรื่องการศึกษาเปรียบเทียบภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยในชุมชนแออัด และชุมชนชานเมืองของกรุงเทพมหานครนี้ ได้อาศัยแนวความคิดที่นักประชากรศาสตร์ได้ทำการศึกษาวิจัยและประมวลรวมกันหลายท่าน ซึ่งสรุปสาระสำคัญในส่วนที่เกี่ยวข้องกับภาวะเจริญพันธุ์ ได้ดังนี้

แนวคิดเกี่ยวกับโครงสร้างทางสังคมและภาวะเจริญพันธุ์ (Social Structure and Fertility) เสนอโดย คิงส์ลีย์ เดวิส และ จูดีธ เบลค (Davis and Blake 1956 : 211-235) ได้เสนอแนววิเคราะห์ว่า ปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และอื่น ๆ จะมีอิทธิพลต่อตัวแปรระหว่างกลาง (Intermediate Variables) ซึ่งได้แก่ปัจจัยต่าง ๆ อาทิ ปัจจัยที่มีผลต่อการร่วมเพศ (Intercourse Variables) ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ (Conception Variables) ปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลาการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร (Gestation Variables) และปัจจัยที่กล่าวมานี้จะส่งผลกระทบต่อภาวะเจริญพันธุ์

นอกจากนี้ คิงส์ลีย์ เดวิส (Davis 1963: 345-366) ยังได้เสนอ "ทฤษฎีแห่งการตอบโต้หลายทาง" (Theory of Multiphasic Response) ซึ่งเดวิสเขาได้เขียนไว้ในบทความเรื่อง "Theory of Change and Response in Modern Demographic History" โดยเขาเชื่อว่า การเปลี่ยนแปลงทางประชากรเป็นไปในลักษณะทั้งเชิงสะท้อนกลับและเชิงพฤติกรรม ที่ว่าเป็นเชิงสะท้อนกลับก็คือ การเปลี่ยนแปลงประชากรจะมีผลกระทบต่อองค์ประกอบทางสังคมอื่น ๆ ในสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงขององค์ประกอบทางสังคมเหล่านั้นจะย้อนกลับมามีผลกระทบต่อองค์ประกอบทางประชากรที่เริ่มทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนั้น สำหรับการเปลี่ยนแปลงในลักษณะเชิงพฤติกรรมนั้นเป็นไปในแง่ที่ว่า การเปลี่ยนแปลงทางประชากรเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของมนุษย์ในสังคมต่าง ๆ ซึ่งต้องเผชิญกับปัญหาการเพิ่มประชากรเป็นเวลายาวนาน อาจเลือกวิธีการใดวิธีการหนึ่ง หรือหลายวิธีในการที่จะควบคุมการเพิ่มของประชากรนั้น เดวิสชี้ให้เห็นว่า โดยมากแล้วสังคมต่าง ๆ จะเลือกเอาวิธีการควบคุมประชากรหลาย ๆ วิธีพร้อมกันไป เขาได้อธิบายวิธีการ 6 อย่างที่ได้รับการนำไปใช้ในญี่ปุ่นและยุโรปตะวันตก ได้แก่ การทำแท้ง การใช้วิธีการคุมกำเนิด การทำหมัน การย้ายถิ่น การเลื่อนอายุแต่งงาน และการครองโสดถาวร จูดาห์ มาตราส (Matras 1965: 349-362) ได้เสนอว่าทุกสังคมจะมี "ยุทธวิธีทางสังคมในการสร้างครอบครัว" หรือ "The Social Strategy of Family Formation" ของตนเอง ซึ่งมีความสำคัญโดยตรงต่อ

ความสำเร็จในการควบคุมจำนวนประชากร โดยมีอายุแรกสมรสและการป้องกันการเกิด เป็นตัวแปรที่สำคัญที่สุดที่เกี่ยวข้อง กำหนดเป็นรูปแบบดังนี้

ยุทธวิธีทางสังคมในการสร้างครอบครัว

อายุแรกสมรส	ภาวะเจริญพันธุ์	
	ไม่คุมกำเนิด	คุมกำเนิด
สมรสอายุน้อย	ยุทธวิธี ก.	ยุทธวิธี ข.
สมรสอายุมาก	ยุทธวิธี ค.	ยุทธวิธี ง.

การสมรสเมื่ออายุน้อย หรือการสมรสเมื่ออายุมาก กับการใช้การคุมกำเนิดหรือการไม่ใช้การคุมกำเนิด มีผลทำให้ภาวะเจริญพันธุ์แตกต่างกัน ในกรณียุทธวิธี ก. การสมรสอายุน้อย และไม่ใช้การคุมกำเนิด จะทำให้ระดับภาวะเจริญพันธุ์สูงกว่ายุทธวิธี ข. ซึ่งสมรสเมื่ออายุน้อย แต่ได้ใช้วิธีการคุมกำเนิด และยุทธวิธี ค. สมรสเมื่ออายุมากแต่ไม่ใช้วิธีการคุมกำเนิด ส่วนยุทธวิธี ง. จะมีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำสุด เนื่องจากสมรสเมื่ออายุมากและมีการใช้การคุมกำเนิดด้วย เพราะฉะนั้นแนวคิดนี้จึงสรุปได้ว่า การลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ต้องอาศัยการเลื่อนอายุแรกสมรสให้สูงขึ้น หรือใช้วิธีการคุมกำเนิด

ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาคภาษาไทยและภาษาต่างประเทศ พบว่า ภาวะเจริญพันธุ์ที่แตกต่างกันไปในนั้น เนื่องจากมีปัจจัยสำคัญเกี่ยวข้องอยู่หลายประการด้วยกัน อาทิ เช่น ปัจจัยทางด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจ และปัจจัยอื่น ๆ ซึ่งพอจะสรุปโดยแยกพิจารณาเป็นปัจจัยต่างตามลำดับ ดังนี้

1. ปัจจัยทางด้านประชากรที่เกี่ยวข้องกับภาวะเจริญพันธุ์

1.1 อายุแรกสมรส

จากผลการศึกษาที่ผ่านมา กล่าวได้ว่า อายุแรกสมรสของประชากรในแต่ละประเทศมีการเปลี่ยนแปลงและมีความแตกต่างกัน ผลการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า อายุแรกสมรสมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะเจริญพันธุ์ กล่าวคือ ถ้าอายุแรกสมรสสูงภาวะเจริญพันธุ์จะต่ำ และถ้าอายุ

แรกสมรสค่าภาวะเจริญพันธุ์จะสูง การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการสมรสโดยการ เลื่อนอายุแรกสมรส ให้สูงขึ้น และลดสัดส่วนของการสมรสลง จะมีผลโดยตรงต่อระดับภาวะเจริญพันธุ์ การเลื่อนอายุแรกสมรสให้สูงขึ้น ย่อมหมายถึงการย่นระยะเวลาการมีบุตรให้สั้นลงซึ่งจะมีผลต่อการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ รวมทั้งช่วยเว้นระยะห่างระหว่างรุ่นอายุ (Generation) ให้กว้างออกไป และช่วยชลออัตราการเพิ่มของประชากรในระยะยาวด้วย (Lesthaeghe, 1971 : 430, Henry and Piotrow, 1979 : 105)

จากการศึกษาสตรีญี่ปุ่นในฮาวาย สหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 1970 ของ Scott Matsumoto, Chin Bin Park, and Bell Z. Billa (1971 : 26-27) พบว่า สตรีที่มีอายุแรกสมรส 19 ปี หรือต่ำกว่า จะมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 4.9 คน ส่วนสตรีที่มีอายุแรกสมรส 20-21 ปี จะมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 3.8 คน ส่วนสตรีที่มีอายุแรกสมรสมากกว่า 26 ปีขึ้นไป จะมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 2.1 คนเท่านั้น จะเห็นได้ว่าจำนวนบุตรเกิดรอดลดลงตามอายุแรกสมรสที่เพิ่มขึ้น

ผลการศึกษาเปรียบเทียบประเทศในเอเชียที่ประชากรสมรสเมื่ออายุน้อย และมีภาวะเจริญพันธุ์สูงกับประเทศที่ประชากรมีอายุแรกสมรสสูงกว่าและมีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำกว่า พบว่า ค่าเฉลี่ยของอัตราเจริญพันธุ์รวมยอดในประเทศที่สตรีส่วนใหญ่แต่งงานก่อนอายุ 20 ปี มีมากกว่า 5 คน ส่วนในประเทศที่มีสตรีส่วนน้อยแต่งงานก่อนอายุ 20 ปี เท่ากับ 3 คน และการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ในระยะ 20 กว่าปีที่ผ่านมามีของประเทศกำลังพัฒนา 8 ประเทศ คือ จีน ฮองกง อินโดนีเซีย มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ สิงคโปร์ ศรีลังกา และตุนีเซีย มีสาเหตุจากการเลื่อนอายุแรกสมรสให้สูงขึ้น เช่นเดียวกับเกาหลีใต้ และไต้หวัน การลดลงของภาวะเจริญพันธุ์หลังปี 1950 เป็นต้นมา เป็นผลจากการเลื่อนอายุแรกสมรสให้สูงขึ้น (Henry and Piotrow 1979 : 106)

ผลการวิจัยในไต้หวัน อายุแรกสมรสของสตรีมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะเจริญพันธุ์สะสม ในสตรีกลุ่มอายุ 45-49 ปี สตรีที่มีอายุแรกสมรสต่ำกว่า 19 ปี มีบุตรเกิดรอดเฉลี่ย 5.9 คน ในขณะที่สตรีที่มีอายุแรกสมรส 25 ปีขึ้นไปมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยเพียง 3.2 คน (Freedman and Casterline 1979 : 18) เช่นเดียวกับในอินโดนีเซียและฟิลิปปินส์ สตรีที่มีอายุแรกสมรสสูงกว่าจะมีบุตรเกิดรอน้อยกว่าสตรีที่มีอายุแรกสมรสต่ำกว่า (Smith 1979 : 14-15)

จากโครงการวิจัยต่อเนื่องระยะยาวในเรื่องภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทย พ.ศ. 2512 ซึ่งศึกษาโดย John Knodel and Visid Prachuabmoh (1973 : 24) พบว่า สตรีในเมืองที่แต่งงานอายุ 18 ปี จะมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย เป็นสอง เท่าของคน ที่แต่งงานเมื่ออายุ 30 ปี

สำหรับในชนบทนั้น จากการศึกษาของ สุวัฒนา วิบูลย์เศรษฐ์ (2513 : 26) ได้ศึกษาข้อมูลวิจัยต่อเนื่องระยะยาว พ.ศ. 2512 พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างอายุแรกสมรสกับ ภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยในชนบท อายุ 45 ปีขึ้นไป ที่ทำการสมรสเมื่ออายุน้อย มีจำนวนบุตร เกิดรอดโดยเฉลี่ยสูงกว่าสตรีที่สมรสเมื่ออายุมากในกลุ่มอายุเดียวกัน เช่น สตรีอายุ 45 ปีขึ้นไป ที่สมรสเมื่ออายุ 15-17 ปี จำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยเท่ากับ 7.6 คน แต่สตรีในกลุ่มนี้ที่ สมรสอายุ 30 ปีขึ้นไป จำนวนบุตรเกิดโดยเฉลี่ยลดลงมาเหลือเพียง 4.1 คนเท่านั้น

ส่วนรายงานการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุแรกสมรสกับภาวะเจริญพันธุ์ ของสตรีไทยและสตรีไทยมุสลิมในกรุงเทพมหานครนั้น จากการศึกษาของนฤมล ชลสิทธิ์ และคณะ (2517 : 24) ซึ่งได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยและสตรีไทยมุสลิมที่ คลองตัน กรุงเทพมหานคร เมื่อ พ.ศ. 2517 พบว่าสตรีไทยมุสลิมแต่งงานเร็วกว่าสตรีไทยเล็ก น้อย คือมีค่าเฉลี่ยอายุแรกสมรส 19 ปี และ 19.8 ปี ตามลำดับ และเมื่อ เปรียบเทียบกับจำนวน บุตรเกิดรอด พบว่า สตรีไทยมุสลิมมีจำนวนบุตรเกิดรอดสูงกว่าสตรีไทยคือ 4.0 คน และ 3.2 คน โดยเฉลี่ยตามลำดับ

การศึกษาของ จอห์น โนเคล อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์ และนิพนธ์ เทพวัลย์ ในเรื่องการศึกษาขนาดครอบครัวในประเทศไทย : การลดลงอย่างรวดเร็วของภาวะเจริญพันธุ์ ในประเทศโลกที่สาม (โนเคล และคณะ 2530 : 99-101) พบว่าอายุแรกสมรสสตรีชาวพุทธซึ่งเป็นประชากรส่วนใหญ่ของประเทศไทยนั้นค่อนข้างสูงเมื่อ เปรียบ เทียบกับมาตรฐานของประเทศโลก ที่สาม และค่าปานกลางของอายุแรกสมรส (Singulate Mean Age of Marriage-SMAM) ของผู้ที่อยู่ในเมืองสูงกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในชนบท 2 ปี สำหรับคนทั้ง 2 เพศ ส่วนความแตกต่างที่สูง สุดระหว่างชนบท-เมืองอยู่ในกลุ่มอายุ 20 ปี ซึ่งเป็นอายุที่ศักยภาพของภาวะเจริญพันธุ์อยู่ในระดับ สูงสุด และเมื่อนำผลจากการสำรวจภาวะการคุมกำเนิดรอบที่ 2 และรอบที่ 3 มาเปรียบเทียบ กันพบว่า อายุเฉลี่ยแรกสมรสเพิ่มจาก 19.7 เป็น 20.4 ปี จากช่วงปี 2504-2508 ถึงปี 2519-2524 อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าอายุแรกสมรสจะเพิ่มขึ้นใน 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมา แต่แนวโน้ม

ดังกล่าวมีผลกระทบต่อการลดลงของภาวะ เจริญพันธุ์ เพียง เล็กน้อย เท่านั้น

1.2 อายุ

การศึกษาโดยทั่วไปพบว่า จำนวนบุตร เกิดรอดต่อสตรีที่เคยสมรสแล้วหนึ่งคน เพิ่มขึ้นตามลำดับกับอายุของสตรีในช่วงที่อยู่ในวัย เจริญพันธุ์ (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ 2519 : 87) หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ จำนวนบุตร เกิดรอดจะเพิ่มขึ้นตามอายุของสตรี

Helen Ware (1974 : 21) ศึกษาสตรีในไนจีเรีย พบว่าสตรีไนจีเรีย ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี มีจำนวนบุตร เกิดรอดโดยเฉลี่ย 0.2 คน และผู้ที่มีอายุระหว่าง 50-59 ปี มีจำนวนบุตร เกิดรอดโดยเฉลี่ย 4.5 คน

การศึกษาของ John Knodel and Visid Prachuabmoh (1973 : 12) จากโครงการวิจัยต่อเนื่องระยะยาว พ.ศ. 2512 พบว่า สตรีในกรุงเทพ-ธนบุรี อายุ 15-19 ปี มีจำนวนบุตร เกิดรอด 0.65 คนโดยเฉลี่ย และเมื่ออายุมากขึ้นจะมีจำนวนบุตร เกิดรอดมากขึ้นด้วยคือ อายุ 40-44 ปี มีจำนวนบุตร เกิดรอดโดยเฉลี่ย 5.32 คน

การศึกษาของ Gavin Jones and Yanee Soonthonthum (1971 : 6) ศึกษาในชนบทภาคใต้ของประเทศไทยเมื่อ พ.ศ. 2513 พบว่า สตรีในกลุ่มอายุต่าง ๆ จะมีจำนวนบุตร เกิดรอดเพิ่มขึ้นตามอายุ เช่น อายุ 15-19 ปี และอายุ 40-44 ปี จำนวนบุตร เกิดรอดโดยเฉลี่ยเท่ากับ 0.7 คน และ 4.1 คนตามลำดับ

ต่อมา John Knodel และ Pichit Pitaktepsombati (1973 : 14) ได้ใช้ข้อมูลโครงการวิจัยต่อเนื่องระยะยาวรอบที่ 2 พ.ศ. 2516 ศึกษาเปรียบเทียบ จำนวนบุตร เกิดรอดและจำนวนบุตร ที่ต้องการของสตรีในชนบท พบว่า อายุของสตรีกับจำนวนบุตร เกิดรอดมีความสัมพันธ์ในทางบวกกล่าวคือ สตรีที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี มีจำนวนบุตร เกิดรอดโดยเฉลี่ย 0.7 คน สตรีที่มีอายุระหว่าง 30-34 ปี มีจำนวนบุตร เกิดรอดโดยเฉลี่ย 4.2 คน สตรีที่มีอายุระหว่าง 40-44 ปี มีจำนวนบุตร เกิดรอดโดยเฉลี่ย 6.4 คน เป็นต้น

จากการสำรวจของกองวางแผนประชากรและกำลังคนของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการ เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เกี่ยวกับพฤติกรรม เจริญพันธุ์ที่สัมพันธ์กับการพัฒนา เศรษฐกิจสังคมและประชากรของชาวไทยมุสลิมในประเทศไทย พ.ศ. 2521 พบว่า จำนวนบุตร

เกิดรอดเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น. คือ สตรีอายุ 15-19 ปี มีจำนวนบุตรเกิดรอด 1.0 คน และ สตรีอายุ 40-44 ปี มีจำนวนบุตรเกิดรอด 5.1 คนโดยเฉลี่ย (Population Planning Sector, Population and Manpower Planning Division Nation Economic and Social Development Board Bangkok, 1978 : 61)

ผลการศึกษาของ จารูวรรณ เหมะธร (2522 : 60) ในเรื่องการศึกษาเปรียบเทียบภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยและสตรีไทยมุสลิมในเขตอำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา พบผลในทำนองเดียวกันกับที่กล่าวมาคือ สตรีไทยและสตรีไทยมุสลิมที่อายุระหว่าง 15-19 ปี มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 1.0 คน และ 0.6 คน แต่ถ้าสตรีอายุมากขึ้น คือ อายุระหว่าง 35-39 ปี จะมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 4.0 คน และ 3.5 คน จากการศึกษานี้จะพิจารณาเห็นว่าเมื่อสตรีอายุมากขึ้น จำนวนบุตรเกิดรอดจะเพิ่มขึ้นตามไปด้วย และเป็นที่น่าสังเกตว่าสตรีไทย ในกลุ่มอายุเดียวกันกับสตรีไทยมุสลิมจะมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยมากกว่าสตรีไทยมุสลิม ยกเว้นในกลุ่มอายุ 40-44 ปี ที่สตรีไทยมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยน้อยกว่าสตรีไทยมุสลิม นั่นคือ จำนวน 4.6 และ 5.1 ตามลำดับ ซึ่งอาจเป็นเพราะว่าสตรีไทยมุสลิมเคร่งครัดในเรื่องขนบธรรมเนียม ประเพณี และศาสนา มาก จึงไม่ให้ความสนใจในเรื่องการวางแผนครอบครัว

ผลจากการสำรวจสำมะโนประชากรและการเคหะ พ.ศ. 2523 และการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากรในประเทศไทย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2527-2528 (SCP3) ตลอดจนผลการสำรวจประชากรและอนามัย พ.ศ. 2530 (TDHS) (สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2531 : 18) พบว่า จำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยของสตรีแปรผันตามอายุที่เพิ่มขึ้นของสตรี กล่าวคือ เมื่อสตรีมีอายุมากขึ้นจำนวนบุตรเกิดรอดก็จะเพิ่มขึ้น ตัวอย่างเช่น สตรีกลุ่มอายุ 15-19 ปี มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 0.69, 0.69 และ 0.52 คน สตรีกลุ่มอายุ 35-39 ปี มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 4.26, 3.77 และ 3.34 คน ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยของสตรีจำแนกตามอายุและผลการสำรวจต่าง ๆ

อายุ	จำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย		
	สำมะโนประชากร 2523 ¹	SPC 2527 ²	TDHS ³
15-19 ปี	0.69	0.69	0.52
20-24 ปี	1.43	1.31	1.15
25-29 ปี	2.32	2.03	1.83
30-34 ปี	3.28	2.88	2.52
35-39 ปี	4.26	3.77	3.34
40-44 ปี	5.05	4.81	4.18
45-49 ปี	5.52	5.65	5.18
รวม	3.34	3.07	2.75

- แหล่งข้อมูล :
1. สำมะโนประชากรและการเคหะ 2523
 2. การสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากรของประเทศไทยครั้งที่ 3 2527
 3. การสำรวจประชากรและการอนามัย พ.ศ. 2530

1.3 จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่

ความต้องการเกี่ยวกับจำนวนบุตรในอุดมคติและความต้องการที่จะมีบุตรเพิ่มขึ้นอีกหรือไม่ขึ้นอยู่กับจำนวนบุตรที่มีอยู่จริง ๆ ในขณะนั้น ซึ่งผลที่ตามมาก็คือภาวะเจริญพันธุ์อาจจะเพิ่มขึ้นตามไปด้วย

จากการศึกษาในประเทศมาเลเซีย เมื่อปี 2517 ในโครงการสำรวจภาวะเจริญพันธุ์ของโลก พบว่า สตรีที่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่จำนวนน้อย ต้องการบุตรเพิ่มมากกว่าสตรีที่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่จำนวนมากกล่าวคือ สตรีที่มีบุตร 5 คนขึ้นไป ต้องการบุตรเพิ่ม 0.4 คน และสตรีที่ยังไม่มีบุตรต้องการเพิ่ม 3.0 คน (National Family Planning Board 1977 : 106)

ผลการศึกษาในประเทศเกาหลี เมื่อปี พ.ศ. 2517 ในโครงการสำรวจภาวะเจริญพันธุ์ของโลกพบว่า สตรีที่มีบุตรมีชีวิตรวม ไม่ต้องการบุตรเพิ่มมากกว่าสตรีที่มีบุตรที่มี

ชีวิตจำนวนน้อย กล่าวคือ สตรีที่มีบุตร 6 คนขึ้นไป ไม่ต้องการบุตรเพิ่มร้อยละ 97 สตรีที่มีบุตร 3 คนไม่ต้องการบุตรเพิ่มร้อยละ 86 และสตรีที่ยังไม่มีบุตร ไม่ต้องการบุตรเพิ่มร้อยละ 13 (Korean Institute for Family Planning 1977 : 113)

การศึกษาในประเทศเนปาลเมื่อปี พ.ศ. 2519 ในโครงการสำรวจภาวะเจริญพันธุ์ของโลกพบว่า สตรีที่มีบุตรมีชีวิตจำนวนมากไม่ต้องการบุตรเพิ่มมากกว่าสตรีที่มีบุตรที่มีชีวิตจำนวนน้อย กล่าวคือ สตรีที่มีบุตรมีชีวิตจำนวน 6 คนขึ้นไป ไม่ต้องการบุตรเพิ่มร้อยละ 84.2 สตรีที่มีบุตร 5 คน ไม่ต้องการบุตรเพิ่มร้อยละ 66.3 และสตรีที่ยังไม่มีบุตรไม่ต้องการบุตรเพิ่มร้อยละ 1.3 (Ministry of Health Nepal Family Planning and MCH Project 1977 : 51)

การศึกษาในประเทศชูดาน เมื่อปี พ.ศ. 2522 ในโครงการสำรวจภาวะเจริญพันธุ์ของโลกพบว่า สตรีที่มีบุตรที่มีชีวิตจำนวนมากต้องการบุตรเพิ่มน้อยกว่าสตรีที่มีบุตรที่มีชีวิตจำนวนน้อย โดยพิจารณาจากสตรีที่มีบุตร 9 คนขึ้นไปต้องการบุตรเพิ่ม 0.8 คน ในขณะที่สตรีที่มีบุตร 4 คน ต้องการบุตรเพิ่ม 2.5 คน ส่วนสตรีที่ยังไม่มีบุตรต้องการบุตรเพิ่มถึง 5.2 คน (Department of Statistical Ministry of National Planning 1982 : 79)

การศึกษาในประเทศจาไมก้า เมื่อปี พ.ศ. 2526 ในโครงการสำรวจสภาวะคุมกำเนิดพบว่า สตรีที่มีบุตรที่มีชีวิตจำนวนมาก ต้องการบุตรเพิ่มน้อยกว่าสตรีที่มีบุตรที่มีชีวิตจำนวนน้อย กล่าวคือ สตรีที่มีบุตร 6 คนขึ้นไป ต้องการบุตรเพิ่ม 0.01 คน สตรีที่มีบุตร 3 คน ต้องการบุตรเพิ่มมากขึ้นคือ 0.2 คน และสตรีที่ยังไม่มีบุตร ต้องการบุตรเพิ่มมากที่สุดคือ 1.9 คน (National Family Planning Board 1984 : 44)

สำหรับในประเทศไทยจากการศึกษาของสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยในโครงการวิจัยต่อเนื่องระยะยาว พ.ศ. 2512 ได้ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท พบว่า ในเขตชนบทต้องการบุตรเพิ่มโดยเฉลี่ย 2 คน ส่วนในเขตเมือง ต้องการบุตรเพิ่มโดยเฉลี่ยต่ำกว่า 2 คน ซึ่งทั้ง 2 เขตนี้ จำนวนความต้องการบุตรเพิ่มจะลดลงเมื่อจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่เพิ่มมากขึ้นหรือเพียงพอกับความต้องการ (Institute of Population Studies, Chulalongkorn University 1973 : 30-32)

พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และสุวัฒนา วิบูลย์เศรษฐ์ (2517 : 9) ได้ศึกษาสรุปโครงการวิจัยต่อเนื่องระยะยาวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และประชากรไทย

พบว่า ในกลุ่มสตรีที่มีบุตรที่มีชีวิต 3 คน ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบทมากกว่าครึ่งหนึ่งบอกว่าไม่ต้องการบุตรเพิ่มอีก

มณฑาทิพย์ เหลืองศุภกรณ์ (2518 :121) ได้ศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความต้องการบุตรเพิ่มในเขตเมืองและชนบทพบว่า สตรีที่มีบุตรที่มีชีวิตอยู่จำนวนมากมีความต้องการบุตรเพิ่มน้อยกว่าสตรีที่มีบุตรที่มีชีวิตจำนวนน้อย ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท กล่าวคือในเขตเมืองสตรีที่ยังไม่มีบุตร ต้องการบุตรเพิ่มมากที่สุดร้อยละ 85.6 รองลงมาคือสตรีที่มีบุตร 1-2 คน ต้องการบุตรเพิ่มร้อยละ 65.9 สำหรับในเขตชนบทสตรีที่ยังไม่มีบุตร มีความต้องการบุตรเพิ่มมากที่สุดร้อยละ 76.9 รองลงมาคือ สตรีที่มีบุตร 1-2 คน ต้องการบุตรเพิ่มร้อยละ 63.7 และผลการศึกษาในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2520 ตามโครงการสำรวจภาวะเจริญพันธุ์ของโลก พบว่า สตรีที่มีบุตรที่มีชีวิตจำนวนมาก ต้องการบุตรเพิ่มน้อยกว่าสตรีที่มีชีวิตจำนวนน้อย กล่าวคือ สตรีที่มีบุตร 5 คนขึ้นไป ต้องการบุตรเพิ่ม 0.1 คน สตรีที่มีบุตร 1 คน ต้องการบุตรเพิ่ม 1.6 คน และสตรีที่ยังไม่มีบุตรต้องการบุตรเพิ่ม 2.8 คน (Institute of Population Studies, Chulalongkorn University and Population Survey Division National Statistical Office 1977 : 68)

ทั้งนี้ น่าจะมีสาเหตุมาจากสตรีที่ยังไม่มีบุตรหรือมีบุตรยังไม่เพียงพอต่อความต้องการ จึงต้องการบุตรเพิ่มจากที่มีอยู่แล้ว ส่วนจำนวนที่ต้องการเพิ่มหรืออัตราส่วนร้อยละของความ ต้องการเพิ่มจะมากหรือน้อยนั้น ขึ้นอยู่กับจำนวนบุตรที่สตรีที่มีอยู่ก่อนแล้ว

จากผลการศึกษาการปฏิบัติขนาดครอบครัวในประเทศไทย : การลดลงอย่างรวดเร็วของภาวะเจริญพันธุ์ในประเทศโลกที่ 3 ซึ่งใช้ข้อมูลจากการสำรวจสภาวะการคุมกำเนิดรอบที่ 3 (โนเทล และคณะ 2530 : 65-66) พบว่าในเขตเมืองสตรีที่มีบุตรสาว 1 คน หรือบุตรชาย 1 คน ต้องการมีบุตรเพิ่มร้อยละ 70 และ 69 ตามลำดับ ส่วนสตรีที่มีบุตรสาว 2 คน หรือบุตรสาว 1 คน บุตรชาย 1 คน หรือบุตรชาย 2 คน มีความต้องการบุตรเพิ่มร้อยละ 40, 26 และ 34 ตามลำดับ ในขณะที่สตรีที่มีบุตรสาว 3 คน หรือบุตรสาว 2 คน บุตรชาย 1 คน หรือบุตรสาว 1 คน บุตรชาย 2 คน หรือบุตรชาย 3 คน ต้องการมีบุตรเพิ่มร้อยละ 33, 11, 14 และ 2 ตามลำดับ ซึ่งจากข้อมูลนี้ชี้ให้เห็นว่าจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ในปัจจุบันจะแปรผกผันกับความต้องการมีบุตรเพิ่ม คือสตรียังมีบุตรที่มีชีวิตอยู่จำนวนมากขึ้น ความต้องการมีบุตรเพิ่มก็จะลดน้อยลง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เรื่องเพศของบุตรจะมีอิทธิพลต่อความต้องการมีบุตรเพิ่มเป็นอย่างมาก

กล่าวคือ ความปรารถนาที่จะมีทั้งบุตรชายและบุตรสาว เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ต้องการมีบุตรเพิ่มขึ้น
อีก

1.4 การเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา

ถ้าไม่นับการคุมกำเนิดอย่างตั้งใจ วิธีการเลี้ยงทารกนับว่าเป็นตัวกำหนดที่สำคัญของภาวะเจริญพันธุ์ (นภาพร ชโยวรรณ 2527: 8) การเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาเป็นระยะเวลานานจะป้องกันการตั้งครรภ์ เนื่องจากการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาจะไปเลื่อนระยะเวลาที่ไข่ตกหลังจากการคลอดบุตร หรือทำให้เกิดสภาวะไม่เจริญพันธุ์ชั่วคราวหลังคลอดบุตร ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงวิธีการเลี้ยงดูบุตรไปจากวิธีที่เคยเลี้ยงด้วยนมมารดาจะมีผลอย่างสำคัญต่อแนวโน้มของภาวะเจริญพันธุ์

จากผลงานวิจัยของทีมนักวิจัย Edinburgh พบว่าการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาเป็นวิธีการคุมกำเนิดโดยธรรมชาติอย่างหนึ่ง ศาสตราจารย์ Roger Short หัวหน้าทีมวิจัยได้ศึกษาโดยการสังเกตความถี่และระยะเวลาของการให้นมบุตรและ เปรียบเทียบระหว่างมารดา 30 คน ที่เลี้ยงดูบุตรด้วยนมตัวเอง กับมารดา 10 คนที่เลี้ยงดูบุตรด้วยนมขวด ซึ่งเขาสรุปว่าการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาจะเป็นสิ่งช่วยควบคุมอัตราการเกิดของพลเมืองได้ (Doctor, February, 1960 p. 10 อ้างถึงใน สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2523 : 13 จดหมายข่าวประชากร)

Benoit Ferry และ Susheela Singh (1980 : 19-20) ได้ทำการสำรวจจากข้อมูล 20 ประเทศ พบว่า ระยะเวลาการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดามีส่วนทำให้การคลอดบุตรห่างออกไปด้วย ซึ่งแต่ละประเทศระยะเวลาการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาไม่เท่ากัน เช่น ประเทศคอซอวาร์กา และมาเลเซีย การเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาเวลายาวนานตามมัธยฐานแค่ 2 เดือน บังคลาเทศ 25 เดือน ความยาวนานตามมัธยฐานของการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาของประเทศลาตินอเมริกาและกลุ่มประเทศในทะเลแคริบเบียนนานอยู่ระหว่าง 2-7 เดือน ยกเว้นประเทศเปรูเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดานานถึง 13 เดือน ส่วนประเทศที่เลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาในอเมริกากลางและกลุ่มประเทศแคริบเบียนสั้นที่สุดนอกจากคอซอวาร์กาแล้วยังมี ไทยนา ปานามา 4 เดือน จาไมก้า 5 เดือน เม็กซิโก 6 เดือน ส่วนในภูมิภาคเอเชีย การเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดายาวนานกว่าเพื่อน ยกเว้นมาเลเซีย นอกนั้นค่ามัธยฐานของความยาวนานประมาณ 13-25 เดือนซึ่งได้แก่ประเทศบังคลาเทศ เนปาล อินโดนีเซีย ศรีลังกา และปากีสถาน

Jain and Bongaarts (1980 : 19-20) ได้ทำการวิเคราะห์ เรื่อง การสำรวจภาวะเจริญพันธุ์ของโลก (WFS) 8 ประเทศ พบว่า มารดาที่ให้นมบุตรทุก ๆ เดือน จะช่วยยืดเวลาการตั้งครรภ์ออกไปได้ 0.4 เดือน และการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาช่วยให้มีบุตรห่างออกไปได้ถึงร้อยละ 8-25 หรือประมาณ 5-10 เดือน

ในประเทศไทย จากการศึกษาพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของสตรีที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบว่า สตรีที่มีบุตรเกิดรอดน้อยกว่า 2 คน เลี้ยงดูบุตรด้วยน้ำนมมารดาเป็นระยะเวลาประมาณ 4.64 เดือน ส่วนสตรีที่มีบุตรเกิดรอดมากกว่า 2 คน เลี้ยงดูบุตรด้วยน้ำนมมารดาโดยเฉลี่ยประมาณ 16.42 เดือน ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการมีจำนวนบุตรเกิดรอดมากทำให้สตรีต้องดูแลบุตรด้วยตนเอง โอกาสที่จะออกไปทำงานนอกบ้านจึงมีน้อย ประกอบกับปัญหาด้านเศรษฐกิจทำให้สตรีหันมาใช้นมมารดาในการเลี้ยงดูบุตร เป็นผลให้ทารกคิดนมมารดาและไม่ยอมเลิกนมมารดา (นวลตา วันเพ็ญ 2529 : 62) อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาในเรื่องระยะเวลาที่ให้นมบุตรกับระยะเวลาของการมีประจำเดือนครั้งแรกภายหลังคลอด พบว่า สตรีที่เลี้ยงดูบุตรด้วยน้ำนมมารดาจะมีประจำเดือนครั้งแรกภายหลังคลอดช้ากว่าสตรีที่ไม่ได้เลี้ยงดูบุตรด้วยน้ำนมมารดา กล่าวคือ สตรีที่เลี้ยงดูบุตรด้วยน้ำนมตนเองอย่างสม่ำเสมอมีประจำเดือนครั้งแรกประมาณ 3.73 เดือนภายหลังคลอด ส่วนสตรีที่มีได้เลี้ยงดูบุตรด้วยน้ำนมตนเองอย่างสม่ำเสมอมีประจำเดือนครั้งแรกภายหลังคลอดโดยเฉลี่ย 2.84 เดือน (นวลตา วันเพ็ญ 2529 : 76)

John Knodel and Nibhon Debavalya (1980: 22-40) ได้วิเคราะห์ ข้อมูลจากโครงการสำรวจต่าง ๆ ของสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2512-2522 และศึกษาแนวโน้มและความแตกต่างของการเลี้ยงดูบุตรด้วยน้ำนมมารดา ซึ่งจากผลการศึกษารูปได้ว่า การเลี้ยงดูบุตรด้วยน้ำนมมารดาได้ลดลงในทุกภาคของประเทศ โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีที่มีการศึกษาสูงสุด อย่างไรก็ตามสตรีไทยส่วนใหญ่ยังคงเลี้ยงดูบุตรด้วยน้ำนมมารดา และสตรีในชนบทจะเลี้ยงดูบุตรด้วยน้ำนมมารดาในสัดส่วนที่สูงกว่า คือ สตรีในชนบทส่วนใหญ่ ร้อยละ 95 ยังคงเลี้ยงดูบุตรด้วยน้ำนมมารดาและให้นมบุตรโดยเฉลี่ยนานกว่า 1 ปี ส่วนสตรีในเขตเมืองประมาณร้อยละ 80 เลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาและเลี้ยงในระยะเวลาที่สั้นกว่าคือประมาณ 10 เดือนโดยเฉลี่ย

ต่อมา Knodel, Peerasit Kamnuansilpa, and Aphichat Chamratrithirong (1985: 302-311) ได้ศึกษาการเลี้ยงทารก การไม่มีประจำเดือนหลังคลอด และการใช้วิธีป้องกันการปฏิสนธิในประเทศไทย โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจสถานะการคุมกำเนิดรอบที่ 3 พบว่า แนวโน้มการเลี้ยงดูบุตรด้วยน้ำนมมารดาที่ลดลงนั้นอาจจะหยุดลงแล้ว กล่าวคือ สตรีที่เลี้ยงดูบุตรคนสุดท้ายด้วยน้ำนมมารดาซึ่งลดลงจากร้อยละ 77 ในปี ค.ศ. 1975 เหลือร้อยละ 66 ในปี ค.ศ. 1981 ได้เพิ่มเป็นร้อยละ 68 ในปี ค.ศ. 1984 สำหรับเขตชนบท และจากร้อยละ 37 ลดลงเหลือร้อยละ 34 และ 33 ตามลำดับในเวลาเดียวกันสำหรับเขตเมือง อย่างไรก็ตามการเลี้ยงดูบุตรด้วยน้ำนมมารดามีการปฏิบัติโดยทั่วไปในประเทศไทยโดยเฉพาะในเขตชนบท ระยะเวลาที่เลี้ยงดูบุตรด้วยน้ำนมมารดาก็ค่อนข้างนาน แต่ยังคงมีความแตกต่างกันของระยะเวลาที่เลี้ยงระหว่างเขตชนบทและเขตเมือง ระหว่างภาค และระหว่างผู้ที่มีการศึกษาต่างระดับ สตรีในกรุงเทพมหานครมีสัดส่วนที่ไม่เคยเลี้ยงดูบุตรด้วยน้ำนมมารดาสูงสุดคือร้อยละ 12.5 และสัดส่วนที่เลี้ยงดูบุตรเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 12 เดือน ค่าสุดคือมีเพียงร้อยละ 30.8 และมีระยะเวลาโดยเฉลี่ยที่เลี้ยงดูบุตรด้วยน้ำนมมารดาเพียง 3.9 เดือน ในขณะที่ระยะเวลาโดยเฉลี่ยสำหรับทั้งประเทศเป็น 4.1 เดือน สตรีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการเลี้ยงดูบุตรด้วยน้ำนมมารดามากที่สุด และนานที่สุด คือ ร้อยละ 97.9 และระยะเวลาเฉลี่ย 24.4 เดือน นอกจากนี้ การศึกษาครั้งนี้ยังพบอีกว่า การศึกษามีความสัมพันธ์ในทางลบกับการเลี้ยงและระยะเวลาการเลี้ยงดูบุตรด้วยน้ำนมมารดา คือยิ่งการศึกษาสูงจะมีสัดส่วนของสตรีที่เลี้ยงดูบุตรด้วยน้ำนมมารดาน้อยลง และระยะเวลาที่เลี้ยงสั้นลงด้วย

จากรายงานการสำรวจสถานะการคุมกำเนิดรอบที่ 3 ยังให้ข้อมูลเกี่ยวกับความแพร่หลายของการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมสุตรผสมและอาหารเสริม พบว่าการให้อาหารเสริมแก่ทารกตั้งแต่อายุยังน้อยมากทำให้ระยะเวลาที่ให้นมมารดาอย่างเดียว (Full breastfeeding) แก่บุตรค่อนข้างสั้น และการใช้นมสุตรผสมเป็นอาหารเสริมในการเลี้ยงทารกก็มีการปฏิบัติไม่น้อยแม้ในเขตชนบท นอกจากนี้ยังพบว่าแม้ระยะเวลาโดยเฉลี่ยที่สตรีที่เลี้ยงดูบุตรด้วยน้ำนมมารดาจะค่อนข้างยาวในเมืองไทย แต่ระยะเวลาที่ไม่มีประจำเดือนหลังคลอดมีระยะเวลาพอประมาณเท่านั้น คือ 5.7 เดือนสำหรับในประเทศ และ 6.5 , 2.9 เดือน สำหรับในเขตชนบทและเขตเมือง ซึ่งผลก็คือทำให้การเลี้ยงดูบุตรด้วยน้ำนมมารดามีอิทธิพลยับยั้งภาวะเจริญพันธุ์น้อยลง ถ้าการตกไข่เร็วหลังคลอดบุตรมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่สั้นของการไม่มีประจำเดือนหลังคลอด สตรีที่ไม่ต้องการตั้งครรภ์อย่างรวดเร็วอีกหลังคลอด ต้องมีการใช้วิธีการป้องกันการปฏิสนธิด้วย

ฉะนั้นข้อสรุปที่น่าจะเป็นไปได้ประการหนึ่งคือการ เลี้ยงดูบุตรด้วยน้ำนมมารดา ในไทยไม่มีส่วนช่วยขยายเวลาของการขาดประจำเดือนหลังคลอดให้นานขึ้น จึงน่าจะได้แก่การ เริ่มให้อาหารเสริมแก่ทารกที่ค่อนข้างเร็ว (โบเคล และคณะ 2530 : 82)

2. ปัจจัยทางด้านสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะเจริญพันธุ์

2.1 ศาสนา

ศาสนาบางศาสนามีส่วนเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันโดยตรงของมนุษย์ ตลอดจนมีผลในการส่งเสริมให้มีความมั่นคงในครอบครัว และรวมถึงการเจริญพันธุ์ ศาสนาอิสลาม เปิดโอกาสให้คนสมรสได้มากกว่า 1 ครั้ง เหมือนเปิดโอกาสให้คนเลือกการสมรสได้ตลอดชีวิต จึงเกิดความไม่แน่นอนในกลุ่มสมรส ศาสนาอิสลามสมัยแรกมุ่งหวังเพื่อปรับปรุงศีลธรรมและความประพฤติของชาวอาหรับที่สร้างปัญหาในเรื่องเพศ โดยให้ทุกคนเลือกสมรสได้ตามความพอใจ และห้ามมิให้มีการทำแท้งอีกด้วย (ดิเรก กุลศิริสวัสดิ์ 2512 : 82) ในแง่การหย่าร้าง ศาสนาอิสลามได้ตั้งเงื่อนไขให้หญิงเห็นยวสตรีที่จะสมรสใหม่หากหย่าขาดไปแล้ว เกินสี่เดือนสิบวัน ศาสนาฮินดูโบราณมีความคิดคำนึงถึงศีลธรรมมาก มีการพิจารณาโทษผู้ที่ตายแล้วให้ระบุถึงความผิด เช่น การทำชั่ว (ดิเรก กุลศิริสวัสดิ์ 2512 : 88) เป็นการบังคับมิให้คนนอกใจสามีภรรยา กัน และเพื่อความมั่นคงในชีวิตคู่ จึงทำให้ภาวะเจริญพันธุ์แตกต่างกันไปตามความ เคารพ เชื่อถือในหลักธรรม คำสอนของศาสนานั้น ๆ

ในการสำรวจที่เลบานอน ก็ให้การสนับสนุนว่าศาสนาเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อภาวะเจริญพันธุ์โดยคู่สมรสที่นับถือศาสนาอิสลามมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 8 คน และผู้นับถือศาสนาคริสต์ 6.6 คน (Yankey 1961 : 29)

Sidney Goldstein (2514 : 124) วิเคราะห์จากข้อมูลที่สุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 1 จากสามะโนประชากร ปี พ.ศ. 2503 พบว่า เมื่อปรับฐานอายุ (Age Standardized) แล้ว คนที่นับถือศาสนาพุทธมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยสูงสุดคือ 4.36 รองลงมาได้แก่ผู้ที่นับถือลัทธิขงจื้อ 3.84 คน และต่ำสุดคือผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม 3.39 คน

การศึกษาของ Soontaree Suvipakit and Janes T. Fawcett (1970 : 187) พบว่า ภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีที่นับถือศาสนาอิสลามมีระดับต่ำกว่าสตรีที่นับถือศาสนาพุทธ โดยเปรียบเทียบจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ของอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี และที่

ชานเมือง อำเภอบางเขน ซึ่งทั้ง 2 แห่งเป็นชุมชนที่มีการนับถือศาสนาพุทธมากกว่า และมีจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่โดยเฉลี่ย 4.0 คนและ 3.3 คนตามลำดับ ในขณะที่ อ.เมือง จังหวัดยะลา เป็นชุมชนที่มีคนนับถือศาสนาอิสลามมากกว่า มีจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่โดยเฉลี่ย 3.0 คน

การศึกษาของเกือ วงศ์บุญสิน ในเรื่องภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยในหมู่บ้านประมง โดยใช้ข้อมูลจากโครงการวิจัยลักษณะทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรของหมู่บ้านประมง เมื่อปี พ.ศ. 2521 (2522 : 57-60) พบว่า สตรีที่นับถือศาสนาพุทธมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยสูงกว่าสตรีที่สำมินับถือศาสนาอิสลาม คือมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 4.68 คน ในขณะที่สตรีที่สำมินับถือศาสนาอิสลามมีจำนวนบุตรดังกล่าว 4.37 คน เมื่อพิจารณาในแต่ละหมวดอายุ เช่น หมวดอายุ 15-29 ปี และ 30-44 ปี ปรากฏว่า จำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยจำแนกตามการนับถือศาสนาของสามี มีค่าไม่ต่างกันนัก กล่าวคือ จำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยของสตรีที่สำมินับถือศาสนาพุทธมีค่าจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยต่ำกว่าสตรีที่สำมินับถือศาสนาอิสลามเล็กน้อย แต่ในหมวดอายุ 45 ปี และสูงกว่า พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการนับถือศาสนากับภาวะเจริญพันธุ์ กล่าวคือ สตรีที่สำมินับถือศาสนาพุทธจะมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 7.07 คน ในขณะที่สตรีที่สำมินับถือศาสนาอิสลามจะมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยเพียง 6.07 คน

จากตัวอย่างผลการวิจัยที่กล่าวข้างต้นชี้ให้เห็นว่าชาวไทยมุสลิมมีภาวะเจริญพันธุ์สะสม (Cumulative Fertility) ต่ำกว่าชาวพุทธ ซึ่งคาดว่าสาเหตุที่ชาวไทยมุสลิมมีการหย่าร้างและการแต่งงานใหม่บ่อยกว่าชาวพุทธ มีการใช้การคุมกำเนิดแบบโบราณ และมีภาวะสูขอนามัยต่ำกว่าชาวพุทธ เป็นสาเหตุทำให้ชาวไทยมุสลิมมีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำกว่าชาวพุทธ (ในเศลและคณะ 2530 : 67)

สำหรับการศึกษาในระยะหลังพบว่าความแตกต่างของภาวะเจริญพันธุ์ที่จำแนกตามศาสนาเริ่มเปลี่ยนแปลงไป โดยปรากฏว่าชาวพุทธส่วนใหญ่เริ่มมีภาวะเจริญพันธุ์ลดลง ส่วนการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ในหมู่ชาวไทยมุสลิมยังคงล้าหลังอยู่ ผลก็คือภาวะเจริญพันธุ์ในปัจจุบันของชาวไทยมุสลิมสูงกว่าชาวพุทธ กล่าวคือ จากการสำรวจสภาวะการคุมกำเนิดรอบที่ 3 ปี 2527 ในระดับประเทศจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยของสตรีที่สมรสนาน 10-14 ปี และ 20 ปีขึ้นไป พบว่าสตรีไทยมุสลิมมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 3.8 และ 6.1 คน ตามลำดับ ในขณะที่สตรีไทยพุทธมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยเพียง 2.8 และ 5.2 คนเท่านั้น สำหรับในภาคกลางของประเทศซึ่งรวมกรุงเทพมหานครด้วยพบว่าสตรีที่สมรสนาน 10-14 ปี และ 20 ปีขึ้นไป มีจำนวนบุตรเกิดรอด

โดยเฉลี่ย 3.4 และ 6.6 คนตามลำดับสำหรับสตรีไทยมุสลิม ส่วนสตรีไทยพุทธนั้นมีจำนวนบุตร
เกิดรอดโดยเฉลี่ยเพียง 2.7 และ 5.2 คน (โนเคล และคณะ 2530 : 68) ซึ่งคาดว่าสาเหตุ
สำคัญประการหนึ่งอาจมาจากการที่สตรีไทยพุทธมีอัตราการใช้การป้องกันการปฏิสนธิมากกว่าสตรี
ไทยมุสลิม กล่าวคือ จากข้อมูลการสำรวจสภาวะการคุมกำเนิดรอบที่ 3 ปี 2527 พบว่าในระดับ
ประเทศ สตรีที่สมรสแล้วอายุ 15-44 ปี สตรีไทยมุสลิมมีอัตราการใช้การป้องกันการปฏิสนธิเพียง
ร้อยละ 34 ส่วนสตรีไทยพุทธมีการใช้ร้อยละ 67 สำหรับในกรุงเทพมหานครนั้นพบว่าการใช้
การป้องกันการปฏิสนธิในสตรีไทยมุสลิมและสตรีไทยพุทธมีอัตราร้อยละ 56 และ 70 ตามลำดับ
(Peerasit, Kamnuansilpa; and Aphichat, Chamrathirithirong, 1985 : 84-85)

2.2 การศึกษา

ในการศึกษาเกี่ยวกับระดับภาวะเจริญพันธุ์นั้น ระดับการศึกษาของสามีและ
ภรรยา จากผลการวิจัยส่วนใหญ่ชี้ให้เห็นชัดว่า ยิ่งระดับการศึกษาของคู่สมรสสูงขึ้นระดับภาวะ
เจริญพันธุ์จะยิ่งลดต่ำลง ในการนำผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องมา เสนอในที่นี้จึงแยกการศึกษาออกเป็น
2 ส่วนคือ การศึกษาของสามีและการศึกษาของภรรยา ว่าจะมีผลต่อระดับภาวะเจริญพันธุ์เพียงใด

2.2.1 การศึกษาของสามี

จากผลการวิจัยในประเทศต่าง ๆ เป็นต้นว่า ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา
เมื่อปี ค.ศ. 1960 พบว่าจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยเท่ากับ 3.5 คน และ 2.8 คน สำหรับ
สามีที่มีระดับการศึกษาชั้นประถมและชั้นมัธยมตามลำดับ (Whelpton, Campbell, and Patterson
1966 : 95) ซึ่งให้ผลสอดคล้องกับที่ประเทศอินเดีย โดย Driver Edwin D (1963 : 99)
ศึกษาไว้พบว่า สามีที่ไม่เคยเรียนหนังสือเลยมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยเท่ากับ 5.0 คน และสามี
ที่จบชั้นมัธยมมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 3.9 คน

สำหรับการสำรวจที่เมืองมิเอกา ประเทศฟิลิปปินส์ เมื่อปี ค.ศ.
1966 พบว่า สามีที่มีระดับการศึกษาชั้นประถมมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 4.4 คน และผู้ที่มี
ระดับการศึกษาชั้นมัธยม มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 3.8 คน (Mercedes, and Wilhem
1967 : 95)

แต่การศึกษาที่ประเทศมาเลเซีย เมื่อปี 1966-1967 กลับพบว่า
สามีของสตรีกลุ่มอายุ 35-44 ปี ที่ไม่เคยได้รับการศึกษา มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 4.9 คน

และผู้ที่ยังชั้นประถมมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 6.6 คน (Malasia National Family Planning Board 1968 : 231) ซึ่งได้ผลตรงข้ามกับผลการวิจัยในประเทศอื่น ๆ

ส่วนการศึกษาเรื่องนี้ที่ได้หวั่น เมื่อมี ค.ศ. 1968 พบว่าสามีของสตรีหมวคอายุ 35-39 ปี ซึ่งจบชั้นประถมศึกษา มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 5.6 คน และผู้ที่ยังชั้นมัธยมศึกษา มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 4.8 คน (Freedman and Takeshita 1969 : 70)

สำหรับในภาคเหนือของประเทศไทยก็พบผลในทำนองเดียวกันคือ เมื่อศึกษาถึงระดับการศึกษาของสามี พบว่ามีความสัมพันธ์ในทางตรงข้ามกันอย่างเห็นได้ชัด คือ สตรีที่สามีไม่ได้เรียนหนังสือมีบุตรมากกว่าสตรีที่สามีจบชั้นประถมปีที่ 5 หรือสูงกว่า (คณะสังคมศาสตร์และคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และศูนย์ศึกษาชุมชนและครอบครัว มหาวิทยาลัยชิคาโก 2521 : 99) นอกจากนี้ เกื้อ วงศ์บุญสิน (2522 : 46-49) ยังได้ศึกษาภาวะเจริญพันธุ์ในหมู่บ้านประมง พบว่า เมื่อพิจารณาทุกหมวคอายุไม่ว่าจะเป็นการพิจารณารวมทุกจังหวัดหรือแยกเป็นรายจังหวัด (จังหวัดระยอง จังหวัดเพชรบุรี และจังหวัดพังงา) พบว่า สตรีที่สามีไม่มีการศึกษา มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 5.40 คน ในขณะที่สตรีที่สามีมีการศึกษาชั้นประถมปีที่ 4 และต่ำกว่า สตรีที่สามีมีระดับการศึกษา ป.5 และสูงกว่า มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 4.64 คน และ 2.92 คน ตามลำดับ

จากการศึกษาแบบแผนชีวิตชุมชนที่มีผลกระทบต่อภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีกะเหรี่ยงที่กิ่งอำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี เมื่อมี พ.ศ. 2525 พบว่า สามีที่ไม่เคยได้รับการศึกษา มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 5.6 คน และ 4.3 คน 3.3 คน สำหรับสามีที่มีการศึกษาไม่เกิน ป.4 และสูงกว่า ป.5 ตามลำดับ (เทวี สวรรยาธิบัติ 2525 : 181)

2.2.2 การศึกษาของภรรยา

Janet Abu - Lughod (1965:236-237) ได้ชี้ให้เห็นว่า ระดับการศึกษาของสตรีในโคโร มีความเกี่ยวพัน กับภาวะเจริญพันธุ์มาก โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีที่มีระยะเวลาสมรสยาวนานแล้ว ถ้ามีความแตกต่างในระดับการศึกษามาก จะมีความแตกต่างในเรื่องภาวะเจริญพันธุ์มาก เช่นสตรีที่มีระยะเวลาสมรสตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 8.4 คน และ 4.8 คน สำหรับผู้ที่ไม่รู้หนังสือและจบชั้นมัธยมศึกษาตามลำดับ

ที่สหรัฐอเมริกาได้มีผู้สนใจศึกษาถึงเรื่องนี้ ผลปรากฏว่าสตรีที่
จบชั้นประถมศึกษา มีบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 3.1 คน และผู้ที่จบชั้นมัธยมศึกษาจะมีบุตรเกิดรอด
โดยเฉลี่ย 2.6 คน (Whelpton and Others, 1966 : 95)

การศึกษาในประเทศกานา ปี ค.ศ. 1971 พบว่า สตรีที่มีการ
ศึกษาในระดับประถมศึกษา มีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำกว่าสตรีที่ไม่ได้รับการศึกษาร้อยละ 6 ส่วนสตรี
ที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา มีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำกว่าสตรีที่ไม่ได้รับการศึกษาร้อยละ 66 และ
สตรีที่มีการศึกษาในระดับอุดมศึกษามีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำกว่าสตรีที่ไม่ได้รับการศึกษาถึงร้อยละ 94
(C. Coldwell 1971 : 752)

สำหรับในประเทศไทยพบผลการศึกษาดัง ๆ ในทำนองเดียวกัน
คือพบว่าสตรีในเขตชนบทและเขตเมืองมีความสัมพันธ์ในทางกลับกันอย่างเห็นได้ชัดในเรื่องของ
การศึกษา กับจำนวนบุตรเกิดรอด กล่าวคือ ในเขตชนบทสตรีที่ได้รับการศึกษาอย่างน้อย 5 ปี มี
จำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของสตรีที่ไม่เคยได้รับการศึกษาเลย สำหรับใน
เขตเมืองสตรีที่ได้รับการศึกษาอย่างน้อย 10 ปี มีจำนวนบุตรเกิดรอน้อยกว่าสตรีที่ไม่ได้รับการ
ศึกษาเลยถึงร้อยละ 45 (พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และวิศิษฐ์ ประจวบเหมาะ 2517 : 14)

ในทำนองเดียวกัน การศึกษาของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม
มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2522 พบว่าสตรีในกรุงเทพมหานครที่มีการศึกษาประถม 4 ขึ้นไป มี
จำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 1.86 คน ส่วนผู้ที่ไม่มีการศึกษาถึงประถม 4 มีบุตรเกิดรอดโดย
เฉลี่ยถึง 2.53 คน (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล 2522 : 49-51)

อาศัยข้อมูลจากการวิจัยโครงการการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่มี
อิทธิพลต่อภาวะเจริญพันธุ์ที่แท้จริงและภาวะเจริญพันธุ์ที่ต้องการของสตรีที่สมรสแล้วในเขตชนบท
ประเทศไทย พบว่า การศึกษาของสตรีมีผลในทางลบต่อจำนวนบุตรเกิดรอด กล่าวคือ สตรีที่ไม่มี
การศึกษาและต่ำกว่าประถมศึกษา มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 6.2 คน ผู้มีการศึกษาระดับ
ประถมศึกษา 4.2 คน ผู้มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปมี 3.0 คน ซึ่งมีจำนวนน้อยกว่าผู้
ไม่มีการศึกษาอยู่ถึง 3.2 คน (ปราโมทย์ กังสสาร 2525 : 57)

ถวิล นำบุญผล (2526 : 77-78) ศึกษาาระดับการศึกษาของ
สตรีชาวเลที่สมรสแล้วในจังหวัดกระบี่ พังงา และภูเก็ต พบว่า รวมทุกจังหวัดแล้ว สตรีที่สามารถ

อ่านและเขียนหนังสือได้จะมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยต่ำกว่าสตรีที่ไม่สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ และถ้าหากแยกพิจารณาเป็นรายจังหวัดก็จะพบผลในทำนองเดียวกันนั้นเอง เช่น สตรีที่ไม่สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 2.80 คน ในขณะที่สตรีที่สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 1.66 คน หากพิจารณาในหมวดอายุ 15-24 ปี ของทุกจังหวัด พบว่าสตรีที่ไม่สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 1.29 คน ในขณะที่สตรีที่สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 1.27 คน

ผลการสำรวจสถานะการคุมกำเนิดรอบที่ 3 (Peerasit, Kamnuansilpa and Aphichat, Chamrathirong 1985 : 19) พบว่าสตรีที่สมรสแล้วอายุระหว่าง 15-49 ปี ที่ไม่ได้รับการศึกษาเลย มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 4.1 คน ในขณะที่สตรีที่มีการศึกษาระหว่าง 1-3 ปี, 4 ปี และ 5 ปี หรือมากกว่า มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยตามลำดับดังนี้คือ 4.3, 3.0 และ 1.8 คน แต่เมื่อทำการปรับฐานอายุแล้วปรากฏว่าสตรีที่ไม่ได้รับการศึกษาเลยกับสตรีที่ได้รับการศึกษาระหว่าง 1-3 ปี มีจำนวนบุตรเกิดรอดเท่ากันคือ 3.6 คน ส่วนสตรีที่มีการศึกษา 4 ปี และ 5 ปี หรือมากกว่า มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 3.1 และ 2.2 คน ตามลำดับ ซึ่งจากการศึกษานี้ได้ชี้ให้เห็นชัดว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับจำนวนบุตรเกิดรอดของสตรี

3. ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ

ลักษณะทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลกระทบต่อขนาดของครอบครัวหรือระดับภาวะเจริญพันธุ์ ทั้งนี้โดยพิจารณาจากสภาพที่เป็นอยู่ในสังคม จะพบว่าส่วนใหญ่ครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงขึ้นจำนวนบุตรจะลดน้อยลง อย่างไรก็ตามครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงมากจนถึงระดับหนึ่ง อาจมีบุตรหลายคน เหตุผลก็คือ ครอบครัวดังกล่าวสามารถให้การเลี้ยงดูบุตรทุกคนได้ทั่วถึง โดยไม่กระทบกระเทือนเศรษฐกิจของครอบครัว (สุวัฒนา วิบูลย์เศรษฐ์ 2513 : 44) สำหรับฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวโดยส่วนใหญ่จะใช้ลักษณะของอาชีพของคู่สมรส และรายได้ของคู่สมรส เป็นดัชนีบ่งชี้

3.1 อาชีพของสามี

จากผลการวิจัยของประเทศต่าง ๆ ปรากฏว่า อาชีพของสามีมีความสัมพันธ์กับภาวะเจริญพันธุ์ของสตรี เป็นต้นว่า การสำรวจในปี 1950 สตรีอเมริกันอายุ 40 ปีถึง 44 ปี ซึ่งสามีมีอาชีพกสิกรรม อาชีพที่ใช้แรงงาน และอาชีพที่ไม่ใช้แรงงานจะมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 3.4 คน 4.2 คน และ 3.0 คน ตามลำดับ (Grabill 1958 : 135)

การศึกษาในประเทศเยอรมันปี 1958 ก็พบในลักษณะเช่นเดียวกัน เช่น ผู้ที่มีสามีประกอบอาชีพการเกษตร มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 2.3 คน ผู้ที่มีสามีเป็นนักธุรกิจ มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 1.7 คน (Freedman, Baumert, and Bolte 1959 : 145)

ในการสำรวจที่ประเทศสาธารณรัฐจีน ก็แสดงให้เห็นว่า อาชีพของสามีมีความสัมพันธ์กับระดับภาวะเจริญพันธุ์ของสตรี โดยพิจารณาจากจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย อาชีพกสิกรรมจะมี 6.3 คน และอาชีพที่ไม่ใช้แรงงานจะมี 4.0 คน (Freedman, and Takeshita 1969 : 72)

ประเทศเซคโกสโลวะเกีย ปี ค.ศ. 1970 พบว่าสตรีที่สามีประกอบอาชีพการเกษตรมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 2.7 คน ผู้ที่ทำงานใช้ฝีมือมีจำนวนบุตรเกิดรอด 2.1 คน และผู้ที่ทำงานไม่ใช้ฝีมือมีจำนวนบุตรเกิดรอด 1.7 คน (United Nations 1976 : 58-145)

การศึกษาในประเทศอิหร่าน ปี ค.ศ. 1973 พบว่าสตรีที่สามีประกอบอาชีพเป็นกรรมกรรับจ้างมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 4.5 คน ส่วนผู้ที่เป็นพ่อค้า มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 4.2 คน (Good, Farr, Good 1980 : 311-318)

ศักดิ์ ผาสุกนิรันต์ (2506 : 289) พบว่าในประเทศไทยคู่สมรสในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่หัวหน้าครอบครัวทำหน้าที่เป็นข้าราชการ จะมีการเจริญพันธุ์ต่ำกว่าหัวหน้าครอบครัวที่เป็นชาวนา นั่นเป็นการแสดงว่าอาชีพของหัวหน้าครอบครัวแตกต่างกันทำให้ภาวะเจริญพันธุ์แตกต่างกันไปด้วย

จากการศึกษาของอมิชาติ จำรัสสุทธิรงค์ และสุภาณี บุญประเทือง (2521 : 17) ซึ่งศึกษาจากข้อมูลโดยการสุ่มตัวอย่างร้อยละ 2 ของข้อมูลสำมะโนประชากร และเคหะ พ.ศ. 2513 พบว่าสตรีที่สามีทำงานทางการเกษตรจะมีภาวะเจริญพันธุ์สูงสุด ส่วนสตรีที่สามีทำงานด้านบริการและงานเสมียนจะมีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำสุด

สำหรับการศึกษาในกลุ่มชนชาวอะเทรียงพบว่า ถ้าพิจารณาทุกกลุ่มอายุของสตรีที่สามีประกอบอาชีพเกี่ยวกับการเกษตรจะมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยสูงกว่าสตรีที่ประกอบอาชีพอื่น ๆ คือมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 5.2 คน ขณะที่สตรีที่สามีประกอบอาชีพอื่น ๆ มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยในขนาดที่ใกล้เคียงกัน คือสตรีที่สามีประกอบอาชีพรับราชการ ทำเหมืองแร่ขนาดเล็ก ค้าขาย และรับจ้าง มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 3.0 คน, 3.6 คน, 3.1 คน และ 3.6 คน ตามลำดับ (เทวี สวรรยาธิบัติ 2525 : 118-119)

3.2 อาชีพของภรรยา

จากการสำรวจในประเทศอินเดียในปี ค.ศ. 1931 พบว่า ผู้ที่มีอาชีพแตกต่างกันภาวะเจริญพันธุ์จะแตกต่างกันด้วย ซึ่งจะเห็นได้ชัดเจนจากจำนวนบุตรเกิดรอด โดยที่สตรีที่มีอายุ 14-43 ปี จำนวน 1,000 คนที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม จะมีบุตรเกิดรอดอายุ 0-4 ปีเป็นจำนวนถึง 817 คน แต่ในกลุ่มวิชาชีพชั้นสูง เช่น การพาณิชย์นั้น มีเพียง 789 คน และ 771 คน ตามลำดับ (Edwin D. 1963 : 75)

Whelpton Pascal K. and Others (1960 : 112-113) ได้ศึกษาภาวะเจริญพันธุ์ในสหรัฐอเมริกาเช่นกัน ในปี ค.ศ. 1960 พบว่า ผู้ที่ประกอบอาชีพทาสีกรรมมีบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 2.6 คน ผู้ที่ใช้วิชาชีพชั้นสูงมีบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 2.2 คน ผู้ที่ใช้วิชาชีพระดับรอง มีบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 2.1 คน ผู้ที่ใช้แรงงานระดับสูงมีบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 2.4 คน และผู้ที่ใช้แรงงานระดับต่ำมีบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 2.5 คน

การศึกษาของ Clyde V. Kiser (1976 : 10) ได้ศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่า ภาวะเจริญพันธุ์ของผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรมสูงกว่าผู้มีได้ประกอบอาชีพเกษตรกรรมถึงร้อยละ 30-40 ในระยะก่อนสงครามโลกครั้งที่ 1 และหลังสงครามโลกได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 50-60 แต่ในปี ค.ศ. 1959 กลับพบว่า ภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีที่ไม่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมสูงกว่าสตรีที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมถึงร้อยละ 10

สำหรับการศึกษาของนิพนธ์ เทพวัลย์ (1977 : 18-25) โดยใช้ข้อมูลจากโครงการวิจัยต่อเนื่องระยะยาวทั้ง 2 รอบ ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานของสตรีกับภาวะเจริญพันธุ์พบว่า เมื่อควบคุมตัวแปรต่าง ๆ แล้ว ความสัมพันธ์ต่าง ๆ มีอยู่บ้างไม่มากนัก โดยที่พบว่าการทำงานของสตรีซึ่งไม่ได้รับค่าจ้างก่อนแต่งงานหรือหลังแต่งงาน มีความสัมพันธ์กับ

ภาวะเจริญพันธุ์มากกว่าสถานภาพการทำงานในปัจจุบัน เมื่อพิจารณาตามอาชีพก็พบผลคล้ายคลึงกันกับการศึกษาอื่น ๆ คือ สตรีที่มีอาชีพเกษตรกรรมและค้าขาย มีภาวะเจริญพันธุ์สูงสุด สตรีที่มีอาชีพเป็นผู้ปฏิบัติงานใช้วิชาชีพ งานบริหาร และจัดดำเนินการ มีระดับภาวะเจริญพันธุ์ต่ำสุด

ส่วนการศึกษาของกองวางแผนประชากรและกำลังคนคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่าสตรีไทยมุสลิมที่มีอาชีพเกษตรกรรม มีบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 3.7 คน ส่วนสตรีไทยมุสลิมที่มีอาชีพซึ่งไม่ใช่วิชาชีพ ทำกิจกรรมภายในบ้าน อุตสาหกรรมภายในบ้าน มีบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยถึง 3.8 คน ส่วนผู้ที่ทำงานรับราชการจะมีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำสุด (National Economic and Social Development Board 1978 : 61)

จากการศึกษาของ Peerasit Kamnuansilpa and Aphichat Chamrathirithong ในการสำรวจสภาวะการคุมกำเนิดรอบที่ 3 ปี พ.ศ. 2527 (1985 : 19) พบว่า สตรีที่ประกอบอาชีพทางด้านเกษตรกรรมมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือผู้ที่ประกอบอาชีพทางด้านใช้แรงงาน ค้าขาย แม่บ้าน งานฝีมือ ก็มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยตามลำดับ ดังนี้ 3.2, 2.9, 2.6 และ 2.1 คน ส่วนผู้ประกอบอาชีพที่ต้องใช้วิชาชีพนั้นมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ 1.7 คน

3.3 รายได้ของคู่สมรส

รายได้ของคู่สมรสมีส่วนทำให้ระดับภาวะเจริญพันธุ์แตกต่างกันคือ ผู้มีรายได้ต่ำมักจะมีบุตรมากกว่าผู้ที่มีรายได้สูง (กริลล์ นวัญจผล 2526 : 26) ดังจะเห็นได้จากการศึกษาที่ผ่าน ๆ มาเช่น

การศึกษาในประเทศเยอรมันนี้ก็พบในลักษณะเช่นเดียวกันคือ ผู้มีรายได้ต่ำกว่าเดือนละ 250 มาร์ค มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 2.3 คน ส่วนผู้ที่มีรายได้เดือนละ 900 มาร์ค ขึ้นไป มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 1.6 คน (Freedman, Baumert and Bolte, 1959 : 145)

Alvin Schorr (1970 : 440) ได้ศึกษาสตรีอเมริกันผิวขาวในปี ค.ศ. 1959 พบว่า สตรีซึ่งสามีมีรายได้ 2,000 ดอลลาร์ต่อปี มีบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 3.6 คน ในขณะที่สตรีที่สามีมีรายได้ 5,000 ดอลลาร์ต่อปีมีบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 2.7 คน

จากการศึกษาความสัมพันธ์ ของฐานะทาง เศรษฐกิจของครอบครัวและภาวะ เจริญพันธุ์จากทะเบียนราษฎรของประเทศสวีเดนระหว่างปี ค.ศ. 1964-1966 พบว่า สตรีที่สมรส เมื่ออายุต่ำกว่า 25 ปี ซึ่งครอบครัวมีรายได้ 20,000-40,000 เกรียน (สวีเดน) มีบุตร เกิดรอด โดยเฉลี่ย 2.01 คน และครอบครัวที่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 เกรียน (สวีเดน) มีบุตร เกิดรอด โดยเฉลี่ยถึง 2.67 คน (Bernhardt 1972: 177-178)

รายได้ของคู่สมรสมีส่วนทำให้ระดับภาวะ เจริญพันธุ์แตกต่างกัน ดังจะ เห็น ได้จากการศึกษาที่ผ่าน ๆ มา เช่นประเทศต่าง ๆ ในยุโรป อาทิประเทศอังกฤษและเวลส์พบว่า จำนวนบุตรเกิดรอดของผู้มีรายได้ต่ำมากมี 1.84 คน ผู้มีรายได้ระดับปานกลางมี 1.82 คน และ ผู้มีรายได้สูงมีเพียง 1.7 คนเท่านั้น (United Nations 1976 : 58-145)

ในขณะที่ประเทศอิหร่านก็ได้มีการศึกษาและพบว่าสตรีที่มีรายได้ของ ครอบครัวต่ำกว่าเดือนละ 2,500 เรียล มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 5.0 คน ผู้มีรายได้เดือน ละ 10,000 เรียล มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 1.04 คน (Good, Farr, and Good 1980 : 314)

สำหรับในประเทศไทยได้มีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับภาวะ เจริญพันธุ์จากโครงการวิจัยภาวะ เจริญพันธุ์ของสตรีไทย พ.ศ. 2518 (SOFT) พบว่า คู่สมรสที่มี รายได้อยู่ในระดับสูงจะมีภาวะ เจริญพันธุ์ต่ำกว่าคู่สมรสที่มีรายได้อยู่ในระดับต่ำคือ เมื่อพิจารณาคู่ สมรสรวมทั้งหมดพบว่า คู่สมรสที่มีรายได้อยู่ในระดับสูงสุด มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 3.9 คน ในขณะที่คู่สมรสมีรายได้ในระดับต่ำมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 4.2 คน (Institute of Population Chulalongkorn University and Population Survey Division National Statistical Office 1978 : 50-53)

การศึกษาของ เกื้อ วงศ์บุญสิน (2522 : 74-76) ซึ่งศึกษาภาวะ เจริญพันธุ์ ของสตรีไทยในหมู่บ้านประมงจังหวัดระยอง เพชรบุรี และพังงา พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะ เจริญพันธุ์เช่นกัน แต่ความสัมพันธ์จะเห็นได้ชัดเจน เมื่อพิจารณาคู่สมรสที่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท กับคู่สมรสที่มีรายได้ 50,000 บาท และมากกว่า แต่ถ้ายกพิจารณารายได้ออกเป็น 4 ระดับ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะ เจริญพันธุ์กับรายได้ของคู่สมรสมีลักษณะที่ค่อนข้างจะแปรปรวน กล่าวคือ เมื่อพิจารณาจำนวนบุตรเกิดรอดและรายได้ของสตรีในทุกกลุ่มอายุพบว่า คู่สมรสที่มีรายได้ ต่ำกว่า 10,000 บาท , 10,001-20,000 บาท, 20,001-50,000 บาท และ 50,001 และ

มากกว่า มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 4.73 คน, 4.50 คน, 4.67 คน และ 4.30 คน ตามลำดับ ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาในเรื่องการเปรียบเทียบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเจริญพันธุ์ที่แท้จริง และภาวะเจริญพันธุ์ที่ต้องการของสตรีที่สมรสแล้วในเขตชนบทประเทศไทย โดยได้ผลสรุปว่า สตรีที่สามีมีรายได้สูง (2,000 บาทขึ้นไป) มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยค่าที่สูงสุดคือ 5.3 คน แต่สตรีที่สามีมีรายได้ปานกลางแทนที่จะเป็นสตรีที่มีรายได้น้อยที่สุดมีจำนวนบุตรเกิดรอดมากที่สุดคือ 5.8 คน ส่วนสตรีที่สามีมีรายได้ต่ำที่สุดมีจำนวนบุตรเกิดรอด โดยเฉลี่ย 5.5 คน (ปราโมทย์ กังสคาร 2526 : 72-73)

4. ปัจจัยด้านอื่น ๆ

ในการศึกษาเกี่ยวกับระดับภาวะเจริญพันธุ์ นอกจากจะพิจารณาถึงลักษณะทางประชากร สังคม และเศรษฐกิจของผู้ที่ตกเป็นตัวอย่างในการศึกษาแล้ว ยังมีลักษณะอื่น ๆ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับระดับการเจริญพันธุ์ด้วย ดังผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ดังนี้

4.1 การปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการปฏิสนธิ

เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าการป้องกันการปฏิสนธิจะมีผลกระทบต่อระดับภาวะเจริญพันธุ์ กล่าวคือ ผู้ที่กำส้งใช้การป้องกันการปฏิสนธิจะมีจำนวนบุตรเกิดรอน้อยกว่าผู้มีได้ใช้

จากการศึกษาผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการปฏิสนธิ โครงการสำรวจภาวะเจริญพันธุ์ของโลก ในประเทศศรีลังกาเมื่อปี ค.ศ. 1975 พบว่า สตรีที่ใช้วิธีป้องกันการปฏิสนธิ มีจำนวนบุตรเกิดรอน้อยกว่าสตรีที่มีได้ใช้การป้องกันการปฏิสนธิ (Department of Census and Statistic Ministry of Plan Implementation 1975 : 140) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไนจีเรีย เมื่อปี พ.ศ. 2524-2525 พบว่า สตรีที่กำส้งใช้การป้องกันการปฏิสนธิไม่ต้องการบุตรเพิ่มมีจำนวนมากกว่าสตรีที่ต้องการบุตรเพิ่ม (National Population Bureau 1984 : 116)

สำหรับในประเทศไทยข้อมูลจากการสัมมนาทางวิชาการ ครั้งที่ 2 โดย มณีศรี อุณหันธ์ (2509 : 133) ศึกษาสตรีที่มารับบริการการทำหมันพบว่า สตรีที่มารับบริการผ่าตัดทำหมันส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีบุตรแล้ว 4-6 คนขึ้นไป และอัตราการไปรับบริการจะลดจำนวนลงตามจำนวนบุตรที่เพิ่มขึ้น

จากการศึกษาถึงอัตราการใช้เอวีการป้องกันการปฏิสนธิมาปฏิบัติกันพบว่า จะต่ำในกลุ่มที่มีระยะเวลาสมรสไม่นานคือ 0-4 ปี และอัตราจะเพิ่มขึ้น เมื่อระยะเวลาสมรสนานขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีระยะเวลาสมรส 10-14 ปี และจะลดลงเมื่อระยะเวลาสมรส 15 ปีขึ้นไป นอกจากนี้ยังพบเพิ่มเติมอีกว่า อัตราการใช้บริการจะเพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้มีบุตรเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีที่มีบุตร 5-6 คน และจะลดลงในกลุ่มสตรีที่มีบุตร 7 คนขึ้นไป (วารสารฯ พุ่มจำปา 2512 : 13-23) นอกจากนี้ นภาพร บุรพาธนะ (2514 : 109) ยังศึกษาพบว่า สตรีที่มีบุตรมีชีวิต 1-2 คน มีประมาณร้อยละ 55 ที่ใช้ยาเม็ดรับประทาน และสตรีที่เมื่อมีบุตรมีชีวิตจำนวน 3.4 คนแล้ว มักใช้วิธีการป้องกันการปฏิสนธิแบบถาวร

ส่วนการศึกษาของ Knodel and Visid (1973 : 38) พบว่า สตรีในชนบทที่ใช้วิธีการป้องกันการปฏิสนธิ มีจำนวนบุตรเกิดรอดสูงกว่าผู้ที่มีได้ใช้ในทุกกลุ่มอายุ ทั้งนี้ เพราะคู่สมรสใช้วิธีการป้องกันการปฏิสนธิหลังจากมีบุตรมากแล้ว

การศึกษาของ อรพินท์ มุนนาค และระพีพรธม พุ่มพานิช (2524 : 30-31) พบรูปแบบที่เห็นได้ชัดว่าอัตราส่วนของสตรีในชนบทที่กำลังใช้วิธีการวางแผนครอบครัว เพิ่มขึ้นตามจำนวนบุตรที่ยังมีชีวิตอยู่และสูงสุดในกลุ่มสตรีที่มีบุตรเกิดรอดคนที่ 4 หลังจากนั้นสัดส่วนก็จะเริ่มลดลง ส่วนในกลุ่มของสตรีที่ปัจจุบันไม่ได้ใช้นั้นจะมีจำนวนสูงสุดในกลุ่มสตรีที่ยังไม่มีบุตรเกิดรอดเลย คือมีอยู่ถึงร้อยละ 93.9 เป็นต้น และจะมีจำนวนต่ำสุดในกลุ่มสตรีที่มีบุตรเกิดรอดคนที่ 4 ซึ่งแนวโน้มที่เป็นลักษณะ เช่นว่านี้เป็นแบบแผนเดิมที่เคยพบในโครงการวิจัยต่อเนื่องระยะยาว ซึ่งทำการสำรวจเมื่อสิบกว่าปีที่ผ่านมา

จอห์น โนเทล และคณะ (2530 : 86-90) ได้ศึกษาการปฏิวัติขนาดครอบครัวในประเทศไทย : การลดลงอย่างรวดเร็วของภาวะเจริญพันธุ์ในประเทศโลกที่สามโดยนำข้อมูลจากการสำรวจสภาวะการคุมกำเนิดรอบที่ 2 และ 3 ในเรื่องการใช้วิธีการคุมกำเนิดเปรียบเทียบกันพบว่า อัตราการใช้การคุมกำเนิดของสตรีสมรสแล้วอายุ 15-44 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 59.0 จากการสำรวจรอบที่ 2 เป็นร้อยละ 64.6 ในการสำรวจรอบที่ 3 สำหรับวิธีการใช้นั้นปรากฏว่าการใช้ยาเม็ดเป็นวิธีการที่นิยมใช้มากที่สุดในการสำรวจรอบที่ 2 รองลงมาคือการทำหมันหญิง ส่วนการสำรวจรอบที่ 3 นั้นได้ผลกลับกัน กล่าวคือ การทำหมันหญิงกลับเป็นวิธีที่นิยมใช้มากที่สุดคือร้อยละ 23.5 ส่วนการใช้ยาเม็ดนั้นลดลงเหลือร้อยละ 19.8 เท่านั้น และเมื่อพิจารณาจากระดับการศึกษาพบว่า สตรีในเขตเมืองที่มีระดับการศึกษา 0-3 ปี มีอัตราการใช้คุมกำเนิดร้อยละ 50 ในขณะที่สตรีที่มีการศึกษา 4 ปี และ 5 ปีขึ้นไป มีอัตราการใช้เพิ่มขึ้นคือร้อยละ 68 และ 67 ตามล

ที่มีการศึกษา 4 ปี และ 5 ปีขึ้นไป มีอัตราการใช้เพิ่มขึ้นคือร้อยละ 68 และ 67 ตามลำดับ

สำหรับการสำรวจประชากรและการอนามัยในประเทศไทย (Thai Demographic and Health Survey, TDHS) (สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2531 : 8-12) พบว่าอัตราการกำลงใช้การคุมกำเนิดของสตรีที่กำลงสมรสอายุ 15-44 ปี เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 67.5 ในปี พ.ศ. 2530 และร้อยละ 22 ของสตรีที่กำลงสมรสอายุ 15-44 ปี ใช้วิธีการทำหมันหญิงหรือคิดเป็น 1 ใน 3 ของสตรีกำลงใช้ทั้งหมด ซึ่งเป็นวิธีที่กำลงใช้กันแพร่หลายที่สุด สำหรับการใชยาเม็ดนั้นพบว่า มีอัตราการใช้ร้อยละ 20 เป็นวิธีที่นิยมใช้แพร่หลายเป็นอันดับสอง ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจฯ รอบที่ 3 เมื่อปี พ.ศ. 2527

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่กับการใช้การคุมกำเนิดนั้นพบว่า มีลักษณะเป็นเส้นโค้ง คืออัตราการกำลงใช้จะสูงสุดในคู่สมรสที่มีบุตรมีชีวิตอยู่ 3-4 คน คือร้อยละ 80.7 รองลงมาคือคู่สมรสที่มีบุตรมีชีวิตอยู่ 5 คนขึ้นไป และคู่สมรสที่มีบุตรมีชีวิตอยู่ 0-2 คน มีอัตราการกำลงใช้ต่ำสุด คือ ร้อยละ 71.4 และ 61.2 ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างภาค ปรากฏว่าภาคใต้มีอัตราการกำลงใช้ต่ำที่สุด ภาคเหนือมีอัตราการกำลงใช้สูงที่สุดคือร้อยละ 66.5 และ 74.7 ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจฯ ของรอบที่ 3 ในปี พ.ศ. 2527 พบว่า ทุกภาคมีการเพิ่มของอัตราการกำลงใช้ ยกเว้นกรุงเทพมหานครซึ่งอัตราการกำลงใช้กลับลดลงจากร้อยละ 72 เหลือร้อยละ 67 จึงเป็นสิ่งที่น่าสนใจและศึกษาต่อไป

4.2 ความทันสมัยของสตรี

ความทันสมัยของสตรีเป็นผลมาจากขบวนการสร้างความทันสมัยซึ่งมี 5 ลักษณะด้วยกันคือ (Easterin 1978, 1983 อ้างถึงใน เกื้อ วงศ์บุญสิน 2528 : 28-31)

1. นวัตกรรม (Innovation) ทางด้านการสาธารณสุขและการอนามัย
2. นวัตกรรม ทางด้านการศึกษาและการประชาสัมพันธ์
3. ความเป็นเมือง
4. การนำเสนอสินค้าใหม่ ๆ ในรูปสินค้าบริโภคและวิธีการวางแผน

ครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ

5. การเพิ่มรายได้ต่อหัวของประชากร

ซึ่งขบวนการสร้างความทันสมัยทั้ง 5 แนวทางนี้จะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สภาวะเงื่อนไขที่ทันสมัยในเรื่องการมีบุตร หรือกล่าวโดยสรุปก็คือ ขบวนการสร้างความทันสมัยทั้ง 5 แนวทางนี้จะส่งผลกระทบต่อระดับภาวะเจริญพันธุ์โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการมีบุตร ตัวอย่างเช่น นวัตกรรมทางด้านการสาธารณสุขและการอนามัยหรือการศึกษาและการประชาสัมพันธ์จะทำให้ประชาชนมีการกินอยู่และสุขภาพที่ดีขึ้น มีการศึกษาสูงขึ้น และการมีสุขภาพดี มีการศึกษาสูงขึ้นนี้จะทำให้จำนวนบุตรของคู่สมรสที่จะมีได้เพิ่มขึ้น แต่ขนาดของบุตรที่คู่สมรสต้องการนั้นอาจลดลง เป็นต้น

ฉะนั้นการศึกษาคั้งนี้จึงใช้ขบวนการสร้างความทันสมัยในด้านของนวัตกรรมทางด้านการสาธารณสุขและการอนามัย และทางด้านการศึกษา ซึ่งได้แก่การไปฝากครรภ์ บุคคลที่ทำการคลอดและสถานที่ที่ทำการคลอด เป็นปัจจัยชีวิต (การไปฝากครรภ์, การให้แพทย์ พยาบาล ผดุงครรภ์ ทำคลอดให้ และการไปคลอดตามสถานพยาบาลต่าง ๆ ทั้งของรัฐและเอกชน เป็นผลจากการที่สตรีได้รับการศึกษาหรือมีการเรียนรู้เพิ่มขึ้น และนำไปปรับใช้เพื่อทำให้พฤติกรรมทางด้านสาธารณสุขและการมีสุขอนามัยที่ดีขึ้น อันเป็นขบวนการหนึ่งของการสร้างความทันสมัยใน 5 ขบวนการที่กล่าวข้างต้น)

จากการศึกษาของปราโมทย์ กังสคาร (2525 : 79) ในเรื่องการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะเจริญพันธุ์ที่แท้จริงและภาวะเจริญพันธุ์ที่ต้องการของสตรีที่สมรสแล้วในเขตชนบทของประเทศไทย พบว่าความทันสมัยของสตรีมีความสัมพันธ์กับระดับภาวะเจริญพันธุ์ กล่าวคือ ถ้าสตรีมีความทันสมัยมาก ระดับภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีนั้นจะต่ำกว่าสตรีที่มีความทันสมัยน้อยกว่า โดยที่เขาใช้บุคคลที่ทำการคลอดให้สตรี และสถานที่ที่สตรีไปทำการคลอด เป็นดัชนีชี้วัดความทันสมัย

4.2.1 การฝากครรภ์

การฝากครรภ์ เป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งเป็นผลจากการปรับปรุงด้านสาธารณสุขและสุขอนามัยให้ดีขึ้นของสตรี จึงเป็นปัจจัยตัวหนึ่งที่ใช้วัดความทันสมัยในเรื่องการปฏิบัติคนในระหว่างการตั้งครรภ์ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อระดับภาวะเจริญพันธุ์ด้วย กล่าวคือ สตรีที่มีความทันสมัยมากกว่าจะมีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำกว่าสตรีที่มีความทันสมัยน้อยกว่า จากการศึกษานี้ของประเจตน์ เกษน้อย (2530 : 38) ในเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติทางด้านอนามัยของประชากรในเขตชุมชนแออัดที่ปรับปรุงแล้ว พบว่า สตรีในชุมชนแออัดทุกกลุ่มอาชีพนิยมที่จะไปฝากครรภ์เป็นส่วนใหญ่ ทั้งนี้โดยที่กลุ่มใช้วิชาชีพไปฝากครรภ์สูงถึงร้อยละ 97.4 รองลงมาได้แก่กลุ่มอาชีพบริการ

ร้อยละ 90.2 กลุ่มที่ใช้แรงงานร้อยละ 89.6 กลุ่มแม่บ้านร้อยละ 89.2 และค่าสุดในกลุ่มค้าขาย ร้อยละ 83.2 และปรากฏว่าในกลุ่มใช้วิชาชีพ เป็นกลุ่มที่มีจำนวนบุตร เกิดรอดโดย เฉลี่ยค่าที่สุด และในกลุ่มที่มีอาชีพค้าขาย เป็นกลุ่มที่มีจำนวนบุตร เกิดรอดโดย เฉลี่ยสูงสุด

4.2.2 สถานที่ที่ทำการคลอดและบุคคลผู้ทำการคลอด

สถานที่ที่ทำการคลอดและบุคคลผู้ทำการคลอด เป็นผลจากขบวนการสร้างความทันสมัยทางด้านนวัตกรรมด้านสาธารณสุข สุขอนามัย และการศึกษา อันเป็นดัชนีอื่นหนึ่งที่ใช้วัดถึงความทันสมัยของสตรี ซึ่งจะมีผลต่อความรู้ หักศนคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว และจะส่งผลต่อระดับภาวะเจริญพันธุ์อีกทอดหนึ่ง จากการศึกษาของวราภรณ์ พุ่มจำปา (2513: 33) พบว่าอัตราการรับเอาวิธีการวางแผนครอบครัวมาปฏิบัติของบุคคลที่ต้องการคลอดบุตรที่โรงพยาบาลและสถานอนามัยจะสูงกว่าบุคคลที่ต้องการคลอดที่บ้าน และบุคคลที่ต้องการให้แพทย์และพยาบาล เป็นผู้ทำการคลอดจะมีอัตราการรับเอาวิธีการวางแผนครอบครัวมาปฏิบัติในอัตราที่สูงที่สุด รองลงมาได้แก่บุคคลที่ต้องการให้นางผดุงครรภ์และหมอดำแย เป็นผู้ทำการคลอด

ผลการศึกษาของปราโมทย์ กังสดาร (2525 : 79-80) พบว่าบุคคลที่เคยให้หมอดำแยทำการคลอดให้มีจำนวนบุตร เกิดรอดโดย เฉลี่ย 5.7 คน ในขณะที่ผู้ซึ่งเคยให้แพทย์ทำการคลอดมีจำนวนบุตร เกิดรอดโดย เฉลี่ย เพียง 3.3 คน เท่านั้น นอกจากนี้เขายังศึกษาพบอีกว่าสตรีที่มีความทันสมัยมากกว่าโดย เคยคลอดบุตรโดยให้แพทย์หรือพยาบาลผดุงครรภ์ทำการคลอด หรือต้องการให้แพทย์และพยาบาลผดุงครรภ์ทำการคลอดให้มีจำนวนบุตร เกิดรอดน้อยกว่าผู้ที่เคยหรือต้องการให้ตัวเอง สามี ญาติ และหมอดำแยทำการคลอดให้ซึ่งเป็นวิธีการทันสมัยน้อยกว่า กล่าวคือ บุคคลผู้ซึ่งเคยให้แพทย์ทำการคลอดมีจำนวนบุตร เกิดรอดโดย เฉลี่ย 3.3 คน ในขณะที่บุคคลที่เคยให้หมอดำแยทำการคลอดให้มีจำนวนบุตร เกิดรอดโดย เฉลี่ย 5.7 คน ในทำนองเดียวกัน เขายังพบอีกว่า สตรีที่มีความทันสมัยมากกว่าโดย เคยทำการคลอดหรือต้องการคลอดที่โรงพยาบาล คลินิก สถานอนามัยผดุงครรภ์ มีจำนวนบุตร เกิดรอดน้อยกว่าผู้ที่เคยหรือต้องการทำการคลอดที่บ้านของตนเองและบ้านอื่น ๆ ซึ่งเป็นวิธีการทันสมัยน้อยกว่า โดยจะพิจารณาได้จากบุคคลที่เคยทำการคลอดที่โรงพยาบาล คลินิก สถานอนามัยผดุงครรภ์ มีจำนวนบุตร เกิดรอดโดย เฉลี่ย 2.9 คน ในขณะที่บุคคลที่เคยทำการคลอดที่บ้านของตนเองหรือบ้านอื่น ๆ มีจำนวนบุตร เกิดรอดโดย เฉลี่ย 5.7 คน

แนวความคิดสำคัญในการวิจัย

กรุงเทพมหานครมีหน้าที่ในการบำบัดทุกข์บำรุงสุขให้กับประชาชนที่อาศัยอยู่ใน เขตท้องที่ แต่จากสภาพปัจจุบันจะ เห็นได้ว่าการกระจายตัวและความเป็นอยู่ของประชาชนในกรุงเทพมหานคร แตกต่างกันในหลายระดับ ประชาชนผู้มีรายได้อาจสูงหรือปานกลางสามารถ เลี้ยงดูตัวเองและครอบครัว ตลอดจนสามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นให้ลุล่วงไปได้ แต่ประชาชนผู้มีรายได้น้อยยังไม่สามารถ จะเลี้ยงดูตัวเองและครอบครัวให้อยู่ดีกินดีหรือ เพียงแค่พออยู่พอกินได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชน ผู้อาศัยอยู่ใน เขตรอบนอกและชุมชนแออัดของกรุงเทพมหานคร ซึ่งกรุงเทพมหานครตระหนักถึง ปัญหาและเล็ง เห็นความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาคุณภาพประชากรของบุคคลกลุ่มนี้ โดยขั้นแรก มีความจำเป็นต้องลดอัตราเพิ่มประชากรซึ่งเกิดจากการย้ายถิ่น เข้าและอัตราการ เกิด เสียก่อน เพื่อให้รัฐได้ให้บริการขั้นพื้นฐานแก่ประชาชนได้เพียงพอและทั่วถึง สำหรับด้านการลดอัตรา เกิดนั้นได้มี การกำหนดกิจกรรมด้านการวางแผนครอบครัวขึ้นโดยจัด เป็นกิจกรรมหนึ่งในสภากิจกรมที่ เน้นใน โครงการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่ง เริ่มมีการปฏิบัติงานตามโครงการ เมื่อปี พ.ศ. 2525 จนถึงปัจจุบัน ประกอบกับคณะผู้บริหารของกรุงเทพมหานครชุดปัจจุบันมีนโยบายในด้านการนำความรู้และวิธีปฏิบัติ เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวไปสอดแทรกในการพัฒนาชุมชนของกรุงเทพมหานครด้วย

ฉะนั้นเพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานในหน่วยงานของกรุงเทพมหานคร และสามารถเปรียบเทียบถึงระดับภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีทั้งในชุมชนแออัดและชุมชนชาน เมืองของ กรุงเทพมหานครว่าแตกต่างกันหรือไม่ โดยเฉพาะชุมชนที่ได้มีการนำโครงการสาธารณสุขมูลฐาน ลงไปแล้ว และถ้า ระดับภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีในสองชุมชนนี้มีความแตกต่างกัน มีปัจจัยใดบ้างที่มีผลกระทบต่อระดับภาวะเจริญพันธุ์ เพื่อนำผลที่ได้ไปปรับใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อกรุงเทพมหานครและ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา ๆ มาทั้งในประเทศและต่างประเทศดังตัวอย่างที่กล่าวมาแล้ว ข้างต้นจะเห็นได้ว่า ปัจจัยทางด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจ และอื่น ๆ มีผลต่อระดับภาวะเจริญพันธุ์ ประกอบกับการศึกษาในเรื่องผลกระทบของโครงการสาธารณสุขมูลฐานคือชุมชนใน เขตกรุงเทพมหานคร (อรพินท์ บุนนาค และคณะ 2530 : 30-59) ซึ่งพบความแตกต่างในเรื่องจำนวนบุตรที่มีชีวิตในปัจจุบัน ศาสนา อาชีพ ระดับรายได้ของคู่สมรส ตลอดจนการปฏิบัติตน เกี่ยวกับการป้องกันการปฏิสนธิ จึงทำให้ผู้วิจัยมีแนวความคิดในการตั้งสมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้ ดังนี้

สมมติฐานหลัก

ภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีในเขตชุมชนชานเมืองน่าจะสูงกว่าภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีในชุมชนแออัด

สมมติฐานย่อย

จากการศึกษาผลงานวิจัยที่ผ่านมาและพิจารณาถึงปัจจัยที่น่าจะมีผลทำให้ระดับภาวะเจริญพันธุ์แตกต่างกัน จึงตั้งสมมติฐานย่อย ดังนี้

1. สตรีในชุมชนชานเมืองที่มีอายุแรกสมรสเท่า ๆ กับสตรีในชุมชนแออัด สตรีในชุมชนชานเมืองน่าจะมีความเจริญพันธุ์สูงกว่าสตรีในชุมชนแออัด
2. สตรีในชุมชนชานเมืองที่มีระดับการศึกษาเท่า ๆ กับสตรีในชุมชนแออัด สตรีในชุมชนชานเมืองน่าจะมีระดับภาวะเจริญพันธุ์สูงกว่าสตรีในชุมชนแออัด
3. สตรีในชุมชนชานเมืองที่สามมีการศึกษาเท่า ๆ กับสามสตรีในชุมชนแออัด สตรีในชุมชนชานเมืองน่าจะมีความเจริญพันธุ์สูงกว่าสตรีในชุมชนแออัด
4. สตรีในชุมชนชานเมืองที่มีรายได้เท่า ๆ กับสตรีในชุมชนแออัด สตรีในชุมชนชานเมืองน่าจะมีความเจริญพันธุ์สูงกว่าสตรีในชุมชนแออัด
5. สตรีในชุมชนชานเมืองที่สามมีรายได้เท่า ๆ กับสามสตรีในชุมชนแออัด สตรีในชุมชนชานเมืองน่าจะมีความเจริญพันธุ์สูงกว่าสตรีในชุมชนแออัด
6. สตรีในชุมชนชานเมืองที่มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันการปฏิสนธิน่าจะมีความเจริญพันธุ์สูงกว่าสตรีในชุมชนแออัดที่มีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันการปฏิสนธิ

ขอบเขตการศึกษาและปัจจัยสำคัญที่จะพิจารณาประกอบ

การศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาถึงสภาพภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีในชุมชนแออัดและเขตชุมชนชานเมืองของกรุงเทพมหานครซึ่งได้ดำเนินการสำรวจมูลฐานแล้ว (สตรีที่ศึกษาเป็นสตรีที่สมรสแล้วอายุระหว่าง 15-49 ปี) สำหรับชุมชนแออัดที่ได้ลงสำรวจมูลฐานแล้วศึกษาเฉพาะชุมชนวัดไผ่เงิน จำนวน 91 ครัวเรือน ชุมชนชอยร่วมรักษา จำนวน 68 ครัวเรือน ชุมชนวัดสร้อยทอง จำนวน 41 ครัวเรือน และชุมชนสงวนทรัพย์ จำนวน 121 ครัวเรือน ส่วนชุมชนชานเมืองศึกษาเฉพาะชุมชนที่อยู่ในเขตหนองจอก อันได้แก่ แขวงหนองจอกหมู่ที่ 1 และหมู่ที่ 2 จำนวน 124 ครัวเรือน แขวงโคกแฝดหมู่ที่ 2 จำนวน 65 ครัวเรือน แขวงลำผักชีหมู่ที่ 8 จำนวน 58 ครัวเรือน และแขวงคูฝิ่งเหนือหมู่ที่ 2 และหมู่ที่ 3 รวมจำนวน 77 ครัวเรือน

สำหรับปัจจัยที่จะนำมาพิจารณาประกอบ ประกอบด้วยปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

1. ปัจจัยทางด้านประชากร ได้แก่ อายุของสตรี อายุแรกสมรส จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ และการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา
2. ปัจจัยทางด้านสังคม ได้แก่ ระดับการศึกษาและศาสนาของคู่สมรส
3. ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ลักษณะอาชีพของคู่สมรส ตลอดจนรายได้ของคู่สมรส
4. ปัจจัยด้านอื่น ๆ ได้แก่ การปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการปฏิสนธิและความทันสมัยของสตรีซึ่งในที่นี้จะใช้การฝากครรภ์ สถานที่ที่ท่าคลอด และบุคคลผู้ท่าคลอด เป็นต้น

นิยามของคำต่าง ๆ ในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้จะแยกการนิยามศัพท์ออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

- ก. นิยามศัพท์โดยทั่วไป หมายถึง คำจำกัดความซึ่งใช้กันโดยทั่วไป หรือความหมายของศัพท์นั้นโดยทั่ว ๆ ไป
- ข. นิยามศัพท์เฉพาะ หมายถึง คำจำกัดความซึ่งใช้เฉพาะในการศึกษาครั้งนี้ หรือความหมายที่กำหนดใช้เฉพาะการศึกษาครั้งนี้
- ก. นิยามศัพท์โดยทั่วไป

1. ภาวะเจริญพันธุ์ (Fertility) หมายถึงจำนวนบุตรเกิดรอดที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง จากบุคคล ๆ หนึ่ง หรือคนในกลุ่มหนึ่งก็ได้ เช่น สตรีคนหนึ่งเมื่ออายุ 50 ปี ไม่สามารถมีบุตรได้อีกแล้ว พบว่ามีบุตรทั้งหมด 6 คน จำนวน 6 คนนั้นคือระดับภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีนั้น

2. ชุมชนชนเมือง หมายถึง ชุมชนที่มีอาณาเขตบริเวณระหว่างในเมืองและชนบท ประชากรที่อาศัยอยู่มีสภาพลักษณะเป็นกึ่งเมืองและกึ่งชนบท สำหรับกรุงเทพมหานครกำหนดไว้ทั้งหมด 11 เขต คือ

- เขตหนองแขม
- เขตราชบุรีบูรณะ
- เขตพระโขนง
- เขตภาษีเจริญ
- เขตคลองสาน

- เขตลาดกระบัง
- เขตมีนบุรี
- เขตหนองจอก
- เขตบางกะปิ
- เขตบางเขน
- เขตบางขุนเทียน

3. ชุมชนแออัด หมายถึง ที่อยู่อาศัยอื่นไม่มีที่ว่าง ชำรุดทรุดโทรม ขาดบริการที่ถูกต้องตามหลักอนามัย หรืออาศัยอยู่กันอย่างแออัด ทำให้ไม่อาจใช้เป็นที่อยู่อาศัย เพื่อดำเนินชีวิตในครอบครัวให้มีความสุขกายสบายใจได้ ซึ่งแยกได้เป็น 2 ลักษณะคือ

3.1 Bighted Area คือบริเวณที่อยู่อาศัยที่กำลังเสื่อมโทรม ถ้าไม่มีการปรับปรุงจะเสื่อมโทรมอย่างรวดเร็ว

3.2 Slum Ares คือบริเวณที่ใช้เป็นที่อยู่อาศัย ส่วนใหญ่มีสภาพชำรุดทรุดโทรมมาก ยากที่จะปรับปรุงให้ดีขึ้นตามหลักสุขาภิบาล เว้นแต่จะทำการรื้อถอนหรือโยกย้ายอาคารและปลูกสร้างใหม่แทน

4. สถานภาพสมรส หมายถึงสถานภาพของสตรีซึ่งแสดงให้เห็นว่าสตรีนั้น ๆ มีสถานภาพสมรสเป็นแบบใด เช่น โสด สมรส แยกกัน หม้าย หย่าร้าง โดยปกติถือตามนิติบัญญัติเป็นหลัก

5. สาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) เป็นกลวิธีการสาธารณสุขที่พัฒนาขึ้นเพื่อส่งเสริมสนับสนุนบริการของรัฐที่มีอยู่เดิม โดยให้ความสำคัญระดับชุมชน หมู่บ้าน ด้วยการผสมผสานการให้บริการทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสถานที่ดำเนินการโดยประชาชนเอง ซึ่งประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการดำเนินงานและประเมินผล โดยได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐบาลในด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร การให้การศึกษาศึกษา ฝึกอบรมและระบบส่งต่อผู้ป่วย โดยอาศัยทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นหลัก และอาศัยการพัฒนาสาธารณสุขผสมผสานไปกับการพัฒนาด้านการศึกษา การเกษตรและสหกรณ์ การพัฒนาชุมชน เพื่อให้ประชาชนสามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเองและพึ่งตนเองได้

ข. นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ภาวะเจริญพันธุ์ หมายถึง จำนวนบุตรทั้งหมดที่ขณะ เกิดยังมีชีวิตอยู่ของสตรีที่ทำการสมรสแล้วไม่ว่าจะสมรสกี่ครั้งก็ตาม อายุระหว่าง 15-49 ปี และในวันที่ไปสำรวจจะมีชีวิตอยู่หรือไม่ก็ได้ ซึ่งไม่รวมทารกที่แท้งก่อนคลอด หรือคลอดตามกำหนด เวลา แต่ทารกไม่มีชีวิตขณะคลอด

2. ชุมชนชนานเมือง หมายถึง ชุมชนซึ่งถูกเลือก เป็นตัวอย่างจาก เขตชั้นนอกในจำนวน 11 เขต ด้วยกระบวนการทางสถิติ ซึ่งได้แก่ชุมชนในเขตหนองจอก ซึ่งประกอบด้วยแขวงหนองจอก หมู่ที่ 1 และ 2 แขวงโคกแฝด หมู่ที่ 2 แขวงลำผักชี หมู่ที่ 8 แขวงคูฝั่งเหนือ หมู่ที่ 2 และ หมู่ที่ 3

3. ชุมชนแออัด หมายถึง ชุมชนส่วนใหญ่มีอาคารหนาแน่นไร้ระเบียบ และชำรุดทรุดโทรม ประชาชนอยู่กันอย่างแออัด มีสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสมอันอาจจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัย และความปลอดภัยของผู้อาศัย และเป็นชุมชนที่มีปัญหาทั้งในด้าน เศรษฐกิจและสังคม ใน การศึกษาครั้งนี้จะหมายเฉพาะเพียงชุมชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง อันได้แก่ ชุมชนวัดไผ่เงิน ชุมชนชอยร่วมรักษา ชุมชนวัดสร้อยทอง ชุมชนสงวนทรัพย์

4. สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพของสตรีซึ่งจะแสดงให้เห็นว่าสตรีที่อยู่ใน ข่ายของการศึกษานี้มีสถานภาพสมรสเป็นแบบใด เช่น โสด สมรส แยกกันอยู่ หย่า หรือหย่าร้าง โดยยึดถือตามพฤตินัยเป็นหลัก

5. ชุมชนที่ลงสาธารณชนมูลฐาน หมายถึง ชุมชนที่สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร กิจกรรมต่าง ๆ อาทิเช่น การส่งเสริมโภชนาการ การศึกษา การให้การรักษาพยาบาลโรค ที่พบบ่อยในท้องถิ่น การจัดยาที่จำเป็นสำหรับหมู่บ้าน การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหา น้ำสะอาด การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การควบคุมโรคติดต่อในท้องที่ การ สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ทัศนสุขภาพ และสุขภาพจิตตลอดจนการป้องกันและบำบัดยาเสพติด ลง ไปให้บริการกับประชาชนในชุมชนนั้น ๆ (รายละเอียดในภาคผนวก)

6. สตรี หมายถึง สตรีอายุ 15-49 ปี ที่สมรสแล้ว

7. อายุแรกสมรส หมายถึงอายุของสตรีที่สมรสครั้งแรก

8. จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ หมายถึง จำนวนบุตรที่กำลังมีชีวิตอยู่ในปัจจุบันทั้งหมดที่เกิดจากสตรีที่ถูกสัมภาษณ์แต่เพียงผู้เดียว ไม่รวมบุตรติดของสามี

9. จำนวนบุตรเกิดรอด หมายถึง จำนวนบุตรที่ขณะเกิดยังมีชีวิตอยู่ แต่ในวันสำรวจจะมีชีวิตอยู่หรือไม่ก็ได้ ไม่รวมทารกที่แท้งก่อนคลอดหรือคลอดตามกำหนด เวลาแต่ทารกตายเสียตั้งแต่อยู่ในครรภ์ ในการวิจัยครั้งนี้จำนวนบุตรเกิดรอดจึงคำนวณได้จากคำถามข้อ 6.3 รวมกับ 6.4 นั่นคือ จำนวนบุตรที่มีชีวิตในปัจจุบันรวมกับจำนวนบุตรที่เสียชีวิตทั้งหมด

10. การป้องกันการปฏิสนธิ หมายถึง การใช้การป้องกันการปฏิสนธิของคู่สมรสไม่ว่าวิธีใดก็ตาม เพื่อป้องกันมิให้มีบุตร

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การศึกษาในครั้งนี้จะทำให้ทราบถึงระดับภาวะเจริญพันธุ์และความแตกต่างของระดับภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีในชุมชนแออัดและชุมชนชานเมืองของกรุงเทพมหานครที่ได้ดำเนินการด้านสาธารณสุขมูลฐานแล้ว ตลอดจนได้ทราบถึงปัจจัยที่เป็นเหตุของความแตกต่างด้านภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีเหล่านั้น นอกจากนี้ยังได้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อภาวะเจริญพันธุ์ รวมทั้งได้ทราบแนวโน้มของการเพิ่มจำนวนประชากรในชุมชนแออัดและชานเมืองอีกด้วย และสิ่งสำคัญยิ่งคือทำให้ได้ทราบว่า การนำสาธารณสุขมูลฐานลงในชุมชนจะมีผลกระทบต่อระดับภาวะเจริญพันธุ์มากน้อยเพียงไร ซึ่งการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับ เป็นข้อมูลในการพิจารณาถึงโครงการต่าง ๆ โดยเฉพาะโครงการด้านการวางแผนครอบครัว เพื่อการพัฒนาชุมชนของกรุงเทพมหานครและเป็นข้อมูลสำหรับ เพื่อนำไปใช้วางโครงการลดอัตราการเพิ่มของประชากรได้อย่างจริงจังในกลุ่มเป้าหมายของแผนพัฒนา ฉบับที่ 6 และยังมีประโยชน์ต่อการศึกษาเปรียบเทียบในเรื่องนี้กับการวิจัยอื่น ๆ ต่อไป