

ภาวะเจริญพันธุ์และการคุมกำเนิดในประเทศไทย

พ.ศ. 2530

บุญเลิศ เลี้ยวประไพ *

วรชัย ทองไทย *

บทนำ

ในแผนประชากรซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) ได้กล่าวถึงการลดอัตราเพิ่มประชากรด้วยการลดอัตราเกิด โดยมีเป้าหมายที่จะลดอัตราเพิ่มประชากรลงเหลือร้อยละ 1.3 ในปีพ.ศ. 2534 โดยที่อัตราเกิดต้องลดลงเหลือร้อยละ 1.9 และอัตราตายร้อยละ 0.6 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2529) ในการลดอัตราเกิดครั้งนี้ อัตราการคุมกำเนิดของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสและอยู่กินกับสามีจะต้องเท่ากับร้อยละ 76 เมื่อสิ้นแผนฯ 6 ในปี พ.ศ. 2534

ในปี พ.ศ. 2527 ประเทศไทยมีอัตราคุมกำเนิดของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่กำลังแต่งงานร้อยละ 65 (Kamnuansilpa and Chamratrithirong, 1985) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามแผนประชากรดังกล่าวแล้ว อัตราคุมกำเนิดต้องเพิ่มอีกร้อยละ 11 ในช่วงเวลา 8 ปีนี้

บัดนี้เวลาได้ผ่านมา 3 ปีแล้ว (พ.ศ. 2530) ภาวะเจริญพันธุ์คุมกำเนิดของประเทศไทยเป็นอย่างไร ความเป็นไปได้ที่จะลดอัตราเพิ่มของประชากรมีแค่ไหน สิ่งเหล่านี้คือจุดประสงค์ของรายงานนี้ โดยใช้ข้อมูลจากโครงการวิจัยเรื่อง *ตัวกำหนดและผลของแบบแผนการใช้วิธีคุมกำเนิดในประเทศไทย* ซึ่งทำการสำรวจระหว่างเดือนเมษายน - สิงหาคม 2530 (ดูรายละเอียดเกี่ยวกับระเบียบวิธีในภาคผนวก) โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

* สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา นครชัยศรี นครปฐม 73170

ลักษณะทั่วไปของประชากร

ประชากรที่อยู่ในข่ายสำรวจ คือ สตรีที่เคยแต่งงานแล้วและยังอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ คือ มีอายุระหว่าง 15-49 ปี ถึงแม้จำนวนตัวอย่างทั้งหมดจะมี 7,085 ราย ใน 27 จังหวัด ในการวิเคราะห์จะใช้เพียง 6,835 รายใน 25 จังหวัดเท่านั้น (จังหวัดที่คัดออก 2 จังหวัด คือ ยะลา และสตูล ซึ่งมีจุดประสงค์ในการเก็บข้อมูลเพื่อศึกษาถึงอิทธิพลของศาสนาต่อการคุมกำเนิด) ค่าต่าง ๆ ที่จะเสนอต่อไปนี้ ได้รับการปรับค่าแล้ว เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ได้ในระดับเมือง-ชนบท ระดับภาค และระดับประเทศ

การแบ่งภาคและเขตเมือง-ชนบทนั้น ได้แยกกรุงเทพมหานครออกจากภาคอื่นเนื่องจากกรุงเทพฯ เป็นเมืองหลวงและมีเอกลักษณ์พิเศษแตกต่างไปจากภาคและเขตเมืองในจังหวัดอื่น ๆ การนำเอากรุงเทพฯ เข้าไปรวมในภาคกลางหรือเขตเมืองย่อมทำให้ค่าต่าง ๆ ที่ประมาณได้ของภาคกลางหรือเขตเมืองเปลี่ยนไป ดังนั้นภาคกลางจึงไม่รวมกรุงเทพฯ และเขตเมืองก็ไม่รวมกรุงเทพฯ ด้วย นั่นคือในตารางวิเคราะห์ที่อยู่อาศัย จะเป็นการเปรียบเทียบได้ระหว่างเมือง ชนบท และกรุงเทพฯ สำหรับภาคก็เปรียบเทียบได้ระหว่างภาคต่าง ๆ และกรุงเทพฯ

เพื่อให้เห็นสภาพโดยทั่วไปของสตรีที่จะทำการวิเคราะห์ จึงขอนำเสนอคุณลักษณะพื้นฐานที่สำคัญทางประชากร เศรษฐกิจและสังคมของกลุ่มสตรี ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา การศึกษา และอาชีพ คุณลักษณะเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับภาวะเจริญพันธุ์และคุมกำเนิด อาทิเช่น อายุมีความสัมพันธ์กับภาวะเจริญพันธุ์ กล่าวคือ จำนวนบุตรจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น เป็นต้น นอกจากนี้คุณลักษณะเหล่านี้ยังแตกต่างกันออกไปแต่ละภาค หรือระหว่างเขตเมืองและชนบทด้วย ซึ่งอาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ภาวะเจริญพันธุ์และคุมกำเนิดแตกต่างกันไป

อายุโดยเฉลี่ยของสตรีที่ตกเป็นตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 32 ปี ซึ่งใกล้เคียงกันในแต่ละภาค การกระจายของอายุก็คล้ายคลึงกันด้วย โดยส่วนใหญ่จะตกอยู่ในกลุ่มอายุ 25-34 ปี (ตาราง 1) ความคล้ายคลึงกันของโครงสร้างอายุนี้ทำให้สามารถเปรียบเทียบค่าต่าง ๆ ระหว่างภาคหรือระหว่างเมืองกับชนบทได้โดยไม่จำเป็นต้องปรับฐานด้วยอายุ

เนื่องจากสตรีในข่ายคือ สตรีที่เคยแต่งงานมาแล้ว จึงได้รวมผู้ที่เป็นหม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ไว้ด้วย แต่ก็มีน้อยมากเพียงร้อยละ 6 เท่านั้น ที่น่าสังเกต คือ สัดส่วนของผู้เป็นหม้าย หย่า หรือแยกจะคล้ายคลึงกันในทุก ๆ ภาค ส่วนใหญ่ของ สตรีจะเป็นผู้ที่กำลังแต่งงานและมีสามีอยู่ด้วยประจำ อย่างไรก็ตามในกลุ่มของผู้ที่กำลัง แต่งงานนั้นมีผู้ที่มีสามีไม่ได้อยู่ชั่วคราวเป็นเวลานานกว่า 1 เดือนประมาณร้อยละ 5 ซึ่ง แตกต่างกันในแต่ละภาค คือ ภาคเหนือ สตรีที่มีสามีไม่ได้อยู่ชั่วคราวสูงถึงร้อยละ 8 ภาคใต้ มีเพียงร้อยละ 1 เท่านั้น ส่วนในภาคอื่น ๆ ใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยของทั้งประเทศ (ตาราง 1)

โดยทั่วไปสตรี 9 ใน 10 คน นับถือศาสนาพุทธ ยกเว้นภาคใต้ที่มีผู้นับถือ ศาสนาอิสลามถึงร้อยละ 40 ส่วนผู้ที่นับถือศาสนาคริสต์ มีเพียงร้อยละ 1 เท่านั้น (ตาราง 1)

ในด้านการศึกษา สตรีส่วนใหญ่ได้เรียนจบประถมศึกษาปีที่ 4 เป็นอย่างน้อย ผู้ที่ เรียนสูงกว่าประถมศึกษาปีที่ 4 มีร้อยละ 22 และมีเพียงร้อยละ 6 ที่ไม่เคยได้เข้าเรียน สตรีที่มีอายุน้อยจะได้รับการศึกษาสูงกว่าสตรีสูงอายุ ในกรุงเทพฯจะมีผู้ที่รับการศึกษา สูงมากที่สุด รองลงไปได้แก่สตรีในภาคใต้ ภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สตรีในเขตเมืองส่วนใหญ่จะได้รับการศึกษาสูงกว่าสตรีในเขตชนบทที่น่า สังเกต คือ ผู้ที่มีการศึกษาในระดับเตรียมอุดม หรือสาขาวิชาชีพ (11 ปี หรือสูงกว่า) มี จำนวนใกล้เคียงกันระหว่างเขตเมืองและกรุงเทพฯ แต่สัดส่วนผู้ที่ไม่ได้เข้าเรียนเลยใน กรุงเทพฯ กลับสูงกว่าในเขตเมือง คือ เท่า ๆ กับเขตชนบท (ตาราง 1) ซึ่งผู้ที่ไม่เคยเข้า เรียนนั้นอาจเป็นผู้ย้ายถิ่นก็ได้

สตรีส่วนใหญ่จะทำงาน คือมีเพียงร้อยละ 18 เท่านั้นที่รายงานว่าเป็นแม่บ้าน หรือกำลังหางานทำ ยกเว้นในเขตกรุงเทพฯ ซึ่งเกือบครึ่งหนึ่งไม่ได้ทำงาน อาชีพ ส่วนใหญ่ของสตรีจะอยู่ในภาคเกษตรกรรม ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ที่ทำงานจะอยู่ในภาคอุตสาหกรรมและบริการ ส่วนผู้ที่ใช้วิชาชีพจะมีเพียงร้อยละ 3 เท่านั้น (ตาราง 1) อาชีพของสตรีแตกต่างกันในแต่ละภาค ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรมสูงที่สุด คือ มากกว่า 3 ใน 4 รองลงไปคือ ภาคเหนือ ภาคกลาง และ ภาคใต้ ส่วนที่ต่ำที่สุด คือ กรุงเทพมหานคร (น้อยกว่าร้อยละ 1) ในเขตเมืองผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรมก็มีเพียงร้อยละ 1 เช่นกัน

ตาราง 1. ร้อยละของคุณลักษณะทางประชากรเศรษฐกิจสังคม

คุณลักษณะ	ที่อยู่อาศัย			ภาค				รวม ทั้งประเทศ
	เมือง	ชนบท	กรุงเทพ	กลาง	เหนือ	ตะวันออก เฉียงเหนือ	ใต้	
กลุ่มอายุ								
15-19	3.2	4.5	1.7	4.0	4.2	4.5	5.0	4.1
20-24	14.4	17.5	14.1	17.2	17.9	15.8	20.6	17.0
25-29	22.4	22.1	23.3	22.0	24.2	20.9	22.8	22.3
30-34	26.5	20.8	25.0	21.9	22.1	20.4	20.5	21.6
35-39	18.8	16.6	18.4	17.7	14.9	17.9	14.7	16.9
40-44	10.6	10.7	11.1	11.2	8.4	12.2	9.1	10.7
45-49	4.2	7.8	6.4	5.9	8.3	8.3	7.2	7.4
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
อายุเฉลี่ย	31.5	31.5	32.1	31.5	31.2	32.0	30.8	31.6
สถานภาพสมรส								
แต่งงานและมีสามี								
อยู่ด้วย	84.5	89.7	91.2	89.2	86.4	89.5	94.1	89.6
แต่งงานสามีไม่อยู่								
ด้วยกัน	6.3	4.9	3.3	4.8	8.0	4.9	0.8	4.8
แยกกันอยู่ แต่ไม่ได้								
หย่ากัน	2.0	0.9	0.4	2.1	0.6	0.7	0.2	0.9
หย่าร้าง	3.7	2.1	3.4	1.9	2.2	2.4	2.4	2.4
หม้าย	3.6	2.3	1.7	2.0	2.8	2.5	2.4	2.3
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
ศาสนา								
พุทธ	93.9	93.0	91.7	95.5	99.4	99.8	99.8	92.9
อิสลาม	5.4	6.5	7.0	3.3	-	-	0.1	6.5
คริสต์	0.7	0.5	1.3	1.3	0.6	0.2	0.1	0.6
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

(ต่อ)

ตาราง 1 (ต่อ)

คุณลักษณะ	ที่อยู่อาศัย			ภาค			รวม	
	เมือง	ชนบท	กรุงเทพ	กลาง	เหนือ	ตะวันออก เฉียงเหนือ	ใต้	ทั้งประเทศ
การศึกษา								
ไม่ได้รับการศึกษา	3.5	5.6	5.7	6.1	6.6	2.5	10.8	5.5
1-3 ปี	3.3	4.2	3.2	4.8	3.3	3.8	5.1	4.0
4 ปี	45.4	72.5	47.2	68.5	66.0	78.4	58.7	68.1
5-10 ปี	35.0	15.6	30.4	17.1	19.0	14.1	21.1	18.4
11 + ปี	12.8	2.1	13.6	2.5	5.1	1.2	4.4	4.0
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
อาชีพ								
เกษตรกรรม	0.8	64.5	0.4	45.8	58.4	77.6	40.7	53.7
ผู้ประกอบการอาชีพ								
ชั้นสูง	12.0	1.4	3.0	2.3	3.4	0.9	2.7	2.2
ค้าขายธุรกิจ	25.1	8.8	22.9	11.4	13.9	6.5	10.6	11.3
พนักงาน/ลูกจ้างใน								
บริษัทธุรกิจ	1.2	0.4	3.0	0.5	0.5	0.4	0.3	0.7
ช่างฝีมือ/กึ่งฝีมือ	8.1	2.6	12.1	3.2	5.7	0.7	4.6	4.0
กรรมกรและ								
คนรับใช้	13.5	9.9	10.3	19.3	6.8	4.7	14.2	10.2
แม่บ้าน	33.1	12.4	47.8	17.4	11.3	9.1	26.9	17.8
อื่นๆ	0.1	0.0	0.5	0.1	-	0.1	-	0.1
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

โดยสรุป ประชากรส่วนใหญ่มีอายุในช่วงวัยกลางคน กำลังสมรส นับถือศาสนาพุทธ จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรม คุณลักษณะที่แตกต่างกันระหว่างเขตเมือง-ชนบทหรือภาค คือ การศึกษา และอาชีพ สำหรับศาสนานั้นแตกต่างเฉพาะภาคใต้ ส่วนอายุและสถานภาพสมรสไม่แตกต่างกันนัก ระหว่างเขตเมือง-ชนบท หรือภาค

ภาวะเจริญพันธุ์

ภาวะเจริญพันธุ์ อาจวัดได้ด้วยจำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ยซึ่งแสดงถึงภาวะเจริญพันธุ์สะสม ส่วนการวัดภาวะเจริญพันธุ์ปัจจุบันจะใช้อัตราเจริญพันธุ์รวม (total fertility rate) ค่าทั้งสองนี้จะวัดว่า โดยเฉลี่ยแล้วสตรีจะมีบุตรทั้งสิ้นกี่คนตลอดวัยเจริญพันธุ์ โดยที่ค่าทั้งสองนี้จะเท่ากันหรือใกล้เคียงกันในกรณีที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงในภาวะเจริญพันธุ์ ในรายงานนี้จะใช้จำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ยวัดภาวะเจริญพันธุ์

ภาวะเจริญพันธุ์มีแนวโน้มที่จะลดลงมาเรื่อย ๆ โดยเห็นได้จากจำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ยที่เท่ากับ 3.7 ในปี พ.ศ. 2521 เหลือเพียง 3.3 ในปี พ.ศ. 2524 เป็น 3.0 ในปี พ.ศ. 2527 และเท่ากับ 2.6 ในปี พ.ศ. 2530 นอกจากจำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ยของสตรีจะลดลงแล้ว จำนวนบุตรเกิดรอดในแต่ละกลุ่มอายุก็ลดลงด้วย โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2521 เป็นต้นมา จำนวนบุตรเกิดรอดลดลงในทุก ๆ กลุ่มอายุ ยกเว้นกลุ่มอายุ 15-19 ปีซึ่งคงที่ (ตาราง 2) แนวโน้มของภาวะเจริญพันธุ์นี้ นอกจากจะแสดงให้เห็นว่าสตรีมีบุตรน้อยลงแล้วยังแสดงให้เห็นว่า สตรีเริ่มมีบุตรเมื่ออายุสูงขึ้นและมีช่วงห่างของการมีบุตรยาวนานขึ้นด้วย

ตาราง 2. จำนวนบุตรเกิดรอดของสตรีที่เคยสมรสแยกตามกลุ่มอายุ พ.ศ.2521-2530

	CPS1	CPS2	CPS3	CUPS
กลุ่มอายุ	2521	2524	2527	2530
15-19	0.7	0.7	0.8	0.7
20-24	1.4	1.4	1.4	1.2
25-29	2.4	2.1	2.1	1.9
30-34	3.4	3.1	2.8	2.5
35-39	4.6	4.2	3.7	3.3
40-44	5.7	5.3	4.8	4.1
45-49	6.5	6.1	5.5	5.0
15-49	3.7	3.3	3.0	2.6

หมายเหตุ: CPS คือ การสำรวจภาวะคุมกำเนิด (Contraceptive Prevalance Survey)
CUPS คือ การศึกษาวิจัยเรื่องตัวกำหนด และผลของแบบแผนการใช้วิธีคุมกำเนิดในประเทศไทย
(Determinants and Consequences of Contraceptive Use Patterns in Thailand)

แหล่งที่มา: CPS1-CPS3 จาก Kamnuansilpa and Chamrathirong, 1985 : ตาราง 3.2

การลดลงของจำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ย ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2521 เป็นต้นมา ยังคงรักษาระดับไว้ กล่าวคือ จำนวนบุตรเกิดรลดลดลงระหว่าง ปี พ.ศ. 2521-2524 เท่ากับร้อยละ 10.8 ระหว่างปี พ.ศ. 2524-2527 เท่ากับร้อยละ 9.1 และระหว่างปี พ.ศ. 2527-2530 เท่ากับร้อยละ 13.3 จะเห็นว่าช่วงสุดท้ายมีอัตราการลดลงสูงสุด โดยเฉลี่ยในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมา จำนวนบุตรเกิดรอดได้ลดลงประมาณร้อยละ 3 ต่อปี

กรุงเทพมหานครและภาคเหนือมีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำที่สุด คือ มีจำนวนบุตรเกิดรอดเท่ากับ 2.1 เท่ากัน ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือสูงที่สุดคือ จำนวนบุตรเกิดรอดเท่ากับ 3.0 รองลงมาลงมาได้แก่ ภาคใต้ เท่ากับ 2.9 และภาคกลางซึ่งเท่ากับ 2.5 ส่วนภาวะเจริญพันธุ์ในเขตเมืองก็ยังคงต่ำกว่าในเขตชนบท คือ จำนวนบุตรเกิดรอดเท่ากับ 2.3 และ 2.7 ตามลำดับ ถึงแม้ว่าปัจจุบันกรุงเทพฯและภาคเหนือจะ

มีภาวะเจริญพันธุ์เท่ากัน แต่การลดลงได้เกิดขึ้นก่อนในกรุงเทพฯ โดยดูได้จากจำนวนบุตรเกิดรอดของสตรีในกลุ่มอายุสูง ๆ (40-44 และ 45-49) ซึ่งในภาคเหนือสูงกว่ากรุงเทพฯ ถึง 1.1 ในกลุ่มอายุ 45-49 ปี และ 0.5 ในกลุ่มอายุ 40-44 ปี (ตาราง 3) ในเขตเมืองก็เช่นกันมีการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ก่อนในเขตชนบท ส่วนในภาคอื่น ๆ การลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ ก็สอดคล้องกันกับภาวะเจริญพันธุ์ในปัจจุบัน กล่าวคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือลดหลังสุด รองลงมาคือ ภาคใต้ และภาคกลาง ตามลำดับ

ตาราง 3. จำนวนบุตรเกิดรอดของสตรีที่เคยสมรส แยกตามกลุ่มอายุ และสถานที่อาศัย พ.ศ. 2530

กลุ่มอายุ	เขตอยู่อาศัย		ภาค					รวม ทั้งประเทศ
	เมือง	ชนบท	กรุงเทพฯ	กลาง	เหนือ	ตะวันออกเฉียงเหนือ	ใต้	
15-19	0.59	0.75	0.69	0.85	0.61	0.70	0.86	0.74
20-24	1.16	1.28	0.93	1.24	1.05	1.38	1.42	1.24
25-29	1.69	1.99	1.62	1.92	1.65	2.10	2.25	1.93
30-34	2.16	2.65	2.15	2.47	2.11	2.86	3.01	2.55
35-39	3.07	3.34	2.79	3.10	2.67	3.59	3.90	3.26
40-44	3.65	4.34	2.94	3.76	3.40	4.81	4.84	4.14
45-49	4.35	5.23	3.41	4.73	4.53	5.73	5.35	5.02
15-49	2.28	2.67	2.11	2.46	2.14	2.98	2.87	2.59

สรุปแล้วภาวะเจริญพันธุ์ใน พ.ศ. 2530 ได้ลดลงและมีแนวโน้มที่จะลดลงไปอีก กรุงเทพฯ มีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำที่สุด รองลงไปคือภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาวะเจริญพันธุ์ในเขตชนบทก็ยังคงสูงกว่าในเขตเมืองอยู่

การคุมกำเนิด

การลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญ 4 ประการ คือ อายุ การแต่งงานที่เพิ่มสูงขึ้น และสัดส่วนผู้ที่อยู่เป็นโสดเพิ่มขึ้น การคุมกำเนิดที่เพิ่มขึ้น การทำแท้งที่เพิ่มขึ้น และการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่แพร่หลายและยาวนานขึ้น

(Bongaarts, 1978; 1982) สำหรับในประเทศไทยปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ทำให้ระดับเจริญพันธุ์ลดลงอย่างรวดเร็ว คือ การคุมกำเนิดที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยการคุมกำเนิดนี้มีอิทธิพลต่อการลดลงของระดับเจริญพันธุ์ถึงกว่าร้อยละ 75 ในระหว่างปี พ.ศ. 2511-2521 (จอห์น โนเดล และคนอื่น ๆ, 2530) ดังนั้นการลดลงของอัตราเพิ่มประชากรในอนาคต จึงขึ้นอยู่กับระดับและแนวโน้มของการคุมกำเนิดนั่นเอง

ระดับการคุมกำเนิดวัดได้ด้วยอัตราคุมกำเนิด (contraceptive prevalence rate : CPR) ซึ่งเท่ากับร้อยละของสตรีอายุ 15-44 ปี ที่กำลังสมรสและกำลังใช้วิธีคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่งอยู่ ดังนั้นในการวิเคราะห์ระดับการคุมกำเนิด จึงพิจารณาเฉพาะสตรีที่กำลังสมรสและมีอายุระหว่าง 15-44 ปี เท่านั้น

อัตราคุมกำเนิดในประเทศไทยได้เพิ่มขึ้นในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา จาก 53.4 ในปี 2521 เป็น 59.0 ในปี 2524 เป็น 64.6 ในปี 2527 และ 70.5 ในปี 2530 ถึงแม้ว่าอัตราเพิ่มจะลดลงเล็กน้อย ในระหว่างการสำรวจแต่ละครั้ง คือ อัตราคุมกำเนิดเพิ่มขึ้นร้อยละ 10.5 ในช่วงปี 2521-2524 ในช่วงปี 2524-2527 เพิ่มขึ้นร้อยละ 9.5 และในช่วงสุดท้าย คือ 2527-2530 เพิ่มเพียงร้อยละ 9.1 โดยมีอัตราเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 3.2 ต่อปีก็ตาม การลดลงของอัตราเพิ่มนี้เป็นปกติ ทั้งนี้เพราะอัตราส่วนของผู้คุมกำเนิดยิ่งสูงขึ้นเพียงไร อัตราเพิ่มยิ่งลดลงเพียงนั้น ด้วยเหตุที่มีคนที่ยังไม่ได้คุมกำเนิดและต้องการคุมกำเนิดน้อยลง

ในปีพ.ศ. 2530 วิธีคุมกำเนิดที่นิยมใช้มากที่สุดคือ หมันหญิงซึ่งนิยมใช้มากกว่า 1 ใน 3 ของสตรีที่กำลังคุมกำเนิดอยู่ หรือ 1 ใน 4 ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่กำลังแต่งงาน วิธีคุมกำเนิดที่นิยมรองลงไปคือ ยาเม็ด ยาฉีด ห่วงอนามัย หมันชาย และถุงยาง ตามลำดับ (ตาราง 4) ส่วนวิธีธรรมชาติ เช่น นับระยะปลอดภัยและหลั่งนอกของคลอด รวมทั้งวิธีพื้นบ้านมีเพียงร้อยละ 3.3 ของผู้ที่กำลังใช้วิธีคุมกำเนิดอยู่เท่านั้น ข้อที่น่าสังเกต คือ คู่สมรสส่วนใหญ่จะใช้วิธีทางวิทยาศาสตร์ที่มีประสิทธิภาพในการคุมกำเนิด และกว่าร้อยละ 90 ได้เลือกใช้วิธีคุมกำเนิดของสตรี

ตาราง 4. อัตราคุมกำเนิดและดัชนีคุมกำเนิดแยกตามวิธีคุมกำเนิด พ.ศ.2524-2530

วิธีคุมกำเนิด	CPS1 2521	CPS2 2524	CPS3 2527	CUPS ¹ 2530	ดัชนีคุมกำเนิด 2530 2527=100
หมันหญิง	130	187	23.5	25.4	108.1
หมันชาย	35	42	4.4	3.8	86.4
ยาเม็ด	21.9	20.2	19.8	19.9	100.5
ห่วงอนามัย	40	42	4.9	6.2	126.5
ยาฉีด	47	7.1	7.6	10.9	143.4
ถุงยาง	22	1.9	1.8	1.9	105.6
ยาฝัง	-	-	-	0.2	.2
อื่นๆ	4.1	2.7	2.6	2.3	88.5
รวมทุกวิธี	53.4	58.0	64.6	70.5	109.1

หมายเหตุ : 1. อัตราคุมกำเนิดนี้อาจแตกต่างจากที่นำเสนอในรายงานล่วงหน้า
(สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2531) เล็กน้อย
2. ไม่สามารถคำนวณดัชนีคุมกำเนิดได้ เพราะ CPS3 ไม่ได้แยกวิธียาฝังไว้ต่างหาก

แหล่งที่มา : CPS1-CPS3 จาก Kamnuansilpa and Chamrathirong, 1985 : ตาราง 5.6

การเปลี่ยนแปลงในระดับการคุมกำเนิด สามารถวัดได้ด้วยดัชนีคุมกำเนิด (contraceptive index) โดยที่ดัชนีคุมกำเนิด ก็คือ ร้อยละของการเปลี่ยนแปลงของอัตราคุมกำเนิดโดยให้อัตราคุมกำเนิดในปีฐานมีค่าเท่ากับ 100 ดัชนีคุมกำเนิดที่มีค่าสูงกว่าร้อยละแสดงว่าอัตราคุมกำเนิดเพิ่มขึ้น ส่วนดัชนีคุมกำเนิดที่ต่ำกว่าร้อยละแสดงถึงการลดลงของอัตราคุมกำเนิด (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม 2531) จากตาราง 4 จะเห็นว่าดัชนีคุมกำเนิดรวมของปี 2530 เท่ากับ 109.1 โดยมีปี 2527 เป็นปีฐาน แสดงว่าอัตราคุมกำเนิดในปี 2530 เพิ่มขึ้นจากปี 2527 เท่ากับร้อยละ 9.1 ถ้าดูการเปลี่ยนแปลงของวิธีคุมกำเนิดแต่ละวิธีจะพบว่าดัชนีคุมกำเนิดสูงกว่า 100 ทั้งนั้น ยกเว้นหมันชายและวิธีทางธรรมชาติ โดยที่วิธีธรรมชาติและพื้นบ้านนั้นลดลงถึงร้อยละ 11.5 แสดงว่า มีคู่สมรสหันมาใช้วิธีทางวิทยาศาสตร์ในการคุมกำเนิดมากขึ้น วิธีคุมกำเนิดที่เพิ่มสูงที่สุดคือยาฉีด ซึ่งเพิ่มถึงร้อยละ 43 รองลงไปคือ ห่วงอนามัย ส่วนวิธีอื่นๆ เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย ที่น่าสังเกตคือ หมันชายมีดัชนีคุมกำเนิดต่ำกว่า 100 แสดงให้เห็นถึงสัดส่วนของการมีส่วนร่วมในการคุมกำเนิดของสามีลดลง หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือภรรยายังคงเป็นผู้รับผิดชอบในการคุมกำเนิดอยู่นั่นเอง

เมื่อวิเคราะห์ระดับคุมกำเนิดตามภาค และเขตเมือง - ชนบท จะพบว่าภาคกลางมีอัตราการคุมกำเนิดสูงที่สุด คือเท่ากับ 77 รองลงไปคือภาคเหนือเท่ากับ 76.2 ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าระดับคุมกำเนิดของทั้งสองภาคนี้ อาจจะถึงระดับสูงสุดที่เป็นไปได้ทางทฤษฎีแล้ว (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2531) สำหรับอัตราการคุมกำเนิดของกรุงเทพฯ นั้นเท่ากับ 71.9 ซึ่งสูงกว่าอัตราการคุมกำเนิดของประเทศเล็กน้อย ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการคุมกำเนิดต่ำกว่าอัตราการคุมกำเนิดของประเทศเล็กน้อย และในภาคใต้มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำที่สุด ซึ่งต่ำกว่าอัตราการคุมกำเนิดของประเทศถึงร้อยละ 15 (ตาราง 5)

ตาราง 5. อัตราคุมกำเนิด และดัชนีคุมกำเนิด แยกตามเขตเมือง-ชนบท และภาค พ.ศ. 2527-2530

ที่อยู่อาศัย	CPS3 2527	CUPS 2530	ดัชนีคุมกำเนิด 2530 2527=100
เขตที่อยู่อาศัย			
เขตเมือง	647	68.5	107.4
เขตชนบท	637	70.4	110.5
ภาค			
กรุงเทพฯ	71.8	71.9	100.1
กลาง	68.8	77.0	111.9
เหนือ	71.4	76.2	106.7
ตะวันออกเฉียงเหนือ	60.8	68.2	112.2
ใต้	50.4	55.4	109.9
ทั้งประเทศ	646	70.5	109.1

แหล่งที่มา : CPS3 จาก Kamnuansilpa and Chamrathirong, 1985 : ตาราง 5.7

ดัชนีคุมกำเนิดในแต่ละภาคก็ใกล้เคียงกับดัชนีคุมกำเนิดของประเทศ ยกเว้น กรุงเทพฯ ที่เกือบเท่ากับ 100 ซึ่งแสดงว่าอัตราการคุมกำเนิดไม่ได้เพิ่มขึ้นในกรุงเทพฯ เลย ด้วยเหตุนี้จึงทำให้อัตราคุมกำเนิดของกรุงเทพฯ ซึ่งเคยสูงสุดในปี 2527 ต้องลดลงมาเป็นอันดับสามในปี 2530 (ตาราง 5) สำหรับเขตเมืองและชนบท อัตราคุมกำเนิดเกือบจะไม่แตกต่างกันนัก โดยที่อัตราการคุมกำเนิดในเขตชนบทสูงกว่าในเขตเมืองเล็กน้อย (เท่ากับ 70.4 และ 69.5 ตามลำดับ) ทั้งนี้เป็นเพราะดัชนีคุมกำเนิดที่สูงกว่าในเขตชนบทนั่นเอง

วิธีคุมกำเนิดแต่ละวิธีมีประสิทธิภาพในการป้องกันการมีบุตรแตกต่างกัน บางวิธีมีประสิทธิภาพป้องกันการตั้งครรภ์ได้สมบูรณ์เต็มที่ อันได้แก่ หมันหญิงและหมันชาย ส่วนวิธีชั่วคราวอื่น ๆ ก็มีประสิทธิภาพของการใช้ลดหลั่นกันลงไป ได้แก่ ห่วงอนามัย ยาเม็ด ยาฉีด ยาฝัง ถุงยาง และวิธีธรรมชาติ เช่น หลั่งนอกช่องคลอดและนับระยะปลอดภัย ส่วนวิธีพื้นบ้านจะมีประสิทธิภาพการใช้ต่ำสุด การเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดที่แตกต่างกันไป ระหว่างภาคหรือระหว่างเขตเมืองและชนบท ย่อมมีผลให้ระดับเจริญพันธุ์แตกต่างกันด้วย ถึงแม้ว่าจะมีอัตราคุมกำเนิดเท่ากันก็ตาม (วรชัยทองไทย , 2530) ดังนั้นการวิเคราะห์ถึงความนิยมในวิธีคุมกำเนิดของแต่ละภาค จึงมีความสำคัญ

หมันหญิงเป็นวิธีคุมกำเนิดที่นิยมมากที่สุดในทุกภาคและเขตที่อยู่อาศัย วิธีคุมกำเนิดที่นิยมรองลงไปคือ ยาเม็ด ส่วนยาฉีดเป็นวิธีที่นิยมเป็นอันดับสามในทุกภาค ยกเว้นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งห่วงอนามัยมีผู้นิยมใช้มากกว่า (เกือบ 2 เท่าของยาฉีด) ส่วนวิธีอื่น ๆ ก็ลดน้อยลงไปคล้ายคลึงกับความนิยมในวิธีคุมกำเนิดของทั้งประเทศ (ตาราง 6)

ถึงแม้ว่า ลำดับของความนิยมใช้วิธีคุมกำเนิดจะคล้ายคลึงกันในแต่ละภาคและเขตเมือง-ชนบท แต่บางวิธีก็เป็นที่นิยมในภาคหนึ่ง ๆ มากกว่าภาคอื่น ๆ เช่น ถุงยางและนับระยะปลอดภัยเป็นวิธีที่ใช้มากที่สุดในกรุงเทพฯ เมื่อเทียบกับภาคอื่น ๆ ยาฉีดเป็นที่นิยมมากกว่าในภาคกลางและภาคเหนือ สำหรับภาคเหนือวิธีคุมกำเนิดที่นิยมมากที่สุดคือ ยาเม็ดและหมันหญิง ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือคือ ห่วงอนามัย และภาคใต้คือ หลั่งนอกช่องคลอดและวิธีพื้นบ้าน (ตาราง 6) ความนิยมในวิธีคุมกำเนิดที่แตกต่างกันนี้อาจขึ้นอยู่กับขนบธรรมเนียมประเพณี หรือความแพร่หลายและเข้าถึงแหล่งบริการคุมกำเนิดในแต่ละภาคก็ได้ (Chamratrithirong and Stephen, 1986)

สำหรับวิธีคุมกำเนิดที่นิยมในเขตเมืองที่คล้ายกับในกรุงเทพฯ ได้แก่ ถุงยางและนับระยะปลอดภัย แต่หมันหญิงก็มีผู้นิยมใช้มากเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ที่กำลังคุมกำเนิดซึ่งสูงกว่าในกรุงเทพฯ เสียอีก ส่วนวิธีอื่น ได้แก่ ยาเม็ด ห่วงอนามัย ยาฉีด และหมันชาย เป็นวิธีคุมกำเนิดที่นิยมใช้ในชนบทมากกว่าในเมือง (ตาราง 6)

ตาราง 6. อัตราคุมกำเนิด แยกตามวิธีคุมกำเนิด และสถานที่อยู่อาศัย พ.ศ. 2530

วิธีใช้	ที่อยู่อาศัย		ภาค					รวม ทั้งประเทศ
	เมือง	ชนบท	กรุงเทพ	กลาง	เหนือ	ตะวันออก เฉียงเหนือ	ใต้	
หมั้นหญิง	332	249	249	25.4	28.8	27.2	15.4	25.4
หมั้นชาย	25	36	6.1	5.6	2.3	3.1	2.9	3.8
ยาเม็ด	15.5	20.1	20.9	22.0	26.5	17.1	13.0	19.9
ห่วงอนามัย	3.9	6.7	3.4	3.3	2.2	12.0	3.9	6.2
ยาฉีด	8.5	11.4	8.3	16.4	14.0	6.7	10.3	10.9
ถุงยาง	2.6	1.5	4.6	2.4	1.7	0.8	1.7	1.9
ยาฝัง	-	0.2	-	0.1	0.2	-	1.0	0.2
นับระยะปลอดภัย	1.9	0.6	2.2	1.0	0.3	0.6	1.1	0.9
หลั่งนอกช่องคลอด	1.3	1.2	1.2	0.6	0.3	0.8	4.7	1.2
อื่น ๆ	0.1	0.3	0.4	0.3	0.1	0.0	1.3	0.3
รวมทุกวิธี	68.5	70.4	71.9	77.0	76.2	68.2	55.4	70.5

ความแตกต่างของอัตราคุมกำเนิดระหว่างภาคนี้ สอดคล้องกับความแตกต่างในระดับเจริญพันธุ์ระหว่างภาคเช่นกัน ยกเว้นภาคกลางที่ระดับเจริญพันธุ์ยังสูงอยู่ในขณะที่อัตราคุมกำเนิดก็สูงด้วย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะอัตราคุมกำเนิดได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในภาคกลาง ซึ่งการเพิ่มขึ้นนี้อาจเกิดขึ้นหลังจากที่ให้กำเนิดบุตรแล้วก็ได้ และส่วนหนึ่งอาจเกิดจากการใช้วิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพแตกต่างกัน ส่วนความแตกต่างของระดับเจริญพันธุ์ในเขตชนบทยังสูงกว่าในเขตเมืองทั้ง ๆ ที่อัตราคุมกำเนิดใกล้เคียงกัน ก็อาจอธิบายได้ด้วยเหตุผลเดียวกัน

สรุปแล้ว อัตราคุมกำเนิดที่สูงถึงร้อยละ 70 ย่อมแสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ของเป้าหมายประชากรในด้านการเพิ่มอัตราคุมกำเนิด โดยที่อัตราคุมกำเนิดในภาคกลางและภาคเหนือก็เกินเป้าหมายแล้วด้วย สำหรับภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งอัตราคุมกำเนิดยังต่ำอยู่นั้น ถ้าแนวโน้มของการใช้วิธีคุมกำเนิดเพิ่มขึ้นอย่างในปัจจุบันแล้วโอกาสที่จะบรรลุเป้าหมายย่อมเป็นไปได้ ส่วนภาคใต้นั้นอัตราคุมกำเนิด

ยังต่ำมาก และแนวโน้ม ของการใช้วิธีคุมกำเนิดก็ยังต่ำอยู่ จึงควรที่จะได้รับการณรงค์ ให้มีการใช้วิธีคุมกำเนิดให้มากขึ้นอีก

แหล่งบริการคุมกำเนิด

ดังที่กล่าวแล้วว่า แหล่งบริการคุมกำเนิดมีอิทธิพลต่อการเลือกใช้วิธีคุมกำเนิด ซึ่งจะมีผลกระทบต่อภาวะเจริญพันธุ์ต่อไป ดังนั้นการวิเคราะห์ถึงแหล่งบริการคุมกำเนิดย่อมทำให้เข้าใจถึงความนิยมในการเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดได้ดียิ่งขึ้น ยิ่งไปกว่านั้น การที่จะสนับสนุนให้มีการใช้วิธีคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่งให้มากขึ้น เช่น วิธีถาวรในกรณี ที่ไม่ต้องการบุตรอีกแล้ว แหล่งบริการคุมกำเนิดย่อมเป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่งปัจจัยหนึ่ง

แหล่งบริการของรัฐบาลได้ให้บริการแก่ผู้ที่กำลังคุมกำเนิดถึง 8 ใน 10 คน โดยที่สถานอนามัยตำบล และโรงพยาบาลชุมชนอำเภอเป็นแหล่งที่มีผู้นิยมรับบริการ มากที่สุด รองลงไปคือ โรงพยาบาลประจำจังหวัด ส่วนโรงพยาบาลอื่น ๆ ของรัฐ และสถานอนามัยอำเภอ/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอก็มีผู้นิยมไปรับบริการพอสมควร แหล่งบริการของรัฐบาลนอกเหนือจากนี้ มีผู้ไปใช้บริการรวมกันไม่ถึงร้อยละ 5 (ตาราง 7) สำหรับแหล่งบริการของเอกชนนั้นร้านขายยาเป็นแหล่งที่ได้รับความนิยม สูงสุดรองลงไปคือคลินิกและโรงพยาบาลเอกชนตามลำดับ

การเลือกแหล่งบริการของสตรีในแต่ละภาคนั้น คล้ายคลึงกันเกือบทุกภาค ยกเว้นกรุงเทพฯ ซึ่งเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ที่กำลังคุมกำเนิดใช้แหล่งบริการของเอกชน โดยส่วนใหญ่จะเป็นร้านขายยา และที่น่าสนใจก็คือในภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียง-เหนือ ซึ่งมีอัตราคุมกำเนิดต่ำนั้น เอกชนมีส่วนร่วมในการให้บริการคุมกำเนิดน้อยมาก (ตาราง 7)

[illegible]

ในเขตเมือง อัตราส่วนของผู้ใช้บริการเอกชนสูงกว่าในเขตชนบทหนึ่งเท่าตัว โดยที่ร้านขายยาและคลินิกเอกชนเป็นแหล่งบริการคุมกำเนิดที่สำคัญ สำหรับแหล่งบริการของรัฐบาลที่นิยมมากในเขตเมืองคือ โรงพยาบาลประจำจังหวัด ซึ่งแตกต่างจากในเขตชนบทที่นิยมใช้บริการของสถานอนามัยตำบลและโรงพยาบาลชุมชนอำเภอมากกว่า (ตาราง 7) นอกจากนี้แบบแผนการรับบริการจากแหล่งบริการยัง คล้ายคลึงกับแบบแผนใน ปี พ.ศ.2527 แต่การเข้าร่วมให้บริการของภาคเอกชนกลับลดลงเล็กน้อยในทุก ๆ ภาค (Kamnuansilpa and Chamratrithirong, 1985 : Table 6.2)

วิธีคุมกำเนิดที่เอกชนมีส่วนร่วมในการให้บริการคุมกำเนิดมากที่สุดคือ ถุงยาง ซึ่งมีจำหน่ายแพร่หลายในร้านขายยา รองลงไปคือ ยาเม็ด ส่วนคลินิกเอกชนก็มีการให้บริการด้านยาฉีด และหมันชาย สำหรับหมันหญิงและห่วงอนามัยมีผู้ให้บริการของเอกชนน้อยมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งห่วงอนามัยมีเพียงร้อยละ 3 เท่านั้น (ตาราง 8)

กล่าวโดยสรุป แหล่งบริการของรัฐยังคงเป็นแหล่งที่สำคัญในการให้บริการคุมกำเนิดและเป็นตัวกระตุ้นให้มีการใช้วิธีคุมกำเนิดแพร่หลายมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตชนบท

[illegible]

สรุป

ระดับเจริญพันธุ์ในปี พ.ศ. 2530 อยู่ในระดับต่ำพอสมควรโดยมีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยเท่ากับ 2.6 คน ส่วนอัตราคุมกำเนิดก็อยู่ในระดับสูงคือ เท่ากับร้อยละ 70 ของสตรีอายุระหว่าง 15-44 ปี ที่กำลังแต่งงาน ด้วยแนวโน้มของภาวะเจริญพันธุ์และอัตราคุมกำเนิดเช่นนี้เชื่อว่า จะสามารถบรรลุถึงเป้าหมายประชากรตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมในปี พ.ศ. 2534 ได้

อัตราคุมกำเนิดสูงที่สุดในภาคกลางและภาคเหนือ รองลงไปคือกรุงเทพฯ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนภาคใต้อัตราคุมกำเนิดยังคงต่ำอยู่มาก และภาวะเจริญพันธุ์ก็ยังสูงอยู่ด้วย ดังนั้นจึงควรเน้นการรณรงค์ให้มีการวางแผนครอบครัวในภาคใต้ให้มากยิ่งขึ้น สำหรับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นั้น อัตราคุมกำเนิดสูงกว่าระดับประเทศอยู่แล้วถ้าสามารถรักษาระดับการเพิ่มของผู้ใช้วิธีคุมกำเนิดให้คงที่ได้ อัตราคุมกำเนิดของภาคนี้ก็จะเท่ากับอัตราของชาติได้เมื่อสิ้นแผนฯ นี้

สำหรับเมืองและชนบทนั้น อัตราคุมกำเนิดไม่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นผลมาจากการแพร่กระจายของแหล่งบริการคุมกำเนิดของรัฐบาลในเขตชนบท อันได้แก่ สถานีอนามัยตำบลและโรงพยาบาลชุมชนอำเภอ ส่วนในระดับภาคนั้น อัตราคุมกำเนิดยังคงแตกต่างกันอยู่ดังนั้นนโยบายด้านบริการคุมกำเนิด จึงควรเน้นที่ภาคมากกว่าที่จะเน้นที่เขตเมืองหรือเขตชนบท

วิธีคุมกำเนิดที่คู่สมรสนิยมมากที่สุดคือ หันหนึง รองลงไปคือยาเม็ดและยาฉีด วิถีธรรมชาติและพื้นบ้านมีผู้ใช้น้อยมาก เพียงร้อยละ 3 ของผู้ที่กำลังใช้วิธีคุมกำเนิดอยู่เท่านั้น ส่วนวิธีคุมกำเนิดของชาย (หมั้นชาย และถุงยาง) มีคู่สมรสใช้เพียงร้อยละ 10 ของคู่ที่กำลังใช้

การมีส่วนร่วมของภาคเอกชนในการให้บริการคุมกำเนิดมีน้อยมากในเขตชนบท ส่วนใหญ่ร้านขายยาจะเป็นผู้ให้บริการและวิธีคุมกำเนิด คือถุงยางอนามัย และยาเม็ดคุมกำเนิด

คำอธิบาย

บทความนี้ได้ปรับปรุงจากที่เสนอต่อการประชุมเพื่อเสนอผลงานวิจัยด้านวางแผนครอบครัวและอนามัยแม่และเด็ก "National Research Dissemination Seminar"³¹ สิงหาคม - 1 กันยายน 2531 โรงแรมรอยัลการ์เดนส์รีสอร์ท หัวหิน จัดโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยเรื่องตัวกำหนดและผลของแบบแผนการใช้วิธีคุมกำเนิดในประเทศไทย (Determinants and Consequences of Contraceptive Use Patterns in Thailand) ได้รับการสนับสนุนทางการเงินจาก Special Programme of Research Development and Research Training in Human Reproduction, World Health Organization.

ผู้เขียนขอขอบคุณ คุณมะลิ ลีวนานนท์ชัย ที่ให้ความช่วยเหลือด้านประมวลผลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์

เอกสารอ้างอิง

- จอห์น โนคล อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์ และนิพนธ์ เทพวัลย์. 2530. *การปฏิวัติขนาดครอบครัวในประเทศไทย : การลดลงอย่างรวดเร็วของภาวะเจริญพันธุ์ในประเทศโลกที่สาม* แปลโดย นภาพร หะวานนท์ กรุงเทพฯ : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
- วรชัย ทองไทย. 2530. ความแตกต่างของภาวะเจริญพันธุ์ในเขตเมืองและเขตชนบท : ศึกษาโดยวิธีวิเคราะห์ตัวแปรเจริญพันธุ์กลาง ในสมาคมนักประชากรไทย *การประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2530*: 33-55
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. 2531. *สภาวะการคุมกำเนิดของสตรีไทย พ.ศ. 2530* รายงานล่วงหน้าโครงการวิจัยตัวกำหนดและผลกระทบของแบบแผนการใช้วิธีคุมกำเนิดในประเทศไทย เสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2531, 9 กุมภาพันธ์ 2531
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2529. *แผนประชากร ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 พ.ศ. 2530-2534*.
- Bongaarts, J. 1978. A framework for analyzing the proximate determinants for fertility. *Population and Development Review*. 4, (1) : 105-132.

_____. 1982 . The fertility-inbiliting effects ofthe intermediate fertility variables. *Studies in Family Planning*. 13, (6-7) : 179-189.

Chamratrithirong, A.,and E. H. Stephen .1986. *Determinants of Contraceptive Method Choice in Thailand*. IPSR Publication No. 98. Institute for Population and Social Research, Mahidol University.

Kamnuansilpa, P., and A. Chamratrithirong. 1985. *Contraceptive Use and Fertility in Thailand : Results from the 1984 Contraceptive Prevalence Survey*. Bangkok: Research Center, National Institute of Development Administration, Institute for Population and Social Research, Mahidol University, and National Family Planning, Ministry of Public Health.

ภาคผนวก

ระเบียบวิธีการสำรวจ

เนื่องจากวัตถุประสงค์ข้อหนึ่งของโครงการศึกษาวิจัยเรื่อง “ตัวกำหนดและผลของแบบแผนการใช้วิธีคุมกำเนิดในประเทศไทย” ต้องการวัดระดับการคุมกำเนิด ของสตรีอายุ 15-44 ปีที่สมรสและยังอยู่กินกับสามี โดยเปรียบเทียบกับผลการสำรวจสภาวะการคุมกำเนิดรอบที่ 1, 2 และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง รอบที่ 3 เพื่อพิจารณาว่าในระยะเวลา 3 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2527 และ พ.ศ. 2530 ได้มีการเปลี่ยนแปลงในระดับและแบบแผนการคุมกำเนิดอย่างไรบ้าง ฉะนั้นระเบียบวิธีที่ใช้โดยเฉพาะอย่างยิ่งแผนแบบตัวอย่างการกำหนดคำถามเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลที่ต้องการ จึงเหมือนหรือคล้าย คลึงกับการสำรวจสภาวะการคุมกำเนิดรอบที่ 3 พ.ศ. 2527

แผนแบบและขนาดตัวอย่าง

แผนแบบตัวอย่างที่ใช้ในการสำรวจครั้งนี้เป็นแบบ multi-stage sampling with probability proportional to size จังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้านที่ถูกเลือกเป็นตัวอย่างเป็นกลุ่มเกี่ยวกับการสำรวจสภาวะการคุมกำเนิดรอบที่ 3 ยกเว้นการเลือกกลุ่ม ตัวอย่างในกรุงเทพมหานครซึ่งไม่ได้ดำเนินการคือ การติดตามสตรีในวัยเจริญพันธุ์ซึ่งถูกเลือกเป็นตัวอย่างในการสำรวจสภาวะการคุมกำเนิดรอบที่ 3 ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่จำเป็นเพราะสตรีส่วนหนึ่งได้เปลี่ยนสถานภาพไปแล้ว

ตัวอย่างที่ใช้ในการสำรวจครั้งนี้มีจำนวน 7,085 รายใน 27 จังหวัดตัวอย่าง จำแนกเป็น กรุงเทพมหานคร ภาคกลาง (9 จังหวัด) ภาคเหนือ (5 จังหวัด) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (5 จังหวัด) ภาคใต้ (5 จังหวัดและจังหวัดที่มีมุสลิมมากอีก 2 จังหวัด)

การปฏิบัติงานสนาม

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการ 2 ระยะ คือ

จังหวัดต่าง ๆ 26 จังหวัด	เมษายน - มิถุนายน 2530
กรุงเทพมหานคร	กรกฎาคม - สิงหาคม 2530

พนักงานสัมภาษณ์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปที่สามารถพูดภาษาท้องถิ่นได้ ทีมหนึ่ง ๆ ประกอบด้วยพนักงานสัมภาษณ์ 5 คน ผู้ควบคุมทีม 1 คน และผู้ช่วยอีกทีมละ 1 คน ซึ่ง 2 คนหลังนี้เป็นอาจารย์หรือนักวิจัยของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล สำหรับภาคใต้นั้นแบ่งออกเป็น 2 ทีม ทีมแรกรับผิดชอบภาคใต้ตอนบน และทีมหลังรับผิดชอบภาคใต้ตอนล่าง ซึ่งได้แก่ จังหวัดสงขลา ปัตตานี นราธิวาส ยะลา และสตูล โดยพนักงานสัมภาษณ์สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี และสามารถพูดได้ทั้งภาษาพื้นเมือง และภาษายาวี และทีมนี้อาจารย์และนักวิจัยของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เป็นผู้ดำเนินการ ฉะนั้นในจำนวน 6 ทีมนี้ แต่ละทีมจะมีองค์ประกอบดังนี้

พนักงานสัมภาษณ์ 5 คน (สำเร็จปริญญาตรี พูดภาษาท้องถิ่นได้)

ผู้ควบคุมงานสนาม (อาจารย์/นักวิจัย 1 คน)

ผู้ช่วยผู้ควบคุมงานสนาม (นักวิจัย/นักวิจัยผู้ช่วย 1 คน)

พนักงานสัมภาษณ์ทุกคนได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ความมุ่งหมายวิธีการสัมภาษณ์ และการตรวจสอบความเป็นไปได้ และเชื่อถือได้ของข้อมูลเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ ซึ่งในการอบรมนี้พนักงานทุกคนจะต้องผ่านการทดสอบทั้งในห้องฝึกอบรมและการฝึกสัมภาษณ์ครัวเรือนในชุมชน 2 ครั้ง

แบบสำรวจ

เนื่องจากข้อมูลสถานะการคุมกำเนิด เป็นเพียงส่วนหนึ่งของข้อมูลที่เก็บรวบรวมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ฉะนั้นแบบสำรวจที่ได้รับการร่างขึ้นมาจึงต้องผ่านการทดสอบถึง 3 ครั้ง เพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้ให้สัมภาษณ์เข้าใจคำถามเป็นแบบเดียวกัน และสามารถให้ข้อมูลที่ต้องการได้