

ทฤษฎีและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง



ทฤษฎีและแนวความคิดเชิงทฤษฎี

มีทฤษฎีบางทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับการวางแผนครอบครัวหลายทฤษฎีด้วยกัน ซึ่งเมื่อนำมาเป็นแนวความคิดเกี่ยวกับการมารับบริการวางแผนครอบครัว ทั้งของผู้มารับบริการอย่างสม่ำเสมอทุกชั้นตอน (Continued users) และผู้มารับบริการวางแผนครอบครัวเฉพาะระยะแรก (Drop-outs) แล้ว ก็อาจอธิบายถึงสาเหตุดังกล่าวได้

ทฤษฎี Economic Transition Theory¹ โดย Becker (1960) เป็นทฤษฎีที่อธิบายเกี่ยวกับการเจริญพันธุ์ซึ่งเสนอในแง่เศรษฐศาสตร์ว่า การตัดสินใจมีบุตรของคู่สมรส นั้น มีความสัมพันธ์กับรายได้และการคำนวณรายจ่ายในการเลี้ยงดูบุตร เป็นต้น

Davis² (1963) ได้อธิบายเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงจำนวนประชากร ว่าเป็นสาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงรายได้ เขาได้ตั้งทฤษฎีขึ้นเรียกว่า Theory of the Multiphasic Response ซึ่งกล่าวว่า แรงกระตุ้นทางสังคมจะทำให้เกิดการตอบสนองโดยการปรับตัวของประชาชน ตัวอย่างเช่น ในประเทศญี่ปุ่น การลดอัตราการตายลงทำให้สังคมที่ไม่มีการวางแผนครอบครัวมีขนาดใหญ่ขึ้น และคนเหล่านั้นจะรู้สึกลำบากในการดำรงชีพ เมื่อสังคม

¹ G.S.Becker, " Demographic and Economic Change in Developed countries: An Economic analysis of Fertility," in Nation Bureau of Economic Research, (Princeton: Prince University Press, 1960), pp. 209-240.

² K.Davis, "The Theory of Change and Response in Modern Demographic Hisory," Population Index 29 (1963): 345-366.

เปลี่ยนเป็นสังคมอุตสาหกรรม ประชาชนก็จะมีการควบคุมของต่อวิถีการควบคุมประชากร (เช่น การคุมกำเนิด การทำแท้ง การทำหมัน การอพยพ การแต่งงานในโซซาลง เป็นต้น) เพื่อให้ฐานะทางเศรษฐกิจดีขึ้น

Simon¹ โลกกล่าวว่า ตามทฤษฎีเศรษฐศาสตร์นั้น แต่เดิมก็ตั้งข้อสมมุติขึ้นไว้ว่า ทรัพยากรเปรียบเสมือนสินค้า ถ้าประชาชนมีรายได้สูงขึ้นก็สามารถซื้อสินค้าได้มากขึ้น นั่นก็คือเขาสามารถมีบุตรได้มากขึ้น แต่ทฤษฎีสมัยใหม่เน้นว่า การที่ประชาชนมีรายได้สูงขึ้นจะทำให้การนิยมของชีวิตเปลี่ยนไป ซึ่ง Simon ได้อ้างถึงการศึกษาของ Dumont ไว้ว่า การที่ประชาชนมีรายได้สูงขึ้นทำให้เขามีค่านิยมในการที่จะพัฒนาฐานะทางสังคมของครอบครัวให้สูงขึ้น ซึ่งทำให้เกิดการเปรียบเทียบระหว่างความต้องการในสิ่งของที่เขาคือซื้อกับจำนวนบุตรที่เขาจะต้องเลี้ยงดู ซึ่งสิ่งเหล่านี้เองทำให้มีการจำกัดขนาดของครอบครัว

ทฤษฎีของ Dumont² มีใจความว่า มนุษย์มีความทะเยอทะยานอยากจะได้ยฐานะของตนให้สูงขึ้นตามลำดับ ในการบวกันที่จะยฐานะของตนให้สูงขึ้นในสังคมมนุษย์ก็จะไม่เอาใจใส่ต่อชีวิตครอบครัว และไม่สนใจการสืบพันธุ์ ทฤษฎีนี้พยายามจะอธิบายที่กลุ่มชนที่ฐานะเศรษฐกิจดีหรือมีตำแหน่งสูงมักมีบุตรน้อยคน

¹ Julian L. Simon, The Affect of Income on Fertility, (North Carolina: Chapel Hill, 1974), p.3.

² Arsène Dumont, La Morale Basée sur la Lemographie, Scheicher Frères, Paris: 1901) p.33. อ้างถึงใน สุชิน อุทิศบุตร, "การวางแผนครอบครัวกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในนิคมของประเทศไทย." วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหัตถิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2518.

Williamson¹ (1969) ได้ใช้ข้อมูลในโครงการของมหาวิทยาลัย Harvard เกี่ยวกับอิทธิพลทางบ้านสังคมและด้านจิตวิทยา เพื่อทำนายถึงการนิยมใช้การคุมกำเนิด ตัวแปรทางสังคมได้แก่ การศึกษา ระดับอาชีพ รายได้ การอ่านหนังสือพิมพ์ พังวิทย์ และการใฝ่รับข่าวสารข้อมูล ส่วนตัวแปรทางจิตวิทยาก็ได้แก่ ขนาดของครอบครัวในอุดมคติและความรู้สึกที่มีต่อการคุมกำเนิด (ซึ่งได้จากการตอบคำถาม 14 ข้อ) Williamson ได้ประเมินผลของปัจจัยทั้งสอง (สังคมและจิตวิทยา) เพื่อนำมาเป็นเครื่องสนับสนุนการคุมกำเนิด Williamson สรุปว่าอย่างไรก็ตามผลทางจิตใจและความเห็นเกี่ยวกับขนาดครอบครัวที่เหมาะสมมีความสำคัญยิ่งกว่าตัวแปรอื่น

แนวความคิดเชิงทฤษฎี

ในการยอมรับเอาวิธีวางแผนครอบครัวมาปฏิบัติ ผู้มารับบริการวางแผนครอบครัวต้องมีการเปลี่ยนแปลงความคิดดั้งเดิม มีการเตรียมพร้อมที่จะรับประสบการณ์ใหม่ๆ ความรู้ใหม่ๆ (Innovation) ซึ่งหมายถึงการกล้าเสี่ยงต่อการรับรู้สิ่งที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน เมื่อมหาคลองและได้ผลเป็นที่น่าพอใจก็จะรับเอาความรู้หรือการเปลี่ยนแปลงมาปฏิบัติ การยอมรับของใหม่นี้จะเป็นเครื่องชี้ต่อการเปลี่ยนไปสู่ความคิดทันสมัยด้านจิตใจได้ ซึ่งจะต้องได้รับการเผยแพร่ความคิด (Diffusion of Innovation) และการยอมรับเอาความคิดใหม่ไปปฏิบัติ (Adoption Process for Birth Control) Donald J. Bogue² ได้แบ่งขบวนการยอมรับการวางแผนครอบครัวไปปฏิบัติเป็น 4 ระยะ คือ

¹ J.B., Williamson, "Subject Efficacy and Ideal Family Size as Predictors of Favorability toward Birth Control." Demography, ed. James T. Fawcett (North Haven Connecticut: The Van Dyck Printing Co., 1970), p. 70--71 .

² วิฑูรณ์ โอสตานนท์, การสื่อสารในการปฏิบัติวางแผนครอบครัวและประชากร, (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์พระจันทร์, 2516), หน้า 27-30.

ก. เป็นระยะที่รับรู้ว่าการตั้งครรภ์สามารถป้องกันได้ เป็นสิ่งค้ำจุน ควรปฏิบัติ มีความสนใจอยากเรียนรู้หรือรับรู้เรื่องเหล่านั้นมากขึ้น

ข. เป็นระยะที่ศึกษา สอบถามเรื่องการวางแผนครอบครัว หรือคุมกำเนิด เช่น การคุมกำเนิดที่มีวิธี วิธีไหนดี มีอันตรายไหม จะรับบริการใดที่ไหน ประมวลเอาสิ่งที่ได้ รับรู้มาพิจารณาพิเคราะห์ตัดสินใจว่าจะลอง

ค. เป็นระยะที่จะเริ่มทดลองปฏิบัติ เป็นระยะที่จะไปปรึกษาแพทย์ที่โรงพยาบาล หรือหน่วยงานสำหรับให้บริการวางแผนครอบครัว หรือร้านขายยา เรียนรู้วิธีการปฏิบัติ เพิ่มเติม และทดลองปฏิบัติคุมกำเนิด

ง. เป็นระยะที่มีการยอมรับโดยสมบูรณ์ ผู้ที่มาถึงระยะนี้จะรู้สึกว่าการคุมกำเนิด เป็นของธรรมดาและควรปฏิบัติ อาจรู้สึกไม่สบายใจหรือกลัวถ้ามีการร่วมเพศโดยไม่มีการคุมกำเนิด

สมมุติฐานการศึกษา

ผู้เขียนได้ตั้งสมมุติฐานในการศึกษาไว้ดังนี้คือ

ก. ผู้มาใช้บริการวางแผนครอบครัวตลอดทุกชั้นตอน น่าจะเป็นผู้มีระดับการศึกษาสูงกว่าผู้ที่ไม่ใช้บริการวางแผนครอบครัวเฉพาะระยะแรก

เป็นที่ทราบกันแล้วว่าผู้มีการศึกษาย่อมตระหนักถึงถึงคุณค่าของความเป็นอยู่ที่มีความมั่นคงในค่านางๆของชีวิต ดังนั้นผู้ที่มีการศึกษาย่อมน่าจะมีการวางแผนครอบครัว และมีการคุมกำเนิดอย่างสม่ำเสมอมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับต่ำกว่า มีการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ดังนี้คือ

นายแพทย์อารี สมบูรณ์สุข และนายแพทย์นิกร อุตสิน ใ้ทำการสำรวจทัศนคติของนักศึกษาแพทย์ต่อการวางแผนครอบครัว ในเดือนมีนาคม 2513 พบว่า แนวความคิดของบุคคลระดับการศึกษานั้นสัมพันธ์กับการวางแผนครอบครัว นักศึกษาแพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่าการ

ก. Awareness and Interest เป็นระยะที่รับรู้ว่าการตั้งครมรสสามารถป้องกันได้ เป็นสิ่งจำเป็น ควรปฏิบัติ มีความสนใจอยากเรียนรู้ หรือรับรู้เรื่องเหล่านี้มากขึ้น

ข. Information Gathering, Evaluation and to Try เป็นระยะที่ศึกษา สอดถามเรื่องการวางแผนครอบครัว หรือคุมกำเนิด เช่น การคุมกำเนิดมี กี่วิธี วิธีไหนดี มีอันตรายไหม จะรับบริการได้ที่ไหน ประมวลเอาสิ่งที่ได้รับรู้ต่างๆ มาพิจารณา ตัดสินใจว่าจะลอง

ค. Implementation เป็นระยะที่จะเริ่มทดลองปฏิบัติ เป็นระยะที่จะไปปรึกษา แพทย์ที่โรงพยาบาลหรือหน่วยงานสำหรับให้บริการวางแผนครอบครัว หรือร้านขายยา เรียนรู้วิถี การปฏิบัติเพิ่มเติม และทดลองปฏิบัติคุมกำเนิด

ง. Adoption and Continued Used เป็นระยะที่มีการยอมรับโดยสมบูรณ์ ผู้ ที่มาถึงระยะนี้ จะรู้สึกว่า การคุมกำเนิดเป็นของธรรมดา และควรปฏิบัติ อาจรู้สึกไม่สบายใจ หรือกลัว ถ้ามีการร่วมเพศโดยไม่มีการคุมกำเนิด

สมมุติฐานการศึกษา

ผู้เขียนได้ตั้งสมมุติฐานในการศึกษาไว้ดังนี้ คือ

ก. ผู้มาใช้บริการวางแผนครอบครัวตลอดทุกชั้นตอน น่าจะเป็นผู้มีระดับการศึกษาสูงกว่าผู้ที่ไม่ใช้บริการวางแผนครอบครัวเฉพาะระยะแรก

เป็นที่ทราบกันแล้วว่า ผู้มีการศึกษาย่อมตระหนักถึงถึงคุณค่าของความเป็นอยู่ที่ดี ความมั่นคงในค่านต่างๆ ของชีวิต ดังนั้นผู้ที่มีการศึกษาคือย่อมน่าจะมีการวางแผนครอบครัว และมีการคุมกำเนิดอย่างสม่ำเสมอมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับที่ต่ำกว่า มีการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ ดังนี้ คือ

นายแพทย์อารี สมบูรณ์สุข และนายแพทย์นิกร กุสิทสิน ได้ทำการสำรวจทัศนคติของ นักศึกษาแพทย์ต่อการวางแผนครอบครัว ในเดือนมีนาคม 2513 พบว่า แนวความคิดของบุคคลระดับ การศึกษาสูงนั้น มักสนับสนุนการวางแผนครอบครัว โดยนักศึกษาแพทย์ส่วนใหญ่ มีความเห็นว่า การ

วางแผนครอบครัวเป็นสิ่งจำเป็นและไม่เป็นมาย 1

นางสาวนิภา บุรินทรางกูร ได้ทำการศึกษาวิจัยในปีพ.ศ. 2515 เรื่อง "ผลของความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการปฏิสนธิ ที่มีต่อการยอมรับปฏิบัติการวางแผนครอบครัวของสตรีหลังคลอดบุตรในโรงพยาบาลศิริราช" พบว่า ระดับการศึกษาของสตรีเป็นปัจจัยสำคัญต่อจำนวนบุตร คือสตรีที่มีการศึกษาสูงจะมีบุตรน้อยกว่าสตรีที่มีการศึกษาต่ำหรือไม่มีเลย

ผู้มีการศึกษาระดับมหาวิทยาลัยประมาณ 88 % มีบุตร 1 - 2 คน

ผู้มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาประมาณ 62 % มีบุตร 1 - 2 คน

และผู้ไม่มีการศึกษาประมาณร้อยละ 46 เท่านั้นที่มีบุตร 1 - 2 คน².

กลุ่มคนที่มีการศึกษาสูงจะมีบุตรน้อยกว่ากลุ่มคนที่มีการศึกษาต่ำ³ เพราะต้องใช้เวลาในการศึกษา ทำให้แต่งงานช้า และมีความพยายามที่จะยกฐานะความเป็นอยู่ให้ดีขึ้นอยู่เสมอ เพื่อก้าวไปสู่ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่สูงกว่าเดิม

¹ อารี สมบูรณ์สุข และ นิกร กุศลสิน, "การคุมกำเนิดในทัศนะของนักศึกษาแพทย์: วารสารการวางแผนครอบครัว (กรกฎาคม 2513): 2

² นิภา บุรินทรางกูร, "ผลของความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและการปฏิสนธิที่มีต่อการยอมรับปฏิบัติการวางแผนครอบครัวของสตรีหลังคลอดบุตร ในโรงพยาบาลศิริราช" (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต แผนกสังคมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2515), หน้า 99 - 116

³ นิพนธ์ เทพวัลย์, ประชากรศาสตร์, พิมพ์ครั้งที่ 2. (กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช, 2519), หน้า 113 .

คุณมาลี ธรรมลิขิตกุล (2517) ศึกษาถึงการเรียนรู้การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว พบว่าการศึกษาของประชากรมีความสำคัญต่อการเรียนรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว เพราะปรากฏว่าผู้มีการศึกษาสูงเป็นผู้ที่รู้เกี่ยวกับวิธีคุมกำเนิดมากกว่าผู้มีระดับการศึกษาต่ำกว่าหรือไม่เคยได้รับการศึกษาเลย ในกลุ่มสตรีที่มีการศึกษาสูงมักมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวกันอย่างแพร่หลายและมากกว่ากลุ่มของสตรีที่ระดับการศึกษาต่ำกว่า

Frank และ Tietze ² ศึกษาพบว่า สตรีที่มีการศึกษาปานกลาง จะมีอัตราการคงใช้วิธีวางแผนครอบครัวสูงกว่าสตรีที่มีการศึกษาสูงกว่าและต่ำกว่า

Kanikar และ Shah ³ ได้ศึกษาที่บอมเบย์พบว่า ผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาเลยมีอัตราการคงใช้ต่ำกว่าผู้ที่เรียนจบชั้นประถมศึกษา และผู้ที่จบชั้นประถมศึกษามีอัตราการคงใช้ต่ำกว่าผู้ที่จบชั้นมัธยมศึกษา

ข. สามีของสตรีผู้มารับบริการวางแผนครอบครัวตลอดทุกชั้นตอน น่าจะเป็นผู้มีระดับการศึกษาสูงกว่าสามีของผู้มารับบริการวางแผนครอบครัวเฉพาะในระยะแรก

ในการวางแผนครอบครัวนั้น คู่สมรสจำเป็นต้องเห็นถึงความสำคัญทั้งสองฝ่าย ดังนั้น ความเห็นหรือความยินยอมของสามีย่อมเป็นสิ่งสำคัญ ถ้าสามีไม่เห็นด้วย หรือคัดค้านการวางแผนครอบครัวแล้ว ภรรยายอมไม่กล้าที่จะไปรับบริการวางแผนครอบครัว การเห็นด้วยต่อการไปรับ

¹มาลี ธรรมลิขิตกุล, "การเรียนรู้ในเรื่องการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของประชากรในแหล่งเสื่อมโทรม บริเวณใกล้เคียงโรงพยาบาลรามาริมศิริ" วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2517. หน้า 15-16.

²R. Frank and C. Tietze, "Acceptance of an Oral Contraceptive in a Large Metropolitan Area," American Journal of Obstetric and Gynecology 3 (September 1, 1965) : 122 - 127.

³Karnikar, S.D., "Some Observation on the First Pill Trial in Bombay," paper presented at the International Symposium on the Oral Gistogen and Their used in General Medicine and Public Health, Folkestone 1966. pp. 29 - 30 .

บริการวางแผนครอบครัวของภรรยาอย่างสม่ำเสมอ ย่อมมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับระดับการศึกษาของสามี อันจะนำไปสู่ความรู้ความเข้าใจและเห็นค่าในการวางแผนครอบครัวของภรรยา การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับการศึกษาของสามีสตรีที่มารับบริการวางแผนครอบครัวมีดังนี้คือ

การศึกษาในประเทศญี่ปุ่น¹ อัตราการปฏิบัติวางแผนครอบครัวเพิ่มขึ้นตามระดับการศึกษาของสามี

ค. ยูมาไซบริการวางแผนครอบครัวตลอดทุกชั้นตอน น่าจะเป็นผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงกว่ายูมาไซบริการวางแผนครอบครัวเฉพาะระยะแรก

Davis² ได้ตั้งทฤษฎีเกี่ยวกับฐานะเศรษฐกิจในสังคมอุตสาหกรรมว่า ประชาชนจะมีการตอบสนองต่อการควบคุมจำนวนประชากร เช่น การคุมกำเนิด การทำหมัน เป็นต้น เพื่อให้เศรษฐกิจดีขึ้น เพื่อสนับสนุนสมมุติฐานข้อนี้ยูเขียนได้ใจการวิจัยที่เกี่ยวข้องสนับสนุนดังนี้คือ

Whelton, Cambell and Patterson³ ได้ทำการศึกษาสตรีอเมริกันเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวพบว่า สตรีที่สามีมีรายได้สูง ใช้วิธีคุมกำเนิดสูงกว่าสตรีที่สามีมีรายได้น้อยกว่า

รายงานการศึกษาในประเทศมาเลเซีย⁴ พบว่ากลุ่มสตรีในระดัอายุเดียวกัน กลุ่มมีรายได้ 500 เหรียญต่อเดือน มีอัตราการใช้วิธีการวางแผนครอบครัวสูงกว่าผู้มีรายได้ 100 เหรียญต่อเดือน

005791

¹ Nietzsche, Christopher, "The Current Status of Fertility Control," Population Control, ed. Martin G. Shimn (Ocean Publication, Inc., 1961), p.60.

² DavDay, "The Theory of Change and Response....," : 345-366

³ Pascal K. Whelpton, Arthur A. Cambell and John E. Patterson, Fertility and Family Planning in the United States, (New Jersey, Princeton University Press, Princeton 1966) p. 205.

⁴ Malaysia, National Family Board, Report on the West Malaysia Family Survey. (Kuala Lumpur: Kum Printers, 1967) p.67.

ในการศึกษาที่บางเขน¹ มีการวัดฐานะทางเศรษฐกิจ โดยการให้คะแนนกับวัตถุ เครื่องใช้ต่างๆ พบว่า ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงสุดมีอัตราส่วนการใช้วิธีวางแผนครอบครัวร้อยละ 55

เมื่อนำเอาฐานะทางเศรษฐกิจของผู้มารับบริการวางแผนครอบครัวมาสัมพันธ์กับการยอมรับของใหม่ (Innovations) ซึ่งในที่นี้หมายถึง การยอมรับการวางแผนครอบครัวมาปฏิบัติ จากการค้นคว้าในสหรัฐอเมริกา เกี่ยวกับความแตกต่างในระหว่างบุคคลในการยอมรับสิ่งใหม่²

พบว่า ผู้มีฐานะมั่นคง เป็นพวกที่ยอมรับสิ่งใหม่ได้เร็วที่สุด

ผู้มีฐานะดีพอเพียง เป็นผู้ที่ยอมรับได้เร็วมาก

ผู้มีฐานะปานกลาง เป็นผู้ที่ยอมรับได้เร็วปานกลาง

พวกที่มีฐานะดีพอใช้ เป็นพวกที่ยอมรับมาช้า

พวกที่มีฐานะต่ำ เป็นพวกที่เฉื่อยช้า ไม่ยินดียินร้าย

ง. สตรีที่ออกประกอบอาชีพนอกบ้าน เพื่อช่วยเหลือเศรษฐกิจของครอบครัว น่าจะเป็น ผู้ใช้บริการวางแผนครอบครัวตลอดทุกชั้นตอน มากกว่าผู้มารับบริการวางแผนครอบครัวเฉพาะระยะแรก

สตรีที่ออกประกอบอาชีพนอกบ้าน ย่อมมีเวลาดูแลบ้านและเลี้ยงบุตรน้อย การตั้งครรภ์ หรือมีบุตร ย่อมเป็นอุปสรรคในการออกไปประกอบอาชีพนอกบ้าน ดังนั้นผู้ประกอบอาชีพนอกบ้านจึง น่าจะเป็นผู้ที่มีการวางแผนครอบครัวอย่างสม่ำเสมอทุกชั้นตอนมากกว่าผู้มารับบริการวางแผนครอบครัวเฉพาะระยะแรก

¹ Robert G. Burnight, Srisomang Keovichit and Richard J. Udry, "Family Planning Attitude and Practice in Suburban area of Thailand,"

การสัมมนาทางวิชาการแห่งชาติเรื่องประชากรของประเทศไทย ครั้งที่ 3, (พระนคร :

กองวิจัยสังคมศาสตร์, สำนักงานสภาวิจัยแห่งชาติ, 2511) หน้า 380 และ 388.

² จรุง เจริญพิทักษ์, "หลักการศึกษานโยบายการวางแผนครอบครัว", ในคำบรรยายประกอบ ประถมศึกษาสอนการวางแผนครอบครัว, [ม.ป.ท., ม.ป.ป.] , หน้า 182.

ในสหรัฐอเมริกาพบว่า คู่สมรสที่มีอาชีพใช้กำลังสมอง มีอัตราการวางแผนครอบครัวก่อนตั้งครรภ์ครั้งแรกสูงที่สุด พวกที่มีอาชีพชานาและพวกที่มีอาชีพใช้กำลังกายมีอัตราการปฏิบัติลดหลั่นลงมา นอกจากนี้ ยังพบว่า จะมีการใช้วิธีป้องกันการปฏิสนธิสูงในกลุ่มสตรีที่ออกไปทำงานนอกบ้าน¹

ส่วนในประเทศมาเลเซียพบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่าง อัตราการวางแผนครอบครัวกับการทำงานนอกบ้านของสตรี²

จ. สตรีซึ่งสามีประกอบอาชีพประเภทใช้แรงงาน น่าจะมาใช้บริการวางแผนครอบครัวเฉพาะในระยะแรกมากกว่าสตรีที่สามีประกอบอาชีพไม่ได้ใช้แรงงาน

เป็นไปได้ว่า ผู้ที่ประกอบอาชีพใช้แรงงานเป็นผู้ที่การศึกษาไม่สูงนัก และรายได้จากลักษณะอาชีพนี้ค่อนข้างต่ำ ทำให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจ จึงทำให้ภรรยาของผู้ประกอบอาชีพนี้ต้องหันเข้ามาหาการวางแผนครอบครัว และในทำนองเดียวกัน อาชีพที่ใช้แรงงานก็จำเป็นต้องอาศัยกำลังกาย ดังนั้นอาจเป็นไปได้ว่า สามีของสตรีผู้มารับบริการวางแผนครอบครัวอาจเกรงว่าการวางแผนครอบครัวอาจมีผลต่อภรรยา หรือเกรงไปว่า การคุมกำเนิดนั้นหากเกิดปัญหาขึ้นย่อมเป็นอุปสรรคต่อการประกอบอาชีพ จึงอาจโน้มน้าวให้ภรรยาของผู้ประกอบอาชีพนี้คุมกำเนิดก็ได้ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสมมุติฐานข้อนี้ คือ

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตราส่วนของคู่สมรสที่มีการวางแผนครอบครัว กับลักษณะอาชีพของสามีในประเทศอินเดีย พบว่า³ สตรีที่สามีประกอบอาชีพเกษตรกรรมมีจำนวนน้อย

¹ Pascal K. Whelpton, Arthur A. Campbell and John E. Patterson, Fertility and Family Planning in the United States, pp. 203-204 .

² Malaysia, National Family Board, Report on West Malaysian Family Survey, p. 270 .

³ Kumudini Dandekar and Vaijayanti Bhate, Prospect of Population Control: Evaluation of Contraception Activity 1951 - 1964, (India: Orient Longman, 1971) pp. 409 - 410

ที่สุดเพียงร้อยละ 0.3 ครูอาจารย์ร้อยละ 3.8 ค้าขายร้อยละ 4.3 ช่างฝีมือร้อยละ 8.4
เจ้าหน้าที่บริหารร้อยละ 13.9 และอาชีพที่ใช้วิชาชีพขั้นสูงร้อยละ 16.7

จากการศึกษาของคุณภาพพร บุรพาชนะ พบว่า คู่สมรสที่กำลังปฏิบัติกรวางแผน
ครอบครัว พิจารณากลุ่มอาชีพของสามีใดแก่ กลุ่มอาชีพรับราชการและทำงานใช้วิชาชีพมี
ร้อยละ 47.6 และ 40.7 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าทุกกลุ่มอาชีพ และกลุ่มอาชีพเกษตรกรรมมี
น้อยที่สุดเพียงร้อยละ 29.6 เท่านั้น¹ :

ฉ. ผู้ที่มีบุตรมาก น่าจะเห็นด้วยกับการวางแผนครอบครัว และมารับบริการตลอดทุก
ขั้นตอน ในอัตราที่สูงกว่าผู้ที่มีบุตรน้อย

ในสภาพความเป็นอยู่ในปัจจุบันนี้ ผู้ที่มีบุตรมากย่อมจะต้องรับภาระการอบรมเลี้ยงดู
บุตร และประสบปัญหาเศรษฐกิจมากกว่าผู้ที่มีบุตรน้อย ดังนั้นผู้ที่มีบุตรมาก สมควรที่จะมารับบริการ
วางแผนครอบครัวอย่างสม่ำเสมอทุกขั้นตอนมากกว่าผู้ที่มีบุตรน้อย หรือไม่มีเลย

มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับจำนวนบุตร ซึ่งมีผลต่อการมารับบริการวางแผนครอบครัวดังนี้คือ

จากการศึกษาในประเทศเกาหลี พบว่า² อัตราการปฏิบัติวางแผนครอบครัว จะ
เพิ่มตามจำนวนบุตรที่มีชีวิต ยกเว้นในกลุ่มสตรีที่มีจำนวนบุตรตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป อัตราการปฏิบัติ
จะลดลง

¹ นุภาพร บุรพาชนะ, "วิธีป้องกันการปฏิสนธิที่คู่สมรสในเขตเมืองเสือกโช, (วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต แผนกวิชาสังคมวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2515),
หน้า 34.

² Population Council, " Korea: Trend in Four National KAP Survey
1964 - 1967," Study in Family Planning 43 (The Population Council Inc.,
1969) pp. 7 - 9 .

Nasser Maroufi - Bozorgi ¹ ได้ทำการศึกษาในกรุงเทพมหานคร พบว่าสตรีที่ต้องการหาวิธีป้องกันการปฏิสนธิ มักจะเป็นสตรีที่มีจำนวนบุตรที่มีชีวิตมาก โดยเฉลี่ยมีบุตร 7 คน และมีจำนวนครั้งเฉลี่ยของการตั้งครรภ์สูง

นายแพทย์มนัสวี อุดหนันท์ ² ศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ของสตรีที่มารับการทำหมันมีจำนวนบุตรที่มีชีวิต 4 - 5 คนขึ้นไป

ข. ผู้ที่เคยมารับบริการทางการแพทย์อย่างอื่นที่ศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร น่าจะมีความรู้และเห็นด้วยกับการวางแผนครอบครัว และจะมารับบริการวางแผนครอบครัวอย่างสม่ำเสมอทุกระยะขึ้นตอน มากกว่าผู้ไม่เคยมารับบริการอื่นๆ ที่ศูนย์บริการสาธารณสุข

การมารับบริการทางการแพทย์ที่ศูนย์บริการสาธารณสุขของผู้มารับบริการวางแผนครอบครัวนั้น อาจเป็นการมารักษาความเจ็บป่วยของตนเองหรือคนในครอบครัว เพราะผู้มารับบริการย่อมได้ข้อมูลหรือข่าวสารทางตรงเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด ย่อมทำให้ผู้มารับบริการได้รับความรู้ใหม่ (Innovations) และช่วยกระตุ้นให้เกิดการยอมรับในความรู้ใหม่นั้น เมื่อเกิดการยอมรับและเข้าใจลึกซึ้งก็ย่อมทำให้ผู้มารับบริการนำไปปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

ตัวอย่างงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับสมมุติฐานนี้ คือ

สำหรับทัศนคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวนั้น พบว่า สตรีที่เคยมารับการอบรมอนามัยแม่และเด็ก เห็นด้วยกับการคุมกำเนิดร้อยละ 95 ³

¹ Nasser Maroufi-Bozorgi, "Some Socio-Demographic Characteristic of Woman Seeking Contraceptive Advise in one of the Southern Clinic of Tehran," contributed paper at the IUSSP Sydney Conference, Sydney, 1974.

² มนัสวี อุดหนันท์, " การศึกษารายการทำหมันชาย 10314 ราย ในประเทศไทย", การสัมมนาทางวิชาการแห่งชาติเรื่องประชากรของประเทศไทย ครั้งที่ 2, (พระนคร: กองวิจัยสังคมศาสตร์ สำนักงานสภาวิจัยแห่งชาติ, 2508), หน้า 123.

³ Center for Population Report and Family Planning, The Final Report of the Gicongi-Yonsei MothersClass Project, (Korea:Yonsei University, 1972), p. 39.

ส่วนการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว พบว่า สตรีที่เคยมารับการอบรม
อนามัยแม่และเด็ก ได้ใช้ยूरอยละ 37 สำหรับสตรีที่ไม่เคยมารับการอบรมนั้น กำลังใช้ยूरเพียง
ร้อยละ 25 เท่านั้น⁽¹⁾

ในการศึกษาเกี่ยวกับการเจริญพันธุ์และการวางแผนครอบครัวในเขตเมืองเชอูลนั้น⁽²⁾
มหาวิทยาลัยเชอูลได้รายงานว่า สตรีที่ไปศูนย์บริการสาธารณสุขใช้วิธีคุมกำเนิดมากกว่าผู้ที่ไม่ได้ไป

ช. ผู้ที่อยู่กลางวัยเจริญพันธุ์ น่าจะเห็นควยกับการวางแผนครอบครัว และมารับบริการ
วางแผนครอบครัวตลอดทุกชั้นตอนในอัตราที่สูงกว่าผู้ที่อยู่คนและปลายวัยเจริญพันธุ์

ผู้ที่อยู่กลางวัยเจริญพันธุ์ ซึ่งการศึกษานี้ผู้วิจัยได้กำหนดอายุไว้ระหว่าง 25 - 34 ปี
ซึ่งเป็นวัยที่เหมาะสมแก่การสมรสและมีบุตรมากกว่าวัยต้นหรือปลายวัยเจริญพันธุ์ เป็นวัยที่ควรมีการ
วางแผนครอบครัวอย่างสม่ำเสมอทุกชั้นตอน มากกว่าวัยต้นหรือปลายวัยเจริญพันธุ์ ซึ่งอาจยังไม่ได้
สมรสหรือสมรสแล้ว เพิ่งมีบุตร หรืออาจมีบุตรเพียงพอแล้ว หรืออาจเกรงว่าการมีบุตรเมื่ออายุมาก
อาจทำให้ทั้งมารดาและบุตรมีสุขภาพไม่แข็งแรงได้ จึงอาจเลิกมารับบริการวางแผนครอบครัวและ
เปลี่ยนไปทำหมันแทนก็ได้

จากการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการวางแผนครอบครัวของสตรีที่โพธารวม⁽³⁾พบว่า

¹ Ibid., p. 42.

² Ibid., p. 37.

³ Visid Prachuabmoh, "Factors Affecting Desire of Lack of Desire
for Additional Progeny in Rural Thailand," in Sociological Contributions
to Family Planning Research, ed. by Donald J. Bouge (Community and Family
Study Center, University of Chicago, November, 1966), p. 395.

กลุ่มอายุ 25 - 39 ปี เป็นกลุ่มที่มีวิธีการใช้วิธีวางแผนครอบครัวมากที่สุด คือ ในกลุ่มอายุ 25 - 29 ปี มีผู้ใช้ร้อยละ 20 กลุ่มอายุ 30 - 34 ปี มีผู้ใช้ร้อยละ 26 กลุ่มอายุ 35 - 39 ปี มีผู้ใช้ร้อยละ 28 สำหรับในกลุ่มอายุที่ต่ำกว่า 25 ปีและสูงกว่า 40 ปี มีใช้น้อยลง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้มีอายุมากนั้น เกรงว่าอาจจะมีอายุไม่ยืนยาวพอที่จะเลี้ยงลูกให้โตได้ หรือสตรีที่มีอายุมากอาจมีสุขภาพที่ไม่ค่อยแข็งแรง

ในไต้หวัน จากการศึกษารายชื่อของ L.P. Chow เกี่ยวกับการรับเอาวิธีวางแผนครอบครัวแบบใส่ห่วง พบว่า อัตราส่วนการรับสูงในกลุ่มสตรีที่สมรสแล้ว อายุ 30 - 34 ปี รองลงมาได้แก่สตรีในกลุ่มอายุ 35 - 39 ปี และสตรีในกลุ่มอายุ 25 - 29 ตามลำดับ¹

ส่วนอัตราการคงใช้สูงสุด ตามกลุ่มอายุของสตรี พบว่า ในแต่ละประเทศจะมีอัตราการคงใช้สูงสุดแตกต่างกันตามหมวดอายุ เช่น

ในประเทศญี่ปุ่น อัตราการคงใช้ของสตรีญี่ปุ่นจะสูงสุดในกลุ่มอายุ 30 - 34 ปี²
 ในสหรัฐอเมริกา อัตราการคงใช้สูงสุดจะอยู่ในกลุ่มอายุ 25 - 29 ปี³

¹ L.P. Chow, "A Programme to Control Fertility in Taiwan: Setting, Accomplishment and Evaluation," Population Studies, 2 (November 1965), : 158-159.

² Shigenei Kono, "Social and Economic Correlation of Fertility and Family Planning in Minoru Muramutsu," Japan Experience in Family-Past and Present, ed. Shigenei Kono (Tokyo: Family Planning Federation of Japan Inc., March 1967), p. 49.

³ Freedman Ronald, Pascal K. Whelpton and Arther Cambell, Family Planning, Sterility and Population Growth, (New York : McGraw Hill 1959), p.65.

ในการศึกษาถึงเรื่องการวางแผนครอบครัวที่บางเขน¹ Cowgill กล่าวว่า โดยทั่วไปแล้ว อายุที่ไข่มากที่สุดมักมีอายุระหว่าง 30-34 ปี คือมีผู้ใช้ร้อยละ 56 นอกจากนี้ Cowgill ยังได้อ้างถึงผลงานของ ผ.ห. Kwon ซึ่งได้ทำการศึกษาในแหล่งเสื่อมโทรมของเซอูล พบว่า อายุที่ใช้วิธีคุมกำเนิดมักมีอายุระหว่าง 30-34 ปี เช่นกัน ในประเทศญี่ปุ่นซึ่งได้ทำการศึกษาโดย S. Kono ก็พบว่า อายุที่ใช้วิธีคุมกำเนิดมากที่สุด คืออายุระหว่าง 30-34 ปี

Ross และ Smith ได้ศึกษาเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของประเทศเกาหลี พบว่า เกี่ยวกับการใช้วิธีคุมกำเนิดนั้น อายุ 35-39 ปี เป็นกลุ่มที่ไข่มากที่สุด โดยพบว่า ร้อยละ 39 ของสตรีในชนบทกำลังใช้วิธีคุมกำเนิด สำหรับอายุ 30-34 ปีเป็นกลุ่มที่ไข่รองลงมา ในกลุ่มอายุที่ต่ำกว่า 30 ปี และสูงกว่า 40 ปีขึ้นไป อัตราส่วนของผู้ใช้ไข่ลดลง

Hall and Rienke³ ได้สรุปไว้ว่า อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการคงใช้วิธีคุมกำเนิด

จะเห็นว่าทฤษฎีและแนวความคิดที่เกี่ยวข้องเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ต่อการศึกษารังนี้ ถึงที่ได้กล่าวรายละเอียดมาแล้ว

¹ Donald O. Cowgill, Family Planning in Bangkok, (Center for Population and Social Research, Mahidol University Bangkok, Thailand, June 1969), pp. 51 - 52.

² John A. Ross and David P. Smith, Korea: Trends in Four National KAP Surveys, 1964 - 1967, No. 43: Studies in Family Planning (The Population Council, June 1969), p. 8.

³ Hall M. Françoise and William A. Rienke, "Factors Influencing Contraception Continuation Rate: The Oral and the Intrauterine Method," Demography 6 [n.d.] : 335 - 346