

PN - AAP - 187

ISA 332100

# CONTRACEPTIVE PREVALENCE SURVEY

การสำรวจสถานะการคุมกำเนิด  
ในประเทศไทย



**THAILAND**  
SUMMARY REPORT

**ประเทศไทย**  
รายงานฉบับย่อ

WESTINGHOUSE HEALTH SYSTEMS

RESEARCH CENTER, NATIONAL INSTITUTE OF DEVELOPMENT ADMINISTRATION

FAMILY HEALTH DIVISION, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

DECEMBER 1978

**This report contains a review of the major findings from the Thailand Contraceptive Prevalence Survey conducted by the National Institute of Development Administration and the Ministry of Public Health, Family Health Division, in November and December 1978. The survey is part of an ongoing worldwide Contraceptive Prevalence Survey (CPS) project designed to institutionalize the monitoring of levels of contraceptive awareness, availability, and use in order to provide an improved data base for evaluating family planning programs. The CPS project is being administered by Westinghouse Health Systems under technical support contracts with the Office of Population, Bureau of Development Support, U.S. International Development Cooperation Agency (Contract No. AID/DSPE-C-0052).**

**Comments, requests for additional copies of this document, or questions concerning other Contraceptive Prevalence Surveys should be addressed to: Contraceptive Prevalence Survey Project, Westinghouse Health Systems, P.O. Box 866, Columbia, Maryland 21044, U.S.A. (Telex Number 87775).**

**Additional information on this survey or on family planning activities in Thailand can be obtained from the full report (Titiya Suvanajata and Peerasit Kamnuansilpa, *Thailand Contraceptive Prevalence Survey: Country Report 1979*, National Institute of Development Administration, Ministry of Public Health, Westinghouse Health Systems, Bangkok, Thailand, 1979) or by writing the Family Health Division, Ministry of Public Health, Bangkok 2, Thailand.**

**THAILAND  
CONTRACEPTIVE PREVALENCE SURVEY  
SUMMARY REPORT**

**DECEMBER 1978**

**WESTINGHOUSE HEALTH SYSTEMS  
RESEARCH CENTER, NATIONAL INSTITUTE OF DEVELOPMENT ADMINISTRATION  
FAMILY HEALTH DIVISION, MINISTRY OF PUBLIC HEALTH**

**ประเทศไทย  
การสำรวจสภาวะการคุมกำเนิดในประเทศไทย  
รายงานฉบับย่อ**

**ธันวาคม 2521**

**ฝ่ายอนามัยของเวสติ้งเฮ้าส์  
สำนักวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์  
กองอนามัยครอบครัว กระทรวงสาธารณสุข**

## TABLE OF CONTENTS

<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>The Setting</b> .....	<b>1</b>
<b>Demographic Trends</b> .....	<b>2</b>
<b>Population Policy and Family Planning in Thailand</b> .....	<b>2</b>
<b>The Survey</b> .....	<b>2</b>
<b>Fertility of Respondents</b> .....	<b>3</b>
<b>Age-Specific Fertility</b> .....	<b>4</b>
<b>Children Ever Born and Living Children</b> .....	<b>5</b>
<b>Knowledge and Availability of Contraceptives</b> .....	<b>5</b>
<b>Knowledge of Contraceptive Methods</b> .....	<b>5</b>
<b>Knowledge of Sources of Contraceptive Methods</b> .....	<b>7</b>
<b>Contraceptive Use and Sources of Supply</b> .....	<b>8</b>
<b>Prevalence of Contraceptive Use</b> .....	<b>8</b>
<b>Regional and Age Differences Among Users</b> .....	<b>9</b>
<b>Time Trends in Contraceptive Use</b> .....	<b>10</b>
<b>Sources of Contraceptive Methods</b> .....	<b>10</b>
<b>Convenience of Sources of Contraceptive Methods</b> .....	<b>11</b>
<b>Costs of Contraceptive Methods</b> .....	<b>11</b>
<b>Unmet Need for Family Planning Services</b> .....	<b>12</b>
<b>Conclusions</b> .....	<b>13</b>

11

## สารบัญ

คำนำ .....	15
ลักษณะสถานที่ .....	15
แนวโน้มทางประชากร .....	16
นโยบายประชากรและการวางแผนครอบครัวในประเทศไทย .....	17
การสำรวจ.....	17
ภาวะเจริญพันธุ์.....	18
อัตราเจริญพันธุ์จำแนกตามหมวดอายุ.....	18
บุตรเกิดรอดและบุตรมีชีวิตอยู่ .....	19
ความรู้และความสามารถในการจัดการคุมกำเนิด .....	20
ความรู้เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิด.....	20
ความรู้เกี่ยวกับแหล่งที่จะไปรับบริการการคุมกำเนิด .....	22
การใช้และแหล่งของการจัดหาอุปกรณ์การคุมกำเนิด .....	23
ความแพร่หลายในการใช้ .....	24
ความแตกต่างของผู้ใช้แยกตามภาคภูมิศาสตร์และอายุของสตรี.....	25
แนวโน้มในการใช้การคุมกำเนิด .....	26
แหล่งที่ให้บริการการคุมกำเนิด .....	26
ความสะดวกของการไปรับบริการการคุมกำเนิด .....	26
ราคาของการคุมกำเนิด .....	27
ความไม่ตอบสนองต่อความต้องการในด้านกรวางแผนครอบครัว.....	27
สรุป .....	29

## INTRODUCTION

In early 1978 the Ministry of Public Health decided to conduct a national survey, the Thailand Contraceptive Prevalence Survey (CPS). The purpose of the survey was to collect information on contraceptive knowledge, use, availability, and some other fertility data that would be timely and useful to program managers, administrators, and policy planners. Three factors were important in the decision to conduct this survey. One consideration was to collect current information to compare with several earlier surveys<sup>1</sup> about fertility trends in Thailand. The second consideration was to augment service statistics to learn about users of non-government sources of family planning. The third was to provide information about different characteristics of users and non-users as a basis for planning more effective use of the program's limited personnel and financial resources. The most important results of the survey are summarized in this report.

### The Setting

Thailand shares borders with the Southeast Asian countries of Burma, the Lao People's Democratic Republic, the Democratic Republic of Kampuchea, and Malaysia. Its population was estimated to be about 47 million in 1979,<sup>2</sup> and the land area is 514,000 square kilometers.

Thailand can be divided into four geographical regions. Central Thailand, or the Chao Phraya River basin, includes the Bangkok Metropolitan Area. The region is primarily agricultural, with industrial activity in the area around Bangkok. The Northern Region is more mountainous, with the population clustered mostly in valleys where rice is grown. The arid Northeast Region supports only subsistence farming, and the population is concentrated in river valleys. The Southern Region, or Peninsular Thailand, has a tropical climate with plenty of rain for farming. Rubber plantations and tin mines are major economic activities.

Socio-economic development in Thailand is only moderately paced. For example, more than three-fourths of the population in 1970 worked in the agricultural sector, a decline of less than 5 percent since 1960.<sup>3</sup> Per capita income in 1977 was \$430, about average for developing countries,<sup>4</sup> and increasing only 3.3 percent annually from 1972 to 1976. Yet education has spread to all areas of the country and about 90 percent of women 15-49 years old in the 1978 CPS had completed at least primary education.

In addition, most Thai women are engaged in economic activity, either paid work outside the household or unpaid work for the family.<sup>5</sup> These aspects of development, as well as the spread of mass media, Thailand's cultural unity, and an innovative, vigorous family planning program, may account for the use of contraception by 51

---

<sup>1</sup>National Longitudinal Study of Social, Economic and Demographic Change (1968-1969, 1971-1972). The Survey of Population Change (1964-1965, 1974-1975), and the Survey of Fertility in Thailand (1965-1969, 1970-1974).

<sup>2</sup>U.S. Bureau of the Census. *World Population 1979—Recent Demographic Estimates for the Countries and Regions of the World*, Washington, D.C., 1980.

---

<sup>3</sup>J. Knodel, N. Debavalya, and P. Kamnuansilpa. Thailand's Continuing Reproductive Revolution, *International Family Planning Perspectives* 6:3, September 1980, p. 95.

<sup>4</sup>World Bank. *World Tables*, second edition, The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1980.

<sup>5</sup>J. Knodel *et al.*, *op. cit.*

percent of currently married Thai women (15–49 years old) found in this survey.<sup>6</sup>

## Demographic Trends

Thailand's annual population growth rate apparently slowed slightly in the period between 1960 and 1970, from 3.2 to 2.8 percent, with the decline accelerating during the last decade. The annual growth rate for 1980 is estimated to be about 2.1 percent. Even so, the population may be expected to double again in less than 35 years.

Thailand has a young age structure. Children under age 15 comprised about 45 percent of the population in 1970.

Since the mid-1960s Thailand has been experiencing a sharp fertility decline, which the CPS shows has continued to the present. Three surveys done from 1964 to 1975 estimate declines

of 12 percent (National Longitudinal Study of Social, Economic and Demographic Change), 18 percent (The Survey of Population Change), and 22 percent (Survey of Fertility in Thailand) in the total fertility rate (shown in Figure 1). Other researchers have concluded that the decline cannot be accounted for by changes in age structure, proportion of unmarried women, mortality levels, or breastfeeding practices. Family planning program activities have probably contributed to Thailand's fertility decline.

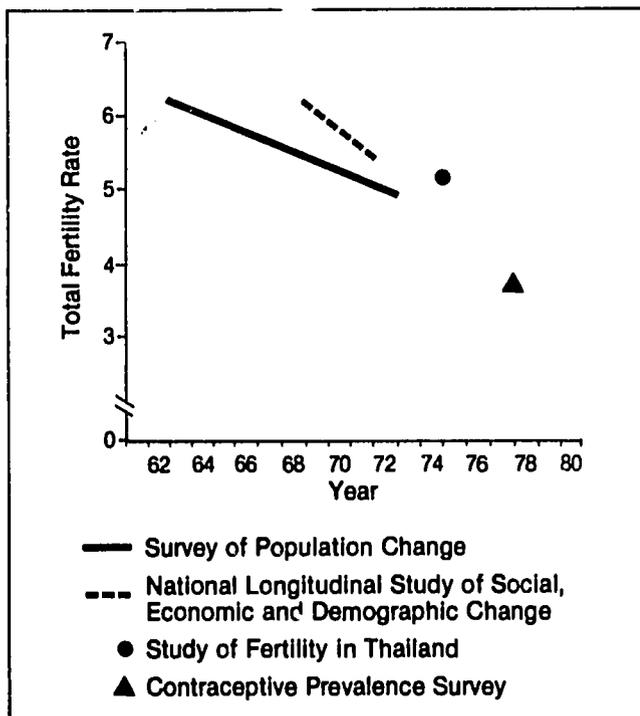
In addition, fertility differentials between urban and rural areas, which existed at the beginning of the decline, have almost disappeared. A relatively steeper decline in rural fertility than urban fertility accounts for this situation.<sup>7</sup>

The crude death rate, which is estimated to have declined from 30 to 20 per 1,000 population between 1900 and 1950, is now estimated to be about 8 per 1,000. Recent declines in mortality are primarily due to lower levels of infant mortality.

## Population Policy and Family Planning in Thailand

Historically, in the first half of the twentieth century the government of Thailand encouraged population growth. In 1968, the Cabinet decided that families with four or more children were eligible to receive assistance to limit births. Two years later, a national policy was adopted to support voluntary family planning as one means of lowering the high rate of population growth, and specific target growth rates were set. The Ministry of Public Health established the National Family Planning Program, which has coordinated service delivery and trained personnel.

**FIGURE 1. Total Fertility Rates Estimated by Four Studies of Fertility in Thailand**



## THE SURVEY

In November and December 1978, 4,025 Thai women aged 15–49 years were interviewed in the Thailand CPS. These women were asked questions on the following topics: a) socio-demographic characteristics, b) reproductive behavior and intentions, c) knowledge of fertility regulation methods, d) current and past con-

<sup>6</sup>ibid.

<sup>7</sup>ibid.

traceptive use, e) availability of fertility regulation methods, and f) reasons for contraceptive non-use. In this summary, regional variations, as well as differentials by age, receive attention in the analysis of fertility, contraceptive knowledge and use, and availability of methods. Prevalence of contraceptive use is also examined in the light of exposure to the risk of pregnancy. Finally the implications for program and policy of the observed trends are considered.

The Thailand CPS was based on a multistage self-weighting sample of households designed to yield approximately 4,000 women between 15 and 49 years of age.

The procedures used to select the CPS sample paralleled those used in the Survey of Fertility in Thailand (SOFT). The CPS sample included the Bangkok metropolitan area plus one-half of 35 provinces (changwats) used in SOFT, representing 11 strata in all (the Bangkok metropolitan area as one stratum and the other provinces arranged in the other 10 strata). These 11 strata can be grouped by geographical areas comprising the North, Northeast, Central, and South regions.

In each selected province, two districts (amphoe) were selected, one that had been included in the

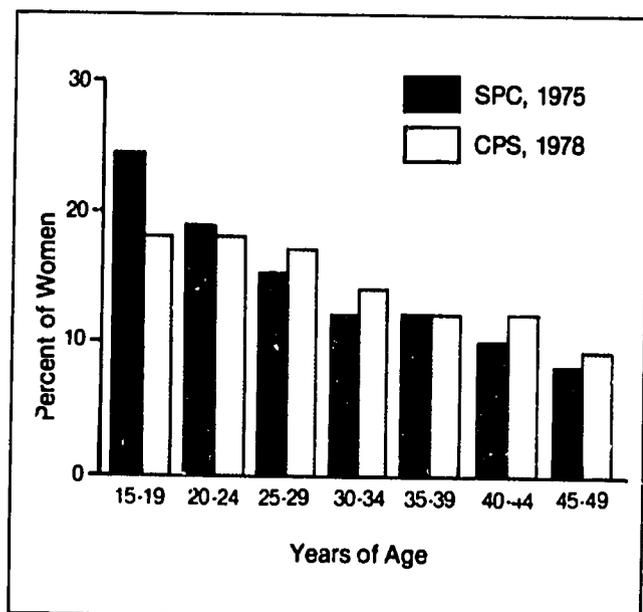
SOFT sample and the other not. Two subdistricts (tambols) were chosen from each selected district, and then two villages (mubans) from each selected subdistrict. At each level of selection, units were chosen at random with probability proportionate to size. Finally, eligible women were randomly selected to yield a self-weighting sample. District administrators provided lists of eligible women in the sample villages from the District Register. These lists were updated by using Health Center records and then verifying the lists with each village's headman. In large villages the updating procedure used to create a household listing from the District Register was not possible, so door-to-door-household enumeration was carried out.

The sample of the Bangkok area was selected from a frame of households developed by the National Institute of Development Administration to yield 800 eligible women.

The fieldwork was done by five teams, each comprised of a supervisor and five interviewers. If a selected respondent could not be found after three callbacks, a previously selected substitute respondent was interviewed.

In Figure 2, the similarities in the age distributions of the CPS and the Survey of Population Change (SPC) samples suggest that the sampling procedures yielded a representative sample. Furthermore, comparisons of these two surveys on the marital distribution by age and the age distribution in rural areas showed no substantial differences.

**FIGURE 2. Percent Distribution by Age in 1975 and 1978—All Women 15-49**



## FERTILITY OF RESPONDENTS

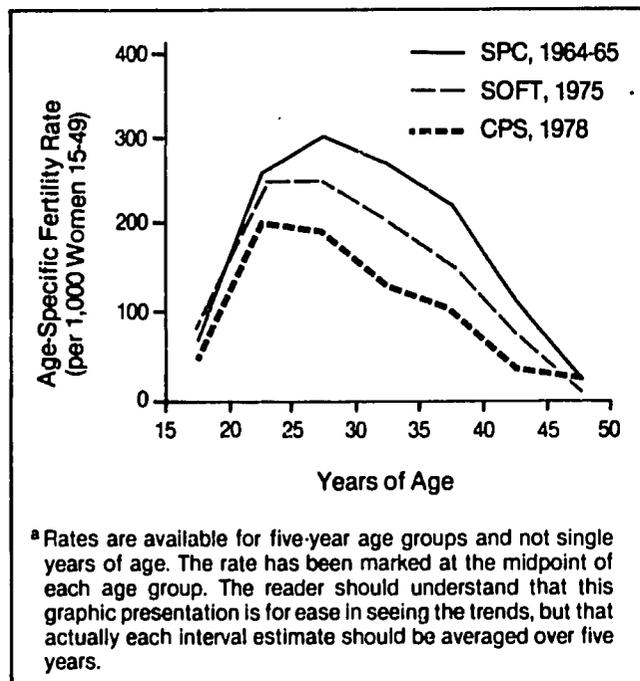
In this section fertility is analyzed by age and residence in order to understand differentials that form the background for the later discussion of contraceptive knowledge, use, and availability. The analysis of fertility was carried out on ever-married women. More than 93 percent of all respondents 25 and older had been married. The mean age at marriage for Thailand is 20.0 years. The mean age at marriage for women in Bangkok (21.6 years of age) is two years higher than for women in the North, Northeast, and South, and one year higher than for women in the Central region. The mean age at marriage has remained relatively constant for at least 20 years.

## Age-Specific Fertility

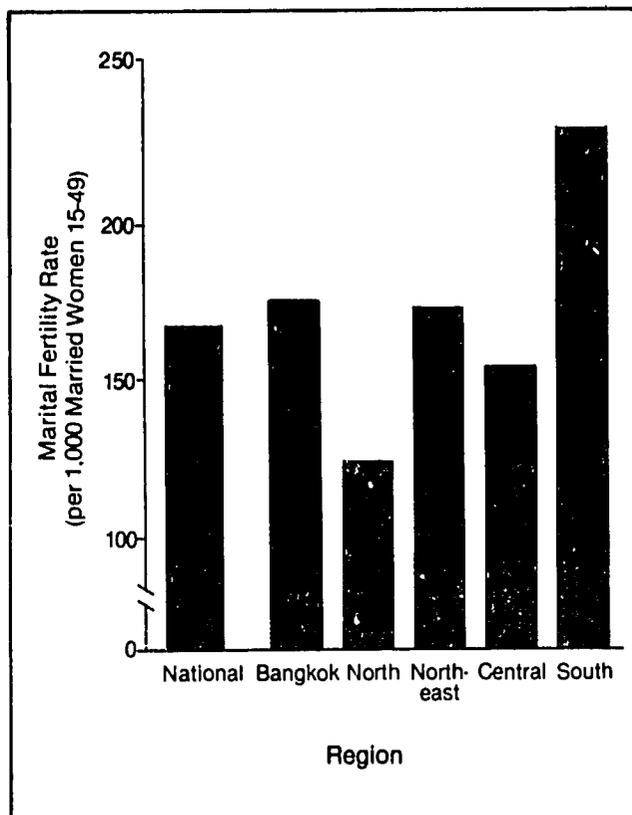
The pattern of fertility decline in Thailand is evident in the age-specific fertility rates estimated by various surveys since 1964, as shown in Figure 3. The most notable declines are seen among women 25 to 45 years of age, but especially among women 30 to 40 years of age. The CPS estimates that if women of childbearing age now were to have children at the current age-specific rates, on average a Thai woman would have 3.7 children (the total fertility rate), down from 6.2 in 1964 (as estimated by the SPC). These data suggest that women now in the prime childbearing years will have both earlier completion of childbearing and lower levels of completed fertility.

The regional comparisons in Figure 4 show that women from the South had a marital fertility rate nearly 40 percent higher than the national rate, and women from the North had the lowest rate, even lower than the rate for Bangkok women. Rural areas in all regions have had reductions in fertility levels, with the steepest declines in the Northeast and South, which had the highest age-standardized marital fertility rates in 1973/1975 (Table 1).

**FIGURE 3. Age-Specific Fertility Rates<sup>a</sup> in Thailand Estimated in Three Surveys, 1964-1978**



**FIGURE 4. Marital Fertility Rates by Region**



**TABLE 1. Changes in Rural Marital Fertility Rates by Region Standardized by Age—Currently Married Women 20-44**

Region	Marital Fertility Rate		Change	
	SOFT <sup>a</sup> 1973/1975	CPS 1978	Absolute	Relative
All Rural Areas	.216	.175	-.041	18%
North	.152	.126	-.027	17%
Northeast	.315	.176	-.139	44%
Central	.185	.177	-.008	4%
South	.352	.252	-.100	28%

<sup>a</sup> The rates in this column refer to fertility during the 24 months prior to the survey expressed as an annual rate and are adjusted for periods of less than 24 months for women married less than two complete years.

Source: Joint Thai/U.S. Evaluation Team, "Thailand National Family Planning Program Evaluation," American Public Health Association, 1979.

**TABLE 2. Percent with Knowledge of Specific Contraceptive Methods by Age—All Women 15-49**

Method	Age							Total (N = 4,025)
	15-19 (n = 730)	20-24 (n = 737)	25-29 (n = 673)	30-34 (n = 581)	35-39 (n = 498)	40-44 (n = 461)	45-49 (n = 345)	
Pill	97.4	98.1	98.8	98.6	99.2	97.6	96.2	98.2
Condom	74.8	87.2	87.4	86.6	82.1	73.3	63.2	80.7
IUD	84.2	91.9	93.0	93.3	93.4	91.1	90.1	90.9
Female Sterilization	92.9	95.7	96.7	96.2	97.6	94.8	92.2	95.2
Male Sterilization	81.4	87.4	87.2	88.3	87.1	85.2	80.1	85.7
Abortion	71.8	72.8	64.6	64.5	57.6	58.8	52.8	64.7
Injectables	79.7	88.5	92.6	92.1	89.8	85.9	81.7	87.4
Vaginal Methods	13.8	20.5	21.1	22.7	21.1	17.4	20.0	19.4
Traditional Methods	31.1	45.9	43.5	45.8	44.2	29.9	29.3	39.3

## Children Ever Born and Living Children

The mean number of children ever born to women aged 45-49 years is 6.7, although 5.8 children actually survive on average. These figures suggest that infant mortality plays some role in limiting completed family size. Since these measures are for older women who have completed childbearing, they do not, however, reflect recent downward trends in fertility and infant mortality.

## KNOWLEDGE AND AVAILABILITY OF CONTRACEPTIVES

### Knowledge of Contraceptive Methods

Knowledge, or awareness, of contraceptive methods was found to be almost universal among Thai women. Combining prompted and unprompted knowledge,<sup>8</sup> it was found that women of all ages, educational levels, and geographical regions knew of at least one family planning method and half of all women knew six methods. Single and

married women were equally likely to know at least one method.

Table 2 shows that women in all age groups had similar levels of awareness of the pill, IUD, injectables, male and female sterilization, and vaginal methods. Women 20-39 years of age appeared to have more knowledge of the condom and traditional methods than the youngest and oldest women. Women 35 years of age and older tended to be less familiar with abortion than younger women.<sup>9</sup>

<sup>8</sup>A general question was asked about awareness of ways to delay or prevent pregnancy. Respondents were also asked to name specific methods they knew. For those methods mentioned spontaneously, knowledge was classified as unprompted. The interviewer then asked about each method not yet mentioned, using the common or colloquial name but no description. Positive responses were classified as prompted knowledge.

<sup>9</sup>It is believed that underreporting of both knowledge and known sources of abortion occurred among all groups of women. The observed tendency of older women to be less familiar with abortion than younger women could be due to greater unwillingness of older than younger women to state that they are aware of abortion. Respondents were not asked about actual use of abortion.

There were no differences in knowledge of the pill, injectables, condom, and female sterilization by education levels, but awareness of all other methods, which are also often less well-known, generally increased with more education. In developing countries, women with less education typically have less knowledge of specific contraceptive methods. These data suggest, however, that in countries where the family planning program works hard to increase knowledge and use of family planning, the impact of education on contraceptive knowledge may be diminished.

Except for abortion and injectables, single women were only about 5 percent less likely than mar-

ried women to know specific methods. About 90 percent of ever-married women knew of injectables, compared to 79 percent of single women. The lower knowledge of abortion among ever-married women (62 percent) compared to single women (72 percent) is probably due to age, as noted above.

Regional variations in awareness of specific methods were found for some methods. Women in all regions had similar levels of awareness of the pill, IUD, male and female sterilization, and injectables. Women in the Bangkok metropolitan area appeared to have generally higher levels of awareness of the condom, abortion, and vaginal contraceptives, compared to the rural areas, as

**TABLE 3. Percent with Knowledge of Method and Knowledge of Source by Region—  
All Women 15-49**

Knowledge	Region				
	Bangkok (n = 800)	North (n = 902)	Northeast (n = 1,149)	Central (n = 633)	South (n = 541)
<b>Knowledge of Method</b>					
Pill	97.2	98.1	98.8	98.9	97.4
Condom	88.5	76.3	78.0	77.2	86.3
IUD	92.4	88.7	94.7	89.6	86.0
Female Sterilization	96.2	94.5	95.0	95.7	94.5
Male Sterilization	87.6	84.8	82.6	84.8	91.7
Abortion	76.6	71.4	51.4	61.0	68.6
Injectables	82.5	92.1	86.7	87.8	87.6
Vaginal Methods	29.3	19.3	17.8	14.7	13.7
Traditional Methods	41.0	64.4	69.6	75.4	47.3
<b>Knowledge of Source <sup>a</sup></b>					
Pill	83.1	95.0	92.3	88.0	87.4
Condom	49.4	48.7	45.0	28.4	57.5
IUD	70.1	75.9	75.4	57.8	63.6
Female Sterilization	85.4	86.9	78.6	79.8	79.7
Male Sterilization	57.2	67.3	47.7	46.0	75.2
Abortion	25.8	35.0	18.2	11.1	31.2

<sup>a</sup>Information about sources of injectables and vaginal methods was not obtained. Source of method is irrelevant for traditional methods (rhythm, withdrawal).

Table 3 shows. Women in the Northeast reported the least knowledge of abortion. Regional variations in promotion of particular methods by family planning programs, availability of some services, and cultural values probably account for many of these differences.

All of these results suggest that efforts at increasing awareness of family planning, by both the private and public sectors, have been successful in assuring that a lack of knowledge of contraception is not a constraint on the practice of family planning in Thailand. The penetration of information about "modern" methods into all areas of Thailand is a major accomplishment.

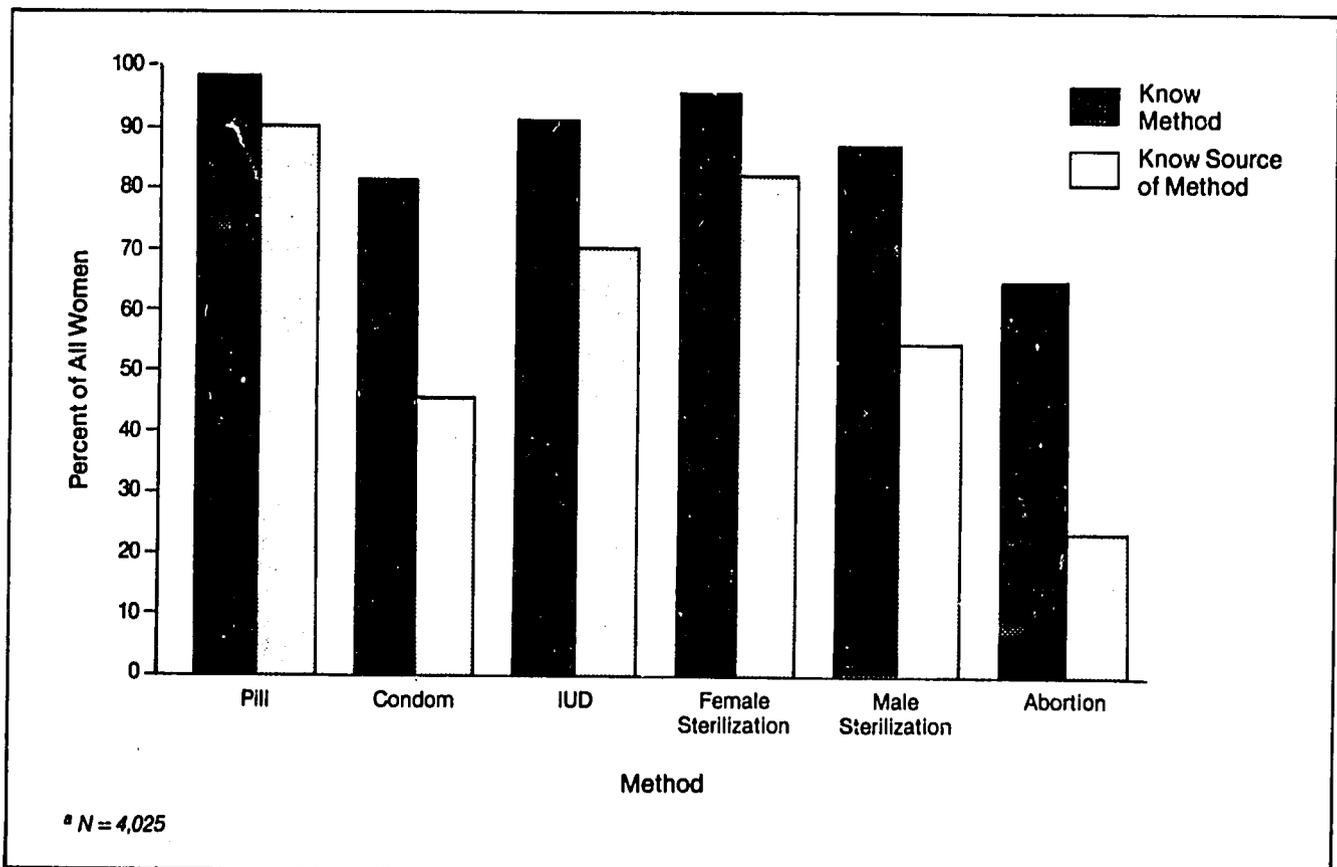
### Knowledge of Sources of Contraceptive Methods

An important aspect of family planning is the extent to which women who know about a specific family planning method also are aware of a

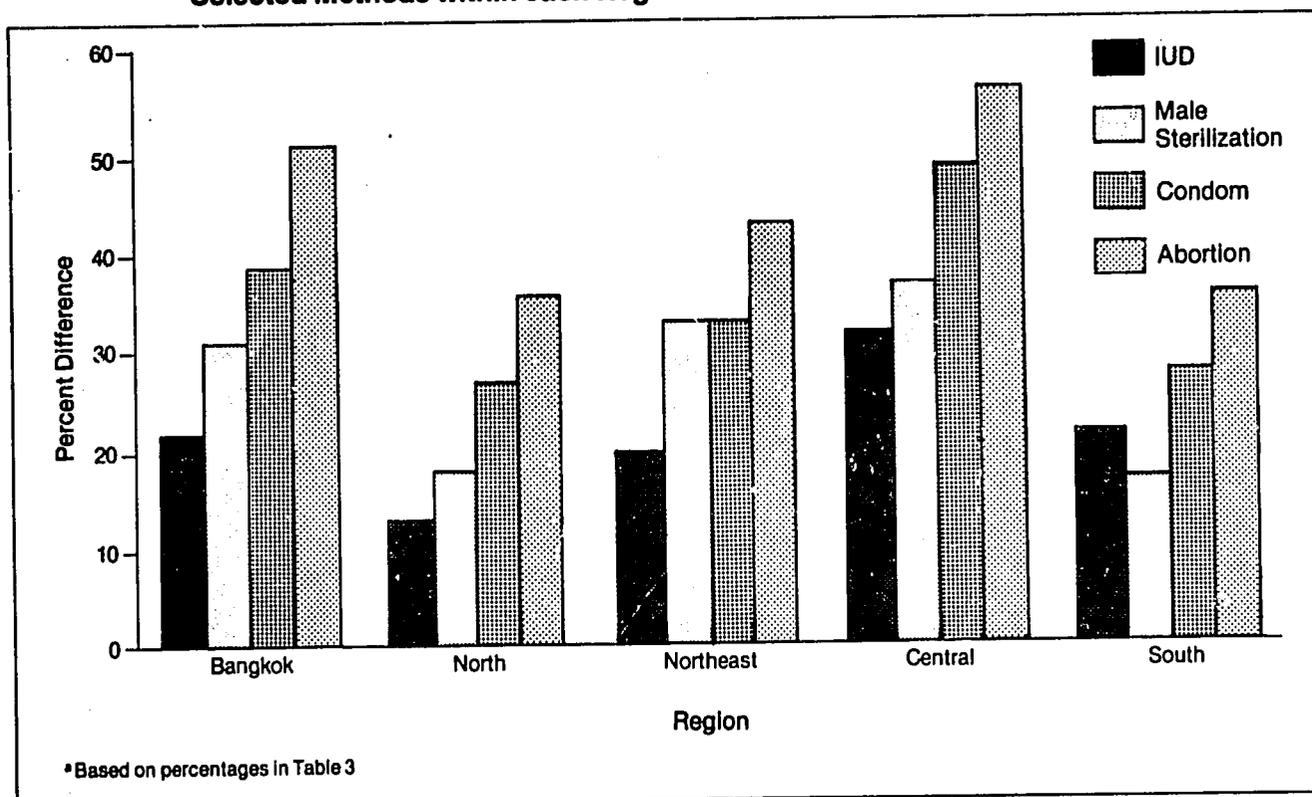
source of the method. Ninety-five percent of all women know at least one modern contraceptive method and a source for that method. Ninety percent of all women knew a source of supply for the pills; 82 percent knew a source for female sterilization and 70 percent for the IUD (Figure 5). Sources for male methods were less well-known. Although two-thirds of the women were aware of abortion, only one-fourth acknowledged in the interview that they knew of a source for abortion (Figure 5).

Women living in the five regions tended to have generally similar levels of knowledge of sources for certain family planning methods. For example, the bottom half of Table 3 shows that in all regions 80 to 85 percent of the respondents knew of a source for female sterilization. However, women in the Central region reported considerably lower knowledge of sources for the condom, IUD, and male sterilization than the national levels, which are shown in Figure 5. In addition, knowledge of sources of male steriliza-

**FIGURE 5. Percent with Knowledge of Specific Contraceptive Methods and Knowledge of a Source for the Method—All Women 15-49<sup>a</sup>**



**FIGURE 6. Percent Difference between Knowledge of Method and Knowledge of Source for Selected Methods within each Region—All Women 15-49\***



tion was markedly higher among women in the South (75 percent) compared to the national average of only 57 percent.

Figure 6 shows that the gaps between method knowledge and source knowledge seen at the national level in Figure 5 tended to vary among the regions. For all methods except the pill and female sterilization, the largest gaps are found in the Central region.

## CONTRACEPTIVE USE AND SOURCES OF SUPPLY

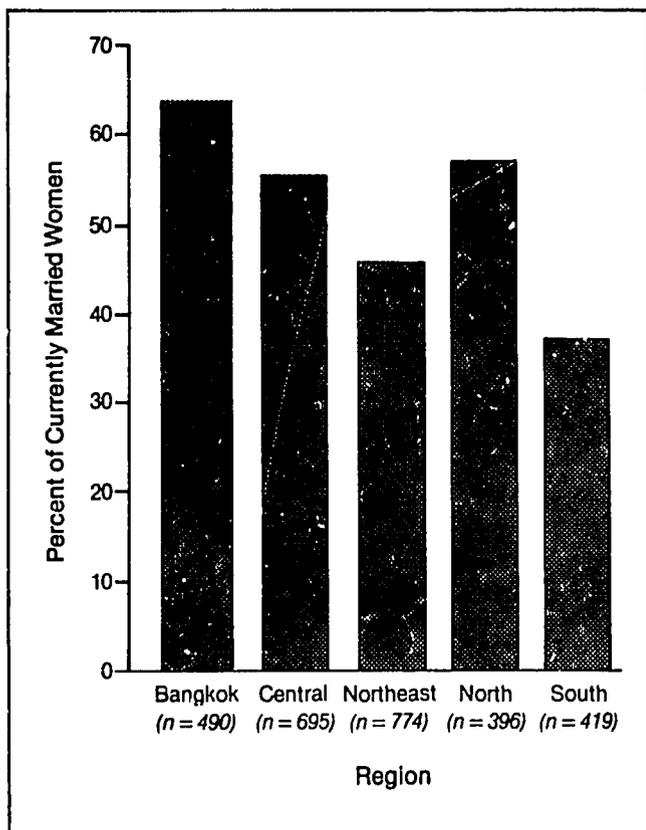
The Thailand CPS collected information on past and current use of both modern and traditional methods of fertility regulation. Current use was defined as the use of a method within the month preceding the date of the interview. Overall prevalence of contraceptive use is considered briefly, and then differentials in use according to selected background factors are presented.

## Prevalence of Contraceptive Use

Among currently married women aged 15-49 years, 51.3 percent were currently using a contraceptive method, a high level of contraceptive prevalence for a developing country. Modern methods (pill, IUD, condom, injectables, female sterilization, and vasectomy) were chosen by over 90 percent of users. The pill and female sterilization were the two most frequently used methods.

The CPS found that there were substantial regional differences in prevalence among currently married women, as shown in Figure 7. Levels of use were higher among Bangkok women (64 percent) than in the rural areas. Furthermore, contraceptive use was higher in the North (55 percent) and Central (57 percent) regions than in the Northeast (46 percent) or the South (37 percent). Age patterns of use were similar when the effects of the regional differences were statistically controlled. Women in both the youngest (15-19 years) and oldest (45-49 years) age groups were somewhat less likely to use contraception

**FIGURE 7. Percent of Contraceptive Users in Five Regions of Thailand—Currently Married Women 15-49**



than women 20 to 40 years old in each region (not shown).

### Regional and Age Differences Among Users

Table 4 shows there were also regional differences in the kinds of contraceptive methods women used. Female sterilization was more popular in the urban areas than in the rural areas. In all rural regions except the South, where traditional methods (rhythm, withdrawal, vaginal, and other methods) were most frequently used, the pill was the predominant method. The IUD was used more often by women in the Northeast (14 percent) than in other regions (the national average was 8 percent). Due in part to limited availability, use of injectables was low (9 percent of currently married women practicing family planning), but again there were regional variations. In the North, 18 percent of contraceptive users chose injectables.

Younger women tended to use temporary methods (particularly the pill, injectables, and other methods), and older women selected permanent methods, as Figure 8 shows. It is also clear from the figure that the IUD is not popular among younger women, when spacing of births is desired; it is chosen more often by women aged 35

**TABLE 4. Percent Using Specific Contraceptive Methods by Region—Currently Married Women 15-49 Using Contraception at Time of Interview**

Method	Region					Total
	Bangkok	North	Northeast	Central	South	
Pill	25.1	54.6	43.8	42.0	21.4	39.9
Condom	8.4	1.6	4.8	1.3	2.6	3.9
IUD	7.7	1.0	13.6	8.5	7.8	7.5
Female Sterilization	41.5	19.3	19.0	26.3	19.5	25.2
Male Sterilization	6.1	3.1	8.0	13.8	5.8	7.0
Injectables	5.1	17.5	3.4	7.6	7.1	8.6
Others <sup>a</sup>	6.1	2.9	7.4	0.5	35.8	7.9
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total Women	311	383	352	224	154	1,424

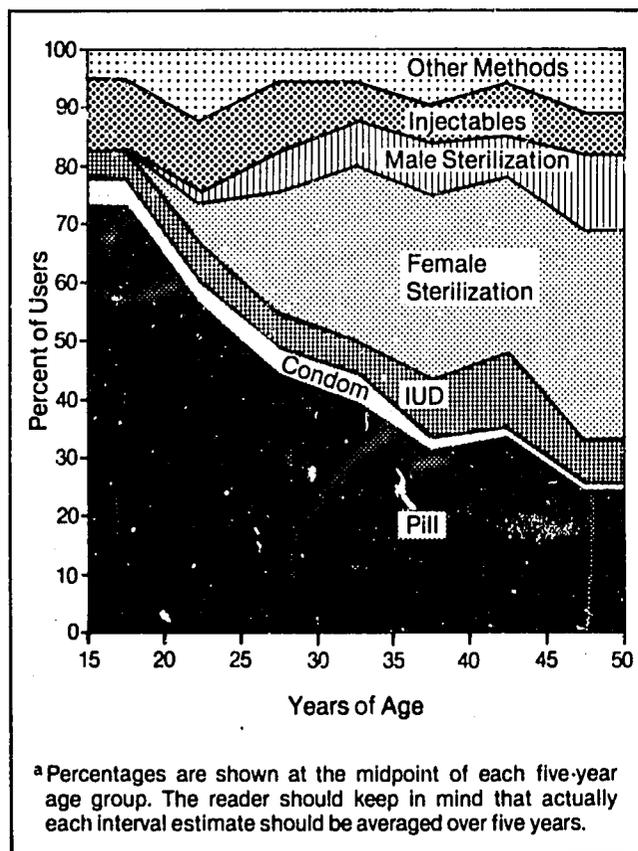
<sup>a</sup> Includes rhythm, withdrawal, and folk methods

to 45, who want no more children but are not yet ready to accept sterilization.

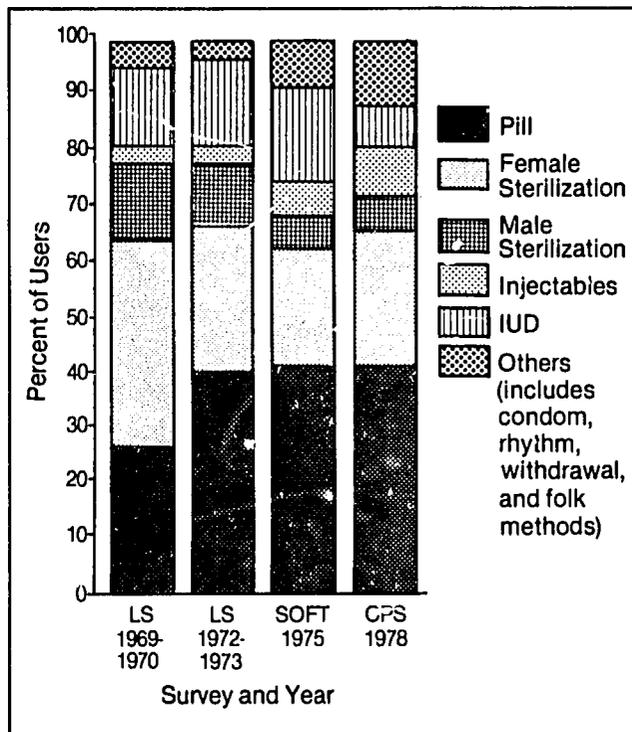
## Time Trends in Contraceptive Use

The CPS confirms the steadily increasing levels of both ever-use and current use of contraceptives by Thai women since 1970. Adoption of the pill and female sterilization has been responsible for most of the increased use. In the early 70s, a major change in the relative proportion of pill users occurred when the government started to provide family planning services. Recently, use of injectables has grown; the IUD, however, has been losing popularity, as shown in Figure 9. In addition, the increasing utilization of family planning has taken place in all regions of Thailand, with especially large relative changes in the Northeast and South (Figure 10).

**FIGURE 8. Percent Using Specific Contraceptive Methods by Age<sup>a</sup>—Currently Married Women 15-49 Using Contraception at Time of Interview**



**FIGURE 9. Percent Using Specific Contraceptive Methods, 1969-1978—Currently Married Women 15-44 Using Contraception at Time of Interview**



## Sources of Contraceptive Methods

The efforts of the Thai family planning program to make contraceptives available in a widely dispersed network of facilities and suppliers throughout the country have succeeded, according to the CPS results. Overall, government sources were reported by 77 percent of all contraceptive users. Nevertheless, differences were found in the sources of supply for specific contraceptive methods.

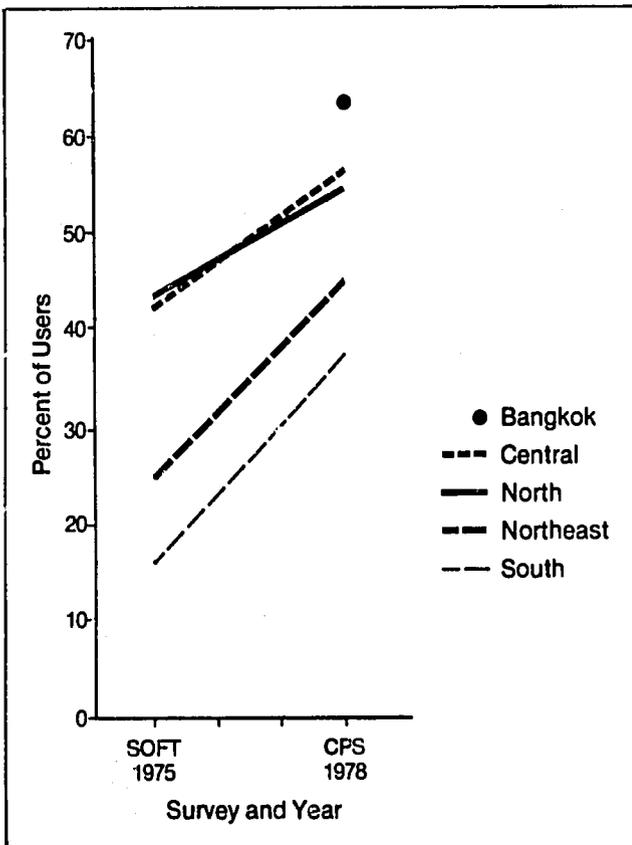
Women using the pill, IUD, and female sterilization (as well as injectables and vaginal methods) were more likely to obtain these methods from government programs than women reporting the condom and male sterilization as their method of contraception, shown in Figure 11. Women obtained the pill mostly from government sources (73 percent), although drugstores were a source for another 21 percent of pill users. Drugstores were the most frequently reported source for condoms. Non-government facilities were important in providing male sterilization.

## Convenience of Sources of Contraceptive Methods

Two aspects of convenience of services, temporal proximity of the service outlet and the means of transport, varied with the contraceptive method used. More than 70 percent of the current contraceptive users went to the source of services or supplies by public or private transport rather than on foot. Pill and condom users were more likely to walk to the facility that provided supplies than women using other methods. The average travel time to obtain the pill and condoms was less than that to obtain other methods.

These results indicate that the most popular method, the pill, has been made easily available by the service delivery system and is convenient to obtain. Female sterilization does not have the broad availability, the walking-distance convenience, or the short travel time associated with the pill, and yet it is the second most popular method.

**FIGURE 10. Percent Using Contraception by Region in 1975 and 1978—Currently Married Women 15-49 Using Contraception at Time of Interview**

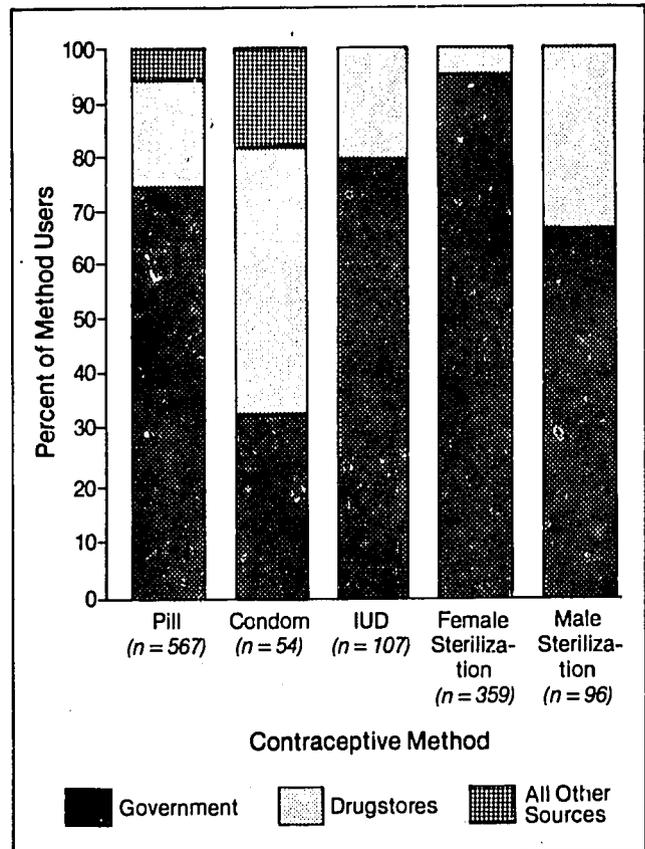


Apparently, other factors besides availability and convenience are considered by women choosing this method. These findings suggest that at the present time convenience and availability are not major barriers to use of contraception in the country as a whole. Nevertheless, there are certainly smaller areas that could be served better, and the availability of some specific methods could be improved.

## Costs of Contraceptive Methods

The cost of a contraceptive method may be a factor that deters a potential user of family planning. In the CPS, non-users often could not state the cost or thought there was no cost for all methods known except the pill. In this case, non-users and users alike stated most often that the pill was free or cost "5 baht." The frequent assumption among non-users that services were free suggests that cost might not be the reason for non-use.

**FIGURE 11. Percent Obtaining Contraception from Various Sources by Specific Method—Currently Married Women 15-49 Who Use Specific Method**



Among users the reported costs of all methods were higher in urban Bangkok than in any other region, and costs were lowest in the South. The low costs in the South suggest that cost may not account for the low rates of contraceptive prevalence in that region.

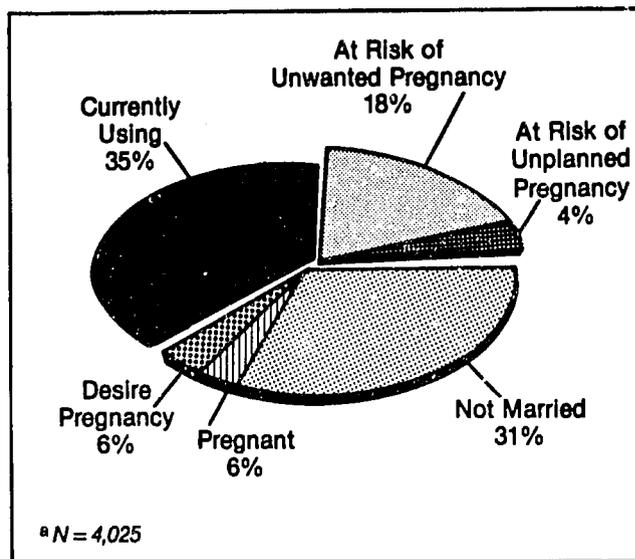
## UNMET NEED FOR FAMILY PLANNING SERVICES

Figure 12 shows that 22 percent of the women in the CPS sample were exposed to the risk of either an unwanted or an unplanned pregnancy. This group of women, who are currently married, not using contraception, and do not desire pregnancy now, is considered to be in need of family planning services. Women 35 years and older were more likely to be in need than younger women in Thailand (Figure 13), and they were also more likely not to want more children. The demographic impact of this unmet need is, fortunately, likely to be less than if the at-risk women were mainly younger women, who also have higher age-specific fertility. The high levels of contraceptive prevalence in the prime childbearing years indicate that family planning efforts in Thailand are successfully meeting the need for family planning services and have significant demographic impact.

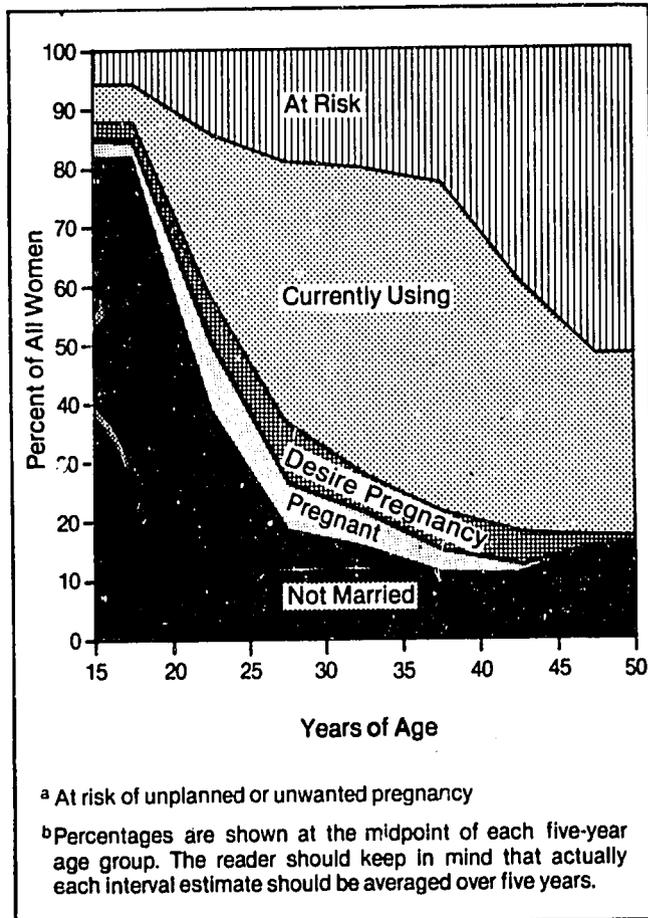
It is of interest to the family planning program, however, that the highest level of unmet need is in the South (48 percent of currently married non-pregnant women) and the lowest level in Bangkok (19 percent of currently married non-pregnant women), shown in Figure 14. Estimates of unmet need for the other rural regions ranged from 32 to 41 percent. As Figure 15 shows, these levels are affected by regional variations in nuptiality, prevalence, and to a lesser extent, desire for pregnancy.

Perceived convenience of obtaining contraceptives could be one factor in explaining non-use by women with unmet need. Use of a contraceptive method does not appear to be hindered by perceived difficulties in acquiring family planning services or supplies, as indicated by average reported travel time to the source of each method. Nevertheless, local extremes in travel time, not revealed in nationwide averages, could adversely affect the perceived convenience of family planning services.

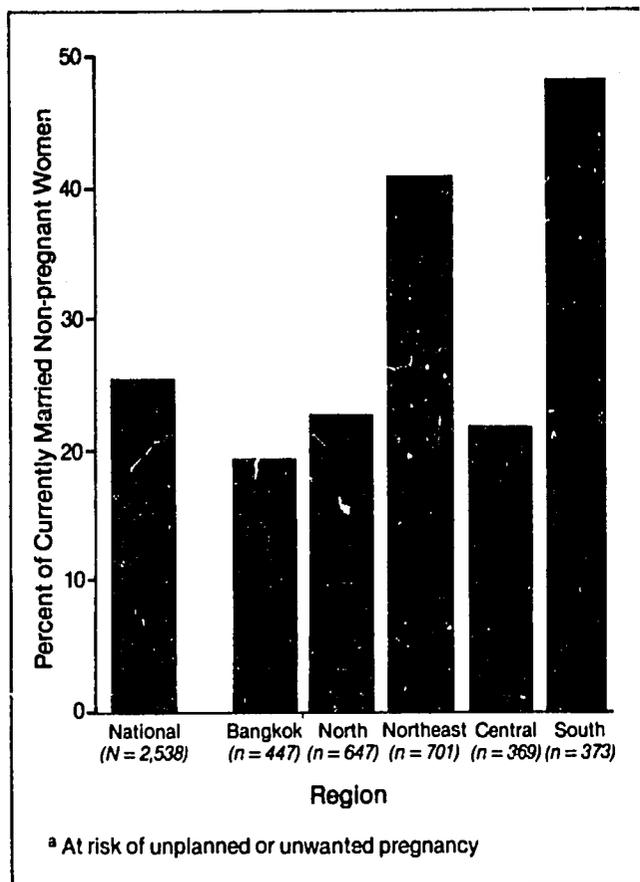
**FIGURE 12. Exposure to Risk of Pregnancy—All Women 15-49<sup>a</sup>**



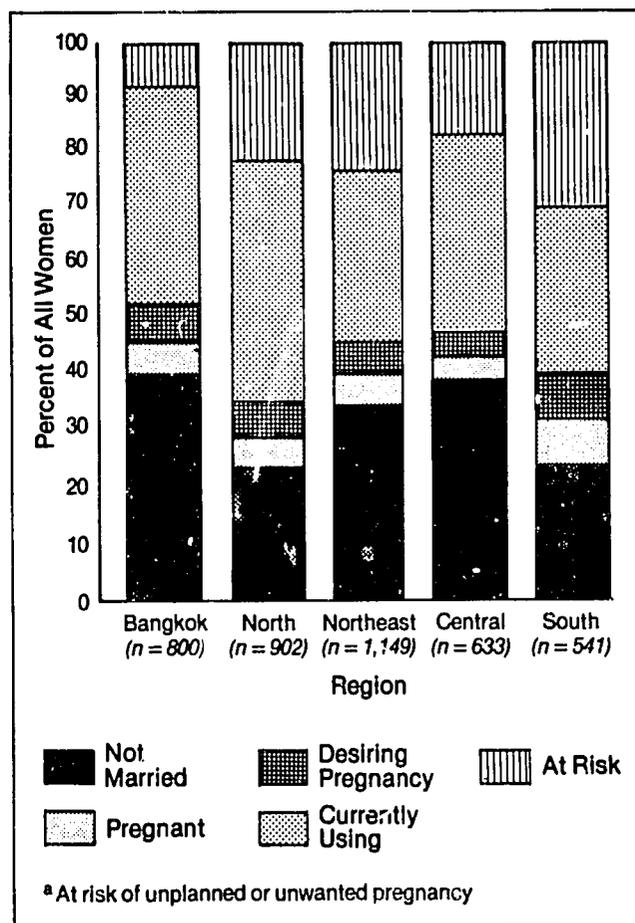
**FIGURE 13. Percent Exposed to Risk of Pregnancy<sup>a</sup> by Age<sup>b</sup> — All Women 15-49**



**FIGURE 14. Percent in Need of Family Planning Services<sup>a</sup> by Region—Currently Married, Non-pregnant Women 15-49**



**FIGURE 15. Percent Exposed to Risk of Pregnancy<sup>a</sup> by Region—All Women 15-49**



## CONCLUSIONS

The CPS documents the fact that the decline in fertility, which started in the mid-1960s, has continued to the end of the 1970s. If women continue to have children at the current age-specific rates, women now in the childbearing years would have 3.7 children.

The CPS found that single and married women of all ages, educational levels, and geographical regions are aware of contraceptive methods. The median number of methods known was six. Knowledge is so widespread that some differentials typically seen in developing countries (such as increasing levels of knowledge of methods as level of education increases) are no longer evident in Thailand. The remaining differentials tend

to be with the condom, vaginal contraceptives, and tractional methods, which are less well-known than methods such as the pill, IUD, injectables, and sterilization, except in the South.

At the time of interview, 51 percent of currently married women were using a method of contraception. The most widely used method was the pill (40 percent of currently married users) followed by female sterilization (25 percent) and injectables (9 percent), all of which were obtained mainly from government sources. The greater use of female sterilization in Bangkok than in the rural areas is due in part to the number of clinical resources in the urban setting. The pill is the method used most often by women in the rural areas.

The CPS has estimated that levels of unmet need for family planning services are greater in the

South and Northeast regions than in other parts of Thailand. Other CPS findings suggest that awareness of methods, and knowledge of sources of contraception do not explain the different levels of unmet need.

The information in the CPS about utilization of contraceptive services and choice of methods points to patterns of rational decision-making about contraception. In a setting where almost all women know about several methods and where more than one method can be obtained, users of contraception obtain their method at the cheapest source and select a method that suits the stage of their reproductive years. Thus, government outlets, which provide the pill at no cost and other methods at low cost, are the most frequently mentioned source. Also, women rely on the pill during the active childbearing years for spacing, and may switch to the IUD before making the final decision to terminate childbearing with sterilization.

The efforts of the family planning program to educate people about contraception and to provide family planning services throughout the country have undoubtedly contributed to the fertility decline being experienced in Thailand. The results of the CPS have implications for the focus of the family planning program in the future. Overall, knowledge and availability are not limiting the use of family planning in Thailand.

The quality of the health infrastructure and the use of non-physician personnel to distribute family planning methods have helped the program to make contraception available. Furthermore, it appears that women also perceive services to be sufficiently convenient.

To reduce unmet need, the program might have to direct activities carefully toward population subgroups who are non-users. The program could focus resources on improvement of contraceptive practice in the South and Northeast, where the CPS found unmet need for family planning services to be higher than in other regions.

Additional analysis of the survey data could help the program to define further the subgroups in need. It might be appropriate to learn more about cultural factors, and local organizational or structural barriers to contraceptive use in specific subgroups.

Thailand has monitored its family planning program through a variety of statistical techniques including surveys. Their efforts can serve as a model for other countries that want to improve the impact of program activities.

Successful delivery of family planning services is contributing to economic, social, and human development in Thailand.

## คำนำ

เมื่อต้นปี พ.ศ. 2521 ทางกระทรวงสาธารณสุขได้มีความประสงค์ที่จะทำการสำรวจสถานะการคุมกำเนิดในประเทศไทย จึงได้เกิดเป็นโครงการสำรวจในระดับประเทศขึ้น วัตถุประสงค์ของโครงการดังกล่าว เพื่อที่จะเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความรู้ การใช้ ความสะดวกในการจัดหาบริการการคุมกำเนิด และข้อมูลทางด้านภาวะเจริญพันธุ์ ข้อมูลต่างๆ เหล่านี้จะได้เป็นข้อมูลสำหรับผู้ดำเนินงาน ผู้บริหาร และผู้วางแผนต่าง ๆ จะได้นำไปใช้ให้ทันกับเหตุการณ์และเวลา ในการตัดสินใจที่ทำการสำรวจครั้งนี้ได้ดำเนินถึงปัจจัย หรือประโยชน์ที่จะพึงได้สามประการ คือ ประการแรก เพื่อที่จะได้เป็นการเก็บข้อมูลในปัจจุบัน เพื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จากการสำรวจในเรื่องที่เกี่ยวกับ แนวโน้ม ทางด้านภาวะเจริญพันธุ์ในอดีต<sup>1</sup> ประการที่สอง เพื่อที่จะได้เก็บข้อมูลหรือตัวเลขสถิติที่เกี่ยวข้องกับการรับบริการจากแหล่งเอกชน หรือที่อยู่นอกเหนือไปจากแหล่งของรัฐบาล และประการที่สาม เพื่อที่จะได้ข้อมูลเพื่อการศึกษาเปรียบเทียบถึงลักษณะของผู้ที่ใช้การคุมกำเนิดกับผู้ไม่ใช้ อันจะเป็นการนำไปสู่การวางแผนพัฒนา โครงการ ภายใต้อาชีพที่จำกัดด้วยงบประมาณและกำลังคน ผลที่ได้จากการสำรวจที่สำคัญ ๆ ได้เสนอไว้ในรายงานฉบับย่อต่อไปนี้

### ลักษณะสถานที่

ประเทศไทยซึ่งมีเนื้อที่ 514,000 ตารางกิโลเมตร มีอาณาเขตติดกับประเทศพม่า สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว สาธารณรัฐกัมพูชาประชาธิปไตยและมาเลเซีย ประมาณกันว่า ประชากรของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2522 มีอยู่ประมาณ 47 ล้านคน<sup>2</sup>

ประเทศไทยมีการแบ่งเนื้อที่ออกเป็น 4 ภาคภูมิศาสตร์ ภาคกลางหรือแถบลุ่มเจ้าพระยา ซึ่งรวมทั้งกรุงเทพมหานครด้วย กิจกรรมส่วนใหญ่ในภาคนี้ได้แก่ เกษตรกรรม ส่วนอุตสาหกรรมจะมีอยู่เพียงในบริเวณเนื้อที่รอบ ๆ กรุงเทพมหานคร ภาคเหนือนี้มีลักษณะพื้นที่ ๆ ประกอบด้วยภูเขาและประชากรส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ในบริเวณเนื้อที่หุบเขาที่เป็นที่ซึ่งสามารถทำการเพาะปลูกข้าวได้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือนี้มีลักษณะแห้งแล้ง การเกษตรกรรมส่วนใหญ่ยังมีลักษณะของการทำเพื่อการบริโภคในครอบครัวอยู่ ประชากรส่วนใหญ่ของภาคนี้จะอยู่ในบริเวณเนื้อที่ริมฝั่งแม่น้ำ ภาคใต้จะมีภูมิอากาศแบบเขตร้อนและมีฝนตกชุกซึ่งเหมาะแก่การเกษตรกรรมยางพาราและการทำเหมืองแร่ อันเป็นกิจกรรมทางเศรษฐกิจที่สำคัญของภาค

ในด้านการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมนั้น ประเทศไทยสามารถพัฒนาไปได้ในอัตราที่ก้าวหน้าไปได้ปานกลาง คือ ไม่สู้รวดเร็วนัก ยกตัวอย่างในปี พ.ศ. 2513 ประชากรส่วนใหญ่หรือมากกว่า 3 ใน 4 ยังประกอบอาชีพทางเกษตรกรรม อัตราส่วนของประชากรที่ประกอบอาชีพทางเกษตรกรรมนั้นลดลงจากปี พ.ศ. 2503 เพียงไม่เกิน 5 เปอร์เซ็นต์เท่านั้น<sup>3</sup> รายได้เฉลี่ยต่อหัวในปี พ.ศ. 2520 มีเพียง 430 เหรียญสหรัฐ หรือประมาณ 8,800 บาทต่อปี ซึ่งใกล้เคียงกับค่ารายได้ต่อหัวเฉลี่ยของประเทศกำลังพัฒนาทั้งหลาย<sup>4</sup> รายได้เฉลี่ยของประชากรไทยนี้เพิ่มขึ้นระหว่างปี พ.ศ. 2515 ถึง 2519 เฉลี่ยเพียงปีละ 3.3 เปอร์เซ็นต์เท่านั้น แต่ในด้านการศึกษานั้นพบว่าได้ขยายไปทั่วทุกพื้นที่ของประเทศ ประมาณ 90 เปอร์เซ็นต์ ของสตรีอายุ 15-49 ปี ในปี พ.ศ. 2521 (จากการสำรวจของโครงการนี้) สำเร็จการศึกษาตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาขึ้นไป

นอกจากนี้ เรายังพบว่าสตรีไทยส่วนใหญ่ประกอบกิจกรรมทางเศรษฐกิจอย่างใดอย่างหนึ่งไม่ว่าจะเป็นงานนอกบ้านที่

<sup>1</sup>National Longitudinal Study of Social, Economic and Demographic Change (1968-1969, 1971-1972), The Survey of Population Change (1964-1965, 1974-1975), and the Survey of Fertility in Thailand (1965-1969, 1970-1974).

<sup>2</sup>U.S. Bureau of the Census. *World Population 1979—Recent Demographic Estimates for the Countries and Regions of the World*, Washington, D.C., 1980.

<sup>3</sup>J. Knodel, N. Debavalya, and P. Kamnuansilpa. Thailand's Continuing Reproductive Revolution, *International Family Planning Perspectives* 8:3, September 1980, p. 95.

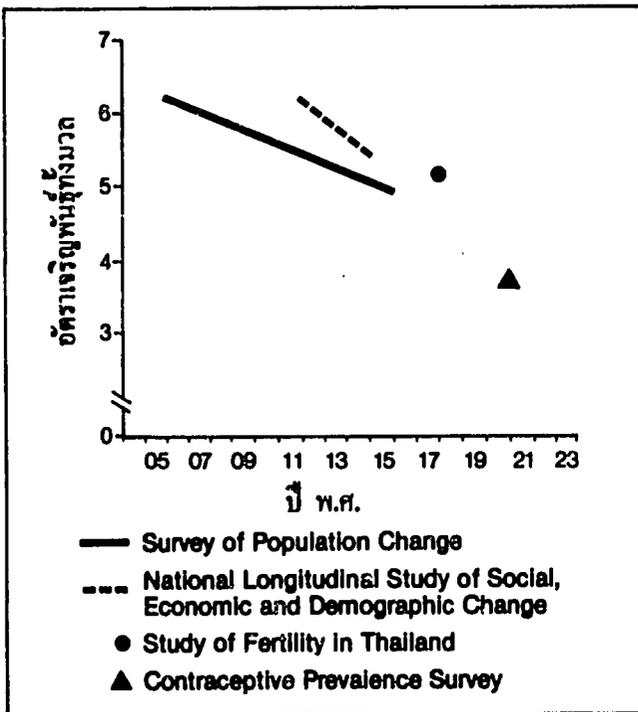
<sup>4</sup>World Bank. *World Tables*, second edition, The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1980.

ได้จ้างหรืองานในบ้านที่ไม่ได้รับค่าจ้างก็ตาม<sup>5</sup> เมื่อมองถึง การพัฒนาในด้านต่าง ๆ ที่กล่าวมานี้ ประกอบกับการแพร่กระจายอย่างทั่วถึงของการสื่อสารมวลชน รวม ๆ กับลักษณะทางวัฒนธรรมที่เป็นเอกลักษณ์เข้ากับโครงการวางแผนครอบครัวที่เข้มแข็งและมีลักษณะทดลองสิ่งใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้น จะสามารถอธิบายการใช้การคุมกำเนิดในระหว่างสตรีที่กำลังแต่งงาน และมีอายุ 15-49 ปี ที่มีถึง 51 เปอร์เซ็นต์ ได้เป็นอย่างดีตามที่ ได้พบในการสำรวจครั้งนี้<sup>6</sup>

### แนวโน้มทางประชากร

อัตราการเพิ่มค่อปีของประชากรไทยได้ลดลงอย่างช้า ๆ ในระหว่างปี พ.ศ. 2503 และ 2513 จาก 3.2 เปอร์เซ็นต์ ลงมาเป็น 2.8 เปอร์เซ็นต์ อัตราการเพิ่มของประชากรได้ลดลงอย่างรวดเร็วในช่วงทศวรรษที่ตัวเอง ประมาณกันว่าอัตราการเพิ่มในปี พ.ศ. 2523 อยู่ในราว 2.1 เปอร์เซ็นต์ค่อปี ถึง

ภาพที่ 1 อัตราเจริญพันธุ์ทั้งหมดตามที่คำนวณได้จากการศึกษาที่เกี่ยวกับภาวะเจริญพันธุ์ 4 เรื่องในประเทศไทย



<sup>5</sup>J. Knodel et al., *op. cit.*

<sup>6</sup>Ibid.

แม้อัตราการเพิ่มจะลดลงถึงขนาดนี้ก็ตามประชากรของประเทศไทยยังสามารถเพิ่ม โดยมีขนาดประชากรเป็นสองเท่าได้ในเวลาเพียงน้อยกว่า 35 ปี

ในทางด้านโครงสร้างอายุของประชากร ถือได้ว่าประเทศไทยมีโครงสร้างอายุอ่อน จำนวนเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปีในประชากรทั้งหมดมีถึง ประมาณ 45 เปอร์เซ็นต์ของประชากร ในปี พ.ศ. 2513

ตั้งแต่กลางทศวรรษระหว่างปี พ.ศ. 2503 ถึง 2513 ประชากรของประเทศไทยได้เริ่มลดอย่างรวดเร็ว ซึ่งโครงการสำรวจนี้ (CPS) ได้แสดงให้เห็นว่าได้ลดลงต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน โครงการสำรวจในอดีตตามโครงการซึ่งได้ศึกษาในเวลาที่ต่างกันระหว่างปี พ.ศ. 2507 ถึง 2518 ประมาณกันว่าอัตราการเจริญพันธุ์ทั้งหมดได้ลดลงดังนี้ คือ National Longitudinal Study of Social, Economic and Demographic Change ประมาณว่าลดลง 12 เปอร์เซ็นต์ The Survey of Population Change กำหนดว่าลดลง 18 เปอร์เซ็นต์ และ Survey of Fertility in Thailand พบว่าลดลง 22 เปอร์เซ็นต์ ผู้วิจัยอื่น ๆ หลายคนได้สรุปเป็นข้ออธิบายการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ว่าหาได้มีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านโครงสร้างอายุของประชากร อัตราส่วนของจำนวนหญิงที่ยังไม่ได้ทำการสมรส อัตราตายหรือการเปลี่ยนแปลงในอัตราส่วนของผู้ที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาแต่อย่างใด สาเหตุสำคัญที่ทำให้ภาวะเจริญพันธุ์ลดลงจะได้แก่ผลงานทางด้านโครงการวางแผนครอบครัว

นอกจากนี้ยังพบว่าความแตกต่างกันในด้านภาวะเจริญพันธุ์ระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท ซึ่งเห็นได้ชัดในตอนช่วงระยะแรก ๆ ของการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์เกือบจะหายไป สัน ปรากฏการณ์เช่นนี้สะท้อนให้เห็นถึงการลดลงในอัตราที่สูงกว่าของภาวะเจริญพันธุ์ในเขตชนบท และลดลงในอัตราที่ต่ำกว่าในเขตเมือง<sup>7</sup>

อัตราการตายอย่างหยาบ ซึ่งประมาณกันว่าได้ลดลงจาก 30 ต่อพันคนลงมาเป็น 20 ต่อพันคนในระหว่างปี พ.ศ. 2443 และ 2493 นั้น ในปัจจุบันได้ลดลงมาเหลือเพียง 8 ต่อพันคน การลดลงของอัตราการตายในระยะหลัง ๆ นี้ ส่วนใหญ่เกิดจากการลดลงของอัตราการตายของทารก

<sup>7</sup>Ibid.

## นโยบายประชากรและการวางแผนครอบครัว ในประเทศไทย

ถ้าพิจารณาถึงประวัติของนโยบายประชากร แล้วเราจะเห็นว่าในตอนช่วงแรกของคริสต์ศตวรรษที่ 20 รัฐบาลไทยได้สนับสนุนให้มีการเพิ่มประชากร จนกระทั่งปี พ.ศ. 2511 คณะรัฐมนตรีจึงได้มีมติให้ครอบครัวที่มีบุตรตั้งแต่ 4 คนขึ้นไป มีสิทธิที่จะขอรับบริการหรือความช่วยเหลือ ในด้านการวางแผนครอบครัว สองปีต่อมา ประเทศไทยก็ได้มีนโยบายประชากรที่มุ่งส่งเสริมให้มีการลดการเพิ่มของประชากร การวางแผนครอบครัวตามความสมัครใจเป็นสิ่งที่ขัดแย้งหลักในการลดการเพิ่มของประชากร ทางกระทรวงสาธารณสุขได้ก่อตั้งโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติขึ้น ซึ่งได้ทำให้มีการประสานงานกันในการให้บริการและการอบรมเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง

### การสำรวจ

สตรีจำนวน 4,025 คน ที่มีอายุระหว่าง 15-49 ปี ได้ถูกเลือกเป็นตัวอย่าง เพื่อทำการสัมภาษณ์ในระหว่างช่วงเดือนพฤศจิกายนและธันวาคม ปี พ.ศ. 2521 สำหรับหัวข้อที่ครอบคลุมในการสัมภาษณ์นั้น ได้แก่ 1) ลักษณะทางด้านสังคมและประชากร 2) พฤติกรรมและความตั้งใจทางด้านความเจริญพันธุ์ 3) ความรู้ทางการคุมกำเนิด 4) การปฏิบัติทางการคุมกำเนิดทั้งในอดีตและปัจจุบัน 5) ความสะดวกและความสามารถในการจัดการคุมกำเนิด และ 6) เหตุผลในการไม่ใช้การคุมกำเนิด ในรายงานฉบับย่อนี้ จะได้พิจารณาถึงความแตกต่างกันโดยภาคภูมิศาสตร์และอายุของสตรีในตอนที่ทำการวิเคราะห์เกี่ยวกับภาวะเจริญพันธุ์ ส่วนความรู้และการปฏิบัติในเรื่องการคุมกำเนิด และความสามารถในการบริการการคุมกำเนิด การแพร่กระจายของการคุมกำเนิดนั้น ก็ได้ถูกนำมาพิจารณาศึกษาในแง่ของการเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ของสตรี ในขั้นสุดท้ายนั้นความมีนัยพาดพิง ไปถึงโครงการวางแผนครอบครัว เมื่อดูจากแนวโน้มที่เห็นได้จากการสำรวจวิจัยครั้งนี้ก็ได้ถูกนำมาพิจารณาเช่นกัน

การสำรวจสถานะการคุมกำเนิดในประเทศไทยนี้ได้อาศัยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ซึ่งอาศัยวิธีการให้น้ำหนักแก่ตัวอย่างโดยตัวของมันเอง ในการออกแบบวิธีการเลือก

ตัวอย่างครั้งนี้ เราตั้งอยู่บนจุดประสงค์ที่จะให้ได้ตัวอย่างของสตรีที่มีอายุระหว่าง 15-49 ปี จำนวนประมาณ 4,000 คน

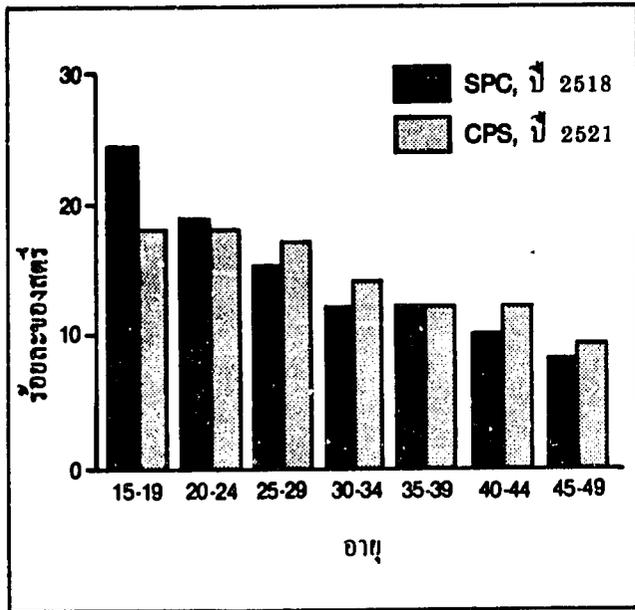
วิธีการในการเลือกตัวอย่างในโครงการสำรวจสถานะการคุมกำเนิดนี้ คล้ายคลึงกับวิธีใช้ในการสำรวจเรื่อง "The Survey of Fertility in Thailand" หรือที่เรียกกันย่อ ๆ ว่า SOFT การสำรวจสถานะการคุมกำเนิดกระทำโดยการเลือกเขต กรุงเทพมหานคร และครึ่งหนึ่งของจังหวัดอื่น ๆ จำนวน 35 จังหวัด ที่ครอบคลุมใน SOFT จังหวัดที่เป็นตัวอย่างนี้ได้ถูกเลือกมาจากกลุ่ม (stratum) ทั้งหมด 11 กลุ่ม (กรุงเทพมหานครโดยตัวเองเป็น 1 กลุ่ม ส่วนจังหวัดอื่น ๆ ได้ถูกจัดเป็น 10 กลุ่ม) ในจำนวนกลุ่มจังหวัดทั้งหมด 11 กลุ่มนี้ได้ถูกนำมาจัดเป็นกลุ่มตามภาคภูมิศาสตร์อีกครั้ง ซึ่งก็ได้แก่ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้

ในแต่ละจังหวัดที่ถูกเลือกเป็นตัวอย่างนั้น จะมีอำเภออยู่ 2 อำเภอ ที่ถูกเลือกเป็นตัวอย่าง ในจำนวนนี้อาเภอหนึ่งจะเป็นอำเภอที่ตกเป็นตัวอย่างใน SOFT ส่วนอีกอำเภอหนึ่งนั้นจะเป็นอำเภอที่ถูกเลือกขึ้นมาใหม่ ในแต่ละอำเภอนั้นจะมีการเลือกตำบลเพื่อเป็นตัวอย่าง 2 ตำบล จากแต่ละตำบลเราก็จะเลือกหมู่บ้านตำบลละ 2 หมู่บ้าน ในทุกขั้นตอนที่กล่าวมาในการเลือกตัวอย่างจะเป็นไปโดยการสุ่มด้วย โอกาสที่จะถูกเลือกความสัมพันธ์กับขนาดของหน่วย ในขั้นสุดท้ายจะเป็นการสุ่ม

สตรีที่เป็นตัวอย่างโดยให้มีน้ำหนักในตัวของมันเอง ในการสร้างรายชื่อสตรี เพื่อจะได้สุ่มมาเป็นตัวอย่างนั้น ได้อาศัยรายชื่อจากทะเบียนราษฎร แล้วทำรายชื่อเหล่านี้มาปรับปรุงให้ถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยอาศัยประวัติและรายชื่อผู้ที่ได้รับบริการจากสำนักงานอนามัยต่าง ๆ ในตำบลและหมู่บ้านมาประกอบกับการตรวจสอบรายชื่อกับผู้ใหญ่บ้านซึ่งส่วนมากจะสามารถบอกได้ว่าสตรี หรือผู้ใดในหมู่บ้านที่ไม่อยู่ในหมู่บ้านในช่วงที่ทำการสำรวจ สำหรับในกรณีหมู่บ้านใหญ่ ๆ ซึ่งยากที่จะปรับปรุงรายชื่อของสตรี โดยวิธีที่กล่าวแล้วนั้น ได้ใช้วิธีการถามรายชื่อจากทุกบ้านที่อยู่ บ้าน

ตัวอย่างในกรุงเทพมหานครนั้น เราได้เลือกจากกรอบตัวอย่างที่ทางสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ได้สร้างไว้แล้วก่อนหน้าที่จะมีการสำรวจในครั้งนี้ ตัวอย่างในกรุงเทพมหานครนั้น ประกอบด้วยสตรีที่มีคุณสมบัติตามต้องการ จำนวน 800 คน

ภาพที่ 3 การกระจายอัตราส่วนร้อยละของอายุในปี พ.ศ. 2518 และ 2521 — จากจำนวนสตรีทั้งหมดอายุ 15-49 ปี



สำหรับการเก็บข้อมูลในสนามนั้นได้แบ่งงานรับผิดชอบออกเป็น 5 คณะ แต่ละคณะประกอบด้วย นักสัมภาษณ์ จำนวน 5 คน และผู้คุมงานสนามอีก 1 คน ในการหาผู้ถูกสัมภาษณ์นั้น ถ้าหากว่าผู้ที่เราได้ทำการคัดเลือกไว้เป็นตัวอย่างไม่อยู่บ้านในขณะนั้น พนักงานสัมภาษณ์ของเราก็จะออกไปติดตามเพื่อสัมภาษณ์อีกในภายหลัง แต่ถ้าหลังจากการพยายามไปหาเป็นเวลาสามครั้งแล้วยังไม่พบ เราก็จะใช้สตรีผู้อื่นที่ถูกเลือกเป็นตัวอย่างสำรองไว้แล้วล่วงหน้าเป็นตัวอย่างแทน และในการสัมภาษณ์จะดำเนินต่อไปเสมือนหนึ่งเป็นตัวอย่างทั่ว ๆ ไป

ในรูปที่ 2 เราจะเห็นได้ว่าเมื่อเราเปรียบเทียบการกระจายทางด้านอายุของตัวอย่างที่เราเลือกในโครงการสำรวจสภาวะการคุมกำเนิด (CPS) กับการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร (SPC) แล้วพอจะเห็นได้ว่าตัวอย่างที่เราเลือกนี้เป็นตัวอย่างที่ใช้เป็นตัวแทนของประชากรที่เราศึกษาได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้เรายังพบว่า จากการเปรียบเทียบ คุณลักษณะของตัวอย่างจากการสำรวจของสองโครงการดังกล่าว จะพบว่าไม่มีความแตกต่างในด้านสถานภาพสมรสเมื่อแยกตามอายุ และในขณะที่เดียวกันเมื่อแยกดูการกระจายของอายุ ในชนบทก็จะพบว่าไม่มีความแตกต่างกันมากนัก

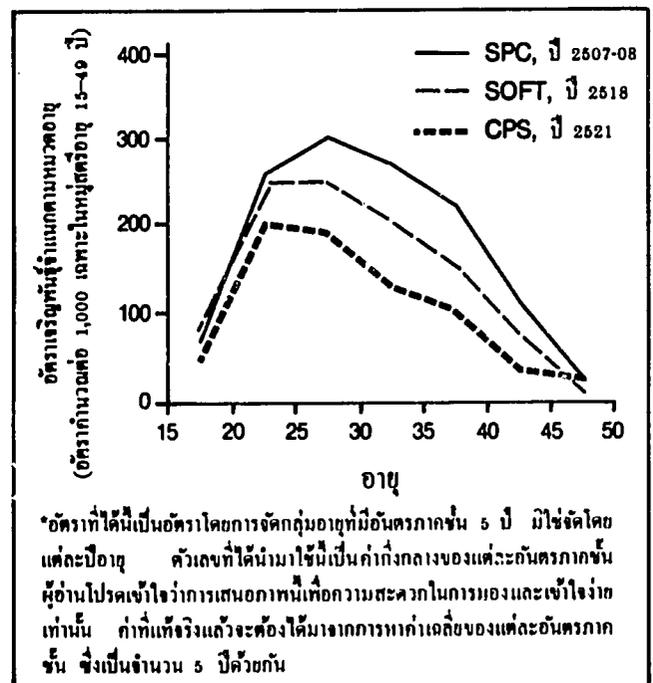
## ภาวะเจริญพันธุ์

ในส่วนนี้จะได้ทำการวิเคราะห์ภาวะเจริญพันธุ์ โดยแยกตามอายุและลักษณะเขตที่อยู่อาศัย เพื่อที่จะได้พูดถึงความแตกต่างกัน อันจะเป็นภูมิหลังสำหรับการอภิปรายถึงความรู้การใช้ และความสามารถในการจัดหา การวิเคราะห์ในเรื่องภาวะเจริญพันธุ์นั้น จะทำเฉพาะในหมู่สตรีที่เคยทำการสมรสแล้ว ซึ่งพบว่ากว่า 93 เปอร์เซ็นต์ของผู้ที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป ได้ทำการสมรสมาแล้ว สำหรับอายุแรกสมรส โดยเฉลี่ยของประเทศไทยคือ 20.0 ปี ส่วนอายุแรกสมรสของสตรีในกรุงเทพฯ (21.6 ปี) นั้น จะสูงกว่าสตรีในภาคเหนือ ภาคอีสาน และภาคใต้ โดยเฉลี่ย 2 ปี และสูงกว่าสตรีในภาคกลาง 1 ปี สำหรับอายุเมื่อแรกสมรสของสตรีไทยนั้น พบว่าคงที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงมาเป็นเวลาอย่างน้อย 20 ปี

### อัตราเจริญพันธุ์จำแนกตามหมวดอายุ

กระสวนของการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ในประเทศไทยนั้น สามารถเห็นได้จากอัตราเจริญพันธุ์จำแนกตามหมวดอายุ

ภาพที่ 8 อัตราเจริญพันธุ์จำแนกตามหมวดอายุ ในประเทศไทย ตามที่คำนวณได้จากการสำรวจของสามโครงการระหว่างปี พ.ศ. 2507-2521

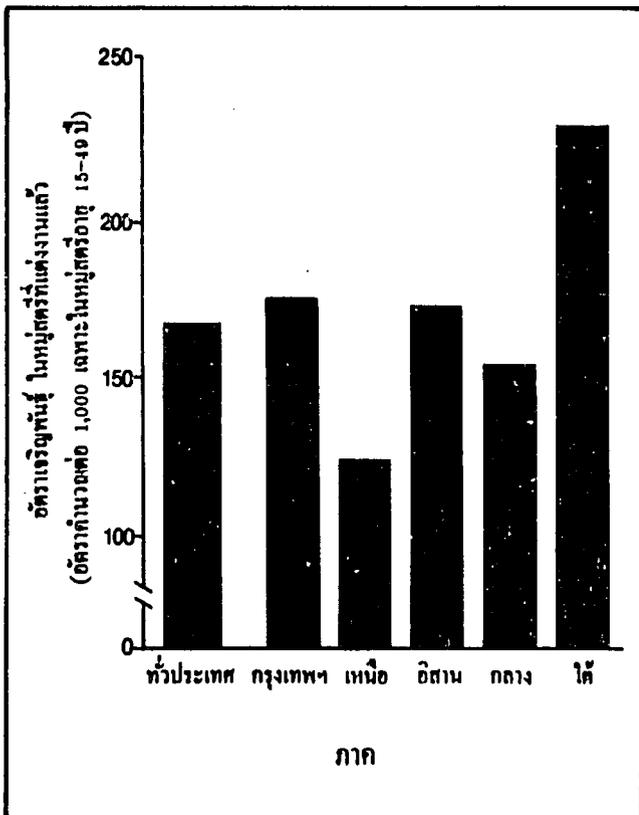


\*อัตราที่ได้นี้เป็นอัตราโดยการจัดกลุ่มอายุที่มีอันตรภาคชั้น 5 ปี มิใช่จัดโดยแต่ละปีอายุ ตัวเลขที่ได้นำมาใช้นี้เป็นค่ากึ่งกลางของแต่ละอันตรภาคชั้น ผู้อ่านโปรดเข้าใจว่าการเสนอกาหนดเพื่อความสะดวกในการมองและเข้าใจง่ายเท่านั้น ค่าที่แท้จริงแล้วจะต้องได้มาจากการหาค่าเฉลี่ยของแต่ละอันตรภาคชั้น ซึ่งเป็นจำนวน 5 ปีด้วยกัน

อายุที่ได้จากการสำรวจตั้งแต่หลังปี พ.ศ. 2507 คงจะเห็นได้จากภาพที่ 3 การลดลงของอัตราเจริญพันธุ์นั้นจะเห็นได้เด่นชัดในหมู่สตรีที่มีอายุระหว่าง 25 ถึง 45 และโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มสตรีที่มีอายุระหว่าง 30 ถึง 40 โครงการสำรวจสภาวะการคุมกำเนิดในประเทศไทยได้กำหนดไว้ว่า ถ้าสมมุติว่าสตรีที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ทั้งหมดจะมีบุตรตามอัตราเจริญพันธุ์ตามหมวดอายุดังที่ปรากฏอยู่ในปัจจุบันแล้ว โดยเฉลี่ยสตรีไทยจะมีบุตร 3.7 คน (เราเรียกว่าอัตราเจริญพันธุ์ทั้งหมด) ซึ่งลดลงจาก 6.2 คน ดังที่พบในปี พ.ศ. 2507 (จากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากรหรือเรียกว่า SPC) ข้อมูลต่าง ๆ ที่เราได้มีชี้ให้เห็นว่า ปัจจุบันนี้สตรีที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์จะมีบุตรน้อยลง และหยุดการมีบุตรเร็วขึ้น

เมื่อเปรียบเทียบภาวะเจริญพันธุ์ตามรายภาคดังในภาพที่ 4 จะพบว่าสตรีในภาคใต้มีอัตราเจริญพันธุ์ (เมื่อคิดเฉพาะในหมู่สตรีที่แต่งงานแล้ว) สูงกว่าอัตราเจริญพันธุ์ของประเทศไทยถึงเกือบ 40 เปอร์เซ็นต์ ในขณะที่สตรีในภาคเหนือจะมี

ภาพที่ 4 อัตราเจริญพันธุ์คิดเฉพาะในหมู่สตรีที่แต่งงานแล้ว แยกเป็นรายภาค



ภาวะเจริญพันธุ์ต่ำที่สุด แม้กระทั่งจะเปรียบเทียบกับอัตราเจริญพันธุ์ของสตรีในกรุงเทพฯ ก็ตาม การวิจัยครั้งนี้พบว่าในเขตชนบทนั้นอัตราเจริญพันธุ์ได้ลดลงอย่างมากในทุกภาคของประเทศ ส่วนภาคที่ลดลงมากที่สุดได้แก่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ ซึ่งมีอัตราเจริญพันธุ์สูงสุดในปี พ.ศ. 2516-2518 (ดูตารางที่ 1)

### บุตรเกิดรอดและบุตรมีชีวิตอยู่

สตรีไทยเมื่อถึงอายุ 45-49 ปี จะมีบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ย 6.7 คน ในจำนวนนี้จะมีเหลืออยู่เพียง 5.8 คน ที่ยังมีชีวิตอยู่ ตัวเลขนี้แสดงให้เห็นว่าการตายของทารกมีบทบาทในด้านการกำหนดขนาดของครอบครัวอยู่บ้าง ข้อพึงสังเกตมีอยู่ว่าตัวเลขที่เรานี้ ได้มาจากการคำนวณเฉพาะในกลุ่มสตรีที่มีอายุมากซึ่งมักจะไม่มีบุตรต่อไปอีกแล้ว ดังนั้น จึงไม่สามารถสะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มในด้านการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์และอัตราการตายของทารก

ตารางที่ 1 การเปลี่ยนแปลงในค่าอัตราเจริญพันธุ์เมื่อคิดเฉพาะในหมู่สตรีที่ทำการสมรสแล้วแยกเป็นรายภาค และปรับเข้าเกณฑ์มาตรฐานโดยอายุ—เปรียบเทียบเฉพาะในหมู่สตรีที่มีสถานภาพยังอยู่กับสามีและมีอายุระหว่าง 20-44 ปี

ภาค	อัตราเจริญพันธุ์		การเปลี่ยนแปลง	
	SOFT* 2516/2518	CPS 2521	ทั้งหมด	ในเชิงเปรียบเทียบ
รวม				
ทุกภาค	.216	.175	-.041	18%
เหนือ	.152	.126	-.027	17%
อีสาน	.315	.176	-.139	44%
กลาง	.185	.177	-.008	4%
ใต้	.352	.252	-.100	28%

\*อัตราในช่วงนี้หมายถึงภาวะเจริญพันธุ์ในช่วง 24 เดือนก่อนหน้าการสำรวจ ซึ่งถูกปรับมาเป็นอัตราต่อปี และขณะเดียวกันก็ได้ปรับตัวเลขสำหรับเวลาที่ต่ำกว่า 24 เดือนในหมู่สตรีที่ทำการสมรสมาแล้วถึงสองปี

แหล่งอ้างอิง: Joint Thai/U.S. Evaluation Team, "Thailand National Family Planning Program Evaluation," American Public Health Association, 1979.

ตารางที่ 2 ค่าร้อยละของสตรีที่มีความรู้ทางด้านการคุมกำเนิดในแต่ละวิธี เมื่อแยกตามอายุ—พิจารณาในหมู่สตรีทั้งหมดที่มีอายุ 15-49 ปี

วิธี	อายุ							Total (N = 4,025)
	15-19 (n = 730)	20-24 (n = 737)	25-29 (n = 673)	30-34 (n = 581)	35-39 (n = 498)	40-44 (n = 461)	45-49 (n = 345)	
ชาคุม	97.4	98.1	98.8	98.6	99.2	97.6	96.2	98.2
ถุงอนามัย	74.8	87.2	87.4	86.6	82.1	73.3	63.2	80.7
ใส่ห่วง	84.2	91.9	93.0	93.3	93.4	91.1	90.1	90.9
หมันหญิง	92.9	95.7	96.7	96.2	97.6	94.8	92.2	95.2
หมันชาย	81.4	87.4	87.2	88.3	87.1	85.2	80.1	85.7
ทำแท้ง	71.8	72.8	64.6	64.5	57.6	58.8	52.8	64.7
ชาฉีด	79.7	88.5	92.6	92.1	89.8	85.9	81.7	87.4
วิธีป้องกันทางช่องคลอด	13.8	20.5	21.1	22.7	21.1	17.4	20.0	19.4
วิธีดั้งเดิม	31.1	45.9	43.5	45.8	44.2	29.9	29.3	39.3

## ความถี่ความสามารถในการจัดหาการคุมกำเนิด

### ความรู้เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิด

สตรีไทยแทบทั้งหมดมีความรู้ หรืออย่างน้อยทราบว่ามีวิธีการที่จะสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้ เมื่อเรารวมเอาผู้ที่แสดงความรู้โดยไม่ต้องถามกระตุ้นกับที่ต้องถามกระตุ้นเข้าด้วยกัน<sup>8</sup> เราจะพบว่าสตรีไม่ว่าจะอายุเท่าไร การศึกษาระดับไหน และในภาคอะไรก็ตามรู้ถึงวิธีการคุมกำเนิดอย่างน้อยหนึ่งวิธี ในจำนวนนี้ประมาณครึ่งหนึ่งของสตรีรู้วิธีการคุมกำเนิด 8 วิธีด้วยกัน เป็นที่พบเช่นกันว่าสตรีไม่ว่าจะเป็นโสดหรือแต่งงานแล้วก็ตามต่างก็มีความรู้อย่างน้อยหนึ่งวิธี

ในตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่าสตรีในทุกระดับอายุต่างก็มีความรู้เกี่ยวกับวิธีคุมกำเนิดโดยทานยาเม็ด ใส่ห่วง ฉีดยาหมันหญิงและหมันชาย และวิธีป้องกันทางช่องคลอดในลักษณะที่ใกล้เคียงกัน สตรีที่มีอายุระหว่าง 20-39 ปี จะมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ถุงอนามัย และวิธีดั้งเดิมมากกว่าสตรีที่มีอายุน้อยที่สุดหรืออายุสูงที่สุด ในขณะที่เดียวกันก็พบว่าสตรีที่มีอายุตั้งแต่

35 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มที่จะคุ้นเคยกับวิธีการทำแท้งน้อยกว่าสตรีที่มีอายุน้อย<sup>9</sup>

การสำรวจครั้งนี้ เมื่อพิจารณาจากภูมิหลังการศึกษา จะพบว่าไม่มีความแตกต่างกันในด้านความรู้ในวิธี ยาเม็ด ชาฉีด ถุงอนามัย และหมันหญิง แต่สำหรับในวิธีคุมกำเนิดอื่น ๆ ซึ่งโดยปกติเป็นที่รู้จักกันน้อยนั้น พบว่าระดับของความรู้ในวิธีคุม

<sup>8</sup> ได้มีการตั้งคำถามขึ้นคำถามหนึ่ง เพื่อที่จะวัดถึงความรู้ในวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ผู้สัมภาษณ์จะให้ผู้ถูกสัมภาษณ์กล่าวถึงชื่อวิธีที่เขาทราบสำหรับวิธีที่ตอนหรือกล่าวถึง โดยทันทีที่จะถึงว่าเป็นวิธีที่รู้โดยไม่ต้องถามกระตุ้น หลังจากนั้นผู้สัมภาษณ์ก็จะถามถึงแต่ละวิธีที่ยังไม่ได้กล่าวถึง โดยการกล่าวชื่อมาก่อนเท่านั้น ไม่มีการอธิบายอะไรเพิ่มเติม ถ้าหากผู้ถูกสัมภาษณ์ตอบว่ารู้จักวิธีนั้น (ที่กล่าวถึง) คำตอบที่ได้ก็จะถือว่าเป็นความรู้โดยการถามกระตุ้น

<sup>9</sup> เป็นที่เชื่อกันว่าตัวเลขในด้านความรู้เกี่ยวกับวิธีและสถานที่ ๆ จะไปทำแท้งนั้นจะต่ำกว่าความเป็นจริงในหมู่สตรีทุกช่วงอายุ ตัวเลขที่ได้ปรากฏออกมาให้เห็นว่าสตรีที่มีอายุน้อยมีความคุ้นเคยกับการทำแท้งน้อยกว่าสตรีที่มีอายุน้อยนั้น ส่วนหนึ่งอาจจะมีส่วนมาจากคนที่สูงอายุ ไม่มีความประสงค์ที่จะแสดงให้เห็นว่าตัวเองมีความรู้เกี่ยวกับวิธีทำแท้ง ในการสำรวจครั้งนี้เรามีได้มาถึงการปฏิบัติหรือประสบการณ์ในการทำแท้ง

กำเนิดจะมีเพิ่มขึ้นตามระดับการศึกษาที่สูงขึ้น ในหมู่ประเทศกำลังพัฒนาทั่ว ๆ ไปนั้น สตรีที่มีการศึกษาน้อยมักจะมีความรู้ในวิถีการคุมกำเนิดน้อย แต่ในข้อมูลของเราพบว่า ถ้าหากโครงการวางแผนครอบครัวมีประสิทธิภาพ และทำงานอย่างเข้มแข็งเพื่อเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวแล้ว จะมีผลทำให้อิทธิพลของการศึกษาที่มีต่อความรู้ในทางด้านการคุมกำเนิดลดน้อยลง

พบว่าในวิธีอื่น ๆ นอกจากการทำแท้งและยาฉีดแล้ว สตรีที่ยังเป็นโสดจะมีความรู้ทางด้านวิถีการคุมกำเนิดในวิธีใดวิธีหนึ่ง น้อยกว่าสตรีที่ทำการสมรสแล้วอยู่ประมาณ 5 เปอร์เซ็นต์

ประมาณ 90 เปอร์เซ็นต์ ของสตรีที่แต่งงานแล้วรู้จักวิธียาฉีด ในขณะที่สตรีที่เป็นโสดเพียง 79 เปอร์เซ็นต์ ที่รู้ในวิธีนี้ การที่สตรีที่แต่งงาน (62%) แล้วมีความรู้เกี่ยวกับวิธีทำหมันน้อยกว่าสตรีที่ยังเป็นโสด (72%) อาจจะมีสาเหตุใหญ่มาจากอายุตามที่ได้ตั้งเป็นข้อสังเกตแล้ว

เมื่อพิจารณาถึงความแตกต่างกันในทางด้านความรู้ในวิถีการคุมกำเนิดโดยแยกตามภาคภูมิศาสตร์ จะพบว่ามีความแตกต่างกันเพียงในบางวิธี สตรีในแทบทุกภาคมีความรู้พอๆ กันในวิธียาเม็ด ใส่ห่วง หมันชาย หมันหญิง และยาฉีด สตรีในกรุงเทพฯ ภาคมหานครจะมีความรู้ในวิธีถุงอนามัย ทำแท้ง และวิธีป้องกัน

ตารางที่ 8 ค่าร้อยละของสตรีที่มีความรู้ทางด้านวิธีการคุมกำเนิดในแต่ละวิธี และแหล่งความรู้ในแหล่งที่จะไปรับบริการ แยกตามภาคภูมิศาสตร์ พิจารณาในหมู่สตรีทั้งหมดที่มีอายุ 15-49 ปี

ความรู้	ภาค				
	กรุงเทพฯ (n = 800)	เหนือ (n = 902)	อีสาน (n = 1,149)	กลาง (n = 633)	ใต้ (n = 541)
<b>ความรู้ในวิธี</b>					
ยาเม็ด	97.2	98.1	98.8	98.9	97.4
ถุงอนามัย	88.5	76.3	78.0	77.2	86.3
ใส่ห่วง	92.4	88.7	94.7	89.6	86.0
หมันหญิง	96.2	94.5	95.0	95.7	94.5
หมันชาย	87.6	84.8	82.6	84.8	91.7
ทำแท้ง	76.6	71.4	51.4	61.0	68.6
ยาฉีด	82.5	92.1	86.7	87.8	87.6
วิธีป้องกันทางช่องคลอด	29.3	19.3	17.8	14.7	13.7
วิธีดั้งเดิม	41.0	64.4	69.6	75.4	47.3
<b>ความรู้ในแหล่ง*</b>					
ยาเม็ด	83.1	95.0	92.3	88.0	87.4
ถุงอนามัย	49.4	48.7	45.0	28.4	57.5
ใส่ห่วง	70.1	75.9	75.4	57.8	63.6
หมันหญิง	85.4	86.9	78.6	79.8	79.7
หมันชาย	57.2	67.3	47.7	46.0	75.2
ทำแท้ง	25.8	35.0	18.2	11.1	31.2

\*ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งของยาฉีดและวิธีทางช่องคลอดไม่สามารถรวบรวมได้ ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับวิธีดั้งเดิมซึ่งรวมทั้งวิธีนับวันปลอดภัยและวิธีหลังออกของช่องคลอดนั้นไม่มีความหมายในการจะถามหาแหล่งที่

ทางช่องกลอดในระดับที่สูงกว่าสตรีในชนบท ดังจะเห็นได้จาก ตารางที่ 8 สตรีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความรู้ทางด้าน การทำแท้งน้อยที่สุด คาดกันว่าการสนับสนุนและส่งเสริมในวิธี ที่ต่างกันของโครงการวางแผนครอบครัว ตลอดจนความแพร่ หลายที่ต่างกันของบางวิธี และความแตกต่างกันทางด้านวัฒนธรรม ที่องถิ่นอาจจะมีส่วนทำให้เกิดความแตกต่างกันในแต่ละ ภาค

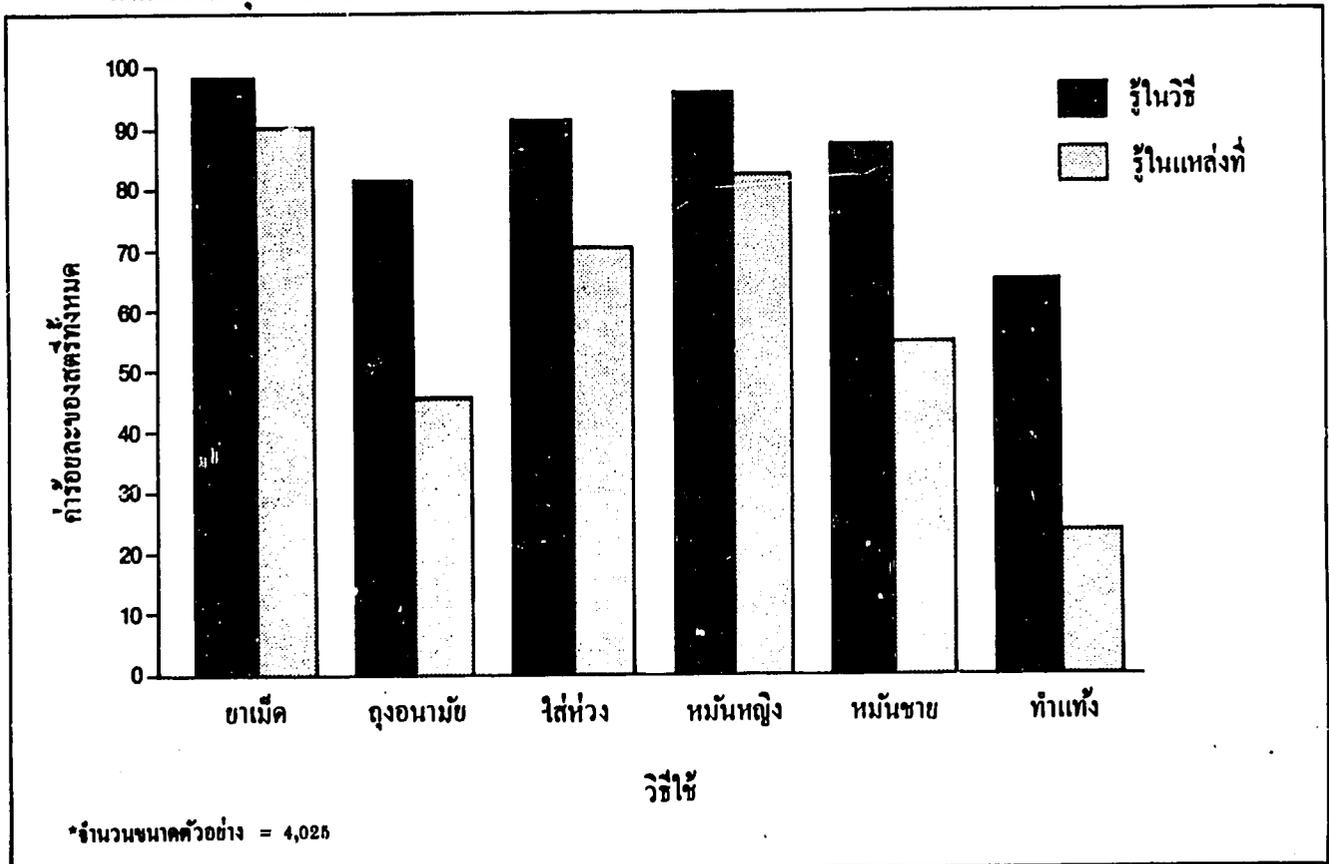
ผลที่ได้จากการสำรวจนี้ชี้ให้เห็นว่าความพยายามในการ เผยแพร่ความรู้ในเรื่องการวางแผนครอบครัว ของหน่วยงานทั้ง ภาครัฐบาล และภาคเอกชนได้ประสบความสำเร็จอย่างสูง และเป็นที่ยอมรับได้ว่า โครงการวางแผนครอบครัวในประเทศไทยจะไม่ประสบกับปัญหาหรืออุปสรรค อันเกิดจากการที่ ประชาชนขาดความรู้ในเรื่องการวางแผนครอบครัว ถือได้ว่าการ ที่สามารถเผยแพร่ข่าวสารและให้ความรู้ในวิธีวางแผนครอบครัว

แบบสมัยใหม่เข้าไปในทุกภาค หรือทุกแห่งของประเทศไทย เป็นความสำเร็จอันใหญ่หลวงของโครงการวางแผนครอบครัว

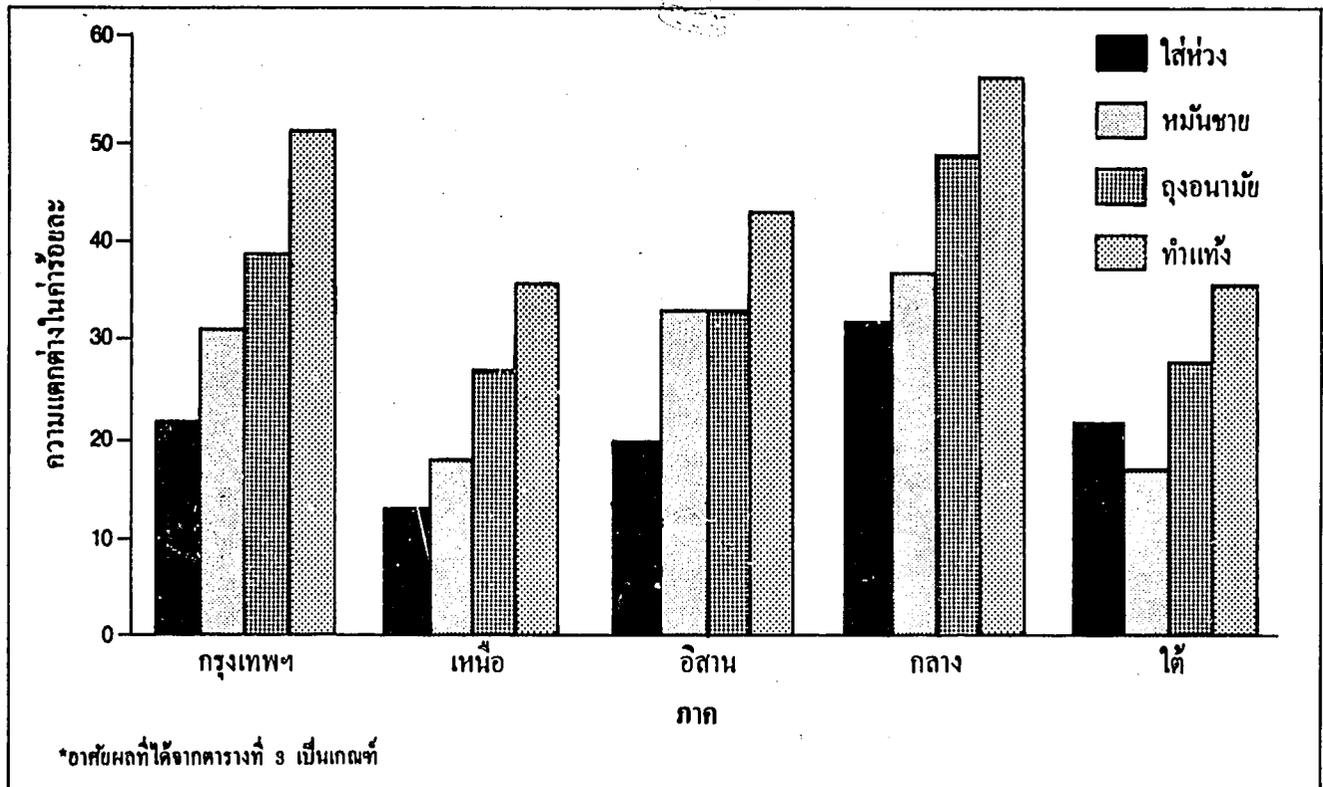
### ความรู้เกี่ยวกับแหล่งที่จะไปรับบริการการคุมกำเนิด

สิ่งสำคัญสิ่งหนึ่งที่เราต้องพิจารณาถึงในโครงการวางแผน ครอบครัวยุคใหม่ คือ การที่สตรีจะต้องไม่ใช้วิธีคุมกำเนิด เท่านั้น แต่จะต้องรู้ด้วยว่าจะไปรับบริการได้ที่ไหน พบว่า 95 เปอร์เซ็นต์ของสตรีรู้จักวิธีคุมกำเนิดอย่างน้อยหนึ่งวิธีและรู้ว่าจะ ไปรับบริการได้จากแหล่งใด พบเช่นกันว่า 90 เปอร์เซ็นต์ของ สตรีทั้งหมดรู้ว่าจะไปรับยาเม็ดได้จากที่ใด 82 เปอร์เซ็นต์ รู้ แหล่งที่จะไปทำหมันหญิง 70 เปอร์เซ็นต์รู้แหล่งที่จะไปใส่ห่วง (ดูภาพที่ 5) ส่วนแหล่งที่เป็นที่ให้บริการคุมกำเนิดโดยผู้ชาย เป็นผู้ใช้ั้น จะเป็นที่ยุ้งักกันน้อยกว่าวิธีคุมกำเนิดโดยผู้หญิง เป็นผู้ใช้ ถึงแม้ว่า 2 ใน 3 ของสตรีจะรู้จักวิธีการทำแท้ง แต่มี

ภาพที่ 5 ค่าร้อยละของสตรีที่มีความรู้ทางด้านวิธีการคุมกำเนิดในแต่ละวิธีและความรู้ในแหล่งที่จะไปรับบริการ—พิจารณาในหมู่สตรี ทั้งหมดที่มีอายุ 15-49 ปี\*



ภาพที่ 6 ความแตกต่างในคำร้อยละของความรู้ในวิธีคุมกำเนิดกับความรู้ในแหล่งที่จะไปรับบริการ พิจารณาเฉพาะบางวิธี และพิจารณาแยกเป็นรายภาค - จำนวนได้จากสตรีทั้งหมดที่มีอายุ 15-49 ปี\*



เพียง 1 ใน 4 เท่านั้น ที่จะรู้ว่าจะไปทำแท้งได้ที่ใด (ดูภาพที่ 5)

พบว่าสตรีที่อยู่ในภาคต่าง ๆ ของประเทศมีความคล้ายคลึงกันในระดับความรู้เกี่ยวกับแหล่งที่จะไปรับบริการการวางแผนครอบครัว ดังจะเห็นได้จากในตอนล่างของตารางที่ 3 ว่าในแทบทุกส่วนของประเทศ ประมาณ 80 ถึง 85 เปอร์เซ็นต์ของผู้ถูกสัมภาษณ์รู้ว่าจะไปทำหมันหญิงได้ที่ไหน แต่อย่างไรก็ตาม พบว่าสตรีในภาคกลางมีความรู้เกี่ยวกับแหล่งที่จะไปรับถุงอนามัย ใส่ห่วง และทำหมันชาย ในระดับที่ต่ำกว่าระดับเฉลี่ยของประเทศไทยทั้งหมด ดังที่แสดงไว้ในภาพที่ 5 นอกจากนี้ยังพบว่าสตรีในภาคใต้ (76%) รู้จักแหล่งที่จะไปทำหมันชายมากกว่าระดับเฉลี่ยของประเทศ (57%)

ภาพที่ 6 แสดงถึงช่องว่างระหว่างความรู้ในวิธีการกับความรู้ ในแหล่งที่จะไปรับบริการ (ในระดับเฉลี่ยของประเทศตามภาพที่ 5) เราพบว่าความแตกต่างหรือช่องว่างจะแปรผันไปตามภาค ถ้ายกเว้นวิเชียรมาศ และหมันหญิงแล้วจะพบว่า

ภาคกลางมีช่องว่าง ระหว่างความรู้ในวิธีปฏิบัติกับความรู้ในแหล่งที่ให้บริการมากที่สุด

## การใช้และแหล่งของการจัดหาอุปกรณ์การคุมกำเนิด

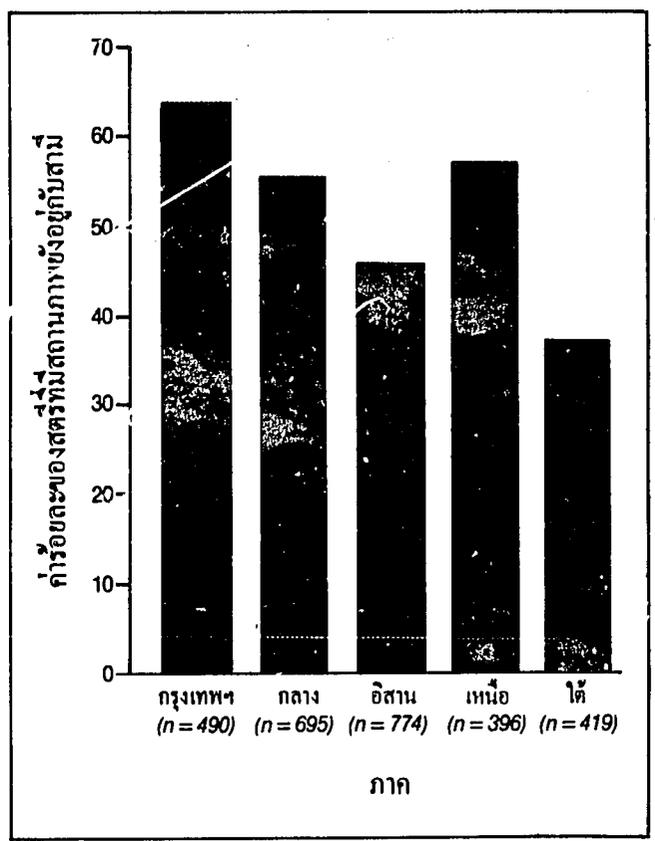
โครงการสำรวจสภาวะการคุมกำเนิดนี้ ได้เก็บรวบรวมข้อมูลในด้านการคุมกำเนิดทั้งในอดีตและที่กำลังใช้อยู่ และทั้งวิธีสมัยใหม่และวิธีดั้งเดิม ได้มีการให้คำจำกัดความของกำลังใช้อยู่ไว้ว่าหมายถึงการใช้วิธีคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่งในระยะเวลาภายในหนึ่งเดือนก่อนหน้าวันสำรวจ เมื่อให้คำจำกัดความแล้วก็จะดูถึงความแพร่กระจายของการคุมกำเนิดแต่เพียงย่อ ๆ ก่อน แล้วก็จะพิจารณาดังความแตกต่างกันในเรื่องการใช้ตามลักษณะภูมิหลังบางประการ

## ความแพร่หลายในการใช้

พบว่า 51.3 เปอร์เซ็นต์ ของสตรีที่มีสถานภาพขังอยู่กับสามีและมีอายุระหว่าง 15-49 ปี กำลังคุมกำเนิดอยู่ เมื่อเปรียบเทียบกับหมู่ประเทศกำลังพัฒนาอื่น ๆ แล้ว จะกล่าวได้ว่าตัวเลขนี้อยู่ในระดับสูง อันหมายถึงการวางแผนครอบครัวที่สำเร็วจึงได้มีการคุมกำเนิดที่แพร่หลายในหมู่สตรีที่ทำการสมรสแล้ว กว้าง 90 เปอร์เซ็นต์ ของสตรีเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดสมัยใหม่ (อันได้แก่ ยาเม็ด ใส่อ่อน ถุงอนามัย ขาฉีดยา ฮอร์โมน และหมั้นชาย) วิธีที่ใช้กันมากที่สุดสองวิธีได้แก่ ยาเม็ด และหมั้นหญิง

โครงการสำรวจสถานะการคุมกำเนิดยังได้พบอีกว่า ในแต่ละภาคของประเทศไทยมีความแตกต่างกันในเรื่องความแพร่หลายของการคุมกำเนิดในหมู่สตรีที่มีสถานภาพขังอยู่กับสามี ดังจะเห็นได้จากภาพที่ 7 สตรีในกรุงเทพฯ จะมีการคุมกำเนิดมากกว่าสตรีในชนบท นอกจากนี้ยังพบว่าสตรีในภาคเหนือ (55%) และสตรีในภาคกลาง (57%) มีการคุมกำเนิดมากกว่าสตรีในภาคอีสาน (46%) และภาคใต้ (37%) ความแตกต่างกันในเรื่องการใช้แยกตามอายุแล้วจะพบว่า คล้ายคลึงกันในทุกภาค (เมื่อทำการควบคุมภาค) กล่าวคือ สตรีที่มีอายุน้อยที่สุด

ภาพที่ 7 ค่าร้อยละของการคุมกำเนิดในทั้ง 5 ภาคของประเทศไทย — เฉพาะสตรีที่มีสถานภาพขังอยู่กับสามีและมีอายุ 15-49 ปี



ตารางที่ 4 ค่าร้อยละของการคุมกำเนิดในวันที่ทำการสัมภาษณ์ ในแต่ละวิธีแยกเป็นรายภาค — เฉพาะ สตรีที่มีสถานภาพขังอยู่กับสามี และมีอายุ 15-49 ปี

วิธี	ภาค					รวม
	กรุงเทพฯ	เหนือ	อีสาน	กลาง	ใต้	
ยาเม็ด	25.1	54.6	43.8	42.0	21.4	39.9
ถุงอนามัย	8.4	1.6	4.8	1.3	2.6	3.9
ใส่อ่อน	7.7	1.0	13.6	8.5	7.8	7.5
หมั้นหญิง	41.5	19.3	19.0	26.3	19.5	25.2
หมั้นชาย	6.1	3.1	8.0	13.8	5.8	7.0
ขาฉีดยา	5.1	17.5	3.4	7.6	7.1	8.6
อื่น ๆ*	6.1	2.9	7.4	0.5	35.8	7.9
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
รวมสตรีทั้งหมด	311	383	352	224	154	1,424

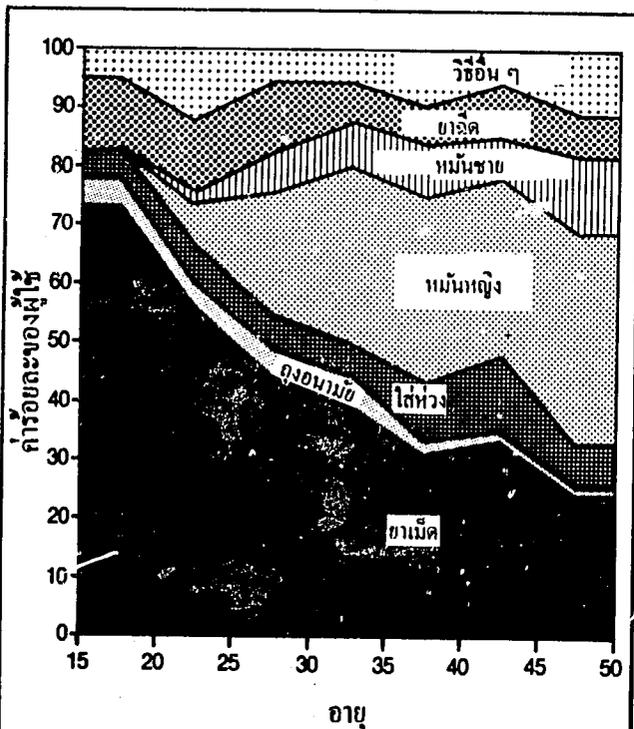
\*รวมทั้งวิธีนับวันปลอดภัย, หลั่งออกนอกช่องคลอด และวิธีพื้นเมืองอื่น ๆ

(15-19 ปี) และที่มีอายุสูงสุด (45-49 ปี) จะมีการคุมกำเนิดน้อยกว่าสตรีที่มีอายุระหว่าง 20 ถึง 40 ปี (ไม่ได้แสดงภาพให้ดู)

**ความแตกต่างของผู้ใช้แยกตามภาคภูมิศาสตร์และอายุของสตรี**

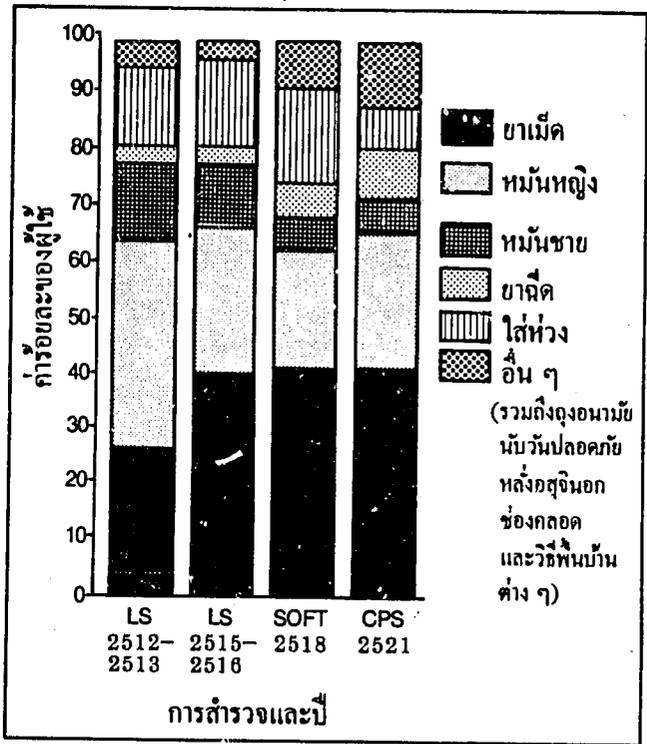
ตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่าเมื่อพิจารณาตามรายภาคจะเห็นว่า มีความแตกต่างกันในวิธีคุมกำเนิดที่ใช้ วิธีหมั้นหญิงจะใช้กันมากและเป็นที่ยอมรับในเขต เมือง หลวง มากกว่า ในเขตชนบท วิธีคุมกำเนิดด้วยการทานยาเม็ดเป็นวิธีที่ใช้กันอย่างมากในแทบทุกภาคของประเทศ ยกเว้นภาคใต้เพียงภาคเดียวเท่านั้น ซึ่งภาคใต้นี้ใช้วิธีดั้งเดิม (ได้แก่วิธีนับวันปลอดภัย หลังออกนอกร่องคลอด ป้องกันทางช่องคลอด และอื่น ๆ) กันมาก วิธีใส่ห่วงนั้น เป็นวิธีที่ใช้กันมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ

**ภาพที่ 8** ค่าร้อยละของการใช้การคุมกำเนิดในขณะที่ทำการสำรวจ แยกตามรายวิธีและอายุ — กิจเฉพาะสตรีที่มีสถานภาพยังคงอยู่กับสามี และมีอายุ 15-49 ปี



\*ค่าร้อยละที่แสดงนี้เป็นค่าร้อยละของอายุทั้งหมดในแต่ละอันตรภาคชั้นอายุที่มีขนาดเท่ากับ 5 ปี ผู้ที่นำไปวิเคราะห์ไว้ว่าค่าร้อยละที่แท้จริงนั้น ต้องเกิดจากการนำมาหาค่าเฉลี่ยทั้ง 5 ปี

**ภาพที่ 9** ค่าร้อยละของการใช้การคุมกำเนิดในขณะที่ทำการสำรวจ แยกตามรายวิธีเปรียบเทียบอัตราการสำรวจระหว่างปี 2512-2521 — กิจเฉพาะสตรีที่มีสถานภาพยังคงอยู่กับสามี และมีอายุ 15-44 ปี



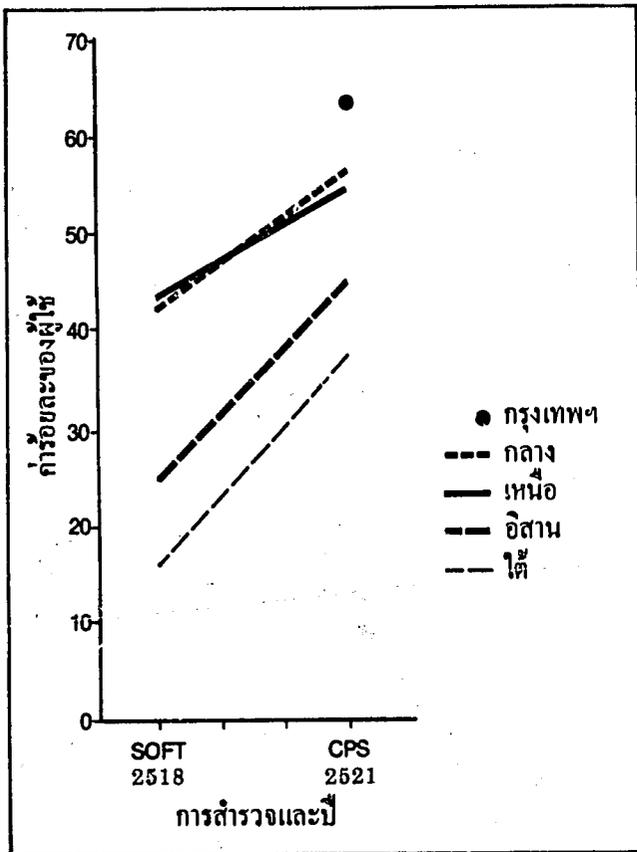
14 เปอร์เซ็นต์ ตัวเลขนี้สูงกว่าค่าเฉลี่ยของการใช้วิธีใส่ห่วงทั้งประเทศซึ่งมีอยู่ 8 เปอร์เซ็นต์ ส่วนวิธีขาลัดนั้น พบว่ามีการใช้ค่อนข้างต่ำ คือ 9 เปอร์เซ็นต์ เท่านั้น สาเหตุใหญ่เนื่องมาจากวิธีนี้ยังไม่แพร่หลาย หรือยังไม่กระจายไปในระดับที่จะหาบริการได้ง่ายนัก แต่ถึงอย่างไรก็ตาม ก็ยังมีความแตกต่างกันไปตามแต่ละภาค อย่างเช่น ในภาคเหนือจะพบว่ามีถึงประมาณ 18 เปอร์เซ็นต์ ที่คุมกำเนิดโดยการขาลัด

สตรีที่มีอายุน้อยมักจะคุมกำเนิด โดยการ ใช้วิธีชั่วคราว (โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ยาเม็ด ขาลัด และวิธีอื่น ๆ บ้าง) ส่วนสตรีที่มีอายุมากมักจะใช้วิธีถาวร ดังที่แสดงในภาพที่ 8 ในภาพนี้จะเห็นได้ชัดเช่นกันว่า วิธีใส่ห่วงนั้น ไม่เป็นที่นิยมกันนักในหมู่สตรีที่มีอายุน้อย ซึ่งบางครั้งก็มีการใช้การคุมกำเนิดเพื่อที่จะกำหนดวันช่วงระหว่างลูกแต่ละคนให้ห่างกันมากขึ้นเท่านั้น วิธีใส่ห่วงนี้จะใช้กันมากในหมู่สตรีที่มีอายุ ระหว่าง 35 ถึง 45 ปี ซึ่งสตรีในกลุ่มนี้ก็จะไม่ต้องการมีบุตรอีกแล้ว แต่ในขณะที่เดียวกันก็ยังไม่พร้อมที่จะทำหมัน

## แนวโน้มในการใช้การคุมกำเนิด

โครงการสำรวจสภาวะการคุมกำเนิดสนับสนุนยืนยันได้ว่า ได้มีการคุมกำเนิดเพิ่มขึ้นไม่ว่าจะเป็นการพิจารณาแบบเคยใช้ (ever use) หรือกำลังใช้ (current use) ก็ตามเราพบว่าตัวเลขสถิติการใช้การคุมกำเนิดได้เพิ่มขึ้นมานับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2513 การเพิ่มขึ้นของการใช้เป็นการเพิ่มขึ้นอันเนื่องมาจากการยอมรับในวิธีทานยาเม็ด และการทำหมันหญิงมากขึ้น ในตอนแรกๆ ของระยะหลังปี 2518 นั้น การเปลี่ยนแปลงในอัตราส่วนของผู้ใช้ยาเม็ดเกิดขึ้นจากการที่รัฐบาลได้ดำเนินการโครงการวางแผนครอบครัวขึ้น ในระยะหลัง ๆ นี้ การใช้ยาฉีดได้รับความนิยมเพิ่มขึ้น แต่วิธีใส่ห่วงนั้นกลับพบว่าได้รับความนิยมน้อยลง ดังจะเห็นได้จากภาพที่ 9 นอกจากนี้สิ่งที่กล่าวไปแล้ว เราจะพบว่าการใช้บริการวางแผนครอบครัวได้เพิ่มขึ้นในทุกภาคของประ-

ภาพที่ 10 ค่าร้อยละของการใช้การคุมกำเนิดในขณะที่ทำการสำรวจ แยกตามรายภาคพิจารณาเปรียบเทียบระหว่างปี 2518 และ ปี 2521—คิดเฉพาะสตรีที่มีสถานภาพยังคงอยู่กับสามีและมีอายุ 15-49 ปี



เทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาคที่เพิ่มมากที่สุดได้แก่ภาคอีสาน และภาคใต้ (ภาพที่ 10)

## แหล่งที่ให้บริการการคุมกำเนิด

โครงการวางแผนครอบครัวของไทย ได้พยายามที่จะทำให้บริการการวางแผนครอบครัวได้แพร่กระจายอย่างทั่วถึง ภายใต้อำนาจของโครงการ และอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่มีจำกัดและกระจัดกระจายอยู่ทั่วประเทศ ผลที่ได้จากการสำรวจครั้งนี้ เป็นที่ขึ้นขึ้นได้ว่า โครงการวางแผนครอบครัว ได้ประสบความสำเร็จในเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยส่วนรวมแล้วพบว่าในจำนวนผู้ที่มีการคุมกำเนิดนั้น 77 เปอร์เซ็นต์ กล่าวว่าได้รับบริการมาจากแหล่งของรัฐบาล อย่างไรก็ตามพบว่ามีความแตกต่างกัน ในแหล่งที่ไปรับบริการเมื่อพิจารณาแยกตามรายวิธี

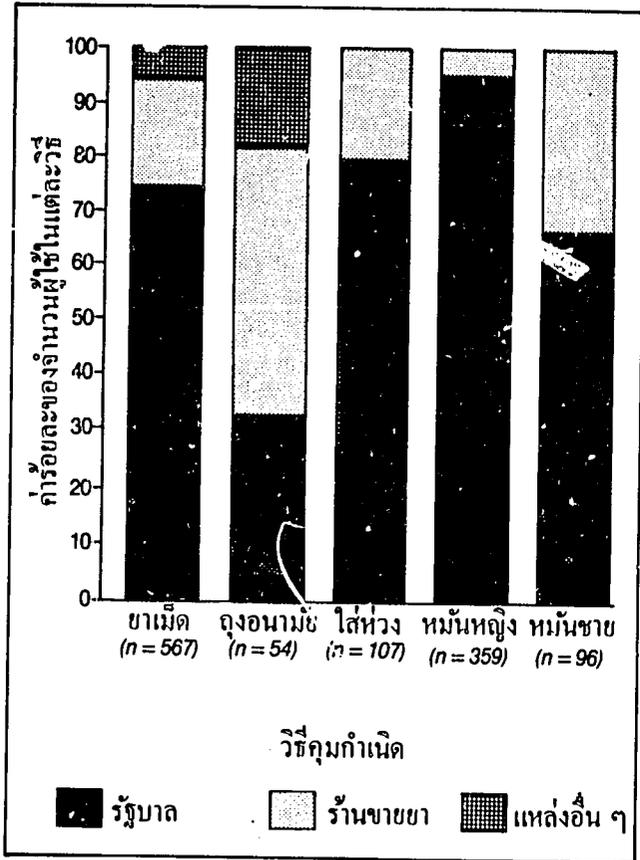
สตรีที่ใช้วิธีทานยาเม็ด ใส่ห่วง และทำหมันหญิง (รวมทั้งยาฉีด และวิธีป้องกันทางช่องคลอดซึ่งไม่ได้แสดงให้เห็นในภาพ) จะไปรับบริการวิธีเหล่านี้จากบริการของรัฐเป็นส่วนใหญ่ แนวโน้มนี้มีสูงกว่าผู้ที่กำลังใช้ถุงอนามัย หรือหมันชาย (ดูภาพที่ 11) ส่วนใหญ่หรือประมาณ 73 เปอร์เซ็นต์ ของสตรีไปรับยาเม็ดจากแหล่งของรัฐบาล ส่วนร้านขายยาจะเป็นแหล่งที่รองลงมา กล่าวคือสตรีประมาณ 21 เปอร์เซ็นต์ ซื้อยาเม็ดจากร้านขายยา ส่วนวิธีถุงอนามัยนั้นพบว่า ส่วนใหญ่จะซื้อจากร้านขายยา ในภาคเอกชนหรือส่วนที่นอกเหนือไปจากภาครัฐบาลนั้นพบว่ามีความสำคัญต่อการทำหมันชาย

## ความสะดวกของการไปรับบริการการคุมกำเนิด

ความสะดวกของการบริการอันพิจารณาจากความใกล้ของแหล่งที่ให้บริการ และวิธีการในการเดินทาง พบว่าแปรผันกับวิธีคุมกำเนิดที่ใช้ กว่า 70 เปอร์เซ็นต์ของผู้ที่กำลังใช้การคุมกำเนิดอยู่ ไปรับบริการหรืออุปกรณ์โดยพาหนะสาธารณะหรือพาหนะส่วนตัวมากกว่าโดยการเดินไปด้วยเท้า ส่วนผู้ใช้วิธียาเม็ดและถุงอนามัยนั้น มีแนวโน้มที่จะเดินไปเพื่อรับบริการมากกว่าผู้ใช้วิธีอื่น ๆ ระยะเวลาเดินทางโดยเฉลี่ยสำหรับผู้ใส่ยาเม็ดและถุงอนามัยนั้นจะน้อยกว่าผู้ใช้วิธีอื่น ๆ

ผลที่ได้ชี้ให้เห็นว่ายาเม็ดอันเป็นวิธีที่แพร่หลายมากที่สุดนั้น สามารถที่จะหาบริการได้ง่าย และมีความสะดวกในการที่จะรับบริการ วิธีหมันหญิงนั้นถึงแม้ว่าจะไม่มีการให้บริการอย่างแพร่หลาย หรืออยู่ไกลบ้านทำให้ต้องเสียเวลาเดินทางมากกว่าวิธียาเม็ดก็ตาม เราก็ได้พบว่าวิธีหมันหญิงเป็นวิธีที่ได้รับ

ภาพที่ 11 ค่าร้อยละของผู้ที่ไปรับบริการจากแหล่งต่างๆ กัน แยกตามรายวิธี—ศึกษาเฉพาะสตรีที่มีสถานภาพยังคงอยู่กับสามีที่ใช้การคุมกำเนิดอยู่ และมีอายุ 15-49 ปี



ความนิยมเป็นอันดับที่สองรองลงมา เป็นที่คาดว่าคงจะมีปัจจัยอื่น ๆ นอกเหนือไปจากความสามารถและความสะดวกในการจัดหาที่ทำให้สตรีตัดสินใจที่จะใช้วิธีนี้ การศึกษาครั้งหนึ่งชี้ให้เห็นว่าความสะดวก และการแพร่กระจายไม่ได้เป็นอุปสรรคอันสำคัญต่อการปฏิบัติ หรือใช้การคุมกำเนิดในประเทศไทยแต่อย่างใด อย่างไรก็ตาม ก็มีพื้นที่บางแห่งเป็นเพียงส่วนน้อยที่ควรจะให้บริการที่ดีกว่านี้ และการแพร่กระจายของวิธีคุมกำเนิดบางวิธีก็ควรที่จะพัฒนาขึ้นได้อีก

**ราคาของการคุมกำเนิด**

ราคาของการคุมกำเนิดอาจจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่กีดกันไม่ให้ผู้ที่มีศักยภาพในการใช้การคุมกำเนิดมาใช้ได้เหมือนกัน ในการสำรวจครั้งหนึ่งพบว่า ผู้ที่ไม่ได้ใช้การคุมกำเนิดมักจะไม่สามารถบอกราคาของการคุมกำเนิด ในบ่อย ๆ ครั้งจะคิดว่าวิธี

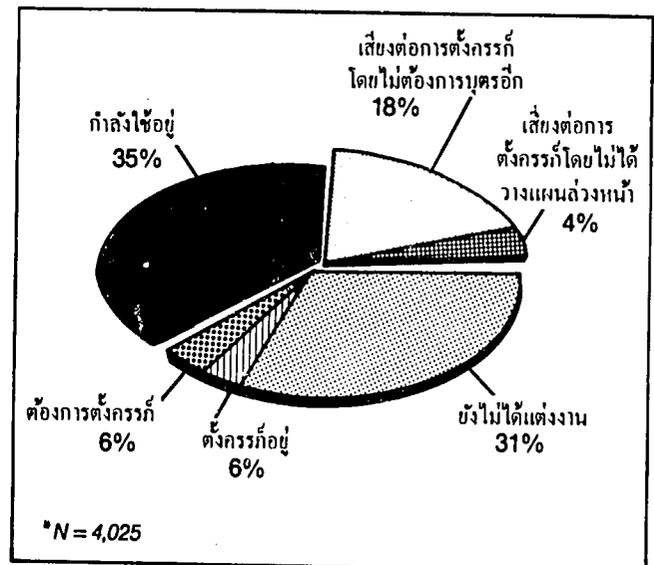
ขามีความแพงนั้นที่จะต้องเสียเงิน ในกรณีเช่นนี้ทั้งผู้ใช้และไม่ใช้ขามีความแพงก็กล่าวเป็นส่วนใหญ่ว่า ขามีความแพงหนึ่งมีราคา 5 บาท หรือไม่กี่ได้โดยไม่ต้องเสียเงินแต่อย่างใด จากการที่ผู้ใช้การคุมกำเนิดมีความคิดว่าการคุมกำเนิดนั้น เป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้โดยไม่ต้องเสียเงินเสียทองแต่อย่างใดนั้น เป็นสิ่งที่ชี้ให้เห็นว่าที่แท้จริงแล้วราคามีใช่เป็นอุปสรรคหรือเหตุผล ในการไม่ใช้การคุมกำเนิดในหมู่ผู้ที่ไม่ปฏิบัติแต่อย่างใด

ในเรื่องราคามีผู้ใช้ที่อยู่ในกรุงเทพฯ ชี้ให้เห็นว่าราคาของการคุมกำเนิดในกรุงเทพฯ นั้น สูงกว่าในภาคอื่น ๆ ของประเทศ ราคาที่ต่ำสุดนั้นได้พบว่าอยู่ในภาคใต้ การที่การคุมกำเนิดมีราคาต่ำสุดในภาคใต้นั้นแสดงให้เห็นว่า ราคามีใช่ตัวการอันสำคัญที่ทำให้ภาคใต้มีการวางแผนครอบครัวต่ำ

**ความไม่ตอบสนองต่อความต้องการ ในด้านการวางแผนครอบครัว**

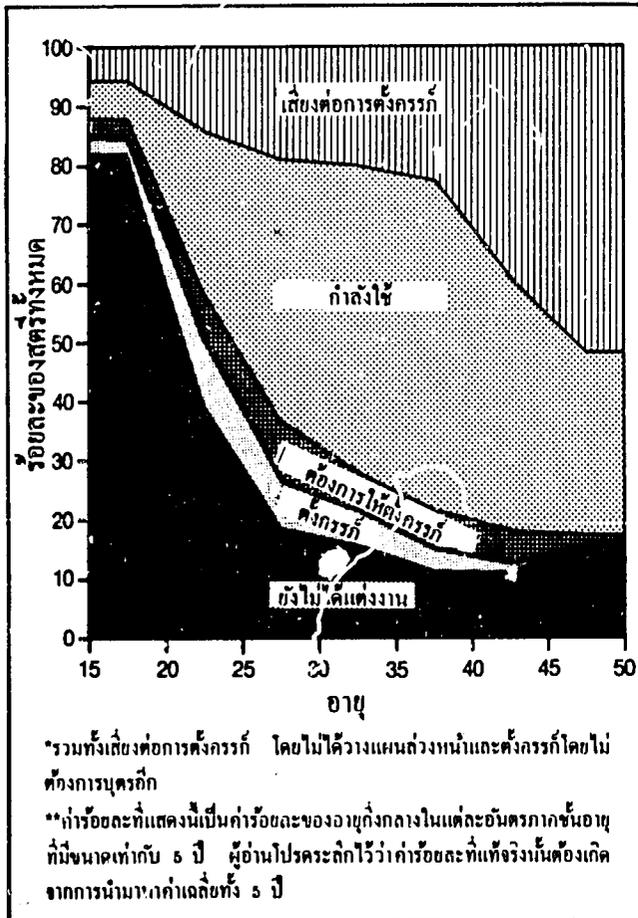
ในภาพที่ 12 จะเห็นได้ว่า 22 เปอร์เซ็นต์ ของสตรีที่ถูกสัมภาษณ์ ในการสำรวจครั้งนี้อยู่ในภาวะที่เสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ ไม่ว่าจะเป็นการตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจหรือตั้งครรภ์โดยไม่ต้องการมีบุตรอีกก็ตาม สตรีในกลุ่มนี้เป็นผู้ที่มีสถานภาพยัง

ภาพที่ 12 การเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์—พิจารณาจากสตรีทั้งหมดที่มีอายุ 15-49 ปี\*

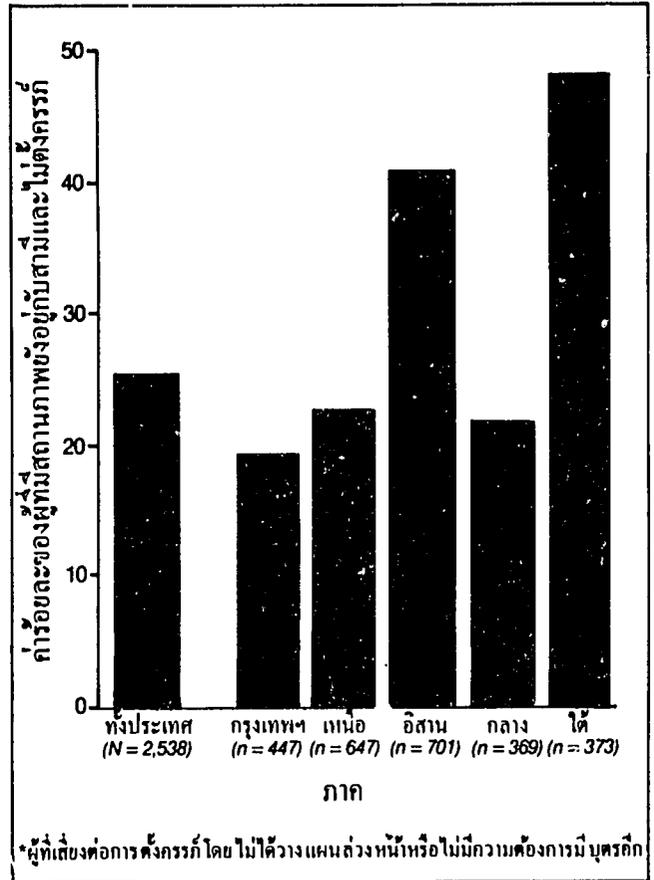


อยู่กับสามี แต่ไม่ได้คุมกำเนิดแต่อย่างใด และในขณะที่เดียวกัน ก็ไม่ต้องการตั้งครรภ์อีกด้วย สตรีในกลุ่มนี้ถือว่าเป็นผู้ที่มีความต้องการหรือจำเป็นต้องคุมกำเนิด สตรีที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มที่อยู่ในภาวะที่เรียกว่า ต้องการบริการการวางแผนครอบครัวมากกว่าสตรีที่อายุน้อยกว่า (ดูภาพที่ 18) สตรีในกลุ่มนี้ไม่มีความต้องการจะมีบุตรอีก ซึ่งยังนับว่าเป็นการโชคดีที่ผลกระทบทางด้านประชากรของสตรีในกลุ่มนี้จะมีไม่มากนัก เนื่องจากมีอายุมากแล้วจึงมีบุตรอีกไม่มากนัก หรือพูดอีกอย่างก็คือ ถ้าสตรีที่มีอายุน้อยเป็นผู้ที่ไม่มีความต้องการจะมีบุตรอีก และไม่ใช้การคุมกำเนิดด้วยแล้ว จะมีผลกระทบทางประชากรมากกว่า เนื่องจากภาวะเจริญพันธุ์เมื่อแยกตามรายอายุยังสูงอยู่ การที่มีการใช้การคุมกำเนิดกันมาก ในหมู่สตรีที่ยังอยู่ในวัยที่มีภาวะเจริญพันธุ์สูงนั้น แสดงให้เห็นว่าความพยายามของโครงการวางแผนครอบครัวในประเทศไทยนั้น ประสบกับความ

ภาพที่ 18 ค่าร้อยละของผู้ที่เสาะต้องการตั้งครรภ์\* แยกตามอายุ\*\*  
- พิจารณาจากสตรีทั้งหมดที่มีอายุ 15-49 ปี



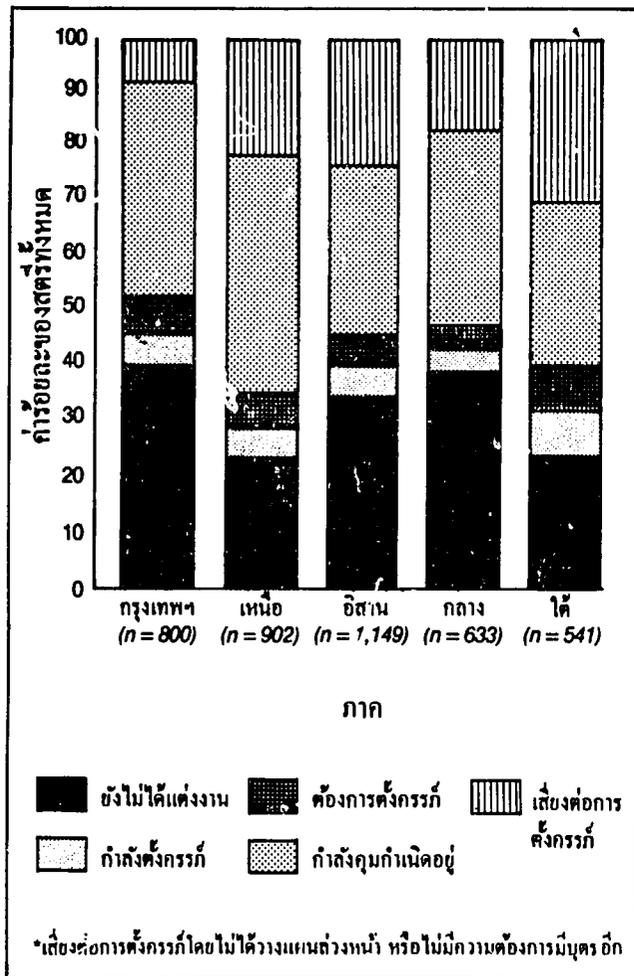
ภาพที่ 14 ค่าร้อยละของผู้ที่ต้องการบริการการวางแผนครอบครัว\* แยกตามรายนภาค — พิจารณาเฉพาะผู้ที่มีสถานภาพยังอยู่กับสามี ไม่ตั้งครรภ์ในขณะที่สำรวจและมีอายุ 15-49 ปี



สำเร็จอย่างสูงในการตอบสนองความต้องการทางด้านการวางแผนครอบครัว และมีผลที่ดีต่อภาวะทางด้านประชากรของประเทศไทยอย่างมาก

เป็นที่น่าสนใจเป็นอย่างยิ่งที่เราพบว่า ระดับของความไม่ตอบสนองในด้านความต้องการวางแผนครอบครัวพบกันสูงที่สุดในภาคใต้ (48% ของสตรีที่มีสถานภาพยังอยู่กับสามีและไม่ได้ตั้งครรภ์ในขณะที่ทำการสำรวจ) และต่ำสุดในกรุงเทพฯ (19% ของสตรีที่มีสถานภาพยังอยู่กับสามีและไม่ได้ตั้งครรภ์ในขณะที่ทำการสำรวจ) ดังจะเห็นได้จากภาพที่ 14 จากการคำนวณพบว่า ความไม่ตอบสนองต่อความต้องการในภาคอื่น ๆ ตกอยู่ระหว่าง 32 ถึง 41 เปอร์เซ็นต์ ระดับความไม่ตอบสนองนั้นยังขึ้นอยู่กับความแตกต่างกันตามรายภาค ในด้านสภาวะการสมรส การ

ภาพที่ 15 ค่าร้อยละของพื้นที่ของความต้องการคั้งกรรกี\* แยกตามรายภาค - พิจารณาจากสตรีทั้งหมดที่มีอายุ 15-49 ปี



ใช้การคุมกำเนิด และความต้องการมีบุตรอีก ดังจะเห็นได้จากภาพที่ 15

การมองเห็นถึงความสะดวกในการรับบริการการคุมกำเนิดนั้น อาจจะเป็นปัจจัยหนึ่งในการอธิบายถึงการไม่คุมกำเนิดของสตรีที่มีความต้องการ ในด้านการวางแผนครอบครัว แต่ผลการศึกษาพบว่า หลังจากการพิจารณาถึงระยะเวลาในการเดินทาง การใช้การคุมกำเนิดมิได้ขึ้นอยู่กับมองเห็นถึงความสะดวกในการรับบริการวางแผนครอบครัว แต่อย่างไรก็ตาม การเดินทางที่ต้องเสียเวลาหรือลำบากในการเดินทางมาก ๆ ในบางแห่งย่อมจะมีผลต่อการมองเห็นถึงความสะดวกในการรับบริการได้ แต่เมื่อเฉลี่ยทั่วประเทศจะไม่เห็นผลเช่นนั้น

## สรุป

โครงการสำรวจสถานะการคุมกำเนิด ได้รวบรวมหลักฐานสนับสนุนยืนยันว่า การลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ ซึ่งเริ่มมาตั้งแต่ช่วงกลางของทศวรรษระหว่างปี พ.ศ. 2508 กับ 2518 ได้ดำเนินต่อไปจนถึงสิ้นสุดทศวรรษถัดไป ถ้าหากว่าสตรีไทยมีบุตรตามลักษณะของภาวะเจริญพันธุ์ที่พบเมื่อแยกตามรายอายุแล้ว แต่ละคนจะมีบุตรในช่วงวัยเจริญพันธุ์โดยเฉลี่ย 3.7 คน

โครงการนี้ได้พบเช่นกันว่าสตรีไทยไม่ว่าจะเป็นโสดหรือแต่งงานแล้ว อายุมากหรือน้อยได้รับการศึกษาสูงหรือต่ำ อยู่ในภาคไหนของประเทศก็ตาม ต่างก็มีความรู้ในวิธีการคุมกำเนิดเป็นอย่างดี คำมธยฐานของวิธีคุมกำเนิดที่รู้จักกันในหมู่สตรีมีค่าเท่ากับ 6 วิธี ซึ่งชี้ให้เห็นว่าระดับของความรู้ในเรื่องการคุมกำเนิดในประเทศไทยนั้น สูงมากจนทำให้ความแตกต่างกัน (Differentials) ที่แปรผันไปตามระดับของตัวแปรต่าง ๆ (อย่างเช่นระดับการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ในวิธีคุมกำเนิดที่แปรผันตามกัน) ที่ปรากฏอยู่ในประเทศกำลังพัฒนาทั่ว ๆ ไปหายไปหรือไม่ปรากฏในประเทศไทย ความแตกต่างกันในเรื่องความรู้ในวิธีคุมกำเนิดที่พอปรากฏอยู่บ้างจะหลงเหลืออยู่เฉพาะในวิธีฉุกเฉินสมัยวิธีป้องกันทางช่องคลอด และวิธีดั้งเดิมต่าง ๆ ซึ่งเป็นที่รู้จักกันโดยทั่วไปน้อยกว่า (ยกเว้นในภาคใต้เท่านั้นที่รู้จักมากกว่า) วิธียาเม็ด ใส่ห่วง และทำหมัน

ในขณะที่ทำการสัมภาษณ์นั้นพบว่า 50 เปอร์เซ็นต์ของสตรีที่ยังมีสถานภาพอยู่กับสามีกำลังใช้การคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่ง วิธีที่ใช้กันมากที่สุดได้แก่ยาเม็ด (40%) ตามด้วยหมันหญิง (25%) และยาฉีด (9%) ทั้งสามวิธีสตรีที่ใช้ได้รับการจากแหล่งของรัฐบาลเป็นส่วนใหญ่ การที่สตรีในกรุงเทพฯ ใช้วิธีหมันหญิงกันมากกว่าสตรีในชนบทนั้นส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากคาร์ที่มีคลินิกหรือแหล่งที่ให้บริการอยู่ในกรุงเทพฯ มากกว่าในที่อื่น ส่วนสตรีในชนบทจะใช้วิธียาเม็ดกันมาก

โครงการสำรวจสถานะการคุมกำเนิดนี้ พบว่าระดับของความไม่ตอบสนองต่อความต้องการในด้านการวางแผนครอบครัวจะมีอยู่ในภาคใต้และภาคอีสานมากกว่าในภาคอื่น ๆ ของประเทศ ผลที่พบนี้ชี้แนะว่าความรู้ในวิธีปฏิบัติและความรู้ในแหล่งที่จะไปรับบริการ ไม่ใช่เป็นตัวอธิบายระดับความไม่ตอบสนองต่อความต้องการในด้านการวางแผนครอบครัวแต่อย่างใด

ข้อมูลที่ได้ในด้านการให้บริการ และการเลือกวิธีคุมกำเนิดชี้ให้เห็นว่าการตัดสินใจเกี่ยวกับการคุมกำเนิดได้กระทำไปอย่างมีเหตุผล ในแหล่งที่สตรีเกือบทุกคนรู้จักวิธีคุมกำเนิดหลาย ๆ วิธี และสามารถเลือกรับบริการได้มากกว่าหนึ่งวิธี จะเห็นได้ว่าผู้ใช้จะเลือกรับบริการเฉพาะจากสถานที่ ๆ เสียเงินน้อยที่สุด และวิธีที่เหมาะสมกับขั้นตอนหรือช่วงชีวิตของการมีบุตร ดังนั้น เราจะเห็นได้ว่าแหล่งให้บริการของรัฐบาลซึ่งให้บริการยาเม็ดโดยไม่เสียเงินเลย และให้บริการวิธีอื่น ๆ ด้วยราคาต่ำ จึงเป็นสถานที่กล่าวถึงหรือไปรับบริการกันบ่อย ๆ ในหมู่สตรีการใช้ยาเม็ดของสตรีนั้น ส่วนหนึ่งเพื่อเว้นระยะการมีบุตรแต่ละคนให้ห่างขึ้น สตรีอาจจะหันมาใช้วิธีใส่ห่วงก่อนที่จะตัดสินใจยุติการมีบุตรด้วยการทำหมัน

ความพยายามของโครงการวางแผนครอบครัวในอันที่จะให้ความรู้ต่อประชาชนเกี่ยวกับการคุมกำเนิด และการให้บริการวางแผนครอบครัวในทั่วทั้งประเทศนั้น ได้ก่อให้เกิดการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ในประเทศอย่างไม่ตั้งสงสัยเลย ผลที่ได้นี้มีนัยพาดพิงไปถึงการให้จุดเน้นในด้านใดด้านหนึ่งของการวางแผนครอบครัวในอนาคต โดยส่วนรวมแล้วความรู้และการแพร่กระจายของบริการมิได้มีผลอะไรในทางที่จะจำกัดจำนวนผู้วางแผนครอบครัวแต่อย่างใด ผลที่ได้กลับพบในทางตรงกันข้าม

คุณภาพของโครงสร้างทางด้านการอนามัย และการให้บุคคลที่มีได้เป็นแพทย์มีสิทธิ์เป็นผู้ให้บริการการคุมกำเนิด ช่วยให้การคุมกำเนิดกระจายออกไปทั่วถึงในที่ต่างๆ มากยิ่งขึ้น และ

นอกจากนี้ยังช่วยให้สามารถมองเห็นได้ว่า ได้รับความสะดวกจากบริการดังกล่าว

เพื่อลดภาวะการไม่ตอบสนองต่อความต้องการ ทางโครงการอาจจะต้องมุ่งไปยังกลุ่มที่ไม่ได้เป็นผู้ใช้การคุมกำเนิดแต่อย่างใด และอาจจะต้องมุ่งใช้ทรัพยากรเพื่อการปรับปรุงพัฒนา และเพิ่มระดับการใช้การคุมกำเนิดในภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือให้สูงขึ้น ในทั้งสองภาคนี้ยังพบว่ามีความไม่ตอบสนองต่อความต้องการทางด้านกรวางแผนครอบครัวสูงกว่าในภาคอื่น ๆ ของประเทศ

การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจให้มากขึ้นและลึกซึ้งขึ้น อาจจะช่วยให้โครงการวางแผนครอบครัวสามารถกำหนดกลุ่มย่อยที่จำต้องสนใจ ในขณะเดียวกันจะเป็นการเหมาะสมที่จะศึกษาเกี่ยวกับวัฒนธรรม โครงสร้างในท้องถิ่นต่าง ๆ ที่อาจจะเป็นอุปสรรคต่อการยอมรับหรือใช้การคุมกำเนิด

ในกรณีของประเทศไทย เรามีการเฝ้าคอยตรวจดูความสำเร็จของโครงการวางแผนครอบครัว โดยขบวนการทางสถิติต่าง ๆ ซึ่งรวมทั้งการสำรวจต่าง ๆ ด้วย ผลงานเหล่านี้สามารถที่จะนำมาเป็นแบบอย่างให้แก่ประเทศอื่นๆ นำไปปฏิบัติตาม เพื่อที่จะได้เพิ่มประสิทธิภาพของโครงการวางแผนครอบครัว

ท้ายสุดนี้ จะกล่าวได้ว่าการประสบความสำเร็จในการให้บริการวางแผนครอบครัว ได้เป็นตัวจักรอันสำคัญตัวหนึ่งในการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และทรัพยากรมนุษย์ในประเทศไทย

สำหรับผู้ที่มีข้อเสนอแนะหรือสนใจในรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการสำรวจ  
สภาวะการกุ่มกำเนิดในประเทศไทย โปรดส่งข้อคิดเห็นหรือติดต่อขอข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่  
รองศาสตราจารย์ ดร. พิรสิทธิ์ คำนวนศิลป์  
สำนักวิจัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ กรุงเทพฯ 24