

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงพฤติกรรมอนามัยชาวไทยภูเขาเผ่าม้ง บ้านหนองหอยเก่า ตำบลแม่แรม อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ เกี่ยวกับ ความรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารงานเขียน และรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำเสนอเป็นหัวข้อตามลำดับดังนี้

- ๑) ๒) ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม ความรู้ และการปฏิบัติ
- ๒) ๓) แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
- ๓) ๔) ทฤษฎีเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว
- ๔) ๑) ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๑) ทฤษฎี พฤติกรรม ความรู้ และการปฏิบัติ

การปฏิบัติด้านการวางแผนครอบครัว ถือว่าเป็นพฤติกรรมอนามัยขั้นสุดท้ายที่ผ่านขบวนการมีพฤติกรรมทางด้านพุทธิปัญญา (Cognitive Domain) และพฤติกรรมทางด้านทัศนคติ (Affective Domain) มาแล้ว

พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ ไม่ว่าจะสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ก็ได้ เช่น การทำงานของหัวใจ การทำงานของกล้ามเนื้อ การเดิน การพูด การคิด ความรู้สึก ความชอบ ความสนใจ เป็นต้น (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2520 : 10)

พฤติกรรมนั้นมีส่วนประกอบอยู่สามส่วนด้วยกันคือ

1. ด้านพุทธิปัญญา (Cognitive Domain)

พฤติกรรมด้านนี้เกี่ยวข้องกับการรู้ การจำ ข้อเท็จจริงต่างๆ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถและทักษะทางสติปัญญา การใช้วิจารณญาณเพื่อประกอบการตัดสินใจ พฤติกรรมด้านพุทธิปัญญานี้ ประกอบด้วยความสามารถระดับต่างๆ ซึ่งเริ่มต้นจากการรู้ในระดับง่ายๆ และเพิ่มการใช้ความคิด และพัฒนาสติปัญญามากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งขั้นของความสามารถต่างๆ มีดังนี้

1.1 ความรู้ (Knowledge)

ความรู้ในที่นี้เป็นพฤติกรรมขั้นต้น ซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำได้ อาจจะโดยการนึกได้ หรือโดยการมองเห็น ได้ยิน ก็จำได้ ความรู้ในขั้นนี้ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับ คำจำกัดความ ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง วิธีการแก้ปัญหา มาตรฐาน เหล่านี้เป็นต้น จะเห็นว่าการจำได้หรือระลึกได้นี้ไม่ได้ใช้กระบวนการของการใช้ความคิดซับซ้อน หรืออาจจะกล่าวได้ว่าไม่ได้ใช้ความสามารถของสมองมากนัก ซึ่งระดับของพฤติกรรมในขั้นนี้จะกล่าวต่อไปนี้ (1.2-1.6) ถือว่าผู้เรียนได้ใช้ความคิด ได้พัฒนาความสามารถทางด้านสมองเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ

1.2 ความเข้าใจ (Comprehension)

เมื่อบุคคลได้มีประสบการณ์กับข่าวสารหนึ่งๆ อาจจะโดยการได้ฟัง ได้อ่าน หรือได้เขียน เป็นที่คาดว่าบุคคลนั้นจะทำความเข้าใจกับข่าวสารนั้นๆ ความเข้าใจนี้อาจจะแสดงออกในรูปของทักษะหรือความสามารถในการแปล การให้ความหมาย และการคาดคะเน

1.3 การประยุกต์หรือการนำความรู้ไปใช้ (Application)

1.4 การวิเคราะห์ (Analysis)

1.5 การสังเคราะห์ (Synthesis)

หมายถึง ความสามารถในการนำเอาส่วนประกอบย่อยหลายๆ ส่วนมารวมกันเข้าเป็นส่วนรวมที่มีโครงสร้างที่แน่ชัด

1.6 การประเมินผล (Evaluation)

2. พฤติกรรมด้านทัศนคติ (Affective Domain)

พฤติกรรมด้านนี้หมายถึง ความสนใจ ความรู้สึก ท่าที ความชอบ ไม่ชอบ การให้คุณค่า การรับ การเปลี่ยน หรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ พฤติกรรมด้านนี้ยากต่อการอธิบาย เพราะเกิดภายในจิตใจของบุคคล ซึ่งจะต้องใช้เครื่องมือพิเศษในการวัดพฤติกรรมเหล่านี้ เพราะความรู้สึกภายในของคณนั้นยากต่อการที่จะวัดจากพฤติกรรมที่แสดงออกมามากมายนอก

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain)

พฤติกรรมนี้เป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย ซึ่งรวมทั้งการปฏิบัติ หรือพฤติกรรมที่แสดงออกและสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่งๆ หรืออาจจะเป็นพฤติกรรมที่ล่าช้า คือ บุคคลไม่ได้ปฏิบัติทันที แต่คาดคะเนว่าอาจปฏิบัติในโอกาสต่อไป พฤติกรรมที่แสดงออกนี้เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่เป็นเป้าหมายของการศึกษา ซึ่งจะต้องอาศัยพฤติกรรมระดับต่างๆ ที่ได้กล่าวมาแล้วเป็นส่วนประกอบ พฤติกรรมด้านนี้เมื่อแสดงออกมาจะสามารถประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการในการจะก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้จะต้องอาศัยระยะเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน ซึ่งเป็นปัญหาของการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (เช่น ทางด้านการศึกษา การสาธารณสุข เป็นต้น) และนักวิชาการก็เชื่อว่ากระบวนการทางการศึกษาจะช่วยให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติ

วิฑูร โอสถานนท์ (วิฑูร โอสถานนท์, 2516 : 29) ได้กล่าวถึงกระบวนการยอมรับความคิดหรือสิ่งประดิษฐ์ใหม่ไปใช้ปฏิบัติ (Adoption Process) ซึ่งเป็นขบวนการทางสังคมที่ซับซ้อนและต่อเนื่องเป็นระยะๆ แบ่งออกเป็น 5 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ระยะรับรู้ (Awareness)

เป็นระยะแรกเริ่มของขบวนการ คือ ได้รู้สิ่งใหม่ๆ ด้วยวิธีการอย่างหนึ่งอย่างใด เช่น ได้ยิน ได้เห็น ได้สัมผัส ได้รู้เรื่องราว

ระยะที่ 2 ระยะสนใจ, ตื่นตัว (Interest)

เป็นระยะที่ต่อเนื่องมาจากระยะรับรู้ คือมีความสนใจในสิ่งที่ได้รับรู้ เมื่อมีความสนใจแล้วก็เกิดขบวนการทางสมองต่อไปอีกหลายอย่างที่สำคัญ คือ หาข้อมูลเพิ่มเติม ทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจมากขึ้นจนพอใจ โดยวิธีการต่างๆ เช่น การสังเกต การอ่าน การฟัง การซักถาม การกรองข่าวที่รู้มาจนพอใจ แล้วก็เริ่มผ่านไปสู่วิธีที่ 3 ของขบวนการยอมรับ

ระยะที่ 3 ระยะไตร่ตรอง ตัดสินใจ (Evaluation, Decision to try)

เมื่อมีความสนใจ และได้ศึกษาข้อมูลจนพอใจแล้ว จะเข้ามาอยู่ในระยะไตร่ตรองพิจารณาเอาความรู้หรือสิ่งใหม่ ๆ นั้นไปใช้ ในระยะนี้อาจจะหาข้อมูลเพิ่มเติมเติมอีกก็ได้ เช่นถามเพื่อน หรือผู้เคยมีประสบการณ์มาแล้ว ศึกษาวิธีแก้ไข คิดพิจารณาหาทางได้ทางเสียจนกระทั่งมีความเข้าใจพอสมควรหรือพอค้แล้ว ก็จะเริ่มเข้าระยะการทดลองปฏิบัติต่อไป ในระยะนี้บางคนอาจกินเวลานาน ก็ยังตัดสินใจไม่ถูกอยู่ในลักษณะลังเลใจ

ระยะที่ 4 การทดลองปฏิบัติ (Trial, Implementation)

เมื่อไตร่ตรองจนค้พอแล้ว ก็จะนำความรู้หรือสิ่งใหม่มาทดลองใช้ ถ้าการทดลองใช้ได้ผลดี มีความพอใจก็จะใช้ต่อไป ถ้าทดลองใช้แล้วไม่ได้ผลดี ไม่พอใจก็จะเลิกใช้ต่อไป แต่ถ้ายังมีความสนใจอยู่อีก ก็จะมีการไตร่ตรองและทดลองใหม่ อาจพยายามหาสิ่งลักษณะเดียวกัน แต่มีคุณภาพดีกว่ามาใช้ เพื่อจะให้ม้ผลดีในการปฏิบัติ

ระยะที่ 5 การยอมรับไปปฏิบัติจนเป็นนิสัย

เมื่อได้ทดลองปฏิบัติแล้ว ได้ผลดีและเป็นทีพอใจ ก็จะนำมาใช้ปฏิบัติประจำจนเป็นนิสัย ความคิดหรือสิ่งประดิษฐ์ใหม่หลายอย่างที่เราได้ยอมรับปฏิบัติต่อกันมาเป็นเวลานาน จนเกิดความเคยชิน อาจกลายเป็นความเชื่อถ้อยค้มน่ว่าความคิด หรือสิ่งนั้นจำเป็นต้องใช้

๒) แนวความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพหรือการปฏิบัติเพื่อสุขภาพ มีความหมายเช่นเดียวกับพฤติกรรมปฏิบัติทั่วๆ ไป แต่มุ่งเฉพาะเกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพเท่านั้น ซึ่งจะเป็นเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ จะแสดงออกโดยการแสดงพฤติกรรมปฏิบัติให้บุคคลอื่นเห็นได้ เช่น การที่บุคคลไปรับบริการการรักษาพยาบาลที่สถานบริการสาธารณสุข การเลือกรับประทานอาหาร การเลี้ยงดูบุตร การจัดสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม หรือการแต่งกาย เป็นต้น

สำลี เปลี่ยนบางข้าง (2526 : 35) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลว่า พฤติกรรมของมนุษย์ถูกกำหนดโดยเงื่อนไขของสิ่งแวดล้อมบางอย่าง จะเกิดตามธรรมชาติ บางอย่างเกิดจากมนุษย์เอง เช่น ความคิด ความเชื่อ ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรม จะถูกถ่ายทอดต่อมาโดยครอบครัวซึ่งเป็นหน่วยที่สำคัญที่สุด ดังนั้นสุขภาพของบุคคล

ครอบครัว และชุมชน ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายด้านที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่น สภาพสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม การเมือง ประเพณี และวัฒนธรรม ศาสนา และความเชื่อที่ถ่ายทอดกันต่อมา เป็นต้น

สแตนนิสลาฟ (Stainislaw 1966 : 246) ได้แบ่งพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 อย่างคือ พฤติกรรมป้องกันโรค (Preventive health behavior), พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness behavior) และพฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick role behavior)

ในที่นี้จะกล่าวถึง พฤติกรรมสุขภาพ 2 ประเภท คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมความเจ็บป่วย

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค

หมายถึงการดำรงชีวิตของคนทั่วไป ที่แสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคไว้ในขณะประกอบกิจวัตรประจำวันอยู่แล้ว เช่น การแปรงฟัน ล้างหน้า รับประทานอาหาร การฉีดยาป้องกันโรค การตรวจร่างกายประจำปี การควบคุมไม่ให้โรคแพร่กระจาย ฯลฯ

สรุปแล้ว พฤติกรรมในการป้องกันโรค หมายถึง การปฏิบัติทุกอย่างที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพของบุคคล และป้องกันไม่ให้เกิดโรค (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526 : 29)

ประมาณ 20 ปีที่ผ่านมา นักวิจัยหลายท่านได้เสนอแนวความคิดต่างๆ เพื่ออธิบายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล แบบแผนที่ได้รับการยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลาย คือ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งถือเป็นพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างหนึ่ง

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคล (Health Belief Model)

แนวความคิดนี้เป็นการอธิบายถึงกระบวนการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของแต่ละบุคคล ในระยะแรกแบบแผนนี้สร้างขึ้นเพื่อทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในการป้องกันโรค โดยมีสมมติฐานว่า บุคคลจะไปแสวงหาการดูแลสุขภาพ หรือไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนั้นๆ แต่เขาจะทำเมื่อรู้ว่า เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ดังนั้น แรงจูงใจความรู้เกี่ยวกับโรค และการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จะทำให้บุคคลเห็นประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อสุขภาพ

(Rosenstock 1966)

ต่อมา เบคเคอร์ (Becker 1974) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลขึ้น ซึ่งมีส่วนประกอบสำคัญ ดังนี้

1. ความพร้อมที่จะปฏิบัติ (Readiness to take action) เป็นความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีความพร้อมที่จะปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ สิ่งที่เป็นตัวกำหนดการกระทำ คือการรับรู้ของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยง (Susceptibility) ต่อการที่จะเป็นโรค และการรับรู้ถึงความรุนแรง (Severity) ของโรคนั้น และจากการศึกษาของ โรเซนสตอค พบว่า การรับรู้ความรุนแรง และภาวะเสี่ยงของความเจ็บป่วย มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพอนามัย ดังนั้นการสอนให้บุคคลได้รับรู้ถึงภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย อาจจะมีแนวโน้มให้บุคคลมีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่เหมาะสมได้

2. การคาดคะเนของบุคคลต่อพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ ที่จะสามารถปฏิบัติได้ และผลที่จะได้รับจากการปฏิบัตินั้น เช่น คาดคะเนถึงผลประโยชน์ของการปฏิบัติ (Benefits of taking action) ที่จะช่วยลดภาวะเสี่ยงและความรุนแรงที่จะเกิดตามมา โดยก่อนจะปฏิบัติบุคคลจะต้องคำนึงถึงภาวะทางร่างกาย จิตใจ สภาวะทางเศรษฐกิจที่จะต้องใช้ในการปฏิบัติ นั้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้นับว่าเป็นสิ่งที่กีดขวางต่อการปฏิบัติเพื่อสุขภาพ (Barriers to take action)

3. สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (Cues to action) หมายถึง สิ่งชักนำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับสภาพการณ์นั้นๆ สิ่งที่มาชักนำอาจเป็นสิ่งชักนำภายใน เช่น อาการความเจ็บป่วยต่างๆ สิ่งชักนำภายนอก เช่น การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และสื่อมวลชนต่างๆ

ไมแมน และคณะ (Maiman, et al. 1977) ได้กล่าวถึงแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไว้ว่า บุคคลจะกระทำกิจกรรมใดๆ เพื่อให้มีสุขภาพอนามัยที่ดีขึ้นก็ต้องขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคลต่อสิ่งต่างๆ ดังนั้นคือ โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยมีมากน้อยเพียงใด ความรุนแรงของโรคที่จะเกิดตามมา ผลที่ได้รับจากการปฏิบัติตามคำแนะนำที่มีประสิทธิภาพในการป้องกัน หรือลดการเสี่ยง และลดความรุนแรงของโรค อุปสรรคในการกระทำกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการปฏิบัตินั้นๆ

จากแนวคิดดังกล่าว จะบอกได้ว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคนั้น เพราะเขามีความเชื่อเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งโรคีส (Rokeach 1970) ก็เชื่อว่าทัศนคติของบุคคลทุกอย่างเป็นส่วนที่มีผลทำให้เกิดการปฏิบัติของบุคคล หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งมีส่วนประกอบทางด้านการปฏิบัติ หรือพฤติกรรม (Behavioral Component) นั้นเอง

1. พฤติกรรมความเจ็บป่วย

การที่บุคคลมีอาการทางร่างกาย และจิตใจเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ เช่น มีอาการไข้ ปวดศีรษะ ท้องเดิน ฯลฯ จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป และในแต่ละคน จะมีแนวปฏิบัติที่แตกต่างกันออกไป และกลุ่มชน เช่น ชนกลุ่มน้อย ใต้แก่ ชาวเขาเผ่าต่างๆ ก็ย่อมมีพฤติกรรมความเจ็บป่วยแตกต่างไปจากคนพื้นราบทั่วไปเช่นกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบทางด้านสังคม เศรษฐกิจ ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรม และองค์ประกอบเฉพาะตัวคนนั้นๆ การปฏิบัติเหล่านี้เรียกว่า พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย

ในด้านการเลือกใช้บริการการรักษาพยาบาล เมื่อเกิดพฤติกรรมความเจ็บป่วยขึ้นนั้นก็ย่อมแตกต่างกันออกไปด้วย เช่น การไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การซื้อยามากินเอง การใช้หมอกกลางบ้าน การใช้สมุนไพร การใช้การรักษาพยาบาลทางไสยศาสตร์ หรือการปล่อยไว้เฉยๆ ไม่ทำอะไรเลย จากแนวความคิดของ Younge's Treatment Choice-Making Model ได้อธิบายถึงความแตกต่างของบุคคล ที่จะไปเลือกใช้บริการการรักษาพยาบาลว่าจะเป็นแบบใด (แบบพื้นบ้านหรือแบบสมัยใหม่) แนวความคิดนี้ได้ดัดแปลงและพัฒนาจากรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเคอร์ เหตุผลและรูปแบบการให้บริการสาธารณสุขว่าการจะตัดสินใจจะเลือกใช้บริการแบบพื้นบ้าน หรือแบบสมัยใหม่นั้นขึ้นอยู่กับสิ่งต่อไปนี้ (Walinsky 1980)

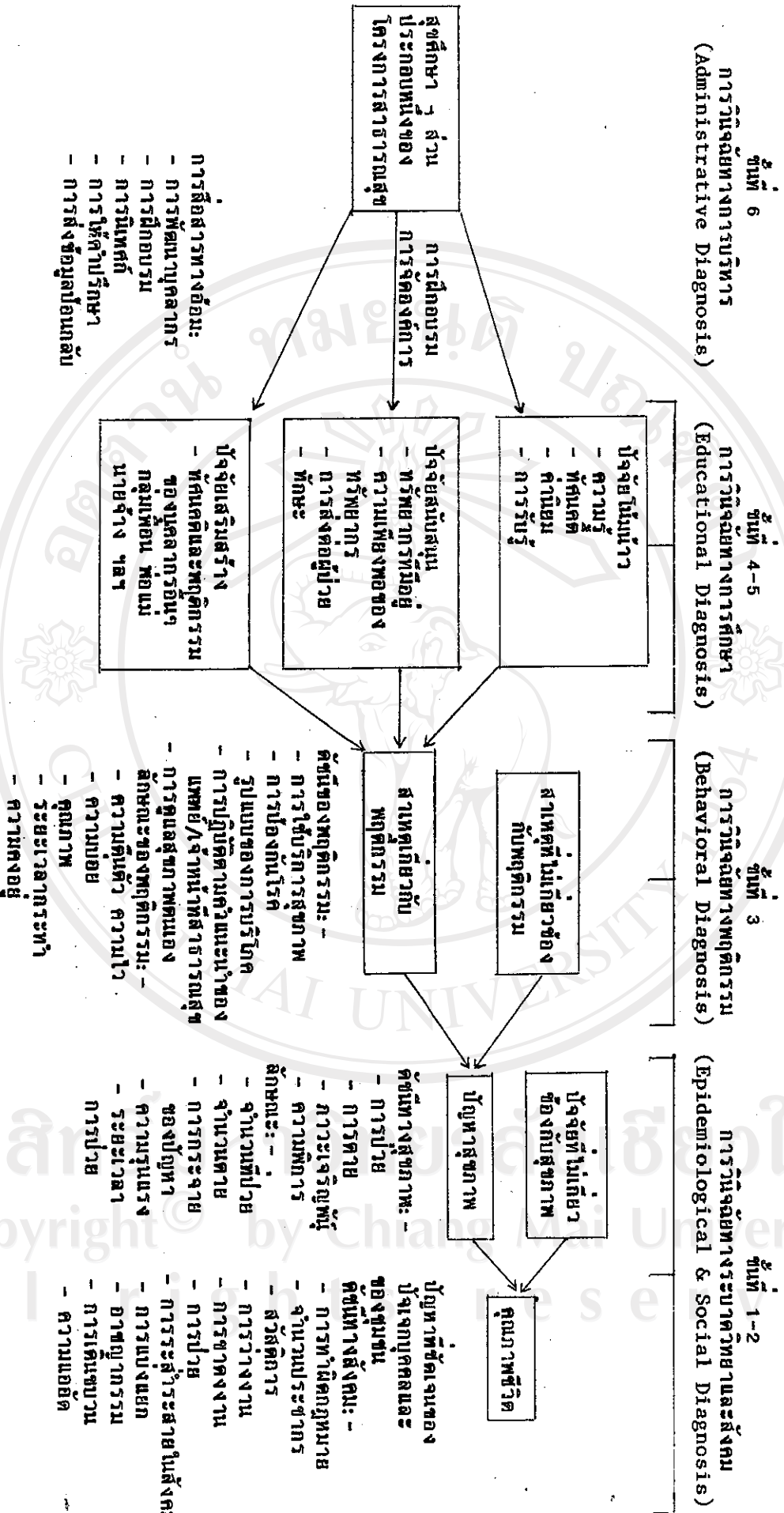
1. ความรุนแรงของอาการของโรค (Gravity) หรือถ้าเทียบกับรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพคือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ประสบการณ์ในอดีต จะช่วยให้สามารถแยกแยะระดับความรุนแรงของโรคได้ เมื่อเป็นโรครุนแรงก็ช่วยให้ประสบการณ์ที่ได้รับเป็นเครื่องตัดสินใจเลือกรับบริการชนิดใด เช่น อาจเป็นการรักษาด้วยตนเอง ไปหาผู้รักษาเยียวยาในหมู่บ้าน หรือไปหาแพทย์แผนปัจจุบัน เป็นต้น

2. ความรู้ในการรักษาเยียวยาแบบพื้นบ้าน (Knowledge of home remedy) หมายถึงความสามารถในการรักษาเยียวยาแบบพื้นบ้านของโรคนั้นๆ (lay referral system) ถ้าหากการรักษาแบบพื้นบ้านได้ผล เขาก็จะเลือกรักษาแบบพื้นบ้านมากกว่าจะไม่เลือกใช้บริการการแพทย์แผนปัจจุบัน แต่ถ้าการรักษาแบบพื้นบ้านไม่ได้ผล เขาจึงจะหันมาใช้บริการการแพทย์แผนปัจจุบัน

3. ความศรัทธา (Faith) ถ้าเปรียบเทียบกับตัวแปรในรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ก็ตรงกับตัวแปรการคาดคะเนผลได้ผลเสียจากการได้ปฏิบัติ (Benefits of taking action) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลใดๆ ต่อผลของการรักษาแบบพื้นบ้าน ในขณะที่ต่อต้าน (หรือไม่ต่อต้าน) ผลของการรักษาแผนปัจจุบันในการรักษาโรคใดโรคหนึ่ง หรืออีกนัยหนึ่งความศรัทธา หมายถึง ความเชื่อของบุคคลในความเป็นไปได้ของการรักษาวิธีต่างๆ กัน ส่วนใหญ่แล้วมักจะคิดว่าการรักษาแผนปัจจุบันจะเป็นผลดีที่สุด ในขณะที่คิดว่าการรักษาตนเองจะเป็นการรักษาที่ได้ผลน้อยที่สุด

4. การเข้าถึงบริการ (Accessibility) ตรงกับสิ่งที่กีดขวางต่อการปฏิบัติเพื่อสุขภาพในรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสาธารณสุขแบบใด จะขึ้นอยู่กับราคาต้นทุนที่ต้องใช้จ่ายให้กับผู้รักษาพยาบาลนั้นๆ ✓

แผนภูมิที่ 1 The PRECEDE Framework



ความหมายของโมเดล PRECEDE

โดยที่สุขศึกษาเป็นกระบวนการทางพฤติกรรมสุขภาพที่ใช้ในการปลูกฝัง และเปลี่ยนแปลง การกระทำของบุคคลให้เป็นผลดีต่อสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ กระบวนการสุขศึกษาจะช่วยเหลือหรือเลื้ออำนาจให้บุคคลได้เกิดการเรียนรู้ และปฏิบัติในลักษณะที่ ทำให้เกิดสุขภาพดีขึ้น และงดเว้นหรือไม่กระทำในสิ่งที่เป็นอันตรายหรือมีผลเสียต่อสุขภาพทั้งของ ตนเองและผู้อื่น

ได้มีการศึกษาและพัฒนากระบวนการทางพฤติกรรมสุขภาพ ในลักษณะของทฤษฎีและ โมเดลต่างๆ อยู่หลายกระบวนการด้วยกันสำหรับนำมาใช้ในการปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพและ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ และการพัฒนาสุขภาพในลักษณะต่างๆ กัน กระบวนการสุขศึกษากระบวนการหนึ่งที่เป็นที่รู้จักและนำไปใช้ในการดำเนินงานสุขศึกษาได้อย่าง กว้างขวางได้แก่ โมเดล PRECEDE คำว่า "PRECEDE" เป็นคำย่อของข้อความเต็มว่า "Predisposing, Reinforcing, and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation" ซึ่งหมายถึงกระบวนการของการใช้ปัจจัยด้าน Predis- posing, Reinforcing และ Enabling ในการวินิจฉัยและประเมินผลทางพฤติกรรม การเรียนรู้ตนเอง

โมเดล PRECEDE สามารถใช้ในงานสุขศึกษาได้อย่างกว้างขวางในสถานการณ์ของ ปัญหาต่างๆ และการประเมินผลสุขศึกษาในระดับต่างๆ เป็นต้น การใช้โมเดล PRECEDE เป็น กระบวนการดำเนินงานในลักษณะของการเริ่มต้นจากสภาพการณ์ที่เป็นอยู่หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น แล้ว ย้อนกลับไปยังสาเหตุว่าเป็นเพราะอะไร ทำไมหรือมีสาเหตุมาจากอะไร กล่าวคือเป็นกระบวนการ ที่วิเคราะห์ย้อนกลับว่าสิ่งที่เป็นอย่างนั้นได้มองค้ประกอบหรือปัจจัยนำอะไรบ้างที่ทำให้เกิดผลลัพธ์หรือ สภาพดังปรากฏ

Dr. Lawrence W. Green เป็นผู้พัฒนาโมเดล PRECEDE ขึ้นมา และนำไป อธิบายในกระบวนการสุขศึกษาสำหรับการดำเนินงานสุขศึกษาในลักษณะต่างๆ ในช่วงเวลา 10 ปี ที่ผ่านมานี้ โดยได้อธิบายไว้อย่างละเอียดในหนังสือ ชื่อ "HEALTH EDUCATION PLANNING : A Diagnostic Approach"

ขั้นตอน 7 ขั้นของ PRECEDE

การดำเนินงานตามกระบวนการของโมเดล PRECEDE นั้นเป็นการเริ่มจากผลย้อนกลับไปที่เหตุหรือเริ่มจากปลายเหตุย้อนกลับไปที่เหตุ ซึ่งสามารถจำแนกออกได้เป็น 7 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เป็นการพิจารณาและวิเคราะห์คุณภาพชีวิตโดยการประเมินปัญหาต่างๆ ของประชากรกลุ่มต่างๆ ซึ่งปัญหาต่างๆ ที่ประเมินได้จะเป็นเครื่องชี้วัดระดับคุณภาพชีวิตของประชากร

ขั้นตอนที่ 2 เป็นการวิเคราะห์ว่ามีปัญหาสุขภาพอะไรบ้างที่เป็นปัญหาสำคัญอยู่ในสังคมหรือในกลุ่มประชากรที่ศึกษา โดยอาศัยข้อมูลต่างๆ ที่มีอยู่ก่อนแล้ว หรือข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมขึ้นใหม่โดยวิธีการต่างๆ แล้วทำการเลือกปัญหาสุขภาพที่ควรได้รับการแก้ไข

ขั้นตอนที่ 3 ทำการวิเคราะห์หาพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาสุขภาพที่ได้วิเคราะห์แล้วในขั้นตอนที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพที่วิเคราะห์ในขั้นตอนนี้เป็นเป้าหมายสำคัญของการดำเนินงานสุขภาพที่จะต้องได้รับการเปลี่ยนแปลงให้เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 4 เป็นการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งได้รับการจำแนกออกเป็น 3 กลุ่มด้วยกันคือ ปัจจัยโน้มถ่วง (Predisposing factors) ปัจจัยสนับสนุน (Enabling factors) และปัจจัยสร้างเสริม (Reinforcing factors) ปัจจัยโน้มถ่วงได้แก่ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม และการรับรู้ของบุคคลที่เอื้ออำนวยหรือยับยั้งแรงจูงใจของบุคคลที่มีต่อการเปลี่ยนแปลง ปัจจัยสนับสนุนได้แก่อุปสรรคและปัญหาต่างๆ หรือสิ่งต่างๆ ที่จะขัดขวาง หรือเอื้ออำนวยให้บุคคลได้กระทำการหรือมีประสบการณ์โดยตรงในเรื่องที่ต้องการการเปลี่ยนแปลง

ขั้นตอนที่ 5 เป็นการวิเคราะห์หาแนวทางหรือวิธีการที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในปัจจัยต่างๆ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ตามที่ต้องการ

ขั้นตอนที่ 6 เป็นการดำเนินงานตามกลวิธีและวิธีการทางสุขภาพในลักษณะต่างๆ ที่สอดคล้องกับปัจจัยทางพฤติกรรมและตามแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ เหล่านั้น

ขั้นตอนที่ 7 เป็นการประเมินผลการดำเนินงาน ซึ่งโดยแท้จริงแล้วการประเมินผลมิได้เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการดำเนินงานแต่อย่างใด แต่เป็นส่วนของการดำเนินงานที่ผสมผสานอยู่ใน

การดำเนินงานตั้งแต่การวางแผนดำเนินงานแล้ว โดยการกำหนดเป็นวัตถุประสงค์ของการประเมินในแต่ละขั้นตอนเอาไว้ตั้งแต่แรก และต่อเนื่องกันไป ตั้งแต่ก่อนการดำเนินงานจนสิ้นสุดการดำเนินงาน และภายหลังการดำเนินงานด้วย

จะเห็นได้ว่าการดำเนินงานตามกระบวนการในโมเดล PRECEDE ต้องอาศัยวิทยาการในสาขาต่างๆ รวม 4 สาขาด้วยกันคือ วิทยาการทางวิทยาการระบาด ทางสังคมหรือพฤติกรรมศาสตร์ ทางการบริหาร และทางการศึกษา ดังนั้นในการนำไปใช้ ผู้ใช้จำเป็นจะต้องมีความรู้พื้นฐานในวิทยาการต่างๆ ดังได้กล่าวแล้ว สิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่งก็คือ จะต้องทำความเข้าใจร่วมกันในเบื้องต้น สำหรับการใช้โมเดล PRECEDE ใน 2 ประการด้วยกันคือ ประการแรกต้องเข้าใจว่าสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพมีสาเหตุมาจากปัจจัยต่างๆ หลายปัจจัยรวมกัน มิใช่เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งโดยเฉพาะเท่านั้น และความเข้าใจในประการที่สอง คือ ต้องเข้าใจว่าการดำเนินงานสุขศึกษาตามกระบวนการสุขศึกษา เพื่อให้ได้มีผลต่อพฤติกรรมอย่างแท้จริง ต้องอาศัยกระบวนการและวิธีการต่างๆ ร่วมกัน ในลักษณะของการผสมผสานหรือบูรณาการในวิธีการอย่างเหมาะสม

3) ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿ ๑ ๒ ๓ ๔ ๕ ๖ ๗ ๘ ๙ ๑๐ ๑๑ ๑๒ ๑๓ ๑๔ ๑๕ ๑๖ ๑๗ ๑๘ ๑๙ ๒๐ ๒๑ ๒๒ ๒๓ ๒๔ ๒๕ ๒๖ ๒๗ ๒๘ ๒๙ ๓๐ ๓๑ ๓๒ ๓๓ ๓๔ ๓๕ ๓๖ ๓๗ ๓๘ ๓๙ ๔๐ ๔๑ ๔๒ ๔๓ ๔๔ ๔๕ ๔๖ ๔๗ ๔๘ ๔๙ ๕๐ ๕๑ ๕๒ ๕๓ ๕๔ ๕๕ ๕๖ ๕๗ ๕๘ ๕๙ ๖๐ ๖๑ ๖๒ ๖๓ ๖๔ ๖๕ ๖๖ ๖๗ ๖๘ ๖๙ ๗๐ ๗๑ ๗๒ ๗๓ ๗๔ ๗๕ ๗๖ ๗๗ ๗๘ ๗๙ ๘๐ ๘๑ ๘๒ ๘๓ ๘๔ ๘๕ ๘๖ ๘๗ ๘๘ ๘๙ ๙๐ ๙๑ ๙๒ ๙๓ ๙๔ ๙๕ ๙๖ ๙๗ ๙๘ ๙๙ ๑๐๐

การวางแผนครอบครัว หมายถึง การใช้วิธีการต่างๆ ควบคุมภาวะเจริญพันธุ์ เพื่อช่วยบุคคลแต่ละคนหรือคู่สามี ภรรยา ให้สัมฤทธิ์ผลในจุดมุ่งหมายของเขาในทางป้องกันไม่ให้มีบุตรที่ไม่ต้องการ ให้สามารถมีบุตรได้ถ้ายังไม่มี ให้มีบุตรตามจำนวนที่ปรารถนา เว้นระยะการมีบุตรตามช่วงเวลาที่ต้องการ ควบคุมเวลาแห่งการมีบุตรตามวัยที่เหมาะสมของบิดา มารดา และป้องกันเด็กที่จะเกิดจากความผิดปกติทางการถ่ายทอดกรรมพันธุ์ (องค์การอนามัยโลก)

การวางแผนครอบครัว หมายถึง การวางแผนกำหนดจำนวนบุตรให้เหมาะสมกับสภาพทางเศรษฐกิจของแต่ละบุคคลโดยใช้วิธีการคุมกำเนิด เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ ชนิดาวหรือชั่วคราวก็ได้

การวางแผนครอบครัว คือการที่คู่สมรสสามารถจะกำหนดที่จะมีบุตรของตนได้ตามความพอใจ ให้มีจำนวนและความถี่ห่างตามความเหมาะสม ทั้งในภาวะเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมของแต่ละบุคคล เพื่อให้บรรลุถึงการอยู่ดี กินดี อันเป็นจุดประสงค์ของคู่สมรสนั้นๆ (สุพร 2527)

ประโยชน์ของการคุมกำเนิด

1. เพื่อเลือกมีบุตรเฉพาะเวลาที่ต้องการ

การเลือกมีบุตรได้ตามเวลาที่ต้องการ มีส่วนช่วยให้เกิดความราบรื่นและความสุขในชีวิตครอบครัวได้มาก ตัวอย่างเช่น

- ภายหลังแต่งงาน ควบคุมกำเนิดไปสักระยะหนึ่ง เพื่อมีเวลาในการปรับตัวให้เข้ากับชีวิตใหม่ และเพื่อใช้เวลาในการสร้างฐานะ ฯลฯ หากภรรยาตั้งครรภ์ทันทีหลังแต่งงาน การเปลี่ยนแปลงขณะตั้งครรภ์ เช่นการแพ้ท้อง จะทำให้ความสุขที่ควรได้รับจากระยะแรกของการสมรสเสียไป
- ในระยะที่ฐานะของครอบครัวกำลังยากจน อาจคุมกำเนิดไว้ชั่วคราวหนึ่ง เพื่อรอให้ฐานะดีพอแล้ว จึงมีบุตร
- ภาวะพิเศษบางอย่างซึ่งไม่เหมาะจะมีบุตร เช่น กำลังเตรียมตัวไปต่างประเทศ ฯลฯ การคุมกำเนิดแบบชั่วคราว จะช่วยแก้ปัญหาเหล่านี้ได้

2. เพื่อเว้นระยะการตั้งครรภ์ให้ห่างพอสมควร

แม้ครอบครัวส่วนมากจะต้องการมีบุตรมากกว่าหนึ่งคน แต่ก็ไม่ควรมีถี่เกินไปจนมารดาไม่มีเวลาพักผ่อนเพียงพอ เด็กได้รับการเลี้ยงดูอบรมไม่ทั่วถึง และเป็นภาระหนักทางเศรษฐกิจของครอบครัว การคุมกำเนิดจะช่วยเว้นระยะการมีบุตรให้ห่างได้ตามความเหมาะสมของแต่ละครอบครัว

3. ใช้เนื่องจากเหตุผลทางการแพทย์

ในรายที่มารดาที่เป็นโรคที่เป็นข้อห้ามของการตั้งครรภ์ ควรใช้วิธีคุมกำเนิดแบบชั่วคราว หากข้อห้ามนั้นเป็นเพียงระยะสั้น แต่ถ้ามารดาไม่ควรมีบุตรอีกเลย ควรใช้วิธีทำหมันถาวร

4. เพื่อจำกัดจำนวนบุตรให้เหมาะสมกับฐานะ

การทำหมันถาวรเหมาะสำหรับครอบครัวที่มีบุตรเพียงพอแล้ว แต่ในกรณีที่ยังตัดสินใจได้ไม่แน่นอน หรือในผู้ที่เกรงกลัวการผ่าตัด ก็อาจจะใช้วิธีคุมกำเนิดแบบชั่วคราวไปก่อนได้

เนื่องจากประโยชน์ต่างๆ เหล่านี้ ยังมีผู้เรียกการคุมกำเนิดเสียใหม่ว่า การวางแผนครอบครัว (Family Planning) หากทุกครอบครัวสามารถใช้วิธีคุมกำเนิดได้ ก็จะหมดกังวลเรื่องการตั้งครรภ์ในเวลาที่ไม่ต้องการ สตรีทุกคนก็จะไม่มีบุตรมากเกินไป ซึ่งเป็นการลดโรคแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์และการคลอด ซึ่งพบมากในสตรีมีครรภ์ตั้งแต่ครั้งที่ 5 ขึ้นไป (Grand multipara) จำนวนการลักลอบทำแท้ง ซึ่งอันตรายมากก็จะลดลง และฐานะครอบครัวย่อมดีขึ้นด้วย

ผลสำคัญที่สุดอย่างหนึ่งคือ เด็กส่วนใหญ่จะเป็นเด็กที่บิดา มารดา วางแผนที่จะมีไว้ล่วงหน้า เด็กเหล่านี้ย่อมได้รับความรัก เอาใจใส่อบรม เลี้ยงดูอย่างดี และมีโอกาสที่จะเป็นผู้ใหญ่ที่ดีในอนาคต

ข้อขัดแย้งต่อการคุมกำเนิดหรือการวางแผนครอบครัว

1. การคุมกำเนิดจะทำให้เด็กเกิดน้อยไป

ความกลัวเช่นที่ว่านี้จะไม่เป็นจริงไปได้สำหรับประเทศไทย เพราะส่วนใหญ่เมื่อแต่งงานก็ปรารถนาจะมีบุตรทั้งสิ้น ดังจะเห็นว่าครอบครัวที่ไม่มีบุตรนั้นมักจะพยายามเสาะหาแพทย์เพื่อค้นหาสาเหตุและให้การรักษา เพื่อที่จะได้มีบุตรไว้สืบสกุลของตนต่อไป มีไม่น้อยที่เมื่อแพทย์แจ้งให้ทราบว่าตนเป็นหมันไม่สามารถจะมีบุตรได้ ก็ยังพยายามตระเวนไปบนานเจ้าพ่อ เจ้าแม่ที่เล่าลือกันว่าศักดิ์สิทธิ์ หรือพยายามขอเด็กมาเลี้ยงเป็นบุตรบุญธรรม

ในทางตรงข้าม การคุมกำเนิดซึ่งทำให้มีโอกาสเลือกมีบุตรได้ตามต้องการนั้น กลับทำให้เด็กเป็นที่น่าปรารถนายิ่งขึ้น และแต่ละครอบครัวย่อมมีโอกาสที่จะเลือกมีบุตรได้ตามจำนวนและเวลาที่ต้องการ

2. การคุมกำเนิดจะทำให้เสื่อมเสียศีลธรรม

มีผู้เกรงว่า เมื่อมีวิธีคุมกำเนิด ก็จะมีการร่วมประเวณีกันก่อนแต่งงานมากขึ้น และผู้ที่แต่งงานแล้วก็อาจร่วมประเวณีกับภรรยาหรือสามีของผู้อื่นได้ โดยไม่ต้องเกรงว่าจะตั้งครรภ์ ความคิดเช่นนี้ ถ้าจะมองไปอีกแง่หนึ่งจะเห็นว่าเป็นการดูหมิ่นกันมากเกินไป คล้ายกับว่าคนเราทุกวันนี้ที่ประพฤติตนอยู่ในศีลธรรม และไม่มีควมสับสนในทางเพศเพียงเพราะเกรงจะเกิดการตั้งครรภ์โดยไม่มีความรู้สักผิดชอบอันใด

เป็นความจริงที่สตรีที่มีได้แต่งงานบางคน หญิงบางประเภท เช่น โสเภณี เมียเข้า
อาจใช้วิธีคุมกำเนิดเพื่อบริการตั้งครรภ์ แต่ถึงหากไม่มีวิธีคุมกำเนิดก็มีไข่ที่เหล่านี้อาจ
ลดลง เพียงแต่ว่าจะมีการทำแท้งเพิ่มมากขึ้นหรือเกิดเด็กที่ผิดปกติมากขึ้น

วัตถุประสงค์ทั่วไปของการวางแผนครอบครัว (คณาจารย์วิทยาลัยพยาบาล 2527)

1. เพื่อลดอัตราการเพิ่มของประชากร ในสมัยก่อนประชากรของโลกจำนวนมีไม่
มาก การสาธารณสุขยังไม่ดีพอ ทำให้อัตราการเกิดต่ำ และอัตราการตายสูง
2. เปิดโอกาสให้สามีภรรยาที่มีบุตรเท่าที่ต้องการ ไม่เกินกำลังความสามารถที่จะ
เลี้ยงดูได้
3. การพัฒนาประเทศ ปัจจัยสำคัญในการพัฒนาประเทศอยู่ที่สภาพสังคมและวัฒน-
ธรรม ทรัพยากรธรรมชาติที่มีอยู่ ตลอดจนคุณภาพของประชากร ถ้าประชากรเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว
เร็วจะเป็นอุปสรรคสำคัญในการพัฒนาประเทศ เพราะรัฐบาลจะต้องนำรายได้มาใช้จ่ายทาง
การบริโภค การศึกษา ดังนั้นการชะลอการเกิดจะทำให้จำนวนประชากรค่อยๆ เพิ่มขึ้น ทำให้รัฐ
บาลสามารถพัฒนาประเทศได้สำเร็จ ประชากรจะอยู่กันอย่างแออัด คุณภาพของประชากรจะ
ดีทั้งทางด้านสังคม และเศรษฐกิจ
4. การสาธารณสุขต่อประชากร สุขภาพและอนามัยของประชากรขึ้นอยู่กับฐานะ
ทางเศรษฐกิจ ความรู้ทางด้านสุขศึกษาของบุคคลในครอบครัว จะช่วยให้ประชากรที่เกิดใหม่มี
สุขภาพสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ
5. ป้องกันการแท้งที่ผิดกฎหมาย และการเพิ่มจำนวนของทารกที่บิดามารดาไม่
ต้องการ เป็นการลดภาระของรัฐบาลที่จะต้องเลี้ยงดูเด็กกำพร้าเหล่านั้น

ปัญหาประชากรกับการสาธารณสุข

1. ภาวะโภชนาการขาดแคลน จะทำให้มีอัตราการป่วยด้วยโรคขาดอาหารสูงขึ้น
เนื่องจากอัตราการเพิ่มของผลผลิตทางการเกษตรไม่สอดคล้องกับอัตราการเพิ่มของประชากร
2. การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ประชากรเพิ่มมากขึ้น จะทำให้อยู่กันอย่างแออัด ทำให้
เกิดปัญหาแหล่งเสื่อมโทรม ความบกพร่องทางสุขาภิบาลจะตามมา และทำให้เกิดโรคขึ้น

เช่น วัณโรค ใช้เลือดออก โรคติดต่ออื่นๆ การขาดแคลนน้ำประปา มีปัญหาในเรื่องกำจัดสิ่งปฏิกูล ขยะมูลฝอย ระบายน้ำโสโครก

3. การอนามัยเด็ก และการอนามัยโรงเรียน เด็กเจ็บป่วยส่วนใหญ่อายุจะต่ำกว่า 5 ขวบ จากโรคติดต่อและปัญหาทางโภชนาการ โรงเรียนส่วนมากนักเรียนนั่งเรียนในห้องที่แออัด มีส่วนไม่ถูกสุขลักษณะ น้ำดื่มไม่เพียงพอ ทำให้เป็นปัญหาในด้านอนามัยโรงเรียน

4. การอนามัยแม่ สตรีที่ตั้งครรภ์และคลอดบุตรระยะถี่เกินควรมีอนามัยเป็นอันตรายแก่สุขภาพและชีวิตของแม่เป็นอย่างยิ่ง สตรีที่ตั้งครรภ์ที่มีอายุเกิน 35 ปี มีโอกาสเสียชีวิตเนื่องจากการตั้งครรภ์และคลอดบุตรมากกว่าสตรีวัยสาว สตรีที่มีบุตรเพียงพอแล้วและมีฐานะยากจน ถ้าตั้งครรภ์โดยไม่พึงประสงค์ย่อมหาทางออกโดยการทำแท้ง ซึ่งผิดศีลธรรมและเป็นอันตรายแก่แม่ การคลอดบุตรบ่อยครั้งทำให้สตรีมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ง่ายกว่าปกติ เนื่องจากการฉีกขาดของปากมดลูกบ่อยครั้งในระหว่างคลอด

5. การขาดแคลนการบริการทางสาธารณสุข แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะขยายบริการทางสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ก็ยังไม่เพียงพอกับความต้องการของประชากรที่เพิ่มขึ้น ถ้าสามารถลดการเกิดของประชากรได้ ก็จะสามารถให้บริการสาธารณสุขได้ดี และทั่วถึง

6. การระบาดของโรค การอยู่อย่างแออัด ถ้ามีโรคระบาดเกิดขึ้น ย่อมทำให้การแพร่กระจายเป็นไปอย่างรวดเร็ว

7. ปัญหาด้านสุขภาพจิต ถ้ารัฐบาลไม่สามารถให้บริการทางด้านสาธารณสุขและ บริการสังคมได้ทันกับอัตราการเพิ่มของประชากร ทำให้สวัสดิการและบริการสังคมต่างๆ เช่น บริการขนส่งและคมนาคม สนามเด็กเล่น ที่พักผ่อนหย่อนใจไม่เพียงพอ อันเป็นผลทำให้เกิดภาวะความเครียดในด้านจิตใจและอารมณ์ เป็นเหตุทำให้เกิดปัญหาโรคจิต โรคประสาทมากขึ้น

ชนิดของการคุมกำเนิด

การคุมกำเนิด คือ การป้องกันการปฏิสนธิ แบ่งออกเป็น 2 พวก คือ

1. การคุมกำเนิดแบบชั่วคราว (Temporary of reversible contraception) เมื่อเลิกใช้จะกลับมีบุตรได้อีก เช่น

- การใส่ห่วงอนามัย (Intra uterine contraception device)
- ยาเม็ดคุมกำเนิด (Oral contraception)

- ยาฉีดยาคุมกำเนิด (Injection contraception)
- ถุงยางอนามัย (Condom)

2. การคุมกำเนิดแบบถาวร (Permanent contraception) เป็นการคุมกำเนิดซึ่งไม่สามารถจะมีบุตรได้อีก เช่น

- การทำหมันชาย
- การทำหมันหญิง

1. การคุมกำเนิดแบบชั่วคราว

ประโยชน์ของการคุมกำเนิดแบบชั่วคราว

1. เลือกมีบุตรเฉพาะเวลาที่ต้องการ เช่น
 - คู่สมรสใหม่ควรมีเวลาปรับตัวให้เข้ากับ "ชีวิตใหม่" ก่อนเริ่มการตั้งครรภ์ทันทีหลังแต่งงาน การเปลี่ยนแปลงขณะตั้งครรภ์ เช่นการแพ้ท้อง จะทำให้ความสุขที่ควรได้รับในระยะแรกของการสมรสเสียไป นอกจากนี้ในคู่สมรสที่ยังมีอายุน้อยอาจต้องการช่วงหนึ่งก่อนมีบุตรคนแรกเพื่อช่วยกันสร้างฐานะดีพอแล้วจึงมีบุตรใหม่
 - ในระยะเวลาที่ยากจน อาจคุมกำเนิดไว้ก่อน รอเมื่อมีฐานะดีพอแล้วจึงมีบุตรใหม่
 - เหตุการณ์พิเศษบางอย่างอาจไม่เหมาะที่จะมีบุตร เช่น กำลังเตรียมตัวไปต่างประเทศ

การคุมกำเนิดแบบชั่วคราวจะช่วยแก้ปัญหาเหล่านี้ได้

2. เพื่อเว้นระยะการตั้งครรภ์ให้ห่างพอสมควร แม้ครอบครัวส่วนมากจะต้องการมีบุตรมากกว่าหนึ่งคน แต่ก็ไม่ต้องการมีถี่จนเกินไป เพราะมารดาจะมีเวลาพักผ่อนไม่เพียงพอ และเด็กจะได้รับการอบรมไม่ทั่วถึง ทำให้เป็นภาระหนักของครอบครัว

3. ในรายมารดามีโรคที่เป็นข้อห้ามของการตั้งครรภ์ เช่น วัณโรคในระยะติดต่อก ฯลฯ

4. เพื่อจำกัดจำนวนบุตรให้เหมาะสมกับฐานะ ในกรณีนี้แม้ว่าจะใช้การคุมกำเนิดแบบถาวรได้ แต่การใช้การคุมกำเนิดแบบชั่วคราวมีข้อดีกว่าในรายที่สามีภรรยาเปลี่ยนใจต้องการมีบุตรเพิ่มอีกภายหลัง ซึ่งพบเสมอๆ เช่น เมื่อฐานะดีขึ้น หรือบังเอิญบุตรเสียชีวิตไป ฯลฯ

จากประโยชน์ต่างๆ เหล่านี้ จึงมีผู้เรียกร้องการคุมกำเนิดเสียใหม่ว่า การวางแผนครอบครัว

หากทุกครอบครัวรู้จักใช้วิธีการคุมกำเนิด สามี ภรรยาทุกคนก็จะหมดกังวลเรื่องการตั้งครรรภ์ในเวลาที่ไม่ต้องการ หญิงทุกคนก็จะไม่มีบุตรมาก ซึ่งเท่ากับเป็นการลดโรคแทรกซ้อนของการตั้งครรรภ์และการคลอด จำนวนการทำแท้งผิดกฎหมายก็จะลดลง ฐานะครอบครัวจะดีขึ้น ผลที่ตามมาก็คือ เด็กทุกคนจะเป็นเด็กที่บิดามารดาต้องการ และได้รับความรักเอาใจใส่อบรมเลี้ยงดูอย่างดี ผลเหล่านี้ย่อมหมายถึงความเจริญก้าวหน้าของสังคมและประเทศชาติ ทั้งในปัจจุบันและอนาคต

การเลือกใช้อุปกรณ์คุมกำเนิดมีหลักดังนี้

1. ราคาถูก
2. ใช้ได้ผลดี
3. ปลอดภัย
4. มีอาการข้างเคียงน้อย

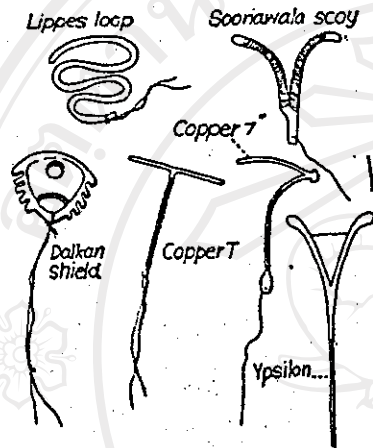
วิธีต่างๆ ในการคุมกำเนิดแบบชั่วคราว

1. ห่วงอนามัย (I.U.D.)

การใส่ห่วงอนามัยเป็นวิธีที่ใกล้กับหลักเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้นมากที่สุด เพราะไม่จำเป็นต้องมีการเตรียมการ ราคาถูก ได้ผลดีและปลอดภัย ห่วงอนามัยเป็นที่รู้จักกว่าใช้คุมกำเนิดได้มานานแล้วนับเป็นพันๆ ปี แต่ได้นำมาใช้กับมนุษย์ในศตวรรษหลังนี้ ในระยะแรกไม่เป็นที่ยอมรับนัก เพราะแพทย์ในสมัยนั้นมีความคิดว่าการใช้ของแปลกปลอมใส่ไว้ในร่างกายเป็นการไม่เหมาะสม แต่ในปัจจุบันการใช้ห่วงอนามัยในการคุมกำเนิดเป็นที่ยอมรับกัน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

ได้มีผู้คิดทำห่วงอนามัยมีรูปร่างต่างๆ กัน เช่น มีรูปร่างคล้ายวงแหวน คล้ายโบว์ หรือคล้ายผีเสื้อ คล้ายตัว S สองตัวติดกันเรียกว่า ลิปปีสลูป (Lippes Loop) ได้มีการศึกษาและวิจัยอย่างกว้างขวางถึงชนิดของห่วงอนามัย ปรากฏว่าลิปปีสลูป เป็นที่นิยมอย่างกว้างขวาง วัสดุที่นำมาใช้ทำห่วงอนามัยนี้ คือ โพลีเอทิลีน (Polyethelene) ซึ่งเป็นสารที่มีปฏิกิริยาต่อร่างกายน้อยที่สุด และรูปร่างของลิปปีสลูปนี้ทำให้การใส่และการถอดออกสะดวก ทั้งยังมีหลายขนาด ทำให้วางอยู่ในโพรงมดลูกได้อย่างเหมาะสม



รูปที่ 2.1 รูปร่างของห่วงอนามัย

ห่วงอนามัยช่วยป้องกันการตั้งครรภ์ได้ดังนี้

ขณะนี้แพทย์และนักวิทยาศาสตร์ยังคงทำการวิจัยเกี่ยวกับกลไกในการทำงานเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ของห่วงอนามัย แพทย์หลายคนเชื่อว่าห่วงอนามัยอาจทำให้เยื่อมดลูกบางลง จึงทำให้ไข่ไม่สามารถฝังตัวในโพรงมดลูก และอาจช่วยเร่งการเดินทางของไข่ให้ถึงโพรงมดลูกเร็วขึ้น ก่อนที่มดลูกจะเปลี่ยนแปลงถึงขั้นที่ไข่จะฝังตัวได้

ข้อดีและข้อเสียของห่วงอนามัย

ก. ข้อดี

1. ปลอดภัย ห่วงอนามัยทำด้วยพลาสติกชนิดเดียวกับที่แพทย์ใช้ทำลึ้นหัวใจเทียมซึ่งได้ทำการศึกษาวิจัยมามากแล้วว่าไม่มีอันตราย
2. ได้ผลในการป้องกันถึง 98 %
3. สามารถตั้งครรภ์ได้ก็เหมือนต้องการ โดยการถอดเอาห่วงอนามัยออกเท่านั้น
4. ไม่ต้องรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดทุกวัน

5. ไม่มีข้อปฏิบัติใดๆ ก่อนการร่วมเพศ
6. ไม่จำเป็นต้องซื้อหาเวชภัณฑ์เพิ่มเติมอยู่เสมอ
7. ไม่กระทบกระเทือนต่อการหลังของน้าวม
8. ราคาถูก

ข. ข้อเสีย

1. บางครั้งห่วงอนามัยทำให้เกิดอาการข้างเคียงเช่นชั่วคราว เช่น มีโลหิตออกทางช่องคลอดผิดปกติ หรือมีอาการปวดท้องคล้ายมีประจำเดือน
2. ห่วงอนามัยอาจหลุดออกมาได้เอง ถ้าสตรีนั้นมิได้สังเกตก็จะเกิดการตั้งครรภ์ได้

เวลาที่เหมาะสมในการใส่ห่วงอนามัย

ประเภทของสตรี	เวลา
สตรีทั่วไปซึ่งมิได้คลอดบุตรหรือแท้ง	ระหว่างมีประจำเดือนหรือหนึ่งสัปดาห์หลังมีประจำเดือน
สตรีคลอดบุตรที่โรงพยาบาล	3-4 วัน หลังคลอด
สตรีคลอดบุตรที่บ้าน	6 สัปดาห์หลังคลอด
สตรีแท้งบุตรที่โรงพยาบาล	6 สัปดาห์หลังแท้ง
สตรีแท้งบุตรที่บ้าน	6 สัปดาห์หลังแท้ง

การใส่ห่วงอนามัยขณะที่มีประจำเดือนเป็นเวลาที่เหมาะสมที่สุด เพราะใส่ห่วงอนามัยได้ง่าย เนื่องจากปากมดลูกเปิดมากกว่าปกติ และเป็นระยะที่ปลอดภัยจากการตั้งครรภ์ขณะนั้น

คำแนะนำสำหรับผู้ที่ใช้ห่วงอนามัย

1. อาจจะทำให้เกิดอาการข้างเคียงได้ เช่น
 - มีโลหิตออกระหว่างรอบประจำเดือน
 - ปวดท้องเล็กน้อย
 - มีประจำเดือนออกมากกว่าปกติ
 - ตกขาว

ซึ่งอาการเหล่านี้ไม่ให้เกิดแก่สตรีทุกคนที่ใส่ห่วงอนามัย ถ้าเกิดอาการเหล่านี้จะหายไปเองภายใน 2-3 เดือน หลังใส่ห่วงอนามัย

วิธีแก้ไข

1. ให้อาแก้อาการปวดเมื่อยมีอาการปวดท้อง
2. รับประทานวิตามินและยาบำรุง เมื่อมีเลือดออกมากกว่าปกติ
2. จะต้องตรวจหาสายในล่อนของห้วงอนามัยภายหลังมีประจำเดือนทุกครั้ง โดย
 1. ล้างมือให้สะอาดโดยไม่ต้องเช็ดมือ
 2. นอนหงายชันเข้าหรือนั่งยองๆ
 3. สอดนิ้วชี้เข้าไปในช่องคลอด
 4. พยายามสัมผัสปากมดลูกให้ได้
 5. คลำหาสายในล่อนซึ่งห้อยออกมาทางปากมดลูก
3. จะต้องตรวจผ้าขี้ประจำเดือนว่ามีห้วงอนามัยหลุดออกมาหรือไม่ ถ้าไม่พบห้วงอนามัยให้กลับไปโรงพยาบาลโดยเร็ว หรืองดการร่วมเพศจนกว่าจะใส่ห้วงอนามัยใหม่ หรือใช้วิธีป้องกันวิธีอื่นจนกว่าจะใส่ห้วงอนามัยใหม่
4. ควรจะกลับไปพบแพทย์เพื่อตรวจห้วงอนามัยทุกปี
5. เมื่อมีอาการดังต่อไปนี้ควรมาพบแพทย์ทันที
 - 5.1 ปวดท้องมาก
 - 5.2 มีโลหิตออกกระปริบกระปรอยนานถึง 5 เดือน

ข้อเท็จจริงของข่าวลือ และความหวาดกลัวต่างๆ (คณาจารย์วิทยาลัยพยาบาล 2527)

1. กลัวเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคมะเร็ง
 - แพทย์ได้ศึกษาวิจัยจากสตรีเป็นจำนวนมาก พบว่าห้วงอนามัยมิได้ทำให้เกิดโรคมะเร็ง
2. ทำให้สตรีอ่อนเพลีย
 - แพทย์ได้ศึกษาแล้วพบว่าห้วงอนามัยมิได้ทำให้อ่อนเพลียนอกจากมีผลกระทบกระเทือนเพียงเล็กน้อยต่อบริเวณใกล้เคียงที่ซดพิเศษอยู่เท่านั้น
3. ทำให้ปวดศีรษะ
 - ไม่ทำให้ปวดศีรษะ ทำให้กระทบกระเทือนบริเวณใกล้เคียงที่ห้วงอนามัยอยู่เท่านั้น

4. ทำให้เกิดการอักเสบติดเชื้อได้ง่าย
 - เกิดได้น้อย ถ้าเกิดขึ้นจะรักษาได้ง่ายโดยการใส่ยาปฏิชีวนะ
5. กลัวจะทำให้มีบุตรอีกไม่ได้
 - เมื่อเอาห่วงอนามัยออกแล้วจะมีบุตรได้โดยง่าย
6. จะทะลุผนังมดลูกออกไปสู่ช่องท้องได้
 - เกิดได้น้อยราย เมื่อเกิดขึ้นจะไม่มีอาการรุนแรง และส่วนมากแพทย์จะปล่อย

ไว้เฉยๆ

7. ไม่ได้ผลในทางป้องกัน
 - จะมีเพียงร้อยละ 2 เท่านั้นที่ตั้งครรภ์ได้
8. จะทำให้ไม่มีน้ำนมเลี้ยงบุตร
 - ไม่กระทบกระเทือนต่อการหลั่งน้ำนม
9. ขัดขวางต่อการร่วมเพศ
 - สามีภรรยาจะไม่รู้สึกว่ายห่วงอนามัยอยู่ในช่องคลอดขณะร่วมเพศ แต่บางครั้ง

สามีอาจรู้สึกได้ ถ้าห่วงอนามัยมีสายในล่อนแข็งและมีปุ่มกลม

ข้อห้ามในการใช้ห่วงอนามัย

สำหรับสตรีที่เป็นโรคหรือมีอาการบางอย่างดังต่อไปนี้ แพทย์จะไม่ใส่ห่วงอนามัยให้ และอาการบางอย่างอาจจะใส่หรือไม่ใส่ก็ได้

1. มีเลือดประจำเดือนออกผิดปกติ
2. มีอาการติดเชื้ออย่างรุนแรงในบริเวณอุ้งเชิงกราน
3. เป็นโรคมะเร็งของอวัยวะอุ้งเชิงกราน
4. มีก้อนเนื้องอกของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน
5. ไม่เคยตั้งครรภ์มาก่อน
6. สตรีที่แพทย์สงสัยอาจตั้งครรภ์อยู่แล้ว

ข้อบ่งชี้ในการเอาห่วงอนามัยออก

1. เมื่อคนไข้ไม่ต้องการใช้ห่วงอนามัยคุมกำเนิด
2. ตกเลือดมาก
3. ปวดท้องมากหรือปวดมากเวลามีประจำเดือน

หมายเหตุ

1. โรคติดเชื้อ มดลูกอักเสบ ปีกมดลูกอักเสบ การอักเสบของอุ้งเชิงกราน ไม่ควรเอาห่วงอนามัยออกจนกว่าจะให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะอย่างน้อย 1-2 วัน
2. เมื่อเกิดการตั้งครรภ์จะเอาห่วงอนามัยออกได้ต่อเมื่อมีการแสดงว่าแท้งหรือแท้งเรียบร้อยแล้ว

ยาเม็ดคุมกำเนิด

ประกอบด้วยฮอร์โมนสองชนิดคือ เอสโตรเจน และโปรเจสโตเจน ซึ่งได้ทดลองใช้ในสตรีจำนวนมากครั้งแรกที่ประเทศเปอร์โตริโก ในปี พ.ศ. 2499 เมื่อปรากฏผลดีการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดจึงได้แพร่หลายไปทั่วโลกโดยรวดเร็ว ในขณะเดียวกันได้มีการคิดค้นให้ดีขึ้นและเหมาะสมยิ่งขึ้น

ในประเทศไทย ได้เริ่มใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด เมื่อ พ.ศ. 2505 หรือประมาณ 20 ปี หลังจากการทดลองใช้เป็นผลสำเร็จในเปอร์โตริโก ปัจจุบันยาเม็ดคุมกำเนิดที่ใช้ในประเทศไทยไม่ต่ำกว่า 18 ชนิด

โปรเจสโตเจน ที่ใช้ในยาเม็ดคุมกำเนิด เป็นตัวที่สังเคราะห์ขึ้น ซึ่งมีฤทธิ์แรงกว่าฮอร์โมนที่ได้จากธรรมชาติหลายเท่า และสามารถออกฤทธิ์ได้ดีเมื่อรับประทาน มีส่วนประกอบดังนี้

1. เทสโทสเตอโรน เคริเวทีฟ (Testosterone derivatives) เช่น เอทิสเตอโรน (Ethinisterone) เป็นโปรเจสโตเจน ชนิดรับประทาน แต่มีฤทธิ์อ่อน
2. นอเทสโทสเตอโรน เคริเวทีฟ (19-Nortestosterone derivative) เช่น นอเอทิสเตอโรน (Norethisterone), นอเอทิลโนเดรล (Norethynodrel)

พวกนี้มีฤทธิ์แรงในการป้องกันไข้สูง และห้ามโลหิตในรายที่มีโลหิตออกเนื่องจากความผิดปกติของฮอร์โมน

นอกจากนี้ยาพวกนี้อาจมีฤทธิ์ทางเพศชาย (Androgenic effect) และฤทธิ์ทางเสริมสร้าง (Anabolic effect) บ้าง แต่ก็มีน้อยมากจนไม่มีผลในทางปฏิบัติ

เอสโตรเจน มี 2 พวก คือ

1. เอททินีน เอสต้าไดคอน (Ethinyl Estradiol)
2. เมสทรานอล (Mestranol)

ยาทั้ง 2 ชนิด มีฤทธิ์แรงมาก ได้นำมาใช้ในทางสูติ-นรีเวชวิทยานานแล้ว เป็นต้นว่า ใช้ในการรักษาความผิดปกติของประจำเดือน การปวดประจำเดือน ใช้ทำให้น้ำนมแห้ง เป็นต้น โรคบางอย่างก็ต้องใช้ยาในขนาดสูงและนาน แต่ก็ไม่พบอันตรายร้ายแรงใดๆ ส่วนประกอบของยากุมกำเนิด จึงมิใช่ยาใหม่พื้่นนำมาใช้ แต่เป็นยาที่เรารู้จักกันคืออยู่แล้วเป็นส่วนใหญ่

ชนิดของยาเม็ดคุมกำเนิด

1. แบบฮอร์โมนรวม (Combined pill) ยาแต่ละเม็ดจะมีฮอร์โมนเอสโตรเจน และโปรเจสตินรวมกัน แต่ละชุดจะมี 21-22 เม็ด ชนิดนี้เป็นที่นิยมกันอย่างแพร่หลาย
2. แบบเลียนธรรมชาติ (Sequential) ยา 15-16 เม็ดแรกจะมีฮอร์โมนเอสโตรเจนแต่อย่างเดียว ส่วน 5-6 เม็ดหลังจะมีทั้งเอสโตรเจนและโปรเจสติน (เลียนแบบฮอร์โมนในรอบประจำเดือนปกติของสตรี)
3. แบบไมโครโดส (Microdose หรือ minipill) มีโปรเจสตินอย่างเดียว และมีจำนวนฮอร์โมนน้อยกว่าแบบที่ 1 และ 2

การเลือกใช้อย่างเม็ดคุมกำเนิด

มีหลักอยู่ 2 ประการ

1. พิจารณาหาขนาดของยา เนื่องจากเอสโตรเจนที่ประกอบอยู่ในยาเม็ดคุมกำเนิดให้เกิดอาการข้างเคียงต่างๆ มาก เราจึงควรใช้ยาที่มีเอสโตรเจนต่ำ เช่น นอเดท (Norette) หรือไมโครไคนอน 30 (Microgynon 30) ซึ่งมีเอสโตรเจนอยู่เพียง 30 ไมโครกรัมเท่านั้น

2. พิจารณาจากข้อบ่งต่างๆ เช่น

1. พิจารณาจากประวัติประจำเดือน เพราะประวัติประจำเดือนช่วยบ่งชี้ว่าสตรีผู้นั้นมีระดับฮอร์โมนอย่างไร และควรให้ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดใด เราสามารถแบ่งสตรีทั่วไปตามลักษณะของฮอร์โมนได้ดังนี้

1.1 สตรีพวกเอสโตรเจนิก (Estrogenic) ส่วนมากจะมีประจำเดือนออกมาก ออกนานกว่า 6 วัน ระยะเวลาประจำเดือนสั้นซึ่งอาจสั้นกว่า 26 วัน มีรูปร่างค่อนข้างท้วมหรืออ้วน ไม่มีขนตามตัว ควรพิจารณาให้ยาเม็ดคุมกำเนิดพวกที่มีฤทธิ์โปรเจสตोजินสูง

1.2 สตรีพวกโปรเจสตोजินิก (Progestogenic) ส่วนมากประจำเดือนจะออกน้อย ออกไม่ถึง 4 วัน ระยะประจำเดือนยาว อาจยาวกว่า 30 วัน รูปร่างค่อนข้างบางเพศชาย หน้าอกเล็ก มีขนตามตัว เป็นสิ่วบ่อยๆ ควรให้ยาเม็ดคุมกำเนิดพวกที่มีเอสโตรเจนสูง

1.3 สตรีพวกเอฟเวอเรต (Average หรือ Balance) คือพวกที่มีประจำเดือนออกปานกลาง มา 4-6 วัน และสม่ำเสมอ น้ำหนักตัวปานกลาง ควรให้ยาพวกมีส่วนผสมของเอสโตรเจนและโปรเจสตोजินเท่าๆ กัน

2. ประวัติการตั้งครรภ์คราวที่แล้ว ถ้ามีอาการคลื่นไส้ อาเจียน หรือบวมมาก แสดงว่าผู้นั้นมีปฏิกิริยาต่อการเพิ่มของเอสโตรเจนอย่างมาก เราจึงควรให้ยาพวกที่มีเอสโตรเจนต่ำๆ ถ้าขณะตั้งครรภ์คราวที่แล้วมีน้ำหนักขึ้น และเป็นสิ่วมากก็แสดงว่าผู้นั้นมีปฏิกิริยาต่อการเพิ่มของโปรเจสตोजิน และแอนโดรเจน เราจึงควรให้ยาจำพวกที่มีโปรเจสตोजินต่ำๆ โดยเฉพาะโปรเจสตोजินที่ไม่มีฤทธิ์ทางเพศชาย และฤทธิ์ในทางเสริมสร้าง เช่นพวกนอเอท-ทีโนเดรล (Norethynodrel) เอททินโด้ออน ไดอะซีเตท (Ethinodiol diacetate)

3. จำนวนบุตรและความต้องการที่จะมีบุตรอีก สำหรับผู้ที่มีบุตรเพียงพอแล้ว ควรให้ยาแบบฮอร์โมนรวมเพราะสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้ดีกว่ายาพวกไมโครโคสและแบบเลียนธรรมชาติ ผู้ที่ยังไม่เคยมีบุตร อาจจะใช้ยาพวกเลียนธรรมชาติ ไมโครโคส หรือยาพวกที่มีฮอร์โมนต่ำๆ

4. อายุ

สตรีอายุเกิน 40 ปี เป็นวัยกำลังจะหมดประจำเดือน ซึ่งอาจมีอาการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน และโอกาสที่จะตั้งครรภ์มีน้อย เราควรให้ยาซึ่งมีเอสโตรเจนสูง เช่น ยาแบบเลียนธรรมชาติ แต่ต้องระวังข้อห้ามใช้ยาพวกนี้

5. สภาพของผิวหนังและน้ำหนัก

สตรีที่เป็นสิว ผิวหนังเป็นมัน เยิ้มมีขนตามตัว โดยเฉพาะผู้ไม่ประสงค์จะให้หน้าหนักเพิ่มขึ้น ไม่ควรให้ยาพวกที่มีฤทธิ์เสริมสร้าง และยาพวกที่มีฤทธิ์ทางเพศชาย (Androgenic effect) ได้แก่ นอร์เจสเตรล (Norgestrel), นอร์เอสทิสเตอโรน (Norethisteronel)

6. การให้นมบุตร

ผู้ที่ให้นมบุตรภายหลังคลอด ไม่ควรให้ยาพวกที่มีเอสโตรเจนสูง เพราะจะทำให้ปริมาณนมลดลง เช่น ยาแบบเลียนธรรมชาติ

7. ประวัติและข้อบ่งชี้อื่นๆ

ผู้ที่เคยมีประวัติเป็นโรคหัวใจ โรคไต ความดันโลหิตสูง เราควรให้ยาพวกที่มีเอสโตรเจนต่ำมากๆ หรือไม่มีเลย เช่น ยาพวกไมโครโคส

การถามประวัติและการตรวจก่อนใช้ยา และระหว่างใช้ยากุมกำเนิด

1. การซักประวัติการเจ็บป่วยต่างๆ เพื่อหาโรคที่เป็นข้อห้ามของการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด
2. ตรวจร่างกายทั่วๆ ไป โดยเฉพาะวัดความดันโลหิต และตรวจเต้านมทุกราย
3. ตรวจภายในทำการหาเซลล์มะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์ และควรทำซ้ำทุกปี
4. ตรวจหาน้ำตาลและไขมันในปัสสาวะ

วิธีรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด

1. แบบฮอร์โมนและแบบเลียนธรรมชาติ
มีวิธีรับประทานยาเหมือนกัน ดังนี้

1. การเริ่มต้นยา ต้องเริ่มรับประทานภายในวันที่ 5 นับตั้งแต่วันแรกที่เริ่มมีประจำเดือน

2. เวลารับประทานควรเป็นเวลาเดียวกันหรือใกล้เคียงกัน เวลาที่ดีที่สุดคืออาหารเย็นหรือก่อนนอนเพราะจะทำให้ยาถูกซึมซาบ และเมื่อมีอาการแทรกซ้อนซึ่งมักจะเกิดขึ้นเมื่อนอนหลับแล้ว

3. ถ้าลืมรับประทานยา 1 เม็ดก่อนนอน ให้รับประทานยาเม็ดที่ลืมนั้นเสียทันทีทันทีหรืออย่างช้าภายในเช้าวันรุ่งขึ้น และเย็นวันนั้นก็รับประทานยาประจำวันนั้นต่อไปตามปกติ แต่ถ้าลืมรับประทานยามากกว่า 1 เม็ดขึ้นไป อาจป้องกันการตั้งครรภ์ไม่ได้ ควรใช้วิธีคุมกำเนิดอย่างอื่นช่วยด้วยในรอบเดือนนั้น

4. เมื่อรับประทานยาครบ 21 เม็ดแล้ว หยุดชั่วคราว ประจำเดือนจะมาภายใน 2-4 วัน หลังจากวันที่รับประทานยาเม็ดสุดท้ายเมื่อประจำเดือนมาแล้วให้รับประทานยาแผงต่อไปเช่นเดียวกับข้อ 1

5. การเริ่มยาแผงต่อไปตามข้อ 4 มักจะตรงกับวันที่ 7-8 หลังจากยาเม็ดสุดท้ายของแผงก่อน ดังนั้นเพื่อให้ง่ายขึ้นวิธีกินยาอาจทำได้โดยการกินยาเม็ด 21 เม็ด แล้วหยุด 7 วัน สลับกันไป (ยาบางชนิดมี 22 เม็ด ก็รับประทาน 22 เม็ด หยุด 6 วัน สลับกัน)

6. เพื่อกันล้มระหว่างที่หยุดยา 7 วัน ตามข้อ 5 ยาบางยี่ห้อจะให้เป็น 28 เม็ด โดยจะมียาจริง 21 เม็ด ส่วนอีก 7 เม็ด เป็นประเภทยาบำรุงหรือวิตามิน ยาชนิด 28 เม็ดนี้เมื่อเริ่มต้นให้ถูกต้องตามข้อ 1 แล้วก็รับประทานติดต่อกันเรื่อยๆ ไปโดยไม่หยุดเลย ประจำเดือนก็จะมาตามปกติในระหว่างที่รับประทานยาบำรุง 7 เม็ดนั้นอยู่

7. เมื่อจะเลิกรับประทานยา เช่น ต้องการมีบุตร หรือต้องการเปลี่ยนไปใช้วิธีการคุมกำเนิดวิธีอื่น ควรรับประทานยาแผงสุดท้ายให้ครบหมดเสียก่อน อย่าเลิกยากกลางคัน เพราะอาจทำให้มีโลหิตออกทางช่องคลอดตกกระปรียบกระปรอยได้

2. แบบไมโครโดส

รับประทานยารวันละ 1 เม็ดทุกวันตลอดเริ่มต้นตั้งแต่วันที่ 1-3 ของรอบประจำเดือน เวลารับประทานถ้าเป็นตอนเช้าจะดีที่สุด แต่ถ้าไม่สะดวกจะรับประทานตอนเย็นหลังอาหารหรือก่อนนอนก็ได้ แต่ควรรับประทานเวลาเดียวกันเสมอ

การเริ่มรับประทานยาหลังคลอด หลังแท้ง

1. หลังคลอด สตรีอาจมีไข้สูงได้เร็วที่สุดประมาณ 6 สัปดาห์หลังคลอด ควรเริ่มกินยาเมื่อ 4 สัปดาห์หลังคลอด
2. หลังแท้ง สตรีอาจมีไข้สูงได้เร็วกว่าหลังคลอด อย่างไรก็ตามก็สตรีส่วนมากมักไม่ร่วมกับส่ามี้ก่อน 3-4 สัปดาห์ จึงควรเริ่มรับประทานยาประมาณ 2-3 สัปดาห์หลังแท้ง

ข้อห้ามในการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด

สตรีที่มีสุขภาพสมบูรณ์ไม่มีข้อห้ามใดๆ ในการใช้ยานี้ แต่มีข้อห้าม หรือข้อควรระวังในสตรีมีโรคต่อไปนี้ คือ

1. โรคตับ เพื่อความปลอดภัยจึงไม่ควรให้ยานี้ในผู้ที่มีประวัติเคยมีอาการตีช่านหรือมีประวัติเป็นโรคตับมาก่อน ในรายที่สงสัยควรตรวจเลือด การทำงานของตับ (Liver Function test)
2. โรคเบาหวาน ยาเม็ดคุมกำเนิดอาจทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดยากขึ้น จึงไม่ควรใช้ยานี้ ถ้าใช้ควรอยู่ในความควบคุมของแพทย์โดยใกล้ชิด
3. โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคไต
ยาเม็ดคุมกำเนิดอาจทำให้มีการคั่งของโซเดียมและน้ำ ซึ่งทำให้โรคเหล่านี้เลวลง จึงไม่ควรใช้ยานี้โดยเฉพาะในรายมีอาการรุนแรง
4. โรคแพ้ต่างๆ เช่น พวกหืด โรคผิวหนังที่เกิดจากการแพ้ส่วนมากมักไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงในระหว่างใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด แต่บางรายโรคเหล่านี้อาจดีขึ้นหรือเลวลงก็ได้
5. โรคที่มีอาการอุดตันในเส้นเลือด (Thrombo embolic disorder) ยาเม็ดคุมกำเนิดอาจทำให้โรคนี้นรุนแรงขึ้น พวกที่มีประวัติว่ามีการอักเสบของเส้นเลือดดำ โรคของเส้นเลือดดำจึงไม่ควรใช้ยานี้ แม้แต่โรคเส้นเลือดดำขอด (Varicose veins)

ผลของยาเม็ดคุมกำเนิด

1. ต่อประจำเดือน

1.1 ประจำเดือนลดลง

ในยาชนิดรวมจะทำให้ประจำเดือนลดลงทั้งจำนวนและระยะเวลา ส่วน

มากประจำเดือนลดลงเล็กน้อยในเดือนแรกหลังรับประทานยา และค่อยๆ ลดลงจนถึงจำนวนหนึ่ง แต่มีบางรายประจำเดือนลดลงมาก

ส่วนยาพวกเลียนธรรมชาติ ประมาณร้อยละ 14 ของผู้ใช้จะมีประจำเดือนลดลงในเดือนแรกหลังรับประทานยา โดยเฉพาะพวกที่มีประจำเดือนมากอยู่แล้วอาจยังมีประจำเดือนมากขึ้นไปอีก

1.2 ประจำเดือนมาสม่ำเสมอ

ระหว่างใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด สตรีส่วนมากจะมีประจำเดือนสม่ำเสมอในพวกที่ใช้ยาชนิดรวม มักมีประจำเดือนภายหลังหยุดยา 2-4 วัน ส่วนพวกที่ใช้ยาชนิดเลียนธรรมชาติ ประจำเดือนมาช้ากว่าชนิดรวม 4-6 วัน หลังรับประทานยาหมด ดังนั้นรอบประจำเดือนในสตรีที่ใช้ยาชนิดรวมจึงสั้นกว่าพวกที่ใช้ชนิดเลียนธรรมชาติ

1.3 ประจำเดือนไม่มาตามกำหนด

โดยทั่วไปถือว่าควรจะมีภายในไม่เกิน 8 วัน หลังจากหยุดยา และควรเริ่มต้นยาชุดใหม่ในวันที่ 8 หากยังไม่มีการมีประจำเดือนมักจะเกิดขึ้นซ้ำในคนๆ เดียวกัน

1.4 โลหิตออกกระปริบกระปรอย

ระหว่างรับประทานยา โลหิตจะออกเพียง 2-3 วัน หากยังคงรับประทานยาทุกวันต่อไปโดยสม่ำเสมอ ประจำเดือนจะมาตามปกติ

1.5 อาการปวดประจำเดือนน้อยลง

ระหว่างรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด อาการปวดประจำเดือนหากมีก็จะลดลงหรือหายไป นับเป็นผลคืออย่างหนึ่งของยาเม็ดคุมกำเนิด

2. ต่อน้ำนมมารดา

ยาเม็ดคุมกำเนิดทั้งชนิดรวมและชนิดเลียนธรรมชาติ มีผลทำให้น้ำนมมารดาลดน้อยลงแม้ว่าก่อนรับประทานยาน้ำนมจะมีมากก็ตาม แต่ไม่ปรากฏว่ายานี้ทำให้ส่วนประกอบของน้ำนมเปลี่ยนแปลงไป น้ำนมมักจะลดน้อยลงในมารดาที่ไม่ได้ให้นมบุตรสม่ำเสมอ

อาการแทรกซ้อนระหว่างรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด

1. คลื่นไส้ อาเจียน เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด พบได้ทั้งชนิดรวมและชนิดเลียนแบบธรรมชาติ ประมาณร้อยละ 30 มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนเมื่อใช้ยาชุดแรก โดยเฉพาะเมื่อรับประทานยา 2-3 เม็ดแรก อาการนี้จะค่อยๆ ลดลงจนกระทั่งหลังเดือนที่ 3 แล้วจะพบอาการนี้ น้อยมาก มีน้อยรายที่มีอาการคลื่นไส้รุนแรงและคงอยู่หลายเดือน บางครั้งจะแก้ได้โดยเปลี่ยนไปใช้ยาที่มีเอสโตรเจนคนละชนิด ซึ่งสตรีอาจจะแพ้เอสโตรเจนชนิดใดชนิดหนึ่งที่ใช้อยู่ในยาเม็ดคุมกำเนิด
2. ผื่นบนใบหน้า ประมาณร้อยละ 7-10 ของสตรีไทยเกิดมีผื่นบนใบหน้า หรือมีผื่นเพิ่มขึ้นจากเดิม พบได้ทั้งยาชนิดรวมและชนิดเลียนแบบธรรมชาติ ผื่นที่เกิดมีลักษณะเดียวกับที่เกิดในสตรีมีครรภ์ ผื่นอาจเกิดเร็วมากภายหลังรับประทานยาเพียง 2-3 เดือน หรืออาจเกิดช้าภายหลังรับประทานยา 10-12 เดือน บางครั้งตากแดดจัดเป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดผื่นและมักพบบ่อยในสตรีผิวคล้ำ หลังหยุดกินยาผื่นค่อยๆ จางหายไป
3. น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ผู้ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดอาจมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นเนื่องจาก
 - 3.1 มีน้ำและโซเดียม คั่งในร่างกายมากขึ้นซึ่งเป็นผลของเอสโตรเจน
 - 3.2 จากฤทธิ์ในการเสริมสร้างของโปรเจสโตรเจนบางพวก เช่น นอร์-สเตอรอยด์ คอมเพาว์ (Norsteroid compound) ผลอันนี้ในยาชนิดรวมมากกว่าชนิดเลียนแบบธรรมชาติ
4. อาการเจ็บตึงเต้านม มีมากถึงร้อยละ 27 ในเดือนแรกของการรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด
5. อาการปวดศีรษะ สตรีบางคนมีอาการปวดศีรษะระหว่างรับประทานยา แต่เป็นการยากที่จะกล่าวว่าการปวดศีรษะนั้นเนื่องจากยาหรือไม่ มีผู้เชื่อว่าอาการปวดศีรษะข้างเดียว (Migraine) อาจเกิดขึ้นจากการลดระดับฮอร์โมนเมื่อยาหมดชุด
6. การเปลี่ยนแปลงความรู้สึกทางเพศ ยังไม่พบอาการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนของความรู้สึกทางเพศระหว่างกินยา เป็นการยากที่จะแยกผลโดยตรงของยากับกลไกทางจิต เพราะการหมดกังวลเรื่องการตั้งครรภ์จะทำให้ความรู้สึกทางเพศดีขึ้น

7. การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ โดยเหตุที่เราพบการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ในระยะก่อนมีประจำเดือน ในขณะที่มีประจำเดือนและในระหว่างตั้งครรภ์ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนทางเพศ การใช้น้ำยานี้อาจมีผลเกี่ยวกับอารมณ์ได้บ้าง แต่ผลจากการศึกษายังไม่แน่นอน บางรายมีรายงานว่าทำให้จิตใจหดหู่ บางรายมีรายงานว่ายาทำให้อารมณ์ดีงเครียดขึ้น

8. มีโลหิตออกกระปริบกระปรอย โดยเฉพาะในระยะ 3 เดือนแรก ต่อไปจะปกติหรืออาจจะมีประจำเดือน เพราะรับประทานยาติดต่อกัน

ข้อแนะนำสตรีที่รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด

1. เวลารับประทานยา เวลาที่เหมาะสมที่สุดคือหลังอาหารเย็น ซึ่งการคุมเข็มจะช้าและมีอาการแทรกซ้อน เช่น คลื่นไส้ก็มักจะเกิดเวลานอนหลับแล้ว ถ้าหากลืมรับประทานยาก็ยังมีเวลาพอที่จะนึกได้ก่อนเวลานอน

2. เมื่อลืมรับประทานยา ให้รับประทานทันทีที่นึกได้ และรับประทานเม็ดต่อไปตามเวลาปกติ หากนึกได้เมื่อถึงเวลารับประทานเม็ดต่อไปแล้ว จะรับประทานเพียงเม็ดเดียวหรือ 2 เม็ด ก็ไม่มีผลแตกต่างกันในด้านคุมกำเนิด

การลืมรับประทานยาบ่อยๆ อาจทำให้โลหิตออกกระปริบกระปรอย และผลในการคุมกำเนิดจะไม่แน่นอนโดยเฉพาะถ้าลืมระหว่าง 10 เม็ดแรก

3. ระหว่างรับประทานยาอาจมีโลหิตออกพืดฝ้า หรือออกมาก ควรรับประทานต่อไปตามปกติ ส่วนมากโลหิตออกน้อยลงและจะหยุดไปเองภายใน 2-3 วัน ถ้ามีโลหิตออกนานเกิน 5 วัน ควรมาให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยแยกจากโลหิตออก โดยสาเหตุอื่นๆ

4. รายที่ผู้ใช้รับประทานโดยวิธีแรก หากมีโลหิตออกขณะเหลือยาเพียง 2-3 เม็ดสุดท้าย ควรเลิกรับประทานยาเม็ดที่เหลือของชุดนั้น และตั้งวันแรกของโลหิตออกเป็นวันแรกของประจำเดือนรอบใหม่ ถ้าประจำเดือนยังไม่มี หลังจากหยุดยาแล้ว 7-8 วัน ในรายที่กินยาตามวิธีแรก ถ้าหลังจากยาหมดแล้ว 7 วัน ยังไม่มีประจำเดือนมาให้เริ่มยาชุดใหม่ในวันที่ 7-8 หลังจากยาชุดก่อนหมด ถ้าจนถึงวันที่ 10 ของรอบประจำเดือนแล้ว ยังไม่ได้เริ่มยาชุดใหม่ การรับประทานยาในเดือนนั้นจะได้ผลไม่แน่นอน ควรใช้วิธีคุมกำเนิดวิธีอื่นไปก่อน

5. ผู้ใช้ควรทราบอาการแทรกซ้อนที่พบบ่อยๆ ในระหว่างรับประทานยาเพื่อไม่ให้ผู้ใช้ตกใจ เมื่อมีอาการเหล่านั้นเกิดขึ้น

ให้หยุดยาเม็ดคุมกำเนิด เมื่อมีอาการดังต่อไปนี้

1. มีอาการทางสายตา เช่น มองไม่เห็นแม้จะเป็นเพียงในระยะสั้น สายตาพร่า มองเห็นแสงเป็นจุด
2. ความรู้สึกชาหรือไม่มีความรู้สึกในส่วนของใบหน้า ร่างกาย แม้จะเป็นเพียงชั่วคราวก็ตาม
3. เจ็บหน้าอก
4. เส้นเลือดดำที่ขามีอาการอักเสบหรือเจ็บปวด
5. ความดันโลหิตสูง
6. ปวดศีรษะอย่างแรง
7. บวมและน้ำหนักเพิ่มมากขึ้น
8. มีอาการของโรคตามข้อห้ามใช้ยาคุมกำเนิดเกิดขึ้น

ยาฉีดคุมกำเนิด

เป็นยาจำพวกสเตอรอยด์ (Steroid) ผลิตครั้งแรกในประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นโปรเจสโตเจนซึ่งออกฤทธิ์นานใช้กันแพร่หลาย ขณะนี้มี 64 ประเทศที่ใช้ยานี้เพื่อการคุมกำเนิด

ยาฉีดคุมกำเนิดไม่ใช่ยาใหม่ วงการแพทย์ได้นำยานี้มาใช้ประมาณ 18 ปีแล้ว โดยในระยะแรกใช้ในการรักษา เอ็นโดเมตริโอซิส (Endometriosis), การแท้งคุกคาม (Threatened Abortion) และใช้ในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งของเยื่อบุมดลูกในระยะลุกลามทำผ่าตัดไม่ได้ หลังจากนั้นประมาณ 6-7 ปี จึงได้เริ่มนำยานี้มาทดลองใช้ฉีดเพื่อการคุมกำเนิด ซึ่งต่อมาได้แพร่หลายออกไปอย่างกว้างขวาง

กลไกในการคุมกำเนิด

1. ทำให้ไม่มีไข่สุกหรือไม่มีการตกไข่เกิดขึ้น เนื่องจากฤทธิ์ของยาไปกดการทำงานของสมองส่วน (Hypothalamus) และต่อมใต้สมอง (Pituitary gland) ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมน FSH (Folliculation stimulation Hormone) และ LH (Lutenizing Hormone) จากต่อมทั้งสองน้อยลง รั้งไข่จึงไม่ถูกกระตุ้นให้ไข่สุก

2. ทำให้มูกปากมดลูกมีปริมาณน้อย และมีความข้นมาก ทำให้ตัวอสุจิเดินทางผ่านมูกปากมดลูกเข้าไปในโพรงมดลูกได้ยาก
3. ทำให้เยื่อBUMมดลูกบาง และมีลักษณะไม่เหมาะสำหรับการฝังตัวของไข่ที่ผสมแล้ว
4. ทำให้หลอคมดลูกมีการเปลี่ยนแปลงที่ไม่เหมาะต่อการเดินทางผ่านของตัวอสุจิและของไข่

วิธีการให้ยา

ควรฉีดยาคุมกำเนิดเข้ากล้ามเนื้อทุก 1 เดือน บริเวณสะโพกเป็นบริเวณที่มีกล้ามเนื้อหนา เหมาะแก่การฉีดยาคุมกำเนิดมากกว่าบริเวณอื่น การฉีดยาไม่ลึกพอ เช่น ฉีดเข้าใต้ผิวหนังหรือเข้าในไขมัน อาจทำให้เกิดเป็นฝีภายหลังได้

ยาเข็มแรกควรฉีดภายในวันที่ 5 ของรอบประจำเดือนปกติ ถ้ามีความจำเป็นที่จะต้องฉีดยาภายในหลังวันที่ 5 ของรอบประจำเดือนปกติ จะต้องแน่ใจเสียก่อนว่าผู้มาขอรับบริการไม่ได้มีการร่วมเพศเลยในรอบเดือนนั้น หรือมีการร่วมเพศแต่ได้ใช้วิธีป้องกันการตั้งครรภ์อย่างอื่นร่วมด้วย เช่น ถุงยางอนามัย ห่วงอนามัย เป็นต้น สำหรับในกรณีนี้แม้เมื่อฉีดยาคุมกำเนิดไปแล้ว ก็ต้องแนะนำให้ป้องกันการตั้งครรภ์ร่วมด้วยวิธีอื่นๆ ต่อไปอีกอย่างน้อย 7-10 วัน จึงจะปลอดภัย

แม้ว่ายาจะใช้ฉีดได้ผลดีทุก 90 วัน แต่ในทางปฏิบัติอาจจะได้ผลดีมากขึ้นถ้าฉีดให้มารับบริการทุกๆ 12 สัปดาห์ (84 วัน) ควรเน้นให้ผู้รับบริการพยายามมารับบริการให้ตรงตามนัด ในกรณีที่มีความจำเป็นมาตามนัดไม่ได้ ถ้าให้พยายามกลับมารับการฉีดยาเข็มต่อไปเร็วกว่าที่นัดไว้ จะปลอดภัยกว่ามาภายหลังกำหนดนัด

ระยะเวลาของการให้ยา

ยังไม่มีผู้ใดสามารถบอกได้แน่นอนว่า การให้ยาฉีดคุมกำเนิดโดยปลอดภัยนั้นจะใช้ติดต่อกันได้นานถึงกี่ปี ในขณะที่มีคนจำนวนไม่น้อยที่ใช้ยานี้ติดต่อกันมานานกว่า 7-8 ปี โดยไม่มีอันตรายเกิดขึ้นแต่ประการใด อย่างไรก็ตามแพทย์บางคนนิยมให้ผู้มารับบริการทำหมันถาวรภายหลังที่ได้ฉีดยานี้ติดต่อกันเป็นเวลานานๆ และแน่ใจจริงๆ ว่าไม่ต้องการมีบุตรอีก เช่นเดียวกับผู้มารับบริการยาเม็ดคุมกำเนิด ผู้ที่จะใช้ยาฉีดก็ควรจะได้รับบริการตรวจร่างกายและตรวจภายใน

เป็นครั้งคราวตามความเหมาะสม ผู้ที่ประสงค์จะใช้ยาชนิดนี้ตลอดไปก็อาจใช้ได้เรื่อยๆ จนกระทั่งถึงวัยหมดประจำเดือนคืออายุประมาณ 50 ปี ก็ได้

ข้อบ่งห้าม

ไม่ควรรับประทานกำเนิดในสตรีที่มีความผิดปกติต่อไปนี้

1. โรคตับ
2. มีประวัติเกี่ยวกับเส้นเลือดอุดตัน (Thromboembolism) ตามที่ต่างๆ เช่น
น้อง ในเชิงกราน ในปอดหรือสมอง หรือมีประวัติการอักเสบของเส้นเลือด (Thrombophlebitis)
3. มีประวัติเคยเป็นหรือกำลังเป็นมะเร็งของเต้านมหรือของระบบอวัยวะสืบพันธุ์
4. มีเลือดออกทางช่องคลอดโดยไม่ทราบสาเหตุ

ปัญหาต่างๆ เกี่ยวกับการใช้ยาชนิดกำเนิด

1. ประจำเดือน เป็นปัญหาที่สำคัญที่สุดในการใช้ยาชนิดกำเนิด เพราะประจำเดือนของผู้ใช้ยาจะผิดไปจากเมื่อก่อนฉีดยาในลักษณะต่างๆ กันจนเอาอะไรแน่นอนไม่ได้ ประจำเดือนอาจมาเร็วขึ้นหรือช้าลง มากขึ้นหรือน้อยลง มากกระปรี้กระเปรอยหรืออาจหยุดหายไปเลยก็ได้ หลังจากฉีดยาเข็มแรกประมาณร้อยละ 50 จะมีประจำเดือนมา แม้จะไม่เหมือนปกติแต่ค่อนข้างสม่ำเสมอทุก 18-38 วัน ประมาณร้อยละ 15 ประจำเดือนจะขาดหายไปเลย ส่วนอีกร้อยละ 35 จะมีโลหิตออกทางช่องคลอดไม่มีกำหนดแน่นอน แต่เมื่อฉีดยานานๆ พวกที่มีประจำเดือนไม่สม่ำเสมอส่วนมากจะเปลี่ยนเป็นไม่มีประจำเดือนมาเลย ภายหลังใช้ยาฉีดยา 2 ปี ประมาณร้อยละ 40-45 จะมีประจำเดือนออกค่อนข้างสม่ำเสมอทุก 18-38 วัน ส่วนอีกประมาณร้อยละ 40-45 จะไม่มีประจำเดือนมาเลย และมีเพียงร้อยละ 10 ที่ยังมีประจำเดือนออกอย่างไม่มีการกำหนดแน่นอน

ประจำเดือนที่ผิดปกติดังกล่าวมาแล้วโดยทั่วไปไม่จำเป็นต้องรักษา การอธิบายให้ผู้ฉีดยาเข้าใจในสาเหตุ และให้รู้ว่าไม่มีอันตรายต่อร่างกายแต่อย่างใดก็นับว่าเป็นการเพียงพอ แต่ในกรณีที่มีโลหิตออกมากหรือนานเกินสมควร อันอาจจะทำให้ผู้ใช้เกิดการโลหิตจางได้ก็ควรรักษาให้โลหิตหยุด อาจโดยการให้เอสตราไดโอดอน วาลิเรต (Estradiol valerate)

10 มิลลิกรัม เข้มข้นเนื้อเพียงครั้งเดียว ก็จะทำให้เลือดหยุดได้ หรือใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ชนิดใดก็ได้ 1 เม็ด ทุก 4-6 ชั่วโมง จนเลือดหยุดแล้วลดยาเป็น 1 เม็ด เข้า-เย็น จนหมดแผง ในกรณีที่ได้ให้ยารักษาดังกล่าวแล้วแต่โลหิตยังไม่หยุด ควรส่งให้แพทย์ตรวจเพราะสาเหตุของการมีโลหิตออกแบบนี้มักไม่ใช่เนื่องจากยาฉีดคุมกำเนิด แต่อาจเกิดจากสาเหตุอื่นในมดลูกก็ได้ ส่วนในรายที่ฉีดแล้วประจำเดือนไม่มาเลย ปกติไม่จำเป็นต้องให้การรักษาแต่มีแพทย์บางคนนิยมให้ เอสโตรเจน วันละ 1 มิลลิกรัม เกือบละ 5-7 วัน เพื่อทำให้ประจำเดือนมาทุกๆ เดือน เป็นการช่วยให้ผู้ใช้ยาเกิดความสบายใจว่าตนเองยังสามารถมีประจำเดือนได้ทุกเดือน

2. น้ำหนัก ผู้ได้รับยาฉีดคุมกำเนิดมักมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น การเพิ่มน้ำหนักมักเพิ่มมากในปีแรก แต่ต่อมาอัตราการเพิ่มจะช้าลง ผู้ที่ใช้ยาตั้งแต่ 2-3 ปีขึ้นไป มีน้ำหนักเพิ่มเฉลี่ยประมาณ 2-25 กิโลกรัม

3. เบาหวาน มีรายงานเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลกลูโคสในโลหิตของผู้ใช้ยาฉีดคุมกำเนิดบางราย ว่าน้ำตาลสูงขึ้นเล็กน้อย แต่บางแห่งบอกว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลง รายงานโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในการศึกษาสตรีไทย 15 คน ซึ่งใช้ยาฉีดคุมกำเนิดทุก 3 เดือน โดยการตรวจหาระดับน้ำตาลในโลหิต (Glucose tolerance test) ก่อนได้รับการฉีดและภายหลังฉีดแล้ว 1, 2, 3, 6, 9 และ 12 เดือน ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในโลหิตที่จะมีแนวโน้มจะไปทางที่จะเป็นเบาหวานแต่อย่างใด

4. ความดันโลหิต ยาฉีดคุมกำเนิดไม่มีฤทธิ์ทำให้ความดันโลหิตในคนปกติสูงขึ้นแต่อย่างใด ยกเว้นผู้ใช้ยาที่มีความดันโลหิตสูงกว่า 150/90 มม.ปรอท อยู่ก่อนแล้ว ซึ่งได้มีผู้รายงานไว้ว่าความดันโลหิตอาจสูงกว่าเดิมได้ ดังนั้นจึงควรระวังการใช้ยาฉีดคุมกำเนิดในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงไว้ด้วย

5. เนื้องอกเต้านมและมะเร็งปากมดลูก จากรายงานต่างๆ ยังไม่พบว่ายาฉีดคุมกำเนิดทำให้เกิดเนื้องอกของเต้านมในสตรีที่ใช้ยานี้สูงขึ้นมากกว่าในคนปกติแต่อย่างใด และยังไม่หลักฐานว่ายาฉีดคุมกำเนิด ทำให้อัตราการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้นด้วย

6. การฉีดยาคุมกำเนิดขณะตั้งครรภ์ ในกรณีที่ฉีดยาคุมกำเนิด โดยไม่ทราบว่ามี การตั้งครรภ์อยู่ก่อนแล้ว ยังไม่มีรายงานว่ายาฉีดคุมกำเนิดทำให้เด็กในครรภ์เกิดความพิการขึ้นแต่ประการใด แต่อย่างไรก็ตาม ควรตรวจดูให้แน่ใจเสียก่อนว่าผู้มาขอฉีดยาคุมกำเนิดไม่ได้

ตั้งครรภ์อยู่ก่อนแล้ว เพราะสารจำพวกสเตอรอยด์ (Steroid) มีศักยภาพในการทำให้เด็กในครรภ์อ่อนๆ เกิดความพิการได้ ถึงแม้ว่าอัตราการเกิดความพิการนี้จะมีน้อยมากก็ตาม

7. การมีบุตรหลังจากเลิกใช้ยา สตรีที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์หลังจากเลิกใช้ยาแล้วจะสามารถมีบุตรได้อีก แต่ระยะเวลาที่จะกลับมีบุตรได้อีกนั้น มักกินเวลานานกว่าผู้ที่เลิกใช้ยา เมื่อกุมกำเนิดหรือเลิกใช้ห่วงอนามัย ดังนั้นควรอธิบายให้ผู้ที่ยังไม่เคยมีบุตรหรือผู้ที่มีบุตรเพียง 1-2 คน และต้องการจะมีบุตรอีกให้ทราบว่า ถ้าใช้ยาฉีดคุมกำเนิดแล้ว การมีบุตรภายหลังเลิกยาอาจจะมีได้ยากกว่าธรรมดา

8. ฤทธิ์ข้างเคียงอื่นๆ ยาฉีดคุมกำเนิดมีฤทธิ์ข้างเคียงน้อยมาก เมื่อเทียบกับยาคุมกำเนิดชนิดเม็ดนานๆ จึงจะพบว่าผู้ใช้ยาฉีดคุมกำเนิดมีอาการ คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ ตกใจง่าย ชี้นาว มีสีหรือฝ้า ผอมร่วง นานมไหล ปวดประจำเดือน ความรู้สึกทางเพศลดลง

ดูยางอนามัย

สมัยก่อนมีการติดกันดูยางอนามัย เพื่อที่จะนำไปใช้กับผู้ชายที่ชอบเที่ยวโสเภณี เพื่อป้องกันการติดเชื้องามโรค ดูยางเมื่อเริ่มแรกนั้นยังมีคุณภาพไม่ดีพอ รั่วง่ายและฝืด ต้องใช้สิ่งหล่อลื่นก่อนใช้ และต้องตรวจสอบโดยการเป่าลมหารอยรั่วก่อน แต่ในปัจจุบันดูยางได้วิวัฒนาการดีขึ้นเป็นลำดับมาจนไม่ต้องใช้น้ำมันหล่อลื่น เรื่องความเหนียวคงทนดีกว่าแต่ก่อนมาก หาซื้อได้ง่ายตามร้านขายยาทั่วไป

หลักการใช้ดูยางอนามัย

1. จะต้องใส่ก่อนที่จะร่วมประเวณีทุกครั้ง ขณะที่อยู่ระเพศชายแข็งตัว
2. ก่อนที่จะสอดควยวะเพศเข้าไป จะต้องแน่ใจว่าสวมดูยางอนามัยเรียบร้อยดีแล้ว
3. เมื่อร่วมเพศสัมพันธ์เรียบร้อย ฝ่ายชายนำควยวะเพศออกจากช่องคลอดก่อนที่ควยวะเพศจะอ่อนตัว โดยใช้นิ้วมือจับที่ขอบดูยางอนามัยเพื่อป้องกันมิให้น้ำกามไหลย้อนกลับออกมาได้

ข้อเสียของถุงยางอนามัย

1. ขาดความรู้สึกธรรมชาติอย่างแท้จริง
2. ต้องหาซื้อไว้เสมอทำให้สิ้นเปลืองเงิน
3. ถุงยางชนิดราคาถูกลงๆ หมกอายุในการใช้จะป้องกันไม่ได้ดี เพราะอาจฉีกขาดง่าย ถ้าไม่มั่นใจว่าถุงยางที่ซื้อมาจะรั่วซึมหรือเปื่อย ก่อนใช้ก็อาจจะทาครีมฆ่าเชื้ออสุจิด้วยก็จะมั่นใจขึ้น
4. ต้องสวมถุงยางในขณะที่ร่วมเพศ บางครั้งทำให้เสียความรู้สึกไปบ้าง อาจแก้ได้โดยให้ฝ่ายหญิงเป็นผู้สวมใส่ให้

2. การคุมกำเนิดแบบถาวร

2.1 การทำหมันชาย

การทำหมันชายเป็นของใหม่สำหรับชาวบ้านทั่วไป ความรู้สึกหรือรายละเอียดต่างๆ ที่ได้รับจากแหล่งข่าวที่เชื่อถือได้ยังมีน้อย ทำให้เกิดความไม่แน่ใจในความปลอดภัยที่มีต่อสุขภาพและสวัสดิภาพของครอบครัว ทำให้เกิดปัญหาข่าวลือ ความเชื่อ และความเข้าใจผิดต่างๆ ขึ้น นับว่าเป็นอุปสรรคอย่างหนึ่งของโครงการทำหมันชาย

ชาวบ้านหรือคนทั่วไปส่วนมากมักเข้าใจว่าการทำหมันชายคือ "การตอน" ทำให้มีความรู้สึกกลัวและเกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อการทำหมันชาย เพราะต่างเข้าใจว่าการตอน คือ การตัดเอาลูกอัณฑะทั้งสองข้างออก เช่น การตอนเบ็ด ไก่ หมู สุนัข ควาย ฯลฯ ซึ่งผลของการตอนในสัตว์นั้นจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างเช่น ไม่มีความรู้สึกทางเพศ ไม่สนใจตัวเมีย ลักษณะท่าทางไม่สวยงาม ฯลฯ สำหรับการตอนในคนนั้นอาจมีตัวอย่างให้เห็นจากชายที่เกิดการสูญเสียลูกอัณฑะนั้นจะไม่มีความรู้สึกทางเพศเลย การตัดลูกอัณฑะออกจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง

การทำหมันชาย เป็นการตัดและผูกท่ออสุจิ (Vas deferens) เพื่อไม่ให้ตัวอสุจิเดินทางหรือเคลื่อนที่ผ่านออกมาตามท่อนี้ได้ อวัยวะส่วนอื่นนอกจากนี้แพทย์ไม่ได้ตัดหรือแตะต้องเลย การทำหมันชายจะไม่ทำให้ความสุขในการร่วมเพศเสียไปเพราะเมื่อถึงจุดสุดยอด (Orgasm) ชายยังคงหลั่ง "น้ำ" ออกมาเหมือนเดิม แต่น้ำนั้นจะเป็นน้ำเมือกซึ่งไม่มีตัวอสุจิปะปนอยู่เลย

ปัญหาที่สำคัญที่สุดทำให้ประชาชนไม่กล้าทำหมันชายก็คือ กลัวการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ อาจจะเนื่องจากไม่มีความรู้ทางเพศเลย หรือมีความรู้สึกทางเพศแต่อวัยวะเพศไม่แข็งตัว หรือไม่ทั้งสองอย่าง ซึ่งทำให้ไม่สามารถประกอบกิจทางเพศได้ การทำหมันชายแพทย์เพียงแค่ผ่าตัดและผูกท่ออสุจิเท่านั้นโดยการตัดท่ออสุจิให้ขาดจากกัน ส่วนปลายที่ผูกนั้นใช้ไหมผูกไว้ หลังผ่าตัดระวังอย่าให้แผลถูกน้ำ และถูกกระทบกระเทือนมากนัก จนกว่าแผลจะหายประมาณ 1 สัปดาห์

สมรรถภาพทางเพศของคนจะดีหรือเลวแค่ไหนขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ เช่น อายุ สุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ผู้ที่อายุน้อยหรือยังหนุ่มจะมีสมรรถภาพทางเพศโดยเฉลี่ยสูงกว่าผู้ที่อยู่ในวัยสูงกว่า สุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด การระวังรักษาสุขภาพ เช่น มีการออกกำลังกายพอเหมาะ การพักผ่อนที่เพียงพอ การเลือกรับอาหารที่ดี มีสุขภาพดี ความต้องการทางเพศโดยธรรมชาติจะเกิดขึ้นอย่างพร้อมเพรียง สิ่งแวดล้อมมีส่วนส่งเสริมความรู้สึกทางเพศด้วยเช่นกัน สถานที่ บรรยากาศ เสียง วัสดุ หรือบุคคลต่างๆ ที่เหมาะสมที่จะเร่งเร้าประสาทสัมผัสในการกระตุ้นความรู้สึกทางเพศ

ต่อมาได้ส่องและองคชาติ อัณฑะ มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดในการสร้างสมรรถภาพทางเพศโดยการผลิตฮอร์โมนออกมาควบคุมการทำงานของอวัยวะเพศ และลักษณะการเป็นเพศชายทั้งหมด หากต่อมใดต่อมหนึ่งถูกตัดออกหรือพิการ ลักษณะทางเพศจะลดไป การทำหมันนั้น อัณฑะและอวัยวะเพศอื่นๆ ยังคงมีอยู่และทำหน้าที่ต่อไปเป็นปกติ อัณฑะยังสร้างฮอร์โมนเพศและตัวอสุจิต่อไปแม้ท่ออสุจิจะถูกตัดขาดแต่ฮอร์โมนเพศก็ยังสามารถออกมาควบคุมร่างกายได้ เพราะฮอร์โมนไม่ได้อาศัยท่อเป็นทางออกแต่อาศัยกระแสเลือด อสุจิไม่ใช่ฮอร์โมนจึงต้องอาศัยท่อเป็นทางออก เมื่อท่ออสุจิถูกตัดออกจะทำให้ตัวอสุจิซึ่งถูกผลิตขึ้นมาตายและถูกดูดซึมเข้าสู่ร่างกายตลอดเวลาเช่นกัน เมื่อฮอร์โมนออกมาควบคุมการทำงานของอวัยวะเพศได้ สมรรถภาพทางเพศก็ยังคงมีอยู่เหมือนเดิมทุกประการ

2.2 การทำหัตถ์หญิง

การทำหัตถ์หญิงเป็นวิธีคุมกำเนิดหรือป้องกันการตั้งครรภ์ชนิดถาวรซึ่งได้ผลแน่นอนดีมาก อาจกล่าวได้ว่าได้ผลเกือบร้อยละ 100 ผู้ที่จะทำหัตถ์จะต้องมีบุตรเพียงพอกับความ ต้องการแล้ว และตัดสินใจแล้วว่าไม่ต้องการบุตรเพิ่มอีก เพราะหลังจากทำหัตถ์การที่จะผ่าตัด กลับคืนหรือแก้ไขให้มีบุตรอีกนั้นเป็นการยุ่งยากและได้ผลไม่แน่นอน การทำหัตถ์หญิงเป็นการทำให้ ท่อรังไข่หรือทางเดินของไข่ทั้งสองข้างตีบหรืออุดตัน หรือขาดจากกันซึ่งทำได้โดยการ ผูก ตัด อุด ด้วยไฟฟ้า ทำให้ไข่และอสุจิไม่สามารถพบกันหรือผสมกันได้ การตั้งครรภ์จึงไม่เกิดขึ้น

ระยะเวลาที่เหมาะสมในการทำหัตถ์หญิง แบ่งเป็น 2 ระยะ

1. ระยะคลอดบุตรใหม่ ๆ เรียกว่าการทำหัตถ์เบียดหรือหัตถ์สอด เป็นการทำ หัตถ์ภายหลังคลอดบุตรใหม่ ๆ ภายใน 24-48 ชั่วโมง ซึ่งจะทำได้ง่ายเนื่องจากภายหลังคลอด ใหม่ ๆ มดลูกยังมีขนาดใหญ่ และลอยตัวสูง ขอบบนอยู่สูงเกือบถึงสะดือ วิธีนี้ส่วนมากใช้วิธีผ่าตัด ทางหน้าท้อง

2. ระยะเวลาปกติ เรียกว่าการทำหัตถ์แห้ง เป็นการทำหัตถ์ระยะเวลาที่ ไม่มีการตั้งครรภ์หรือหลังจากคลอดบุตรมานาน มดลูกจะมีขนาดปกติและยู่ลึก รูปร่างเหมือนผล ชมภู่อีกว่าลงขนาด 2×8 ซม. การทำหัตถ์แห้งอาจทำได้หลายวิธี เช่น ผ่าตัดทางหน้าท้องทาง ขาหนีบ ทางช่องคลอดหรือในโพรงมดลูก และอาจใช้เครื่องมือต่างๆ ช่วย เช่น คัลโตสโคป และ ลาพาโรสโคป การทำหัตถ์แห้งกำลังเป็นที่นิยมกันมาก ทำได้หลายวิธี ง่ายและปลอดภัย ประหยัดได้ผลดี บางวิธีไม่ต้องดมยาสลบ ไม่ต้องนอนพักในโรงพยาบาล สามารถกลับบ้านได้ใน วันเดียวและทำงานได้ปกติ ผู้ทำหัตถ์แห้งจะมีความรู้สึกเหมือนว่าตนเองไม่ได้ถูกผ่าตัด

อาการแทรกซ้อนของการทำหัตถ์หญิง

การทำหัตถ์หญิงทุกวิธีหลังจากทำแล้วอาจมีอาการต่างๆ เกิดขึ้นได้ เราเรียกว่า "อาการแทรกซ้อน หรืออาการข้างเคียง" เช่น วิธีที่ผ่าตัดอาจทำให้เกิดอาการเจ็บปวด แผล อักเสบ มีเลือดออกบริเวณแผล หรือวิธีด้วยไฟฟ้าอาจทำให้เลือดออกได้เช่นกัน แต่ทั้งหมดนี้ไม่ เป็นสิ่งอันตรายร้ายแรงนัก อาจรักษาให้หายได้โดยง่าย หรือบางอย่างไม่จำเป็นต้องรักษาเลย นอกจากนั้นถ้าหากแพทย์ทำด้วยความระมัดระวังและมีความชำนาญดีแล้ว อาการเหล่านี้เกิดขึ้นได้ ยากมาก

ข้อสังเกตการทำหมันหญิง

การทำหมันหญิงตามวิธีใดๆ ก็ตาม มีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันไม่ให้ไข่และอสุจิพบกัน และผสมกันได้โดยทำให้ท่อทางเดินของไข่ คือท่อรังไข่ขาดหรือตีบตัน จะเห็นได้ว่าอวัยวะส่วนอื่นไม่ได้ถูกตัดหรือรื้อนออกจากร่างกายเลย มดลูก รังไข่ ยังมีอยู่และทำหน้าที่ต่อไปเป็นปกติ การมีประจำเดือน ยังคงมีอยู่เหมือนเดิม รังไข่ซึ่งมีหน้าที่ผลิตไข่และฮอร์โมนเพศหญิงยังทำหน้าที่ของมันต่อไปเป็นปกติ ผิดกันแต่เพียงว่า เมื่อผลิตไข่ขึ้นมาแล้วไข่จะเคลื่อนที่มาผสมกับอสุจิไม่ได้ เพราะท่อรังไข่ถูกตัดขาดหรือตีบตันเสียแล้ว ไข่แม้จะถูกผลิตขึ้นมาเรื่อยๆ ก็จะสลายตัวไปเรื่อยๆ ภายในท่อรังไข่ นั้น แต่ฮอร์โมนเพศหญิงที่รังไข่ผลิตขึ้นมาสามารถออกมาควบคุมการทำงานของร่างกายได้เป็นปกติ ทั้งนี้เพราะฮอร์โมนไม่ได้อาศัยท่อรังไข่หรือท่อใดๆ เป็นทางออก แต่จะอาศัยเส้นเลือดหรือกระแสเลือดเป็นทางเดิน ฉะนั้นหญิงที่ทำหมันจึงมีร่างกายและสุขภาพเป็นปกติเหมือนเดิมทุกประการ บางคนวิตกกังวลว่าทำหมันแล้วจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น อ้วนขึ้น หรือผอมลง ร่างกายอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ทำงานหนักไม่ได้ ใจคอสั้น ความรู้สึกทางเพศหมดไปหรือรุนแรงยิ่งขึ้น ฯลฯ สิ่งเหล่านี้ไม่เป็นความจริง อาการเช่นนี้อาจเนื่องมาจากสาเหตุอื่น เช่น วัยและอายุมากขึ้น รับประทานอาหารมากเกินไปทำให้อ้วน หรือขาดอาหารทำงานหนัก ขาดการพักผ่อนที่พอเพียงทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย ทุบผอม หรือสาเหตุจากโรคบางอย่าง เช่น โรคหัวใจ โรคประสาท โรคเบาหวาน โรคเกี่ยวกับปอด เหล่านี้เป็นต้น ซึ่งควรจะให้แพทย์ได้ตรวจร่างกายโดยละเอียดเพื่อหาสาเหตุของความผิดปกติของร่างกาย และให้การรักษาต่อไป

การคุมกำเนิดแบบอื่น เป็นวิธีการใช้ได้ในปัจจุบัน แต่ผู้ใช้จะต้องตั้งใจและยั้งคิดที่จะปฏิบัติ และต้องปฏิบัติให้ถูกต้องตามที่แพทย์แนะนำ แต่วิธีการเหล่านี้ยังมีประสิทธิภาพไม่สูงพอ และต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง วิธีการคุมกำเนิดเหล่านี้ได้แก่

1. การงดเว้นการร่วมประเวณี
2. การให้น้ำกามหลังออกมาภายนอก โดยไม่สัมผัสกับอวัยวะเพศสตรี
3. การใช้หมวกยางครอบปากมดลูก
4. การใช้หมวกยางใส่ภายในช่องคลอด
5. การสวนล้างช่องคลอดด้วยน้ำยาภายหลังจากการร่วมเพศ

613-94
ธ 274พ

6. เครื่องป้องกันการตั้งครรภซึ่งทำขึ้นจากวัสดุที่ใช้ในครัวเรือน
7. ยารักษาสิวสุดที่สอดใส่ในช่องคลอด ซึ่งแบ่งออกเป็น
 - 7.1 ยาเม็ดพองฟู
 - 7.2 พองครีม
 - 7.3 ยาเหน็บช่องคลอด
 - 7.4 เยลลี่หรือครีม
8. ระยะเวลาปลอดภัย
9. วิธีป้องกันแบบผสม

หลักการจูงใจในการวางแผนครอบครัว

ความหมายของการจูงใจ

การจูงใจคือการกระทำเพื่อให้บุคคลหรือกลุ่มมีความเห็นคล้อยตาม ยอมรับร่วมมือ และสนับสนุน ตลอดจนเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และการปฏิบัติไปสู่เป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ด้วยความสมัครใจ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง การจูงใจเป็นขบวนการของความร่วมมือซึ่งจะตั้งอาศัยความเข้าใจซึ่งกันและกันทั้งผู้ให้การจูงใจและผู้รับการจูงใจ ทั้งนี้ย่อมหมายถึงต่างก็พอใจด้วยกันทั้งสองฝ่าย ทั้งนี้จะกระทำโดยไม่มีการบังคับ ชูเชิญ หรือใช้อำนาจอิทธิพลใดๆ บุคคลหรือกลุ่มจะยอมรับหรือไม่ขึ้นอยู่กับความพอใจของเขา หรือด้วยความสมัครใจของเขาเอง

ในลักษณะดังกล่าวนี้ การที่จะสามารถทำให้คนอื่นเห็นด้วย หรือปฏิบัติตามความต้องการได้นั้นจำต้องอาศัยหลักของศาสตร์ (Science) และหลักของศิลป์ (Arts)

หลักของศาสตร์ คือ หลักความรู้ด้านวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ความรู้เรื่อง การวางแผนครอบครัว วิธีคุมกำเนิดแบบต่างๆ หลักวิชาสุขศึกษา การสื่อความหมาย การใช้ โสตทัศนูปกรณ์ หลักวิชาจิตวิทยาเหล่านี้เป็นต้น

หลักของศิลป์ คือ การใช้หลักศิลป์ต่างๆ เช่น หลักในการพูด การแสดง หลักการ ถ่ายทอดความรู้ ศิลปะในการสร้างบุคลิกภาพ ให้เป็นที่สนใจของบุคคลต่างๆ ฯลฯ

เลขที่	102365
เลขทะเบียน	

สำนักหอสมุดมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

มูลเหตุของการจูงใจ

โดยธรรมชาติแล้วคนเราต่างก็มีการจูงใจตนเองอยู่แล้วทุกคน มากหรือน้อยขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลซึ่งอาจจะไม่เท่ากัน เหตุที่คนเรามีการจูงใจตนเองนั้นมีมูลเหตุเบื้องต้นดังนี้

1. **มูลเหตุด้านชีววิทยา (Biological Factor)** เป็นมูลเหตุที่เกิดขึ้นภายใน เป็นการสนองตอบความต้องการของร่างกาย (Biological Need) เช่น ต้องการอาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย ฯลฯ เพื่อความสุขและความอยู่รอดของชีวิต จึงเร้าใจให้คนต้องทำงานหรือทำทุกสิ่งทุกอย่างเพื่อให้มาซึ่งความต้องการของตน

2. **มูลเหตุด้านสังคม (Sociological Factor)** เป็นมูลเหตุจากภายนอก อาจจะเป็นอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม หรือสิ่งล่อใจต่างๆ ทำให้คนเราเกิดแรงจูงใจที่จะได้มาซึ่งสิ่งต่างๆ คนเราต้องการให้สังคมยอมรับ ต้องการมีหน้ามีตา มีเกียรติ ชื่อเสียง ต้องการให้คนนิยม ยกย่อง ต้องการความรัก ความเคารพนับถือซึ่งเป็นลักษณะความต้องการด้านสังคม (Social Need) จึงเป็นเหตุให้คนเราต้องดิ้นรนในการกระทำสิ่งต่างๆ แต่อย่างไรก็ตาม แม้คนเราจะมีมูลเหตุทั้งสองนี้แล้วตามธรรมชาติ แต่ใช้ว่าคนเราจะประสบความสำเร็จในชีวิตได้ด้วยกันทุกคน เนื่องจากว่าคนเรามีความแตกต่างกันมาก ซึ่งเราเรียกว่า ความแตกต่างของแต่ละบุคคล (Individual Different) ในสิ่งเดียวกัน บางคนสนใจ บางคนไม่สนใจ บางคนทราบ บางคนไม่ทราบ บางคนเข้าใจ บางคนไม่เข้าใจ การกระทำอย่างเดียวกัน บางคนทำได้ บางคนทำไม่ได้ บางคนกระตือรือร้น บางคนเพิกเฉย เฉื่อยชา ฯลฯ ซึ่งสิ่งแตกต่างเหล่านี้เป็นอุปสรรคที่ทำให้คนเราไม่บรรลุถึงความสุขความสำเร็จในชีวิตของตนได้

ในด้านการวางแผนครอบครัวก็เช่นเดียวกัน บางคนเห็นประโยชน์เห็นความสำคัญ แต่บางคนไม่สนใจไม่เข้าใจและไม่เห็นด้วย โดยข้อเท็จจริงนั้นแม้แต่บางคนอาจจะมีความรู้ความเข้าใจอยู่บ้าง แต่เนื่องจากมีอุปสรรคบางอย่างขัดขวางความกระตือรือร้นของเขาเป็นเหตุให้ไม่ยอมรับการวางแผนครอบครัว ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นปัญหาสำคัญต่อความสำเร็จของงานวางแผนครอบครัว และมีผลสะท้อนไปสู่ความสุขในชีวิตครอบครัวของประชาชนโดยตรง

โดยเฉพาะอย่างยิ่งยังมีกลุ่มประชาชนเป็นจำนวนมาก ที่ต้องการชักจูงใจ เช่นผู้ที่อยู่ในชนบทที่อยู่ห่างไกลซึ่งประสบกับปัญหาต่างๆ คือ

- ขาดการศึกษา
- ความยากจน
- ปัญหাসุขภาพ
- ความเฉื่อยชา

ปัญหาทั้ง 4 นั้นนอกจากจะมีความสำคัญเฉพาะตัวแล้ว ยังมีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกัน อย่างใกล้ชิด กล่าวคือ เมื่อเกิดปัญหาหนึ่งมักจะเป็นผลทำให้เกิดปัญหาหนึ่งตามมา เช่น เมื่อเกิดปัญหาด้านการศึกษา ปัญหาความยากจน ปัญหาด้านสุขภาพ ความเฉื่อยชาก็จะตามมาอีก หรือเมื่อมีปัญหาความเฉื่อยชา ปัญหาด้านความยากจน ด้านการศึกษา และอื่นๆ ก็จะทำให้เกิดขึ้นได้อีก เช่นเดียวกัน

นอกจากปัญหาหลักทั้ง 4 ยังเป็นผลให้เกิดปัญหาอื่นๆ อีกมากมาย เช่น ปัญหาการว่างงาน ปัญหาการจรจร ปัญหาด้านศีลธรรม ฯลฯ การแก้ปัญหานี้ ควรจะพิจารณาหาสาเหตุของปัญหาต้นตอ การแก้ปัญหาลึกให้อาจจะมีผลไปถึงแก้ปัญหานี้ได้ง่ายขึ้น อย่างเช่น ปัญหาด้านความเฉื่อยชา เราจัดว่าเป็นปัญหาหลักที่สำคัญอย่างหนึ่ง หากเราสามารถแก้ปัญหานี้ได้อาจจะมีผลทำให้ปัญหาลดน้อยลงหรือหมดไปได้ การแก้ปัญหาคความเฉื่อยชานี้ได้ วิธีหนึ่งก็คือ การชักจูงใจ

องค์ประกอบของการจูงใจ

1. ผู้รับการจูงใจ (กลุ่มเป้าหมาย target group)
2. วิธีการจูงใจ
3. เป้าหมายการจูงใจ (พฤติกรรม)

ถ้าเป็นกลุ่มเล็กตั้งแต่ 1-3 คน จะทำได้ง่าย วิธีการอาจทำได้ง่ายๆ โดยการสนทนา ชักถาม พูดคุย อธิบายชี้แจงตัวต่อตัว แต่ถ้าหากมีผู้รับการจูงใจเป็นจำนวนมากๆ หรือเป็นกลุ่มใหญ่ ข้อแตกต่างภายในกลุ่มของผู้รับการจูงใจย่อมมีมากขึ้น ปัญหาการจูงใจย่อมยุ่งยากซับซ้อน เป็นเงาตามตัว เพราะฉะนั้นก่อนดำเนินการจูงใจจะต้องมีการพิจารณากลุ่มผู้รับการจูงใจให้ดีเสียก่อน คือ

1. **พิจารณาปัญหาของกลุ่ม** ว่ากลุ่มมีปัญหาอะไรบ้าง และเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่ของเรา ในการแบ่งกลุ่มควรจัดให้ผู้ที่มีปัญหาเดียวกันหรือคล้ายกันอยู่ในกลุ่มเดียวกัน

2. **พิจารณาความต้องการของผู้รับการจูงใจ** ว่าเรามีความต้องการอะไร ถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ หากไม่ถูกต้อง ควรหาทางแก้ไขเปลี่ยนแปลงให้ถูกต้อง เช่น "เชื่อว่ามีลูกมากที่สุด ใ้ได้ใช้เมื่อเวลาแก่" แต่ถ้าความต้องการนั้นถูกต้องอยู่แล้วก็ควรเสริมให้คุ้มค่าและประโยชน์เร้าใจให้เขาคำเนินการเพื่อให้ความต้องการของเขาบรรลุผล

3. **พิจารณาลักษณะเฉพาะของผู้รับการจูงใจ**

เพศและวัย ชายและหญิงมีความสนใจไม่เหมือนกัน นอกจากนั้นระดับอายุ เด็กวัยรุ่นหนุ่มสาว ผู้ใหญ่วัยสูงอายุ ความสนใจ ความเข้าใจ และการยอมรับแตกต่างกัน

การศึกษา ผู้มีการศึกษาสูงจะมีเหตุผลความคิดกว้างขวาง สามารถตัดสินใจด้วยตนเอง พุดและชี้แจงได้ง่าย ยินดีที่จะไ้ทราบข้อเท็จจริงต่างๆ ผู้มีการศึกษาระดับปานกลางระดับต่ำ จะต้องให้การจูงใจเป็นเวลานาน และเข้าใจยากต้องปรึกษาและถามผู้อื่นด้วย

ภาษา ควรใช้ภาษาพูดที่เขาเข้าใจได้ง่าย คำศัพท์หรือถ้อยคำที่มีความหมายลึกซึ้งหรือการใช้ศัพท์ทางวิชาการต้องพิจารณาว่าเขาจะเข้าใจหรือไม่

ฐานะทางเศรษฐกิจ ผู้ที่ฐานะไม่ดีมักไม่มีความพร้อม ไม่อาจมาร่วมฟังการจูงใจ เพราะทำให้เสียเวลาทำมาหากิน เป็นต้น

สภาพของครอบครัวและอิทธิพลของเพื่อนบ้าน

บางคนอยู่ในครอบครัวที่มี ปู่, ย่า, ตา, ยาย, พ่อ, แม่ ด้วย มักจะฟังความคิดเห็นของผู้ใหญ่เหล่านั้นก่อนที่จะตัดสินใจ และอิทธิพลของเพื่อนบ้านทำให้ความคิดของคนในหมู่บ้านนั้นเปลี่ยนแปลงหรือคล้อยตามได้ ฉะนั้นควรให้อธิบายและแนะนำ กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน, ครู ให้ยอมรับเสียก่อน

เทคนิคการจูงใจ

การจูงใจให้บรรลุผลตามเป้าหมาย หรือให้เขามีพฤติกรรมตามที่เราร้องการนั้นจะต้องใช้หลักของศาสตร์และศิลป์ เพราะฉะนั้นในการจูงใจจะต้องมีเทคนิคดังต่อไปนี้

1. สร้างศรัทธาความสนใจใหม่ต่อกลุ่มผู้รับการดูใจ
 - ผู้ดูใจ ต้องทำตัวให้เหมาะสมเป็นที่เคารพนับถือของกลุ่ม มีความซื่อสัตย์ สุจริต โอบอ้อมอารี เลื้อเพื่อเผื่อแผ่ แสดงความเห็นอกเห็นใจ ให้ความสนใจต่อกลุ่ม สุภาพอ่อนโยน เป็นกันเองกับผู้รับการดูใจ ฯลฯ
 - เรื่องที่จะดูใจต้องทำให้เขาสนใจต่อเรื่องราวที่จะดูใจ เช่น ในด้านการวางแผนครอบครัว ควรพูดถึงประโยชน์ต่างๆ ของการวางแผนครอบครัว
2. รับฟังคำถาม ปัญหาหรือข้อคิดเห็นของกลุ่มผู้รับการดูใจด้วยความยินดี
 - ไม่ปฏิเสธข้อสงสัย ปัญหาหรือข้อซักถามของชาวบ้านโดยสิ้นเชิง
 - แสดงความสนใจต่อข้อคิดเห็นของกลุ่ม
 - เห็นความสำคัญของปัญหาของกลุ่ม
 - หาวิธีการตอบชี้แจงหรือแก้ไขปัญหาของกลุ่มให้เหมาะสม
3. หาวิธีให้ทราบเรื่องราวต่างๆ โดยละเอียด
 - ลำดับเรื่องราวให้ต่อเนื่องกันเป็นขั้นตอน เช่น การวางแผนครอบครัว พูดถึงปัญหาประชากร ปัญหาของครอบครัว การปฏิสนธิ วิธีการคุมกำเนิดชนิดต่างๆ ปัญหาข่าวลือ ความเชื่อและความเข้าใจผิดๆ สถานที่ให้บริการและไปรับบริการ (ใช้หลักสูตรศึกษา การเรียนการสอน การสื่อความหมาย จิตวิทยา การใช้สื่อทัศนูปกรณ์ ฯลฯ)
4. ส่งเสริมให้มีแรงเร้าใจ
 - ให้รางวัล การให้รางวัลจะช่วยเร้าใจในการตัดสินใจของเขาได้
 - ลงโทษ (ระวังจะขัดกับหลักการดูใจ อาจกระทำได้ในเชิงกล่าวตู่หนิหรือตักเตือน ฯลฯ แต่ไม่ใช่การดูค่า)
 - ยกย่อง (ยกย่องให้เป็นตัวอย่าง เป็นบุคคลที่ทันสมัย เห็นการณ์ไกล ฉลาด ฯลฯ)
 - ชี้ให้เห็นประโยชน์ที่ได้รับ (หรือผลเสียในกรณีที่เขาไม่ยอมรับ)

5. พยายามเสริมสร้างให้มีความมั่นใจต่อสิ่งนั้นๆ
 - หาบุคคลตัวอย่าง มายืนยันประกอบการชักจูงใจเรื่องการทำหมั้นชาย ฯลฯ
 - อ้างแหล่งข่าวที่เชื่อถือได้ สังคมส่วนใหญ่ยอมรับแล้ว
6. ติดตามผล คอยให้ความช่วยเหลือแนะนำ แก้ปัญหาเป็นระยะๆ ติดต่อกัน
 - เมื่อให้การชักจูงใจไปแล้วและกลุ่มได้ปฏิบัติตามเป็นบางส่วนควรได้มีการติดตามผลหรือให้ความสนใจแก่กลุ่มผู้รับการจูงใจตลอดเวลาเป็นระยะๆ จะสร้างความอบอุ่นใจ และเชื่อมั่นว่าเราไม่ทอดทิ้ง นอกจากนี้ในกรณีที่เกิดปัญหาหรือความเข้าใจผิดขึ้นก็อาจแก้ไขทันทีทันที ก่อนที่ปัญหานั้นจะแพร่กระจายกว้างขวางออกไป

เป้าหมายการจูงใจ คือ พฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่ผู้รับการจูงใจเปลี่ยนแปลง (ปฏิบัติ) หรืออาจกล่าวได้ง่ายๆ ว่า คือสิ่งที่เราต้องการให้ผู้รับการจูงใจยอมรับหรือปฏิบัติ หรือเห็นด้วยตามที่เราต้องการ และก่อนที่จะลงมือดำเนินการจูงใจ เราจะต้องตั้งเป้าหมายไว้ให้แน่นอน ซึ่งอาจจะตั้งไว้หลายๆ ขั้นตอนก็ได้ อาจจะเป็นขั้นต้น ขั้นกลาง และขั้นสูงสุด เช่น

เป้าหมายของการวางแผนครอบครัว

- ขั้นต้น.....ให้มารับบริการ
- ขั้นกลาง.....ให้มีลูกพอดี
- ขั้นสูงสุด.....ให้มีความสุข

ข้อควรจำในการจูงใจ

1. จะต้องไม่มีการหลอกลวง บังคับ หรือโฆษณาชวนเชื่อ
2. จะต้องดำเนินการติดต่อกันเป็นระยะๆ อาจจะใช้เวลานานพอสมควร
3. หากยังไม่เห็นเป้าหมายที่ชัดเจนอย่ารีบสรุปผลด้วยตนเองว่า การจูงใจของตนเองได้ผลหรือล้มเหลว จะต้องเห็นพฤติกรรมที่ชัดเจนเสียก่อน
4. หากยังไม่บรรลุผล อย่าโทษกลุ่ม ต้องพิจารณาตนเองเพื่อหาวิธีที่เหมาะสมต่อไปอีก

การวางแผนครอบครัว นอกเหนือจากจะช่วยแก้ปัญหาประชากร และส่งเสริมให้สัมฤทธิ์ผลในการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม ให้มีความก้าวหน้า ทั้งในผลิตภาพทางอาหาร ที่อยู่อาศัย ทรัพยากร การมีงานทำและเงินออม (กองวางแผนประชากรและกำลังคน สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2529) ดังที่ เอนเก้ (Enke) นักเศรษฐศาสตร์ที่มีชื่อเสียง ได้ให้ข้อมูลไว้ว่า การลงทุนในการชะลอการเกิด จะมีผลกำไรว่าการลงทุนพัฒนาด้านอื่นๆ ประมาณมากกว่า 20 เท่าตัว (วิฑูรย์ โอสถานนท์ 2529) แล้วยังมีผลต่อสุขภาพอนามัยของสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะ แม่และลูก กล่าวคือ การวางแผนครอบครัวทำให้สตรีส่วนใหญ่มีลูกน้อยคน และช่วยลดอัตราเสี่ยงในการตั้งครรภ์ การวางแผนครอบครัวจึงเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้แม่สุขภาพอนามัยดี ถ้าสตรีตั้งครรภ์เฉพาะช่วงอายุ 20-24 ปี จะทำให้อัตราตายของแม่ลดลง และถ้าแม่มีลูกไม่เกิน 3 คน อัตราตายของแม่จะลดลงร้อยละ 30 นอกจากนี้ การวางแผนครอบครัวยังช่วยลดการตายเนื่องจากการทำแท้งผิดกฎหมาย ประกอบกับในการตั้งครรภ์แต่ละครั้ง ร่างกายของแม่จะต้องใช้อาหารเพิ่มขึ้นสำหรับหล่อเลี้ยงทารกในครรภ์ ถ้าหากผู้เป็นแม่เป็นโรคขาดอาหารอยู่แล้วก็ย่อมจะมีการของโรคมากขึ้นในระหว่างตั้งครรภ์ สตรีที่ตั้งครรภ์ในขณะที่ลูกคนเล็กยังไม่อดนมนั้นก็เท่ากับร่างกายต้องเสียพลังเลือดเนื้อเลี้ยงลูก 2 คนในเวลาเดียวกัน ซึ่งบั่นทอนสุขภาพของแม่เป็นอย่างมาก และการมีลูกมากยังมีผลต่อสุขภาพจิตของผู้เป็นพ่อแม่ที่ต้องชวนชววยหารรายได้เลี้ยงดูลูกให้พอเพียง ยิ่งครอบครัวที่อยู่ในสภาพที่ขาดแคลนอยู่แล้ว พ่อแม่ก็ต้องดิ้นรนต่อสู้มากขึ้นอีกหลายเท่า ซึ่งเป็นสิ่งที่บั่นทอนต่อสุขภาพจิตของผู้เป็นพ่อแม่ตลอดเวลา

ในด้านสุขภาพของลูกนั้น จากการวิจัยทางการแพทย์พบว่า เด็กที่เกิดมาในครอบครัวที่มีลูกมากจะมีผลคือ

1. เด็กที่เกิดมาในอันดับ 5 ขึ้นไป ย่อมมีโอกาสที่จะตายตั้งแต่อยู่ในท้องได้มาก หรือมีโอกาสเจ็บป่วย และเสียชีวิตในวัยทารกมากกว่าเด็กที่เกิดในอันดับ 1-4
2. เด็กที่เกิดมาเมื่อมารดามีอายุมาก และผ่านการมีลูกมากคนแล้ว ย่อมมีโอกาสจะมีอวัยวะพิการ หรือวิปริตมาแต่กำเนิด และมีโอกาสที่จะเป็นเด็กปัญญาอ่อนได้มากกว่าปกติ
3. เด็กในครอบครัวที่มีลูกมากจะมีน้ำหนักตัวน้อยกว่าเด็กในครอบครัวที่มีลูกน้อย และมีโอกาสที่จะเจ็บป่วยบ่อยครั้งกว่าเด็กในครอบครัวที่มีลูกน้อย

4. เด็กในครอบครัวที่มีลูกมาก มักจะมีระดับสติปัญญาต่ำกว่าเด็กในครอบครัวที่มีลูกน้อยกว่า และมีโอกาสจะเจ็บป่วยด้วยโรคประสาท หรือโรคจิต หรือมีปัญหาเกี่ยวกับความประพฤติ และอุปนิสัยมากกว่าเด็กในครอบครัวที่มีลูกน้อย และจากการศึกษาของ Deborah Mainc เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวและสุขภาพของเด็กซึ่งเป็นการศึกษาผลของการวางแผนครอบครัวที่มีต่อสุขภาพของเด็ก จากการศึกษาวิจัยของประเทศต่างๆ ในโลกก็เสนอว่า โอกาสที่เด็กจะคลอดอย่างสมบูรณ์ มีชีวิตปลอดภัยในระยะเริ่มแรกของชีวิตและเจริญเติบโตเหมาะสมตามวัยจะลดน้อยลงถ้า

การเว้นระยะการมีบุตรช่วงสั้นเกินไป

ในครอบครัวนั้นมีบุตรตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป

มารดาอายุต่ำกว่า 20 ปี หรือสูงกว่า 35 ปี เมื่อคลอดบุตรคนนั้น

จากนัยดังกล่าว เมื่อพิจารณาถึงสถานเศรษฐกิจ สังคมของชาวเขาในปัจจุบัน การส่งเสริม สนับสนุน ให้มีการวางแผนครอบครัวอย่างทั่วถึง จึงมีความสำคัญยิ่งที่จะช่วยให้สัมฤทธิ์ผลของการพัฒนา ส่งเสริมให้ชาวเขา และการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และประชากรของประเทศได้บังเกิดผลมากยิ่งขึ้น รวมทั้งคุณภาพของประชากรชาวเขา ซึ่งอย่างน้อยที่สุดควรมีสุขภาพพลานามัยที่สมบูรณ์ แข็งแรง ของสมาชิกในครอบครัวของชาวเขาก็คงจะดีขึ้น

ความสัมพันธ์ของการเพิ่มประชากรต่อการพัฒนา เศรษฐกิจและสังคม

คณะกรรมการเศรษฐกิจแห่งชาติร่วมกับองค์การต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศได้วิเคราะห์ปัญหาประชากรของประเทศไทยในรูปของผลที่มีต่อการพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมสรุปได้ดังนี้ (วิจิตร 2522)

1. **การพัฒนาเศรษฐกิจ** การเพิ่มจำนวนประชากรอย่างรวดเร็วเป็นอุปสรรคสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจ ในประเทศไทยการเพิ่มของประชากรที่รวดเร็วทำให้เกิดความไม่สมดุลย์ของโครงสร้างประชากร ประมาณ 45 % ของประชากรเป็นเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี หรือเป็นวัยที่ต้องพึ่งพิง (dependency) การออมทรัพย์ในครอบครัวจะมีน้อยลง เนื่องจากความต้องการของสมาชิกในครอบครัวที่ต้องพึ่งพิงเป็นจำนวนมาก การเก็บภาษีอากรของรัฐจะทำ

ได้น้อย เนื่องจากประชากรส่วนใหญ่ยากจน ค่าใช้จ่ายของรัฐบาลในการช่วยเหลือผู้ยากจนเหล่านี้จะสูงมาก นอกจากนี้การเพิ่มประชากรอย่างรวดเร็วทำให้ไม่สามารถพัฒนาคุณภาพของผู้ใช้แรงงานได้

2. บริการการแพทย์และอนามัย ปัจจุบันการสาธารณสุขของเรายังไกลเป้าหมายและมาตรฐานที่ต้องการอยู่อีกมาก จำนวนเตียงที่มีอยู่คือ 35,000 เตียง หรือเท่ากับ 1 เตียงต่อประชากร 1,000 คน ในขณะที่ประเทศที่พัฒนาแล้วมีเตียงคนไข้ 10-15 เตียงต่อประชากร 1,000 คน และถ้าสมมุติว่าเราสามารถเพิ่มเตียงได้ปีละ 4,000 เตียง อีก 20 ปีข้างหน้าเราจะมีจำนวนเตียง 1.7 เตียงต่อประชากร 1,000 คน เท่านั้น และถ้าความเป็นไปได้ในการเพิ่มจำนวนเตียงปีละ 4,000 เตียงนั้นทำได้ยาก เพราะเท่ากับสร้างโรงพยาบาลขนาดใหญ่ 500 เตียง ปีละ 8 แห่ง หรือสร้างโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชขนาด 30 เตียง ปีละ 130 แห่ง ซึ่งเป็นไปได้ยาก ดังนั้น ถ้าอัตราการเพิ่มประชากรยังไม่ลดลง โอกาสที่จะมีอุปกรณ์ในการรักษาพยาบาลหรือจำนวนเตียงเพียงพอกับความต้องการจะยิ่งน้อยลงเรื่อยๆ

นอกจากนี้จำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาลก็ยังไม่เพียงพอ กับความต้องการ ในปัจจุบันมีแพทย์ประมาณ 5,000 คน และพยาบาลประมาณ 9,000 คน ทำให้อัตราส่วนระหว่างแพทย์ต่อประชากรเป็น 1 : 7,000 และ พยาบาล 1 : 3,800 คน ยิ่งไปกว่านั้น กว่าครึ่งหนึ่งของแพทย์เหล่านั้นอยู่ในกรุงเทพมหานคร จึงทำให้อัตราส่วนแพทย์เป็น 1 : 13,000 คน ในเมือง และ 1 : 110,000 คน ในชนบท ซึ่งประชากรส่วนใหญ่ในประเทศประมาณ 85 % อาศัยอยู่ ยิ่งทำให้ชนบทมีความขาดแคลนบริการแพทย์ยิ่งขึ้น

3. การอนามัยแม่และเด็ก ในด้านการแพทย์เป็นที่ทราบกันดีแล้วว่า ในครอบครัวที่ยากจน มักจะมีสุขภาพไม่ดีเนื่องจากเป็นโรคขาดอาหารและโรคพยาธิลำไส้ ประกอบกับการมีบุตรถี่เกินไปย่อมมีอันตรายต่อสุขภาพและชีวิตของแม่เป็นอย่างยิ่ง ผู้ที่ตั้งครรภ์และคลอดบุตรเมื่ออายุเกิน 35 ปีไปแล้วมักจะเสียชีวิตเนื่องจากการตั้งครรภ์และคลอดบุตรมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยหลายเท่า ในประเทศไทยเราพบว่า ผู้ที่ตั้งครรภ์อายุเกินกว่า 30 ปีมีจำนวนถึง 40 % และสตรีที่ตั้งครรภ์มีอายุเกิน 35 ปีมีถึง 22 % มารดาในกลุ่มนี้จะเสี่ยงต่อการที่มีโรคแทรกที่รุนแรงและตายในระยะตั้งครรภ์และคลอดบุตรสูงกว่าสตรีที่มีอายุน้อยและมีบุตรน้อยถึง 2-4 เท่า และสูงเป็น 20 เท่าของสตรีในประเทศตะวันตก

สุขภาพของเด็กก็เช่นกัน พบว่า 1/3 ของการตายในประเทศไทยทั้งหมดเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เด็กเหล่านี้มาจากครอบครัวที่ยากจนและมีบุตรมาก ซึ่งมักเป็นโรคขาดอาหารเนื่องจากการดูแลจากบิดามารดาไม่เพียงพอทำให้มีความต้านทานโรคต่ำ

นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขได้รายงานว่ามีมารดาที่มีบุตรมากจำนวนหนึ่งได้ลักลอบทำแท้งเพื่อป้องกันไม่ให้มีบุตร การกระทำเช่นนี้ไม่ถูกต้องตามกฎหมาย ทำให้มีอันตรายต่อสุขภาพและชีวิตของสตรีเหล่านี้ นอกจากนี้ยังได้มีการศึกษาพบว่าสตรีที่มีบุตรมากมีโอกาสเป็นมะเร็งของปากมดลูกสูงกว่าสตรีที่มีบุตรน้อย

4. การศึกษา จากการสำรวจสำมะโนประชากรในปี พ.ศ. 2503 พบว่าประชากรร้อยละ 95 นับถือศาสนาพุทธ เป็นมุสลิมร้อยละ 4 และน้อยกว่าร้อยละ 1 เป็นคริสเตียน และร้อยละ 98.2 เป็นคนไทย มีคนจีนเพียงร้อยละ 1.5 ประมาณร้อยละ 30 ของประชากรที่มีอายุ 10 ปีและมากกว่าไม่สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ และประมาณร้อยละ 21 ของประชากรที่มีอายุเกินกว่า 10 ปี ที่มีการศึกษามากกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ประมาณร้อยละ 92 ของนักเรียนทั้งหมดอยู่ในชั้นประถมศึกษา และร้อยละ 7 เรียนอยู่ในชั้นมัธยมศึกษา ส่วนผู้ที่กำลังเรียนในระดับมหาวิทยาลัยมีน้อยกว่าร้อยละ 1

ประชากรส่วนใหญ่ในประเทศไทยมีการศึกษาภาคบังคับ ของนักเรียนที่จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 เข้าเรียนในชั้นประถมศึกษาปีที่ 5

วัตถุประสงค์ของรัฐบาลนั้นต้องการจัดการศึกษาภาคบังคับ 7 ปี ให้แก่เด็กทุกคน ซึ่งหมายความว่าเด็กอายุ 7-13 ปี จะต้องอยู่ในโรงเรียนทุกคน แต่อย่างไรก็ตามพบว่าเพียงร้อยละ 70 ของเด็กกลุ่มอายุนี้หรือ 4.5 ล้านคน จากจำนวนทั้งหมด 6.5 ล้านคนอยู่ในโรงเรียน และเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าวจะต้องสร้างโรงเรียนเพิ่มขึ้นอีกเกือบร้อยละ 50 ซึ่งจัดทำได้ยากเนื่องจากการขาดแคลนครู สถานที่และอุปกรณ์ในการศึกษา การที่จะจัดการศึกษาภาคบังคับให้ได้ 7 ปีนั้นจึงทำได้ยาก ถ้ามีจำนวนนักเรียนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

นอกจากนี้พบว่าประมาณร้อยละ 90 ของกำลังแรงงานในประเทศ (Labour Force) มีการศึกษาไม่เกิน 4 ปี การปรับปรุงคุณภาพของแรงงานก็จำเป็นจะต้องอาศัยการลงทุนในระดับ

อาชีวศึกษา ซึ่งแพงกว่าการศึกษาระดับชั้นประถมถึง 13 เท่า ดังนั้น การเพิ่มประชากรอย่างรวดเร็วก็จะยิ่งทำให้การจัดการศึกษามีปัญหามากขึ้นทุกที

5. **สวัสดิการและสาธารณูปโภคของรัฐ** การเพิ่มประชากรเป็นจำนวนมากประมาณปีละ 1.2 ล้านคน หรือનાທີ່ละ 2.2 คน (พ.ศ. 2514) ทำให้รัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในด้านสาธารณูปโภคและสวัสดิการมากขึ้น เช่น การจัดให้มีที่อยู่อาศัยของผู้มีรายได้น้อย การจัดหาน้ำสะอาด การกำจัดน้ำเสีย สิ่งปฏิกูล ขยะ การจัดบริการในการขนส่ง โทรศัพท ไฟฟ้า การสงเคราะห์คนชราและพิการ ตลอดจนการจัดหาสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ ฯลฯ ถ้าอัตราเกิดลดลงจะทำให้สามารถลดค่าใช้จ่ายในการศึกษา การสาธารณสุขและบริการสังคมลงได้มาก และสามารถนำมาปรับปรุงคุณภาพของบริการหรือเพื่อพัฒนาในด้านอื่นๆ ต่อไป

6. **การทำงาน (Employment)** สถานเศรษฐกิจในปัจจุบันไม่สามารถจะสร้างงานให้เพียงพอกับจำนวนประชากรในวัยทำงานได้ จากการสำรวจสำมะโนประชากรใน พ.ศ. 2503 และการสำรวจแรงงานใน พ.ศ. 2509-2510 พบว่าประชากรอายุ 15-64 ปี เพิ่มขึ้นร้อยละ 22 แต่น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรที่เพิ่มขึ้นนี้หางานทำได้ สถานการณ์เช่นนี้จะยิ่งเลวลง ถ้าอัตราเพิ่มของประชากรยังสูงอยู่

แม้ว่าผู้ทำงานเกษตรกรรมจะมีสัดส่วนลดลง แต่จำนวนที่แท้จริงของผู้ทำการเกษตรกรรมจะเพิ่มขึ้น และจะเพิ่มขึ้นไปอีกเป็นเวลานาน ทั้งนี้เนื่องจากงานอื่นที่ไม่ใช่งานเกษตรกรรมสามารถรับผู้ที่มาหางานทำได้ทุกคน แรงจูงใจที่จะทำให้คนอพยพเข้ามาสูง ยกเว้นแต่ว่าจะสามารถยกระดับรายได้หรือผลผลิตทางเกษตรกรรมให้สูงขึ้น การอพยพเข้ามาของแรงงานที่มีการศึกษาต่ำจะทำให้เกิดการว่างงานในเมืองเป็นจำนวนมาก นอกจากนั้นการที่คนงานมีการศึกษาต่ำจะทำให้เกิดการว่างงานในเมืองเป็นจำนวนมาก นอกจากนั้นการที่คนงานมีการศึกษาต่ำก็จะเป็นอุปสรรคทั้งการพัฒนาการเกษตรและอุตสาหกรรม และรัฐบาลทราบดีว่าการที่จะเพิ่มผลผลิตทางเกษตรกรรมและอุตสาหกรรมนั้นควรจะมีการพัฒนาทักษะของคนงานและการที่จะทำได้ผลก็จำเป็นจะต้องมีการลงทุนเป็นจำนวนมาก และการลงทุนนี้จะทำได้ง่าย ถ้าเราสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายในการให้บริการสาธารณสุข สาธารณูปโภค การศึกษาระดับประถมศึกษา ซึ่งเพิ่มขึ้นเนื่องจากการเพิ่มของประชากร และการลดอัตราเพิ่มของประชากรจะช่วยลดการเพิ่มของแรงงานในอีก 15 ปีข้างหน้า

7. **ที่ดิน** แม้ประเทศไทยจะมีที่ดินถึง 321,250,000 ไร่ แต่เพียง 1 ใน 4 ของพื้นที่เท่านั้นที่จัดว่าเป็นที่ดินที่สามารถใช้ในการเพาะปลูกได้ หรือ 80,080,000 ไร่ ในปี พ.ศ. 2513 ความหนาแน่นของประชากรต่อพื้นที่เพาะปลูกจะเป็นคนละ 2.2 ไร่ และในปี พ.ศ. 2533 ถ้าอัตราเพิ่มของประชากรยังคงสูงอยู่ พื้นที่เพาะปลูกจะเฉลี่ยเหลือคนละ 1.2 ไร่

สำหรับเกษตรกร ขนาดของที่ดินเพื่อการเกษตรต่อเกษตรกรโดยเฉลี่ยแต่ละคนจะลดลงเป็นลำดับ ทั้งนี้เพราะการขยายตัวอย่างรวดเร็วของประชากร จากการประมาณการพบว่า แม้อัตราส่วนใหญ่ถึง 1 ใน 2 ของแรงงานในอีก 20 ปีข้างหน้า จะประกอบอาชีพอื่น ๆ ที่ไม่ใช่เกษตรกรรม (ปัจจุบัน 1 ใน 5 ของแรงงานประกอบอาชีพอื่นที่ไม่ใช่เกษตรกรรม) ขนาดของที่ดินเพื่อการเกษตรในปี พ.ศ. 2543 จะเป็นคนละ 4.1 ไร่ นั่นคือ เกษตรกรเมื่อจำเป็นต้องหารายได้มาเลี้ยงครอบครัวเพิ่มขึ้น ก็จำเป็นต้องให้ผลผลิตต่อไร่ดีขึ้น ซึ่งจะทำให้โดยการลงทุนเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งต้องการพัฒนาแหล่งน้ำเป็นอย่างสูง การที่ประชากรเพิ่มอย่างรวดเร็วก็เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการลงทุน เนื่องจากต้องนำไปใช้จ่ายในด้านสาธารณสุข การศึกษาและการจัดบริการสังคมและสาธารณูปโภคสำหรับประชากรที่เพิ่มขึ้น

8. **ผลผลิตทางการเกษตรและการส่งออกต่างประเทศ** ในปัจจุบันยังมีผลผลิตพอที่จะส่งออกสำหรับขายต่างประเทศได้ แต่ในอนาคตถ้าประชากรเพิ่มอย่างรวดเร็วแล้ว การเพิ่มผลผลิตจะต้องมากกว่าร้อยละ 3 ต่อปี จึงจะมีเหลือพอส่งไปขายต่างประเทศได้

9. **การขยายตัวของเมือง (Urbanization)** ในขณะที่ประชากรในประเทศไทยมีอัตราเพิ่มร้อยละ 3 ต่อปีนั้น ปรากฏว่าประชากรในเขตกรุงเทพมหานครเพิ่มขึ้นในอัตราร้อยละ 5 ต่อปี ทั้งนี้เนื่องจากการอพยพย้ายถิ่นเข้ามาของประชากรในชนบท ยิ่งเมื่อประชากรไม่สามารถขยายที่ดินเพื่อการเกษตรออกไปได้มากนักดังที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ประชากรในชนบทที่ต้องการหารายได้เลี้ยงครอบครัวให้สูงขึ้น จึงจำเป็นต้องย้ายเข้ามาแสวงหางานในเมืองใหญ่ๆ เช่น กรุงเทพมหานคร

ดังนั้น ถ้าแนวโน้มของการเพิ่มประชากรยังเป็นอยู่เช่นปัจจุบัน ประชากรในเขตกรุงเทพมหานครจะเพิ่มเป็น 11 ล้านคนใน พ.ศ. 2533 ซึ่งเมื่อถึงเวลานั้น กรุงเทพมหานครคงไม่สามารถจะขยายการสาธารณูปการต่างๆ ให้พอเพียงกับการขยายตัวของประชากรได้

10. **ความมั่นคงของชาติ** ความมั่นคงของชาติขึ้นอยู่กับกำลังของกองทัพหรือทหารของชาติ และความจงรักภักดีของประชาชน การที่อัตราเกิดสูงขึ้นทำให้เกิดปัญหาดังที่ได้กล่าวมาแล้ว จึงอาจทำให้ประชาชนเกิดความไม่พอใจและนำไปสู่ปัญหาในด้านความมั่นคงของชาติได้

นอกจากนี้ไม่ว่าอัตราเกิดจะลดลงเร็วสักเพียงใด ก็จะไม่กระทบกระเทือนต่อจำนวนทหารของชาติ เพราะว่าทหารของชาติใน 20 ปีข้างหน้าได้เกิดขึ้นและมีชีวิตอยู่แล้วในขณะนั้น

4) ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Literature Review)

งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความตั้งใจที่จะปฏิบัติในการวางแผนครอบครัวของกลุ่มประชากรชาวเขาโดยตรง ยังมีไม่มาก ดังนั้นในการนำเสนอรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องครั้งนี้ มีดังนี้

✓ ในปี พ.ศ. 2510 มิสรา (B.D. Misra) ได้ทำการวิจัยเรื่อง Correlated of Females Attitudes Toward Family Planning ผลการวิจัยพบว่า เจตคติที่เห็นด้วยกับการวางแผนครอบครัวจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติ กล่าวคือสตรีที่รู้เรื่องเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวดี เห็นด้วยกับการวางแผนครอบครัว ร้อยละ 84 พอรู้เรื่องมีเจตคติเห็นด้วย ร้อยละ 79 ไม่ค่อยรู้เรื่องเห็นด้วยกับการวางแผนครอบครัว ร้อยละ 46.7

✓ ในปี พ.ศ. 2522 เคช กาญจนางกูร ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับปัญหาการให้บริการวางแผนครอบครัวแก่ชาวเขาในภาคเหนือของประเทศไทย พบว่า ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับวิธีคุมกำเนิด ชาวเขาร้อยละ 78.2 รู้จักวิธีคุมกำเนิด และรู้จักเกือบทุกวิธี ยาคัดเป็นที่รู้จักมากที่สุด สำหรับแหล่งที่ให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีคุมกำเนิดพบว่า ชาวเขาส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารหรือความรู้จากเพื่อนบ้านและเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่เผยแพร่ สำหรับความรู้ที่ได้จากสื่อมวลชนโดยเฉพาะวิทยุค่อนข้างน้อย (เคช กาญจนางกูร 2522)

✓ แม้ว่าชาวเขาจะมีความรู้และยอมรับในวิธีคุมกำเนิด แต่ในทางปฏิบัตินั้น จากการศึกษาของ เคช กาญจนางกูร (2522) พบว่า มีเพียงร้อยละ 18.9 ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้ว คุมกำเนิดร้อยละ 81.1 ไม่คุมโดยมีเหตุผลว่า อยากรมีบุตรมากกว่าจำนวนที่มีอยู่ในปัจจุบัน ขอให้ได้บุตรชายไว้สืบสกุลก่อน ไม่แน่ใจว่าจะคุมกำเนิดโดยวิธีใด อยากรมีบุตรหลายๆ เพื่อช่วยเป็นแรงงาน และข่าวลือเกี่ยวกับผลแทรกซ้อนของการคุมกำเนิดบางวิธี และให้ข้อคิดเห็นว่า การตัดสินใจเกี่ยวกับการมีบุตรของชาวเขานั้นอาจขึ้นอยู่กับปัจจัยทางสังคมมากกว่า ปัจจัยทางเศรษฐกิจได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสังคมเกษตร การมีบุตรมิได้ขัดขวางการทำงานของแม่ และมีได้ถือเป็นภาระหรือหนี้สิน ยิ่งในบางกรณีการมีบุตรมากๆ อาจถือเป็นสินทรัพย์หรือผลดีเสียด้วย และเมื่อเปรียบเทียบกันระหว่างผู้ที่มีบุตรจำนวนมากกับผู้ที่มีบุตรจำนวนน้อยแล้ว เห็นว่า

ฐานะความเป็นอยู่ของครอบครัวเหล่านั้นมีฐานะเหมือนกัน ก็อย่งยากจนอยู่เหมือนเดิมนั่นเอง
(เคช กาญจนางกูร 2522)

✓ ในปี พ.ศ. 2523 พีระสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และสุนทร โกมิน ได้ทำการวิจัยเรื่อง
A Study of the Fertility Decision Making Process Among Thai Woman ซึ่ง
เป็นการศึกษาเชิงย้อนรอย (Expost Facto) โดยได้นำปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม และ
ปัจจัยทางจิตวิทยาคือ เจตคติ และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ตามแนวคิด ทฤษฎี ของฟิชบายน์
(Fishbein's Model) มาศึกษา ผลการวิจัยพบว่า สตรีไทยที่ศึกษามีบุตรเฉลี่ย 3.2 คน
และประมาณร้อยละ 76 มีการใช้การคุมกำเนิด ในการตัดสินใจเกี่ยวกับครอบครัว ส่วนใหญ่
ได้มีการวางแผนครอบครัว กำหนดขนาดครอบครัว และระยะเวลาที่จะมีบุตร และพบว่าปัจจัย
ทางเศรษฐกิจเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจดังกล่าว เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นแล้ว ปัจจัย
ทางจิตวิทยาตามแนวคิด ทฤษฎีของฟิชบายน์สามารถอธิบายการตัดสินใจในการมีบุตรได้เพียง
ร้อยละ 1 เท่านั้น (พีระสิทธิ์ คำนวนศิลป์ 2523)

✓ ในปี พ.ศ. 2524 เดวิด ซี แคมบริล (David C. Cabbrils) ได้ศึกษา
Factors Associated with the Acceptance and Non-Acceptance of Family
Planning Program among Cultural Minorities in Budidnon, Philippines
ซึ่งเขาได้นำตัวแปรทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและจิตวิทยามาเป็นปัจจัยที่ศึกษา
ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรทางประชากรและวัฒนธรรมคือ อายุ คู่สมรส กลุ่มทางวัฒนธรรมของ
สามี และจำนวนบุตรในอุ้มกคติ มีความสัมพันธ์อย่างสูงกับการปฏิบัติคุมกำเนิด พร้อมกันนั้นภูมิหลัง
ทางเศรษฐกิจ สังคม เช่นระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง รายได้ของครัวเรือน และอาชีพของ
สามีก็มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการปฏิบัติในการวางแผนครอบครัว ส่วนตัวแปร
ทางจิตวิทยาทั้งหมดที่นำมาศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการวางแผนครอบครัว (David
C. Cabbrils 2524)

✓ ในปี พ.ศ. 2525 ศิริินภา จารมรมาร ได้ทำการวิจัยเรื่อง Behavior inten-
tion of Thais in Family Planning and Contraceptive Practice โดยใช้แนว
แนวคิดทฤษฎีของฟิชบายน์ (Fishbein's Model) เป็นกรอบในการวิจัย ซึ่งพบว่าปัจจัยทาง
จิตวิทยาคือ ความเชื่อ และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง มีความถูกต้องในการทำนายความตั้งใจที่

จะปฏิบัติในการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด และเป็นตัวทำนายที่ดี โดยพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อ และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง กับความตั้งใจที่จะปฏิบัติในการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด คนไทยมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติในการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิดสูง ส่วนตัวแปรอื่นๆ ซึ่งเป็นปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม ประชากรนั้น พบว่าขนาดครอบครัว มีสหพันธ์กับความตั้งใจที่จะปฏิบัติในการวางแผนครอบครัว โดยครอบครัวที่มีบุตรมากจะมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติสูงกว่าครอบครัวที่มีบุตรน้อยคน คนที่มีอายุต่ำกว่า 25 ปี และ 26-35 ปี มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติในการวางแผนครอบครัวสูงกว่าคนที่อายุ 36 ปีขึ้นไป ตัวแปรด้านสถานที่อยู่อาศัย สถานะทางเศรษฐกิจ และเจตคติต่อเพศ และความเสี่ยงในการวางแผนครอบครัว มีผลต่อความตั้งใจที่จะปฏิบัติในการวางแผนครอบครัวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (ศิริณา จารมรรมา 2525)

ในปี 2526 สำนักงานสถิติแห่งชาติร่วมกับกรมประชาสงเคราะห์ได้สำรวจความต้องการและปัญหาเศรษฐกิจและสังคมของชาวเขาที่อยู่ในเขตปฏิบัติการของศูนย์พัฒนาและสงเคราะห์ชาวเขาจังหวัดลำปาง เชียงใหม่ พะเยา ลำพูน แม่ฮ่องสอน เชียงราย กำแพงเพชร ตาก น่าน เพชรบูรณ์ อุทัยธานี และกาญจนบุรี พบว่าชาวเขาที่อยู่ในเขตปฏิบัติการของศูนย์พัฒนาและสงเคราะห์ชาวเขาจังหวัดลำปาง ผู้ที่ได้รับคำแนะนำในการวางแผนครอบครัวส่วนใหญ่จะเป็นหัวหน้าครัวเรือน รองลงมาถึงจะเป็นสมาชิกอื่นในครัวเรือน และแหล่งที่ได้รับได้แก่ หน่วยเคลื่อนที่ของกรมประชาสงเคราะห์มากที่สุด รองลงมาได้แก่ โรงพยาบาล หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ แพทย์ประจำตำบล สมาคมวางแผนครอบครัว และหมอสอนศาสนา ตามลำดับ

ในปี พ.ศ. 2527 อุไร พรนาม ได้ศึกษาเรื่อง ความรู้และเจตคติที่มีต่อปัญหาประชากรชาวเขาของนักเรียนชาวเขาชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 โรงเรียนศึกษาสงเคราะห์สำหรับชาวเขาในภาคเหนือ พบว่า นักเรียนชาวเขามีความรู้เกี่ยวกับปัญหาประชากรชาวเขาในระดับปานกลาง และมีเจตคติต่อปัญหาประชากรชาวเขาในทางบวก นักเรียนชาวเขาเผ่าต่างๆ มีความรู้และเจตคติต่อปัญหาประชากรชาวเขาแตกต่างกัน ส่วนจำนวนพี่น้อง และที่ตั้งของโรงเรียนชาวเขาต่างกัน มีความรู้และเจตคติต่างกัน (อุไร พรนาม, 2527)

ในปี พ.ศ. 2528 สนิท วงศ์ประเสริฐ และคณะ ได้ทำการศึกษาความร่วมมือของ ชาวเขาเผ่ามูเซอ แม้ว และลีซอ ในโครงการวางแผนครอบครัว ในจังหวัดเชียงราย เชียง-ใหม่ และลำปาง ในการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการสัมภาษณ์ชาวเขาเผ่าเข้าในจังหวัดเชียงรายด้วย เช่นกัน และพบว่าชาวเขาเผ่าเข้ารู้จักวิธีคุมกำเนิดเป็นส่วนใหญ่ วิธีคุมกำเนิดที่รู้จักมากที่สุดคือ หมั้นหญิง รองลงมาคือ ยาเม็ด หมั้นชาย ยาฉีดยา ถุงยาง ตามลำดับ วิธีที่รู้จักน้อยมากคือ ห่วงอนามัย แหล่งที่ให้ความรู้คือ หน่วยเคลื่อนที่ของกรมประชาสัมพันธ์ รองลงมาคือสถานอนามัย และโรงพยาบาล

ในปี พ.ศ. 2528 ประมุข จันทวิมล ยังได้ศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพใน ชุมชนชาวเขา ซึ่งได้ศึกษาชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง พบว่าชาวเขาร้อยละ 95 นิยมมีบุตรมากกว่า 2 คน ด้วยเหตุผล (ประมุข จันทวิมล 2528)

1. ต้องการแรงงาน
2. ไม่สนใจและไม่เข้าใจงานวางแผนครอบครัว
3. ประเพณีความเชื่อ
4. ชดเชยการที่มีบุตรตายมาก
5. ต้องการสืบเผ่าพันธุ์

ในปี พ.ศ. 2529 พีรสิทธิ์ คำนวนศิลา ได้สำรวจการยอมรับบริการอนามัย ครอบครัวของชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงและแม้วในจังหวัดแม่ฮ่องสอน พบว่า ชาวเขาทั้ง 2 เผ่า รู้จักวิธีคุมกำเนิดอย่างน้อย 1 วิธีค่อนข้างสูง คิดเป็นร้อยละ 96 ของเผ่าแม้ว และร้อยละ 86 ของเผ่ากะเหรี่ยง แต่ถ้าแยกเป็นรายวิธีและแยกเป็นความรู้โดยการถามกระตุ้นและความรู้โดยการไม่ถามกระตุ้น พบว่ามีระดับความรู้ต่ำกว่าวิธีที่แม้วกว่าครึ่ง (54 %) รู้โดยไม่ต้องถามกระตุ้น ได้แก่วิธี ยาฉีดยา และยาเม็ด ส่วนวิธีเดียวกันนี้ กะเหรี่ยงจะรู้เพียงร้อยละ 25 และ 33 ตามลำดับ ถึงอย่างไรก็ตาม ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทัศนะในเรื่องความรู้เกี่ยวกับวิธีคุมกำเนิด (พีรสิทธิ์ คำนวนศิลา 2530)

และจากการศึกษาของ พีรสิทธิ์ คำนวนศิลา ในปี พ.ศ. 2529 ซึ่งได้สำรวจการยอมรับบริการอนามัยครอบครัวชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงและแม้ว พบว่า สตรีแม้วเพียงร้อยละ 12.8 และสตรีกะเหรี่ยงเพียงร้อยละ 16.6 เท่านั้นที่กำลังใช้วิธีคุมกำเนิดอย่างใดอย่างหนึ่ง

ส่วนวิธีกำลังใช้ยังเป็นส่วนมากได้แก่ หมันหญิง ร้อยละ 2.6 และในหมู่กะเหรี่ยงได้แก่วิธียาเม็ด ร้อยละ 4

ในปี พ.ศ. 2530 นิตยา แสงเล็ก ได้ทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการคุมกำเนิด ของสตรีชาวเขาเผ่าเย้า อำเภอปางป๋าย จังหวัดลำปาง เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่า สาเหตุที่คุมกำเนิด คือ เพื่อเว้นระยะการมีบุตร มีบุตรเพียงพอแล้ว สุขภาพแม่ไม่ดี และฐานะเศรษฐกิจไม่ดี สาเหตุที่ไม่คุมกำเนิด คือ ต้องการบุตรเพิ่ม ต้องการบุตรติดต่อกัน กำลังใช้สมุนไพร ไม่มั่นใจ ต่อวิธีคุมกำเนิด และกลัวผลเสียต่อร่างกาย

ในปี 2532 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ได้สำรวจข้อมูลการวางแผนครอบครัว ของชาวไทยภูเขาในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ชาวไทยภูเขาคุมกำเนิดร้อยละ 58.92 ใช้ยาเม็ด คุมกำเนิดร้อยละ 32.28 ยาฉีดคุมกำเนิดร้อยละ 33.99 ท่วงอนามัยร้อยละ 4.03 หมันหญิง ร้อยละ 10.89 หมันชายร้อยละ 9.62 ยาฝังคุมกำเนิดร้อยละ 7.25 และอื่นๆ อีกร้อยละ 1.94

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright © by Chiang Mai University

All rights reserved