



ความเป็นมาของปัญหา

ทฤษฎีทางประชากรศาสตร์ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับภาวะเจริญพันธุ์แสดงให้เห็นว่า ในจำนวนปัจจัยกำหนดโดยตรงหลายตัวต่อภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีที่สำคัญที่สุดคือ อายุแรกสมรส ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการมีเพศสัมพันธ์และโอกาสเสี่ยงที่สตรีจะตั้งครรภ์ ขณะเดียวกันการคุมกำเนิดจะเป็นปัจจัยที่กำหนดช่วงห่างหรือการยุติการมีบุตรของสตรี ดังนั้นปัจจัย 2 ประการนี้ จึงเป็นปัจจัยที่นับว่ามีความสำคัญในการกำหนดระดับภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีให้เกิดความแตกต่างกันได้ (Davis และ Blake, 1956; Matras, 1965; Freedman, 1975; Bongaarts, 1978, 1980)

ประเทศไทยได้ประกาศนโยบายด้านประชากรมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2513 โดยกำหนดให้โครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติเห็นหนักการใช้อุปกรณ์คุมกำเนิด เป็นกลวิธีหนึ่งที่จะช่วยลดอัตราเพิ่มของประชากรที่สูงในอดีต ให้ลดลงตามเป้าหมายตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2515-2519) จนถึงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) คือ ให้ลดลงประมาณร้อยละ 3 ในปี พ.ศ. 2519 จนเหลือร้อยละ 1.2 ต่อปี เมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2539 ซึ่งในปัจจุบันอัตราเพิ่มของประชากรไทยอยู่ในระดับประมาณร้อยละ 1.4 ต่อปี ในขณะที่ประเทศไทยมักจะถูกกล่าวถึงเสมอว่าเป็นประเทศที่ประสบผลสำเร็จในการลดระดับภาวะเจริญพันธุ์ได้อย่างรวดเร็ว ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้วในอดีต โดยเชื่อว่าการคุมกำเนิดเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ช่วยให้ประสบผลสำเร็จในระดับประเทศ (นาพร ชัยวรรณ, 2527: 10-11; จอห์น โนเดล และคณะ, 2530: 95) แต่อัตราการใช้การคุมกำเนิดเพื่อลดระดับการเจริญพันธุ์ของสตรีไทยในแต่ละภาคก็ยังมีความแตกต่างกันอยู่ค่อนข้างมาก เช่น ในภาคเหนือ อัตราการคุมกำเนิดสูงถึงร้อยละ 71.4 แต่ขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำกว่าคือ ร้อยละ 60.8 และร้อยละ 50.8 ตามลำดับ ซึ่งเป็นอัตราที่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ (ร้อยละ 64.6) (Kamnuansilpa และ Chamrathirong, 1985: 47:2)

ในขณะที่พบว่าภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยส่วนใหญ่ถูกกำหนดโดยการใช้อุปกรณ์คุมกำเนิด แล้วก็ยังพบว่าปัจจัยกำหนดใกล้ชีวิตอีกปัจจัยหนึ่งคือ อายุแรกสมรส และสัดส่วนของสตรีที่สมรส เป็นตัวกำหนดที่มีบทบาทพอสมควรที่ทำให้เกิดความแตกต่างของภาวะเจริญพันธุ์ มีหลักฐานทางสถิติให้เห็นว่า การสมรสของสตรีไทยแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงจากการสมรสอายุน้อยเป็นการสมรสด้วยอายุที่มากขึ้น แต่ก็เปลี่ยนแปลงไปไม่มาก ดังจะเห็นได้จากอายุแรกสมรสของสตรีไทยโดยเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นเพียงเล็กน้อย คือจาก 21.6 ปีเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 22.8 ปีในระหว่างปี พ.ศ.2503 ถึง พ.ศ.2523 สัดส่วนของประชากรสตรีที่สมรสเมื่ออายุ 15-19 ปีก็เปลี่ยนแปลงน้อย เห็นได้จากสัดส่วนการเป็นโสดของสตรีไทย ในปี พ.ศ.2490 คือ 0.806 เพิ่มขึ้นเป็น 0.833 ในปี พ.ศ.2523 (Limanonda, 1987: 4) อย่างไรก็ตาม พบว่า อายุแรกสมรสของสตรีที่อยู่ในเขตชนบทและเขตเมืองกับสตรีที่อาศัยอยู่ในภูมิภาคต่างๆ ของประเทศ ยังมีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก กล่าวคือ สตรีที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองมีอายุแรกสมรสโดยเฉลี่ย 25.5 ปี และ 22 ปี สำหรับสตรีในเขตชนบท ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภูมิภาคที่มีจำนวนประชากรมากเกือบ 1 ใน 3 ของประเทศไทย มีสตรีที่มีอายุแรกสมรสโดยเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ 21.7 ปี ในปี พ.ศ.2523 (Knodel et al., 1984: 50; Limanonda 1987: 5) นอกจากนี้ในสังคมไทยคนส่วนใหญ่ มีค่านิยมให้ความสำคัญต่อการสมรสสูงกว่าการอยู่เป็นโสด โดยพบว่ากว่าร้อยละ 95 ของชายและหญิงจะผ่านการสมรสมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง เมื่ออายุถึง 50 ปี (กัสสร ลิมานนท์, 2525: 88; จอห์น โนเดล และคณะ, 2530: 75) ซึ่งในระยะยาวแล้วหากประเทศไทยต้องการที่จะลดอัตราเพิ่มของประชากรให้ต่ำลงถึงระดับทดแทนตามที่แผนประชากรได้กำหนดไว้เป็นระยะแล้ว อายุแรกสมรสน่าจะเป็นตัวแปรหนึ่งที่จะควรจะได้รับการศึกษาอย่างใกล้ชิดในฐานะที่เป็นตัวกำหนดโดยตรงของระดับการเจริญพันธุ์ไม่น้อยไปกว่าเรื่องการใช้อุปกรณ์คุมกำเนิดแต่เพียงอย่างเดียว ที่จะมีความสำคัญต่อการลดอัตราเพิ่มของประชากรในประเทศไทย

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่า ขณะที่สตรีไทยมีการใช้การคุมกำเนิดเพื่อควบคุมระดับการเจริญพันธุ์อย่างแพร่หลายแล้วก็ตาม (Kamnuansilpa และ Chamratrithirong, 1986: 41; จอห์น โนเดล และฉนาพร ชโยวรรณ, 2532: 82) สตรีที่มีอายุแรกสมรสที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มสตรีที่สมรสตั้งแต่อายุน้อย (17 ปี หรือต่ำกว่า) จะมีส่วนส่งผลกระทบต่อ

ทำให้เกิดความแตกต่างในระดับการเจริญพันธุ์ได้อย่างไร หรือว่าความแตกต่างของระดับการเจริญพันธุ์ของสตรีนั้นเป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใช้อุปกรณ์การคุมกำเนิดแต่เพียงอย่างเดียว การศึกษาวิเคราะห์ครั้งนี้มีจุดประสงค์เพื่อจะได้มีข้อมูลพื้นฐานสำหรับเป็นแนวทางในการพิจารณาที่จะช่วยในการดำเนินงานตามนโยบายและแผนประชากร เพื่อลดระดับภาวะเจริญพันธุ์ประสพผลสำเร็จในระดับที่ดีขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ที่ยังคงมีระดับภาวะเจริญพันธุ์สูงกว่าพื้นที่อื่นๆ อย่างต่อเนื่องว่าควรเร่งดำเนินการรณรงค์วางแผนครอบครัวให้มากยิ่งขึ้น หรือพยายามส่งเสริมให้สตรีสมรสเมื่ออายุสูงขึ้น หรือจะดำเนินการให้มีการปรับปรุงในทั้ง 2 เรื่องควบคู่กันไป ซึ่งจะช่วยลดอัตราเพิ่มของประชากรโดยรวมได้ในระดับหนึ่ง

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาผลกระทบของปัจจัยกำหนดโดยตรง 2 ประการคือ อายุแรกสมรส กับแบบแผนการคุมกำเนิด ที่มีผลต่อระดับภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยว่าปัจจัย 2 ประการนี้ ส่งผลให้เกิดความแตกต่าง ในระดับการเจริญพันธุ์ของสตรีไทยมากน้อยเพียงใด

เอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาค้นคว้าเอกสารที่เกี่ยวข้องในเรื่องภาวะเจริญพันธุ์ ผู้วิจัยพบว่าส่วนใหญ่มักจะศึกษาปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยทางชีวภาพ จิตวิทยา องค์ประกอบของประชากร ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดโดยตรง ทำให้เกิดความแตกต่างในระดับภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีในแต่ละสังคม อย่างไรก็ตาม ตัวกำหนดสำคัญ 2 ประการที่เชื่อว่าส่งผลกระทบต่อความแตกต่างของระดับภาวะเจริญพันธุ์ ได้แก่ อายุแรกสมรสและการคุมกำเนิด โดยเฉพาะในสังคมไทยยังมีอยู่ค่อนข้างน้อย ดังนั้นในการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงพยายามที่จะนำประเด็นที่สำคัญ และเกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มาสรุปเพื่อให้เห็นชัดเจนยิ่งขึ้น การนำเสนอจึงแยกออกเป็น 3 ส่วนคือ

1. สถานการณ์และแนวโน้มภาวะสมรสของสตรีไทย
2. นโยบายประชากรโดยเน้นการวางแผนครอบครัวในประเทศไทย
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเจริญพันธุ์

1. สถานการณ์และแนวโน้มภาวะสมรสของสตรีไทย

ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาข้อมูลชี้ให้เห็นว่ามีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการสมรสเกิดขึ้นในประเทศไทย คือมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนการอยู่เป็นโสด และการเพิ่มขึ้นของอายุแรกสมรสของสตรีไทย ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ เมื่อเปรียบเทียบกับบางประเทศในแถบเอเชีย เช่น สาธารณรัฐเกาหลี (Limanonda, 1987: 3) และเมื่อพิจารณาสัดส่วนการอยู่เป็นโสดของสตรีไทยทุกกลุ่มอายุ (ตารางที่ 1) ระหว่างปี พ.ศ. 2490-2523 จะเพิ่มขึ้นทุกกลุ่ม แต่กลุ่มอายุ 15-19 ปี มีสัดส่วนการเป็นโสดเพิ่มขึ้นในอัตราที่ช้า อาจชี้ให้เห็นว่ายังมีสตรีไทยส่วนหนึ่งที่สมรสเมื่ออายุน้อย สำหรับการเปลี่ยนแปลงอายุแรกสมรสของสตรีไทย (ตารางที่ 2) สองทศวรรษที่ผ่านมา (พ.ศ. 2503-พ.ศ. 2523) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย จาก 21.6 ปี เพิ่มขึ้นเป็น 22.8 ปี เห็นได้อย่างชัดเจนในเขตกรุงเทพมหานครคือ 25.9 ปี รองลงมาคือ ภาคกลาง สตรีไทยมีอายุแรกสมรสโดยเฉลี่ย 23.4 ปี ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ แต่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สตรีไทยมีอายุแรกสมรสโดยเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ 21.7 ปี นอกจากนี้ สัดส่วนของสตรีที่ครองโสดถาวร (หลังอายุ 50 ปีขึ้นไป) มีการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างน้อย (จอห์น โนเดล และคณะ, 2530: 75) ด้วยสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปค่อนข้างช้าในลักษณะดังกล่าวแล้วนี้ หากการศึกษาครั้งนี้พบว่า อายุแรกสมรสของสตรีมีส่วนในการกำหนดหรือทำให้เกิดความแตกต่างในระดับการเจริญพันธุ์ของสตรีได้อย่างชัดเจน ก็น่าที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในนโยบายและกิจกรรมด้านประชากร ที่ควรจะขยายขอบข่ายออกไปให้ได้มากกว่าการเห็นเรื่องการคุมกำเนิดและการใช้การวางแผนครอบครัวแต่เพียงประการเดียว นั่นคือ อาจจะต้องมีนโยบายส่งเสริมให้สตรีชลอการสมรสออกไปให้อายุมากขึ้นกว่าเท่าที่เป็นมาในอดีต

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 สัดส่วนการเป็นโสดของสตรีไทย พ. ศ. 2517-พ. ศ. 2523

อายุ	สามะโนฯ	สามะโนฯ	สามะโนฯ	สามะโนฯ
	พ. ศ. 2490	พ. ศ. 2503	พ. ศ. 2513	พ. ศ. 2523
15-19	.806	.830	.810	.833
20-24	.300	.352	.379	.435
25-29	.109	.126	.156	.209
30-34	.057	.062	.081	.118
35-39	.040	.040	.053	.073
40-44	.032	.030	.039	.053
45-49	.029	.026	.030	.041

แหล่งที่มา : ตารางที่ 1 (Bhassorn Limanonda. Analysis of Thai Marriage : Attitudes and Behavior A Case Study of Women in Bangkok Metropolis. 1987. Page 4.)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 อายุแรกสมรสโดยเฉลี่ยของสตรีไทย จำแนกตามเขตเมือง เขตชนบท และภาคที่อยู่อาศัย พ. ศ. 2503-พ. ศ. 2523

พื้นที่	สามชโย๑	สามชโย๑	สามชโย๑
	พ. ศ. 2503	พ. ศ. 2513	พ. ศ. 2523
ทั่วประเทศ	21.6	21.9	22.8
เขตเมือง	-	24.7	25.5
เขตเมือง	-	21.4	22.0
กรุงเทพมหานคร	23.4	25.0	25.9
ภาคกลาง (ไม่รวมกรุงเทพฯ)	22.2	22.7	23.4
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	21.5	21.2	21.7
ภาคเหนือ	21.0	21.1	22.0
ภาคใต้	21.0	21.3	22.2

แหล่งที่มา : ตารางที่ 2 (Bhassorn Limanonda. Analysis of Thai Marriage : Attitudes and Behavior A Case Study of Women in Bangkok Metropolis. 1987. page 5.)

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. นโยบายประชากรโดยเห็นการวางแผนครอบครัวในประเทศไทย

ในอดีตประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีประสพปัญหาจากการเพิ่มประชากรอย่างรวดเร็ว อัตราเพิ่มประชากรของประเทศไทยโดยเฉลี่ย จาก พ.ศ. 2490-2503 เท่ากับร้อยละ 3.2 ต่อปี ซึ่งการเพิ่มประชากรในระดับสูงนี้ มีผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยเป็นอย่างมาก (นิพนธ์ เทพวัลย์, 2523: 314) ในช่วงปี พ.ศ. 2500 ingsนักวิชาการไทย และคณะผู้แทนจากธนาคารโลกที่เข้ามาศึกษาสภาพเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย เริ่มมีแนวคิดที่เห็นพ้องต้องกันว่าการเพิ่มประชากรอย่างรวดเร็วในวันข้างหน้า อาจก่อให้เกิดปัญหาแก่ประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งธนาคารโลกได้เสนอให้พิจารณานโยบายประชากร เน้นการชะลอการเกิด ประกอบกับข้อมูลจากสำมะโนประชากร ปี พ.ศ. 2503 แสดงให้เห็นว่าอัตราเพิ่มของประชากรสูงมาก ทำให้รัฐบาลได้เริ่มตระหนักปัญหาอยู่ไม่น้อย ดังจะเห็นได้จากการมีการจัดประชุมสัมมนาในระดับชาติเกี่ยวกับเรื่องประชากร เพื่อพิจารณานโยบายเกี่ยวกับประชากรถึง 3 ครั้งด้วยกัน คือ ปี พ.ศ. 2506 พ.ศ. 2508 และ พ.ศ. 2511 จึงได้มีข้อสรุปที่นำไปสู่การประกาศนโยบายประชากรแห่งชาติ เมื่อวันที่ 17 มีนาคม พ.ศ. 2513 มุ่งเน้นการลดอัตราเพิ่มประชากร โดยสนับสนุนโครงการวางแผนครอบครัวโดยความสมัครใจให้แก่ประชาชน และต่อมาได้กำหนดโครงการวางแผนครอบครัวเข้าไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เริ่มตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2515-พ.ศ. 2519) และแผนพัฒนาฯ ต่อๆ มาจนถึงปัจจุบัน ซึ่งมีแนวนโยบายเกี่ยวกับประชากรคือ ส่งเสริมและเร่งรัดงานวางแผนครอบครัว เน้นกลุ่มเป้าหมายที่ยังมีอัตราเกิดและอัตราเพิ่มอยู่ในเกณฑ์สูง กับการนำวิธีนอกเหนือจากการวางแผนครอบครัวมาใช้ให้เห็นมากยิ่งขึ้น เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการลดอัตราเพิ่มประชากรที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 โดยกำหนดไว้ว่าเมื่อสิ้นแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-พ.ศ. 2539) อัตราเพิ่มของประชากรลดลงเหลือร้อยละ 1.2

สำหรับการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในนโยบายประชากรแห่งชาตินั้น รัฐบาลได้มอบโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ ให้อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข ผลปรากฏว่างานวางแผนครอบครัวดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุผลตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายทุกปี โดยที่ข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวในกลุ่มสตรีไทย พบว่ามีอัตราการใช้การคุมกำเนิดในระดับต่ำเพียงร้อยละ 8 เมื่อปี พ.ศ. 2506 (Population

Institute and East-West Center, 1991: 2) เพิ่มขึ้นเป็นลำดับ คือในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 3-5 (พ.ศ.2515-2519 ถึง พ.ศ.2525-2529) มีผู้มารับบริการคุมกำเนิดรายใหม่สูงกว่าเป้าหมาย ร้อยละ 28.38, 35.08 และ 26.8 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2533: 6) และในระยะเวลากว่า 5 ปี (พ.ศ.2513-พ.ศ.2518) ประเทศไทยมีอัตราการคุมกำเนิดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14 เป็นร้อยละ 34 ไม่เพียงแต่รัฐบาลเท่านั้นที่ดำเนินงานวางแผนครอบครัว ยังมีภาคเอกชนเข้ามาช่วยเหลืออีกทางหนึ่ง จึงมีผลทำให้งานวางแผนครอบครัวแพร่กระจายในสังคมไทย โดยพบว่าในช่วงระยะเวลา 8 ปี (พ.ศ.2519-พ.ศ.2527) อัตราคุมกำเนิดเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 28 (จากร้อยละ 34 - ร้อยละ 62) จนถึงปัจจุบันพบว่าการแพร่กระจายของการวางแผนครอบครัวอยู่ในขั้นเติบโตเต็มที่แล้ว เป็นที่รู้จักของคนทุกกลุ่มทุกชนชั้นในสังคม เห็นได้จากในปี พ.ศ.2530 ประเทศไทยมีอัตราการคุมกำเนิดร้อยละ 66 อย่างไรก็ตามในเขตเมืองและเขตชนบท ตลอดจนในแต่ละภาค ยังคงมีภาวะเจริญพันธุ์แตกต่างกันอยู่ (Population Institute and East-West Center, 1991: 2-4)

จากกรอบแนวคิดของ USAID (U.S. Agency of International Development's Office of Population) กล่าวว่าประเทศไทยที่อยู่ในขั้นตอนของการคุมกำเนิดเติบโตเต็มที่แล้ว การชักจูงให้ประชาชนมารับบริการวางแผนครอบครัว ควรให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมมากยิ่งขึ้น รัฐบาลควรลดบทบาทลง โดยคำนึงถึงงบประมาณที่จะให้การสนับสนุนต่อการใช้บริการวางแผนครอบครัว ต้องได้รับผลตอบแทนกลับอย่างมีประสิทธิภาพ (Bennett, et al., 1990: 20) รวมทั้งรัฐบาลควรจะต้องหันมาให้ความสนใจในการดำเนินนโยบายหรือโครงการอื่นๆ ที่นอกเหนือจากโครงการวางแผนครอบครัว เช่น การเพิ่มอายุแรกสมรสเพื่อชะลอการเริ่มมีเพศสัมพันธ์ และปรับปรุงสภาพสตรี เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชากร อย่างไรก็ตามแม้ว่าขณะนี้ประเทศไทยได้พยายามริเริ่มกิจกรรมต่างๆ ที่นอกเหนือจากการวางแผนครอบครัวแล้วก็ตาม แต่ความสนใจหลักยังคงอยู่ที่การกำหนดเป้าหมายจำนวนผู้มารับบริการวางแผนครอบครัวมากกว่า เพื่อเป็นหนทางที่จะนำไปสู่การลดระดับภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีให้อยู่ในระดับที่กำหนดเป็นเป้าหมายไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติแต่ละแผน จึงมีความจำเป็นที่ผู้ซึ่งเข้าทำงานเกี่ยวข้องกับการวางแผนครอบครัว และลดอัตราการเพิ่มประชากร ควรมุ่งให้ความสนใจต่อบัจจัยอื่นๆ ที่นับว่าจะมีส่วนสำคัญในการช่วยลดอัตราเพิ่มประชากรได้ในระดับที่ใกล้เคียงกับการวางแผนครอบครัว นั่นคือ อายุแรกสมรส หรืออายุที่สตรีจะเริ่มเข้ามามีเพศสัมพันธ์และตั้งครรถ์นั่นเอง

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเจริญพันธุ์

3.1 อายุสตรี

อายุเป็นคุณลักษณะพื้นฐานทางประชากร ถ้าหากสตรีมีอายุแตกต่างกันย่อมแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการมีบุตรแตกต่างกันด้วย ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อภาวะเจริญพันธุ์ได้ในที่สุด ทั้งนี้เพราะอายุเป็นเครื่องบ่งชี้ด้านชีวภาพ ทำให้สตรีสามารถมีบุตรได้ในช่วงวัยเจริญพันธุ์เท่านั้น (ประมาณ 15-49 ปี) การศึกษาโดยทั่วไปพบว่า จำนวนบุตรเกิดรอดจะเพิ่มขึ้นตามลำดับกับอายุของสตรี ดังเช่นผลการศึกษาของจาร์วธรน เหมะธร (2522: 60) ศึกษาเปรียบเทียบภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยพุทธและสตรีไทยมุสลิมในเขตอำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา พบว่า สตรีไทยพุทธและสตรีไทยมุสลิมอายุ 15-19 ปี มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 1.0 คน และ 0.6 คน ตามลำดับ แต่ถ้าสตรีอายุมากขึ้นคือ อายุ 35-39 ปี และ 40-44 ปี มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยเท่ากับ 4.0 คน 3.5 คน และ 4.6 คน 5.1 คน ตามลำดับ ทำนองเดียวกับผลการศึกษาของอารีย์ วงศ์พันธ์เลิศ (2531: 63-64) พบว่า สตรีที่อาศัยในชุมชนแออัดและชุมชนชานเมืองกรุงเทพมหานคร อายุ 15-19 ปี มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 0.9 คน และ 0.7 คน ตามลำดับ สำหรับสตรีที่มีอายุ 25-29 ปี และอายุ 35-39 ปี มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 1.8 คน 2.5 คน และ 3.1 คน 4.8 คน ตามลำดับ ส่วนสตรีที่มีอายุ 45-49 ปี มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยสูงสุด คือ 4.1 คน และ 6.8 คน ตามลำดับ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของปาริชาติ โภษุมมา (2526: 72) พบว่าสตรีที่มีบุตรจำนวน 1-2 คน พบสูงสุดในกลุ่มสตรีที่มีอายุน้อย (ต่ำกว่า 25-29 ปี) และสตรีที่มีบุตรจำนวนตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป พบสูงสุดในกลุ่มสตรีที่มีอายุมาก (45-49 ปี) สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศบังคลาเทศ (AHMED, 1981: 107) และในประเทศปากีสถาน (Mohammad, 1983: 47) กล่าวคือ เมื่อสตรีมีอายุมากขึ้น จำนวนบุตรเกิดรอดจะมากขึ้นด้วย

3.2 อายุแรกสมรส

จากผลการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่พบว่า จากความสัมพันธ์โดยตรง อายุแรกสมรสมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะเจริญพันธุ์ กล่าวคือ ถ้าอายุแรกสมรสสูง ภาวะเจริญพันธุ์จะต่ำ และถ้าอายุแรกสมรสต่ำ ภาวะเจริญพันธุ์จะสูง การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการสมรสโดย

การเลื่อนอายุแรกสมรสให้สูงขึ้น และลดสัดส่วนของการสมรสลง จะมีผลโดยตรงต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับภาวะเจริญพันธุ์ การเลื่อนอายุแรกสมรสให้สูงขึ้นย่อมหมายถึงการย่นระยะเวลาการมีบุตรให้สั้นลง ซึ่งจะมีผลต่อการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ รวมทั้งขยายระยะห่างระหว่างรุ่นอายุ (Generation) ให้ยาวนานขึ้น ซึ่งจะมีผลในการชลออัตราการเพิ่มของประชากรในระยะยาวด้วย (Lesthege, 1971: 430; Henry and Piotrow, 1979: 105)

เกือ วงศ์บุญสิน (2521: 91) ศึกษาภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยในหมู่บ้าน ประมง พบว่า สตรีที่สมรสเมื่ออายุน้อยมีภาวะเจริญพันธุ์สูงกว่าสตรีที่สมรสเมื่ออายุมาก เช่น สตรีที่สมรสอายุต่ำกว่า 18 ปี มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 4.80 คน ในขณะที่สตรีที่ทำการสมรสอายุ 18-20 ปี, 21-24 ปี และ 25 ปี มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 4.52 คน, 4.40 คน และ 4.22 คน ตามลำดับ ทำนองเดียวกับผลการศึกษาของ กวิล นำบุญจพล (2525: 103) พบว่า สตรีที่สมรสอายุระหว่าง 15-19 ปี มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยสูงสุดคือ 4.60 คน ส่วนสตรีที่สมรสอายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ 1.93 คน และปาริชาติ โกสุมา (2526: 72) ศึกษาภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีในครอบครัวที่มีโครงสร้างแตกต่างกัน พบว่า ร้อยละของสตรีที่มีบุตรเกิดรอดจำนวน 1-2 คน จะพบสูงสุดในกลุ่มสตรีที่มีอายุแรกสมรสตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป ส่วนร้อยละของสตรีที่มีบุตรเกิดรอดจำนวนตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป พบสูงสุดในกลุ่มสตรีที่มีอายุแรกสมรส 19 ปีหรือต่ำกว่า นอกจากนี้ มีผลการศึกษาอีกมากมายที่พบในทำนองเดียวกัน เช่น งานวิจัยของ ศรัญญา บุญภาค (2524: 67) พิชิต ชานี และจามรี พิทักษ์วงศ์ (2525: 282) อารีย์ วงศ์พันธ์เลิศ (2531: 61) เป็นต้น

ผลการศึกษาในประเทศมาเลเซียก็พบเช่นเดียวกัน กล่าวคือ สตรีที่มีอายุแรกสมรสต่ำกว่า 15 ปี มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยสูงสุดคือ 5.5 คน รองลงมาคือ สตรีที่มีอายุแรกสมรส 15-19 ปี มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 4.7 คน และสตรีที่สมรสตั้งแต่อายุ 25 ปีขึ้นไป มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ 2.3 คน (Pin and Hassan, 1983: 31) ทำนองเดียวกับผลการศึกษาของ Chaudhury (1984: 68) ในประเทศบังคลาเทศพบว่า สตรีที่สมรสอายุต่ำกว่า 15 ปี มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยสูงสุด 4.22 คน และสตรีที่สมรสอายุ 20-21 ปี มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยต่ำที่สุด 1.77 คน สำหรับในประเทศชูดาน Elisa

(1988: 381) พบว่า สตรีที่มีอายุแรกสมรสต่ำกว่า 15 ปี มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 5 คน และจะลดลงเหลือ 2.7 คน สำหรับสตรีที่มีอายุแรกสมรสตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป

3.3 ระยะเวลาสมรส

โดยทั่วไปอาจกล่าวได้ว่า ในทำนองเดียวกับอายุแรกสมรสพบว่า ระยะเวลาสมรสที่แตกต่างกันเป็นสิ่งแสดงให้เห็นถึงช่วงเวลาที่แตกต่างกันที่สตรีมีโอกาสจะมีบุตรได้ ตลอดด้วยเจริญพันธุ์ (ส่วนใหญ่คือ อายุ 15-49 ปี) และพบว่า ระยะเวลาสมรสมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับจำนวนบุตรเกิดรอด ดังเช่น การศึกษาของ นิพนธ์ เทพวัลย์ (2524: 17) ได้ใช้ข้อมูลโครงการสำรวจสภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทย พ.ศ. 2518 พบว่า จำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้น เมื่อระยะเวลาสมรสสูงขึ้นทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท จะเพิ่มขึ้นอย่างมากในกลุ่มสตรีที่สมรสระยะเวลา 15-19 ปี มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 4.16 คน และ 5.32 คน ในเขตเมืองและเขตชนบท ตามลำดับ ส่วนกลุ่มที่มีระยะเวลาสมรส 25 ปีขึ้นไป ในเขตเมืองมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 6.28 คน ส่วนสตรีในเขตชนบทที่มีระยะเวลาสมรสดังกล่าว มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 7.65 คน และในสตรีไทยพุทธและสตรีไทยมุสลิม ก็พบเช่นเดียวกัน กล่าวคือ สตรีไทยพุทธและสตรีไทยมุสลิม มีระยะเวลาสมรสน้อยกว่า 5 ปี มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 1.14 คน และ 0.92 คน ตามลำดับ และเมื่อระยะเวลาสมรสเพิ่มขึ้นเป็น 10-14 ปี และ 20-24 ปี สตรีไทยพุทธและสตรีไทยมุสลิม มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 3.40 คน, 3.21 คน และ 3.01 คน, 5.48 คน ตามลำดับ (เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และสมใจ เสรีขจรกิจเจริญ, 2525: 18) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปาริชาติ โกสุมา (2526: 172) พบว่าร้อยละของสตรีที่มีบุตรมากคือ ตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป พบสูงสุดในกลุ่มสตรีที่มีระยะเวลาสมรส 15 ปีขึ้นไป ส่วนร้อยละของสตรีที่มีบุตรจำนวนน้อยคือ 1-2 คน พบสูงสุดในกลุ่มสตรีที่มีระยะเวลาสมรสอยู่ในช่วงต่ำกว่า 5 ปี นอกจากนี้ ถวิล นำบุญพล (2525: 104) ดัชนีญา บุหนาด (2525: 41) Napaporn (1988: 45) ก็พบเช่นเดียวกัน

Gicole (1981: 40) ศึกษาภาวะเจริญพันธุ์ในชุมชนแออัดของเมือง Iloilo ในประเทศฟิลิปปินส์พบว่า สตรีที่มีระยะเวลาสมรส 10 ปีหรือต่ำกว่า มีสัดส่วนมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 68.5) ที่มีจำนวนบุตรเกิดรอด 3 คนหรือน้อยกว่า แต่สตรีที่มีระยะเวลาสมรส

ตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนเกือบ 1 ใน 5 (ร้อยละ 19.2) เท่านั้น ที่มีจำนวนบุตรเกิดรอด 3 คนหรือน้อยกว่า ขณะที่ข้อมูลโครงการสำรวจประชากรและอนามัยในประเทศกานา ค.ศ. 1988 โดย Institute for Resource Development (1989: 26) พบว่า สตรีที่มีอายุแรกสมรส ระหว่าง 15-17 ปี และมีระยะเวลาสมรส 0-4 ปี, 10-14 ปี และ 20-24 ปี มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยเท่ากับ 0.9 คน, 3.9 คน และ 6.7 คน ตามลำดับ ส่วนสตรีที่มีระยะเวลาสมรส 30 ปีขึ้นไป มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยสูงสุดคือ 8.3 คน

3.4 ระดับการศึกษาของสตรี

การศึกษาทำให้บุคคลมีความคิดและยอมรับสิ่งต่างๆ อย่างมีเหตุผล จึงมีส่วนในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของบุคคลนั้นๆ และเมื่อพิจารณาจากระดับการศึกษาของสตรีที่เพิ่มขึ้นจะนำไปสู่การตัดสินใจและโอกาสในการทำงานเพิ่มขึ้นด้วย รวมทั้งการสมรสที่ช้าลง ซึ่งจะส่งผลกระทบต่ออัตราการลดลงของระยะเวลาการมีบุตรของสตรี (Pick et al., 1988: 149) นอกจากนี้ระดับการศึกษาของสตรียังมีผลต่อการใช้การคุมกำเนิดด้วย กล่าวคือ สัดส่วนของสตรีที่กำลังใช้การคุมกำเนิด เพิ่มขึ้นตามจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาสูงขึ้น สตรีที่ไม่เคยได้รับการศึกษาเลยจะเป็นกลุ่มที่ใช้การคุมกำเนิดน้อยที่สุด (อรพินท์ บุญภาค และระพีพรรณ หุ่นพานิช, 2524:30; คมสัน พลศรี, 2528:61) และอาจกล่าวได้ว่าการที่สตรีมีระดับการศึกษาสูงทำให้มีโอกาสเลือกใช้ชีวิตการคุมกำเนิดที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพสูงขึ้นด้วย (ศุภวัลย์ พลายน้อย และเนาวรัตน์ พลายน้อย, 2527: 8-17) สิ่งเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อภาวะเจริญพันธุ์ได้มากที่สุด โดยทั่วไประดับการศึกษาของสตรีจะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับจำนวนบุตรเกิดรอด ซึ่งเกี่ยว วงศ์บุญสิน และวีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ (2524: 38) ศึกษาปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลกระทบต่อภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทย ในชนบท ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างชาวนาข้าวไร่ และชาวปรมง พบว่า สตรีที่มีระดับการศึกษาสูงมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยต่ำกว่าสตรีที่มีระดับการศึกษาต่ำ ทั้งในหมู่บ้านปรมงและหมู่บ้านชาวนาข้าวไร่ กล่าวคือ สตรีที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านปรมง และสตรีชาวนาข้าวไร่ ไม่ได้รับการศึกษามีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 5.89 คน และ 5.28 คน ตามลำดับ ในขณะที่สตรีทั้ง 2 กลุ่มที่กล่าวมาแล้ว มีการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 หรือต่ำกว่า และระดับประถมศึกษาปีที่ 5 หรือสูงกว่า มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 4.47 คน 2.08 คน และ 3.90 คน 2.13 คน ตามลำดับ

ทำนองเดียวกับผลการศึกษาของ เยอวรัตน์ ประักษ์ขาม และสมใจ เสรีขจรกิจเจริญ (2525: 20) พบว่าทั้งสตรีไทยพุทธและสตรีไทยมุสลิมที่ไม่เคยเรียนหนังสือ มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 4.01 คนและ 3.67 คน ตามลำดับ ส่วนสตรีไทยพุทธและสตรีไทยมุสลิมที่มีการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 2.18 คน และ 1.39 คน ตามลำดับ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ อารีย์ วงศ์พันธ์เลิศ (2531: 80) พบว่า สตรีในชุมชนแออัดและชุมชนชานเมืองกรุงเทพมหานคร ที่ไม่เคยเรียนหนังสือ มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยสูงสุดคือ 4.1 คน และ 4.6 คน ตามลำดับ ขณะที่สตรีในชุมชนทั้งสองที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 1-6 และมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 2.8 คน 1.9 คน และ 3.9 คน 1.8 คน ตามลำดับ นอกจากนี้ ผลการศึกษาระดับปริญญาโทของ อรพรรณ หันจางสิทธิ์ และคณะ (2523: 8) ศรัญญา บุณชาติ (2524: 67) และปาริชาติ โภกสุมา (2526: 72) ก็พบในทำนองเดียวกัน

จากผลการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้น ส่วนใหญ่จะพบในแนวเดียวกัน กล่าวคือ ระดับการศึกษาของสตรีเพิ่มขึ้น จะมีผลทำให้จำนวนบุตรเกิดรอดลดลงด้วย

3.5 การทำงานของสตรี

การมีส่วนร่วมในแรงงานก่อนการสมรส ซึ่งทำให้การสมรสต้องเลื่อนเวลา ออกไปนั้นมักเกิดขึ้นในสังคมอุตสาหกรรมที่มีความเจริญและทันสมัย แต่ในสังคมเกษตรกรรม การมีส่วนร่วมในแรงงานก่อนสมรสก็จะมีผลต่อการเลื่อนอายุแรกสมรสเท่าใดนัก (ภัสสร ลิมานนท์, 2525: 80) อย่างไรก็ตามในปัจจุบันสตรีมีส่วนร่วมในการทำงานมากขึ้นและเป็นการเข้าร่วมแรงงานโดยได้รับค่าตอบแทนและมักเป็นงานที่ต้องทำนอกบ้าน (สุพัตรา เพชรมณี, 2525: 388) ผลการวิจัยในประเทศพัฒนาแล้วพบว่า สตรีทำงานส่วนใหญ่มีบุตรน้อยกว่าสตรีที่ไม่ได้ทำงาน แต่ผลการศึกษาในประเทศด้อยพัฒนาพบว่า แบบแผนดังกล่าวมิได้ไปในแนวเดียวกันตลอด นั่นคือ สตรีที่ทำงานและไม่ได้ทำงานนั้น ไม่ได้มีจำนวนบุตรแตกต่างกันเลย (Collever, 1966 อ้างถึงใน สุพัตรา เพชรมณี, 2525: 388) ซึ่งผลการศึกษาที่พบในลักษณะนี้ Stycos และ Weller (1968) ได้อธิบายไว้ว่าอาจเป็นผลมาจากบทบาทที่สอดคล้องต้องกันระหว่างการทำงานและการเป็นมารดา ของสตรีนั้น กล่าวคือ หากบทบาทการเป็นมารดาและการทำงานสอดคล้องต้องกันแล้วการทำงานจะมีผลกระทบต่อการมีบุตรน้อยมาก แต่หากบทบาทของการเป็นมารดาและการทำงานมีความขัดแย้งกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานกับการมีบุตรจะเกิดขึ้นในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง และจะเกิดขึ้นมากน้อยเพียงไรนั้นขึ้นอยู่กับวิธีการป้องกันการปฏิสนธิที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งใช้กันอย่างแพร่หลายในสังคมนี้ด้วย (อ้างอิงใน สุกัตรา เพชรมณี, 2525: 389) ดังตัวอย่างจากผลงานวิจัยจากประเทศต่างๆ ที่อภิปรายไว้ในส่วนล่างนี้

ในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานของสตรีกับจำนวนบุตรเกิดรอด เช่น เกื้อ วงศ์บุญสิน (2521: 96) ศึกษาภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีในหมู่บ้านประมง พบว่า สตรีที่ทำงานมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยไม่แตกต่างจากสตรีที่ไม่ได้ทำงาน ขณะที่ พิชิต ธาณี และจามรี พิทักษ์วงศ์ (2525: 288) ทำการศึกษาในเขตชนบทของจังหวัดเชียงใหม่พบว่า สตรีที่ทำงานมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยต่ำกว่าสตรีที่ไม่ได้ทำงานคือ 3.84 คน และ 4.98 คน ตามลำดับ ส่วนการศึกษาภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีในแหล่งเสื่อมโทรมกรุงเทพมหานคร ได้แก่ หมู่บ้านเสนานิคม 2 และคลองเตย พบว่า สตรีที่ทำงานนอกบ้านในหมู่บ้านทั้งสองแห่ง มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยสูงกว่าสตรีที่ไม่ได้ทำงานนอกบ้านเพียงเล็กน้อย (อรพรรณ หันจางสิทธิ์ และคณะ, 2523: 15) สำหรับการศึกษาในประเทศศรีลังกาพบว่า สตรีที่ทำงานบ้านมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยสูงสุดคือ 3.9 คน ส่วนสตรีที่ออกไปทำงานนอกบ้าน และไม่ทำงานมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 3.6 คน และ 3.2 คน ตามลำดับ (Abeykoon, 1987: 5, 18) ทำนองเดียวกับการศึกษาแนวโน้มและความแตกต่างของภาวะเจริญพันธุ์ระหว่าง ค.ศ.1920-1980 ในประเทศญี่ปุ่นพบว่า สตรีที่ทำงานมีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำกว่าสตรีที่ไม่ได้ทำงานหรือแม่บ้าน (Atoh, 1989: 33) อย่างไรก็ตาม การศึกษาพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ของสตรีที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัดของเมือง Iloilo ในประเทศฟิลิปปินส์พบว่า สตรีที่ทำงานมีภาวะเจริญพันธุ์สูงกว่าสตรีที่ไม่ได้ทำงาน กล่าวคือ สตรีที่ทำงานร้อยละ 32.8 มีจำนวนบุตรเกิดรอด 3 คนหรือน้อยกว่า ขณะที่สตรีที่ไม่ได้ทำงานร้อยละ 52.0 มีจำนวนบุตรเกิดรอดที่เท่ากัน (Gicole, 1981: 41-42) เช่นเดียวกับในประเทศบังคลาเทศพบว่า สตรีที่เคยทำงานเพื่อหารายได้ในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิตการสมรส มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 4.24 คน ส่วนสตรีที่ไม่เคยทำงานเพื่อหารายได้ มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 3.85 คน (Chaudhury, 1984: 68)

จากผลการศึกษาที่กล่าวมาเห็นได้ว่า การทำงานของสตรีมีความสัมพันธ์กับ จำนวนบุตรเกิดรอดในลักษณะที่แตกต่างกันออกไป อาจมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องอีก จึงเป็นสิ่งที่สมควรจะศึกษาหาความสัมพันธ์ที่แท้จริงต่อไป

3.6 ภาคที่อยู่อาศัย

ภาคที่อยู่อาศัยมักมีความแตกต่างกันทางด้านภูมิศาสตร์ ตลอดจนวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีประชากรในภูมิภาคนั้นๆ ถิ่นปฏิบัติ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อทัศนคติ พฤติกรรม และวิถีการดำเนินชีวิตของบุคคลที่อาศัยอยู่ในภาคนั้นได้ และนอกจากนี้แต่ละภาคยังมีระดับการพัฒนาที่แตกต่างกัน (เพ็ญพร ธีระสวัสดิ์, 2531) จะส่งผลทำให้บุคคลที่อาศัยอยู่ในแต่ละภาคมีความทันสมัยแตกต่างกัน และมีผลกระทบต่อทำให้การเข้าสู่ชีวิตสมรสและการใช้หรือไม่ใช้การคุมกำเนิดในแต่ละภาคแตกต่างกัน (เกื้อ วงศ์บุญสิน, 2532: 25-29) ในที่สุดก็ส่งผลทำให้เกิดความแตกต่างของภาวะเจริญพันธุ์ ดังเช่นการศึกษาของ บุญเลิศ เลี้ยวประไพ และวรชัย ทองไทย (2532: 27-32) พบว่า กรุงเทพมหานครและภาคเหนือ มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยต่ำที่สุด 2.1 คนเท่านั้น ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยสูงสุดคือ 3.0 คน รองลงมาคือ ภาคใต้และภาคกลาง มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 2.9 คน และ 2.5 คน ตามลำดับ

จากข้อมูลการสำรวจภาวะคุมกำเนิดในประเทศไทยครั้งที่ 3 (พ.ศ. 2527) พบว่า สตรีภาคใต้มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยสูง ขณะที่สตรีภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยลดลง (Kamnuansilpa และ Chamratirong 1985: 91) เช่นเดียวกับ ข้อมูลสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร พ.ศ. 2528-2529 และ พ.ศ. 2531 พบว่า สตรีในกลุ่มอายุ 15-24 ปีของภาคใต้และภาคเหนือ มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นคือ 0.06 คน และ 0.02 คน ตามลำดับ และสตรีในกลุ่มอายุ 25-34 ปี และ 35-44 ปี ในภาคใต้มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในช่วง 4 ปี (พ.ศ. 2528-2531) คือ 0.17 คน และ 0.07 คน ตามลำดับ (Mithranon และ Sottipong, 1990: 7-8) และจากรายงานภาวะเจริญพันธุ์ของประเทศไทย ซึ่งใช้ข้อมูลการสำรวจการทำงานของประชากร พ.ศ. 2531 พบว่า กรุงเทพมหานคร สตรีมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยต่ำสุดคือ 2.0 คน ตามมาด้วยภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 2.3 คน, 2.5 คน และ 3.0 คน

ตามลำดับ ส่วนภาคใต้มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยสูงสุดคือ 3.1 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2532: 7)

ข้อมูลที่รวบรวมมาข้างต้น พอสรุปได้ว่าในแต่ละภาคของประเทศไทยยังคงมีภาวะเจริญพันธุ์ที่แตกต่างกันอยู่ กล่าวคือ กรุงเทพมหานครและภาคเหนือ มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยต่ำกว่าภาคอื่น และภาคใต้หรือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ยังคงมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยสูง เมื่อเปรียบเทียบกับภาคอื่น

3.7 การใช้การคุมกำเนิด

เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปว่าการใช้การคุมกำเนิดของสตรีมีความสัมพันธ์เชิงลบกับจำนวนบุตรเกิดรอด ในการศึกษาของ เกื้อ วงศ์บุญสิน (2521: 98) พบว่าสตรีที่เคยใช้การคุมกำเนิดมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยน้อยกว่าสตรีที่ไม่เคยใช้การคุมกำเนิดคือ 4.26 คน และ 4.44 คน ตามลำดับ ทำนองเดียวกับ อารีย์ วงศ์พันธ์เลิศ (2531: 105) ศึกษาภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีในชุมชนแออัดและชุมชนชานเมืองกรุงเทพมหานครพบว่า สตรีที่ไม่เคยใช้การคุมกำเนิดมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยสูงกว่าสตรีที่เคยใช้การคุมกำเนิดทั้งสองชุมชน กล่าวคือในชุมชนแออัดและชุมชนชานเมือง สตรีที่ไม่เคยใช้การคุมกำเนิดมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 2.8 คน และ 3.9 คน ตามลำดับ ส่วนสตรีที่เคยใช้การคุมกำเนิดมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 2.6 คน และ 3.5 คน ตามลำดับ

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาของ Knodel และ Pitaktepsombati (1973: 38) พบว่า สตรีไทยในเขตชนบทที่ใช้การคุมกำเนิดมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยสูงกว่าสตรีที่ไม่ได้ใช้ในทุกกลุ่มอายุ ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า คู่สมรสจะใช่วิธีการคุมกำเนิดหลังจากมีบุตรมากแล้ว สอดคล้องกับ อรพรรณ หันจางสิทธิ์ และคณะ (2523: 19) พบว่า สตรีที่เคยใช้การคุมกำเนิดและไม่เคยใช้การคุมกำเนิด มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 3.21 คน และ 2.24 คน ตามลำดับ แต่ในปัจจุบันสตรีที่ไม่ใช่การคุมกำเนิดมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยสูงกว่าสตรีที่ใช้การคุมกำเนิดคือ 3.14 คน และ 2.22 คน ตามลำดับ

Gicole (1981: 49-50) ศึกษาพฤติกรรมการเจริญพันธุ์ของสตรีในชุมชนแออัดประเทศฟิลิปปินส์ พบว่า การใช้การคุมกำเนิดมีความสัมพันธ์เชิงลบกับจำนวนบุตรเกิดรอด

กล่าวคือ สตรีที่กำลังใช้การคุมกำเนิดร้อยละ 60.9 มีจำนวนบุตรเกิดรอด 3 คนหรือน้อยกว่า และ ร้อยละ 23.2 มีจำนวนบุตรเกิดรอด 4-5 คน มีเพียงร้อยละ 15.19 ของสตรีกลุ่มดังกล่าว มีบุตรเกิดรอดจำนวนตั้งแต่ 6 คนขึ้นไป สำหรับกลุ่มสตรีที่ไม่เคยใช้การคุมกำเนิดร้อยละ 23.1 และ ร้อยละ 43.3 ของสตรีที่เคยใช้การคุมกำเนิดแต่ในปัจจุบันหยุดใช้ มีบุตรเกิดรอดจำนวนตั้งแต่ 6 คนขึ้นไป เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศศรีลังกาพบว่า สตรีที่ใช้การคุมกำเนิดมีจำนวนบุตรเกิดรอดน้อยกว่าสตรีที่ไม่ได้ใช้การคุมกำเนิด (United Nations, 1984: 140) แต่ตรงกันข้ามกับการศึกษาในประเทศชูดานดอนเหนือ พบว่า สตรีที่เคยใช้การคุมกำเนิดมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยสูงกว่าสตรีที่ไม่เคยใช้การคุมกำเนิดในทุกกลุ่มอายุ และทุกระดับการศึกษา อาทิเช่น กลุ่มสตรีที่ยังไม่จบการศึกษาชั้นพื้นฐานที่เคยใช้การคุมกำเนิดและไม่เคยใช้การคุมกำเนิด มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 4.3 คน และ 3.4 คน ตามลำดับ สำหรับกลุ่มสตรีที่จบการศึกษาชั้นพื้นฐานหรือสูงกว่า พบว่า สตรีที่เคยใช้การคุมกำเนิดมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 2.7 คน และสตรีที่ไม่เคยใช้การคุมกำเนิดมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 2.1 คน (Elisa, 1988: 381-382)

จากข้อค้นพบที่กล่าวมาแล้ว สรุปได้ว่าการใช้การคุมกำเนิดที่แตกต่างกันของสตรี จะส่งผลกระทบต่อจำนวนบุตรเกิดรอดแตกต่างกันด้วย

แนวคิดเชิงทฤษฎี

การวิจัยเรื่องนี้ได้อาศัยแนวคิดเชิงทฤษฎีที่นักประชากรศาสตร์ได้ทำการศึกษาและประมวลไว้หลายท่าน ซึ่งสรุปสาระสำคัญในส่วนที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีนี้ได้คือ Davis และ Blake (1956: 211-235) เสนอกรอบการวิเคราะห์เกี่ยวกับโครงสร้างทางสังคมและการเจริญพันธุ์ว่า ระดับภาวะเจริญพันธุ์ย่อมมีความแตกต่างกันในแต่ละสังคม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับตัวแปรแทรกกลาง 11 ตัว (Intermediate Variables) ซึ่งในกลุ่มตัวแปรนี้มีอายุแรกสมรส และการใช้หรือไม่ใช้การคุมกำเนิด เป็นส่วนหนึ่งของตัวแปรแทรกกลาง 11 ตัว นอกจากนี้ Davis (1963: 345-366) ได้เสนอ "ทฤษฎีแห่งการตอบโต้หลายทาง" (Theory of Multiphasic Response) ต่อการเปลี่ยนแปลงทางประชากร เขาอธิบายว่าการเปลี่ยนแปลงทางประชากรเป็นไปในลักษณะที่เชิงสลับทวนกลับและเชิงพฤติกรรม ที่ว่าเชิงสลับทวนกลับก็คือ การเปลี่ยนแปลงประชากรจะแสดงผลกระทบต่อองค์ประกอบทางสังคมอื่นๆ ในระบบสังคม และการเปลี่ยนแปลงขององค์ประกอบทางสังคม

เหล่านี้จะย้อนกลับมามีผลกระทบต่อองค์ประกอบทางประชากรที่เริ่มทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนั้น ส่วนที่ว่ามีลักษณะในเชิงพฤติกรรมนั้น เป็นไปในแง่ที่ว่า การเปลี่ยนแปลงทางประชากรเกี่ยวข้องกับ การตัดสินใจของมนุษย์ สังคมใดต้องเผชิญกับปัญหาการเพิ่มประชากรเป็นระยะเวลายาวนาน อาจเลือกเอาวิธีใดวิธีหนึ่งหรือหลายวิธีในการที่จะควบคุมการเพิ่มของประชากร ซึ่งวิธีการตอบได้ เหล่านี้ รวมถึงการเลื่อนอายุแรกสมรสให้สูงขึ้น หรือการอยู่เป็นโสดถาวร การใช้วิธีการคุมกำเนิด และการทำแท้ง เป็นต้น ซึ่งเป็นแรงตอบโต้ต่อการเพิ่มของประชากรนั่นเอง (อ้างอิงใน ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2522: 3-45) ในระยะเวลาต่อมา Matras (1965: 349-362) ได้พัฒนาแนวคิด ใหม่ที่ว่า ประชากรในทุกสังคมจะมี "ยุทธวิธีทางสังคมในการสร้างครอบครัว" (Social Strategy of Family Formation) ของตนเอง โดยชี้ให้เห็นถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างอายุแรกสมรส และการ คุมกำเนิด ในการกำหนดความแตกต่างในระดับการเจริญพันธุ์ของสังคมใดสังคมหนึ่งดังตารางสรุป ข้างล่างนี้

ระดับการเจริญพันธุ์		
อายุแรกสมรส	ไม่มีการคุมกำเนิด	มีการคุมกำเนิด
สมรสอายุน้อย	ยุทธวิธี ก	ยุทธวิธี ข
สมรสอายุมาก	ยุทธวิธี ค	ยุทธวิธี ง

Matras อธิบายว่ายุทธวิธีดังกล่าวถูกนำมาใช้ในแต่ละสังคมเพื่อเป็นเครื่องมือในการ ควบคุมระดับการเจริญพันธุ์ หากสังคมใดที่มีระดับการเจริญพันธุ์สูงอยู่ก่อนแล้ว (ยุทธวิธี ก) อาจ จะลดระดับนั้นให้ต่ำลงได้ (ยุทธวิธี ง) โดยการใชการคุมกำเนิด แม้ว่าการสมรสตั้งแต่อายุน้อย (ยุทธวิธี ข) หรือชะลอการสมรสให้ช้าลงกว่าเดิม โดยไม่ต้องใช้การคุมกำเนิด (ยุทธวิธี ค) สรุปได้ว่าการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ต้องอาศัยการเลื่อนอายุแรกสมรสให้สูงขึ้นกับการใช้วิธีการ

คุมกำเนิด หรือวิธีใดวิธีหนึ่งที่เหมาะสมกับแต่ละสังคม ในอีกทางหนึ่งก็คือเขาพยายามที่จะชี้ให้เห็นว่า ภาวะเจริญพันธุ์ของประชากรในแต่ละสังคม โดยทั่วไปแล้วจะถูกกำหนดหรือได้รับผลกระทบโดยตรง จากตัวแปรที่สำคัญ 2 ประการดังกล่าวมาแล้ว

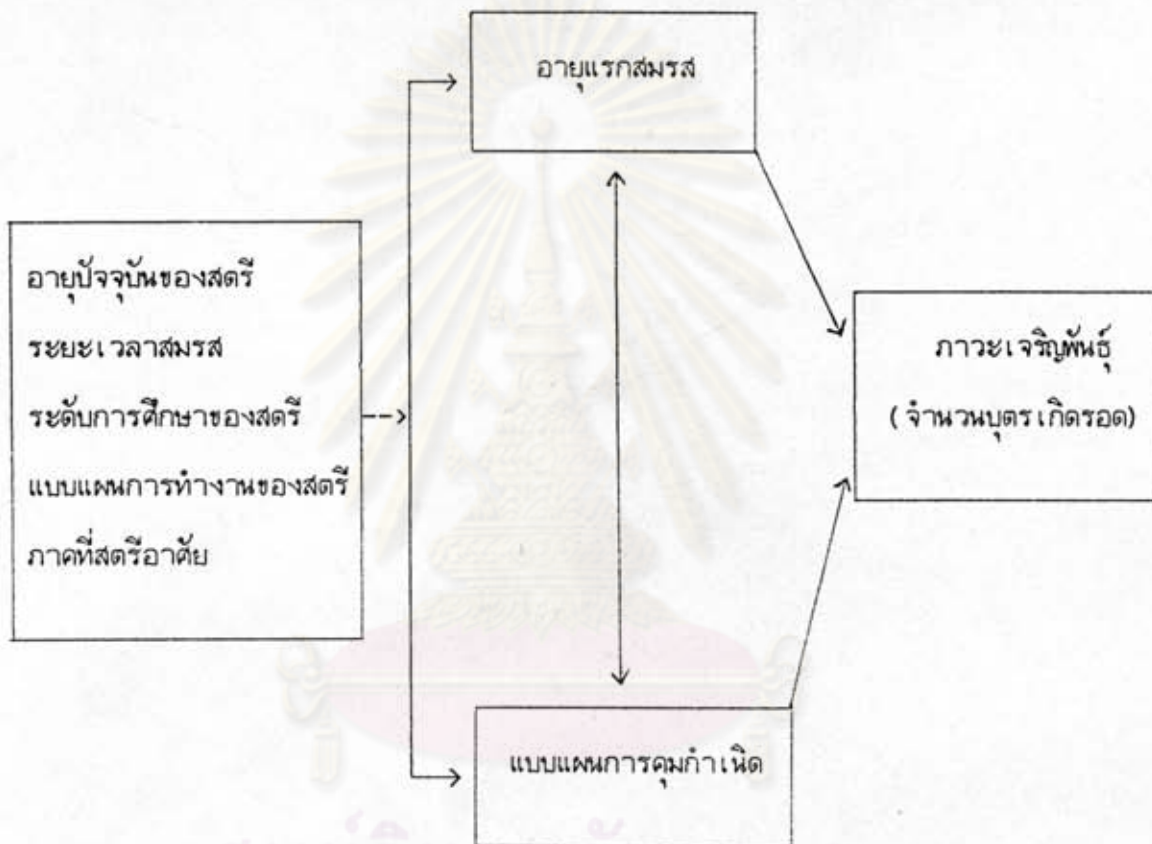
ในระยะเวลาต่อมา Bongaarts (1978, 1980) ได้ปรับปรุงกรอบตัวแปรแทรกกลาง ของ Davis และ Blake เสียใหม่ให้เหลือ 8 ตัวเรียกว่า ตัวกำหนดใกล้ขีด (Proximate Determinant) เพื่อให้ง่ายต่อการศึกษาในเชิงปริมาณ จากการทดสอบเขาได้พบว่า ตัวแปรที่ส่งผลกระทบโดยตรงทำให้เกิดความแตกต่างในระดับการเจริญพันธุ์ของสตรีมีอยู่ 4 ตัวคือ สัดส่วนของสตรีที่สมรส การใช้วิธีการคุมกำเนิด การแท้ง และการเป็นหมันชั่วคราวหลังคลอด นอกจากนี้ Bongaarts อธิบายว่า ตัวกำหนดใกล้ขีดจะส่งผลกระทบต่อหรือเพิ่มระดับภาวะเจริญพันธุ์ กล่าวคือ ระดับภาวะเจริญพันธุ์เป็นผลมาจากผลกระทบร่วมกันของตัวแปรแต่ละตัว โดยมีปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนวัฒนธรรมเป็นตัวแปรที่ส่งผลทางอ้อมผ่านตัวกำหนดใกล้ขีดไปยังระดับภาวะเจริญพันธุ์ในสังคม หนึ่งในตัวแปรบางตัวอาจทำให้ภาวะเจริญพันธุ์สูง เช่น คนไม่หมั้นอยู่เป็นโสด และหมั้นสมรสเมื่ออายุน้อย เป็นต้น หรือสังคมนั้นอาจจะมียุทธศาสตร์ภาวะเจริญพันธุ์ในระดับกลางหรือต่ำได้ ถ้าประชากรมีการใช้การคุมกำเนิดกันมากหรือหมั้นทำแท้ง เป็นต้น

กรอบการศึกษา

จากแนวความคิดเชิงทฤษฎีที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้วิจัยได้นำมาพัฒนาเป็นกรอบแนวความคิดในการศึกษาภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยที่ได้รับผลกระทบจากตัวกำหนดใกล้ขีด 2 ตัวคือ อายุแรกสมรส และแบบแผนการคุมกำเนิด เนื่องจากตัวแปรทั้งสองนี้มีความสำคัญโดยตรงในการกำหนดให้เกิดความแตกต่างในภาวะเจริญพันธุ์ของสังคมไทย และเพื่อที่จะประเมินถึงผลกระทบของตัวแปรด้านอายุแรกสมรสกับตัวแปร ด้านการใช้อุปกรณ์การคุมกำเนิดที่เริ่มแพร่หลาย และมีการใช้อย่างจริงจังในช่วงหลังปี พ.ศ. 2513 ว่าตัวแปร 2 ตัวนี้มีบทบาทมากน้อยอย่างไร ผู้วิจัยจึงได้กำหนดกรอบของช่วงเวลาที่จะทำการวิเคราะห์ (Time frame) ออกเป็น 2 ระยะคือ ศึกษาผลกระทบของตัวแปร 2 ตัว ต่อภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีที่สมรส ในช่วงก่อนประกาศนโยบายประชากร (ก่อนปี พ.ศ. 2513) และต่อภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีที่สมรส ในช่วงหลังการประกาศนโยบายประชากร (ปี พ.ศ. 2513 จนถึงช่วงเวลาสำรวจในปี พ.ศ. 2530)

กรอบการศึกษาครั้งนี้สามารถแสดงได้ดังต่อไปนี้

ตัวแปรคุณ -----> ตัวแปรอิสระ -----> ตัวแปรตาม



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สมมติฐานการศึกษา

1. โดยทั่วไปอายุแรกสมรสของสตรี น่าจะถูกกำหนดโดยปัจจัยพื้นฐานคือ ระดับการศึกษาของสตรี แบบแผนการทำงานของสตรี ภาคที่สตรีอาศัย
2. การไร้หรือไม่ใช่ผู้ประกอบการคุมกำเนิดของสตรี น่าจะถูกกำหนดโดยระดับการศึกษาของสตรี แบบแผนการทำงานของสตรี และภาคที่สตรีอาศัย
3. สตรีที่ไม่เคยใช้การคุมกำเนิดเลย น่าจะมีภาวะเจริญพันธุ์สูงกว่าสตรีที่ใช้การคุมกำเนิด
4. สำหรับกลุ่มสตรีที่สมรสในช่วงก่อนการประกาศนโยบายประชากร (ก่อนปี พ.ศ. 2513) ในกลุ่มของสตรีที่มีอายุปัจจุบันเท่ากัน ความแตกต่างของภาวะเจริญพันธุ์น่าจะถูกกำหนดด้วยปัจจัยเดียวคือ อายุแรกสมรส โดยที่สตรีที่สมรสอายุน้อยจะมีภาวะเจริญพันธุ์สูงกว่าสตรีที่สมรสอายุมากกว่า
5. สำหรับกลุ่มสตรีที่สมรสในช่วงหลังการประกาศนโยบายประชากร (หลังปี พ.ศ. 2513) ความแตกต่างในระดับการเจริญพันธุ์ของสตรีไทยกลุ่มนี้ น่าจะถูกกำหนดด้วยอายุแรกสมรสกับการไร้การคุมกำเนิดในรูปแบบปฏิสัมพันธ์ลักษณะดังต่อไปนี้
 - 5.1 สตรีที่สมรสอายุน้อย และไม่เคยใช้การคุมกำเนิด น่าจะมีภาวะเจริญพันธุ์สูงที่สุด
 - 5.2 สตรีที่สมรสอายุน้อย และเคยใช้การคุมกำเนิด น่าจะมีภาวะเจริญพันธุ์สูงรองลงมา
 - 5.3 สตรีที่สมรสอายุมาก และไม่เคยใช้การคุมกำเนิด น่าจะมีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำ
 - 5.4 สตรีที่สมรสอายุมาก และเคยใช้การคุมกำเนิด น่าจะมีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำที่สุด

ขอบเขตการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ ได้ศึกษากลุ่มสตรีที่มีอายุระหว่าง 15-49 ปี ที่สมรสเพียงครั้งเดียว และมีบุตรเกิดรอดอย่างน้อย 1 คน อยู่กินกับสามี รวมทั้งไม่เคยมีบุตรที่เสียชีวิต อาศัยอยู่ในเขตเมืองและเขตชนบทของประเทศไทย และเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ คือ เพื่อศึกษาถึงผลกระทบของอายุแรกสมรสกับแบบแผนการคุมกำเนิดของสตรีไทย ว่าตัวแปรทั้งสองมีผล

กระทบต่อภาวะเจริญพันธุ์เป็นอย่างไร และตัวแปรใดจะส่งผลกระทบมากกว่ากัน ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้แบ่งช่วงเวลา (Time frame) สำหรับการวิเคราะห์แบ่งออกเป็น 2 ระยะคือ ช่วงก่อนการประกาศนโยบายประชากร (ตั้งแต่ พ.ศ. 2513) และหลังการประกาศนโยบายประชากรของประเทศไทย (พ.ศ. 2513) ซึ่งมีผลทำให้ต้องแบ่งกลุ่มสตรีออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มสตรีที่สมรสในช่วงก่อนการประกาศนโยบายประชากร (ซึ่งหมายถึงสตรีที่มีระยะเวลาสมรส 17 ปี และมากกว่า โดยนับระยะเวลาตั้งแต่ พ.ศ. 2513 ถึง พ.ศ. 2530 ซึ่งเป็นปีที่เก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการศึกษานี้) และกลุ่มสตรีที่สมรสในช่วงหลังการประกาศนโยบายประชากร (ซึ่งหมายถึงสตรีที่มีระยะเวลาสมรสต่ำกว่า 17 ปี) สำหรับภาวะเจริญพันธุ์ของกลุ่มสตรีที่ศึกษานี้ใช้จำนวนบุตรเกิดรอดเป็นเครื่องชี้วัด ส่วนตัวแปรที่ศึกษา นอกจากอายุแรกสมรสกับแบบแผนการคุมกำเนิดแล้วยังมีตัวแปรอื่นๆ อีกได้แก่ อายุปัจจุบันของสตรี ระยะเวลาสมรส ระดับการศึกษา แบบแผนการทำงานของสตรี และภาคที่อยู่อาศัยของสตรีมาศึกษาร่วมด้วย เพราะตัวแปรดังกล่าวอาจจะส่งผลกระทบต่อความแตกต่างของอายุแรกสมรสกับแบบแผนการคุมกำเนิด ที่มีต่อภาวะเจริญพันธุ์ของกลุ่มสตรีดังกล่าว

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบว่า ภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยที่แตกต่างกันถูกกำหนดหรือได้รับผลกระทบจากอายุแรกสมรส และการใช้อุปกรณ์การคุมกำเนิดมากน้อยอย่างไร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปลี่ยนแปลงของภาวะเจริญพันธุ์ในช่วงหลังการประกาศนโยบายประชากร ปี พ.ศ. 2513 ซึ่งเป็นข้อมูลสำหรับประกอบการพิจารณาว่า หากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งใน 2 ประการนี้มีความสำคัญมากกว่ากัน รัฐบาลควรจะใช้นโยบายส่งเสริมในด้านใดเพิ่มขึ้นที่จะช่วยในการดำเนินการลดอัตราเพิ่มของประชากรเป็นไปในระดับที่เหมาะสมตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ หรือหากปัจจัยทั้ง 2 ประการนี้มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน รัฐบาลก็ควรจะใช้นโยบายส่งเสริมความสำคัญของ 2 ตัวแปร โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ยังมีการสมรสอายุน้อย และการใช้การวางแผนครอบครัวในระดับต่ำอยู่ นอกจากนี้ยังเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาเปรียบเทียบในเรื่องภาวะเจริญพันธุ์กับงานวิจัยอื่นๆ ต่อไป

เค้าโครงการเสนอวิทยานิพนธ์

บทที่ 1 บทนำ

- ความเป็นมาของปัญหา
- วัตถุประสงค์
- ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- แนวคิดเชิงทฤษฎี
- กรอบการศึกษา
- สมมติฐานในการศึกษา
- ขอบเขตของการศึกษา
- ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้
- เค้าโครงการเสนอวิทยานิพนธ์

บทที่ 2 ระเบียบวิธีวิจัย

- แหล่งข้อมูลและกรอบตัวอย่าง
- ข้อจำกัดของข้อมูล
- ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา
- นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา
- การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล
- ลักษณะทั่วไปของข้อมูล

บทที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

- ความสัมพันธ์ระหว่างอายุแรกสมรสและแบบแผนการคุมกำเนิดกับจำนวนบุตรเกิดรอดของสตรีที่สมรส ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ในช่วงก่อนและหลังการประกาศนโยบายประชากร
- ความสัมพันธ์ระหว่างอายุแรกสมรส แบบแผนการคุมกำเนิดและปัจจัยอื่น ๆ กับจำนวนบุตรเกิดรอด ด้วยการวิเคราะห์จำแนกหมู่ในช่วงก่อนและหลังการประกาศนโยบายประชากร

- บทที่ 4 บทสรุปและข้อเสนอแนะ
- สรุปผลการศึกษา
 - ข้อเสนอแนะ

บรรณานุกรม



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย