

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การที่ประชากรเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยไม่ได้สัดส่วนกับความสามารถในการพัฒนา เศรษฐกิจและสังคม จะเป็นปัญหาและภาระอย่างยิ่งต่อทั้งบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศ ทำให้การพัฒนาประเทศให้ก้าวหน้าขึ้นไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เพราะการพัฒนาประเทศนี้ ต้องอาศัยประชากรหรือทรัพยากรมนุษย์ที่เหมาะสมทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ (พิชิต พิทักษ์ เทพสมบัติ, 2529)

จากการสำรวจสำมะโนครัวของประเทศไทยครั้งแรก เมื่อปี พ.ศ.2454 จนถึงการสำรวจสำมะโนครัวครั้งที่ 7 เมื่อปี พ.ศ.2513 พบว่า ประชากรของประเทศไทยเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก และอัตราที่สูง ทำให้คาดหมายกันว่าจะก่อให้เกิดปัญหาติดตามมาหลายประการ อันได้แก่ ปัญหาทาง เศรษฐกิจสังคม และสาธารณสุข เป็นต้น จึงได้มีการศึกษาวิจัยด้านการวางแผนครอบครัว โดยรัฐบาลมอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบงานด้านนี้ และเมื่อ พ.ศ.2511 ได้มีการปรับปรุงการบริหารงานโครงการอนามัยครอบครัว ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วย งาน ฝึกอบรม งานบริการอนามัยครอบครัว งานวิจัยประเมินผล และงานศึกษาสภาพเวชภัณฑ์ขึ้น ต่อมา เมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2513 คณะรัฐมนตรีได้ลงมติเห็นชอบในการกำหนดนโยบายประชากรของ ประเทศ เพื่อแก้ปัญหาเกี่ยวกับอัตราการเพิ่มของประชากร ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาการ เศรษฐกิจ และสังคมของประเทศ ขณะเดียวกันกระทรวงสาธารณสุขได้รับมอบหมายให้เป็นหน่วยหลักในการดำเนินงานวางแผนครอบครัว ตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา และได้รวมงานวางแผนครอบครัวเข้ากับงานอนามัยที่มีอยู่แล้ว ปัจจุบันการวางแผนครอบครัวเป็นกิจกรรมหนึ่งในหลายกิจกรรมของ กระทรวงสาธารณสุข และของประเทศที่ประสบความสำเร็จสูงมากจนเป็นที่ยอมรับและยกย่อง ทั้ง ในประเทศ และระดับนานาชาติ ในปี 2538 กรมอนามัย โดยกองอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้จัดตั้ง ศูนย์ความร่วมมือทางวิชาการด้านการวางแผนครอบครัวและประชากรระหว่างประเทศ เพื่อทำหน้าที่ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานเครือข่าย ทั้งภาครัฐ และเอกชน ตลอดจนองค์กร

นานาชาติในประเทศไทย เพื่อจัดฝึกอบรม ศึกษาคุณ และให้บริการทางวิชาการ แก่ชาวต่างประเทศ เช่น องค์การอนามัยโลก ขณะเดียวกันการประกาศนโยบายประชากรแห่งชาติและดำเนินการวางแผนครอบครัวของประเทศไทยส่งผลให้ภาวะเจริญพันธุ์ลดลงอย่างรวดเร็ว และอัตราการเพิ่มประชากรของประเทศไทยได้ลดลงกว่าครึ่ง ในช่วงระยะเวลาเพียง 20 ปีเศษ กล่าวคือประเทศไทยสามารถลดอัตราเพิ่มประชากรจากกว่า ร้อยละ 3 เหลือเพียง ร้อยละ 0.8 ในปี พ.ศ.2548 (กรมอนามัย, 2548) และพบว่าอัตราการเพิ่มประชากรชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง ลดลงเป็น ร้อยละ 2.1 แต่ลดลงน้อยมากเพียง ร้อยละ 0.5 ในช่วงเวลาเกือบ 20 ปี อัตราการคุมกำเนิดมีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับค่าเฉลี่ยความต้องการมีบุตร คือ 2.6 อัตราพึ่งพิงประชากรลดลงเท่ากับ 62.2 ทั้งนี้เพราะอัตราเกิดที่ลดลงเป็น ร้อยละ 24.1 แต่ก็ยังคงสูงกว่าระดับประเทศอยู่ถึง ร้อยละ 10.8 ดังนั้นจะเห็นได้ว่าต้องใช้เวลาอีกประมาณ 20 ปี อัตราเกิดชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง จึงจะเท่ากับระดับประเทศ ณ ปัจจุบัน (ปี 2548) คือ ร้อยละ 13.3 (คุณธี แพสุวรรณ และนิตยา แสงเล็ก, 2548)

จากการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ปี 2552 พบว่าในภาพรวมของประเทศไทยมีอัตราการคุมกำเนิดในสตรี ร้อยละ 79.6 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2552) ซึ่งผ่านเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้อัตรารวมการคุมกำเนิดของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่กินกับสามีไม่น้อยกว่า ร้อยละ 77 (กระทรวงสาธารณสุข, 2552) อย่างไรก็ตามมีบางพื้นที่ของประเทศที่มีอัตราการคุมกำเนิดไม่เป็นไปตามเป้าหมาย อ่าเภออมก๋อยก็เป็นพื้นที่หนึ่งซึ่งการดำเนินงานคุมกำเนิดไม่บรรลุตามเป้าหมาย ส่งผลให้มีการเพิ่มจำนวนประชากรสูง จากข้อมูลปี 2552 อัตราการเพิ่มประชากรเท่ากับ ร้อยละ 1.67 อัตราการเกิดเท่ากับ 13.74 ต่อประชากร 1,000 คน และมีอัตราการคุมกำเนิดคิดเป็น ร้อยละ 46.36 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2552 ทั้งนี้เนื่องจากสภาพสังคมและวัฒนธรรมชนเผ่าที่แตกต่างกัน รวมทั้งสภาพพื้นที่ที่อยู่อาศัยที่ห่างไกล ทุรกันดาร ไม่สามารถเข้าถึงบริการคุมกำเนิดได้ ทำให้มีจำนวนหญิงตั้งครรภ์และจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้น ส่งผลกับคุณภาพชีวิต เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และวิถีชีวิต (สำนักงานสาธารณสุขอำเภออมก๋อย, 2552)

จากการทบทวนวรรณกรรม และมีผู้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการรับบริการคุมกำเนิดในประชากรกลุ่มต่างๆ อาทิเช่น ขวัญกมล ตั้งศิลปะชัย (2531) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคุมกำเนิดในปัจจุบันของสตรีที่อยู่ในภาคที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ คือ ภาคใต้ และนำไปเปรียบเทียบกับภาคที่มีอัตราการคุมกำเนิดสูง คือ ภาคเหนือ ผลการศึกษาพบว่า การที่จะทำให้ภาคใต้ 2 มีอัตราการคุมกำเนิดที่สูงต้องปรับปรุงและส่งเสริมการเผยแพร่ความรู้ ข่าวสารเกี่ยวกับการคุมกำเนิด เพื่อโน้มน้าว เร่งรัด ชักจูงให้ยอมรับการคุมกำเนิด และเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ พยายามชี้ให้เห็นถึงการมีบุตรจำนวนมากอาจส่งผลถึงฐานะทางเศรษฐกิจได้ ซึ่งกลุ่มเป้าหมายที่คาดว่าจะยอมรับการคุมกำเนิดได้ง่ายกว่ากลุ่มอื่นนี้ คือ กลุ่มที่ไม่ต้องการบุตรเพิ่ม

แต่ยังไม่ใช้การคุมกำเนิดในปัจจุบัน วราพร วันไชยธนวงศ์ (2532) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้การคุมกำเนิดของสตรีชาวเขาเผ่าม้ง และเผ่ากะเหรี่ยง ใช้ข้อมูลสตรีวัยเจริญพันธุ์ชาวเขาเผ่าม้ง และเผ่ากะเหรี่ยง อายุ 15 - 49 ปี ที่แต่งงานแล้ว จำนวน 2,155 ราย จากการสำรวจการยอมรับบริการอนามัยครอบครัวชาวเขา พ.ศ.2529 พบว่าตัวแปรทางด้านประชากร ได้แก่ อายุภรรยา อายุสามี จำนวนบุตรชาย จำนวนบุตรที่มีชีวิต จำนวนบุตรในอุดมคติ ความต้องการบุตรชาย และความต้องการบุตรหญิง ตัวแปรทางด้านสังคม ได้แก่ เผ่า จังหวัด ความคิดเห็นในการให้การศึกษาแก่บุตรชาย และความคิดเห็นในการให้การศึกษาแก่บุตรหญิง และตัวแปรทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การได้รับการดูแลก่อนคลอด ประสบการณ์การคลอด ความรู้เรื่องวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก โปลิโอ และหัด และสถานะสภาพการฉีดวัคซีนของลูก มีความสัมพันธ์กับการใช้การคุมกำเนิด สมควร ไจกระจ่าง (2540) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมบริการคุมกำเนิดของชาวเขาเผ่าม้ง อายุ 15 - 44 ปี จำนวน 341 คน พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับบริการคุมกำเนิดกับปัจจัยต่างๆ พบว่า อายุสตรี อายุสามี การนับถือศาสนา ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวนบุตรที่มีชีวิต จำนวนบุตรชาย จำนวนการคลอดของสตรี ผู้ทำคลอด การมีส่วนร่วมของสามี แหล่งความรู้ แหล่งให้บริการ การรับบริการตรวจหลังคลอด ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และค่าใช้จ่ายในการรับบริการ มีความสัมพันธ์กับการรับบริการคุมกำเนิดแต่ละวิธีการ गर्ณีการ์ มณีวรรณ และคณะ (2543) ได้ทำการศึกษาเรื่องรูปแบบการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของพ่อบ้านม้ง ในงานวางแผนครอบครัวและอนามัยการเจริญพันธุ์อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ โดยจัดกิจกรรมในกลุ่มตัวอย่าง พ่อบ้านม้ง จำนวน 48 คน พบว่าพ่อบ้านม้งมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพครอบครัวมากขึ้น เช่น มีการตัดสินใจร่วมกันในการคุมกำเนิด พ่อบ้านเสนอวิธีการคุมกำเนิดให้แม่บ้านเลือก นำแม่บ้านไปตรวจสุขภาพประจำปี และดูแลลูก

ส่วนการวิจัยเกี่ยวกับการคุมกำเนิดของชนเผ่ากะเหรี่ยงนั้นยังพบได้จำกัด ผู้วิจัยซึ่งเป็นหัวหน้าสถานีอนามัยบ้านอุดม รับผิดชอบในการควบคุมกำกับและดูแลสุขภาพประชาชนเขตพื้นที่รับผิดชอบ ตำบลนาเกียนในด้านต่างๆ ซึ่งรวมถึงงานวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิดของประชาชนด้วย เห็นว่าควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการคุมกำเนิดของหญิงแต่งงานเผ่ากะเหรี่ยง อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ โดยนำทฤษฎี Precede proceed model ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม (Lawrence Green, 1979) มาใช้ในการวินิจฉัยปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่แท้จริง และเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการให้บริการคุมกำเนิดในการเพิ่มครอบครัวคลุมของการคุมกำเนิดให้มากขึ้น รวมทั้งลดอัตราการเพิ่มประชากร เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการคุมกำเนิดของหญิงแต่งงานเผ่ากะเหรี่ยง
อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่

นิยามศัพท์เฉพาะ

ปัจจัย ในการศึกษาครั้งนี้หมายถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมารับบริการคุมกำเนิด แบ่งเป็น 3
ด้าน คือ

1. ปัจจัยนำ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ

1.1 ด้านบุคคล ได้แก่ อายุ การนับถือศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ไรศประจำตัว
อายุสามี ความสัมพันธ์กับสามี จำนวนครั้งของการแต่งงาน จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวน
บุตรมีชีวิต บุตรจากสามีเดิม ความต้องการมีบุตรเพิ่มของสามีคนปัจจุบัน จำนวนบุตรที่ต้องการเพิ่ม
เพศของบุตรที่ต้องการเพิ่ม ความคิดเห็นเกี่ยวกับจำนวนบุตรที่มาก

1.2 ด้านความเชื่อ และความคิดเห็น ได้แก่ ความเชื่อและความคิดเห็นเกี่ยวกับ การ
มีลูกมากจะทำให้ยากจน การมีบุตรมากเพื่อที่จะช่วยทำงานหารายได้ให้แก่ครอบครัวมากขึ้น การมี
บุตรจำนวนมากนั้นเพราะต้องการมีไว้เผื่อการเสียชีวิต คนที่ทำหมันสามารถทำงานหนักได้เหมือน
คนปกติ การทำหมันทำให้สมรรถภาพทางเพศลดลง การคุมกำเนิดมีความจำเป็นสำหรับการ
ดำรงชีวิตปัจจุบัน ตามความเชื่อเมื่อแต่งงานแล้วจำเป็นต้องรีบมีบุตรทันที จำนวนบุตรที่ท่าน
ต้องการมีนั้นเกี่ยวข้องกับสิ่งที่นับถือ การเลือกวิธีคุมกำเนิดนั้นต้องคำนึงถึงสิ่งที่ตนเองนับถือด้วย
เพศของบุตรที่ต้องการมีนั้นเกี่ยวข้องกับสิ่งที่นับถือ การกินยาคุมกำเนิดนั้นเป็นการผิดผี ต้องเลี้ยงผี
และการคุมกำเนิดเป็นการทำบาป

2. **ปัจจัยเอื้อ** ได้แก่ แหล่งความรู้ แหล่งบริการ ลักษณะเส้นทางคมนาคม วิธีการ
เดินทาง ระยะทางในการเดินทาง เวลาที่ใช้ในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการ
รับบริการคุมกำเนิด การรับบริการคลอดที่สถานบริการของรัฐ สถานบริการที่ไปรับบริการคลอด
และคำแนะนำเรื่องการคุมกำเนิดจากเจ้าหน้าที่

3. **ปัจจัยเสริม** ได้แก่ ความยินยอมของสามี การสนับสนุนของบุคคลในครอบครัว การ
ชักชวนของเพื่อน ผู้มีอิทธิพลต่อการไปรับบริการคุมกำเนิด

หญิงแต่งงานเผ่ากะเหรี่ยง หมายถึง หญิงชนเผ่ากะเหรี่ยง อายุ 15 - 44 ปี ที่แต่งงาน
โดยการทำพิธีกรรมตามประเพณีของชนเผ่ากะเหรี่ยง และอยู่กินกับสามีเผ่าได้ก็ได้

การคุมกำเนิด หมายถึง การป้องกันการปฏิสนธิหรือการป้องกันการตั้งครรภ์ของหญิง
แต่งงาน

วิธีการคุมกำเนิด หมายถึง การคุมกำเนิดโดยใช้วิธีกินยา ฉีด ยาฝัง ใส่ห่วง ถุงยาง
และทำหมัน

การรับบริการคุมกำเนิด หมายถึง การมารับหรือไม่มารับบริการคุมกำเนิดของหญิง
แต่งงานเผ่ากะเหรี่ยง อำเภออมก๋อย

จำนวนบุตรที่ต้องการเพิ่ม หมายถึง จำนวนบุตรที่ต้องการเพิ่มเติมหลังจากที่
แต่งงานใหม่

การผิดผี หมายถึง การทำผิดตามความเชื่อ และความนับถือของชนเผ่ากะเหรี่ยงที่มีต่อ
ผีที่ชนเผ่ากะเหรี่ยงนับถือ

เลี้ยงผี หมายถึง การทำพิธีเพื่อขอมาต่อผีเมื่อได้กระทำการที่ผิดตามความเชื่อและ
ความนับถือที่มีต่อผีของชนเผ่ากะเหรี่ยง

เส้นทางการคมนาคม หมายถึง ลักษณะเส้นทางที่ใช้เดินทางไปรับบริการคุมกำเนิด
ได้แก่ทางเดินเท้า ถนนลูกรัง และถนนลาดยาง ซึ่งในการเดินทางไปรับบริการคุมกำเนิดอาจจะใช้
เส้นทางในการเดินทางมากกว่าหนึ่งเส้นทาง

ความยินยอมของสามี หมายถึง การที่สามีเห็นด้วยและให้ภรรยาไปรับบริการ
คุมกำเนิด

ผู้มีอิทธิพลต่อการไปรับบริการคุมกำเนิด หมายถึง ผู้ที่มีอิทธิพลต่อการมารับหรือไม่
มารับบริการคุมกำเนิดของหญิงแต่งงาน ในการศึกษานี้ได้แก่ตัวของหญิงแต่งงานเผ่ากะเหรี่ยงเอง
สามี บุตร ญาติผู้ใหญ่ เพื่อนบ้าน หรือบุคคลอื่นนอกเหนือจากที่กล่าวมาแล้ว

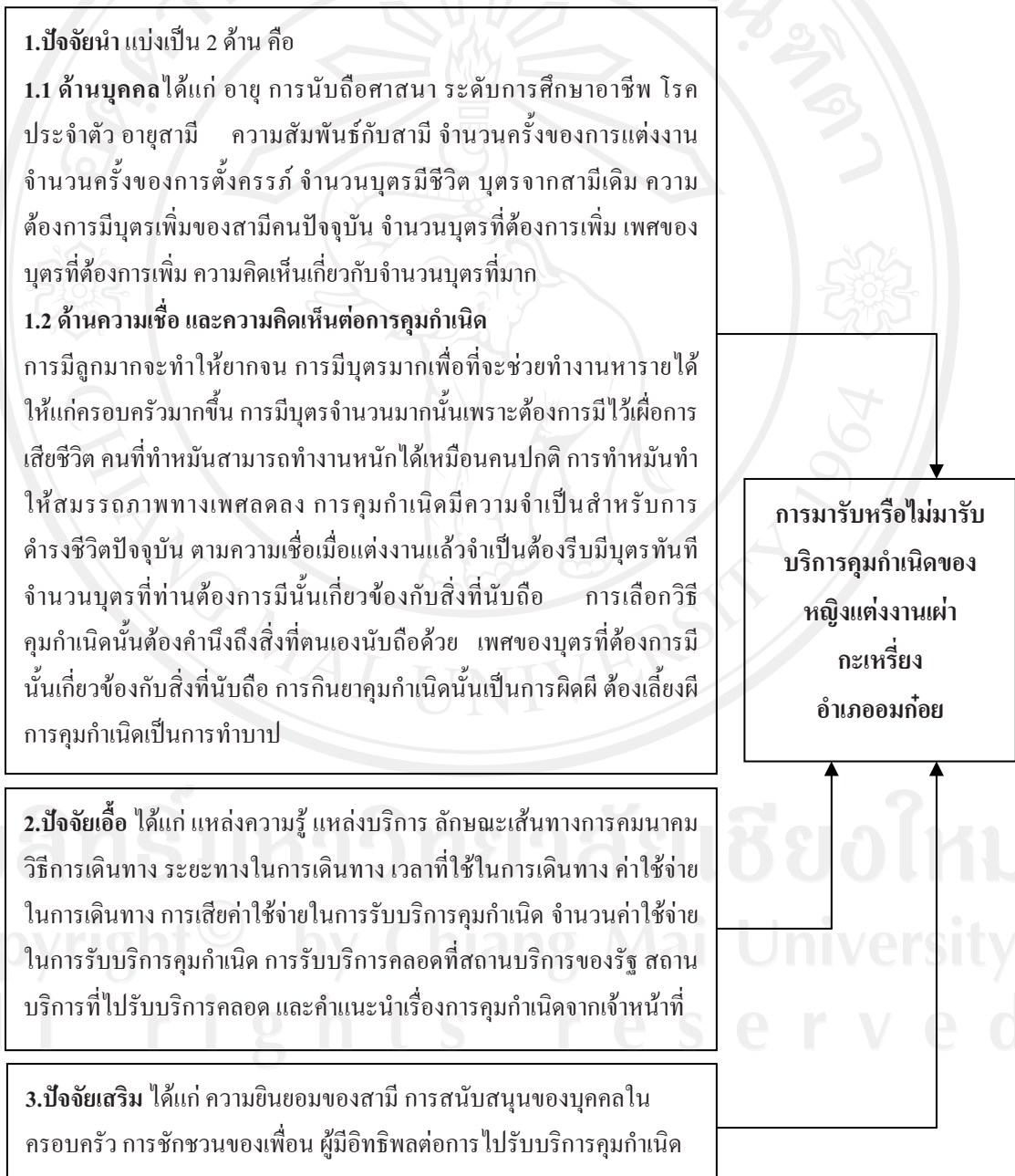
ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะหญิงแต่งงานเผ่ากะเหรี่ยงอายุ 15 - 44 ปี และอยู่กับ
สามีในตำบลที่มีจำนวนชนเผ่ากะเหรี่ยงมากกว่า ร้อยละ 80 ทุกตำบลในเขตพื้นที่อำเภออมก๋อย
จังหวัดเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2553 จำนวน 6 ตำบล ได้แก่ ตำบลอมก๋อย ตำบลแม่ตั้น ตำบล
ม่อนจอง ตำบลยางเปียง ตำบลสบโจง และตำบลนาเกียน จำนวน 378 เป็นกลุ่มที่รับบริการ
คุมกำเนิด จำนวน 213 คนและกลุ่มที่ยังไม่รับบริการคุมกำเนิด จำนวน 165 คน และทำการ
สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างในระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2553 - 28 กุมภาพันธ์ 2553

ข้อตกลงเบื้องต้น

เพื่อลดการผิดพลาดจากการสื่อสารของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นชนเผ่ากะเหรี่ยง ดังนั้นในการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผู้ศึกษาจึงต้องอาศัยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เป็นชาวกะเหรี่ยง หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่พูด ฟัง และเข้าใจ ภาษากะเหรี่ยง ได้ดี เป็นล่ามสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย