

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้ได้ทำการศึกษาค้นคว้า ตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ครอบคลุมหัวข้อที่สำคัญดังนี้ คือ

1. การคุมกำเนิด
2. PRECEDE PROCEED MODEL
3. ข้อมูลเกี่ยวกับชนเผ่ากะเหรี่ยง
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การคุมกำเนิด (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2544: 695-804)

การคุมกำเนิด หมายถึง การป้องกันการปฏิสนธิ หรือวิธีที่จะป้องกันการตั้งครรภ์โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์ที่เชื่อว่า การปฏิสนธิที่เป็นไปตามปกตินั้นจะเกิดได้ต่อเมื่ออสุจิในน้ำเชื้อของฝ่ายชายมีโอกาสเข้าไปผสมกับไข่ที่สุกของฝ่ายหญิงภายในปีกมดลูก และไข่ที่ผสมแล้วจะเดินทางมาฝังตัวที่เยื่อโพรงมดลูก ดังนั้นนักวิทยาศาสตร์จึงคิดวิธีการต่างๆ ที่ขัดขวางไม่ให้อสุจิพบและผสมไข่ที่สุกแล้ว หรือป้องกันไม่ให้มีการฝังตัวของไข่ที่ผสมแล้ว การค้นคว้าได้กระทำกันอย่างกว้างขวาง ทำให้การพัฒนาวิธีการคุมการปฏิสนธิ การพัฒนาส่วนใหญ่มุ่งไปในทางขัดขวางกลไกต่างๆ ของกระบวนการปกติของการสืบพันธุ์ ได้แก่

1. การควบคุมการตกไข่ โดยการรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดและฉีดยาคุมกำเนิด
2. การควบคุมการเดินทางของไข่ในปีกมดลูก เชื่อว่าห่วงอนามัยหรือการให้ Estrogen ภายหลังจากตกไข่แล้ว ทำให้ไข่เดินทางเร็วกว่าปกติ จึงป้องกันการตั้งครรภ์ได้
3. ทำลายความสามารถของอสุจิในการผสมกับไข่ Progesterone ทำให้มูกที่ปากมดลูกข้นขึ้น อสุจิผ่านยาก

4. ป้องกันการฝังตัวของไข่ที่ผสมแล้ว โดยการทำลาย corpus luteum เชื่อว่าการฝังตัวของไข่ผสมแล้วต้องอาศัย Progesterone ซึ่งส่วนใหญ่มาจาก corpus luteum ถ้าให้ Progesterone ไม่เพียงพอ ไข่จะฝังตัวไม่ดีหรือฝังตัวแล้วจะแห้ง

5. ควบคุมการสร้างอสุจิโดยการทำให้อสุจิหมดความสามารถ ถ้าอวัยวะไม่เลื่อนลงในถุงอัณฑะ (Cryptorchism) จะไม่สามารถสร้างอสุจิได้ ทั้งนี้เพราะอุณหภูมิที่สูงในร่างกายจะไม่เหมาะแก่การสร้างอสุจิ แต่ถ้านั่งแช่น้ำที่อุณหภูมิ 45 - 47 องศาเซลเซียส วันละ 15 นาที นานวัน จะสามารถป้องกันการมีบุตรได้

การคุมกำเนิดนั้นมีหลายวิธีจะเลือกใช้วิธีใดควรร่วมกันปรึกษาหารือระหว่างสามีภรรยา โดยมีแพทย์ให้คำแนะนำด้วย

วิธีคุมกำเนิดมี ดังนี้

1. วิธีคุมกำเนิดแบบชั่วคราว ได้แก่

1.1 ยาเม็ดคุมกำเนิด

1.2 ยาฉีดคุมกำเนิด

1.3 ห่วงอนามัย

1.4 ถุงยางอนามัย

1.5 ยาฆ่าตัวอสุจิ

1.6 ยาหลอดฝังคุมกำเนิด

2. วิธีคุมกำเนิดแบบถาวร ได้แก่

2.1 การทำหมันชาย

2.2 การทำหมันหญิง

1. วิธีคุมกำเนิดแบบชั่วคราว มีดังต่อไปนี้

1.1 ยาเม็ดคุมกำเนิด ประกอบด้วยฮอร์โมนสังเคราะห์เอสโตรเจนและ โปรเจสโตเจน ชนิดที่ใช้กันมากที่สุดคือชนิดฮอร์โมนรวม ฮอร์โมนนี้จะส่งผลกระทบต่ออม Pituitary ป้องกันมิให้ไข่สุก จึงไม่มีการตกไข่ ฉะนั้น จึงป้องกันการปฏิสนธิ ยาเม็ดคุมกำเนิดมี 3 ชนิด คือชนิดฮอร์โมนรวม ชนิดไมโครโดส และชนิดป้องกันการตั้งครรภ์โดยทำให้ไม่มีการตกไข่ ทำให้เมื่อปากมดลูกเหนียว เยื่อโพรงมดลูกไม่เหมาะสมต่อการฝังตัวของไข่ที่ถูกผสมแล้ว

วิธีการกิน

1. เริ่มกินยาเม็ดแรกที่ลูกสรชีในวันที่ 5 ของรอบการมีประจำเดือนไม่ว่าในวันนั้นจะหมดประจำเดือนหรือยังไม่หมด

2. กินยวันละ 1 เม็ดทุกวัน หลังอาหารเย็นหรือก่อนนอน

3. กินยาเม็ดต่อไป ตามลำดับลูกศร จนกระทั่งยาหมดแผง

4. เมื่อยาหมดแผงแล้ว ให้ตั้งต้นกินยาแผงใหม่ ในวันรุ่งขึ้น

ข้อดี ป้องกันการตั้งครรภ์ได้ดี ใช้ง่าย ราคาถูก ทำงานหนักและอยู่กับสามีได้เหมือนเดิม และมีลูกได้อีก ถ้าหยุดกินยา

ข้อเสียต้องรับประทานทุกวัน อาจแพงกว่าวิธีอื่น อาจมีอาการข้างเคียงได้ เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนเลือดออกกะปริบกะปรอย น้ำหนักและความดันโลหิตเปลี่ยนแปลง หน้าเป็นฝ้า เป็นต้น

1.2 ยาฉีดคุมกำเนิด ในปัจจุบันมี 2 ชนิด คือ ดีเอ็มพีเอ (DMPA) และเนท-เอน (NET-EN) ป้องกันการตั้งครรภ์โดยมีกลไกเช่นเดียวกับยาเม็ดคุมกำเนิด ข้อห้ามในการใช้ยานี้ได้แก่สตรีที่ยังไม่มีบุตร ผู้ที่มีเลือดออกผิดปกติโดยไม่ทราบสาเหตุ สงสัยหรือกำลังตั้งครรภ์ มะเร็งเต้านม และปากมดลูก โรคมดขี้ โรคนิ่ว และผู้มีประวัติการอุดตันของหลอดเลือดโดยลิ้มเลือด การพิจารณาเริ่มใช้ขณะมีระดู หลังคลอดบุตร และหลังแท้งบุตร เหมาะสำหรับสตรี ซึ่งต้องการเว้นระยะการตั้งครรภ์เป็นเวลานานๆ ในยาฉีดคุมกำเนิดนี้จะประกอบด้วยฮอร์โมน ตั้งครรภ์ เช่นเดียวกับฮอร์โมนเพศที่ผลิตจากรังไข่ของสตรี ยานี้จะป้องกันไข่สุกหรือป้องกันการตกของไข่ ยาฉีดนี้จะสามารถคุมได้นานถึง 3 เดือน ต่อการฉีดยาหนึ่งครั้ง ควรฉีดเข็มแรกในวันที่ 5 ของการมีประจำเดือน และฉีดยาเข็มต่อไปทุก 3 เดือน และควรตรวจการร่วมประเวณี ในระยะ 10 วันแรก ของการฉีดยาเข็มแรก

ข้อดี ใช้ง่าย สะดวก ไม่ต้องกังวลเรื่องลืมรับประทานยาเหมือนการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ไม่มีอาการข้างเคียงจากเอสโตรเจน เช่น คลื่นไส้ หน้าเป็นฝ้า ไม่ขัดขวางชั้นตอนต่างๆ ของการร่วมเพศ ฉีดยาครั้งหนึ่งออกฤทธิ์ได้นาน และการไม่มีเลือดระดูในบางรายจะมีผลดีต่อสุขภาพ โดยเฉพาะการป้องกันโรคโลหิตจาง

ข้อเสีย ต้องมาฉีดตามกำหนด ราคาแพง ถ้าไปรับบริการที่คลินิกเอกชนมี อาการข้างเคียง เช่น ประจำเดือนมาไม่แน่นอน ประจำเดือนออกกะปริบกะปรอย หรือประจำเดือน อาจไม่มาเลย และมีบางรายที่ฉีดยาแล้วเกิดอาการแพ้ยา

1.3 ห่วงอนามัย (IUD) ห่วงอนามัยมีลักษณะเป็นพลาสติก ยืดหยุ่นได้ ใช้สอดเข้าไปในมดลูก เวลาห่วงอนามัยอยู่ในมดลูกจะยืดออก การใส่ห่วงอนามัยนี้ต้องกระทำโดยแพทย์ที่มีประสบการณ์สามารถทิ้งไว้ในมดลูกได้เป็นเวลานาน เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ การใส่ห่วงอนามัยนั้น เป็นความสะดวกและประหยัดเวลาอาจทำเสร็จภายในเวลา 5 นาที ระยะเวลาที่เหมาะสมในการใส่ห่วงอนามัยคือ ระหว่างที่มีประจำเดือนหรือประจำเดือนหมดใหม่ ๆ

ข้อดี มีประสิทธิภาพสูง ประหยัด ใส่ครั้งเดียวใช้ได้นาน สามารถตั้งครรภ์ได้ตามปกติภายหลังเลิกใช้

ข้อเสีย อาจมีอาการเจ็บปวด หรือมีประจำเดือนมากกว่าปกติ เกิดการอักเสบ และถ้าใส่ไม่ดีอาจเกิดการทะลุได้ ห่วงอนามัยอาจหลุด ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ได้

1.4 ถุงยางอนามัย เป็นถุงยางสำหรับสวมใส่อวัยวะเพศชายขณะร่วมเพศ เพื่อป้องกันมิให้เชื้อสุมเข้าไปในช่องคลอดของเพศหญิง มีใช้กันหลายแบบ มีลักษณะและสีต่างๆ กัน เป็นเครื่องมือคุมกำเนิด ซึ่งได้รับผลดีและนิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย และยังสามารถซื้อหาได้ง่ายในท้องตลาดทั่วไป

ข้อดี สะดวกใช้ง่าย ถุงยางหาซื้อได้ง่าย พกพา สะดวก ราคาถูก

ข้อเสีย ขาดความสุขในการร่วมประเวณี มีสิ่งกีดขวางไม่เป็นธรรมชาติ

1.5 ยาฆ่าตัวอสุจิ ใช้ใส่ช่องคลอดเพื่อฆ่าเชื้ออสุจิ และ/หรือช่วยปิดกั้นไม่ให้เชื้ออสุจิผ่านเข้าปากมดลูก ทุกครั้งที่มีการร่วมเพศ แบ่งออกเป็น 5 ชนิด ได้แก่ ยาเม็ดฟองฟู คริมหรือยลลิต ฟองคริม ยาเหน็บช่องคลอด และแผ่นฟิล์ม

ข้อดี ใช้ง่าย ไม่ต้องปรึกษาแพทย์ ราคาไม่แพง จะใช้เฉพาะเวลาร่วมเพศเท่านั้นปลอดภัย มีอาการแทรกซ้อนน้อยมาก และเมื่อเลิกใช้แล้วสามารถมีบุตรได้ตามปกติ

ข้อเสีย ประสิทธิภาพในการใช้จะต่ำ เนื่องจากการใช้ไม่ถูกต้อง สตรีไทยส่วนมากไม่นิยมใช้วิธีนี้ เพราะต้องใส่ยาเข้าช่องคลอด ซึ่งขัดต่อความรู้สึก ใช้ไม่สะดวก ถ้าไม่มีห้องส่วนตัว ยาบางชนิดมีขนาดใหญ่ ติดตัวไปใช้ไม่สะดวก อาจเสียอารมณ์ทางเพศในขณะที่ต้องใส่ยา และต้องรอเวลา ยาอาจทำให้มีการหล่อลื่นมากเกินไป ทำให้การร่วมเพศไม่เป็นไปตามธรรมชาติ อาจเปราะเปื้อนภายนอก ฝ่ายชายบางคนอาจไม่ชอบกลิ่นและรส และอาจแพ้ยาโดยมีอาการระคายเคือง หรือช่องคลอดอักเสบได้ แต่พบน้อย

1.6 ยาหลอดฝังคุมกำเนิด เป็นฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน บรรจุหลอด ฝังไว้ใต้ผิวหนังแล้วฮอร์โมนจะซึมกระจายเข้ากระแสโลหิตในอัตราคงที่ ซึ่งเป็นขนาดของฮอร์โมนที่น้อยที่สุดที่สามารถออกฤทธิ์ป้องกันการตกไข่ได้ โดยจะออกฤทธิ์ได้นาน 1 - 5 ปี แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ ชนิดไม่สลายตัว และชนิดสลายตัว ยาหลอดฝังคุมกำเนิดมีกลไกการป้องกันการตั้งครรภ์ เช่นเดียวกับการฉีดยาคุมกำเนิด โดยเฉพาะป้องกันการตกไข่ การเปลี่ยนแปลงที่มูกปากมดลูก การเปลี่ยนแปลงเยื่อโพรงมดลูก เวลาเริ่มฝังยา ภายใน 5 วันของการมีระดู เพื่อจะได้แน่ใจว่าไม่ตั้งครรภ์ ถ้าหลังคลอดบุตรหรือหลังแท้งบุตรแล้วยังไม่มีระดู ต้องตรวจให้แน่นอนว่าไม่ตั้งครรภ์

ข้อดี ประสิทธิภาพสูง ปลอดภัย เนื่องจากวิธีนี้ไม่มีเอสโตรเจน จึงปลอดภัยจากอาการแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่างๆ เช่น การอุดตันของหลอดเลือดโดยลิ่มเลือด

ความดันโลหิตสูง และการเปลี่ยนแปลงทางด้านเมตาบอลิซึม ภายหลังจากรับบริการแล้ว ไม่ต้องกังวลเกี่ยวกับการใช้เหมือนอย่างวิธีคุมกำเนิดอื่น ภาวะการมีเจริญพันธุ์หลังการฝังยาคุมกำเนิดจะไม่เปลี่ยนแปลง ส่วนมากจะตั้งครรรภ์ภายใน 3-6 เดือน และใช้ได้นาน

ข้อเสีย อาการข้างเคียงที่พบส่วนมาก ได้แก่ ระบุผิดปกติ ซึ่งเกิดส่วนมากในช่วง 3-6 เดือนแรก เช่น เลือดออกกะปริบกะปรอย เลือดออกมากและนาน หรือบางรายไม่มีเลือด ระบุ อาการต่างๆ เหล่านี้ เป็นสาเหตุทำให้มีผู้เลิกรับบริการในปีแรกประมาณร้อยละ 12 การบริการโดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สามารถทำผ่าตัดเล็ก หรือเคาะฝีกอบรมแล้ว จึงสามารถให้บริการได้ สำหรับหลอดที่ฝังใต้ผิวหนังจะต้องเอาออก ซึ่งส่วนมากจะเอาออกยากกว่าการใส่อาจเกิดอาการอักเสบ และอาจเกิดเป็นแผลเป็นได้ มีระยะเวลาจำกัด ต้องเปลี่ยนตามกำหนด คือ 1 ปี หรือ 5 ปี และคล้ายพบหลอดอยู่ใต้ผิวหนัง ภายหลังจากรับบริการไปแล้ว อาจเกิดปัญหาในสตรีบางคน เช่น กลัว เวลาเคลื่อนไหวจะรู้สึกว่หลอดเคลื่อนไหวและเจ็บ เป็นต้น

2. วิธีคุมกำเนิดแบบถาวร มีดังต่อไปนี้

2.1 การทำหมันชาย เป็นการคุมกำเนิดชนิดถาวรใช้เวลาในการทำเพียง 15 - 20 นาที และใช้เวลาในการรักษาแผลผ่าตัดเพียง 1 สัปดาห์ โดยแพทย์จะทำการฉีดยาชาเฉพาะที่ แล้วทำผ่าตัดตรงที่มีท่อน้ำเชื้ออสุจิ โดยจะผูกและตัดท่อนี้ให้ขาดออกจากกัน ทำให้ตัวอสุจิผ่านออกมาไม่ได้ จึงไม่เกิดการตั้งครรรภ์ หลังผ่าตัดทำหมันในช่วง 3 เดือนแรก ผู้ชายควรสวมถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ เนื่องจากมีเชื้ออสุจิกั่งค้างอยู่ในท่อเก็บอสุจิ อาจทำให้ตั้งครรรภ์ได้

ข้อดี ทำได้ง่าย ไม่ต้องใช้แพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทาง เจ้าหน้าที่ที่ไม่ใช่แพทย์เฉพาะทางก็สามารถฝีกอบรมทำหมันได้ ประสิทธิภาพสูง อาการแทรกซ้อนพบน้อยมาก คือพบภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 0 - 5 ทำได้ในเวลา 10 - 15 นาที ราคาถูกมากเมื่อเทียบกับการทำหมันหญิง และสามารถให้บริการทั้งในสถานที่ หน่วยเคลื่อนที่

ข้อเสีย เนื่องจากเป็นการคุมกำเนิดแบบถาวร ดังนั้น ถ้าต้องการมีบุตรเพิ่มโอกาสการมีบุตรได้มีน้อยมาก และต้องใช้เทคนิควิธีการแก้หมันที่ยุ่งยาก การยอมรับและการจูงใจเพื่อทำหมันชายทำได้ยากกว่าการทำหมันหญิง และฝ่ายชายตัดสินใจทำหมันเมื่ออายุมากกว่าฝ่ายหญิง จึงมีผลต่อระยะเวลาการเจริญพันธุ์น้อยกว่าฝ่ายหญิง

2.2 การทำหมันหญิง เป็นการทำให้ท่อน้ำไข่หรือทางเดินของไข่ทั้งสองข้างติดกันหรือขาดจากกัน ซึ่งอาจทำได้โดยการผูก ตัด อุดด้วยสารเคมี หรือจี้ด้วยไฟฟ้า ทำให้ไข่และอสุจิไม่สามารถผสมกันได้ การตั้งครรรภ์จะไม่เกิดขึ้น การทำหมันหญิงทำได้ 2 วิธี

2.2.1 การทำหมันเป็ยก หรือการทำหมันหลังคลอด เป็นการทำให้หลอดมดลูกติดกันภายหลังคลอดบุตร ซึ่งทำได้ 2 ระยะ คือการทำทันทีหลังคลอดบุตร และทำภายหลังคลอด 1-

4 วัน วิธีที่ทำให้หลอดมดลูกตีบตันที่นิยมใช้มากที่สุดในปัจจุบัน คือ วิธีโพเมอร์อย หรือวิธีมอดดิ ฟายด์ โพเมอร์อย

ข้อดี ทำได้ง่าย สามารถชักชวนให้ทำหมันได้ง่ายกว่าเวลาที่ไม่ตั้งครรภ์

ข้อเสีย เมื่อทำหมันแล้วทารกเกิดใหม่อาจมีความผิดปกติ หรือเกิดโรคที่มีภาวะแทรกซ้อนซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ เป็นการคุมกำเนิดแบบถาวร ดังนั้น ถ้าต้องการมีบุตรเพิ่ม โอกาสการมีบุตรได้มีน้อยมาก และต้องใช้เทคนิควิธีการแก้หมันที่ยุ่งยาก

2.2.2 การทำหมันแห้งเป็นการทำหมันในระยะเวลาที่ไม่ตั้งครรภ์โดยใช้ลาพาโรสโคปี ซึ่งเป็นกล้องส่องเข้าไปในช่องท้อง แล้วทำให้มดลูกตีบตันได้ 3 วิธี คือ จี้ด้วยกระแสไฟฟ้า ใช้ยางรัดหลอดมดลูก หรือโดยการหนีบ ข้อห้ามในการทำหมันวิธีนี้คือ ห้ามหรือทำอย่างระมัดระวัง ในรายที่สงสัยมีพังผืดติดเนื่องจากการผ่าตัดหลายครั้ง มีการอุดตันของลำไส้ มีไส้เลื่อนบริเวณสะดือ หรือชนิดมีช่องติดต่อระหว่างช่องท้องและทรวงอก

ข้อดี เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูง เชื่อถือได้ ใช้เวลารวดเร็ว ทำแล้วสามารถกลับบ้านได้เนื่องจากระยะพักฟื้นสั้น

ข้อเสีย เครื่องมือที่ใช้ราคาแพง ถ้าใช้วิธีจี้ด้วยไฟฟ้าจะมีการทำลายของหลอดมดลูกมาก และอาจมีอาการแทรกซ้อนที่อันตรายได้ เนื่องจากการคุมกำเนิดแบบถาวร ดังนั้น ถ้าต้องการมีบุตรเพิ่ม โอกาสการมีบุตรได้มีน้อยมาก และต้องใช้เทคนิควิธีการแก้หมันที่ยุ่งยาก

PRECEDE PROCEED MODEL (Green and Krueter, 1999)

แบบจำลอง (Model) การวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพมีมากมายและหลากหลาย แต่ที่เป็นที่นิยมและประยุกต์ใช้กันอย่างแพร่หลาย ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1987 จนถึงปัจจุบัน คือ PRECEDE – PROCEED Model ซึ่งได้รับการพัฒนาขึ้นมาโดย Lawrence W. Green และ Marshall Krueter แบบจำลองดังกล่าวนี้เป็นแบบจำลองการวางแผน แต่ก็มีนักวิชาการและนักปฏิบัติจำนวนไม่น้อยนำไปประยุกต์เป็นแบบจำลองพฤติกรรมสุขภาพซึ่งผู้ที่นำแบบจำลองนี้ไปใช้เป็นแบบจำลองพฤติกรรมสุขภาพจะต้องมีความชัดเจนในตัวแปรภายใต้ปัจจัยนำ (Predisposing factor)ว่าจะใช้แนวคิดตามโครงสร้างทางจิตวิทยาอะไรมาวิเคราะห์สาเหตุทางพฤติกรรมสุขภาพ

PRECEDE-PROCEED Model เป็นแบบจำลองที่นำมาประยุกต์ใช้วางแผนและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพ โดยเฉพาะ PRECEDE Model ใช้เป็นกรอบในการวางแผนสุขภาพของอาสาสมัครและการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย ที่จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพ

ที่พึงประสงค์ต่อไป การเปลี่ยนพฤติกรรมจะสัมพันธ์กับระดับของการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย ฉะนั้นผลสัมฤทธิ์ของงานสุขศึกษาจะมีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับกรณีปัญหาและสาเหตุของปัญหาของประชากรเป้าหมายได้ถูกต้องมากน้อยเพียงใด แบบจำลองนี้มีลักษณะเป็นพหุปัจจัยร่วมกันซึ่งมีรากฐานมาจากสังคมศาสตร์/พฤติกรรมศาสตร์ ระบาดวิทยา การบริหารและการศึกษา เช่น ปัญหาสุขภาพมีสาเหตุมาจากหลายๆ ปัจจัยจึงจะต้องได้รับการวินิจฉัยอย่างถูกต้องจึงจะสามารถกำหนดกลวิธี/วิธีการแก้ปัญหาอย่างถูกต้อง โดยธรรมชาติแล้ว แบบจำลอง PRECEDE สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้หลากหลายสถานที่ เช่น สุขศึกษาในโรงเรียน สุขศึกษาสำหรับผู้ป่วย และสุขศึกษาในชุมชน เป็นต้น PROCEED Model ได้ถูกผนวกเข้ามาร่วมกับ PRECEDE ประมาณปี 1987 จากประสบการณ์ของ Green และ Krueger ที่ได้รับปฏิบัติงานในตำแหน่งต่างๆ ของหน่วยงานทั้งภาครัฐ และมูลนิธิ Kriser Family Foundation การผนวกแบบจำลองนี้เข้าไปเพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพที่เพิ่มไปจากงานสุขศึกษาดั้งเดิมที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ การวินิจฉัยด้านการบริหารเป็นขั้นตอนท้ายสุดของ PROCEED ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานมีวิสัยทัศน์กว้างไกลนอกจากกิจกรรมทางการศึกษา/สุขภาพแล้ว ยังจะสามารถก้าวไปถึงความจำเป็นเกี่ยวกับการปฏิบัติการทางการเมือง การจัดการ และเศรษฐกิจซึ่งมีผลต่อระบบสังคม สิ่งแวดล้อม จนถึงครรลองการดำเนินชีวิตที่มีสุข (healthful lifestyles) และจะทำให้มีความสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ และสังคม มากยิ่งขึ้น

เป้าประสงค์หลักของ PRECEDE-PROCEED model จะให้ความสำคัญที่ผลลัพธ์ (outcomes) มากกว่าปัจจัยนำเข้า (inputs) ด้วยเหตุนี้ จึงเป็นการผลักดันให้ผู้วางแผนพิจารณาผลลัพธ์ที่ต้องมาก่อนในการวางแผน แล้วจึงค่อยพิจารณาถอยหลังไป ว่ามีปัจจัยหรือสาเหตุผลลัพธ์อะไรบ้างที่จะส่งผลต่อกระบวนการวางแผนซึ่งมีหลักการอยู่ 2 ประเด็นที่สำคัญได้แก่

1. หลักการมีส่วนร่วม กล่าวคือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stake holders) จะต้องมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการที่จะระบุถึงปัญหาที่เร่งด่วน และเป้าประสงค์ของตนเองอย่างชัดเจนในการพัฒนา/กำหนดแนวทางและการดำเนินงานแก้ปัญหา หลักการนี้ได้พัฒนาและประยุกต์มาจากทฤษฎีการพัฒนาชุมชนและแบบจำลองการสร้างพลัง (Empowerment education model) ของไฟร์ (Freire)

2. บทบาทที่สำคัญของปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพประชาชน เช่น ความไม่เสมอภาคของสื่อต่าง ๆ โรงงานอุตสาหกรรม การเมือง และสังคม PRECEDE ประกอบด้วย 5 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวินิจฉัยด้านสังคม (Social Diagnosis)

ระยะที่ 2 การวินิจฉัยด้านระบาดวิทยา (Epidemiological Diagnosis)

ระยะที่3 การวินิจฉัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม (Behavioral and Environmental Diagnosis)

ระยะที่ 4 การวินิจฉัยด้านการศึกษาและการจัดองค์กร / บริการ (Education and organizational Diagnosis)

ระยะที่ 5 การวินิจฉัยด้านการบริหารและนโยบาย เป็นการวินิจฉัยนโยบาย ทรัพยากร และสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งแสดงให้เห็นสถานะขององค์กรซึ่งจะส่งผลกระทบต่อ การพัฒนาแผนงาน โครงการสุขภาพ

นอกจากนี้ เพื่อประเมินว่า เป้าประสงค์/วัตถุประสงค์ของแผนงาน โครงการจะ สอดรับกับนโยบายขององค์กรหรือไม่ สอดคล้องกับระเบียบกฎเกณฑ์และพันธกิจขององค์กร หรือไม่ PROCEED ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 6 การดำเนินงานตามแผน (Implementation)

ระยะที่ 7 การประเมินผลกระบวนการ (Process Evaluation)

ระยะที่ 8 การประเมินผลกระทบ (Impact Evaluation)

ระยะที่ 9 การประเมินผลลัพธ์ (Out-come Evaluation)

ระยะที่ 1 การวินิจฉัยด้านสังคม จุดมุ่งหมายของระยะนี้เพื่อระบุปัจจัยและประเมิน ปัญหาด้านสังคมซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต(Quality of Life : Q O L)ของประชากร เป้าหมาย ระยะนี้จะช่วยให้ผู้วางแผนเข้าใจปัญหาด้านสังคมที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้บริโภค บริการ นักเรียน/นักศึกษา หรือชุมชนตามที่ประชาชนมองเห็นปัญหาเหล่านั้นที่เกิดขึ้นกับตนเอง ปัญหาด้านสังคมจะเชื่อมโยง ไปถึงปัญหาด้านสุขภาพซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดกิจกรรมสุขภาพได้ สิ่งเหล่านี้เป็นผลกระทบสำคัญต่อชีวิต และคุณภาพชีวิตส่งผลกระทบต่อปัญหาด้านสังคมอย่างไรบ้าง วิธีการวินิจฉัยด้านสังคมอาจจะดำเนินการได้ดังนี้ จัดเวทีชุมชน (Community Forums) การ แสดงข้อตกลงร่วมในกลุ่ม (Nominal groups) การอภิปรายเฉพาะกลุ่ม(Focus group) การสำรวจ (Surveys) และการสัมภาษณ์ (Interviews) เป็นต้น

ระยะที่ 2 การวินิจฉัยด้านระบาดวิทยา การวินิจฉัยระยะนี้จะช่วยให้ผู้วางแผนพิจารณา กำหนดปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งจะช่วยให้สามารถระบุปัจจัยด้าน พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมอะไรบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตจุดเน้นของระยะนี้ก็เพื่อจะระบุ ปัจจัย สาเหตุอันเนื่องมาจากปัญหาสุขภาพและไม่ใช่ปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี การอธิบายปัญหาสุขภาพจะช่วย

1) กำหนดความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพ และปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับ คุณภาพชีวิต

2) จัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแผนงานโครงการและการใช้ทรัพยากร

3) มีความเป็นไปได้ในการกำหนดความรับผิดชอบระหว่างวิชาชีพ องค์กร และหน่วยงานร่วมกันนอกจากนี้การจัดอันดับความสำคัญของปัญหาก็ยังสามารถนำไปใช้กำหนดวัตถุประสงค์ และประชากรกลุ่มเป้าหมายของแผนงานได้อีกด้วย เช่นระบุผลลัพธ์อะไรบ้างที่ต้องการให้เกิด(What) และมากน้อยเพียงใด (How Much) ที่ประชากรกลุ่มเป้าหมายจะได้รับและจะได้รับเมื่อไร (When) ตัวอย่างข้อมูลการวินิจฉัยด้านระบาดวิทยา เช่น สถิติชีพ จำนวนปีที่สูญเสียชีวิตเนื่องจากเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (เทียบกับอายุขัยเฉลี่ยของประชากร ความพิการ ความชุกของความเจ็บป่วย / เกิดโรค การตาย อุบัติการณ์ของโรค และการเจ็บป่วย เป็นต้น)

สรุป การวินิจฉัยในระยะที่ 1 - 2 ช่วยให้สามารถกำหนดเป้าประสงค์ที่ต้องการให้บรรลุภายหลังการดำเนินงานตามแผนงานโครงการแล้ว

ระยะที่ 3 การวินิจฉัยด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม ในระยะนี้จะมุ่งเน้นที่การระบุปัจจัยพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยอื่น ๆ อย่างเป็นระบบระเบียบ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระยะที่ 2 ในระยะนี้อาจรวมถึงสาเหตุที่ไม่ใช่พฤติกรรมด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อมซึ่งสามารถจะช่วยให้เกิดปัญหาสุขภาพได้ เป็นต้น แต่ไม่สามารถควบคุมได้โดยพฤติกรรม ปัจจัยเหล่านี้ อาจรวมถึงพันธุกรรม อายุ เพศ และการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่แล้ว ดินฟ้าอากาศ สถานประกอบการ และความเพียงพอของการบริการสุขภาพ เป็นต้น สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่ง ในระยะนี้ก็คือการจัดลำดับความสำคัญของสาเหตุพฤติกรรม ในประเด็นพฤติกรรมที่สำคัญและความสามารถในการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมนั้น ๆ การวินิจฉัยพฤติกรรมจะต้องให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ และคุณภาพชีวิตในแต่ละประเด็นในระยะที่ 2 ซึ่งจะช่วยให้ผู้วางแผนสามารถเลือกพฤติกรรมเป้าหมายนำมาวางแผนแก้ไขปัญหาดูด้วยการศึกษาได้ โดยสรุปการวินิจฉัยพฤติกรรมอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพและปัญหาสังคมที่ได้ระบุบ่งชี้ไว้ในระยะที่ 1 - 2 การวินิจฉัยสิ่งแวดล้อมเป็นการวิเคราะห์ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมควบคู่ไปซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้วย

ตารางจัดอันดับความสำคัญของพฤติกรรม (The Behavioral Matrix)

การวิเคราะห์พฤติกรรมตามตารางสัมพันธ์ จะช่วยให้สามารถระบุปัจจัยพฤติกรรมเป้าหมาย หรือสิ่งแวดล้อมเป้าหมายที่จะต้องนำมาใช้วางแผนแก้ปัญหา และสามารถวัดได้ ประเมินได้ต่อไป

ตารางที่ 1 อันดับความสำคัญของพฤติกรรม (The Behavioral Matrix)

ความสำคัญ / ความสามารถในการเปลี่ยนแปลง	สำคัญมาก	สำคัญน้อย
สามารถเปลี่ยนแปลงได้มาก	1. ความสำคัญมากและเปลี่ยนแปลงได้มาก	3. สำคัญน้อยแต่เปลี่ยนแปลงได้มาก
สามารถเปลี่ยนแปลงได้น้อย	2. สำคัญมาก แต่เปลี่ยนแปลงได้น้อย	4. สำคัญน้อยและเปลี่ยนแปลงได้น้อย

ควรทำพฤติกรรมเป้าหมายและสิ่งแวดล้อมเป้าหมายในช่อง 1 และ 2 มากำหนดวัตถุประสงค์ของแผนงาน โครงการ ส่วนช่องที่ 3 อาจนำมาใช้ด้วยเหตุผลทางการเมือง ส่วนช่องที่ 4 ไม่นำมาพิจารณาในการกำหนดเป็นพฤติกรรมเป้าหมายหรือสิ่งแวดล้อมเป้าหมาย

ระยะที่ 4 การวินิจฉัยด้านการศึกษา ระยะนี้เป็นการประเมินสาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพที่ระบุไว้ในระยะที่ 3 สาเหตุของพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย 3 กลุ่มปัจจัยด้วยกัน คือ ปัจจัยนำ (predisposing factors) ปัจจัยเอื้อให้เกิดพฤติกรรม (enabling factors) ปัจจัยเสริมแรงให้เกิดพฤติกรรมต่อเนื่อง (reinforcing factors) ประเด็นสำคัญของระยะนี้คือ การระบุปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมได้อย่างถูกต้องจะเป็นกุญแจสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การระบุปัจจัยที่ต้องมองทั้งที่ส่งผลทางบวกและลบต่อพฤติกรรมและลำดับความสำคัญของแต่ละสาเหตุ และความสามารถในการเปลี่ยนแปลง วัตถุประสงค์การเรียนรู้หรือวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมจะต้องกำหนดตามปัจจัยสาเหตุเหล่านี้ ดังนั้นจึงต้องฟังธงลงไปเลยว่าจะต้องแก้ไขเปลี่ยนแปลงปัจจัยเหล่านี้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน โดยการกำหนดวัตถุประสงค์เชิงกิจกรรม และการดำเนินการตามวัตถุประสงค์กิจกรรมนั้น ๆ

ปัจจัยนำ หมายถึง คุณลักษณะของบุคคลหรือประชากรที่ติดตัวกับบุคคลเหล่านั้นมาก่อนแล้ว เช่น ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ทักษะสติ ฯลฯ

ปัจจัยเอื้อ หมายถึง คุณลักษณะของสิ่งแวดล้อม ทั้งด้านกายภาพ และสังคม วัฒนธรรม ทักษะส่วนบุคคล และหรือ ทรัพยากรที่จะช่วยเกื้อกูลให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์

ปัจจัยเสริมแรง หมายถึง รางวัลหรือผลตอบแทนหรือการได้รับการลงโทษ ภายหลังจากที่ได้แสดง พฤติกรรมต่าง ๆ ออกมา ซึ่งจะช่วยให้เกิดความมั่นคงของการเกิดพฤติกรรม การเสริมแรงจะได้รับจากครอบครัว เพื่อน ครู บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หรือ สื่อมวลชน เป็นต้น

ระยะที่ 5 การวินิจฉัย ด้านการบริหารและนโยบาย ในระยะนี้จะมุ่งเน้นวินิจฉัยเกี่ยวกับการบริหารและการจัดองค์กรซึ่งจะต้องระบุให้ชัดเจนก่อนดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ซึ่งรวมถึง ทรัพยากรต่าง ๆ การจัดสรรงบประมาณ การกำหนดตารางการปฏิบัติงาน การจัดองค์กรและบุคลากรในการปฏิบัติงานตามแผนงานโครงการ การประสานงานกับหน่วยงาน สถาบันและชุมชน

การวินิจฉัยด้านบริหาร : เช่นการวิเคราะห์นโยบาย ทรัพยากร และสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งจะมีผลต่อการพัฒนาแผนงาน โครงการสุขภาพ

การวินิจฉัยนโยบาย : เป็นการประเมินว่าเป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ของแผนงาน โครงการว่าสอดคล้องเหมาะสมกับภารกิจ ภาวะเป็ยบขององค์กรหรือไม่

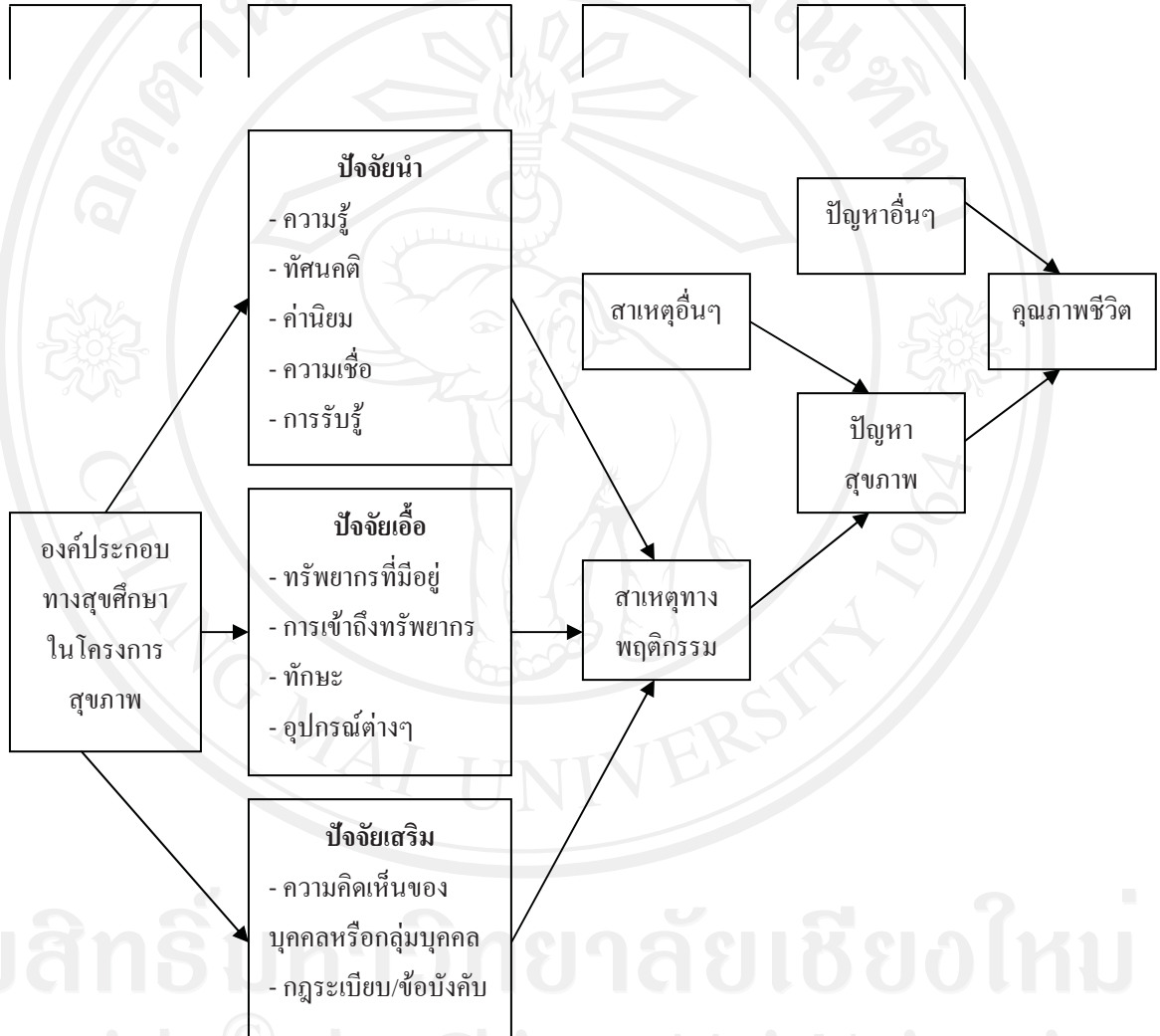
ระยะที่ 6 การดำเนินงานตามแผนงานโครงการ ดำเนินงานตามกลวิธี วิธีการและ กิจกรรม โดยผู้รับผิดชอบแต่ละเรื่องและประเด็นที่กำหนดไว้ตามตารางการปฏิบัติกิจกรรม

ระยะที่ 7 การประเมินผลกระบวนการ เป็นการประเมินกระบวนการที่ใช้ในการดำเนินงานตามแผนงาน โครงการ

ระยะที่ 8 การประเมินผลกระทบ เป็นการวัดประสิทธิผลของแผนงานโครงการตาม วัตถุประสงค์ระยะสั้นที่ส่งผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมแรง (predisposing enabling and reinforcing factors)

ระยะที่ 9 การประเมินผลลัพธ์สุดท้าย เป็นการประเมินผลรวบยอดของวัตถุประสงค์ที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นและประโยชน์ที่ได้รับด้านสุขภาพหรือคุณภาพชีวิต ซึ่งอาจจะใช้เวลานาน ผลเหล่านี้จึงจะเกิดขึ้น ซึ่งอาจจะเป็นปีๆ จึงจะสามารถประเมินคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมายได้

ขั้นตอนที่ 6	ขั้นตอนที่ 4-5	ขั้นตอนที่ 3	ขั้นตอนที่ 1-2
การวินิจฉัยทางการบริหาร	การวินิจฉัยทางการศึกษาและการเลือกกลยุทธ์ทางการศึกษา	การวินิจฉัยทางพฤติกรรม	การวินิจฉัยทางสังคมและระบาดวิทยา



ที่มา : Green et al, 1980: 14-15

ภาพที่ 2 กรอบแนวคิด PRECEDE PROCEED MODEL

ข้อมูลเกี่ยวกับชนเผ่ากะเหรี่ยง (คุณฉวี แพสุวรรณ และนิตยา แสงเล็ก, 2548)

ความเป็นมา

ปกากะญอ หรือ กะเหรี่ยงเป็นชาวเขาเผ่าที่ใหญ่ที่สุดในประเทศไทย มีถิ่นฐานดั้งเดิมอยู่ในประเทศพม่า ได้อพยพเข้ามาในประเทศไทย นับเป็นเวลากว่าร้อยปีมาแล้ว โดยรวมตัวกันอยู่หนาแน่นในพื้นที่ป่าทางทิศตะวันตกของประเทศไทย ตามชายแดนไทย-พม่าชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง (Karen) เรียกตัวเองว่า “ปกากะญอ” คนไทยพื้นราบในภาคเหนือ เรียกว่า “ยาง” (ยางกะเลอ, ยางเปียง, ยางป่า, ยางทา) นับเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ที่ใหญ่ที่สุดและอาศัยอยู่ในประเทศไทยนานที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มชาติพันธุ์อื่นๆ จากการสันนิษฐานของนักประวัติศาสตร์ กล่าวว่า ชาวกะเหรี่ยง เดิมอาศัยอยู่ในดินแดนด้านทิศตะวันออกของทิเบต และเข้ามาอาศัยอยู่ในประเทศจีนประมาณ 733 ปีก่อนพุทธกาล และต่อมาด้วยเหตุทางการเมือง ในสมัยราชวงศ์จินถูกรุกรานจากจีน ในปี พ.ศ. 207 ได้พากันหนีเร่ร่อนมาทางใต้เข้ามาอาศัยอยู่ในประเทศพม่า ชาวกะเหรี่ยงได้อพยพเข้ามาสู่ประเทศไทยหลายยุคหลายสมัยด้วยกัน ในยุคแรกนั้นเชื่อว่าเข้ามาอาศัยในอำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก ในรัชสมัยพระนารายณ์มหาราช ราวปี พ.ศ. 2204 หรือประมาณ 300 กว่าปีมาแล้ว ในราวปี พ.ศ. 2395 ซึ่งเป็นยุคที่พม่าได้ทำการปราบปรามไล่ฆ่าฟันพวกมอญและพวกกะเหรี่ยงอย่างหนัก เพราะเกรงว่าจะไปสวามิภักดิ์ต่ออังกฤษ ซึ่งกำลังอยู่ในยุคของการล่าอาณานิคม กะเหรี่ยงจึงได้อพยพหนีเข้าสู่ประเทศไทยมากที่สุดยุคหนึ่งนักภาษาศาสตร์ ได้จัดชนชาติกะเหรี่ยงอยู่ในกลุ่มตระกูลภาษาจีน-ทิเบต (Sino-Tibetan) ในประเทศไทย ชนเผ่ากะเหรี่ยงได้ถูกแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ คือกะเหรี่ยงสะกอ (Sgaw Karen) เรียกตัวเองว่า “สะกอ” หรือ “ปกากะญอ” ซึ่งมีความหมายว่า “คนเรียบง่าย” เป็นกลุ่มที่มีประชากรมากที่สุดกะเหรี่ยงโปว์ (Pwo Karen) เรียกตัวเองว่า “พล่ง” อาศัยอยู่ในแถบตะวันตกของอำเภอแม่สะเรียงจังหวัดแม่ฮ่องสอน อำเภออมก๋อย จังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดลำพูนกะเหรี่ยงบะเว หรือ คยา (Bwe or Kayah) Red Karen หรือ Karenni คนเหนือและไทยใหญ่ เรียกว่า “ยางแดง” อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอนกะเหรี่ยงตองสู (ตองสู) หรือตองตู (Taungthu) เรียกตัวเองว่า “พะโอ” (Pa-O) อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอนในประเทศไทยมีชาวกะเหรี่ยงอาศัยอยู่ใน 15 จังหวัด คือ กาญจนบุรี ประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรีราชบุรี สุพรรณบุรี กำแพงเพชร เชียงราย เชียงใหม่ ตาก แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน สุโขทัย และอุทัยธานี มีจำนวนประชากรทั้งสิ้นประมาณ 437,131 คน คิดเป็นร้อยละ 47.5 ของประชากรชาวเขา โดยพบมากที่สุดที่จังหวัดเชียงใหม่ รองลงมาเป็นจังหวัดแม่ฮ่องสอน และตาก ตามลำดับ (ข้อมูลจากทำเนียบชุมชนบนพื้นที่สูง 20 จังหวัดในประเทศไทย พ.ศ 2545 กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์)

ลักษณะครอบครัวครอบครัวของกะเหรี่ยง ยึดถือการสืบเชื้อสายทางฝ่ายหญิงเป็นหลัก เมื่อมีการแต่งงานฝ่ายชายจะย้ายไปอาศัยอยู่ในครอบครัวของฝ่ายหญิง กะเหรี่ยงมีลักษณะครอบครัวแบบครอบครัวเดี่ยว และถือระบบพี่เดี่ยวยุติธรรม ชาวกะเหรี่ยง เป็นคนรักสงบ และนุ่มนวล มีวิถีชีวิตที่เรียบง่าย มีข้อสังเกตถึงกลุ่มชาติพันธุ์กะเหรี่ยง โดยเปรียบเทียบกับบางกลุ่มชนที่เคยรุ่งเรือง แต่กลับลบลบเลือน หรือ ร่วงโรยในปัจจุบันว่า ท่ามกลางสงคราม บางชนชาติสูญหายไป บางชนชาติหดเล็กลง ขณะที่ชนชาติอย่างกะเหรี่ยง ที่ไม่เคยสร้างอาณาจักรและราชวงศ์ กลับดำรงเผ่าพันธุ์ ไว้ได้จำนวนมาก โดยมีศีลธรรม ความซื่อตรง เอื้อเฟื้อต่อกัน ต่อคนอื่น และเผ่าพันธุ์อื่นอย่างสูง จนมีสมญาว่า "ปราชญ์แห่งขุนเขา"

ลักษณะบ้านเรือน และการตั้งถิ่นฐาน

กะเหรี่ยงมีสังคมที่เรียบง่ายและสัน โดย เห็นได้จากบ้านของชาวกะเหรี่ยงจะเป็นบ้านที่มีขนาดเล็กสร้างด้วยไม้ไผ่สับฟาก ยกพื้นสูง หลังคามุงด้วยใบตองตึงหรือหญ้าคา ภายในเป็นห้องเดี่ยวโล่ง มีเตาไฟอยู่กลางบ้าน สำหรับใช้หุงต้มอาหารและให้ความอบอุ่น ชาวกะเหรี่ยงจะตั้งหมู่บ้านอยู่บริเวณภูเขาที่ไม่สูงนัก หรือตามพื้นราบ แต่ละหมู่บ้านจะมีตั้งแต่ขนาดเล็กไปจนถึง 30 - 40 หลังคาเรือน ลักษณะเด่นของกะเหรี่ยงที่ไม่เหมือนกับชาวเขาเผ่าอื่นๆ ก็คือ การตั้งหมู่บ้านอย่างถาวร ทั้งนี้เพราะความสามารถในการอนุรักษ์ดิน และการทำนาแบบขั้นบันไดตามไหล่เขา ซึ่งสามารถที่จะทดน้ำจากลำห้วยลำธารที่อยู่สูงกว่าพื้นที่นาเข้าไปใช้ได้ กะเหรี่ยงเป็นชาวเขาเผ่าเดียวที่ไม่นิยมโค่นไม้ทำลายป่าอาชีพและความเป็นอยู่อาศัยหลักของกะเหรี่ยง คือการปลูกข้าวเพื่อบริโภคในครัวเรือน ปลูกข้าวในนาข้าวแบบขั้นบันไดและในไร่ข้าวแบบไร่หมุนเวียน กะเหรี่ยงเป็นสังคมเกษตรกรรมที่มีระบบเศรษฐกิจแบบเลี้ยงตนเองเพื่อการยังชีพด้วยการปลูกข้าวไร่ ทำนาเป็นขั้นบันไดตามหุบเขา และปลูกพืชผักต่างๆ โดยการทำการเกษตรแบบไร่หมุนเวียน คือ การทำไร่ข้าวหรือปลูกพืชผักในไร่ใด ๆ ก็ตาม จะทำเพียงปีเดียวแล้วย้ายไปที่อื่น และปล่อยให้ไร่พักทิ้งไว้ประมาณ 3 - 5 ปี เพื่อให้ดินได้พักฟื้นและมีความอุดมสมบูรณ์ แล้วจึงย้อนกลับมาทำไร่ในพื้นที่นั้นอีก นอกจากการทำเกษตรกรรมแล้ว กะเหรี่ยงยังเลี้ยงสัตว์ประเภท วัว ควาย หมู ไก่ เพื่อใช้ในพิธีกรรมและใช้เป็นแรงงาน ส่วนช้างจะเลี้ยงไว้เพื่อรับจ้างทำงานและแสดงถึงความมีฐานะด้วยประเพณีและพิธีกรรมของกะเหรี่ยง จะมีความเชื่อและนับถือในเรื่องผีและวิญญาณ ผีที่ชาวกะเหรี่ยงนับถือจะมีอยู่ 2 อย่าง คือ ผีบ้านและผีเรือน กะเหรี่ยงเป็นพวกที่นับถือผีและวิญญาณบรรพบุรุษ โดยเชื่อว่าการเจ็บป่วยหรือเหตุการณ์ต่างๆ ไม่ว่าจะร้ายหรือดี เกิดจากการกระทำของผี จะต้องทำพิธีเช่นไหว้ หมอผีจะเป็นผู้ประกอบพิธีกรรมโดยใช้หมู ไก่ และสุราที่ต้มเอง เป็นเครื่องเซ่นไหว้

การแต่งกาย

การแต่งกายของกะเหรี่ยง ยึดถือตามขนบธรรมเนียมการเลือกคู่ครองของกะเหรี่ยง ซึ่งจะยึดหลักการครองเรือนแบบผัวเดียวเมียเดียว ครอบครัวกะเหรี่ยง ยึดถือการสืบเชื้อสายทางฝ่ายหญิงเป็นหลัก เมื่อแต่งงาน ฝ่ายชายจะย้ายไปอาศัยอยู่ในครอบครัวของฝ่ายหญิง ตามประเพณีกะเหรี่ยง จะห้ามไม่ให้หญิงชายถูกเนื้อต้องตัวกันก่อนที่จะแต่งงาน เพราะถือเรื่องความบริสุทธิ์ทางเพศเป็นสิ่งสำคัญ หากมีการฝ่าฝืนจะถูกลงโทษโดยการปรับไหม หรือถ้ามีผู้ผิดลูกผิดเมียคนอื่น จะมีโทษถึงขั้นไล่ออกจากหมู่บ้านทันที เพราะถือสาในเรื่องขนบธรรมเนียมประเพณี ในเรื่องผู้ชาย การไปไหนต่อไหนเป็นข้อห้าม และการถูกเนื้อต้องตัวเป็นความผิด จึงมีการแต่งกายของผู้หญิงกะเหรี่ยงที่แยกแยะชัดเจนคือ

สาวโสด สวมชุดทรงกระสอบสีขาว ยาวเกือบกรอมเท้า ทอเองด้วยมือ โดยเครื่องทอ แบบง่ายๆ ตามประเพณี

หญิงที่แต่งงานแล้ว สวมเสื้อครึ่งตัว แค่อวสีดำ ประดับด้วยลูกเดือยหรือฝ้ายสี และสวมผ้าซิ่นยาวกรอมเท้าสีแดง

ผู้ชาย สวมเสื้อสีแดง และสวมกางเกงแบบคนไทยภาคเหนือ ซึ่งเรียกว่า “เตี่ยวสะคอ” หรือสวมโสร่งแบบพม่า

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กรณีการณ์ มณีวรรณ และ คณะ (2543)ทำการ ศึกษาเรื่อง “รูปแบบการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของพ่อบ้านม้ง ในงานวางแผนครอบครัวและอนามัยการเจริญพันธุ์” อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ โดยจัดกิจกรรมในกลุ่มตัวอย่าง พ่อบ้านม้ง จำนวน 48 คน ให้ความรู้เรื่องปัญหาประชากร การวางแผนครอบครัวและอนามัยการเจริญพันธุ์ อภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพที่มีมากกว่า 3 คน ระดมสมอง การประชุมกลุ่ม การสร้างแนวร่วมของพ่อบ้านม้ง โดยการเขียนข้อกำหนดการปฏิบัติเพื่อปรับปรุงตนเองในการดำเนินชีวิต และดูแลสุขภาพ การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การสังเกต และการเสวนากลุ่ม ผลการวิจัยพบว่าพ่อบ้านม้งมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพครอบครัวมากขึ้น เช่น มีการตัดสินใจร่วมกันในการคุมกำเนิด พ่อบ้านเสนอวิธีการคุมกำเนิดให้แม่บ้านเลือก นำแม่บ้านไปตรวจสุขภาพประจำปี และดูแลลูก

ขวัญกมล ตั้งศิลป์ชัย (2531)ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการคุมกำเนิดในปัจจุบันของสตรีที่อยู่ในภาคที่มีอัตราการคุมกำเนิดต่ำ คือ ภาคใต้ และนำไปเปรียบเทียบกับภาคที่

อัตราการคุมกำเนิดสูง คือ ภาคเหนือ ผลการศึกษาพบว่า การที่จะทำให้ภาคใต้มีอัตราการคุมกำเนิดที่สูงต้องปรับปรุงและส่งเสริมการเผยแพร่ความรู้ ข่าวสารเกี่ยวกับการคุมกำเนิด เพื่อโน้มน้าวเร่งรัด ชักจูงให้ยอมรับการคุมกำเนิด และเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ พยายามชี้ให้เห็นถึงการมีบุตรจำนวนมากอาจส่งผลถึงฐานะทางเศรษฐกิจได้ ซึ่งกลุ่มเป้าหมายที่คาดว่าจะยอมรับการคุมกำเนิดได้ง่ายกว่ากลุ่มอื่นนี้ คือ กลุ่มที่ไม่ต้องการบุตรเพิ่มแต่ยังไม่ใช้การคุมกำเนิดในปัจจุบัน

คุณณี แพสุวรรณ และนิตยา แสงเล็ก (2548) ได้ศึกษาถึงโครงสร้างประชากรและสภาวะสุขภาพชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาโครงสร้างประชากร และสภาวะสุขภาพของชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive survey research) ศึกษาข้อมูลทางประชากรด้วยวิธีตัวอย่าง (Demographic Sample Survey) โดยใช้หลักความน่าจะเป็น (Random sampling) ในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random sampling) สุ่มได้ 7 จังหวัด ที่มีชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง จำนวน 29 ตำบล 29 หมู่บ้านๆละ 40 หลังคาเรือน รวมทั้งสิ้น 1,160 หลังคาเรือน จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่สัมภาษณ์ 5,601 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง 1 กุมภาพันธ์ - 30 เมษายน 2548 วิเคราะห์และแปลผลการศึกษา โดยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่ามัธยฐาน ผลการศึกษาด้านสภาวะสุขภาพ พบว่าครัวเรือนชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 87.8 มีรายได้ระหว่าง 10,001 - 50,000 บาทต่อปี ร้อยละ 50 รายได้เฉลี่ย 29,567 บาทต่อปี มี การอ่านออกเขียนได้ สูงสุดอยู่ในกลุ่มอายุ 10 - 14 ปี ร้อยละ 89.7 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 15-19 ปี และ 20 - 24 ปี ร้อยละ 87.0 และร้อยละ 81.1 ตามลำดับ การอ่านออกเขียนได้จะลดลงเมื่อกลุ่มอายุสูงขึ้น มารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี ส่วนใหญ่ได้รับการดูแลก่อนคลอด ร้อยละ 60.1 คลอดที่โรงพยาบาล ร้อยละ 55.6 รองลงมาคือคลอดที่บ้าน ร้อยละ 35.7 มารดาได้รับการคลอดที่โรงพยาบาล ร้อยละ 56.3 รองลงมาคือคลอดกับหมอดำแย ร้อยละ 24.5 มารดาได้รับการดูแลหลังคลอดครบตามเกณฑ์ และไม่ได้รับการดูแลหลังคลอด ในจำนวนที่เท่ากัน คือร้อยละ 37.8 เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 16.3 เด็กแรกเกิด - 5 ปี ส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 71.7 รองลงมาคือน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ และน้ำหนักน้อย ร้อยละ 11.8 และร้อยละ 11.5 ตามลำดับ การได้รับการดูแลสุขภาพในช่องปากถูกต้อง ร้อยละ 56.7 ส่วนใหญ่ฟันไม่ผุ ร้อยละ 76.4 มีฟันผุ 1 - 2 ซี่ และ 3 - 5 ซี่ ร้อยละ 11.0 และร้อยละ 10.0 ตามลำดับ มีจำนวนฟันผุเฉลี่ย 0.2 ซี่ สำหรับสตรีอายุ 35 - 59 ปี ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตัวเอง ร้อยละ 80.5 ไม่เคยได้รับการตรวจเต้านมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 72.3 และไม่เคยตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 62.9 ผลการศึกษาทางด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงมีบ้านคงทนถาวร ร้อยละ 78.5 มีและใช้ส้วม ร้อยละ 79.7 มีน้ำดื่ม และการกำจัดขยะที่ถูกสุขลักษณะ ร้อยละ 24.0 และ 7.2 ตามลำดับ

ผลการศึกษาด้านโครงสร้างประชากรพบว่า มีลักษณะเป็น ครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 72.8 สมาชิกในครัวเรือนจำนวน 3 - 4 คนและ 5 - 6 คน ร้อยละ 48.1 และร้อยละ 34.4 ตามลำดับ จำนวนสมาชิกเฉลี่ย 4.8 คนต่อครัวเรือน อายุขัยเฉลี่ยเพศชาย 71.6 ปี เพศหญิง 81.3 ปี อายุมัธยฐาน 23.0 ปี อัตราพึ่งพิงทางประชากร 62.2 แบ่งเป็นอัตราพึ่งพิงประชากรวัยเด็ก 52.9 อัตราพึ่งพิงประชากรวัยสูงอายุ 9.3 ส่วนภาวะการเจริญพันธุ์ของชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง พบว่าอัตราเจริญพันธุ์รวม เท่ากับ 2.9 จำนวนบุตรมีชีวิตเฉลี่ย เท่ากับ 2.6 อัตราเกิด 24.1 ต่อประชากรพันคน อัตราตาย 3.6 ต่อประชากรพันคน อัตราตายทารก เท่ากับ 7.4 ต่อการเกิดมีชีวิตพันคน และ อัตราตายเด็กแรกเกิด -5 ปี เท่ากับ 14.8 ต่อการเกิดมีชีวิตพันคน อัตราเพิ่มประชากร ร้อยละ 2.1 อัตราการคุมกำเนิดร้อยละ 74.5 นิยมใช้ยาฉีดมากที่สุด ร้อยละ 38.9 รองลงมาคือยาเม็ดและการทำหมันหญิง ร้อยละ 32.5 และร้อยละ 17.9 ตามลำดับ

ผลการศึกษารูปได้ว่า อัตราการเพิ่มประชากรชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงลดลงเป็นร้อยละ 2.1 แต่ลดลงน้อยมากเพียง ร้อยละ 0.5 ในช่วงเวลาเกือบ 20 ปี อัตราการคุมกำเนิดมีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับค่าเฉลี่ยความต้องการมีบุตรคือ 2.6 อัตราพึ่งพิงประชากรลดลง เท่ากับ 62.2 ทั้งนี้ เพราะอัตราเกิดที่ลดลงเป็น ร้อยละ 24.1 (ลดลงร้อยละ 10 จากปี 2531 ถึงปี 2548) แต่ก็ยังคงสูงกว่าระดับประเทศอยู่ถึง ร้อยละ 10.8 ดังนั้นจะเห็นได้ว่าต้องใช้เวลาอีกประมาณ 20 ปี อัตราเกิดชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง จึงจะเท่ากับระดับประเทศ ณ ปัจจุบัน คือ ร้อยละ 13.3 เว้นแต่ว่าทุกภาคส่วนจะต้องร่วมมือกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น หากไม่เร่งเวลาในการดำเนินงาน ประชากรชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง อาจเพิ่มจำนวนขึ้นยากต่อการแก้ไขหรืออาจใช้เวลานาน ทางด้านสิ่งแวดล้อม สรุปได้ว่าการมีบ้านที่ไม่คงทนถาวร การมีและการใช้ส้วม ที่ไม่ครบทุกหลังคาเรือน การมีน้ำดื่มและการกำจัดขยะที่ไม่ถูกสุขลักษณะ รายได้ครัวเรือนต่อปี มีน้อย การอ่านออกเขียนได้ ที่ลดลงเมื่อกลุ่มอายุสูงขึ้น ซึ่งสิ่งแวดล้อมทั้งหมดที่เกิดขึ้น ย่อมส่งผลกระทบต่อพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ผลต่อสุขภาพ และส่งผลโดยรวมต่อคุณภาพชีวิตที่อาจแย่ลงกว่าเดิม จึงจำเป็นต้องมีกลวิธีที่เหมาะสมในการดำเนินงาน ในลักษณะสหภาคีเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตแก่ชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง และเน้นการมีส่วนร่วมจากชุมชน ทั้งนี้เพื่อให้ชุมชนได้มีส่วนในการรับรู้ปัญหาและช่วยกันหาทางแก้ไข ให้เหมาะสมต่อวิถีชีวิต ไม่ขัดต่อขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมอันดีงามของชนเผ่า

ลัดดา แสงจันทร์ (2539) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการคุมกำเนิดของสตรีไทยมุสลิมในจังหวัดยะลา โดยใช้กรอบแนวความคิดในเชิงทฤษฎี(Theoretical Conceptual Framework) พบว่า การสนับสนุนของบุคคลที่เกี่ยวข้องและอาชีพ มีความสัมพันธ์กับการรับบริการคุมกำเนิดของสตรีไทยมุสลิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 และ 0.05 ตามลำดับ ส่วนระดับการศึกษา ค่านิยมเกี่ยวกับเพศบุตร อายุ อายุแรกสมรส ระยะเวลาการสมรส จำนวนบุตรที่มีชีวิต

จำนวนบุตรที่ต้องการ รายได้ของครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ลักษณะการให้บริการ การมุ่งอนาคต แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ และเจตคติต่อการคุมกำเนิด ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการ คุมกำเนิดของสตรีไทยมุสลิม และปัจจัยที่มีผลในการจำแนกการรับบริการคุมกำเนิดของสตรีไทยมุสลิมในจังหวัดยะลาได้ คือ จำนวนบุตรที่มีชีวิต อายุ ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด ลักษณะการให้บริการคุมกำเนิด และจำนวนบุตรที่ต้องการ ซึ่งสามารถเขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบได้ คือ $f_{km} = -4.218 - 0.313$ จำนวนบุตรที่มีชีวิต -0.606 อายุ -0.113 ความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด $+0.963$ ลักษณะการให้บริการคุมกำเนิด $+0.644$ จำนวนบุตรที่ต้องการ และสมการพยากรณ์ที่ได้สามารถคาดประมาณความเป็นสมาชิกของกลุ่มได้ถูกต้องร้อยละ 59.49 เป็นต้น

วราพร วันไชยธนวงศ์ (2532:บทคัดย่อ) ทำการศึกษา “ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการคุมกำเนิดของสตรีชาวเขาเผ่าม้ง และเผ่ากะเหรี่ยง” การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้บริการคุมกำเนิดของสตรีชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง ปัจจัยที่นำมาศึกษาประกอบด้วย ตัวแปรทางด้านประชากร ตัวแปรทางด้านสังคม และตัวแปรทางด้านสุขภาพดังนี้ อายุของสตรี อายุของสามี จำนวนครั้งของการแต่งงาน อายุแรกสมรส จำนวนบุตรชาย จำนวนบุตรที่มีชีวิต จำนวนบุตรในอุดมคติ ความต้องการบุตรหญิง ความต้องการบุตรชาย เผ่า จังหวัด ความคิดเห็นในการให้การศึกษาแก่บุตรหญิง และความคิดเห็นในการให้การศึกษาแก่บุตรชาย การได้รับการดูแลก่อนคลอด ผู้ทำคลอด ประสบการณ์การคลอด การได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยักขณะตั้งครรภ์ ความรู้เรื่องวัคซีนป้องกันโรคฉี่หนู โรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอ และหัด และสถานะภาพการฉีดวัคซีนของลูก ใช้ข้อมูลสตรีวัยเจริญพันธุ์ชาวเขาเผ่าม้ง และเผ่ากะเหรี่ยง อายุ 15 - 49 ปี ที่แต่งงานแล้ว จำนวน 2,155 ราย จากการสำรวจการยอมรับบริการอนามัยครอบครัวชาวเขา พ.ศ.2529 พบว่าตัวแปรทางด้านประชากร ได้แก่ อายุภรรยา อายุสามี จำนวนบุตรชาย จำนวนบุตรที่มีชีวิต จำนวนบุตรในอุดมคติ ความต้องการบุตรชาย และความต้องการบุตรหญิง มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการคุมกำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) ตัวแปรทางด้านสังคม ได้แก่ เผ่า จังหวัด ความคิดเห็นในการให้การศึกษาแก่บุตรชาย และความคิดเห็นในการให้การศึกษาแก่บุตรหญิง มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการคุมกำเนิดอย่างมีนัยสำคัญ ($P < .01$) และตัวแปรทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การได้รับการดูแลก่อนคลอด ประสบการณ์การคลอด ความรู้เรื่องวัคซีนป้องกันโรคฉี่หนู โรค คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอ และหัด และสถานะภาพการฉีดวัคซีนของลูก มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการคุมกำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) พบว่าอายุภรรยา สถานะภาพการฉีดวัคซีนของลูก มีผลปฏิสัมพันธ์ร่วมกันกับการใช้ การคุมกำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) และเผ่า กับสถานะภาพการฉีดวัคซีนของลูก มีปฏิสัมพันธ์ กับการใช้การคุมกำเนิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$)

สมควร ใจกระจ่าง (2540:บทคัดย่อ) ทำการศึกษา “ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรม การรับบริการคุมกำเนิดของชาวเขาเผ่าม้ง” การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการคุมกำเนิดของสตรีชาวเขาเผ่าม้ง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นสตรีชาวเขา เผ่าม้งที่กำลังคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่งอยู่ อายุ 15 - 44 ปี จำนวน 341 คน อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย แม่ฮ่องสอน น่าน และตาก กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีการสัมภาษณ์ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และทดสอบความสัมพันธ์ ด้วย Chi-Square พบว่า ข้อมูลทั่วไปของสตรีที่คุมกำเนิด มีอายุเฉลี่ย 30.3 ปี อยู่ในครัวเรือนที่มีสมาชิกเฉลี่ย 10.5 คน อาชีพ ทำไร่ ทำสวน นับถือศาสนาพุทธ และไม่ได้เรียนหนังสือเป็นส่วนใหญ่ แต่งงานครั้งแรกเมื่ออายุเฉลี่ย 16.5 ปี ตั้งครรภ์ครั้งแรกอายุเฉลี่ย 17.5 ปี จำนวนการตั้งครรภ์ โดยเฉลี่ย 5 ครั้ง คลอด 4.7 ครั้ง อายุของบุตรคนหลังสุดเฉลี่ย 3.5 ปี มีบุตรที่มีชีวิตอยู่ในปัจจุบันเฉลี่ย 4.3 คน เพศชาย 2.4 คน เพศหญิง 1.9 คน และเลี้ยงลูกด้วยนมตนเองโดยเฉลี่ย 20 เดือน ความต้องการบุตร(บุตรในอุดมคติ)โดยเฉลี่ย 4.7 คนสอดคล้องกับจำนวนการคลอดโดยเฉลี่ย และมีความต้องการบุตรชายมากกว่าหญิงเฉลี่ย 2.7 คน และ 2.2 คน ตามลำดับ ข้อมูลการวางแผนครอบครัว พบว่า สามีสัมพันธ์ร่วมในการกำหนดจำนวนบุตรถึง ร้อยละ 83.9 ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์การคุมกำเนิดมาก่อน การตั้งครรภ์ครั้งแรก และหลังมีบุตรคนแรก วิธีคุมกำเนิดที่กำลังใช้คือ ยาเม็ดคุมกำเนิดร้อยละ 15.3 ยาฉีดคุมกำเนิด ร้อยละ 46.3 ยาฝังคุมกำเนิดร้อยละ 8.5 หมันหญิงร้อยละ 29.3 แต่มีห่วงอนามัยเพียงร้อยละ 0.6 เหตุผลที่ตัดสินใจคุมกำเนิด เพราะมีบุตรเพียงพอแล้วเป็นส่วนใหญ่ รองลงมาเพื่อเว้นระยะการมีบุตร และส่วนใหญ่ก็มีความพึงพอใจในวิธีคุมกำเนิดที่ใช้ สถานที่รับบริการคุมกำเนิด คือ โรงพยาบาล ร้อยละ 44.2 สถานีอนามัยร้อยละ 37.0 ที่คลินิก หรือโรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 5.6 ระยะทางจากสถานบริการถึงหมู่บ้าน มากกว่า 30 กิโลเมตร และเดินทางด้วยรถยนต์รับจ้างเป็นส่วนใหญ่ และส่วนใหญ่จะเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ได้รับคำแนะนำในการรับบริการวิธีคุมกำเนิดจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ รองลงมาคือสามี ร้อยละ 43.7, 19.4 ตามลำดับ และเกือบทั้งหมด สามีเห็นด้วยในการคุมกำเนิด แต่พ่อแม่สามีมีส่วนร่วมในการคุมกำเนิดน้อย แหล่งความรู้ ที่ได้รับเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิด จากสถานีอนามัย/สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ร้อยละ 43.4 ผู้ให้ความรู้เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 71.0 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับบริการคุมกำเนิดกับปัจจัยต่างๆ พบว่า อายุสตรี อายุสามี การนับถือศาสนา ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวนบุตรมีชีวิต จำนวนบุตรชาย จำนวนการคลอดของสตรี ผู้ทำคลอด แหล่งความรู้ แหล่งให้บริการ การรับบริการตรวจหลังคลอด ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และค่าใช้จ่ายในการรับบริการ มีความสัมพันธ์กับการรับบริการคุมกำเนิดแต่ละวิธีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ