

3-1-2533

## ความเสียหายอันเนื่องมาจากการทำหมั้นในประเทศไทย

พิชิต พัทธ์กะ เทพสมชัย

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/jdm>



Part of the [Demography, Population, and Ecology Commons](#)

---

This Article is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Journal of Demography by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact [ChulaDC@car.chula.ac.th](mailto:ChulaDC@car.chula.ac.th).

## ความเสียหายอันเนื่องมาจากการทำหมันในประเทศไทย

พิชิต พัทธ์เทพสมบัติ\*

### 1. คำนำ

สถิติการทำหมันของประชากรไทยได้เพิ่มขึ้นเรื่อยๆตั้งแต่ปี พ.ศ. 2508 กล่าวคือ มีสตรีทำหมัน 36,000 ราย ระหว่างปี พ.ศ. 2508-2510 ในขณะที่ในปี พ.ศ. 2528 เพียงปีเดียวมีสตรีทำหมันถึง 160,000 ราย การทำหมันชายก็ได้เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน นั่นคือเพิ่มจาก 3,000 ราย ในปี พ.ศ. 2516 เป็น 37,000 ราย ในปี พ.ศ. 2528 แผนประชากร ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 ได้ตั้งเป้าหมายไว้ว่าจะให้มีผู้รับบริการวางแผนครอบครัวรายใหม่จำนวน 6.65 ล้านราย ในจำนวนนี้ได้กำหนดให้เป็นการทำหมัน 995,000 ราย หรือร้อยละ 14.3 ของทุกวิธี ถึงแม้แผนประชากรในแผนพัฒนาฉบับที่ 6 จะไม่ได้เน้นการให้บริการวิธีการคุมกำเนิดแบบถาวรเช่นเดียวกับที่เคยเน้นในแผนพัฒนาฉบับที่ 4 และ 5 ก็ตาม แต่แผนปฏิบัติการการให้บริการวางแผนครอบครัวของกระทรวงสาธารณสุขได้กล่าวไว้ว่า "จะส่งเสริมให้คู่สมรสที่มีบุตรตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปใช้วิธีถาวร กึ่งถาวร" ในขณะเดียวกันแผนพัฒนาฉบับที่ 6 ได้ตั้งเป้าหมายไว้ว่าจะให้อัตราเพิ่มประชากรลดเหลือเพียงร้อยละ 1.3 ในปลายปี พ.ศ. 2534 และให้อัตราการคงใช้(การคุมกำเนิด) ในบรรดาสตรีที่สมรสแล้วอายุไม่เกิน 49 ปี และกำลังอยู่กินกับสามีเพิ่มเป็นร้อยละ 75 การทำหมันได้มีบทบาทและจะมีบทบาทต่อไปในการลดอัตราเพิ่มของประชากร และเพิ่มอัตราการคงใช้

จากการที่อัตราส่วนของการทำหมันได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.6 ในปี พ.ศ. 2512/13 เป็นร้อยละ 27.9 ในปี พ.ศ. 2530 และจากการที่มีผู้ทำหมันเป็นจำนวนมากในแต่ละปี จึงมีทั้งผู้ที่พึงพอใจและเสียใจจากการทำหมันในทางปฏิบัติจึงเป็นเรื่องที่สำคัญที่จะต้องทำให้ผู้ที่ทำหมันไปแล้วเกิดความพึงพอใจมากที่สุดหรือเกิดความเสียหายน้อยที่สุด เพราะความรู้สึกเช่นนี้จะมีผลเป็นอย่างยิ่งต่อคู่สมรสที่จะมารับบริการในอนาคต

\*รองศาสตราจารย์ คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

ผู้เขียนขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุวัฒนา วิบูลย์เศรษฐ์ สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่กรุณา

## 2. วัตถุประสงค์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ 2 ประการคือ

1. ศึกษาปรากฏการณ์ทั่วไป (prevalence) ของความรู้สึกเสียใจหลังจากที่ทำหมันแล้วว่ามีมากน้อยเพียงไร เหตุผลและปัจจัยบางประการที่อาจจะมีผลต่อความรู้สึกเช่นนี้ (Reasons and correlates)
2. ศึกษาในแง่ระเบียบวิธีวิจัย นั่นคือการใช้คำถามในลักษณะที่แตกต่างกัน มีผลต่อคำตอบหรือไม่เพียงไร

## 3. แหล่งข้อมูล

การวิเคราะห์ครั้งนี้อาศัยข้อมูลจากโครงการวิจัย 5 โครงการ ที่ดำเนินการโดยสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งผู้เขียนเป็นผู้ดำเนินการวิจัย 4 โครงการแรก และทำการวิเคราะห์ข้อมูลของโครงการที่ 5

1. โครงการทำหมันหญิงหลังคลอดโดยพยาบาลที่ได้รับการอบรมแล้ว ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อปี พ.ศ. 2529 สำหรับรายละเอียดของการสุ่มตัวอย่างดูได้จาก พัทธกา ปิยะภิญโญ (รายงานการประชุม 5th Fertility Research Investigator's Meeting โครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข และสมาคมส่งเสริมโครงการวิจัยทางเจริญพันธุ์แห่งประเทศไทย หน้า 20) ในแง่ของความเป็นตัวแทนของตัวอย่างที่ศึกษา (Representation) นั้น คงไม่อาจกล่าวได้ว่าเป็นตัวแทนระดับใด เพราะโครงการดังกล่าวมีวัตถุประสงค์ที่จะประเมินผลว่าพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมทำหมันหญิงหลังคลอด สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิภาพเท่ากับการทำหมันของแพทย์หรือไม่ ตัวอย่างของโครงการนี้คือสตรีที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ เช่นเดียวกับกับตัวอย่างของโครงการที่ 2-5 แต่แตกต่างกันในแง่ที่ว่าสตรีกลุ่มนี้คือผู้ที่มารับบริการทำหมันที่โรงพยาบาล ในขณะที่สตรีตัวอย่างของโครงการที่ 2-5 นั้นเป็นสตรีที่ตกเป็นตัวอย่างตามกระบวนการสุ่มตัวอย่างในการสำรวจ โครงการนี้มีสตรีที่มารับบริการทำหมันจำนวน 820 คน

2. โครงการวิจัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้การทำหมันของกลุ่มสตรีในเขตชนบท ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พ.ศ. 2530 (รายละเอียดของการเลือกเขตและตัวอย่างดูได้จาก สุวัฒนา วิบูลย์เศรษฐ์ และพิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ เอกสารสถาบันหมายเลข 159/31 สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พฤศจิกายน 2531 หน้า 2-5) ในแง่ของความเป็นตัวแทนของตัวอย่างที่ศึกษา ผู้วิจัยเชื่อมั่นว่าสามารถเป็นตัวแทนของประชากรภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้ในระดับหนึ่ง เพราะได้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ Multi-Stages Sampling

3. โครงการวิจัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้การทำหมันของกลุ่มสตรีในเขตชนบทของภาคใต้ พ.ศ. 2531 (รายละเอียดของการเลือกเขตและตัวอย่างดูได้จาก พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และสุวัฒนา วิบูลย์เศรษฐ์, เอกสารสถาบันหมายเลข 160/31 สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พฤศจิกายน 2531 หน้า 2-4) เช่นเดียวกับโครงการที่ 2 ผู้วิจัยเชื่อมั่นว่าตัวอย่างที่ศึกษาสามารถเป็นตัวแทนของประชากรภาคใต้ได้ในระดับหนึ่ง เพราะใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างเช่นเดียวกัน

4. โครงการวิจัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้การทำหมันของกลุ่มสตรีในเขตชนบทของภาคเหนือ พ.ศ. 2532 (รายละเอียดของการเลือกเขตตัวอย่างและตัวอย่างดูได้จาก พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และสุวัฒนา วิบูลย์เศรษฐ์, ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้การทำหมันของกลุ่มสตรีในเขตชนบทของภาคเหนือ พ.ศ. 2532) เช่นเดียวกับโครงการที่ 2-3 ผู้วิจัยเชื่อมั่นว่าตัวอย่างที่ศึกษาสามารถเป็นตัวแทนของประชากรภาคเหนือได้ในระดับหนึ่ง เพราะใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเดียวกัน

5. โครงการสำรวจประชากรและการอนามัยในประเทศไทย พ.ศ. 2530 ซึ่งมีการสุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนระดับประเทศ ระดับภาค และกรุงเทพมหานคร รวมทั้งเป็นตัวแทนประชากรในเขตเมืองและเขตชนบทสำหรับรายละเอียดของการสุ่มตัวอย่างดูได้จาก Country Report (Chayovan, Kamnuansilpa and Knodel, 1988)

โดยสรุป ในแง่ของการเป็นตัวแทนประชากร โครงการที่ 2-5 เป็นตัวแทนระดับภาค โครงการที่ 5 ยังเป็นตัวแทนระดับประเทศ เขตชนบทและเขตเมือง ในแง่ของเนื้อหาโครงการที่ 1-4 ศึกษาเฉพาะเรื่องการทำหมัน ในขณะที่โครงการที่ 5 การทำหมันเป็นเนื้อหาเพียงส่วนหนึ่ง ในแง่ของตัวอย่างทั้ง 5 โครงการศึกษาศรีที่สมรสแล้ว มีอายุ 15-49 ปี และกำลังอยู่กับสามี

นอกจากนี้โครงการที่ 1-4 ได้ใช้คำถามเดียวกันในการถามเรื่องความพึงพอใจและความเสียใจ\* ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาเปรียบเทียบ

#### 4. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง\*\*

เป็นที่ทราบกันดีว่าการทำหมันเป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดความกลัว จึงมักเป็นวิธีที่ใช้กันเมื่อสตรีหรือคู่สมรสต้องการยุติการมีบุตรหรือมีบุตรพอแล้ว หรือมีมากกว่าจำนวนที่ต้องการแล้ว ในบรรดาวิธีคุมกำเนิดไม่ว่าเป็นวิธีชั่วคราวหรือถาวร อาจก่อให้เกิดความไม่พอใจได้ เช่นในบรรดาวิธีชั่วคราวก็มักจะมีผลข้างเคียงต่างๆ จนบางครั้งสตรีผู้ใช้ต้องยุติการใช้ หรือเปลี่ยนไปใช้วิธีอื่นๆ สำหรับวิธีถาวรคือการทำหมัน ถึงแม้สตรีจะใช้เวลาในการตัดสินใจค่อนข้างนานกว่าและตั้งอยู่บนพื้นฐานของเหตุผลที่หนักแน่นกว่า เช่น รองนกว่ามีบุตรตามจำนวนที่ต้องการแล้ว ความไม่พอใจ ความเสียใจก็ย่อมมีโอกาสเกิดขึ้นได้เช่นกัน เพราะช่วงเวลาที่ทำหมันแล้วจนถึงอายุที่ไม่สามารถมีบุตรต่อไปได้หรือหมดประจำเดือนอาจจะมีเหตุการณ์บางอย่างเกิดขึ้น เช่น บุตรตาย ต้องมีการมีบุตรเพิ่ม แต่งงานใหม่ เกิดอาการข้างเคียงที่เป็นผลมาจากข่าวลือหรือความเชื่อผิดๆ เช่น เกิดอาการลดสมรรถภาพทางเพศ เป็นต้น

4.1 ปรากฏการณ์ของความเสียใจ (Prevalence) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความเสียใจของประเทศต่างๆ ในทวีปเอเชีย ยุโรป โอเชียเนีย อเมริกาเหนือ และลาตินอเมริกา 16 ประเทศของ Philliber and Philliber พบระดับของความเสียใจดังตารางที่ 1

\*ผู้เขียนขอขอบพระคุณ Dr. Barbara Janowitz แห่ง Family Health Internation, U. S. A. ที่เป็นผู้พัฒนาคำถามเหล่านี้ ในแบบสอบถามของโครงการที่ 1 และต่อมาผู้เขียนได้นำเอาคำถามเหล่านั้นมาใช้ในการทำวิจัยในโครงการที่ 2-4

\*\*ส่วนใหญ่ได้มาจาก Philliber, S.G. and Philliber, W.W., "Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review." *Studies in Family Planning* 16, 1(Jan/Feb 1985): 14-16.

ตารางที่ 1 ความเสียใจอันเนื่องมาจากการทำหมัน

ประเทศและการศึกษา	ประเภทของ การทำหมัน a	ร้อยละที่รายงาน		
		ไม่เสียใจ	คลุมเครือ/เฉยๆ	เสียใจ
<b>Asia</b>				
<b>Bangladesh</b>				
Swenson et al., 1979	F	*	*	<5
<b>Hong Kong</b>				
Lu & Chun, 1967	F	99	0	1
<b>India</b>				
Ayyapan, 1975	M	94	0	6
Balakrishna, 1974	M	*	*	26
Gandotra et al., 1978	M	87	*	*
Grover, 1977	M	93	0	7
Joshi et al., 1979	F	100	0	0
Katti & Hasalkar, 1970	M	95	0	5
Khan et al., 1979	M	-	-	45-49
Khorana & Vyas, 1975	F	92	0	8
Poffenberger & Sheth, 1963	M	97	3	0
Rakshit, 1966	F	80	11	9
Rathore, 1970	M	63	9	28
Sinha et al., 1969	M	80	6	14
Sundaram, 1969	M	100	0	0
<b>Korea</b>				
Lee, 1970	M	82	0	18
<b>Malaysia</b>				
Sivanesaratnam et al., 1974	F	92	5	3
Wolfers et al., 1973	M	91	0	9
<b>Pakistan</b>				
Baker et al., 1981	F	*	3	2
Hassan, 1975	M	21	53	25

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

ประเทศและการศึกษา	ประเภทของ การทำหมัน a	ร้อยละที่รายงาน		
		ไม่เสียใจ	คลุมเครือ/เฉยๆ	เสียใจ
Thailand				
Aribarg & Aribarg, 1982	F	98	*	*
Europe				
Great Britain				
Alderman, 1977	F	*	*	9
Ansari & Francis, 1976	F	57	0	43
Cooper et al., 1981 (6 months)	F	*	*	8
Cooper et al., 1982 (18 months)	F	*	*	11
Cox & Crozier, 1973	F	87	7	6
Curtis, 1979	F	*	*	26
Enoch & Jones, 1976	F	76	21 b	3
Jackson & Avant, 1982	M	100	0	0
Lawson et al., 1979	F	*	*	5
Sim et al., 1973	F	97	0	3
Neill, 1969	F	93	3	4
Smith, 1979	F	*	*	3
Whitehouse, 1969	F	*	*	14
Whitelaw, 1979	F	*	*	5
Sweden				
Kaij & Malmquist, 1965	F	79	17	4
Switzerland				
Barglow & Eisner, 1966	F	94	2	4

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ประเทศและการศึกษา	ประเภทของ การทำหมัน <sup>a</sup>	ร้อยละที่รายงาน		
		ไม่เสียใจ	คลุมเครือ/เฉยๆ	เสียใจ
<b>Oceania</b>				
<b>Australia</b>				
Whitby et al., 1975	M	99	*	*
Wise et al., 1976	F	96	3	1
<b>New Zealand</b>				
Jackson & Lander, 1980	F	81	16 <sup>c</sup>	3
<b>North America</b>				
<b>Jamaica</b>				
Wynter et al., 1979	F	*	*	8
<b>United States</b>				
Adams, 1964	F	93	6	1
Campanella & Wolff, 1975	F	*	*	3
DiMusto et al., 1974	F	95	5	0
Johnson, 1964	M	*	*	20 <sup>b</sup>
Kohli & Sobrero, 1973	M	98	*	*
Kopit & Barnes, 1976	F	86	12	2
Moss, 1975	M	97	1	2
Nash & Rich, 1972	M	99	1	0
Norris, 1964	F	74	17	9
Rubinstein et al., 1979	F	90	5	5
Sacks & LaCroix, 1962	F	82	0	18 <sup>d</sup>
Savage, 1972	M	*	*	1
Truesdale, 1965	M	98	0	2
Uehling & Wear, 1972	M	100	0	0

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

ประเทศและการศึกษา	ประเภทของ การทำหมัน a	ร้อยละที่รายงาน		
		ไม่เสียใจ	คลุมเครือ/เฉยๆ	เสียใจ
<b>Latin America</b>				
<b>Guatemala</b>				
Santiso et al., 1983	M	97	0	3
Santiso et al., 1983	F	94	0	6
<b>Puerto Rico</b>				
Paniagua et al., 1964	F	94	0	5

ที่มา	Philliber and Philliber ..... Table 12
หมายเหตุ	- ไม่ได้ถามในเรื่องนั้นๆ
	* ไม่มีคำตอบ
	a M หมายถึงหมันชาย F หมายถึงหมันหญิง
	b ผู้ป่วยทางจิตเวช
	c เสียใจเป็นบางครั้งบางคราว หรือแทบไม่เสียใจเลย
	d สตรีฯ จาก 100 คนที่ได้ขอให้ทำหมันให้

ข้อมูลจากตารางที่ 1 พบว่าจากการศึกษา 54 เรื่อง (ที่มีคำตอบ) ร้อยละ 13.0 (7 เรื่อง) ไม่เสียใจเลย ร้อยละ 44.4 เสียใจระหว่างร้อยละ 1-5 ร้อยละ 20.4 เสียใจระหว่างร้อยละ 6-9 ร้อยละ 9.3 เสียใจ ร้อยละ 10-19 และที่เสียใจตั้งแต่ร้อยละ 20 ขึ้นไปมีถึงร้อยละ 13.0 โดยสรุปจะเห็นได้ว่าการศึกษาที่ตัวอย่างตอบว่าเสียใจต่ำกว่าร้อยละ 10 มีถึงร้อยละ 77.8 ความเสียใจมีแนวโน้มจากต่ำสุดคือ ไม่มีผู้ตอบว่าเสียใจเลย (ร้อยละ 0) เช่น จากการศึกษาที่อินเดียของ Joshi et al., 1979 การศึกษาในยุโรปของ Jackson & Avant, 1982 การศึกษาของ Nash & Rich, 1972 เป็นต้น และสูงสุดคือร้อยละ 45-49 จากการศึกษาของ Khan et al., 1979 ที่อินเดีย ร้อยละ 43 จากการศึกษาของ Ansari & Francis, 1976 ในยุโรป ร้อยละ 20 จากการศึกษาของ Johnson, 1964 ในอเมริกาเหนือ เป็นต้น

นอกจากนี้ยังพบว่าการศึกษาในประเทศเดียวกัน เช่น ในอินเดีย สหราชอาณาจักร สหรัฐอเมริกา ก็พบแนวโน้มที่แตกต่างกันไปจากระดับต่ำสุดจนถึงระดับสูงสุด ทั้งนี้ น่าจะเกิดจากลักษณะตัวอย่าง ระเบียบวิธีในการวิจัย ระยะเวลาที่ทำการศึกษาที่แตกต่างกัน



4.2 เหตุผลและปัจจัยบางประการที่มีผลต่อความเสียใจ (Reasons and correlates) จากการศึกษาผลการวิจัยหลายๆโครงการในอินเดีย พบว่าผู้ที่ทำหมันชายบ่นว่าร่างกายอ่อนแอลงหลังจากทำหมัน การศึกษาในจีนและฮ่องกงพบว่า ผู้ที่ทำหมันแล้วกลัวเรื่องความจำ อารมณ์ และความพร้อมของร่างกายจะเสื่อมโทรมลง ผู้ที่ประสบกับความยุ่งยากทางร่างกายหลังจากทำหมันแล้ว มีแนวโน้มที่จะมีผลในทางลบต่อสมรรถภาพทางเพศ ผลที่ตามมาคือความเสียใจที่ทำหมัน คู่สมรสที่ทำหมันโดยสมัครใจจะเสียใจน้อยกว่าคู่ที่ต้องทำหมันอันเกิดจากการบังคับด้วยเหตุผลทางการแพทย์ คู่สมรสที่ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดไม่เห็นด้วยกับการทำหมันอาจจะเสียใจในสัดส่วนที่สูงกว่า และเหตุผลที่สำคัญอีก 2 ประการคือ การตายของบุตรหลังจากทำหมันและการสมรสใหม่ทั้งคู่หรือฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดต้องการมีบุตร

4.3 ระเบียบวิธีหรือคำถามที่ใช้วัดความเสียใจ ในการถามเพื่อวัดความเสียใจอันเนื่องมาจากการทำหมัน อาจจะถามได้หลายอย่าง เช่น

1. ถามโดยตรง เช่น "ท่านรู้สึกเสียใจหรือไม่ที่ทำหมันไปแล้ว"

2. ถามทางอ้อม เช่น "รู้สึกพอใจ" (satisfied) "ยินดี" (pleased) หรือ "มีความสุข" (happy) ที่ทำหมันไปแล้ว หรืออาจจะถามไปในทางลบ เช่น "ไม่ยินดี" (dissatisfied หรือ sorry) เป็นต้น

นอกจากนี้ยังอาจจะถาม เช่น "ถ้าสมมติว่ายังไม่ได้ทำหมัน ถ้าจะให้ทำหมันยังจะทำหรือไม่" "ยินดีจะแนะนำให้ผู้อื่นให้ทำหมันหรือไม่" คำถามเหล่านี้จะช่วยวัดความไม่เสียใจ (absence of regret) แต่อย่างไรก็ตาม คำถามเหล่านี้อาจจะได้คำตอบที่คลุมเครือหรือคำตอบที่ต้องมีเหตุผลอธิบายอีกมากกว่าจะเป็นการวัด เช่น คำตอบต่อคำถามที่ว่า "ถ้าสมมติว่ายังไม่ได้ทำหมัน ถ้าให้ทำหมันยังจะทำหรือไม่" จากการวิจัยชิ้นหนึ่งพบว่าร้อยละ 8 ตอบว่าเสียใจ แต่มีเพียงร้อยละ 2.6 ตอบว่า "จะไม่ทำหมัน" หรือคำถามที่ว่า "จะแนะนำให้ผู้อื่นทำหมันหรือไม่" ผู้ตอบอาจจะบอกว่าการทำหมันเป็นเรื่องส่วนตัว และอาจจะรู้สึกว่าจะไม่เหมาะสมที่จะส่งเสริมสนับสนุนคนอื่นให้ทำหมัน

Philliber and Philliber เสนอแนะว่ามาตรวัดแน่นอนที่สุดคือ สัดส่วนของผู้ที่ทำหมันที่ต้องการ "กลับหมัน" (Sterilization reversal) เพื่อให้สามารถมีบุตรได้อีก แต่อย่างไรก็ตามมาตรวัดนี้ก็มีจุดอ่อนที่การที่บางคนไม่ได้แสดงเจตนาว่าอยากกลับหมันก็ไม่ได้หมายความว่าเขาไม่ได้เสียใจ แต่อาจจะเนื่องมาจากว่าไม่ทราบว่ามีการกลับหมันได้ หรือไม่รู้ว่าจะไปรับบริการนี้ได้จากที่ใด

เพราะฉะนั้นการวัดระดับของความเสียใจ ควรจะได้พิจารณาลักษณะของคำถาม การออกแบบคำถามที่ดีก็ควรจะประกอบไปด้วยคำถามทั้งทางตรงและทางอ้อม เพื่อเป็นการยืนยันความสอดคล้องของคำตอบ ซึ่งเป็นการวัดความเสียใจจากหลายมิติหรือหลายคำถาม จะทำให้การวัดนั้นมีความน่าเชื่อถือได้มากยิ่งขึ้น

เป็นเรื่องน่ายินดีที่คำถามในโครงการที่ 1-4 ได้ถามทั้งคำถามโดยตรงและคำถามทางอ้อม ซึ่งมีคำถามต่างๆดังต่อไปนี้

1. ท่านพอใจผลของการทำหมันหรือไม่
2. สามี/ภรรยาของท่านพอใจกับการที่ท่านทำหมันหรือไม่
3. สมมติว่าให้ท่านตัดสินใจใหม่ ท่านจะยังคงรับบริการผ่าตัดทำหมันหรือไม่
4. ท่านคิดที่จะแนะนำให้ใครไปผ่าตัดทำหมันหรือไม่
5. ท่านเคยแนะนำให้ใครไปผ่าตัดทำหมันหรือไม่
6. ท่านเคยรู้สึกเสียใจบ้างไหมที่ท่านทำหมันไปแล้ว
7. อยากทราบว่าสามี/ภรรยาของท่านรู้สึกเสียใจหรือไม่ที่ท่านทำหมันแล้ว

สำหรับการวิเคราะห์ครั้งนี้จะเลือกวิเคราะห์เฉพาะคำถามที่ 1, 3, 6 และ 7 เท่านั้น สำหรับคำถามที่ 4, 5 และ 8 เป็นการวัดทางอ้อม ซึ่งอาจจะเป็นคำถามที่ห่างไกล (peripheral) ที่จะเป็นการยืนยันความเสียใจได้อย่างน่าเชื่อถือ

การถามหลายๆคำถาม อาจจะได้รับคำตอบที่แตกต่างหรือไม่แตกต่างกันได้ เพราะแต่ละคำถามต่างก็มีมิติในการวัดที่อาจจะแตกต่างกันออกไป ตัวอย่างจากการศึกษาที่ปานามาเมื่อปี ค.ศ. 1984 ซึ่งถามเรื่องความเสียใจที่ทำห้หมั้นแล้วและถามเรื่องความต้องการที่จะกลับหมั้น พบว่ามีความแตกต่างกันพอสมควร นั่นคือ ตอบว่าเสียใจร้อยละ 3.0 แต่ร้อยละ 12 ตอบว่าอยากที่จะกลับหมั้น เป็นต้น

## 5. ผลการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ครั้งนี้จะประกอบไปด้วย

1. ปรากฏการณ์ทั่วไป (prevalence) และเหตุของความเสียใจ (reasons) ที่ได้จากโครงการที่ 1-5 ดังที่ปรากฏในตารางที่ 2-4
2. ปัจจัยที่มีผลต่อความเสียใจ (correlates) โดยอาศัยข้อมูลจากโครงการที่ 5 ดังปรากฏในตารางที่ 5
3. ศึกษาระดับความเสียใจจากการถามคำถามต่างๆกัน

### 5.1 ระดับของความเสียใจและเหตุผล

ข้อมูลระดับภาคที่ได้จากโครงการที่ 2-5 พบว่าอัตราความเสียใจของผู้ทำหมั้นเองสูงสุด คือเพียงร้อยละ 11.9 ในภาคใต้ (ร้อยละ 8.5 จากโครงการที่ 3) และต่ำสุดในภาคเหนือคือร้อยละ 3.7 (ร้อยละ 4.7 จากโครงการที่ 4) ข้อมูลระดับภาคและระดับประเทศให้ข้อมูลที่สอดคล้องกัน นั่นคือภาคใต้เป็นภาคที่มีอัตราความเสียใจสูงที่สุด รองลงมาได้แก่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือเป็นภาคที่มีอัตราความเสียใจต่ำสุด และตัวเลขแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย ข้อมูลจากโครงการที่ 5 ยังพบว่าความเสียใจในเขตเมืองมีมากกว่าในชนบท แต่ก็แตกต่างกันไม่มาก

ข้อมูลที่ได้จากโครงการที่ 1 พบว่าอัตราความเสียใจอยู่ในระดับที่ต่ำมากคือ เพียงร้อยละ 2.1 เท่านั้น การที่สตรีเกือบทั้งหมดตอบว่าไม่เคยรู้สึกเสียใจเลยในอัตราส่วนที่มากกว่าจากโครงการอื่นๆ อาจจะเนื่องมาจากการที่สตรีเหล่านี้ตอบคำถามของเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเมื่อกลับมาตรวจร่างกายอีกครั้งหนึ่งหลังจากที่ทำหมั้นไปแล้ว 1 ปี จึงอาจเป็นไปได้ว่าสตรีเหล่านี้จะไม่กล้ารายงานความจริงเท่ากับสตรีที่ตกเป็นตัวอย่างของโครงการที่ 2-5 ซึ่งมีพนักงานสัมภาษณ์ไปสอบถามที่บ้านและอาจจะเนื่องมาจากการที่สตรีเหล่านี้ทำหมั้นจากโครงการที่ 1 ได้รับการดูแลเอาใจใส่ดีกว่า เพราะเป็นโครงการทดลอง นอกจากนี้สตรีเหล่านี้เพิ่งทำหมั้นไปเพียง 1 ปี อาจจะยังไม่มีเหตุการณ์ในชีวิตที่ทำให้เกิดความเสียใจได้มากเท่ากับผู้ที่สัมภาษณ์ในโครงการที่ 2-5 ซึ่งส่วนใหญ่ทำหมั้นมานานกว่า 1 ปี จึงอาจมีบุตรตายไปหรือคู่สมรสตายหรือหย่าร้าง ดังนั้นจึงอยากมีบุตรชดเชยกับบุตรที่เสียชีวิตไปหรือมีบุตรกับคู่สมรสคนใหม่

เหตุผลสำคัญที่ทำให้สตรีเสียใจอันเนื่องมาจากการทำหมั้นของทุกภาค ก็คือความต้องการบุตรเพิ่ม เช่น อยากมีบุตรชายหรือบุตรหญิงเพิ่ม นอกจากนั้นก็จะเป็นเหตุผลทางสุขภาพ เช่นทำงานหนักไม่ได้ ลืมง่าย



เมื่อถามว่าคู่สมรส (ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสามีเพราะการทำหมันกว่าร้อยละ 80 เป็นการทำหมันหญิง) เสียใจหรือไม่ คำตอบก็อยู่ในระดับเดียวกันกับที่ผู้ทำหมันเองตอบว่าเสียใจ และดูเหมือนว่าจะต่ำกว่าเพียงเล็กน้อย เช่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ตอบว่าตัวเองเสียใจมีร้อยละ 6.3 ในขณะที่ตัวเองตอบแทนคู่สมรสและตอบว่าคู่สมรสเสียใจมีเพียงร้อยละ 4.0 เท่านั้น (ดูตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ร้อยละของความเสียใจและเหตุผล

		ร้อยละ
<b>1. ทำหมันหญิงหลังคลอด</b>		
คำถาม "ท่านเคยรู้สึกเสียใจบ้างไหมที่ท่านทำหมันไปแล้ว"		
	ไม่เคยเสียใจ	96.9(660)
	เสียใจ	2.1( 14)
	เพราะต้องการมีบุตรเพิ่ม	57.1(8)
	เหตุผลทางสุขภาพ เช่น เจ็บปวดตามร่างกาย	
	กลัวลูกตาย	28.6(4)
	เหตุผลอื่นๆ กลัวไม่มีแรงงาน กลัวสามีไปแต่งงานใหม่	14.3(2)
	ไม่ตอบ	1.0( 7)
คำถาม "สามีของท่านเคยรู้สึกเสียใจหรือไม่ที่ท่านทำหมันแล้ว"		
	ไม่เคยเสียใจ	96.2(655)
	เสียใจ	2.1( 14)
	เพราะต้องการมีบุตรเพิ่ม	64.3(9)
	เพราะเหตุผลทางสุขภาพ เช่น เจ็บปวด	28.6(4)
	ไม่สามารถช่วยสามีทำงานหนักได้	7.1(1)
	ไม่ตอบ	1.6( 11)
<b>2. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ</b>		
คำถาม "ท่านเคยรู้สึกเสียใจบ้างไหมที่ท่านทำหมันไปแล้ว"		
	ไม่เคยเสียใจ	93.7(164)
	เสียใจ	6.3( 11)
	เพราะอยากมีบุตรเพิ่ม	54.5(6)
	เพราะเหตุผลทางสุขภาพ	45.5(5)

## ตารางที่ 2 (ต่อ)

ร้อยละ

คำถาม "อยากทราบว่า สามี/ภรรยาของท่านรู้สึกเสียใจหรือไม่ที่ท่านทำหมั้นแล้ว"		
ไม่เคยเสียใจ	96.0(168)	
เสียใจ	4.0( 7)	
เพราะอยากมีบุตรเพิ่ม		100.0( 7)
3. ภาคใต้		
คำถาม "ท่านเคยรู้สึกเสียใจบ้างไหมที่ท่านทำหมั้นไปแล้ว"		
ไม่เคยเสียใจ	88.7(125)	
เสียใจ	8.5( 12)	
เพราะอยากมีบุตรเพิ่ม		83.3(10)
เพราะเหตุผลทางสุขภาพ เช่น ลืมง่าย		16.7( 2)
ไม่ตอบ ไม่ทราบ	2.8( 4)	
คำถาม "อยากทราบว่า สามี/ภรรยาของท่านรู้สึกเสียใจหรือไม่ที่ท่านทำหมั้นแล้ว"		
ไม่เคยเสียใจ	89.4(126)	
เสียใจ	7.1( 10)	
เพราะอยากมีบุตรเพิ่ม		70.0( 7)
เพราะเหตุผลทางสุขภาพ เช่น ทำงานหนักไม่ได้ ป่วยบ่อย		30.0( 3)
ไม่ตอบ ไม่ทราบ	3.5( 5)	
4. ภาคเหนือ		
คำถาม "ท่านเคยรู้สึกเสียใจบ้างไหมที่ท่านทำหมั้นไปแล้ว"		
ไม่เคยเสียใจ	93.9(199)	
เสียใจ	4.7( 10)	
เพราะอยากมีบุตรเพิ่ม		50.0( 5)
เพราะปัญหาสุขภาพ เช่นอ่อนแอ ลืมง่าย		50.0( 5)
ไม่ตอบ	1.4( 3)	

## ตารางที่ 2 (ต่อ)

ร้อยละ

คำถาม "อยากทราบว่า สามี/ภรรยาของท่านรู้สึกเสียใจหรือไม่ที่ท่านทำหมั้นไปแล้ว"		
ไม่เคยเสียใจ	94.8(201)	
เสียใจ	3.8( 8)	
เพราะต้องการมีบุตรเพิ่ม		87.5(7)
เพราะปัญหาสุขภาพ		12.5(1)
ไม่ตอบ ไม่ทราบ	1.4( 3)	

## 5. สํารวจประชากรและการอนามัย

คำถาม "ท่านเสียใจหรือเปล่าที่ตัวท่านเอง (หรือสามีของท่าน)ทำหมั้นแล้ว ซึ่งทำให้มีลูกไม่ได้อีกต่อไป"

กรุงเทพฯ	15.0
ภาคกลาง (ไม่รวมกรุงเทพฯ)	14.6
ภาคเหนือ	3.7(4.7)*
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	10.3(6.3)**
ภาคใต้	11.9(8.5)***
ชนบท	10.4
เมือง	12.6
ทั่วประเทศ	10.9

\*จากข้อ 4. ภาคเหนือ

\*\*จากข้อ 2. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

\*\*\*จากข้อ 3. ภาคใต้

เพื่อเป็นการตรวจสอบคำตอบของคำถาม "ความเสียใจ" จึงได้นำคำตอบของคำถาม "ความพอใจ" และ "ถ้าต้องตัดสินใจใหม่" มาเสนอในตารางที่ 3 และ 4 พบว่าผู้ทำหมั้นไปแล้วเกือบทั้งหมดตอบว่าพอใจผลของการทำหมั้น (ตารางที่ 3) ผู้ที่ทำหมั้นแล้วในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราความพอใจสูงสุดคือร้อยละ 98.9 และต่ำสุดในภาคใต้คือ ร้อยละ 93.4 ซึ่งนับว่าสอดคล้องกับคำตอบในเรื่องความเสียใจเป็นอย่างมาก ถึงแม้ว่าตัวเลข "ไม่พอใจ" และ "เสียใจ" อาจจะไม่เท่ากันแต่แทบจะไม่แตกต่างกันเลย เพราะในแง่ของภาษา คำสองคำนี้อาจจะไม่ใช่สิ่งเดียวกันทั้งหมด เพราะฉะนั้นความแตกต่างแต่เพียงเล็กน้อยจึงน่าจะถือได้ว่าเป็นเรื่องปกติ

## ตารางที่ 3 ร้อยละของความพึงพอใจเนื่องจากการทำหมัน

โครงการ	ร้อยละ
<b>1. ทำหมันหญิงหลังคลอด</b>	
พอใจ	98.8(661)
ไม่พอใจ	1.2( 8)
<b>2. ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา</b>	
พอใจ	98.9(173)
ไม่พอใจ	1.1( 2)
<b>3. ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา</b>	
พอใจ	93.4(128)
ไม่พอใจ	6.6( 9)
<b>4. ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา</b>	
พอใจ	94.8(199)
ไม่พอใจ	5.2( 11)

หมายเหตุ โครงการที่ 1 เฉพาะผู้ทำหมันสตรีเท่านั้น

โครงการที่ 2-4 รวมหมันชายจำนวนหนึ่ง

สำหรับรายละเอียดของเหตุผลที่ตอบว่าพอใจได้จากสุวัฒนา วิบูลย์เศรษฐี และพิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ "เหตุผลในการทำหมันและความพึงพอใจอันเนื่องมาจากการทำหมันของคู่สมรสในเขตชนบทของภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา และ ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา" รายงานการวิจัยเสนอต่อ 8th Fertility Research Investigators's Meeting ณ โรงแรมแอมบาสซาเดอร์ซิตี้ จอมเทียน 16-17 กันยายน 2532

ข้อมูลในตารางที่ 4 ยังเป็นการยืนยันความน่าเชื่อถือของความเสียใจในระดับที่ต่ำในตารางที่ 2 และจากตัวเลขนี้ยังชี้ให้เห็นว่ามีผู้ทำหมันแล้วจำนวนหนึ่งที่ตอบว่าเสียใจ แต่ถ้าต้องตัดสินใจใหม่ก็ยังคงยืนยันที่จะทำหมันอยู่ เพราะตัวเลขที่บอกว่าจะไม่ทำในตารางที่ 4 นี้นต่ำกว่าตัวเลขที่แสดงว่าเสียใจในตารางที่ 2

ตารางที่ 4 ร้อยละของความคิดต่อกำถาม "สมมติว่าให้ท่านตัดสินใจใหม่ ท่านจะยังคงรับบริการผ่าตัดทำหมันหรือไม่"

โครงการ	ร้อยละ
<b>1. ทำหมันหญิงหลังคลอด</b>	
จะทำ	97.7(640)
ไม่ทำ	2.3( 15)
<b>2. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ</b>	
จะทำ	96.0(167)
ไม่ทำ	4.0( 7)
<b>3. ภาคใต้</b>	
จะทำ	91.2(124)
ไม่ทำ	8.8( 12)
<b>4. ภาคเหนือ</b>	
จะทำ	96.1(609)
ไม่ทำ	3.9( 25)

#### 5.2 ปัจจัยที่มีผลต่อความเสียใจ

การวิเคราะห์ในส่วนนี้ ใช้ข้อมูลจากโครงการที่ 5 เท่านั้น เพราะมีจำนวนตัวอย่างมากพอเพียง ปัจจัยที่นำมาวิเคราะห์ได้แก่ประเภทของการทำหมัน ประเภทของการทำหมันหญิงหลังคลอด จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ในปัจจุบัน จำนวนบุตรในเชิงเปรียบเทียบ จำนวนบุตรที่ตายหลังจากทำหมัน การศึกษาของสามี การศึกษาของภรรยา ศาสนา อาชีพของสามี สถานภาพการทำงานของภรรยา

ผลการวิเคราะห์พบว่าสตรีซึ่งเป็นผู้รับบริการทำหมัน ตอบว่าเสียใจมากกว่าสตรีที่สามีเป็นผู้ทำหมัน นั่นคือร้อยละ 11.7 และ 7.7 เหตุที่เป็นเช่นนี้อาจจะเนื่องมาจากสตรีอาจจะรู้สึกเกรงใจสามีมากกว่า เพราะการที่จะบอกว่าเสียใจ อาจจะเหมือนกับการไปชี้ให้เห็นว่าสามีทำหมันไปแล้ว เป็นสิ่งที่ไม่ดีจนทำให้ตัวเองเสียใจ

สตรีที่ทำหมันเนื่องมาจากการคลอดครั้งสุดท้ายเป็นการคลอดโดยผ่าตัดออกทางหน้าท้อง จะตอบว่าเสียใจมากกว่าการทำหมันจากการคลอดตามธรรมชาติเกือบเป็นสองเท่า ถ้าเปรียบเทียบระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบท สตรีที่ทำหมันเนื่องมาจากการคลอดครั้งสุดท้ายเป็นการคลอดโดยผ่าตัดออกทางหน้าท้องในเขตชนบทจะตอบว่า เสียใจมากกว่าสตรีในเขตเมือง การที่สตรีคลอดครั้งสุดท้ายโดยการผ่าตัดออกทางหน้าท้อง เสียใจในระดับที่สูงกว่าการทำหมันประเภทอื่นๆ นับว่าเป็นเรื่องที่น่าสนใจหรือเป็นไปได้ที่คาดหมาย เพราะสตรีในกลุ่มนี้จำนวนหนึ่งอาจจะมิบุตรน้อยกว่าจำนวนที่ต้องการ แต่ต้องทำหมันด้วยเหตุผลทางการแพทย์

สตรีที่มีจำนวนบุตรน้อยที่สุดคือ ไม่มีเลยหรือมีเพียง 1 คนเท่านั้น ตอบว่าเสียใจสูงสุดคือร้อยละ 31.0 แล้วลดลงเป็นร้อยละ 4.7 ในสตรีที่มีบุตร 5 คนขึ้นไป หรือน้อยกว่าผู้ที่มียุทธน้อยที่สุดเกือบ 7 เท่า สตรีที่ทำหมันไปแล้วแต่มีจำนวนบุตรน้อยกว่าจำนวนที่ต้องการตอบว่าเสียใจสูงสุดคือ ร้อยละ 34.7 ในขณะที่ผู้ที่มีจำนวนบุตรที่มีอยู่ในปัจจุบันเท่ากับ หรือมีมากกว่าจำนวนที่ต้องการตอบเสียใจเพียงร้อยละ 3.2 และ 4.8 ตามลำดับ ผู้ที่มีบุตรตายหลังจากทำหมันตอบเสียใจในอัตราที่สูงกว่าผู้ที่ไม่มียุทธตายเลย

การศึกษาของสตรีหรือของสามีต่างก็มีผลในทางบวกต่อความเสียใจ นั่นคือ ร้อยละของความเสียใจเพิ่มขึ้นตามระดับการศึกษา เช่นสตรีที่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับประถมตอบว่าเสียใจร้อยละ 7.9 แต่สตรีที่มีการศึกษาสูงกว่ามัธยมตอบว่าเสียใจร้อยละ 20.2 ดูเหมือนว่าการศึกษาของสตรีจะมีอิทธิพลต่อความเสียใจมากกว่าการศึกษาของสามี ผู้ที่ทำหมันแล้วที่นับถือศาสนาอิสลาม ตอบว่าเสียใจในสัดส่วนที่สูงกว่า ผู้ที่ทำหมันแล้วที่นับถือศาสนาพุทธ และคริสต์

สตรีที่ทำหมันแล้วที่สามีประกอบอาชีพเกษตรกรรม ตอบว่าเสียใจในสัดส่วนน้อยกว่าสตรีที่สามีประกอบอาชีพอื่นที่ไม่ใช่เกษตรกรรม สถานภาพในการทำงานของภรรยาที่มีผลต่อความเสียใจในทำนองเดียวกันกับที่พบในกลุ่มอาชีพของสามี

ตารางที่ 5 ร้อยละของความเสียใจของคู่ที่ทำหมันแล้วที่ภรรยาอายุ 15-49 ปี จำแนกตามลักษณะต่างๆ

	รวม	ชนบท	เมือง
<b>ประเภทของการทำหมัน</b>			
หญิง	11.7	11.2	13.3
ชาย	7.7	7.3	9.5
<b>ประเภทของการทำหมันหญิงหลังคลอด</b>			
หมัน ( เบี่ยง )	11.3	11.1	12.1
ธรรมชาติ	10.0	9.8	11.0
ผ่าตัด	22.1	24.9	17.0
หมัน ( แห้ง )	13.5	12.2	17.8
<b>จำนวนบุตร</b>			
0-1 คน	31.0	( 36.2 )	-
2 คน	16.8	16.3	18.4
3 คน	9.5	9.1	10.9
4 คน	6.4	6.5	6.0
5 คนขึ้นไป	4.7	4.2	7.6



## ตารางที่ ๕ (ต่อ)

	รวม	ชนบท	เมือง
<b>จำนวนบุตรในเชิงเปรียบเทียบ</b>			
มีน้อยกว่า	34.7	34.6	35.0
มีเท่ากับ	3.2	2.5	6.1
มีมากกว่า	4.8	4.4	6.2
<b>จำนวนบุตรที่ตายหลังจากทำหมัน</b>			
ไม่มี	10.2	9.7	(12.0)
1 คนขึ้นไป	27.7	(27.2)	(29.8)
<b>การศึกษาของสตรี</b>			
0-3 ปี	7.9	7.6	9.3
4-6 ปี	10.9	10.4	13.6
มัธยม	11.2	12.7	9.9
สูงกว่ามัธยม	20.2	(26.3)	15.4
<b>การศึกษาของสามี</b>			
0-3 ปี	6.3	6.2	(6.4)
4-6 ปี	11.0	10.4	14.8
มัธยม	10.9	12.9	8.5
สูงกว่ามัธยม	13.8	(10.2)	16.4
<b>ศาสนา</b>			
พุทธ	10.8	10.4	12.5
อิสลาม	(22.3)	(23.5)	(20.5)
คริสต์	(3.1)	-	-
<b>อาชีพของสามี</b>			
เกษตรกรรม	8.5	8.4	(15.9)
ไม่ใช่เกษตรกรรม	13.8	14.6	12.6

## ตารางที่ 5 (ต่อ)

	รวม	ชนบท	เมือง
<b>สถานภาพการทำงานของภรรยา</b>			
ทำงานเกี่ยวกับการเกษตร	7.8	7.9	-
ทำงานที่ไม่เกี่ยวกับการเกษตร	13.6	13.2	14.4
ไม่ได้ทำงาน	10.9	11.1	10.1

**หมายเหตุ** ในกรณีที่จำนวนตัวอย่างจากการสุ่มฯ ที่ยังไม่ได้ให้น้ำหนักน้อยกว่า 20 ราย จะไม่เสนอผล แต่ถ้าจำนวนตัวอย่างอยู่ระหว่าง 20-49 ราย เสนอผลในวงเล็บ ตัวเลขในตารางเป็นตัวเลขที่คำนวณได้จากการสุ่มฯ ที่ได้ให้น้ำหนักแล้ว

**ที่มา** พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และบาร์บารา จาโนวิทซ์, "การทำหมันในประเทศไทย," เอกสารประกอบการสัมมนาผลการวิเคราะห์ข้อมูลขั้นที่สอง โครงการสำรวจประชากรและการอนามัยในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2530, สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรกฎาคม 2532, ตารางที่ 11

### 5.3 การใช้คำถามหลายๆคำถาม มีผลต่อคำตอบอย่างไร

ในแง่ทฤษฎีการใช้คำถามหลายๆคำถาม (Triangulation of question) น่าจะเป็นผลดีต่อการวัดแนวคิดใดแนวคิดหนึ่ง เช่น ความเสียใจ มากกว่าการใช้คำถามเดียว แต่การคาดหวังผลที่ได้จากแต่ละคำถามตรงกันคงจะเป็นเรื่องที่ไม่สมเหตุสมผลนัก แต่อย่างไรก็ตามถ้าเกิดความแตกต่างกันมากพอสมควรก็คงจะก่อให้เกิดคำถามได้ จึงเป็นหน้าที่ของนักวิจัยที่จะเลือกใช้คำตอบจากคำถามใดคำถามหนึ่ง หรือหลายๆ คำถามที่ผู้วิจัยมีความเชื่อมั่นในแง่ระเบียบวิธีวิจัย หรือคำตอบที่จะช่วยแก้ปัญหาในทางปฏิบัติได้ดีกว่า

การศึกษาที่ประเทศปานามา เมื่อปี ค.ศ. 1984 ได้แสดงให้เห็นแล้วว่าเมื่อถามคำถามในมิติที่ต่างกัน ทั้งที่เป็นความพยายามที่วัดสิ่งเดียวกันคือ "ความเสียใจ" ก็ได้รับคำตอบที่แตกต่างกันมากพอสมควร (ร้อยละ 9)

การศึกษาในโครงการที่ 1-4 ได้ใช้คำถามหลัก 7 คำถาม (ถึงแม้คำถามที่ว่า "ถ้าให้ตัดสินใจใหม่..." จะไม่ใช่คำถามเดียวกันกับ "ความต้องการที่จะให้มีการกลับหมั้น" ในการศึกษาของปานามา) แต่ได้คำตอบที่ใกล้เคียงกันมาก และที่น่าสังเกตอย่างยิ่งคือในคำถามที่ว่า "ถ้าให้ตัดสินใจใหม่..." มีผู้ที่จะไม่ทำในอัตราส่วนที่ต่ำกว่าเมื่อตอบว่าเสียใจเสียอีก ยิ่งน่าจะเป็นการยืนยันคำตอบเรื่อง "เสียใจหรือไม่เสียใจ" ได้เป็นอย่างดี

หลายท่านอาจจะตั้งคำถามว่าทำไมคำตอบต่อคำถามเหล่านี้จึงสอดคล้องกันเป็นอย่างดี จะเป็นเพราะว่าลำดับของคำถามเหล่านี้อยู่ใกล้เคียงกันมากจนทำให้ผู้ตอบต้องพยายามตอบให้สอดคล้องกันเป็นแนวเดียวกัน คำอธิบายเช่นนี้ก็คงจะไม่มีน้ำหนักเท่าใด เพราะในแง่ทฤษฎีของการเขียนคำถาม ลำดับของคำถามควรจะต่อเนื่องกันไปอย่างไม่ติดขัด (flow smoothly) ตามเนื้อหาของคำถาม เพื่อไม่ให้เกิดการขาดขั้นตอนในการถาม-การตอบ และยังคงเป็นการช่วยให้ผู้ตอบให้คำตอบได้ดียิ่งขึ้น เพราะฉะนั้นการนำคำตอบของหลายๆคำถามมาเสนอในตารางที่ 2-4 จึงเป็นการช่วยย้ำความน่าเชื่อถือของคำถามแต่ละคำถามได้มากยิ่งขึ้น

## 6. สรุป

จากการศึกษาครั้งนี้โดยใช้ข้อมูลจาก 5 โครงการวิจัย ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกันในเรื่องเนื้อหาที่ศึกษา แต่แตกต่างกันในแง่ของระดับของการเป็นตัวแทน พบว่าอัตราหรือระดับความเสียใจอันเนื่องมาจากการทำหมันของผู้ที่ทำหมันแล้ว หรือของกลุ่มสมรสอยู่ในระดับต่ำ และต่ำสุดในภาคเหนือ และสูงสุดในภาคใต้ เหตุผลสำคัญที่สุดที่ทำให้สตรีเสียใจคือความต้องการบุตรเพิ่ม และปัญหาสุขภาพ ผู้ที่ทำหมันแล้วในชนบทจะเสียใจน้อยกว่าผู้ที่ทำหมันในเมือง แต่ก็ไม่แตกต่างกันมากนัก นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มีลักษณะต่อไปนี้มีส่วนที่ตอบว่าเสียใจมากกว่า นั่นคือ ผู้ที่ทำหมันเนื่องมาจากการคลอดครั้งสุดท้ายโดยการผ่าออกทางหน้าท้อง ผู้ที่มีบุตรมีชีวิตในปัจจุบันจำนวนน้อย มีบุตรน้อยกว่าจำนวนที่ต้องการ ผู้ที่มีบุตรตายหลังจากทำหมัน และผู้ที่มีการศึกษาสูงๆ

จากเหตุผลที่ทำให้ผู้รับบริการทำหมันเสียใจที่สำคัญ (ตารางที่ 2) และปัจจัยที่มีผลต่อความเสียใจ (ตารางที่ 5) เช่น ประเภทของการผ่าตัด เรื่องจำนวนบุตรที่มี ระดับการศึกษา คงจะเป็นการยากที่ทางโครงการวางแผนครอบครัวจะหาทางป้องกันหรือคัดเลือก(Screen) คนกลุ่มนี้เมื่อเขาต้องการจะทำหมัน ความเสียใจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายหลังการทำหมันแล้ว และแม้กระทั่งเรื่องสุขภาพที่เป็นเหตุผลของความเสียใจในระดับรองลงมา ก็เชื่อว่าจะสืบเนื่องมาจากการทำหมันเพียงประการเดียว เพราะมีสาเหตุต่างๆมากมายที่จะกระทบสุขภาพได้ แต่อย่างไรก็ตาม การให้คำปรึกษาและการให้ความรู้ที่ดีทั้งก่อนและหลังการทำหมันอาจจะช่วยลดความเสียใจที่เกิดจากเหตุผลทางสุขภาพได้บ้าง

## เอกสารอ้างอิง

พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และสุวัฒนา วิบูลย์เศรษฐ์.

- 2531 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้การทำหมันของคู่สมรสในเขตชนบทของภาคใต้ พ.ศ. 2531. เอกสารสถาบันหมายเลข 160/31. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ และสุวัฒนา วิบูลย์เศรษฐ์.

- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้การทำหมันของคู่สมรสในเขตชนบทของภาคเหนือ พ.ศ. 2532. (เอกสารกำลังอยู่ในระหว่างการจัดพิมพ์).

สุวัฒนา วิบูลย์เศรษฐ์ และพิชิต พิทักษ์เทพสมบัติ.

- 2531 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้การทำหมันของคู่สมรสในเขตชนบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พ.ศ. 2530. เอกสารสถาบันหมายเลข 159/31. กรุงเทพฯ: สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Philliber, S.G. and Philliber, W.W.

- 1985 "Social and Psychological Perspectives on Voluntary Sterilization: A Review." *Studies in Family Planning* 16, 1(Jan/Feb): 14-16.