



ผลการวิจัยที่มีผู้ทำไว้แล้วและสามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติทางด้านสุขภาพอนามัยกับภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีได้รวบรวมไว้ดังนี้

การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

มีการศึกษาถึงความสำคัญในการปฏิบัติทางด้านอนามัยว่า หากประชาชนได้รับการศึกษาในระดับสูงก็ย่อมจะมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคล และวิธีการป้องกันโรคโดยถูกต้องในการปราบปรามโรคติดต่อต่าง ๆ กลุ่มคนที่ได้รับการศึกษาในระดับสูงมากจะให้ความร่วมมือแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้วยดี เพราะเล็งเห็นความสำคัญของการสาธารณสุข ส่วนพวกที่มีการศึกษาน้อยหรือไม่ได้รับการศึกษา นอกจากไม่ร่วมมือแล้วยังอาจชักชวนเพื่อนบ้านขัดขวางการปฏิบัติงานสาธารณสุขอีกด้วย เช่น ไม่ยอมฉีดวัคซีน ไม่ยอมพ่น ดี.ดี.ที.ที่บ้าน^๑ ผลจากการศึกษาที่คล้ายกันกับการศึกษาในต่างประเทศที่เมือง Laclede ในรัฐมิสซูรี เมื่อปี ๑๙๕๕ โดย Robert L. Manamara และ Edward W. Hassinger พบว่าคนสูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งคนที่มีการศึกษาน้อยจะไม่ค่อยสนใจที่จะไปรับการรักษาและรับบริการด้านการแพทย์ที่สถานอนามัย ถึงแม้ว่าคนเหล่านี้อยู่ในวัยที่ต้องการการรักษาพยาบาล^๒

^๑ มนัสวี อุทหนันท์, "การพัฒนากาอนามัยกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม," ใน ทฤษฎีแนวความคิดในการพัฒนาประเทศ, ออมร รักษาสัตย์ และชัตติยา กรรณสูตร, บรรณาธิการ (พระนคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ๒๕๐๘), หน้า ๗๐๙ - ๗๑๐.

^๒ Irwin T. Sanders, The Community. (New York : The Ronald Press, 1966), p. 293.

จากการศึกษาของ Mott ในหมู่บ้าน Ibo เมือง Ebendo ในตะวันตกกลาง ประเทศไนจีเรีย โดยการสัมภาษณ์สตรีวัยเจริญพันธุ์ อายุ ๑๕ - ๔๔ ปี เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพอนามัย เมื่อมีการเจ็บป่วยมากไปรับการรักษาที่ไหนบ้าง จากรายงานพบว่าไปรับการรักษาพยาบาลกับแพทย์ประจำพื้นบ้านร้อยละ ๕๐ แพทย์ที่โรงพยาบาลร้อยละ ๓๕ (โรงพยาบาลห่างจากหมู่บ้าน ๘ กม.) ร้อยละ ๒๕ รักษาด้วยตนเอง และมีรายงานว่าสตรีที่ไปรับการรักษาใหม่ ส่วนใหญ่เป็นสตรีอายุ ๑๕ - ๒๕ ปี และสตรีอายุมากคืออายุ ๕๐ ปีขึ้นไป จะรักษาด้วยยาแผนโบราณหรือรักษาด้วยตนเอง^๑

ผลการศึกษาที่หมู่บ้าน Hermitage ในประเทศจาไมกา ๘๐๕ ครอบครัว พบว่าในระยะเวลาหนึ่ง มีผู้รายงานว่ามีการเจ็บป่วย ๖๓๕ คน และในจำนวนนี้ร้อยละ ๗๑.๓ ที่รายงานว่าได้มีการไปรักษาสำหรับการเจ็บป่วยอย่างน้อยหนึ่งโรค ร้อยละ ๒๔.๒ รายงานว่าไม่ได้มีการรักษาแต่อย่างใด และในบรรดาผู้ที่เจ็บป่วยจะมีร้อยละ ๔๗.๕ ที่ไปรักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบันที่สถานคลินิกหรือโรงพยาบาล ร้อยละ ๒๕.๐ ไปรักษาโดยแพทย์แผนโบราณ ร้อยละ ๑๘.๘ ไปรับการรักษาผสมกัน และร้อยละ ๘.๓ ไม่ได้รับการรักษาโดยวิธีใด ๆ^๒ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการรักษาโดยแพทย์แผนโบราณก็ยังมียุทธพลอยู่มาก ซึ่งพบว่ามีเกินครึ่งของการรักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบัน

ในประเทศไทยในบางท้องที่มีศูนย์บริการทางอนามัยเช่น สถานีอนามัย แต่ไม่ได้รับความสนใจจากประชาชน จากการศึกษารายงานของ Clark B. Cunningham พบว่าประชาชนมีความรู้สึกไม่เชื่อในแพทย์แผนใหม่และไม่เห็นผลประโยชน์ที่จะได้รับจากสถานีอนามัย ประชาชนมีทางออกทางอื่น คือ บางคนรับการรักษาพยาบาลจากหมอกกลางบ้าน คนขายยา จากพระ จากหมอผี หมอเถื่อนหรือคนฉีดยา หมอตำแย ตลอดจนเพื่อนบ้านและญาติโดยเต็มใจที่จะจ่ายเงินอย่างเต็มที่ให้แก่

^๑ Frank L. Mott, "Some Aspects of Health Care in Rural Nigeria," Studies in Family Planning 7 (April 1976) : 110.

^๒ H.I. McKenize, S.I. Alleyne, and K.L. Standard, "Report Illness and its Treatment in a Jamaica Community," Social and Economic Studies 16 (September 1967) : 267.

ผู้ที่ให้การช่วยเหลือ^๑ ผลปรากฏคล้ายคลึงกันจากรายงานของกรมพัฒนาชุมชน เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพอนามัยของประชาชนในเขตอำเภอเมืองหนองคาย พบว่า การปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของบุคคลภายในบ้าน เมื่อมีการเจ็บป่วยของประชาชนในเขตนี้ร้อยละ ๒๘ รักษาโดยใช้ยากลางบ้าน ร้อยละ ๕๑ ซื้อมารักษาเอง ร้อยละ ๓๑ รักษาโดยแพทย์แผนปัจจุบันหรือพยาบาลและผดุงครรภ์ ร้อยละ ๑๑ รักษาโดยแพทย์แผนโบราณ หรือแพทย์ประจำตำบล ร้อยละ ๘ รักษาโดยหมอเถื่อน และร้อยละ ๒.๐ รักษาโดยรศันามนต์ ทรงเจ้า หรือหมอผี เป็นที่น่าสังเกตว่า เมื่อรศษัธตราส่วนร้อยเข้าด้วยกันทั้งหมดค่าที่ได้เกิน ๑๐๐ ทั้งนี้โดยผู้ที่ตอบผลรายงานว่าใช้วิธีรักษาเกินกว่า ๑ วิธี จะเห็นได้ว่าความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุทางไสยศาสตร์ของโรคต่าง ๆ ยังมีอิทธิพลมากในชนบท ชาวชนบทอาจยอมรับการรักษาตามแผนใหม่ แต่ก็ไม่กล้าจะทิ้งของเก่าโดยสิ้นเชิง เมื่อการรักษาโดยวิธีใหม่ยังไม่ได้ผลคลุมเครือ หรือมีโอกาสจะขอใช้การรักษาตามวิธีใหม่และหันกลับไปใช้การรักษาทางไสยศาสตร์ตามแบบเดิม จะทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความมั่นใจขึ้น ด้วยเหตุนี้เราจึงพบการรักษาทางไสยศาสตร์เหลืออยู่ในชนบท หรือแม้แต่ในเมืองในหมู่บุคคลที่ถือได้ว่ามีการศึกษา และอยู่ใกล้ชิดกับการบริการรักษาแผนใหม่^๒ นอกจากนี้การปฏิบัติทางด้านสุขภาพอนามัยของแม่และเด็ก และความเชื่อเก่า ๆ ที่ยังคงมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติก็ยังคงมีความคล้ายคลึงกันในหลาย ๆ ประเทศ ซึ่งจะเห็นได้จากการศึกษาที่หมู่บ้าน Valle Cana ในประเทศเปอร์โตริโก ยังเชื่อถือกันอย่างกว้างขวางเกี่ยวกับคุณภาพของยาสมุนไพร จากการสำรวจพบว่า มารดาเกือบทุกคนรายงานว่าให้บุตรกินสมุนไพรเมื่อทารกมีอายุ ๒ - ๓ วัน โดยใช้ในลักษณะเหมือนน้ำชา เชื่อว่าเป็นยารักษาโรคเกี่ยวกับท้อง ถึงแม้ว่า

^๑ John Bryant, Health and the Developing World. (London : Cornell University Press, 1969), p. 79.

^๒ กรมพัฒนาชุมชน, กองวิจัยและประเมินผล, รายงานการสำรวจสภาวะเริ่มแรก ของประชาชนในเขตโครงการขยายเขตพัฒนาอำเภอเมืองหนองคาย พ.ศ.๒๕๐๔ (พรรณคร : โรงพิมพ์ส่วนท้องถิ่น, ๒๕๑๐), หน้า ๘๘ - ๘๐.

แพทย์จะบอกว่าการใช้สิ่งนี้จะ เป็นอันตรายมากกว่าจะเป็นประโยชน์^๑

สำหรับในเรื่องการใช้บริการด้านสาธารณสุขในประเทศไทย จากการศึกษาในท้องที่อำเภอกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก พบว่าร้อยละ ๙๐.๕๐ ของผู้ป่วยที่มาหาแพทย์นั้นได้รับการรักษาพยาบาลก่อนแล้ว โดยส่วนใหญ่นิยมไปซื้อยามาใช้เอง ถ้าเป็นยาฉ็ดก็นำไปฉ็ดกันเอง หรือให้วัยรุ่นคนที่ฉ็ดยาเป็นฉ็ดให้ หรือไม่ก็จ้างพวกหมอเถื่อน^๒ จากรายงานของ ดร.อุทิศ นาคสวัสดิ์ ซึ่งศึกษาสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เกี่ยวกับการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข รายงานว่าชาวบ้านในภาคนี้ส่วนใหญ่จะใช้บริการด้านนี้เพื่อการคลอดบุตร รองลงมา ก็เพื่อฉ็ดยารักษาโรคและฉ็ดยาเพื่อป้องกันไข้ฉัด^๓ นอกจากนี้มีรายงานการวิจัยของ สันตศี เสริมศรี พบว่าคนไทยโดยเฉพาะที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านหรือชุมชนชนบทมีการปฏิบัติตัวในการรักษาโรคที่คล้ายกันคือ เมื่อเกิดกรณีที่เจ็บป่วย (ไม่รวมกรณีอุบัติเหตุ เพราะการเกิดอุบัติเหตุจะต้องรีบจัดการรักษาที่เป็นแบบรีบด่วน ซึ่งแตกต่างจากการเจ็บป่วยในอาการของโรคธรรมดาในขั้นแรก) การเจ็บป่วยในอาการของโรคครั้งแรก มักจะใช้การรักษาด้วยตนเอง หรือญาติพี่น้องช่วยรักษา ถ้าหากยังไม่หายก็จะไปหาแพทย์รักษา^๔

^๑ David Landy, Tropical Childhood. (New York : Harper Torchbook, 1965), p. 37.

^๒ ชินโอสภ หัสบัวเรอ, "สภาพการแพทย์ในท้องถิ่นในชนบท," เอกสารอ้างอิงการสาธารณสุขในชนบท (กรุงเทพมหานคร : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๑๒), หน้า ๖.

^๓ Udhis Narkswasdi, A Study on The Socio-Economic Condition of The People in The Development Areas of The North East. (Bangkok : Research and Evaluation Division Community Development Department), p. 118.

^๔ สันตศี เสริมศรี, "พฤติกรรมในการใช้บริการทางการแพทย์สาธารณสุขและการคุมกำเนิดของคนไทย," รายงานการวิจัย (กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๑๗), หน้า ๓๘.

การวิจัยในลักษณะการปฏิบัติการบำบัดตนทางด้านสุขภาพอนามัยที่ได้ผลคล้ายคลึงกันคือการศึกษาของกระทรวงสาธารณสุข และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในปี ๒๕๑๓ จากการสัมภาษณ์ประชาชน ๓,๕๐๘ ครอบครัวในเขต ๓๐ อำเภอ ทั่วประเทศทั้งในเขตตัวเมืองและชนบท ได้รับรายงานว่า เมื่อประชาชนรู้สึกไม่สบายร้อยละ ๕๑ จะไปซื้อยามากินเองก่อนอื่น สำหรับในชนบทร้อยละ ๖๐ จะซื้อยามากินเองก่อน ร้อยละ ๑๒ ไปหาหมอเถื่อนและแพทย์แผนโบราณมากกว่าจำนวนผู้ที่จะไปโรงพยาบาลหรือสถานอนามัย^๑

003427

นอกจากนี้ยังมีรายงานการวิจัยที่ใช้ให้เห็นถึงปริมาณและอัตราการใช้บริการทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทย กล่าวคือ รายงานการวิจัยเรื่อง ทศนคติของประชาชนในชนบทต่อการรักษาพยาบาลแผนใหม่ โดยนางสาวกอบแก้ว คล้ำชื่น และนางสาวสุกัญญา รุ่งโรจนารักษ์ ได้ทำการศึกษาประชาชนในอำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา ในหมู่บ้านทะเล ตำบลเสม็ด จำนวน ๘๑ คน และหมู่บ้านกุดปลาแข็ง ตำบลโนนคำ จำนวน ๕๕ คน ซึ่งผลปรากฏว่าหมู่บ้านทะเลมารับบริการจากสถานอนามัย ร้อยละ ๖๕.๑๕ ส่วนหมู่บ้านกุดปลาแข็งมารับบริการที่สถานอนามัยเพียงร้อยละ ๒๐.๓๔ สาเหตุที่พบเนื่องจากหมู่บ้านทะเลมีการคมนาคมสะดวก ฐานะเศรษฐกิจดีกว่าหมู่บ้านกุดปลาแข็ง นอกจากนี้สาเหตุอื่น ๆ ที่เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมาใช้บริการที่สถานอนามัยสองหมู่บ้านต่างกัน เช่น หน้าที่ในการติดต่อกับประชาชนจากเจ้าหน้าที่ การให้ความสนใจและความกล้าเข้าไปในการให้บริการ ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลแผนใหม่ และความเชื่อถือในการให้การรักษาพยาบาลของเจ้าหน้าที่อนามัย ซึ่งมีไข้แพทย์โดยตรงทำให้ประชาชนนิยมมารับบริการมากหรือน้อยด้วย^๒ ทำนองเดียวกันกับรายงานวิทยานิพนธ์ของกอบแก้ว สุวรรณประกร เรื่อง

^๑ เทพนม เมืองแมน, "ในปัจจุบันใคร เป็นผู้ให้การรักษาโรคแก่ประชาชนส่วนมากในประเทศไทย," วารสารรามายิตี ๓ (สิงหาคม ๒๕๑๔) : ๗๗ - ๗๘.

^๒ กอบแก้ว คล้ำชื่น และสุกัญญา รุ่งโรจนารักษ์, "รายงานการวิจัยเรื่องทัศนคติของประชาชนในชนบทต่อการรักษาพยาบาลแผนใหม่" (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๑๕), หน้า ๔๒-๔๓.

ลักษณะเศรษฐกิจและสังคมของผู้ประกอบอาชีพ เกษตรกรรมในชนบทของประเทศไทย การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย ปรากฏว่า มีผู้เข้ารับประทานเองร้อยละ ๓๔ ไปหาหมอเถื่อนให้ฉีดยาร้อยละ ๒๕.๒ ไปหาแพทย์แผนโบราณร้อยละ ๗ รับประทานยาแผนโบราณร้อยละ ๔.๔ เป็นที่น่าสังเกตว่ามีเพียงร้อยละ ๓.๑ ที่ใช้บริการที่สถานอนามัย ส่วนการอนามัยทั่วไปเกษตรกรไทยยังมีการศึกษาน้อย ไม่มีความรู้เกี่ยวกับสุขศึกษาและการอนามัย ทำให้ไม่ทราบถึงวิธีการที่ดำเนินชีวิตประจำวันให้ถูกหลักอนามัย ภาวะสุขภาพอนามัย ภาวะโภชนาการ การสุขาภิบาลอยู่ในระดับต่ำ^๑

สุขภาพอนามัยของมารดา

ก. สุขภาพอนามัยของสตรีที่ตั้งครรภ์

จากการศึกษาที่ประเทศอินเดีย พบว่า อัตราตายของมารดาสูงมาก ขณะที่มีการตั้งครรภ์ คือในเด็กคลอดมีชีวิต ๑,๐๐๐ คน จะมีการตายของมารดาประมาณ ๑๐ คน ในกรณีที่มารดานั้นเคยตั้งครรภ์มาแล้วมากกว่า ๘ ครั้ง ดังนั้น โอกาสที่จะเสียชีวิตในการคลอดจะมากกว่า ๑ ใน ๑๐ ยิ่งมีลูกที่เข้าก็ยังมีอัตราเสี่ยงจากการตายโดยการคลอดสูงมากยิ่งขึ้น^๒ นอกจากนี้มีรายงานจากศาสตราจารย์ นายแพทย์ ม.ล.เกษตร สนิทวงศ์ กล่าวว่า มารดาที่มีบุตรถี่มากยังมีโอกาสเป็นโรคขาดสารอาหาร (Malnutrition) และประสบกับอาการแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ เช่น พิษแห่งครรภ์ (Toxemia of Pregnancy) การตั้งครรภ์นอกมดลูก (Ectopic Pregnancy) การลอกตัวของรกก่อนกำหนดคลอด (Abruptio Placentae) การเกาะตัวของรก (Placenta



^๑ กองแก้ว สุวรรณประกร, "ลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ประกอบอาชีพ เกษตรกรรมในชนบทของประเทศไทย" (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต แผนกวิชาสังคม บัณฑิต-วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๑๖), หน้า ๖๖.

^๒ World Health Organization, Health Aspects of Family Planning, Report of a WHO Scientific Group No.422 (WHO, Tech. Series, 1970), p. 11.

Previa) ซึ่งล้วนแต่จะทำให้มีการตกโลหิตอย่างรุนแรงถึงชีวิตได้ ยิ่งไปกว่านี้ถ้าในกรณีที่มีการตั้งครรภ์บ่อยครั้ง ทารกอาจมีขนาดโตเกินไปหรืออยู่ในท่าผิดปกติ ซึ่งอาจทำให้มดลูกแตก (Uterine Rupture) เวลาคลอดได้ การคลอดบุตรบ่อยครั้งอาจเกิดการไม่หดตัวของมดลูกได้ง่าย โดยเฉพาะในมารดาที่มีอายุมากแล้ว หรือมีร่างกายไม่สมบูรณ์แข็งแรงเป็นทุนเดิม การฉีกขาดต่าง ๆ ของช่องคลอดก็อาจนำไปสู่การอักเสบภายหลังคลอด (Puerperal Infection) ซึ่งล้วนแต่มีความรุนแรงบั่นทอนสุขภาพอนามัยและชีวิตของมารดาได้โดยตรง^๑

ในกรณีที่มีความผิดปกติเกิดภายหลังการคลอด เช่น เมื่อคลอดบุตรหลาย ๆ ครั้ง ช่องคลอดและเอ็นยึดมดลูกในอุ้งเชิงกรานอาจหย่อนยาน ทำให้มดลูกเคลื่อนต่ำ (Uteri Prolapse) การขาดสารอาหารปรากฏอาการขณะคลอดหรือหลังคลอดก็ดี อาจทำให้มีอาการเชื่อมโยงไปโรคอื่น ๆ เช่น การอักเสบของทางเดินปัสสาวะ ในโรคมดลูกเคลื่อนต่ำ โรคโลหิตจาง ฯลฯ ได้โดยง่าย^๒

สำหรับเรื่องขนาดครอบครัวก็มีผลต่อสุขภาพอนามัยของมารดาด้วยเช่นกัน ผลจากการศึกษาที่มีผู้ทำไว้รายงานว่า ในเขตชนบทมีภาวะเจริญพันธุ์สูงกว่าในเขตเมืองซึ่งมีผลต่อขนาดของครอบครัวในเขตชนบทใหญ่กว่าในเขตเมือง ซึ่งจากการศึกษาของสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่าจำนวนเฉลี่ยของสตรีวัยเจริญพันธุ์ในเขตชนบทให้กำเนิดบุตร ๖.๔ และบุตรที่มีชีวิต ๕.๖ แต่ในเขตเมืองปรากฏว่าเฉลี่ยสตรีให้กำเนิดบุตร ๕.๘ และมีบุตรที่มีชีวิต ๕.๒^๓

^๑ ม.ล.เกษตร สนิทวงศ์, "การอนามัยแม่และเด็กกับการวางแผนครอบครัว," ใน คำบรรยายประกอบการสอนการวางแผนครอบครัว, โครงการวางแผนครอบครัว, ผู้รวบรวม (กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๑๔), หน้า ๓ - ๖.

^๒ เรื่องเดียวกัน

^๓ Institute of Population Studies, Review of Fertility From The Longitudinal Study of Social Economic and Demographic Change in Thailand, Working Paper No.1 (Bangkok : Institute of Population Studies, Chulalongkorn University, 1973), p. 14.

นอกจากนี้จากสถิติตัวเลขยังปรากฏอีกว่า สตรีไทยตั้งครรภ์และมีบุตรในอัตราที่สูงกว่าสตรีในประเทศอื่น ๆ ส่วนมารวมทั้งได้หัวัน ล่องกง ลังคโปร์ มาเลเซีย อินเดีย ปากีสถาน ฯลฯ และสตรีที่มีลูก เหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นชาวชนบทที่มีฐานะยากจน มีสุขภาพไม่ใคร่ดีอยู่แล้วและป่วยเป็นโรคโลหิตจาง โรคขาดโปรตีน และโรคขาดวิตามินต่าง ๆ ในอัตราที่สูง เมื่อดังครรภ์ในระยะติด ๆ กัน แทบทุกปี จึงทำให้สุขภาพทรุดโทรมหนักขึ้น ประกอบกับในท้องถิ่นชนบทยังมีความ เชื่อถือใน เรื่องการอดของแผลงอยู่อีก ซึ่งสภาพต่าง ๆ เหล่านี้เป็นที่น่าสงสารอย่างยิ่ง เพราะความจริงสตรีเหล่านี้ส่วนใหญ่ไม่ต้องการที่จะมีบุตรเพิ่มขึ้นจากจำนวนที่ตนมีอยู่แล้ว หากแต่ขาดความรู้ในเรื่องการป้องกัน การปฏิสนธิ^๑ เช่นเดียวกับการรายงานเบื้องต้นในการสำรวจสุขภาพและอาหารใน ๑๐ หมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี ในปี ๒๕๐๕ พบว่าชาวบ้านยังเชื่อในเรื่องการกินผิด ๆ อยู่ เช่น กินอาหารดิบ ห้ามเด็กกินไข่หรือห้ามสตรีมีครรภ์กินเนื้อสัตว์บางอย่าง เป็นต้น^๒

ข. การปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของสตรีขณะตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด

จากข้อมูลการสำรวจจำนวนการบริการ อนามัยแม่และเด็กใน ๔ จังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย (กาฬสินธุ์ ขอนแก่น ร้อยเอ็ด และอุดรธานี) ใน พ.ศ. ๒๕๑๗ ซึ่งเป็นข้อมูลจากการประเมินผลงานของโครงการเร่งรัดพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก พ.ศ. ๒๕๑๖-๒๕๑๘ ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราส่วนของมารดาที่ตั้งครรภ์และคลอดใน ๔ จังหวัด เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่เคยได้รับการตรวจครรภ์ ร้อยละ ๓๖ คลอดโดยแพทย์พยาบาลหรือผดุงครรภ์ร้อยละ ๑๖ และได้รับการตรวจหลังคลอดเพียงร้อยละ ๖^๓ จะเห็นได้ว่า แม้จะได้มีการเร่งรัดพัฒนาการให้

^๑ Institute of Population Studies, The Potharam Study, Research Report No.4 (Bangkok : Institute of Population Studies, Chulalongkorn University, 1971), pp. 26 - 27.

^๒ มะลิ ไทยเหนือ, "ปัญหาอนามัยชนบทของไทย," จุลสารวิจัยสังคมศาสตร์ (๒๘ พฤษภาคม ๒๕๐๖) : ๑๑๕.

^๓ กระทรวงสาธารณสุข, ฝ่ายวิจัยประเมินผลกองอนามัยครอบครัว, "เปรียบเทียบผลงานของโครงการเร่งรัดพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก และงานวางแผนครอบครัวใน ๔ จังหวัด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ," มีนาคม ๒๕๑๘, (อัครสำเนา).

บริการอนามัย โดยกระทำเพียงใน ๔ จังหวัดเท่านั้น ก็ยังมีเพียงร้อยละ ๑๖ ของการคลอดเท่านั้น ที่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมโดยบุคคลากรทางการแพทย์ จากข้อมูลดังกล่าวอาจจะเนื่องมาจากสตรีชนบททำการคลอดกับบุคคลากรอื่น ๆ ที่ไม่มีความรู้ทางการแพทย์ เช่น หมอตำแย ซึ่งจากการศึกษาก็พอจะยืนยันได้ เช่น การศึกษาที่โพธาราม พบว่า ๓ ใน ๔ ของสตรีที่ตกเป็นตัวอย่างขอบคลอดบุตรกับหมอตำแย และสัดส่วนของการคลอดกับหมอตำแยนี้จะสูงในกลุ่มสตรีที่มีอายุมากกว่ากลุ่มสตรีที่มีอายุน้อยกว่า^๑ ซึ่งคล้ายคลึงกับการวิจัยในต่างประเทศ จากการศึกษาในหมู่บ้าน Ibo ของเมือง Ebendo ในตะวันตกกลาง รัฐไนจีเรีย ผลจากการสัมภาษณ์สตรีอายุ ๑๕ - ๔๕ ปี ที่แต่งงานแล้วอาศัยในหมู่บ้านจำนวน ๔๑๒ คน เกี่ยวกับผู้ทำคลอดบุตรคนสุดท้ายร้อยละ ๕๐ คลอดโดยผดุงครรภ์หรือแพทย์ประจำตำบล ร้อยละ ๔๐ คลอดโดยสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ ๖ คลอดเอง และมีเพียงร้อยละ ๒ ที่ทำคลอดโดยแพทย์ในโรงพยาบาลและยังพบว่า สตรีอายุมากจะคลอดโดยผู้ทำคลอดที่ไม่มีความรู้ เช่น สมาชิกในครอบครัวในสัดส่วนที่สูงกว่า ซึ่งจากรายงานพบว่า มีความสัมพันธ์กันระหว่างอัตราการตายของทารกจำนวนมากกับจำนวนการตั้งครรภ์ที่สูงขึ้น^๒

จากรายงานวิทยานิพนธ์ของ สายใจ คุ่มขนาบ เรื่องปัจจัยที่ยังมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติทางด้านอนามัยของชาวชนบทในประเทศไทย ปี ๒๕๑๕ พบว่า การคลอดบุตรนั้นยังมีการปฏิบัติที่มีได้เปลี่ยนแปลงไปจากอดีตที่แล้มาแล้ว ชาวชนบทยังคงให้หมอตำแย สามี หรือญาติ เป็นผู้ทำคลอดร้อยละ ๖๔.๒ แพทย์ พยาบาล หรือผดุงครรภ์เป็นผู้ทำคลอดให้มีเพียงร้อยละ ๔.๖^๓ เช่นเดียวกับราย

^๑ Amos H. Hawley and Visid Prachuabmoh, "Fertility Before The Program Began; 1964," The Potharam Study. (Bangkok : Institute of Population Studies, Chulalongkorn University, 1967), p. 37.

^๒ Mott, Studies in Family Planning 7 : 111.

^๓ สายใจ คุ่มขนาบ, "ปัจจัยที่ยังผลต่อการปฏิบัติทางด้านอนามัยของชาวชนบทไทย" (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสังคม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๑๕), หน้า ๘๒.

งานวิจัย เรื่องการเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติทางด้านอนามัยแม่และเด็กของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้วในเมืองและชนบทของจังหวัดเชียงใหม่ โดยคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พ.ศ. ๒๕๑๖ พบว่ามารดาในชนบทให้หม้อต้มต้มน้ำดื่ม ร้อยละ ๒๕.๐๔ ผดุงครรภ์มีเพียงร้อยละ ๑๔.๙๖^๑

ค. การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดากับภาวะเจริญพันธุ์ของสตรี

จากการศึกษาของ Henri L. Vis et al. ในเขตชนบทของประเทศแอฟริกาส่วนกลาง โดยการสัมภาษณ์สตรีจำนวน ๕๐๐ คนใน Kivu ในระยะ ๑ ปีหลังคลอดพบว่า การขาดประจำเดือนหลังคลอดบุตร (Postpartum Amenorrhea) เป็นสิ่งที่เชื่อว่าสาเหตุจากการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเป็นระยะเวลาอันยาวนานและจากการขาดสารอาหารเรื้อรัง จากรายงานพบว่า เพียงร้อยละ ๑๐ - ๑๕ เท่านั้นที่สตรีอยู่ในระยะที่มีรอบเดือน สาเหตุเพราะว่าภาวะทุโภชนาการในตัวมันเอง จะเพิ่มช่วงระยะเวลาของการมีบุตรให้ยาวออกไป โดยที่แอฟริกาเองไม่มีข้อห้ามในการมีความสัมพันธ์ทางเพศหลังคลอดเลย^๒ ซึ่งจากรายงานที่คล้ายคลึงกันของ Frisch ได้รายงานไว้ว่า ปัจจัยทางสุขภาพและภาวะโภชนาการจะมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการขาดรอบเดือนในระหว่างให้นมบุตรซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญซึ่งอาจจะยังมองไม่เห็นในการที่จะทำให้การเจริญพันธุ์ลดลง กล่าวคือระยะเวลาการให้นมบุตรที่ยาวนานอาจจะทำให้ระยะเวลาการขาดรอบเดือนหลังคลอดขยายกว้างออกไป ซึ่งอาจมีความจริงที่ว่าภาวะโภชนาการของมารดาเองก็จะก่อให้เกิดการขาดประจำเดือนใน

^๑ เปรียบ ปิ่นยวณิช และคนอื่น ๆ, "รายงานการวิจัยการเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติด้านอนามัยแม่และเด็กของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้วในเมือง และชนบทของจังหวัดเชียงใหม่" (เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ๒๕๑๖), หน้า ๓๑ - ๓๒.

^๒ Henri L. Vis et al., "The Health of Mother and Child in Rural Central Africa," Studies in Family Planning 6 (December 1975) : 438.

ระยะให้นมบุตร (Lactational Amenorrhea) เมื่อเป็นเช่นนี้ก็จะลดความสามารถในการมีบุตรด้วย ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการขาดสารอาหารเรื้อรังของมารดาและการให้นมบุตรในระยะ ๑ - ๒ ปี มีความสำคัญต่อช่วงของการขาดรอบเดือนในระยะหลังคลอดที่ยาวนาน และช่วงของการมีบุตรจะกว้างออกไปประมาณ ๓๓ - ๓๔ เดือน^๑ ในทำนองเดียวกัน Knodel และ Van de Walle ได้รวบรวมข้อมูลจากการศึกษาที่ Boston ในปี ๑๙๖๓ หมู่บ้านใน Punjab ในปี ๑๙๕๕ - ๕๕ และที่ Hayu Tribe ในเมือง Zaire เมื่อปี ๑๙๗๕ - ๗๕ พบว่าค่ามัธยฐานของจำนวนเดือนที่ขาดรอบเดือนหลังการให้นมบุตรคือ ๕.๓ เดือน ๑๐.๖ เดือน และ ๑๗.๗ เดือนตามลำดับ^๒ สำหรับประเทศไทยจาก World Fertility Survey ได้รายงานการสำรวจระยะเวลาการให้นมมารดาแก่บุตรของสตรีในเขตเมืองและเขตชนบท พบว่า ในเขตเมืองมีร้อยละ ๒๕.๖ ที่ให้นมบุตรเป็นเวลา ๑๒ - ๑๗ เดือน ส่วนในเขตชนบทมีถึงร้อยละ ๕๖.๐ ที่ระยะเวลาการให้นมบุตรนานตั้งแต่ ๒๔ เดือนขึ้นไป^๓ นอกจากนี้ภาวะโภชนาการและช่วงระหว่างการตั้งครรภ์ยังเป็นสิ่งที่จะตัดสินใจถึงการอยู่รอดของมารดาและเด็ก จากรายงานของ Pan American Health Organization รายงานว่า ภายหลังจากการคลอดบุตรควรเว้นระยะเวลาอย่างน้อย ๒ ปี เพื่อภาวะร่างกายของมารดา

^๑ Rose E. Frisch, Demographic Implication of the Biological Determinants of Female Fecundity, Research Paper No.6 (Cambridge, Mass.: Center for Population Studies, Harvard University, 1974), p. 95.

^๒ John Knodel and Van de Walle, "Proportions of Nursing Women Who have Resumed Menstruation by Months since Last Birth; Selected Studies," 1967 (Mimeographed).

^๓ Institute of Population Studies and Population Survey Division (N.S.O.), The Survey of Fertility in Thailand : Country Report, p. 312.

ได้รับสารอาหารในขนาดพอเหมาะและร่างกายก็จะปรับสภาพเตรียมอาหารไว้สำหรับสภาพของการตั้งครรภ์คราวต่อไป จะพบได้มากในสตรีที่สุขภาพทรุดโทรมเป็นระยะเวลายาวนานในระหว่างการตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นผลมาจากการตั้งครรภ์เร็วเกินไป ร่างกายไม่อยู่ในสภาวะที่พร้อมทางด้านโภชนาการ ผลตามมาก็คือน้ำหนักตัวลดลงระหว่างตั้งครรภ์และน้ำหนักแรกเกิดของเด็กจะลดต่ำลง^๑

นอกจากนี้มีการศึกษาหลายแห่งที่ชี้ให้เห็นว่า การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดามีความสัมพันธ์กับการเจริญพันธุ์ของสตรี เช่น การศึกษาของ Van Ginneken รายงานว่า การให้บุตรกินนมเป็นระยะเวลาอันยาวนานจะช่วยลดการเจริญพันธุ์ โดยที่เลื่อนการสุกของไข่และการมีประจำเดือนให้ห่างออกไปในการที่จะให้กำเนิดบุตร^๒ ซึ่งมีผู้สังเกตหลายท่านได้ให้ข้อสังเกตว่า แนวโน้มของกรรเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาและการขาดประจำเดือนหลังคลอด พบได้บ่อย ๆ ว่ามีความสัมพันธ์กันโดยเฉพาะในวัฒนธรรมซึ่งมีความ เชื่อมเกี่ยวกับข้อห้ามในการร่วมประเวณีกันก่อนที่บุตรจะหย่านม เช่น การศึกษาของ Karkal ในสตรีอินเดีย ที่หมู่บ้านแห่งหนึ่งใน Khanna รายงานว่ามีช่วงระยะเวลาของข้อห้ามสั้นกว่าช่วงการขาดประจำเดือนหลังคลอดเป็นส่วนใหญ่ และในหมู่บ้าน ๑๑ แห่งใน Panjab พบว่าระยะเวลาของการปฏิบัติตามข้อห้ามหลังจากคลอดบุตรแล้วเป็นเวลา ๖ เดือน โดยคู่สมรสปฏิบัติร้อยละ ๒๐ ในขณะที่พบว่า มารดาร้อยละ ๗๔ ยังคงขาดประจำเดือนหลังคลอดอยู่ถึง ๖ เดือน และใน Bombay ก็พบว่าคู่สมรสที่ปฏิบัติตามข้อห้ามร้อยละ ๑๖ โดยมีค่าเฉลี่ยของช่วงระยะเวลาการขาดประจำเดือนของสตรีก็ประมาณ ๖ เดือนเช่นกัน^๓ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Masri Singarimbun

^๑ Pan American Health Organization Technical Group, Maternal Nutrition and Family Planning in The Americas, Report of a PAHO Technical Group Meeting (Washington, D.C., 1970), p. 47.

^๒ Jereon K. Van Ginneken, "Prolonged Breast Feeding as a Birth Spacing Method," Studies in Family Planning 5 (1974) : 201 - 206.

^๓ Malini Karkal, "Post-partum Amenorrhea in Greater Bombay" (Chembur, Maharashtra : Demographic Training and Research Center, April, Mimeographed), p. 8.

และ Chris Manning ในหมู่บ้าน Mojolama ซึ่งอยู่ทางใต้ของเมือง Yogyakarta เกี่ยวกับปัจจัยที่จะแยกให้เห็นว่า ชาว Javanese มีระดับการเจริญพันธุ์ต่ำ ทั้งที่ขนาดของครอบครัวในอุดมคติมีระดับสูงโดยเฉลี่ย ๔.๕ และยังขาดการปฏิบัติในการป้องกันการปฏิสนธิสมัยใหม่ ผลของการศึกษาพบว่าปัจจัยที่สำคัญคือ ช่วงระยะของการปฏิบัติตามข้อห้ามที่ขยายกว้างออกไปมีส่วนสัมพันธ์กับการให้นมบุตรเป็นเวลานาน จึงทำให้ระดับการเจริญพันธุ์ต่ำลง ความสัมพันธ์อันนี้เป็นผลจากความเชื่อที่เป็นสิ่งบังคับไม่ให้มีความสัมพันธ์ทางเพศก่อนการหย่านมมารดา ซึ่งจะมีผลทั้งปริมาณและคุณภาพของน้ำนมมารดา โดยพบว่าร้อยละของสตรีที่ทำการสำรวจยังเชื่อว่าข้อห้ามนี้ควรจะทำต่อไปจนกระทั่งหย่านม โดยที่ร้อยละ ๔๐ คิดว่าการมีความสัมพันธ์ทางเพศจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพของเด็ก ซึ่งรวมทั้งผลต่อปริมาณและคุณภาพของน้ำนมมารดาด้วย ร้อยละ ๒๐ คิดว่า การมีความสัมพันธ์ทางเพศจะทำลายน้ำนมมารดาให้เสียไป และร้อยละ ๓๗ รู้สึกว่าข้อห้ามมีความจำเป็นเรื่องว่าจะเว้นช่วงการมีบุตรตามความพอใจได้^๑

นอกจากนี้ การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุตรโดยตรงในแง่อัตราการตายและการอยู่รอดของบุตร จากข้อมูลการรวบรวมของ Knodel และ Van de Walle ได้รายงานอัตราการตายของทารกโดยเปรียบเทียบการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาและเลี้ยงด้วยนมผสม กล่าวคือ จากการศึกษาในเมืองเบอร์ลิน ประเทศเยอรมัน พบว่าอัตราการตายของทารกที่เลี้ยงด้วยนมผสม คือ ๓๗ ต่อ ๑,๐๐๐ ในขณะที่อัตราการตายของทารกที่เลี้ยงด้วยนมมารดามีเพียง ๕๗ ต่อ ๑,๐๐๐ เช่นเดียวกับที่เมืองชิคาโก ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าอัตราการตายของทารกที่เลี้ยงด้วยนมผสม เท่ากับ ๔๔ ต่อ ๑,๐๐๐ ส่วนอัตราการตายของทารกที่เลี้ยงด้วยนมมารดามีเพียง ๒ ต่อ ๑,๐๐๐ เท่านั้น^๒

^๑ Masri Singarimbun and Chris Manning, "Breast Feeding, Amenorrhea and Abstinence in A Javanese Village : A Case Study of Mojolama," Studies in Family Planning 7 (June 1976) : 175 - 176.

^๒ John Knodel and Van de Walle, "Infant Mortality Rates and Survivorship Rates to Age 1 by Type of Infant Feeding," 1967 (Mimeographed).

ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว

สำหรับ เรื่องการมีความรู้หรือ เคยได้ยิน เกี่ยวกับ เรื่องการป้องกันกำรปฏิสนธิ จากรายงานการวิจัยของ Parker Mauldin ปรากฏว่าสตรีไทยมีความรู้ในเรื่องการป้องกันการปฏิสนธิมากกว่าสตรีในประเทศที่กำลังพัฒนาอื่น ๆ^๑ แต่จากโครงการวิจัยต่อเนื่องระยะยาวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจและประชากรในเรื่องภาวะเจริญพันธุ์และการวางแผนครอบครัวของสตรีในเขตชนบทและเขตเมืองของประเทศไทย พบว่าถึงแม้สตรีเหล่านี้ทราบวิธีป้องกันการปฏิสนธิ และเห็นด้วยกับการวางแผนครอบครัว แต่มีเพียงส่วนน้อยที่กำลังใช้วิธีการวางแผนครอบครัวหรือการป้องกันการปฏิสนธิอยู่ สัดส่วนของสตรีในเขตชนบทและเขตเมืองที่ใช้วิธีป้องกันการปฏิสนธิแตกต่างกันมากที่สุดคือ สตรีในเขตชนบทเพียงร้อยละ ๑๕ เท่านั้นที่เคยใช้วิธีการป้องกันการปฏิสนธิ แต่สตรีในเขตเมืองและกรุงเทพมหานครที่กำลังใช้ยังมีถึงร้อยละ ๓๗ และ ๔๒ ตามลำดับ^๒ ซึ่งน่าจะเป็นด้วยสตรีในเขตชนบทไม่สามารถได้รับข่าวสารและบริการทางด้านการวางแผนครอบครัว

ส่วนในเรื่องทัศนคติต่อการวางแผนครอบครัวจากการศึกษาของ Hanna Rizk ที่ประเทศจอร์แดนในปี ๑๙๗๒ โดยทำการสำรวจสตรีวัยเจริญพันธุ์อายุ ๑๕ - ๔๕ ปี พบว่าร้อยละ ๓๓ ไม่เห็นด้วยต่อการวางแผนครอบครัว ร้อยละ ๕๔ เห็นด้วย และร้อยละ ๑๒ ไม่แน่ใจ ส่วนร้อยละ ๐.๓ ไม่มีความเห็น สำหรับผู้ตอบว่าไม่เห็นด้วยให้เหตุผล เพราะความต้องการครอบครัวขนาดใหญ่ร้อยละ ๑๕ ร้อยละ ๑๔ คิดว่าการวางแผนครอบครัวจะมีอันตรายต่อสุขภาพ ร้อยละ ๑๒ คิดว่าจำนวนประชากรควรจะมีอีก ร้อยละ ๕ สามไม่แน่ใจให้ใช้ และร้อยละ ๒ คิดว่าผิดศีลธรรม

^๑ Parker Mauldin, "Fertility Studies : Knowledge, Attitude and Practice," Studies in Family Planning No.7 (June 1965) : 6 - 7.

^๒ พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และวิศิษฐ์ ประจวบเหมาะ, ภาวะเจริญพันธุ์และการวางแผนครอบครัวของสตรีในเขตชนบทและเขตเมืองของประเทศไทย, เอกสารวิจัยหมายเลข ๑๕ (กรุงเทพมหานคร : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๑๗), หน้า ๒๑.

หรือค่าใช้จ่ายแพงเกินไป ส่วนผู้ที่เห็นด้วยให้เหตุผลว่า เพื่อสุขภาพของมารดา เพื่อการเลี้ยงดูบุตร ให้ดีในอนาคตสำหรับความสุขในชีวิต^๑

จากการสำรวจที่ได้ทำ L.P. Chow พบว่า จำนวนบุตรที่มีชีวิตมีความสัมพันธ์กับ อัตราการรับวิธีการป้องกันการปฏิสนธิมากกว่าอายุของสตรีที่สมรสแล้ว โดยทั่วไปอัตราผู้รับจะสูงขึ้น พร้อมกับจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่สูงขึ้นในกลุ่มอายุเดียวกัน หากจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่อยู่ในระดับคงที่ อัตราผู้รับจะลดลงในหมวดอายุที่สูงขึ้น^๒

ในประเทศไทยจากการศึกษาของนายแพทย์มนัสวี อุณหนันทน์ เกี่ยวกับการทำหมันหญิง พบว่าร้อยละ ๔๔.๓ ของสตรีที่มารับการทำหมัน มีบุตรที่มีชีวิตอยู่ ๔ คนขึ้นไป และร้อยละ ๕๕.๑ มีบุตร ๕ คนขึ้นไป^๓ จากการศึกษาของนภาพร บุรพาชนะ พบว่าสตรีที่มีบุตรที่มีชีวิต ๑ - ๒ คน มีประมาณร้อยละ ๕๕.๐ ใช้ยาเม็ดรับประทาน และเมื่อมีบุตรที่มีชีวิตแล้ว ๓ - ๔ คนมักใช้วิธีป้องกันการปฏิสนธิแบบถาวรสูงกว่าการใช้วิธีป้องกันการปฏิสนธิแบบชั่วคราวคือ ประมาณร้อยละ ๖๖.๐ ใช้วิธีทำหมัน อัตราส่วนร้อยละในการใช้วิธีทำหมันจะเพิ่มขึ้นตามจำนวนบุตรที่เพิ่มขึ้น^๔ การ

^๑ Hanna Rizk, "Trends in Fertility and Family Planning in Jordan," Studies in Family Planning 8 (April 1977) : 95.

^๒ L.P. Chow, "A Programme to Control Fertility in Taiwan, Setting Accomplishment and Evaluation," Population Studies 19 (November 1965) : 160.

^๓ มนัสวี อุณหนันทน์, "การศึกษารายงานทำหมันหญิง," ใน รายงานการสัมมนาทางวิชาการเรื่องประชากรของประเทศไทย ครั้งที่ ๒, กองวิจัยสังคมศาสตร์ สำนักงานสภาวิจัยแห่งชาติ, ผู้รวบรวม (พระนคร : โรงพิมพ์ของสมาคมสังคมศาสตร์แห่งประเทศไทย, ๒๕๐๕), หน้า ๑๓๕.

^๔ นภาพร บุรพาชนะ, "วิธีป้องกันการปฏิสนธิที่คู่สมรสในเขต เมืองเลือกใช้" (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต แผนกวิชาสังคม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๑๔), หน้า ๑๐๕.

ศึกษาในประเทศ เกาหลี พบว่าอัตราการป้องกันการปฏิสนธิจะเพิ่มตามจำนวนบุตรที่มีชีวิต ยกเว้นในกลุ่มสตรีที่มีจำนวนบุตร ๔ คนขึ้นไป อัตราการปฏิบัติจะลดลง^๑ เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศ จอร์แดน เกี่ยวกับจำนวนบุตรที่มีชีวิตของสตรีวัยเจริญพันธุ์กับการใช้วิธีป้องกันการปฏิสนธิ พบว่าผู้ที่ใช้ร้อยละ ๒๖ มีบุตรที่มีชีวิต ๑ - ๓ คน ร้อยละ ๓๔ มีบุตรที่มีชีวิต ๔ - ๖ คน ร้อยละ ๓๑ มีบุตรที่มีชีวิต ๗ - ๑๐ คน และมีเพียงร้อยละ ๓ เท่านั้นที่ใช้วิธีป้องกันการปฏิสนธิและมีบุตร ๑๑ คนขึ้นไป^๒ ซึ่งจะพบได้ว่าถึงแม้จะมีการปฏิบัติการป้องกันการปฏิสนธิก็ตาม ก็เป็นแต่เพียงการเริ่มปฏิบัติ ภายหลังจากสตรีเหล่านั้นมีบุตรจำนวนมากแล้ว

จากการศึกษาที่โพธาราม พบว่าสิ่งที่เป็นแรงกระตุ้นให้สตรีนิยมใช้วิธีการวางแผนครอบครัวก็เมื่อภายหลังมีบุตรแล้ว ๔ คน แต่ผู้ที่มีบุตร ๗, ๘ หรือ ๙ คน อัตราการใช้วิธีคุมกำเนิดลดลง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการมีบุตรมากอายุย่อมมีมากขึ้น โอกาสที่มีบุตรก็ย่อมน้อยลง จึงทำให้ขาดความสนใจที่จะใช้วิธีคุมกำเนิดก็ได้ หรืออาจจะเป็นเพราะเป็นผู้ที่มีอายุมาก ทำให้ไม่ค่อยจะยอมรับความคิดใหม่ ๆ ก็ได้^๓

สำหรับในประเทศไทย Knodel และ Pichit ได้ทำการศึกษาถึงการเจริญพันธุ์ และการวางแผนครอบครัวระหว่างสตรีในเขตเมืองและสตรีในเขตชนบท ได้สรุปว่าสตรีที่ไม่มีบุตรไม่ว่าจะอยู่ในเมืองหรือชนบทมีความรู้เกี่ยวกับวิธีคุมกำเนิดน้อยกว่าสตรีที่มีบุตรแล้ว ทั้งนี้อาจเป็นเพราะสตรีที่ไม่มีบุตรมีความสนใจเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวน้อยก็ได้ หรืออาจเป็นเพราะสตรีเหล่านี้เพิ่งแต่งงานใหม่ ๆ แล้วต้องการมีบุตรหรือคนที่แต่งงานมานานแล้วและยังไม่มีบุตร จึงมีความสนใจน้อยก็เป็นได้ สำหรับทัศนคติต่อการวางแผนครอบครัวนั้น สตรีในชนบทที่ไม่มีบุตร เลยกลับมี

^๑ Population Council, "Korea : Trend in Four National KAP Survey 1964-67," Studies in Family Planning No.43 (1969) : 7-9.

^๒ Rizk, Studies in Family Planning 8 : 95.

^๓ Amos H. Hawley and Visid Prachuabmoh, The Potharam Study, p. 34.

ความเห็นด้วยกับการวางแผนครอบครัวมากกว่าผู้ที่มิบุตร และอัตราการใช้วิธีการวางแผนครอบครัวจะเพิ่มขึ้นจนกระทั่งมีบุตร ๓ คน และอัตราการใช้นี้ได้ลดลงเล็กน้อย แต่ก็ยังมีอัตราส่วนมากกว่าผู้ที่มิบุตรน้อยกว่า ๓ คน^๑

นอกจากนี้มีการศึกษาของ Roy C. Treadway และคนอื่น ๆ ในเรื่องโครงการวางแผนครอบครัวสมัยใหม่ โดยสัมภาษณ์สตรีที่แต่งงานแล้ว อายุ ๑๕ - ๔๔ ปี จำนวน ๓๖๑ คน ใน ๒ ตำบลของเมือง Isfahan ประเทศอิหร่าน ถึงวิธีการวางแผนครอบครัวที่ใช้ พบว่า วิธีที่ใช้มากที่สุดคือ ยาเม็ดคุมกำเนิดร้อยละ ๖๒ ขณะที่การใส่ห่วงใช้ร้อยละ ๕ และถุงยางอนามัยใช้ร้อยละ ๔ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่ใช้วิธีการวางแผนครอบครัวส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่าคือ อายุ ๓๐ - ๔๔ ปี ร้อยละ ๓๔ ขณะที่สตรีอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ใช้วิธีการวางแผนครอบครัวเพียงร้อยละ ๒๔ เท่านั้น^๒

ถึงแม้ว่าจะมีการหลีกเลี่ยงการตั้งครรรภ์ แต่ก็พบว่าการยอมรับวิธีการป้องกันปฏิสนธิสมัยใหม่ยังไม่นิยมใช้ ดังเช่นการศึกษาของ Alfred O. Ukaegbu ในหมู่บ้าน ๑๖ แห่งของเมือง Ngwa Igbo ประเทศไนจีเรียตะวันออก พบว่าสตรีชนบทอายุ ๑๕ - ๔๔ ปี ใช้วิธีที่จะหลีกเลี่ยงการตั้งครรรภ์คือปฏิบัติตามประเพณีพื้นบ้าน กล่าวคือใช้ข้อห้ามมีสัมพันธ์ทางเพศ ให้บุตรกินนมมารดาเป็นระยะเวลาาน และนับระยะปลอดครรภ์ซึ่งมีถึงร้อยละ ๕๐ ส่วนใหญ่จะเป็นสตรีที่อายุมากแล้ว ส่วนวิธีการป้องกันการปฏิสนธิแบบสมัยใหม่ เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ถุงยางอนามัย เป็นต้น เป็นที่นิยมน้อยกว่าวิธีดังกล่าวเพียงร้อยละ ๓ และ ๕ ตามลำดับ โดยให้เหตุผลว่า ไม่ใช้วิธีป้องกันการ

^๑ John Knodel and Pichit Pitaktepsombati, "Thailand Fertility and Family Planning Among Rural and Urban Women," Studies in Family Planning 4 (September 1973) : 244 - 245.

^๒ Roy C. Treadway, Robert W. Gillespie, and Mehdi Loghmani, "The Model Family Planning Project in Isfahan, Iran," Studies in Family Planning 7 (November 1976) : 312 - 313.

ปฏิสนธิสมัยใหม่ เพราะกลัวจะมีอาการข้างเคียงเป็นเวลานาน^๑

สำหรับด้านการสื่อสารที่มีผลต่อการใช่วิธีการป้องกันการปฏิสนธิ จากการศึกษา พบว่า การเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวด้วยวิธีต่าง ๆ เป็นผลให้อัตราผู้รับเพิ่มขึ้น ใน ใต้หวันจากการศึกษาของ L.P.Chow และ J.C.Hsu พบว่าค่าบอกเล่าของเพื่อนบ้าน และ ญาติพี่น้องเกี่ยวกับวิธีต่าง ๆ ที่ใช้ในการวางแผนครอบครัวเป็นสิ่งแพร่หลายที่สุด โดยเฉพาะในกลุ่ม ที่ด้อยการศึกษา^๒ E. Hyock Kwan et al. ได้ทำการสำรวจทัศนคติต่อการวางแผนครอบครัว และการเรียนรู้วิธีต่าง ๆ ตลอดจนการรับมาปฏิบัติของสตรีเกาหลีที่สมรสแล้ว พบว่า ในกลุ่มอายุ ๓๐ - ๓๔ ปี มีอัตราการรับสูงถึงร้อยละ ๔๑.๗ และส่วนมากเป็นผู้มีการศึกษา สิ่งสำคัญที่ช่วยให้ ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวเป็นที่รู้จักแพร่หลายได้แก่วิทยุ ร้อยละ ๖๔.๘ ความรู้ที่ได้จาก การบอกเล่าของเพื่อนบ้านประมาณร้อยละ ๔๕.๓ จากหนังสือพิมพ์ร้อยละ ๑๓.๘ อีกร้อยละ ๑๐.๕ ไม่เคยทราบถึงวิธีการต่าง ๆ วิทยุ และค่าบอกเล่าของเพื่อนบ้านมีอิทธิพลมากในกลุ่มอายุ ๒๕ ปีขึ้นไปมากกว่ากลุ่มอื่น และเป็นพวกที่มีการศึกษานานกลางหรือสูง ค่าบอกเล่าของเพื่อนบ้านมีผลมากที่สุดในกลุ่มสตรีที่ไม่รู้หนังสือ^๓

^๑ Alfred O. Ukaegbu, "Family Planning Attitudes and Practices in Rural Eastern Nigeria," Studies in Family Planning 8 (July 1977) : 178 - 182.

^๒ L.P. Chow and T.C. Hsu, "The Progress of Fertility Control in Taiwan," The Journal of Formosean Medical Association 5 (May 1967) : 219 - 221.

^๓ E. Hyock Kwan et al., A Study on Urban Population Control Sungdong on Action Research Project on Family Planning and Fertility. (Korea : College of Medicine and School of Public Health, Seoul National University, 1967), pp. 80 - 84.

สำหรับในประเทศไทย จากรายงานการสำรวจภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีในเขตเมือง และเขตชนบทของสถาบันประชากรศาสตร์ ได้ทำร่วมกับสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี ๒๕๑๔ เกี่ยวกับความรู้ถึงวิธีต่าง ๆ ในการวางแผนครอบครัว พบว่าสตรีกลุ่มอายุ ๒๕ - ๒๙ ปี มีอัตราความรู้มากที่สุดถึงร้อยละ ๔๗.๓^๑ สำหรับสตรีที่ไม่เคยมีความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัวนั้น พบว่าส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตชนบทมากกว่าเขตเมือง และส่วนใหญ่เป็นสตรีที่มีบุตรมีชีวิตอยู่ ๖ คน และในขณะเดียวกันสตรีที่ไม่เคยใช้วิธีการวางแผนครอบครัวนั้นส่วนใหญ่คู่สมรสของสตรีจะมีอาชีพทางเกษตรกรรม^๒



ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

^๑ Institute of Population Studies and Population Survey Division (N.S.O.), The Survey of Fertility in Thailand : Country Report, p. 317.

^๒ Ibid., p. 345.