

ความแตกต่างของภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยพุทธและมุสลิมในภาคใต้ของ
ประเทศไทย



ฟังพิศ ชัยภักดี

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (วิจัยประชากรและสังคม)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความแตกต่างของภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยพุทธและมุสลิมในภาคใต้ของ
ประเทศไทย

พิมพ์ดีด ชัยภักดิ์

นางสาวพิมพ์พิศ ชัยภักดิ์

ผู้วิจัย

พิมพ์ดีด ชัยภักดิ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิมพ์พรรณ อิศรภักดี,

Ph.D. (Rural Sociology and Demography)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

พิมพ์ดีด

อาจารย์รัชฎ์ฤกษ์ รุจิภักดิ์,

Ph.D. (Social Science)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

พิมพ์ดีด

ศาสตราจารย์พัชรีย์ เลิศฤทธิ,

พ.บ., Ph.D. (Biochemistry)

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พิมพ์ดีด

ผู้ช่วยศาสตราจารย์อุมาภรณ์ ภัทรวานิชย์,

Ph.D. (Demography)

ประธานหลักสูตร

ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาวิจัยประชากรและสังคม

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยดี ด้วยความกรุณา ความช่วยเหลือ และการเอาใจใส่เป็นอย่างดีจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิมลพรรณ อิศรภักดี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ที่คอยให้คำปรึกษา คำแนะนำ แก้ไขข้อบกพร่อง และชี้แนะแนวทางอันเป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์มาโดยตลอด จนทำให้การศึกษาระดับมหาบัณฑิตบรรลุได้ตามที่คาดหวังไว้ ผู้วิจัยรู้สึกทราบบ้างในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์เป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอบพระคุณอาจารย์รัชฎ์ฤกษ์ รัชฎ์ฤกษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ศ.(เกียรติคุณ) ดร.เบญจมา ยอดคำเนิน-แอตติกซ์ และผศ.ดร.ศุภฤกษ์ เจริญสุข ที่ให้ความกรุณาเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์พร้อมทั้งช่วยแก้ไขข้อบกพร่องและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ยิ่งต่อผู้วิจัย ซึ่งทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอบพระคุณคณาจารย์สถาบันวิจัยประชากรและสังคมทุกท่าน ที่มอบวิชาความรู้ และประสบการณ์อันทรงคุณค่าต่อผู้วิจัยตลอดการศึกษา ขอบคุณคุณภรณ์ฐา ศรีเจ้าหน้าที่บัณฑิตศึกษา คุณดวงวิไล ไทยแท้ และน้องพรเจ้าหน้าที่ห้องสมุด ที่คอยให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในทุกๆเรื่องอย่างดีมากตลอดมา ขอบคุณพี่ตุ้มจันทน์ เพื่อน พี่ น้องIPSR เพื่อน NS 40 ทุกคนสำหรับความช่วยเหลือ และกำลังใจที่มีให้กันเสมอมา ขอบพระคุณครอบครัว พี่ ป้า น้ำ อาน้องชาย และพ่อแม่ ที่ให้การสนับสนุนทุนการศึกษา และให้กำลังใจมาโดยตลอด

การวิจัยครั้งนี้มีอาจสำเร็จลุล่วงไปได้หากไม่ได้รับความอนุเคราะห์ข้อมูลจากโครงการการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

พึงพิศ ชัยภักดี

ความแตกต่างของภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยพุทธและมุสลิมในภาคใต้ของประเทศไทย
FERTILITY DIFFERENTIAL BETWEEN BUDDHIST AND MUSLIM WOMEN IN SOUTHERN
THAILAND

พึงพิศ ชัยภักดี 5337595 PRPR/M

ศศ.ม. (วิจัยประชากรและสังคม)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: พิมลพรรณ อิศรภักดี, Ph.D., ธัญลักษณ์ รุจิภักดี, Ph.D.

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความแตกต่างของภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยพุทธและไทยมุสลิมและเพื่อศึกษาอิทธิพลของศาสนาที่ส่งผลต่อภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยพุทธและไทยมุสลิมในภาคใต้ของประเทศไทย ใช้ข้อมูลจากโครงการการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือสตรีวัยเจริญพันธุ์ในภาคใต้ อายุ 15-49 ปี นับถือศาสนาพุทธและศาสนาอิสลาม สถานภาพสมรสและเคยสมรสจำนวน 4,070 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงซ้อน พบว่าสตรีที่เป็นตัวอย่างมีอายุแรกสมรสเฉลี่ย 21.8 ปี โดยสตรีไทยมุสลิมมีอายุแรกสมรสน้อยกว่าสตรีไทยพุทธ อายุแรกสมรสน้อยที่สุดในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ 12 ปี มีจำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ย 2.04 คน โดยสตรีไทยมุสลิมมีจำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ยมากกว่าสตรีไทยพุทธ และผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงซ้อนพบว่าอายุสตรี อายุแรกสมรส และศาสนาส่งผลต่อภาวะเจริญพันธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสตรีอายุมากขึ้นมีจำนวนบุตรเกิดรอดมากขึ้น สตรีไทยมุสลิมมีจำนวนบุตรเกิดรอดมากกว่าสตรีไทยพุทธ และสตรีที่มีอายุแรกสมรสน้อยจะมีจำนวนบุตรเกิดรอดมากกว่าสตรีอายุแรกสมรสมาก และทั้ง 3 ตัวแปรร่วมกันอธิบายการผันแปรของจำนวนบุตรเกิดรอดได้ร้อยละ 53.5 ($R^2 = .535$) ตัวแปรที่อธิบายจำนวนบุตรเกิดรอดได้ดีที่สุดคือ อายุสตรี อายุแรกสมรส และศาสนา ผลการศึกษาเสนอให้เจ้าหน้าที่ของรัฐควรตระหนักและมีมาตรการให้เห็นนโยบายส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ลงไปสู่ประชาชนได้อย่างทั่วถึง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่าทั้งสตรีไทยพุทธ และสตรีไทยมุสลิมมีอายุแรกสมรสก่อนข้างต่ำคือ 13 ปี และ 12 ปี ตามลำดับ

คำสำคัญ: ภาวะเจริญพันธุ์ / ความแตกต่างของภาวะเจริญพันธุ์ / ศาสนากับภาวะเจริญพันธุ์

FERTILITY DIFFERENTIAL BETWEEN BUDDHIST AND MUSLIM WOMEN IN SOUTHERN THAILAND

PUENGPIT CHAIPAKDEE 5337595 PRPR/M

M.A. (POPULATION AND SOCIAL RESEARCH)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: PIMONPAN ISARABHAKDI, Ph.D.,
THANYALAK RUJIPAK, Ph.D.**ABSTRACT**

This study is a quantitative study aiming to study the fertility differential between Thai Buddhist women and Thai Muslim women and to examine religious influence on fertility of ever-married women in the southern part of Thailand. This study employs secondary data from the Reproductive Health Survey year, 2009 conducted by the Thailand National Statistical Office. The sample is 4,070 Thai Buddhist women and Thai Muslim women in reproductive ages, from 15 to 49 years old whose marital statuses include currently married and ever-married. Hierarchical regression analysis is used to analyse the effect of religion on fertility. The findings illustrate that the average age of first marriage is 21.8 years old for women in the southern part of Thailand, where Muslim women get married at the earlier age than Buddhist women. The earliest age of marriage found in this study is 12 years old. The mean number of children ever born is 2.04 children. The Muslim women have a higher number of children than Buddhist women. According to hierarchical regression analysis, the results indicate that age of women, first age of marriage, and religion are statistically significantly related to fertility. The number of children ever born increases with age of women. The Muslim women have a higher number of children than Buddhist women. Moreover, women with younger age of first marriage tend to have more number of children ever born than those who get married at an older age. These three variables can explain 53.5% of the variation in number of children ever born ($R^2 = .535$). The results of this study imply that the government should be aware of the effects of these three factors and implement a policy promoting reproductive health, especially for teenagers. This study demonstrates that first age of marriage in both Buddhist and Muslim women is quite low, i.e., 13 and 12 years old, respectively.

KEY WORDS: FERTILITY/ FERTILITY DIFFERENTIAL / RELIGION AND FERTILITY

79 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภาพ	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ที่มาและความสำคัญ	1
1.2 คำถามการวิจัย	3
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย	3
1.4 ขอบเขตการวิจัย	4
1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ	4
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	6
2.1 กรอบการวิเคราะห์ภาวะเจริญพันธุ์	6
2.2 ศาสนา	9
2.3 วัฒนธรรมอิสลาม	10
2.4 มุสลิมในภาคใต้	12
2.5 ปัจจัยด้านประชากรและสังคมกับภาวะเจริญพันธุ์	13
2.6 ปัจจัยตัวกำหนดภาวะเจริญพันธุ์กับภาวะเจริญพันธุ์	16
2.7 สมมติฐานการศึกษา	20
2.8 กรอบแนวคิดการศึกษา	20
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	21
3.1 แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง	21
3.2 ตัวแปรและระดับการวัด	22
3.3 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล	23

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.4 จริยธรรมการวิจัย	24
บทที่ 4 ผลการวิจัย	25
4.1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	25
4.1.1 คุณลักษณะด้านประชากรและสังคม	25
4.1.2 คุณลักษณะปัจจัยกำหนดภาวะเจริญพันธุ์	27
4.2 จำนวนบุตรเกิดรอด	29
4.3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของศาสนากับภาวะเจริญพันธุ์	31
บทที่ 5 สรุปอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	36
5.1 สรุปผลการศึกษา	36
5.2 อภิปรายผลการศึกษา	38
5.3 ข้อจำกัดในการศึกษา	40
5.4 ข้อเสนอแนะ	41
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	42
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	52
บรรณานุกรม	62
ภาคผนวก	68
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	69
ภาคผนวก ข คำสัมภาษณ์พิเศษสัมพันธ์เพียร์สัน	70
ภาคผนวก ค แบบสอบถาม	71
ประวัติผู้วิจัย	79

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
3.1	ตัวแปรและระดับการวัด	23
4.1	คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามศาสนา	25
4.2	อายุแรกสมรส และการคุมกำเนิดจำแนกตามศาสนา	27
4.3	วิธีคุมกำเนิด และระยะเวลาให้นมบุตรจำแนกตามศาสนา	28
4.4	จำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ย จำแนกตามศาสนา	29
4.5	ปัจจัยด้านประชากรและสังคม จำแนกตามจำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ย และศาสนา	30
4.6	อายุแรกสมรส การคุมกำเนิด และระยะเวลาการให้นมบุตร จำแนกตามจำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ย และศาสนา	31
4.7	ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงซ้อนแบบจำลองที่ 1	33
4.8	ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงซ้อนแบบจำลองที่ 2	33
4.9	ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงซ้อนแบบจำลองที่ 3	34
5.1	เปรียบเทียบจำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ย จำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ยในกลุ่มสตรีที่มีอายุแรกสมรสต่ำกว่า 15 ปี และอายุแรกสมรสเฉลี่ย ระหว่างผลการศึกษากับรายงานการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ภาคใต้ พ.ศ. 2546	40

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพ

2.1 กรอบแนวคิดการศึกษา

หน้า

20



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญ

ภาวะเจริญพันธุ์ของประเทศไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วต่อเนื่องตลอดมา ซึ่งเห็นได้ชัดเจนในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 จนถึงปัจจุบัน ทำให้รัฐบาลประกาศนโยบายประชากร เน้นการใช้การวางแผนครอบครัวโดยสมัครใจ ในปี พ.ศ. 2513 เพื่อชะลอการเพิ่มประชากรให้อยู่ในระดับที่สมดุลและไม่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศ ผลจากนโยบายดังกล่าวทำให้ประเทศไทยประสบความสำเร็จอย่างยิ่งในการวางแผนครอบครัว ส่งผลให้ในช่วงระยะเพียง 3 ทศวรรษสามารถลดอัตราเพิ่มประชากรที่เคยสูงถึงร้อยละ 3.3 เหลือร้อยละ 1.0 ในปี พ.ศ. 2543 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2553) และอัตราการเพิ่มประชากรลดลงอย่างต่อเนื่องเหลือร้อยละ 0.72 ในระหว่างปี 2543-2553 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555) ทำให้แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 และฉบับที่ 9 ไม่มีการกำหนด เป้าหมายการลดอัตราเพิ่มประชากรเพราะเห็นว่าอัตราการเพิ่มประชากรของประเทศไทยลดต่ำลงมากแล้ว

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) และฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) นโยบายประชากรมุ่งรักษาระดับอัตราเจริญพันธุ์ให้คงไว้ในระดับทดแทน (ปราโมทย์ ประสาทกุล, ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์ และวรชัย ทองไทย, 2554) และล่าสุดแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) ได้กำหนดตัวชี้วัดทางประชากรด้านภาวะเจริญพันธุ์โดยกำหนดอัตราเจริญพันธุ์รวมของประชากรไทยไม่ต่ำกว่า 1.6 และมีนโยบายปรับโครงสร้างและการกระจายตัวประชากรให้เหมาะสม ส่งเสริมให้คนไทยมีบุตรที่มีคุณภาพ ส่งเสริมคู่สมรสที่มีความพร้อมให้มีบุตรเพิ่มขึ้น โดยส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมในทุกช่วงวัยอย่างทั่วถึง ได้มาตรฐาน และมีคุณภาพ รวมทั้งกำหนดมาตรการที่เอื้อต่อการมีบุตรเพิ่มขึ้นอย่างมีคุณภาพทั้งในด้านกายและสวัสดิการในการเลี้ยงดูบุตร รวมถึงการเตรียมความพร้อมพ่อแม่ ก่อนตั้งครรภ์ ระหว่างตั้งครรภ์ ระยะเวลาคลอด และหลังคลอดเพื่อสร้างประชากรที่มีคุณภาพในทุกช่วงวัย (สุชาดา ทวีสิทธิ์, 2556)

นอกจากนี้การประสบความสำเร็จของนโยบายวางแผนครอบครัวทำให้อัตราการคุมกำเนิดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเพิ่มจากร้อยละ 14.4 ในปี 2513 ที่เริ่มประกาศนโยบายเป็นร้อยละ

79.6 ในปี พ.ศ.2552 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2553) ทำให้คนมีลูกน้อยลง และครอบครัวไทยมีขนาดเล็กลง ปรากฏการณ์นี้เกิดขึ้นภายในช่วงเวลาอันสั้น ซึ่งในกลุ่มประเทศสมาชิกอาเซียนที่มีอัตราการใช้วิธีการคุมกำเนิดโดยเฉลี่ยที่ค่อนข้างต่ำ คือ ร้อยละ 62 แต่กลับพบว่าในกลุ่มนี้ประเทศไทยใช้วิธีการคุมกำเนิดทุกวิธีโดยเฉลี่ยสูงที่สุดถึงร้อยละ 80 (UN 2011 และ PRB 2013) ทำให้ประเทศไทยถูกยกให้เป็น กรณีตัวอย่างของความสำเร็จด้านการคุมกำเนิดในภูมิภาคซึ่งเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญของครอบครัวไทย (ชาย โภธิสิดา, 2554)

ปัจจุบันประเทศไทย เป็น 1 ใน 4 ของประเทศในสมาคมอาเซียนที่มีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำกว่าระดับทดแทน (สุชาดา ทวีสิทธิ์, 2556) คือต่ำกว่าอัตราเจริญพันธุ์รวมที่ระดับ 2.1 ในการคาดประมาณของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม ปี 2557 พบว่า อัตราเจริญพันธุ์รวมของประชากรไทยอยู่ที่ระดับ 1.6 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2557) ซึ่งการลดลงเช่นนี้ทำให้มีผลกระทบต่อขนาดและโครงสร้างประชากร อันเนื่องมาจากเด็กเกิดน้อย ผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ประชากรวัยแรงงานลดลง ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศหลายๆ ด้าน

อย่างไรก็ตามภาวะเจริญพันธุ์ก็ยังคงมีความแตกต่างกันในระหว่างภาค โดยพบว่าภาคใต้มีภาวะเจริญพันธุ์สูงสุด สตรีในภาคใต้มีบุตรโดยเฉลี่ยประมาณ 1.94 คน และมีการคุมกำเนิดต่ำที่สุด คือร้อยละ 72.1 ในขณะที่ ประชากรทั้งประเทศมีการคุมกำเนิดร้อยละ 79.6 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553) ลักษณะเด่นอย่างหนึ่งของภาคใต้คือการมีส่วนร่วมประชากรที่นับถือศาสนาอิสลามสูงกว่าภาคอื่นๆ จากสำมะโนประชากรและเคหะครั้งล่าสุดในปีพ.ศ. 2553 พบว่า ประชากรประมาณร้อยละ 93.6 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 4.9 นับถือศาสนาอิสลามที่เหลือนับถือศาสนาอื่นๆ และร้อยละ 28.6 หรือประมาณ 1 ใน 3 ของประชากรภาคใต้นับถือศาสนาอิสลาม มุสลิมจึงเป็นชนกลุ่มน้อยกลุ่มใหญ่ที่สุดของประเทศไทย ที่มีจำนวนประชากรมากกว่าประชากรของประเทศมุสลิมบางประเทศ (เช่น บรูไน ซึ่งมีประชากรไม่ถึงห้าแสนคน) และเป็นกลุ่มที่มีความหลากหลายในตัวเองทั้งในแง่ของกลุ่มชาติพันธุ์ ความเป็นมา และสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม (อารี จำปากลาง, 2555) โดยเฉพาะในเขต 3 จังหวัดชายแดน คือ ปัตตานี ยะลา และนราธิวาส โดยจากผลการสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ภาคใต้ครั้งล่าสุดพบว่า สตรีมุสลิมใน 3 จังหวัดชายแดนมีบุตรโดยเฉลี่ยตลอดช่วงวัยเจริญพันธุ์ 3.4 คน ในขณะที่สตรีในภาคใต้โดยรวมจะมีบุตรเฉลี่ยเพียง 2.1 คน (ปราโมทย์ ประสาทกุล, ปัทมา ว่าพัฒนางค์ และวรชัย ทองไทย, 2554) ประกอบกับวิถีชีวิต ประเพณีวัฒนธรรมของมุสลิมในพื้นที่ชายแดนภาคใต้มีความสัมพันธ์ เชื่อมโยง แนบแน่นกับหลักศาสนา มาก ทำให้เห็นว่าศาสนามีได้เป็นเพียงลัทธิความเชื่อเท่านั้น แต่ศาสนาอิสลามเป็นระบบการดำเนินชีวิตที่สมบูรณ์แบบที่สุดสำหรับผู้ที่ศรัทธา (ศรีสุดา ไชยวิจารณ์, 2553) จึงอาจจะเป็นการยากที่จะปฏิบัติผิดไปจากหลักคำสอนของศาสนา

แม้ว่าในหลายทศวรรษที่ผ่านมา มีงานศึกษาวิจัยเรื่องศาสนากับภาวะเจริญพันธุ์จำนวนมาก โดยเฉพาะการศึกษาภาวะเจริญพันธุ์ของชาวไทยพุทธและชาวไทยมุสลิมในพื้นที่ภาคใต้ของประเทศไทย ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างศาสนากับภาวะเจริญพันธุ์และมีความแตกต่างกันในเรื่องจำนวนบุตรระหว่างอิสลามกับพุทธ โดยได้ผลสรุปออกมาเป็น 2 ประการซึ่งตรงข้ามกันคือ กลุ่มแรกพบว่า ภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยมุสลิมต่ำกว่าสตรีไทยพุทธ และกลุ่มที่สองพบว่า ภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยมุสลิมสูงกว่าของสตรีไทยพุทธ (เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, 2525) แต่ด้วยสภาพเศรษฐกิจ สังคมในปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไป สังคมมีการพัฒนามากขึ้น ประกอบกับสตรีมีการศึกษาสูงขึ้น มีงานทำนอกบ้าน และรายได้สูงขึ้น ส่งผลให้สถานภาพและบทบาทหลายด้านของสตรีเปลี่ยนแปลงไป น่าจะส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิต ทัศนคติของสตรีในภาคใต้ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงในที่มีต่อการสร้างครอบครัวและการมีบุตรด้วยเช่นกัน ประกอบกับชาวไทยมุสลิมกับชาวไทยพุทธยังคงมีความแตกต่างของลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมพื้นฐานซึ่งเป็นผลมาจากความแตกต่างทางด้านศาสนาอย่างชัดเจน ทำให้ประชากรทั้งสองกลุ่มน่าสนใจในการศึกษาครั้งนี้

1.2 คำถามการวิจัย

1. ภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยพุทธและไทยมุสลิมในภาคใต้แตกต่างกันหรือไม่อย่างไร
2. ศาสนามีความสัมพันธ์กับภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยพุทธและไทยมุสลิมในภาคใต้หรือไม่

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความแตกต่างของภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยพุทธและไทยมุสลิมในภาคใต้ของประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของศาสนาที่ส่งผลต่อภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยพุทธและไทยมุสลิมในภาคใต้ของประเทศไทย

1.4 ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความแตกต่างของภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยพุทธและไทยมุสลิมและศึกษาความสัมพันธ์ของศาสนากับภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยในภาคใต้ของประเทศไทยโดยใช้ข้อมูลจากโครงการการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือสตรีวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-49 ปี ที่นับถือที่นับถือศาสนาพุทธและศาสนาอิสลามในภาคใต้ มีสถานภาพสมรสและเคยสมรส จำนวน 4,070 คน

1.5 นิยามศัพท์เฉพาะ

ภาวะเจริญพันธุ์ (Fertility) หมายถึง การสืบทอดพันธุ์ที่วัดจากจำนวนการเกิดรอด (ปราโมทย์ ประสาทกุล และศุทธิดา ชวนวัน, 2552)

จำนวนบุตรเกิดรอด (Children ever born) หมายถึง จำนวนบุตรทั้งหมดที่คลอดออกมาและมีชีวิตอยู่ในขณะ ที่คลอด ซึ่งนับรวมบุตรเกิดรอดที่ยังมีชีวิตอยู่และตายไปแล้ว

- **บุตรเกิดรอดที่ปัจจุบันยังมีชีวิตอยู่** ได้แก่ บุตรที่ตอนคลอดออกมามีชีวิตและยังคงมีชีวิตอยู่จนถึงปัจจุบัน
- **บุตรเกิดรอดที่ตายไปแล้ว** ได้แก่ บุตรที่ตอนคลอดออกมามีชีวิตแต่ในปัจจุบันได้ตายไปแล้ว

สถานภาพสมรส หมายถึง ความผูกพันระหว่างชายกับหญิงในการเป็นสามีภรรยา การศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็น สมรส และเคยสมรส (หม้าย หย่า แยก เคยสมรสแต่ไม่ทราบสถานภาพสมรส)

ระยะเวลาการให้นมบุตร การศึกษาครั้งนี้คิดจากสตรีสมรสและเคยสมรสที่มีบุตรคนสุดท้ายต้องอายุต่ำกว่า 1 ปี และปัจจุบันบุตรคนสุดท้ายยังคงมีนมแม่ เนื่องจากข้อคำถามเรื่องการให้นมบุตรจะถามเฉพาะสตรีที่มีบุตรคนสุดท้ายต้องอายุน้อยกว่า 1 ปี

อายุแรกสมรส หมายถึง อายุที่บุคคลเปลี่ยนจากสถานภาพโสดเป็นสมรสครั้งแรก ในทางประชากรศาสตร์ให้ความสนใจอายุแรกสมรสในฐานะที่เป็นดัชนีหนึ่งที่นิยมใช้กันมากในการวัดการแต่งงาน โดยทั่วไปอายุแรกสมรสจะสัมพันธ์เชิงผกผันกับภาวะเจริญพันธุ์ กล่าวคือ ในสังคมที่ผู้หญิงแต่งงานเมื่ออายุน้อยจะมีระดับภาวะเจริญพันธุ์สูง อายุแรกสมรสที่ใช้เปรียบเทียบความเร็วช้าของการแต่งงานของประชากรแต่ละสังคมนิยมวัดเป็นค่าเฉลี่ย หรือค่ามัธยฐานของอายุเมื่อแต่งงานครั้งแรก

การคุมกำเนิด หมายถึง วิธีการที่จะป้องกันการเกิดอย่างหนึ่ง โดยป้องกันการปฏิสนธิ หรือป้องกันการฝังตัวของตัวอ่อนที่ถูกผสมแล้ว หรือการทำลายไข่ที่ถูกผสมแล้วและฝังตัวเข้าไปใน เยื่อบุโพรงมดลูก (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2552)



บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาความแตกต่างของภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยพุทธและมุสลิมในภาคใต้ของประเทศไทยครั้งนี้ ใช้ข้อมูลจาก “โครงการการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552” ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการวิจัยซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1 กรอบการวิเคราะห์ภาวะเจริญพันธุ์

ภาวะเจริญพันธุ์ (Fertility) หมายถึง การสืบทอดพันธุ์ที่วัดจากจำนวนการเกิดรอด (ปราโมทย์ ประสาทกุล และศุทธิดา ชวนวัน, 2552)

ในการวิเคราะห์ทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่กำหนดภาวะเจริญพันธุ์ ในปี ค.ศ. 1955 คิงสลีย์ เดวิส (Kingsley Davis) และ จูดิธ เบลค (Judith Blake) ได้เสนอกรอบการวิเคราะห์ภาวะเจริญพันธุ์ ซึ่งอาศัยหลักธรรมชาติของมนุษย์ในการมีลูกมาสร้างเป็นกรอบการวิเคราะห์ แนวคิดด้านนี้เป็นแนวความคิดเกี่ยวกับตัวแปรแทรกกลาง หรือตัวกำหนดใกล้ชิด โดยแนวคิดนี้ได้อธิบายว่าตัวแปรแทรกกลาง คือตัวแปร หรือปัจจัย ที่ส่งผลโดยตรงต่อภาวะเจริญพันธุ์ และในขณะเดียวกันปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม จะส่งผลกระทบต่อภาวะเจริญพันธุ์ โดยผ่านตัวแปรแทรกกลางเหล่านี้ Kingsley Davis และ Judith Blake ได้แบ่งตัวแปรแทรกกลาง (Intermediate Variables) ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับขั้นตอนการมีบุตรเป็น 3 กลุ่ม คือ การมีเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์หรือการปฏิสนธิ และการคลอด โดยมี 11 ตัวแปร ที่จะส่งผลให้ภาวะเจริญพันธุ์เพิ่มขึ้นหรือลดลง (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2543: 167-169) ปัจจัยทางสังคมใดๆ ที่จะมีผลต่อภาวะเจริญพันธุ์จะต้องมีอิทธิพลผ่าน “ตัวแปรระหว่างกลาง” ทั้งสามนี้ก่อน คำว่า “ระหว่างกลาง” หมายถึงว่ามีตัวแปรอยู่ระหว่างปัจจัยทางสังคมกับการเจริญพันธุ์ เมื่อวิเคราะห์ภาวะเจริญพันธุ์ก็ดูที่ตัวแปรระหว่างกลางทั้งสามกลุ่มนี้เป็นหลักว่าถูกระทบด้วยปัจจัยอะไรบ้างและอย่างไร

ตัวแปรระหว่างกลางทั้งสามกลุ่มนี้ได้แยกออกเป็นตัวแปรย่อย 11 ตัว ตัวแปรเหล่านี้สามารถทำให้การเจริญพันธุ์เพิ่มขึ้นหรือลดลงได้

ปัจจัยที่มีผลต่อการร่วมเพศ (Intercourse variables)

ก. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจับคู่กันของชายหญิง หรือแยกคู่ออกจากกันในช่วงวัยเจริญพันธุ์

1. อายุที่เข้าสู่วัยของการคู่
2. การอยู่เป็นโสดอย่างถาวร : สัดส่วนของสตรีที่ไม่มีคู่เลย
3. ระยะเวลาในช่วงวัยมีบุตรที่อยู่ร่วมกันของคู่ชายหญิง
 - (1) เมื่อการมีคู่ต้องแยกกัน โดยการหย่า แยก หรือทิ้งร้าง
 - (2) เมื่อการมีคู่ต้องแยกกัน โดยการตายของสามี

ข. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการร่วมเพศระหว่างคู่ที่อยู่ด้วยกัน

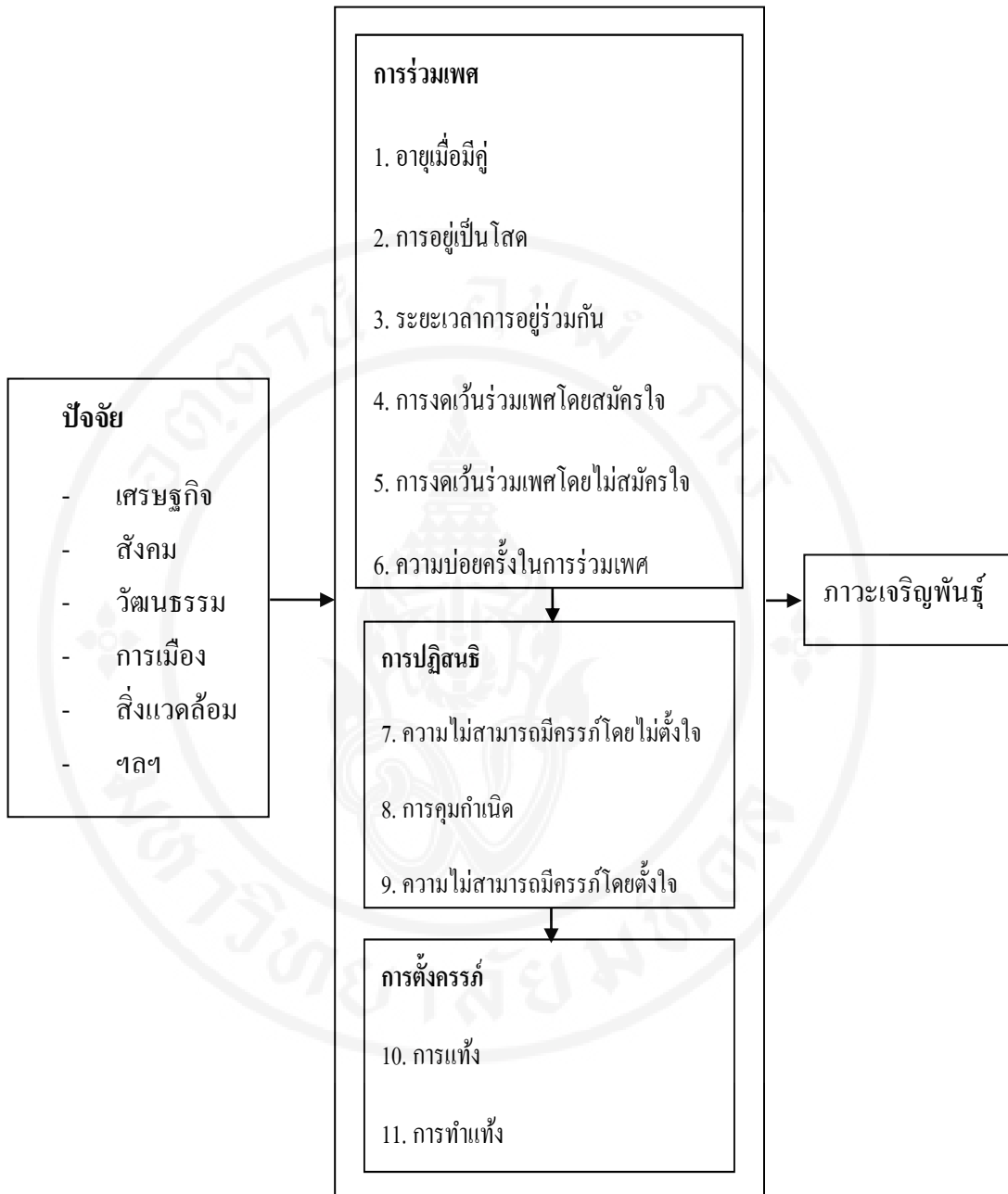
4. การงดเว้นร่วมเพศอย่างสมัครใจ
5. การงดเว้นร่วมเพศอย่างไม่สมัครใจ (จากการหมดสมรรถภาพ ความเจ็บป่วย การแยกกันอยู่ชั่วคราวที่หลีกเลี่ยงไม่ได้)
6. ความบ่อยครั้งในการร่วมเพศ (ไม่รวมระยะเวลาของการงดเว้นการร่วมเพศ)

ค. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิสนธิ (Conception variables)

7. ความไม่สามารถมีครรภ์โดยไม่ตั้งใจ
8. การใช้หรือไม่ใช้การคุมกำเนิด
 - (1) ด้วยวิธีคุมกำเนิดที่เป็นเครื่องมือและสารเคมี
 - (2) ด้วยวิธีอื่นๆ
9. ความไม่สามารถมีครรภ์โดยตั้งใจ (การทำหมันหญิง หมันชาย การใช้วิธีการทางการแพทย์ ฯลฯ)

ง. ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ และการคลอด (Gestation variables)

10. การตายของทารกในครรภ์ โดยไม่ตั้งใจ คือ การแท้ง
11. การตายของทารกในครรภ์โดยตั้งใจ คือ การทำแท้ง



John Bongaarts (1983) ได้ปรับปรุงแนวความคิดของ Davis และ Blake เพื่อให้สามารถประเมินอิทธิพลของ ปัจจัยแทรกกลางต่อภาวะเจริญพันธุ์ได้ง่ายยิ่งขึ้น โดย Bongaarts ได้ลดตัวแปรที่สำคัญดังกล่าวให้เหลือเพียง 4 ตัวแปร ซึ่งประกอบด้วย

1. สัดส่วนของสตรีที่สมรสแล้ว
2. การใช้วิธีคุมกำเนิดและประสิทธิภาพของการใช้
3. การแพร่หลายของการทำแท้ง
4. ช่วงเวลาของการทำหมันหลังคลอด

ทั้งนี้ตัวแปรโดยตรงต่อภาวะเจริญพันธุ์ 4 ตัวดังกล่าว จะเป็นตัวแปรกลางโดยตรง ซึ่งปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และปัจจัยทางสถาบันจะอาศัยส่งผลกระทบต่อภาวะเจริญพันธุ์ ความสำคัญของตัวแปรโดยตรงของ Bongaarts เป็นการลดจำนวนตัวแปรแทรกกลางลงพร้อมทั้งทำให้เห็นชัดเจนขึ้น (โดยยังคงยึดแนวตัวแปรที่สำคัญบางตัวของ Davis and Blake) ว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมดังกล่าวจะอธิบายผ่านตัวแปรกลางที่สำคัญๆ ตัวแปรใดบ้างในการอธิบายความแตกต่างของระดับภาวะเจริญพันธุ์ในกลุ่มประชากรย่อยๆ ของประชากรทั้งหมด (Bongaarts, 1983 อ้างใน จอห์น โนเคล, 2530)

2.2 ศาสนา

ศาสนาเป็นสถาบันที่มีความสำคัญสถาบันหนึ่งในสังคม ศาสนาทุกศาสนามีจุดมุ่งหมายในการสอนให้คนเป็นคนดี ส่วนหลักการ และพิธีกรรมต่างๆ ของแต่ละศาสนาย่อมมีลักษณะแตกต่างกันออกไป บุคคลมีความผูกพันกับสถาบันศาสนา เพราะเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ เป็นบ่อเกิดสำคัญของศิลปวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี กฎเกณฑ์ ค่านิยม วิธีการดำเนินชีวิตของคนในสังคม และยังเป็นกลไกการควบคุมสังคม กล่าวคือเป็นเครื่องควบคุมการกระทำผิดทั้งทางกาย วาจาและใจ ด้วยหลักธรรมคำสั่งสอน ซึ่งกฎหมายไม่อาจทำได้ในหลายประเทศศาสนายังมีบทบาทสำคัญในการดำเนินชีวิตอย่างเช่นผู้หญิงทั้งในประเทศฟิลิปปินส์และอินโดนีเซีย ที่ยังประสบปัญหาเรื่องเข้าไม่ถึงเทคโนโลยีคุมกำเนิดสมัยใหม่ แต่สนับสนุนวิธีคุมกำเนิดแบบธรรมชาติที่มีประสิทธิภาพต่ำกว่า เพราะอิทธิพลของศาสนาคริสต์นิกายคาทอลิกที่ต่อต้านการคุมกำเนิดเพราะถือว่าเป็น “บาป” และเข้าใจว่าการคุมกำเนิดเป็นการกระทำที่ต่อต้านเจตจำนงของพระเจ้าผู้เป็นเจ้าของ (สุชาติ ทวีสิทธิ์, 2556).

ประเทศไทยเป็นประเทศที่รับเอาคำสอนของพระพุทธศาสนามาเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาชีวิตและปัญหาสังคม พุทธศาสนากับสังคมไทยมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างแนบแน่นมาทุกยุคทุกสมัย และกลายเป็นรากฐานของศีลธรรมและวัฒนธรรมไทย พุทธศาสนาได้มีอิทธิพลอย่างมากต่อจิตใจของคนไทย โดยได้หล่อหลอมชีวิตจิตใจและลักษณะนิสัยของคนไทยออกมาในรูปของค่านิยมอันดีงาม เช่น ความมีเมตตาปราณี ความโอบอ้อมอารี ความมีน้ำใจ เสียสละ จนถือได้ว่าเป็นลักษณะเฉพาะที่มีอยู่ในสังคมไทยคั้งนั้นในวิถีชีวิตของชาวไทยจึงมีหลักพุทธศาสตร์จนกลายเป็นรากฐานของวัฒนธรรมไทยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต การนับถือศาสนา ร่วมกันจึงเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันทางวัฒนธรรมของประชากรไทย เช่นเดียวกับศาสนาอิสลามที่เป็นธรรมเนียมปฏิบัติของชาวมุสลิมเพราะหลักคำสอน

ของศาสนาอิสลามมีลักษณะสอดคล้องกลมกลืนกับบัญญัติของกฎหมาย การกระทำใดที่ผิดต่อหลักคำสอนของศาสนาย่อมเป็นการละเมิดต่อกฎหมายด้วย ด้วยเหตุนี้หลักคำสอนของศาสนาอิสลามจึงมีอิทธิพลต่อจิตใจของมุสลิมทุกคน เป็นเครื่องกำหนดพฤติกรรม วิถีชีวิตและความรู้สึกนึกคิดในทุกด้านของชาวมุสลิมตั้งแต่เกิดจนวันสุดท้ายของชีวิต (สุจิตรา อ่อนค้อม, มปป; กิรติ บุญเจือ, 2538) อย่างไรก็ตามจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2542) พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างศาสนาและภาวะเจริญพันธุ์ในภาคใต้ของประเทศไทยค่อนข้างซับซ้อนเนื่องจากมีปัจจัยทางภาษาพูดเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยพบว่าสตรีไทยพุทธมีความรู้และการปฏิบัติตนด้านการวางแผนครอบครัวสูงที่สุด รองลงมา คือสตรีไทยมุสลิมที่พูดไทยและสตรีที่มีความรู้ต่ำที่สุด คือสตรีไทยมุสลิมที่พูดภาษามลายู ทั้งนี้ยังไม่เห็นด้วยกับการคุมกำเนิดของสตรีในสัดส่วนที่สูงที่สุดสอดคล้องกับการสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ของสำนักงานสถิติ (2552) ที่พบว่า สตรีมุสลิมส่วนใหญ่ใช้วิธีการคุมกำเนิดแบบธรรมชาติ คือนับระยะปลอดภัย ยิ่งไปกว่านั้นพบว่า สตรีมุสลิมมีอัตราเจริญพันธุ์สูง อัตราการคุมกำเนิดต่ำและเข้าสู่การสมรสเมื่ออายุน้อย (อัลญาน์ สมุห์เสนีโต และเพ็ญพักตร์ ทองแท้, 2555)

2.3 วัฒนธรรมอิสลาม

ครอบครัวชาวไทยมุสลิมโดยทั่วไปจากอดีตจนถึงปัจจุบันก็คือครอบครัวถือกำเนิดมักอยู่รวมกันต่อไปกับครอบครัวปฐมนิเทศซึ่งแล้วแต่สะดวกว่า เมื่อสมรสแล้วจะตั้งบ้านเรือนอยู่ที่บ้านฝ่ายหญิงหรือชาย อย่างไรก็ตามสรุปได้ว่า ครอบครัวชาวไทยมุสลิมจะมีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย (Extended Family) มากกว่าครอบครัวเดี่ยว (Nuclear Family) โครงสร้างชีวิตครอบครัวในอิสลามตั้งอยู่บนรากฐานของหลักสี่ประการที่ทรงคุณค่าถาวร ทำให้ชีวิตครอบครัวอิสลามมีชีวิตยืนยาวกว่าชีวิตครอบครัวของพวกตะวันตก หลักทั้งสี่วางรากฐานอยู่บนบัญญัติของคัมภีร์อัล-กุรอานและแบบอย่างของท่านศาสดามุฮัมมัด (ศ็อลฯ) ที่ถ่ายทอดจากคนรุ่นหนึ่งไปยังอีกรุ่นหนึ่งคือ

1. ชีวิตครอบครัวในฐานะที่เป็นจุดเริ่มต้นของสังคมที่ให้ความปลอดภัย ความผาสุก และความเอื้อเฟื้อภายในบ้านต่อพ่อแม่และเด็กๆ ที่กำลังเติบโต
2. ชีวิตครอบครัวในฐานะเครื่องพิทักษ์ความปรารถนาทางเพศตามธรรมชาติของหญิงชาย และนำแรงกระตุ้นอันทรงพลังนี้ไปในทางที่บริสุทธิ์
3. ชีวิตครอบครัวในฐานะที่เป็นสถานปลูกฝังคุณธรรมของมนุษย์ เช่น ความรัก ความเมตตา และความสงสาร
4. ชีวิตครอบครัวในฐานะที่เป็นที่พำนักอันปลอดภัยจากภัยอันตรายหรือความยุ่งยากต่างๆ จากภายในและภายนอกถึงแม้ภัยต่อครอบครัวและชีวิตการสมรสจะประสบความสำเร็จใน

โลกตะวันตกก็ตาม แต่ไม่สามารถที่จะเหยียบย่างเข้ามาในโลกมุสลิมได้ จะเห็นว่าชีวิตครอบครัวของมุสลิมไม่เพียงแต่จะมีความสัมพันธ์กันแน่นแฟ้นระหว่างสามี ภรรยา ลูกๆ ตลอดจนไปจนถึงเครือญาติอื่นๆ เท่านั้น แต่ครอบครัวของมุสลิมยังวางรากฐานอยู่บนประเพณีและบทบัญญัติแห่งอิสลามที่สามารถปกป้องคุ้มครองสถาบันครอบครัวมิให้ได้รับผลกระทบจากภัยภายนอก

อิสลามถือว่าการคุมกำเนิดเป็นข้อห้ามสำหรับประชาชาติมุสลิมการคุมกำเนิดอิสลามอนุญาตให้เฉพาะรายที่เป็นอันตรายต่อชีวิตมารดาเท่านั้น และการคุมกำเนิดนี้ มิได้เฉพาะการทำหมันเท่านั้น แต่หมายถึงทุกวิธีการ เช่น การใช้ยาเม็ด ยาฉีด ถุงยาง ห่วงอนามัย ฯลฯ สำหรับการทำแท้งถือเป็นสิ่งต้องห้ามเช่นกัน เป็นความบาปที่รุนแรงเป็นการก่ออาชญากรรมเพราะตามหลักคำสอนในคัมภีร์อัล-กุรอานพระเจ้าผู้เป็นเจ้าของได้ประทานหลักการวางแผนครอบครัวไว้ในคัมภีร์อัล-กุรอานอันเป็นการวางแผนครอบครัวที่มีประโยชน์ทั้งแม่ ลูก และครอบครัว “แม่ของเจ้าต้องอุ้มท้องด้วยความทรमान ที่เหนือกว่าความทรमानใดๆ และต้องเลี้ยงเขาด้วยน้ำนมนับแต่คลอด จนถึงเลิกเต๋มในระยะเวลาถึงสองปี”

การแต่งงาน อิสลามมิได้ถือว่าการแต่งงานเป็นการเชื่อมชายและหญิงเข้าด้วยกันเพียงเพื่อสนองความต้องการทางเพศเพียงอย่างเดียว แต่การแต่งงานเป็นสัญญาทางสังคมที่ประกอบด้วยหน้าที่และความรับผิดชอบอันมากมายและกว้างขวาง เหตุผลเรื่องนี้อธิบายได้ว่าตามหลักศรัทธาอันถือว่า สตรีมิใช่เครื่องเล่นของเหล่าบุรุษเพศ แต่เป็นสิ่งที่ชีวิตทางศีลธรรม และสิ่งมีชีวิตทางจิตวิญญาณที่พระองค์อัลลอฮ์ ชูบฮาฯ ทรงมอบหมายให้บุรุษเพศดูแลตามพันธสัญญาซึ่งพระองค์ทรงเป็นพยานในครั้งปฐมกาล ภรรยาจึงมิใช่ผู้ที่ถูกมุ่งหมายให้สนองความสำราญทางกามให้บุรุษอย่างเดียว แต่เพื่อจะร่วมมือกับบุรุษเพศสร้างชีวิตครอบครัว (เสวานีย์ จิตต์หมวด, 2535)

การแต่งงานเมื่ออายุน้อย

อิสลามส่งเสริมให้บรรดามุสลิมสมรส เพื่อป้องกันการลักลอบหรือการหาความสุขทางเพศที่ผิดบัญญัติของศาสนา ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงอาจทำให้เป็นสาเหตุของการแต่งงานเมื่ออายุน้อยของคนไทยมุสลิม

ความเป็นคนไทยของชาวมุสลิมจึงมีความแตกต่างจากชาวไทยโดยทั่วไปทั้งนี้เพราะชาวไทยมุสลิมต้องอยู่บนครรลองของวัฒนธรรมอิสลามอันมีเอกลักษณ์เฉพาะตัว และกล่าวได้ว่าอิสลามเป็นวัฒนธรรมที่แข็ง ไม่ยืดหยุ่น โอนอ่อนผ่อนตามค่านิยม ดังนั้นจึงเป็นวัฒนธรรมที่ยากต่อการทำให้เกิดการผสมผสานกันทางวัฒนธรรม ในประเทศไทยศาสนาอิสลามเป็นศาสนาที่คนนับถือมากเป็นอันดับสองรองจากศาสนาพุทธและอยู่ร่วมกันอย่างกลมกลืนกับพุทธศาสนามานานหลายศตวรรษ จึงไม่น่าแปลกใจที่อิสลามโดยทั่วไปจะไม่ค่อยเห็นความแตกต่างระหว่างคนไทยพุทธกับ

ไทยมุสลิม และเขาก็มีความจงรักภักดีต่อประเทศไทย และอิสลามก็ได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของรัฐไทยในปัจจุบัน (Omar, 1999: 211)

2.4 มุสลิมในภาคใต้

มุสลิมในภาคใต้กับมุสลิมในภาคต่างๆ มีข้อแตกต่างกันคือมีเชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ ภาษา และวัฒนธรรมเดียวกันซึ่งต่างจากมุสลิมในภาคอื่นๆ ที่มาจากหลายกลุ่มชาติพันธุ์ จึงมีความหลากหลายในภาษาและวัฒนธรรมตามเชื้อชาติ เผ่าพันธุ์เดิม ส่วนสิ่งที่มีอยู่ร่วมกันคือ ศาสนาและวัฒนธรรมอิสลาม ดังนั้นเมื่อเข้ามาอยู่เป็นชนกลุ่มน้อยในสังคมไทยจึงเป็นการง่ายที่จะถูกผสมกลมกลืนเข้ากับชนส่วนใหญ่

การตั้งถิ่นฐานทำให้มุสลิมในภาคใต้มีโอกาสได้ใกล้ชิดกับเพื่อนต่างศาสนามากกว่ามุสลิมในภาคใต้ ทำให้มีเพื่อนบ้านที่มีเชื้อมุสลิมเป็นจำนวนมาก ในขณะที่ภาคใต้มีน้อยหรือไม่มีเลย ดังนั้น โอกาสที่มุสลิมภาคต่างๆ จะเกิดการผสมกลมกลืนจึงเกิดขึ้นมากกว่า

มุสลิมภาคใต้มากกว่าครึ่งหนึ่งรวมตัวกันอยู่ใน 4 จังหวัดภาคใต้ แต่อีกครึ่งกระจายกันอยู่ในเกือบ 70 จังหวัด ความเป็นกลุ่มก้อนจึงน้อยกว่าภาคใต้ การผสมกลมกลืนหรือการเปลี่ยนวิถีชีวิตจึงกระทำได้ยากเพราะเป็นสังคมแคบ สังคมมีลักษณะเป็นชนบทที่คนในสังคมมีความสัมพันธ์แนบแน่น คนในสังคมจึงเป็นสิ่งที่ช่วยในการควบคุมพฤติกรรมได้ เพราะเกรงการถูกลงโทษจากคนในสังคม นอกเหนือจากการกลัวถูกลงโทษจากพระผู้เป็นเจ้าซึ่งสภาพการณ์นี้ต่างจากภูมิภาคอื่นๆ โดยเฉพาะในกรุงเทพฯที่เป็นสังคมเมือง จึงช่วยให้การผสมกลมกลืนง่ายกว่า

มุสลิมในภาคใต้ยากที่จะแต่งงานกับผู้ที่ไม่ใช่มุสลิมมาแต่กำเนิด ซึ่งเท่ากับเป็นการป้องกันมิให้เกิดการผสมกลมกลืนวิธีหนึ่ง ซึ่งตรงกันข้ามกับภาคอื่นๆ โดยเฉพาะในกรุงเทพฯ ที่มุสลิมแต่งงานกับผู้ที่ไม่ใช่มุสลิมมาแต่กำเนิด แม้ว่าก่อนแต่งงานอีกฝ่ายหนึ่งจะต้องมาเข้าอิสลามก็ตาม แต่จำนวนไม่น้อยที่มาเข้าเพียงเพื่อการแต่งงาน มิได้เกิดจากความเชื่อถือศรัทธา และมุสลิมหากเป็นผู้ที่ไม่มั่นคงในความศรัทธาและการปฏิบัติ จึงเป็นไปได้ที่จะลู่ตามลมไปหาความอิสระตามคู่สมรส

นอกจากนี้มุสลิมในภาคต่างๆ โดยเฉพาะในกรุงเทพฯมีโอกาสเข้าสู่ระบบราชการเป็นจำนวนมากกว่าภาคใต้ที่ส่วนใหญ่ทำการเกษตร โอกาสในการถูกกลมกลืนด้วยรูปแบบ กฎระเบียบต่างๆ จึงมีมากกว่าเช่นกัน (เสาวนีย์ จิตต์หมวด, 2535)

2.5 ปัจจัยด้านประชากร และสังคม กับภาวะเจริญพันธุ์

อายุ

ในการนำเอาอายุปัจจุบันของสตรีเกิดจากความเชื่อที่ว่าภาวะเจริญพันธุ์มีความสัมพันธ์กับอายุปัจจุบันของสตรีซึ่งสมรสแล้ว คือ เมื่อสตรีมีอายุสูงขึ้นจำนวนบุตรของสตรีก็เพิ่มขึ้นด้วยเนื่องจากเหตุผลที่ว่าทั้งจำนวนบุตรเกิดรอดและจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่จริงเป็นจำนวนบุตรที่สะสมมาจากอดีต ดังนั้นเมื่อสตรีมีอายุเพิ่มมากขึ้นจำนวนบุตรของสตรีที่มีอยู่ก็จะสะสมเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วยเช่นกัน ปัจจัยด้านอายุปัจจุบัน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับจำนวนบุตรของสตรีคือสตรีที่มีอายุน้อยจะมีบุตรน้อยกว่าสตรีที่มีอายุมากกว่า (ปาริชาติ โกสุมา, 2526) แต่เมื่อศึกษาเปรียบเทียบระหว่างสตรีไทยพุทธกับมุสลิมที่แบ่งตามกลุ่มภาษาพูด คือ ไทยมุสลิมพูดภาษามลายู ไทยมุสลิมพูดภาษาไทย และไทยพุทธ พบว่าจำนวนบุตรเกิดรอดและจำนวนบุตรมีชีวิต สตรีไทยมุสลิมพูดภาษามลายูทุกกลุ่มอายุ มีจำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยสูงกว่าสตรีไทยมุสลิมพูดภาษาไทย และสตรีไทยพุทธ โดยในช่วงอายุ 15-24 ปี จำนวนบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยของสตรีทั้ง 3 กลุ่มค่อนข้างใกล้เคียงกัน อาจเนื่องจากสตรีช่วงอายุ 15-24 ปี ส่วนมากยังเป็น โสดอยู่ และเริ่มมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนตั้งแต่ กลุ่มอายุ 30 ปีขึ้นไป และสาเหตุที่สตรีไทยพุทธมีจำนวนบุตรเกิดรอดน้อยกว่าสาเหตุน่าจะมาจากการคุมกำเนิดมากขึ้นหลังจากมีลูก 2 คน ขึ้นไป เมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างจำนวนบุตรเกิดรอดกับจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ซึ่งแสดงถึงภาวะการตายของบุตร ปรากฏว่าสตรีไทยพุทธมีบุตรตายน้อยกว่าสตรีไทยมุสลิม และพบว่าสตรีไทยมุสลิมพูดภาษามลายูมีบุตรตายเพิ่มขึ้นเมื่ออายุ 30 ปี ขึ้นไป (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2541) ส่วนอายุที่บุตรครั้งแรกพบว่าสตรีไทยมุสลิมมีบุตรครั้งแรกที่อายุน้อยมีสัดส่วนมากกว่าสตรีไทยพุทธ กล่าวคือคนไทยมุสลิมมีสัดส่วนของการมีบุตรครั้งแรกที่อายุ 15-19 ปี ร้อยละ 12.7 ส่วนคนไทยพุทธมีบุตรครั้งแรกที่อายุ 15-19 ปี ร้อยละ 8.2 (อัครญาณ์ สมุห์เสณีโต, กุศล สุนทรธาดา และกมลชนก จำสุวรรณ, 2555)

อาชีพ

อาชีพเป็นอีกปัจจัยที่นับว่ามีความสำคัญในการบ่งชี้สถานภาพทางสังคม จากการศึกษาภาวะเจริญพันธุ์ในประเทศไทยในอดีตที่ผ่านมาพบความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับภาวะเจริญพันธุ์ได้ผลแตกต่างกัน ส่วนมากจะพบว่าสตรีที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมจะเป็นผู้มีภาวะเจริญพันธุ์สูงสุด ส่วนสตรีที่ประกอบอาชีพไม่ใช่เกษตรกรรมอันได้แก่ รับราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ งานวิชาชีพ งานบริการ ค่าขายจะมีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำกว่า และจะเห็นความแตกต่างได้อย่างชัดเจนในเขตเมืองมากกว่าในเขตชนบท เช่นเดียวกับงานที่ศึกษาในเรื่องการคุมกำเนิดที่พบว่า อาชีพที่ไม่ใช่

เกษตรมีการใช้การคุมกำเนิดมากที่สุด รองลงมาคือพวกที่ไม่ได้ทำงานหรือแม่บ้าน และอาชีพเกษตรกรรมตามลำดับ ส่วนสตรีที่นับถือศาสนาอิสลามพบว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างการใช้การคุมกำเนิดและอาชีพของสตรี(สุภาภรณ์ ชีระจันทร์, 2531)

ในแผนพัฒนาสตรีช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) ได้ให้ความสำคัญและมีการกำหนดทิศทางในการพัฒนาสตรีในการสร้างสังคมไทยเป็นสังคมที่เสมอภาค ตระหนักและยอมรับถึงบทบาทสตรีในบริบทต่างๆ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองอย่างเท่าเทียมกัน สังคมไทยมีความเป็นธรรม ยุติธรรม โดยสตรีทุกกลุ่มมีโอกาสเข้าถึงและได้รับการศึกษาทุกระดับ มีโอกาสเรียนรู้ตลอดชีวิต รวมถึงการพัฒนาศักยภาพด้านต่างๆ อย่างเหมาะสม

อาชีพเป็นปัจจัยทางเศรษฐกิจที่มีอิทธิพลต่อการคุมกำเนิดและภาวะเจริญพันธุ์ซึ่งอาจมีผลมาจากการเข้าร่วมแรงงานของสตรีเพื่อยกระดับสถานภาพครอบครัวให้สูงขึ้นจากสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่มีความก้าวหน้าทางวิชาการและเทคโนโลยี ทำให้สตรีมีบทบาทเด่นชัดขึ้นในเกือบทุกด้าน ในอดีตผู้หญิงถูกจำกัดบทบาทให้อยู่แต่ในบ้านจึงทำให้ผู้หญิงด้อยโอกาสกว่าผู้ชายในทุกๆ ด้าน และเมื่อสถานการณ์ในด้านต่างๆ เปลี่ยนแปลงไป สตรีมีการเปลี่ยนแปลงในสถานภาพและบทบาท เช่น การศึกษาสูงขึ้น ทำงานนอกบ้าน มีอิสระทางการเงินไม่ต้องพึ่งพาสามีและหัวหน้าครอบครัว เช่นที่เคยเป็นมาในอดีต ทำให้ผู้หญิงอยู่เป็น โสดมากขึ้น (ภัสสร ติมานนท์ และคณะ, 2553; ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัทมา ว่าพัฒนางศ์, 2549) และคู่สมรสที่แต่งงานแล้วก็มีบุตรน้อยลง

ซึ่งเหล่านี้ส่งผลต่อภาวะเจริญพันธุ์ที่ลดลง เพราะสตรีไม่ใช่แม่บ้านที่ต้องอยู่บ้านทำงานบ้าน ดูแลสามีเหมือนเมื่อก่อน การทำงานนอกบ้านทำให้มีเวลาในการอยู่ด้วยกันกับสามีลดลง ทำให้ไม่มีเวลาในการดูแลบุตรที่จะเกิดมา(สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555)

เขตที่อยู่อาศัย

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคมจากระบบเกษตรกรรมมาสู่ระบบอุตสาหกรรม ส่งผลให้หลายพื้นที่เปลี่ยนเป็นสังคมเมือง มีวิถีชีวิตที่ทันสมัยและอาศัยเทคโนโลยีมากขึ้น ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งในพฤติกรรมและในทัศนคติรวมทั้งค่านิยมที่เน้นความเป็นปัจเจกบุคคล มีความเป็นอิสระในการตัดสินใจมากขึ้น ซึ่งรวมไปถึงการตัดสินใจที่จะมีหรือไม่มีคู่ทัศนคติต่อการครองคู่เปลี่ยนแปลงไปด้วย จากการสำรวจสำมะโนประชากรของอินเดียและข้อมูลจากการสำรวจ 11 แห่ง ให้หลักฐานว่าภาวะเจริญพันธุ์ของชาวมุสลิมสูงกว่าชาวฮินดูในอินเดียและภาวะเจริญพันธุ์สมรสรวม (total marital fertility) ของสตรีมุสลิมในเขตเมืองเพิ่มสูงขึ้น 11% และเขตชนบทเพิ่มขึ้น 20% ซึ่งมากกว่ากลุ่มสตรีชาวฮินดู (Balasubramanian, 1984) ส่วนในประเทศไทย

งานการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับเขตที่อยู่อาศัยกับภาวะเจริญพันธุ์พบว่า การลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ในประเทศไทยไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมกันในทุกพื้นที่ของประเทศ ดังจะเห็นได้ว่าอัตราเจริญพันธุ์รวมในเขตพื้นที่และภูมิภาคต่างๆ นั้นมีความแตกต่างกัน โดยสตรีในเขตเมืองมีแนวโน้มที่จะมีจำนวนบุตรน้อยกว่าสตรีในเขตชนบท อันเนื่องมาจากวิถีชีวิตของผู้คนในเขตเมืองที่นิยมที่จะมีครอบครัวขนาดเล็ก ส่วนภาวะเจริญพันธุ์สะสมในเขตชนบทสูงกว่าเขตเมืองอย่างมีนัยสำคัญ และมีจำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ยเท่ากับ 2.15 คน สำหรับเขตชนบท และ 1.69 คนสำหรับเขตเมือง (นภาพรชโยวรรณ และคณะ, 2546) ส่วนการศึกษาความแตกต่างของระดับภาวะเจริญพันธุ์ในภาคใต้ระหว่างเขตชนบทและในเขตเมืองพบว่าไม่แตกต่างกันมากนัก (ปราโมทย์ ประสาทกุล, ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์ และวรชัย ทองไพบ, 2554)

การศึกษา

การศึกษาเป็นปัจจัยที่สำคัญในการศึกษาภาวะเจริญพันธุ์ เนื่องจากการศึกษามีอิทธิพลเกี่ยวกับทัศนคติและความต้องการของการมีบุตร เมื่อสตรีมีการศึกษาสูงขึ้น โอกาสที่สตรีจะออกไปทำงานนอกบ้านเลือกประกอบอาชีพเพื่อเพิ่มพูนรายได้ให้แก่ครอบครัวก็มีมากขึ้นตามไปด้วย

ระดับการศึกษาที่สูงขึ้นเป็นสาเหตุหนึ่งของการลดลงของอัตราเจริญพันธุ์ทั้งของมุสลิมและไม่ใช่มุสลิมภาวะเจริญพันธุ์ในประเทศมุสลิมส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับระดับการศึกษาของผู้หญิง ที่ผู้หญิงได้รับการศึกษาด้านอัตราการเจริญพันธุ์โดยเฉลี่ยจะสูงกว่าประเทศมุสลิมที่ผู้หญิงได้รับการศึกษาสูงประมาณ 2 เท่า แต่ก็ยังมีบางประเทศที่แม้ผู้หญิงจะมีการศึกษาสูงแต่ภาวะเจริญพันธุ์ก็ยังคงสูงอยู่เช่นกัน (Pew Research, 2011)

จากการศึกษากับสตรีที่ทำงานเป็นเจ้าหน้าที่ใน 11 มหาวิทยาลัย ใน 5 จังหวัดของประเทศไทย โดยใช้แบบสอบถาม พบว่าการศึกษาของสตรีมีผลกระทบต่อภาวะเจริญพันธุ์จากการศึกษาพบว่าสตรีที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีครอบครัวขนาดเล็ก ส่วนสตรีที่มีระดับการศึกษาดำเนินการครอบครัวใหญ่กว่า ส่วนระดับการศึกษาที่มีบทบาทสำคัญต่อภาวะเจริญพันธุ์ คือระดับมัธยมศึกษา ส่วนระดับประถมศึกษาไม่มีผลต่อภาวะเจริญพันธุ์ และการศึกษาจะช่วยให้ผู้หญิงมีอิสระมากขึ้นในการตัดสินใจในการเข้าถึงเงินและเสรีภาพ สตรีที่มีระดับการศึกษาสูงขึ้น จะมีแนวโน้มการคุมกำเนิดเพิ่มมากขึ้น อายุแรกสมรสมากขึ้น ระยะเวลาในการคลอดบุตรคนแรกนานขึ้นทำให้ภาวะเจริญพันธุ์ลดลง ประกอบกับการต้องการเลี้ยงดูบุตรให้มีคุณภาพซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงทำให้ต้องการมีครอบครัวขนาดเล็กที่เต็มไปด้วยสิ่งอำนวยความสะดวกของชีวิต (Adhikari, 2010; Samila, 2011: 360-364; Jain & Ross, 2012)

2.6 ปัจจัยตัวหนดภาวะเจริญพันธุ์กับภาวะเจริญพันธุ์

อายุแรกสมรส

อายุแรกสมรสเป็นดัชนีที่ใช้กันมากในการวัดการสมรส มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับภาวะเจริญพันธุ์ และนับว่ามีบทบาทอย่างสำคัญในฐานะที่เป็นตัวกำหนดระดับภาวะเจริญพันธุ์ของสตรี โดยเฉพาะกับขนาดครอบครัวสมบูรณ์ ผู้หญิงยิ่งแต่งงานเร็วแต่งงานเมื่ออายุน้อย ระยะเวลาของชีวิตสมรสที่ยาวนาน อายุแรกสมรสจะสัมพันธ์เชิงผกผันกับการเจริญพันธุ์ สตรีที่แต่งงานเมื่ออายุน้อยที่สุด จะมีการเจริญพันธุ์สูงสุด (Adhikari, 2010; นภาพร ชโยวรรณ และคณะ, 2546; ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2543:159; ปารีชาติ โกสุมา, 2526) หากเปรียบเทียบอายุแรกสมรสในอดีตที่ผ่านมาจากข้อมูลสำมะโนประชากรตั้งแต่ ปี 2503 จะเห็นว่าสตรีที่อายุน้อยเป็น โสดมากขึ้นกล่าวคืออายุเฉลี่ยเมื่อแรกสมรสได้เพิ่มสูงขึ้นจาก 22.1 ปีในปี พ.ศ. 2503 เป็น 24. ปี ในปี พ.ศ. 2543 และคาดว่าจะสูงถึง 24.4 ปี ในปี พ.ศ. 2553 (ปราโมทย์ ประสาทกุล, ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์ และวรชัย ทองไทย, 2554) ซึ่งหมายถึงการเลื่อนอายุการแต่งงานให้สูงขึ้นไปอีก จึงทำให้ภาวะเจริญพันธุ์ลดลงไปด้วย

ในประเทศมุสลิมผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะแต่งงานเมื่ออายุน้อยกว่าผู้หญิงในประเทศที่มีการพัฒนาแล้ว แต่มีความแตกต่างกันเล็กน้อยระหว่างอายุเฉลี่ยของการแต่งงานในประเทศมุสลิมกับประเทศที่กำลังพัฒนา (Pew Research, 2011) อิทธิพลของอายุแรกสมรสที่มีต่อการเจริญพันธุ์จะยังมีมาก โดยเฉพาะในสังคมด้อยพัฒนา หรือสังคมกำลังพัฒนา ซึ่งการให้บริการหรือความนิยมในการใช้อุปกรณ์ป้องกันการปฏิสนธิยังไม่เป็นที่แพร่หลายในหมู่ประชากรของสังคมดังกล่าว ระดับการเจริญพันธุ์ในสังคมนี้จะสูงหรือต่ำก็จะถูกกำหนดโดยตรงด้วยอายุแรกสมรส และระยะเวลาที่ทำการสมรสแต่เพียงปัจจัยเดียว และข้อมูลจากการวิจัยในหลายๆ สังคมปัจจุบันพบว่าการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของการสมรสซึ่งอาจจะเป็นการชะลอการสมรส หรือการอยู่เป็น โสดอย่างถาวร หรือการหย่าร้างในกลุ่มประชากรวัยสมรสก็มีส่วนอย่างมากที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ในระดับภาวะเจริญพันธุ์ คือการมีบุตรจำนวนน้อยลงอย่างมากกว่าที่ผ่านมาในอดีต(ภัสสร ลิมานนท์, สุชาดา ทวีสิทธิ์, ธีระภัทรา เอกผาชัยสวัสดิ์, มาลี สบายยิ่ง, นริศรา พิง โปธิ์สภ, นพพร ช่วงชิง และคณะ. 2553)

ส่วนแบบแผนความแตกต่างในอายุแรกสมรส ตามเขตที่อยู่อาศัยและภาค พบว่า เพศชายมีอายุแรกสมรสสูงกว่าเพศหญิง ผู้ที่อยู่ในเมืองสมรสช้ากว่าผู้ที่อยู่ในชนบท ผู้ที่อยู่ในกรุงเทพฯ สมรสช้าที่สุด ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนืออายุแรกสมรสต่ำที่สุด ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า มีอายุแรกสมรสสูงกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า (นภาพร ชโยวรรณ และคณะ, 2546) ส่วนการศึกษาในภาคใต้ ผลการศึกษาไม่ต่างจากจากการศึกษาในภาคอื่นๆ กล่าวคืออายุแรกสมรสของสตรีไทยพุทธมีความสัมพันธ์กับภาวะเจริญพันธุ์ในเชิงลบ คือ จำนวนบุตรเกิดรอด บุตรที่มีชีวิตอยู่ และบุตร

ที่คาดหวัง โดยเฉลี่ย (เมื่อปรับฐานอายุ) จะลดลงตามอายุแรกสมรสที่เพิ่มมากขึ้น แบบแผนภาวะเจริญพันธุ์เช่นนี้ยังคงพบในกลุ่มสตรีไทยมุสลิมเช่นเดียวกัน และเมื่อพิจารณาสตรีไทยพุทธ และสตรีไทยมุสลิมที่มีอายุแรกสมรสเท่าๆ กัน พบว่า สตรีไทยพุทธมีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำกว่าสตรีไทยมุสลิมทุกกลุ่มอายุแรกสมรสเมื่อใช้ดัชนีทั้งสามเป็นตัววัด(เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, สมใจ เสร็จจรกิจ เจริญ,2525)

ระยะเวลาการให้นมบุตร

การคุมกำเนิดโดยวิธีเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (Lactational amenorrhea method, LAM) เป็นตัวแปรที่ทำให้ไม่สามารถมีครรภ์โดยไม่ตั้งใจ หรือเกิดสภาพการเป็นหมันโดยไม่สมัครใจ การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาทำให้ระยะเวลาในการเป็นหมันหลังคลอดยาวนานออกไป หลังการคลอดครั้งหนึ่งธรรมชาติสร้างให้สตรีว่างจากการตั้งครรภ์อยู่ช่วงหนึ่งก่อนที่จะมีโอกาสดังครรภ์ใหม่ ไม่ว่าจะให้นมบุตรหรือไม่ ระยะเวลาการเป็นหมันหลังคลอดตามธรรมชาตินี้จะอยู่ประมาณ 2 เดือน การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาทำให้ระยะเวลาการเป็นหมันหลังคลอดยาวนานออกไปอีก 10 ถึง 18 เดือน (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2543:172) ซึ่งหลังคลอดใหม่ๆ สตรีที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาสามารถใช้พฤติกรรมนี้เป็นวิธีคุมกำเนิดตามธรรมชาติได้ด้วยแต่ประสิทธิภาพการคุมกำเนิดขึ้นอยู่กับปัจจัยที่ต้องมีครบ 3 ข้อ ได้แก่ ทารกต้องได้รับการเลี้ยงดูด้วยนมมารดาเพียงอย่างเดียวตลอด 24 ชั่วโมงหรืออย่างน้อยร้อยละ 90 ของอาหารทารกต้องเป็นนมมารดา มารดาอยู่ในภาวะยังไม่มีประจำเดือนมา ทารกต้องมีอายุไม่เกิน 6 เดือน ปัจจัยทั้ง 3 นี้ หากขาดไปแม้เพียงข้อเดียวประสิทธิภาพจะไม่แน่นอน จำเป็นต้องใช้วิธีการคุมกำเนิดอย่างอื่นร่วมด้วย ประสิทธิภาพของวิธี LAMถ้าใช้อย่างถูกต้องตามทฤษฎี (Perfect use) โอกาสดังครรภ์ใน 6 เดือนแรก มีร้อยละ 0.5 ตามการใช้จริง (typical use) โอกาสดังครรภ์ใน 6 เดือนแรกมีร้อยละ 2 สตรีที่เกิดความไม่มั่นใจหลังมีเพศสัมพันธ์ แนะนำให้ใช้ยาคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินร่วมด้วย (สุวนิตย์ สร้างศรีวงศ์, 2551)

การเป็นหมันหลังคลอด การให้นมบุตรเป็นระยะเวลานานเป็นการป้องกันการตั้งครรภ์ด้วยการทำให้มดลูกกลับเข้าสู่ ซึ่งเป็นการขยายช่วงเวลาของการที่จะมีบุตรคนต่อไป เพราะไม่สามารถตั้งครรภ์ในช่วงนั้นได้ การให้นมบุตรจึงมีผลกระทบอย่างสำคัญต่อแนวโน้มของภาวะเจริญพันธุ์ (จอห์น โนเคล, อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์, นิพนธ์ เทพวัลย์, 2530) ตามหลักคำสอนในคัมภีร์อัล-กุรอาน พระผู้เป็นเจ้าได้ประทานหลักการวางแผนครอบครัวไว้ในคัมภีร์อัล-กุรอานอันเป็นการวางแผนครอบครัวที่มีประโยชน์ทั้งแม่ ลูก และครอบครัวว่า “แม่ของเจ้าต้องอุ้มท้องด้วยความทรमान ที่เหนือกว่าความทรमानใดๆ และต้องเลี้ยงเขาด้วยน้ำนมนับแต่คลอด จนถึงเลิกนมในระยะเวลาถึงสองปี” (เสาวนีย์ จิตต์หมวด, 2535) ซึ่งทำให้สตรีไทยมุสลิมภาคใต้ส่วนใหญ่ให้นมบุตร

นานกว่า 1 ปี บิดามารดาจะต้องตกลงเกี่ยวกับการเลี้ยงดูและแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมเกี่ยวกับระยะเวลาการให้นมซึ่งสูงสุดคือ 2 ปี การให้นมดังกล่าวมิได้เจาะจงการให้นมของมารดาเท่านั้นแต่ยังรวมถึงการจ้างแม่นมหรือการให้นมชนิดอื่นๆ อีกด้วยระยะเวลาการให้นมคือ 2 ปี ถ้าบิดาเกรงว่ามารดาจะละเลยไม่ให้นมแก่บุตรแล้ว จะต้องจ้างแม่นมทำหน้าที่ดังกล่าวแทน (มุฮัมมัดซาคี เจ๊ะหะ, 2554) และพบว่ามารดาที่มีอายุมากให้นมบุตรนานกว่ามารดาอายุน้อย มารดาที่มีการศึกษาน้อย ให้นมบุตรนานกว่ามารดาที่มีการศึกษามาก ซึ่งอธิบายได้ว่า สตรีที่มีการศึกษาสูงอาจต้องประกอบอาชีพนอกบ้านที่ไม่สะดวกที่จะให้นมบุตรนานๆ มารดาที่มีอาชีพเกษตรกรรมให้นมบุตรนานที่สุด ขณะที่มารดาที่เป็นแม่บ้านให้นมบุตรเป็นเวลาน้อยที่สุดทั้งๆ ที่สตรีที่เป็นแม่บ้าน น่าจะมีเวลาและมีความสะดวกที่จะให้นมบุตรมากกว่าสตรีที่ทำงาน แสดงว่าสำหรับสตรีมุสลิมภาคใต้การประกอบอาชีพไม่เป็นอุปสรรคในการให้นมบุตรเพราะแม้แต่สตรีที่ประกอบอาชีพอื่นๆ (รับจ้าง ค้าขาย รับราชการ ฯลฯ) ซึ่งน่าจะไมสะดวกที่จะให้นมบุตรอย่างอาชีพเกษตรกรรม หรือแม่บ้านก็ยังมีกรให้นมบุตรเป็นระยะไม่น้อยกว่า 1 ปี เช่นกัน(อารี อุเด็น, 2534)

การคุมกำเนิด

การคุมกำเนิด เป็นการควบคุมการเจริญพันธุ์อย่างจงใจอย่างหนึ่งที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย ซึ่งที่ผ่านมาต้องยอมรับว่าภาวะเจริญพันธุ์ที่ลดลงอย่างรวดเร็วของประชากรโลก ไม่ว่าเป็นประเทศที่พัฒนาแล้วหรือกำลังพัฒนาเป็นผลจากการใช้การคุมกำเนิดเป็นส่วนใหญ่ ในประเทศไทยจะเห็นได้จากการลดลงอย่างรวดเร็วของภาวะเจริญพันธุ์ระหว่างปี พ.ศ. 2513-2533 ซึ่งเป็นผลมาจากการคุมกำเนิดที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15 ในปี พ.ศ. 2513 และเพิ่มสูงมากขึ้นเรื่อยๆ จนถึงปัจจุบันนี้ อัตราคุมกำเนิดประมาณร้อยละ 80 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553:10)

ผลการศึกษาที่ผ่านมาในอดีตพบว่าคู่สมรสที่กำลังใช้วิธีการป้องกันการปฏิสนธิจะมีจำนวนบุตรเกิดรอด และบุตรที่มีชีวิตโดยเฉลี่ย สูงกว่าสตรีที่ไม่ได้ใช้วิธีใดๆ ทั้งนี้เนื่องจากคู่สมรสส่วนใหญ่จะใช้การป้องกันการปฏิสนธิก็ต่อเมื่อมีบุตรครบจำนวนที่ต้องการ มิได้ทำเพื่อที่จะเว้นระยะการตั้งครรภ์กันถัดไป(เยวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, สมใจ เสรีขจรกิจเจริญ, 2525) แต่ในศาสนาอิสลามถือว่าการคุมกำเนิดเป็นข้อห้ามสำหรับประชาชาติมุสลิม เพราะเป็นการขัดต่อหลักความศรัทธาในเอกานุภาพของพระเจ้าอัลลอฮ์ (ซุบฮาฯ) การคุมกำเนิดอิสลามอนุญาตให้เฉพาะรายที่เป็นอันตรายต่อชีวิตมารดาเท่านั้น และการคุมกำเนิดนี้ มิได้เฉพาะการทำหมันเท่านั้น แต่หมายถึงทุกวิธีการ เช่น การใช้ยาเม็ด ยาฉีด ถุงยาง ห่วงอนามัย ฯลฯ สำหรับการทำแท้งถือเป็นสิ่งต้องห้ามเช่นกัน เป็นความบาปที่รุนแรงเป็นการก่ออาชญากรรม (เสาวนีย์ จิตต์หมวด, 2535: 305-306; Muhammad, 2010)

นอกจากนี้ยังพบว่าการคุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก คนไทยมุสลิมใช้วิธีคุมกำเนิดน้อยกว่าคนไทยพุทธ คนไทยมุสลิมกว่าครึ่งหนึ่งไม่ได้ใช้วิธีคุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ขณะที่คนไทยพุทธใช้มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ วิธีคุมกำเนิดที่ใช้เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกยังเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพต่ำโดยเฉพาะวิธีนับระยะปลอดภัย เช่นเดียวกับคนไทยพุทธที่ใช้วิธีการหลังภายนอกในสัดส่วนใกล้เคียงกัน (อัลญานีย์ สมุห์เสนีโต, กุศล สุนทรธาดา และกมลชนก ขำสุวรรณ, 2555) ส่วนในด้านความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด จากโครงการสำรวจความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติด้านการวางแผนครอบครัวของประชากรภาคใต้ เก็บข้อมูลกับสตรีอายุ 15-49 ปี ทุกจังหวัดในภาคใต้แบ่งกลุ่มสตรีออกเป็น 3 กลุ่ม คือสตรีไทยพุทธพูดภาษาไทย สตรีไทยมุสลิมพูดภาษาไทย และสตรีไทยมุสลิมพูดภาษามลายู พบว่า ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติด้านการวางแผนครอบครัวมีความแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัด สตรีไทยพุทธมีความรู้ และการปฏิบัติด้านการวางแผนครอบครัวสูงที่สุด รองลงมาคือสตรีไทยมุสลิมพูดภาษาไทย สตรีไทยมุสลิมพูดภาษามลายูมีความรู้และวางแผนครอบครัวต่ำที่สุด และพบว่าสตรีไทยมุสลิมพูดภาษามลายูไม่เห็นด้วยกับการคุมกำเนิดสูงกว่าสตรีไทยมุสลิมพูดภาษาไทย ส่วนทัศนคติต่อการคุมกำเนิดของสตรีไทยมุสลิมพูดภาษามลายูไม่เห็นด้วยกับการคุมกำเนิดสูงกว่ากลุ่มอื่น และมีความเชื่อว่าการคุมกำเนิดเป็นการขัดต่อหลักคำสอนทางศาสนาสูงถึงร้อยละ 87 สตรีไทยมุสลิมพูดภาษาไทยมีความเชื่อเรื่องนี้น้อยกว่าสตรีไทยมุสลิมพูดภาษามลายู ร้อยละ 62 สตรีไทยมุสลิมพูดภาษามลายูเคยใช้วิธีคุมกำเนิดด้วยวิธีอื่นๆ (ได้แก่ หลังนอกช่องคลอด ล้างช่องคลอด ใช้สมุนไพร เป็นต้น) หรือวิธีธรรมชาติสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ ตามคำสั่งสอนทางศาสนาอิสลามนั้น ชาวมุสลิมได้รับอนุญาตให้ใช้วิธีคุมกำเนิดบางวิธี โดยเฉพาะการหลังนอกช่องคลอดและการนับระยะวันปลอดภัย ซึ่งก็คือ “วิธีคุมธรรมชาติ” เพื่อช่วยยืดระยะเวลาการตั้งครรภ์ครั้งต่อไป (สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัชมন্ত্রী, 2541, 2546) และสตรีมุสลิมเห็นด้วยกับหลักการศาสนาอิสลามที่สนับสนุนให้มุสลิมมีลูกมาก ซึ่งแสดงว่าไม่สนับสนุนการคุมกำเนิดมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 82.7 รองลงมา คือไม่เห็นด้วย ร้อยละ 9.2 และเมื่อพิจารณาเหตุผลของสตรี มุสลิมที่เห็นด้วยกับหลักการศาสนาอิสลามที่สนับสนุนให้มุสลิมมีลูกมาก ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า เพื่อเพิ่มประชากรมุสลิมและสร้างสังคมมุสลิมให้เข้มแข็ง และเมื่อพิจารณาเหตุผลของสตรีมุสลิม ที่ไม่เห็นด้วย ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าไม่เห็นด้วยให้มีลูกมาก สำหรับครอบครัวที่ไม่สามารถ อบรมเลี้ยงดูลูกได้อย่างทั่วถึงและทำให้เป็นปัญหาของสังคม (ต่วนนุรอัยนี โต้ะกูบาฮา, 2551)

จากแนวคิด ทฤษฎี เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผลการศึกษาดังกล่าวที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ที่ส่งผลต่อภาวะเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะศาสนาจะเห็นได้ว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมทางสังคม เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะ ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวสามารถนำมาสร้างสมมติฐานและกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ได้ดังนี้

2.7 สมมติฐานการศึกษา

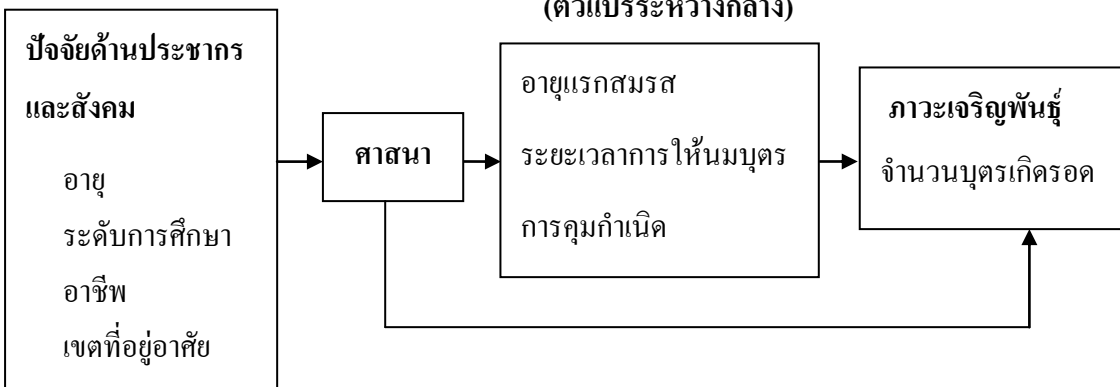
“ภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยพุทธและไทยมุสลิมในภาคใต้มีความแตกต่างกัน โดยสตรีไทยพุทธมีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำกว่าสตรีไทยมุสลิม” และ “ศาสนาเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับระดับภาวะเจริญพันธุ์ของสตรี”

2.8 กรอบแนวคิดการศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จะพบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทางประชากรและสังคมกับปัจจัยกำหนดภาวะเจริญพันธุ์หรือตัวแปรแทรกกลาง ที่มีผลต่อภาวะเจริญพันธุ์ ซึ่งวัดจากจำนวนบุตรเกิดรอด ในการศึกษาครั้งนี้จึงสนใจศึกษาความแตกต่างของภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยพุทธและไทยมุสลิมในภาคใต้ของประเทศไทยโดยอาศัยแนวคิดเกี่ยวกับตัวแปรระหว่างกลาง (Intermediate Variables) ที่มีผลโดยตรงต่อภาวะเจริญพันธุ์ได้แก่ การคุมกำเนิด ระยะเวลาการให้นมบุตร และอายุแรกสมรส ตามกรอบการวิเคราะห์ภาวะเจริญพันธุ์ของคิงสลีย์ เดวิส (Kingsley Davis) และ จูดิธ เบลค (Judith Blake) โดยมีปัจจัยทางประชากรและสังคมได้แก่ อายุสตรี การศึกษา อาชีพ เขตที่อยู่อาศัย โดยปัจจัยทางประชากรและสังคมเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อทางอ้อมต่อภาวะเจริญพันธุ์ โดยผ่านตัวแปรแทรกกลาง ส่วนศาสนาส่งผลต่อภาวะเจริญพันธุ์ทั้งทางตรง และทางอ้อมโดยผ่านตัวแปรแทรกกลางซึ่งสามารถสรุปความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษาดังแผนภาพที่ 2.1

ปัจจัยกำหนดภาวะเจริญพันธุ์

(ตัวแปรระหว่างกลาง)



Copyright by Mahidol University

แผนภาพที่ 2.1 กรอบแนวคิดการศึกษา

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาเรื่องความแตกต่างของภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยพุทธและมุสลิมในภาคใต้ของประเทศไทย เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความแตกต่างของภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยพุทธและไทยมุสลิมและเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของศาสนากับภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยในภาคใต้ของประเทศไทย โดยมีรายละเอียดวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

3.1 แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) จากโครงการ การสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ดำเนินการเก็บข้อมูลในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2552 การสำรวจครั้งนี้ครอบคลุมงานอนามัยการเจริญพันธุ์ได้แก่ การวางแผนครอบครัว การอนามัย แม่และเด็ก โรคเอดส์ มะเร็งระบบสืบพันธุ์ ภาวะการมีบุตรยาก เพศศึกษาและอนามัยวัยรุ่น มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบสถานการณ์อนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรด้านต่างๆ ได้แก่ พฤติกรรมต่อการวางแผนครอบครัว ภาวะเจริญพันธุ์ การอนามัยแม่และเด็ก ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การตรวจมะเร็งระบบสืบพันธุ์ และอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น และเพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์อนามัยเจริญพันธุ์ โดยประชากรที่อยู่ในขอบข่ายการสำรวจครั้งนี้ได้แก่ หญิงอายุ 15-59 ปีและชายอายุ 15-24 ปี ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนตัวอย่าง ทั้งในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล ทั่วประเทศ 76 จังหวัด จำนวน 1,449 ชุมรมุอาการ/หมู่บ้าน ครอบคลุมครัวเรือนทั้งสิ้น 30,117 ครัวเรือน และประชากร 42,875 คน ในการสำรวจมีสตรีวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15-49 ปีทั้งหมด 37,511 และทำการเลือกศึกษาเฉพาะสตรีในภาคใต้ นับถือศาสนาพุทธและศาสนาอิสลาม และมีสถานภาพสมรสและเคยสมรส

หน่วยในการวิเคราะห์ของการศึกษานี้ คือ สตรีวัยเจริญพันธุ์ในภาคใต้ อายุ 15-49 ปี นับถือศาสนาพุทธและศาสนาอิสลาม มีสถานภาพสมรสและเคยสมรส จำนวน 4,070 คน

3.2 ตัวแปรและระดับการวัด

ตัวแปรตาม คือ ภาวะเจริญพันธุ์ในที่นี้วัดด้วยจำนวนบุตรเกิดรอด (Children ever born) ซึ่งคำนวณได้จากผลรวมของ 2 ข้อคำถามในแบบสอบถามส่วนที่ 3 เรื่องการสมรสและภาวะเจริญพันธุ์ข้อที่ A26 จากคำถาม “ชื่อ..... มีบุตรเกิดรอดที่ปัจจุบันยัง มีชีวิตอยู่ กี่คน” และ ข้อที่ A 27 จากคำถาม “ชื่อ..... มีบุตรเกิดรอดที่ปัจจุบัน เสียชีวิต แล้วกี่คน” (รายละเอียดแบบสอบถามในภาคผนวก ก)

ตัวแปรอิสระ คือ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ เขตที่อยู่อาศัย ศาสนา

ตัวแปรระหว่างกลาง คือ อายุแรกสมรส ระยะเวลาการให้นมบุตร และการคุมกำเนิด ซึ่งรายละเอียดของแต่ละตัวแปรมีดังนี้

ตารางที่ 3.1 ตัวแปรและระดับการวัด

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา	ระดับการวัด
ตัวแปรตาม (Dependent Variable)	
ภาวะเจริญพันธุ์	
- จำนวนบุตรเกิดรอด	Ratio scale
ตัวแปรอิสระ (Independent Variable)	
อายุ (ปี)	Ratio scale
ระดับการศึกษา	Ordinal scale
- ประถมศึกษาและต่ำกว่า	
- มัธยมศึกษา	
- ปริญญาตรี/สูงกว่า	
อาชีพ	Nominal scale
- ในภาคเกษตรกรรม	
- นอกภาคเกษตรกรรม	
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	
เขตที่อยู่อาศัย	Nominal scale
- ในเขตเทศบาล	
- นอกเขตเทศบาล	

ตารางที่ 3.1 ตัวแปรและระดับการวัด (ต่อ)

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา	ระดับการวัด
ตัวแปรอิสระ (Independent Variable)	
ศาสนา	Nominal scale
- พุทธ	
- อิสลาม	
ตัวแปรระหว่างกลาง (Intermediate Variables)	
อายุแรกสมรส(ปี)	Ratio scale
ระยะเวลาการให้นมบุตร	Ratio scale
การคุมกำเนิด	Nominal scale
- ไม่คุมกำเนิด	
- คุมกำเนิด(วิธีใดวิธีหนึ่ง)	

3.3 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลทางสังคมศาสตร์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น

ส่วนที่ 1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ข้อมูลระดับอัตราส่วนเพิ่มการเสนอข้อมูล ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ส่วนที่ 2 สถิติเชิงอนุมาน ในการทดสอบผลต่างของจำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ย ระหว่างสตรีไทยพุทธ และสตรีไทยมุสลิม โดยใช้สถิติ Independent Samples t-test การวิเคราะห์ระดับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกันเองด้วยวิธี Correlation Matrix เพื่อป้องกันปัญหาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity) ระหว่างตัวแปรอิสระที่ใช้ในการศึกษา ก่อนคัดเลือกตัวแปรอิสระเข้าแบบจำลอง ซึ่งระดับความสัมพันธ์ไม่ควรสูงเกิน 0.75 (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2550) และใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงชั้น (Hierarchical Regression Analysis) ในการอธิบายอิทธิพลของศาสนาต่อภาวะเจริญพันธุ์โดยนำตัวแปรอื่นๆ ที่สนใจเข้าร่วมพิจารณาด้วย เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีการจำแนกตัวแปรอิสระออกเป็นกลุ่มๆ เพื่อต้องการศึกษาว่าตัวแปรอิสระ

แต่ละตัว และแต่ละกลุ่มมีผลต่อการอธิบายภาวะเจริญพันธุ์แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร ในแต่ละขั้นตอน เมื่อมีตัวแปรอีกกลุ่มหนึ่งเพิ่มเข้ามาในการวิเคราะห์ โดยผู้วิจัยได้ทำการเสนอแบบจำลองสำหรับการวิเคราะห์ (model of analysis) เป็น 3 แบบจำลอง คือ 1) อายุ อาชีพ การศึกษา เขตที่อยู่อาศัย 2) ศาสนา 3) อายุแรกสมรส การคุมกำเนิด ระยะเวลาให้นมบุตร

3.4 จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ขอใช้ข้อมูลจากโครงการ การสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ การวิจัยดำเนินการภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัยในคนตามระเบียบข้อกำหนดของมหาวิทยาลัยมหิดล โดยได้รับการรับรองการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม (คจ.-วปส.) มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2555 (รหัสโครงการ COA. No. 2012/1-1-35) (รายละเอียดในภาคผนวก ก)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

4.1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

4.1.1 คุณลักษณะปัจจัยด้านประชากรและสังคม

การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านประชากรและสังคม พบว่าสตรีภาคใต้ที่เป็นตัวอย่างในการศึกษารุ่นนี้ทั้งหมด 4,070 คน เป็นผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 67.9 และนับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 32.1 สตรีไทยมุสลิมอยู่ในนอกเขตเทศบาลมากกว่าสตรีไทยพุทธ ทั้งสองกลุ่มมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกันคือสตรีไทยพุทธ 35.7 ปี ส่วนสตรีไทยมุสลิมอายุเฉลี่ย 34.3 ปี ด้านการศึกษาพบว่าสตรีไทยมุสลิมส่วนมากมีการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 52.2 ส่วนสตรีไทยพุทธมีระดับการศึกษาประถมศึกษาและมัธยมศึกษาในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันคือร้อยละ 41.2 และ 43.7 ตามลำดับ ส่วนการประกอบอาชีพทั้งสตรีไทยพุทธและไทยมุสลิมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 58 และร้อยละ 48.5 ตามลำดับ สตรีไทยพุทธที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และไม่ได้ประกอบอาชีพมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ส่วนสตรีไทยมุสลิมมีผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพประมาณ 1 ใน 3 และ สตรีไทยพุทธและไทยมุสลิมที่ศึกษารุ่นนี้ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส สมรส/อยู่กินฉันท์สามี คิดเป็นร้อยละ 90.7 และ 94.1 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามศาสนา

หน่วย : ร้อยละ

ลักษณะทั่วไป	สตรีไทยพุทธ n = 2,762	สตรีไทยมุสลิม n = 1,308
เขตที่อยู่อาศัย		
ในเขตเทศบาล	55.1	37.2
นอกเขตเทศบาล	44.9	62.8
รวม	100.0	100.0

ตารางที่ 4.1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามศาสนา (ต่อ)

หน่วย : ร้อยละ

ลักษณะทั่วไป	สตรีไทยพุทธ n = 2,762	สตรีไทยมุสลิม n = 1,308
อายุ (ปี)		
15-19	2.4	2.6
20-24	7.9	11.5
25-29	14.6	18.3
30-34	18.5	18.8
35-39	19.5	17.3
40-44	19.2	15.7
45-49	18.1	15.7
รวม	100.0	100.0
อายุเฉลี่ยรวม 35.3 ปี, S.D.= 8.3	35.7 * (8.2)	34.3 (8.4)
การศึกษา		
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	41.2	52.2
มัธยมศึกษา	43.7	39.1
ปริญญาตรีและสูงกว่า	15.1	8.7
รวม	100.0	100.0
อาชีพ		
เกษตรกรรม	21.9	20.2
นอกเกษตรกรรม	58.0	48.5
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	20.1	30.7
รวม	100.0	100.0
สถานภาพสมรส		
สมรส/อยู่กินฉันท์สามี	90.7	94.1
เคยสมรส (หม้าย/หย่า/แยก)	9.3	5.9
รวม	100.0	100.0

* ค่าในวงเล็บคือ S.D.

4.1.2 คุณลักษณะปัจจัยกำหนดภาวะเจริญพันธุ์

การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยกำหนดภาวะเจริญพันธุ์ หรือตัวแปรระหว่างกลางพบว่าอายุแรกสมรสเฉลี่ยของกลุ่มสตรีที่ศึกษาครั้งนี้ 21.8 ปี โดยพบว่าสตรีไทยมุสลิมมีอายุแรกสมรสน้อยกว่าสตรีไทยพุทธคือ 20.8 ปี และ 22.2 ปี ตามลำดับ สตรีมุสลิมร้อยละ 44 มีอายุแรกสมรสต่ำกว่า 20 ปี ในขณะที่สตรีไทยพุทธมีร้อยละ 32 ทั้งนี้พบว่าอายุแรกสมรสน้อยที่สุดในการศึกษาครั้งนี้พบในกลุ่มมุสลิมคือ 12 ปี ผู้ที่มีอายุแรกสมรสน้อยที่สุดในกลุ่มสตรีไทยพุทธมีอายุแรกสมรส 13 ปี ส่วนอายุแรกสมรสมากที่สุดในการศึกษาครั้งนี้คือ 46 ปี ด้านการคุมกำเนิดพบว่าสตรีไทยมุสลิมคุมกำเนิดน้อยกว่าสตรีไทยพุทธกล่าวคือสตรีไทยพุทธกำลังใช้วิธีคุมกำเนิดร้อยละ 78.5 ในขณะที่สตรีไทยมุสลิมกำลังใช้วิธีคุมกำเนิดร้อยละ 55.6

ตารางที่ 4.2 อายุแรกสมรส และการคุมกำเนิดจำแนกตามศาสนา

หน่วย : ร้อยละ

ปัจจัยกำหนดภาวะเจริญพันธุ์	สตรีไทยพุทธ	สตรีไทยมุสลิม
อายุแรกสมรส (ปี) * (min=12, max=46, S.D.= 4.6)	n = 2,762	n = 1,308
$\bar{X} = 21.8$	22.2** (4.7)	20.8 (4.3)
10-14	0.5	1.6
15-19	31.8	42.7
20-24	37.7	37.1
25-29	22.2	14.0
30-34	7.6	4.3
35-39	0.1	0.2
การคุมกำเนิด		
คุม	78.5	55.6
ไม่ได้คุม	21.5	44.4
รวม	100	100

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552

* ช่วงอายุ 40-45 และ 45-49 น้อยกว่าร้อยละ 0.1

** ค่าในวงเล็บคือ S.D.

วิธีที่ใช้ในการคุมกำเนิดพบว่าวิธีคุมกำเนิดที่สตรีทั้ง 2 กลุ่มนิยมใช้มากที่สุดในการศึกษาครั้งนี้คือ ยาเม็ดคุมกำเนิด และพบว่าสตรีไทยมุสลิมส่วนใหญ่นิยมใช้วิธีคุมกำเนิดแบบชั่วคราว คือ ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด และวิธีนับระยะปลอดภัยตามลำดับ มีส่วนน้อยประมาณ 1 ใน 10 ที่เลือกใช้วิธีคุมกำเนิดแบบถาวร ในขณะที่สตรีไทยพุทธนิยมใช้วิธีคุมกำเนิดทั้งแบบชั่วคราว และแบบถาวร คือ ยาเม็ดคุมกำเนิด ทำหมันหญิง และยาฉีดคุมกำเนิดตามลำดับ ส่วนวิธีการคุมกำเนิดที่พบเป็นส่วนน้อยมากในการศึกษาครั้งนี้คือ วิธีการทำหมันชาย ซึ่งพบเพียงร้อยละ 1.7 ในกลุ่มไทยพุทธ และร้อยละ 0.4 ในกลุ่มไทยมุสลิม ส่วนระยะเวลาการให้นมบุตรในกลุ่มสตรีที่มีบุตรคนสุดท้ายต่ำกว่า 1 ปี พบว่าสตรีไทยพุทธและมุสลิมให้นมบุตรโดยเฉลี่ย 6 เดือน โดยสตรีไทยพุทธและสตรีไทยมุสลิมให้นมบุตรเป็นระยะเวลาใกล้เคียงกันคือ 6.5 และ 5.9 เดือนตามลำดับ

ตารางที่ 4.3 วิธีคุมกำเนิด และระยะเวลาให้นมบุตรจำแนกตามศาสนา

หน่วย : ร้อยละ

ปัจจัยกำหนดภาวะเจริญพันธุ์	สตรีไทยพุทธ	สตรีไทยมุสลิม
วิธีคุมกำเนิด		
ยาเม็ดคุมกำเนิด	38.5	48.0
ยาฉีดคุมกำเนิด	14.0	22.8
ห่วงอนามัย	2.1	1.2
ถุงยางอนามัย	5.2	4.2
ทำหมันหญิง	30.8	9.6
ทำหมันชาย	1.7	0.4
นับระยะปลอดภัย	5.2	10.1
อื่นๆ	2.4	3.6
รวม	100.0	100.0
ระยะเวลาให้นมบุตร(เดือน)	n=210	n=202
$\bar{X} = 6.26, \min = 0, \max = 11, S.D. = 3.32$	6.5* (3.2)	5.9 (3.4)

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552

* ค่าในวงเล็บคือ S.D.

4.2 จำนวนบุตรเกิดรอด (Children ever born)

โดยภาพรวมสตรีไทยพุทธและไทยมุสลิมมีจำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ย 2.04 คน จำนวนบุตรเกิดรอดสูงสุดของสตรีที่รายงานในการศึกษานี้คือ 13 คน เมื่อเปรียบเทียบจำนวนบุตรเกิดรอดพบว่าสตรีไทยพุทธมีจำนวนบุตรเกิดรอน้อยกว่าสตรีไทยมุสลิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยมีจำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ย 1.82 และ 2.5 คน ตามลำดับ

ตารางที่ 4.4 จำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ย จำแนกตามศาสนา

ศาสนา (N)	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย	S.D.	t (df)	sig
สตรีไทยพุทธ (2762)	0	8	1.82	1.14	-12.459 (1815.62)	.000
สตรีไทยมุสลิม (1308)	0	13	2.50	1.81		

* $P < 0.05$

สำหรับความแตกต่างของระดับภาวะเจริญพันธุ์ ในส่วนของเขตที่อยู่อาศัยจากตารางที่ 4.5 จะเห็นว่าสตรีทั้งสองกลุ่มที่อยู่นอกเขตเทศบาลจะมีจำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ยมากกว่าสตรีที่อยู่ในเขตเทศบาล จำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ยทั้งกลุ่มสตรีไทยพุทธและมุสลิม จะสูงขึ้นตามกลุ่มอายุ สตรีที่มีอายุมากขึ้นจำนวนบุตรเกิดรอดจะมากขึ้น และสตรีไทยมุสลิมจะมีจำนวนบุตรเกิดรอดสูงกว่าสตรีไทยพุทธทุกกลุ่มอายุ สตรีในกลุ่มอายุสูงสุด (45-49 ปี) มีจำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ยมากที่สุด โดยสตรีไทยมุสลิมในกลุ่มอายุ 45-49 ปี มีจำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ย 3.75 คน (S.D. = 2.3) ในขณะที่สตรีไทยพุทธมี 2.3 คน (S.D. = 1.2)

นอกจากนี้ในส่วนของระดับการศึกษาพบว่าทั้งกลุ่มสตรีไทยพุทธและสตรีไทยมุสลิม สตรีที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่าจะมีจำนวนบุตรเกิดรอดสูงกว่าสตรีที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และระดับปริญญาตรี และในด้านการประกอบอาชีพพบว่า อาชีพเกษตรกรกรรมมีจำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ยมากกว่าสตรีที่ประกอบอาชีพนอกภาคเกษตร และสตรีที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ส่วนสถานภาพสมรสทั้งสมรสและเคยสมรสมีจำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ยใกล้เคียงกัน

ตารางที่ 4.5 ปัจจัยด้านประชากรและสังคม จำแนกตามจำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ย และศาสนา

ปัจจัยด้านประชากรและสังคม	จำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ย (คน)			
	สตรีไทยพุทธ (S.D.)		สตรีไทยมุสลิม (S.D.)	
เขตที่อยู่อาศัย				
ในเขตเทศบาล	1.71	(1.1)	2.32	(1.7)
นอกเขตเทศบาล	1.96	(1.2)	2.62	(1.9)
อายุ (ปี)				
15-19	0.64	(0.5)	0.68	(0.6)
20-24	1.10	(0.6)	1.13	(0.8)
25-29	1.28	(0.9)	1.62	(1.1)
30-34	1.60	(1.0)	2.29	(1.1)
35-39	2.07	(1.1)	2.82	(1.5)
40-44	2.19	(1.2)	3.52	(1.9)
45-49	2.30	(1.2)	3.75	(2.3)
การศึกษา				
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	2.28	(1.2)	3.10	(2.0)
มัธยมศึกษา	1.58	(1.0)	1.89	(1.4)
ปริญญาตรีและสูงกว่า	1.31	(0.9)	1.71	(1.2)
อาชีพ				
เกษตรกร	2.08	(1.2)	2.88	(1.8)
นอกเกษตรกร	1.76	(1.1)	2.39	(1.7)
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1.75	(1.1)	2.44	(1.9)
สถานภาพสมรส				
สมรส/อยู่กินฉันท์สามี	1.82	(1.1)	2.51	(1.8)
เคยสมรส(หม้าย/หย่า/แยก)	1.88	(1.1)	2.47	(1.9)

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552

เมื่อพิจารณาจำนวนบุตรเกิดรอดจำแนกตามตัวกำหนดภาวะเจริญพันธุ์ จะเห็นได้ว่าสตรีที่อายุแรกสมรสน้อยมีจำนวนบุตรเกิดรอดมาก สตรีที่อายุแรกสมรสมากขึ้นจำนวนบุตรเกิดรอดลดลง จากตารางที่ 4.6 ในกลุ่มสตรีที่มีอายุแรกสมรสน้อยกว่า 15 ปี มีจำนวนบุตรเกิดรอดมากที่สุด โดยสตรีไทยพุทธ และสตรีไทยมุสลิมมีจำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ย 2.23 และ 3.85 คน ตามลำดับ ส่วนสตรีไทยมุสลิมที่คุมกำเนิดมีจำนวนบุตรเกิดรอดน้อยกว่าไม่คุมกำเนิด ในขณะที่สตรีไทยพุทธที่

คุมกำเนิดมีจำนวนบุตรเกิดรอดมากกว่าสตรีที่ไม่ได้คุมกำเนิด และสตรีที่ให้นมบุตรเป็นระยะเวลา นานมีจำนวนบุตรเกิดรอดมากกว่าสตรีที่ให้นมบุตรเป็นระยะเวลาที่สั้นกว่า

ตารางที่ 4.6 อายุแรกสมรส การคุมกำเนิด และระยะเวลาให้นมบุตร จำแนกตามจำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ย และศาสนา

คุณลักษณะ	จำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ย(คน)			
	สตรีไทยพุทธ (S.D.)		สตรีไทยมุสลิม (S.D.)	
อายุแรกสมรส (ปี) *				
10-14	2.23	(1.5)	3.95	(1.9)
15-19	2.16	(1.2)	2.97	(1.9)
20-24	1.87	(1.1)	2.29	(1.5)
25-29	1.47	(1.0)	1.94	(1.6)
30-34	1.20	(0.8)	1.23	(0.9)
การคุมกำเนิด				
คุม	1.98	(1.1)	2.48	(1.5)
ไม่ได้คุม	1.22	(1.2)	2.54	(2.1)
ระยะเวลาให้การนมบุตร				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4 เดือน	1.63	(0.7)	2.37	(1.6)
5-8 เดือน	1.84	(0.9)	2.39	(1.7)
9-11 เดือนขึ้นไป	1.87	(0.9)	2.53	(1.9)

ที่มา: คำนวณจากข้อมูลการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552

* ช่วงอายุ 35-39, 40-45 และ 45-49 จำนวนบุตรน้อยกว่าร้อยละ 0.00

4.3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของศาสนากับภาวะเจริญพันธุ์

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของศาสนากับภาวะเจริญพันธุ์ในครั้งนี้เพื่อต้องการทราบว่าศาสนาสามารถอธิบายการผันแปรของภาวะเจริญพันธุ์ได้มากน้อยเพียงใดเมื่อควบคุมตัวแปรอิสระอื่น ก่อนนำตัวแปรเข้าวิเคราะห์ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) พบว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถนำมาทำการวิเคราะห์การถดถอยพหุเชิงซ้อนได้โดยที่ไม่มีตัวแปรใดมีความสัมพันธ์กันมากเกินกว่า 0.75 (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2550) สามารถนำเข้าวิเคราะห์ได้ทุกตัวแปร รายละเอียดในภาคผนวก

สำหรับผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงชั้น (Hierarchical Regression Analysis) จำนวนบุตรเกิดรอดในแบบจำลองที่ 1 ในตารางที่ 4.6 พบว่าปัจจัยด้านประชากรสังคมสามารถอธิบายการผันแปรของจำนวนบุตรเกิดรอดได้ร้อยละ 36.9 และทุกตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อจำนวนบุตรเกิดรอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าเมื่อสตรีอายุมากขึ้นจะมีจำนวนบุตรเกิดรอดมากขึ้น สตรีที่อยู่นอกเขตเทศบาลมีจำนวนบุตรเกิดรอดมากกว่าสตรีที่อยู่ในเขตเทศบาล สตรีที่ไม่ประกอบอาชีพมีจำนวนบุตรเกิดรอดมากกว่าสตรีที่มีอาชีพเกษตรกรรมและนอกเกษตรกรรม และสตรีที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา/ต่ำกว่ามีจำนวนบุตรเกิดรอดมากกว่าสตรีที่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีและมัธยมศึกษา

เมื่อนำตัวแปรศาสนาเข้าร่วมวิเคราะห์ในแบบจำลองที่ 2 พบว่าอำนาจในการอธิบายเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 39.9 (R^2 Change = .030) โดยพบว่าสตรีไทยมุสลิมมีจำนวนบุตรเกิดรอดมากกว่าสตรีไทยพุทธอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000 และตัวแปรที่ยังมีผลในการอธิบายจำนวนบุตรเกิดรอดได้แก่ อายุสตรี อาชีพ และการศึกษา ส่วนในแบบจำลองที่ 3 เมื่อนำตัวแปรอายุแรกสมรส การคุมกำเนิด และระยะเวลาการให้นมบุตรเข้าร่วมวิเคราะห์ ปรากฏว่าอำนาจการอธิบายเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 53.5 (R^2 Change = .136) และในกลุ่มตัวแปรที่เพิ่มมานี้ มีเพียงตัวแปรอายุแรกสมรสเท่านั้นที่สามารถอธิบายการผันแปรของจำนวนบุตรเกิดรอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสตรีที่มีอายุแรกสมรสน้อยจะมีจำนวนบุตรเกิดรอดมากกว่าสตรีที่อายุแรกสมรสมากกว่า หรือกล่าวได้ว่าสตรีที่แต่งงานเมื่ออายุน้อยจะมีจำนวนบุตรเกิดรอดมากกว่าสตรีที่แต่งงานเมื่ออายุมาก ส่วนตัวแปรอื่นที่ยังคงมีผลต่อการอธิบายจำนวนบุตรเกิดรอดคือ อายุสตรี และศาสนา ซึ่งแสดงให้เห็นว่าทั้งสองตัวแปรส่งผลทั้งทางตรงต่อภาวะเจริญพันธุ์ และส่งผลทางอ้อมโดยผ่านตัวแปรระหว่างกลาง

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ถดถอยมาตรฐาน ของตัวแปรอิสระแต่ละตัว พบว่าตัวแปรที่มีประสิทธิภาพในการอธิบายจำนวนบุตรเกิดรอด หรือมีความสัมพันธ์กับจำนวนบุตรเกิดรอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเรียงตามลำดับคือ อายุสตรี ($\beta = 0.743$) อายุแรกสมรส ($\beta = -0.458$) และศาสนา ($\beta = 0.134$)

ตารางที่ 4.7 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงชั้นแบบจำลองที่ 1

ตัวแปร	Unstandardized		Standardized	t	sig
	Coefficients		Coefficients		
	B	Std. Error	Beta		
ค่าคงที่	-2.249	.342		-6.573	.000
อายุ (ปี)	.130	.009	.575	13.861	.000
เขตที่อยู่อาศัย					
นอกเขตเทศบาล (อ้างอิง: ในเขตเทศบาล)	.268	.126	.089	2.130	.034
อาชีพ (อ้างอิง: ไม่ประกอบอาชีพ)					
เกษตรกร	-.473	.168	-.124	-2.815	.005
นอกเกษตรกร	-.279	.130	-.095	-2.149	.032
การศึกษา (อ้างอิง: ปริญญาตรี/สูงกว่า)					
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	1.016	.193	.332	5.273	.000
มัธยมศึกษา	.721	.177	.254	4.071	.000

R² = .369 R² Change = .369 See = 1.133 F = 38.944 Sig. F = .000

ตารางที่ 4.8 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงชั้นแบบจำลองที่ 2

Model	ตัวแปร	Unstandardized		Standardized	t	sig
		Coefficients		Coefficients		
		B	Std. Error	Beta		
2	ค่าคงที่	-2.341	.335		-6.981	.000
	อายุ (ปี)	.128	.009	.565	13.919	.000
	เขตที่อยู่อาศัย					
	นอกเขตเทศบาล (อ้างอิง: ในเขตเทศบาล)	.220	.123	.073	1.782	.076
	อาชีพ					
	เกษตรกร	-.396	.165	-.103	-2.396	.017
	นอกเกษตรกร (อ้างอิง: ไม่ประกอบอาชีพ)	-.255	.127	-.087	-2.005	.046

ตารางที่ 4.8 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงชั้นแบบจำลองที่ 2 (ต่อ)

Model	ตัวแปร	Unstandardized		Standardized	t	sig
		Coefficients		Coefficients		
		B	Std. Error	Beta		
การศึกษา						
	ประถมศึกษาและต่ำกว่า	.890	.191	.291	4.668	.000
	มัธยมศึกษา (อ้างอิง:ปริญญาตรี/สูงกว่า)	.649	.174	.228	3.728	.000
ศาสนา						
	อิสลาม (อ้างอิง: พุทธ)	.499	.113	.176	4.425	.000

R² = .399 R² Change = .030 See = 1.107 F = 19.581 Sig. F = .000

ตารางที่ 4.9 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงชั้นแบบจำลองที่ 3

Model	ตัวแปร	Unstandardized		Standardized	t	sig	
		Coefficients		Coefficients			
		B	Std. Error	Beta			
3	ค่าคงที่	.402	.395		1.017	.310	
	อายุ (ปี)	.168	.009	.743	18.609	.000	
	เขตที่อยู่อาศัย						
		นอกเขตเทศบาล (อ้างอิง: ในเขตเทศบาล)	.172	.110	.057	1.557	.120
	อาชีพ						
		เกษตรกรรม	-.259	.147	-.068	-1.762	.079
		นอกเกษตรกรรม (อ้างอิง: ไม่ประกอบอาชีพ)	-.145	.113	-.050	-1.287	.199
	การศึกษา						
		ประถมศึกษาและต่ำกว่า	.136	.183	.044	.743	.458
		มัธยมศึกษา (อ้างอิง:ปริญญาตรี/สูงกว่า)	.132	.162	.047	.814	.416

ตารางที่ 4.9 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงชั้นแบบจำลองที่ 3 (ต่อ)

Model	ตัวแปร	Unstandardized		Standardized	t	sig
		Coefficients		Coefficients		
		B	Std. Error	Beta		
ศาสนา						
	อิสลาม (อ้างอิง: พุทธ)	.380	.104	.134	3.657	.000
	ระยะเวลาการให้นมบุตร(เดือน)	-.007	.016	-.017	-.466	.642
การคุมกำเนิด						
	คุม (อ้างอิง: ไม่คุม)	-.155	.113	-.052	-1.379	.169
	อายุแรกสมรส(ปี)	-.148	.014	-.458	-10.697	.000
R ² = .535 R ² Change = .136 See = .978 F = 38.435 Sig. F = .000						

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการศึกษา

การศึกษาเรื่องความแตกต่างของภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยพุทธและมุสลิมในภาคใต้ของประเทศไทย เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความแตกต่างของภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยพุทธและไทยมุสลิมและเพื่อศึกษาอิทธิพลของศาสนาที่ส่งผลต่อความสัมพันธ์ของสตรีไทยพุทธและไทยมุสลิมในภาคใต้ของประเทศไทยต่อภาวะเจริญพันธุ์โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) จากโครงการการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ กลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาครั้งนี้คือ สตรีวัยเจริญพันธุ์ในภาคใต้ อายุ 15-49 ปี นับถือศาสนาพุทธและศาสนาอิสลาม มีสถานภาพสมรสและเคยสมรส จำนวน 4,070 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Independent Samples t-test และการวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงชั้น (Hierarchical Regression Analysis) สรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 67.9 และนับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 32.1 สตรีไทยมุสลิมอยู่ในนอกเขตเทศบาลมากกว่าสตรีไทยพุทธ มีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกันคือสตรีไทยพุทธ 35.7 ปี ส่วนสตรีไทยมุสลิมอายุเฉลี่ย 34.3 ปี ด้านการศึกษาพบว่าสตรีไทยมุสลิมส่วนมากมีการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ส่วนสตรีไทยพุทธมีระดับการศึกษาประถมศึกษาและมัธยมศึกษาในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ และมีสถานภาพสมรส สมรส/อยู่กินฉันท์สามี มีอายุแรกสมรสเฉลี่ย 21.8 ปี โดยพบว่าสตรีไทยมุสลิมมีอายุแรกสมรสน้อยกว่าสตรีไทยพุทธคือ 20.8 ปี และ 22.2 ปีตามลำดับ สตรีมุสลิมร้อยละ 44 มีอายุแรกสมรสต่ำกว่า 20 ปี ในขณะที่สตรีไทยพุทธมีร้อยละ 32 ทั้งนี้พบว่าอายุแรกสมรสน้อยที่สุดในการศึกษาครั้งนี้พบในกลุ่มมุสลิมคือ 12 ปี ส่วนผู้ที่มีอายุแรกสมรสน้อยที่สุดในกลุ่มสตรีไทยพุทธมีอายุแรกสมรส 13 ปี ส่วนอายุแรกสมรสมากที่สุดในการศึกษาครั้งนี้คือ 46 ปี ในด้านการคุมกำเนิดพบว่า สตรีไทยมุสลิมคุมกำเนิดน้อยกว่าสตรีไทยพุทธ ส่วนวิธีที่ใช้ในการคุมกำเนิดที่สตรีทั้ง 2 กลุ่มนิยมใช้มากที่สุดในการศึกษาครั้งนี้คือ ยาเม็ดคุมกำเนิด และสตรีไทยมุสลิมส่วนใหญ่นิยมใช้วิธีคุมกำเนิดแบบชั่วคราว คือ ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด และวิธีนับระยะปลอดภัย ตามลำดับ มีจำนวนส่วนน้อยประมาณ 1 ใน 10 ที่เลือกใช้วิธีคุมกำเนิดแบบถาวร ในขณะที่สตรีไทยพุทธนิยมใช้ทั้งแบบชั่วคราว และแบบถาวร คือยาเม็ดคุมกำเนิด ทำหมันหญิง และ

ยาฉีดคุมกำเนิดตามลำดับ ส่วนวิธีการคุมกำเนิดที่พบเป็นส่วนน้อยมากในการศึกษาครั้งนี้คือ วิธีการทำหมันชาย ซึ่งพบเพียงร้อยละ 1.7 ในกลุ่มไทยพุทธ และร้อยละ 0.4 ในกลุ่มไทยมุสลิม ส่วนระยะเวลาการให้นมบุตร พบว่าสตรีไทยพุทธและมุสลิมให้นมบุตรโดยเฉลี่ย 6 เดือน

ส่วนจำนวนบุตรเกิดรอดมีจำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ย 2.04 คน จำนวนบุตรเกิดรอดสูงสุด 13 คน โดยสตรีไทยพุทธมีจำนวนบุตรเกิดรอดน้อยกว่าสตรีไทยมุสลิมคือ 1.82 และ 2.5 คนตามลำดับ เมื่อพิจารณาถึงเขตที่อยู่อาศัยพบว่า สตรีทั้งสองกลุ่มที่อยู่นอกเขตเทศบาลจะมีจำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ยมากกว่าสตรีที่อยู่ในเขตเทศบาล จำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ยทั้งกลุ่มสตรีไทยพุทธและมุสลิม จะสูงขึ้นตามกลุ่มอายุ สตรีที่มีอายุมากขึ้นจำนวนบุตรเกิดรอดจะมากขึ้น และสตรีไทยมุสลิมจะมีจำนวนบุตรเกิดรอดสูงกว่าสตรีไทยพุทธทุกกลุ่มอายุ สตรีในกลุ่มอายุสูงสุด (45-49 ปี) มีจำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ยมากที่สุดโดยสตรีไทยมุสลิมในกลุ่มอายุ 45-49 ปี มีจำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ย 3.75 คนในขณะที่สตรีไทยพุทธมี 2.3 คน

นอกจากนี้สตรีที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่าจะมีจำนวนบุตรเกิดรอดสูงกว่าสตรีที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และปริญญาตรี และสตรีที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมีจำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ยมากกว่าสตรีที่ประกอบอาชีพนอกภาคเกษตร และสตรีที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ส่วนสถานภาพสมรสทั้งสมรสและเคยสมรสมีจำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ยใกล้เคียงกัน การคุมกำเนิดพบว่าสตรีไทยมุสลิมที่คุมกำเนิดมีจำนวนบุตรเกิดรอดน้อยกว่าไม่คุมกำเนิดในขณะที่สตรีไทยพุทธที่คุมกำเนิดมีจำนวนบุตรเกิดรอดมากกว่าสตรีที่ไม่ได้คุมกำเนิด

สำหรับการวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงชั้น (Hierarchical Regression Analysis) ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการเสนอแบบจำลองสำหรับการวิเคราะห์ (model of analysis) เป็น 3 แบบจำลอง คือ 1) อายุ อาชีพ การศึกษา เขตที่อยู่อาศัย 2) ศาสนา 3) อายุแรกสมรส การคุมกำเนิด ระยะเวลาให้นมบุตร เพื่อต้องการศึกษาว่าตัวแปรอิสระแต่ละตัว และแต่ละกลุ่มมีผลต่อการอธิบายภาวะเจริญพันธุ์แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไรในแต่ละขั้นตอน เมื่อมีตัวแปรอีกกลุ่มหนึ่งเพิ่มเข้ามาในการวิเคราะห์ ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อจำนวนบุตรเกิดรอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุสตรี ศาสนา และอายุแรกสมรส โดยพบว่า เมื่อสตรีอายุมากขึ้นจะมีจำนวนบุตรเกิดรอดมากขึ้น สตรีไทยมุสลิมมีจำนวนบุตรเกิดรอดมากกว่าสตรีไทยพุทธ และสตรีที่มีอายุแรกสมรสน้อยจะมีจำนวนบุตรเกิดรอดมากกว่าสตรีที่อายุแรกสมรสมากกว่า หรือกล่าวได้ว่าสตรีที่แต่งงานเมื่ออายุน้อยจะมีจำนวนบุตรมากกว่าสตรีที่แต่งงานเมื่ออายุมาก ทั้ง 3 ตัวแปรส่งผลต่อจำนวนบุตรเกิดรอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 และร่วมกันอธิบายการผันแปรของจำนวนบุตรเกิดรอดได้ร้อยละ 53.5 ($R^2 = .535$)

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ถดถอยมาตรฐาน ของตัวแปรอิสระแต่ละตัว พบว่าตัวแปรที่มีประสิทธิภาพในการอธิบายจำนวนบุตรเกิดรอดได้ดีที่สุดคือ อายุสตรี ($\beta = 0.743$) รองลงมาคือ อายุแรกสมรส ($\beta = -0.458$) และศาสนา ($\beta = 0.134$)

5.2 อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-19 ปีในภาคใต้ของประเทศไทย นับถือศาสนาพุทธและศาสนาอิสลาม มีสถานภาพสมรส สมรส/อยู่กินฉันท์สามี และเคยสมรส ผลการศึกษาเป็นตามสมมติที่ฐานที่ตั้งไว้คือ ภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยพุทธและไทยมุสลิมในภาคใต้มีความแตกต่างกัน โดยสตรีไทยพุทธมีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำกว่าสตรีไทยมุสลิม และ ศาสนา เป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับระดับภาวะเจริญพันธุ์ของสตรี

ตัวแปรสำคัญที่มีความสำคัญต่อภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีภาคใต้ที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ อายุ สามารถอธิบายได้ว่า จำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ยสูงขึ้นตามกลุ่มอายุของสตรีเนื่องจากตัวชี้วัดภาวะเจริญพันธุ์ที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นจำนวนบุตรเกิดรอด เป็นภาวะเจริญพันธุ์สะสม สตรีที่มีอายุมากขึ้นย่อมมีจำนวนบุตรมากกว่าสตรีที่อายุน้อย

อายุแรกสมรส มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับภาวะเจริญพันธุ์ และนับว่ามีบทบาทอย่างสำคัญในฐานะที่เป็นตัวกำหนดระดับภาวะเจริญพันธุ์พบว่า อายุแรกสมรสเฉลี่ยของสตรีไทยมุสลิมต่ำกว่าสตรีไทยพุทธ และจากผลการวิเคราะห์ทางสถิติพบว่า อายุแรกสมรสสามารถอธิบายการผันแปรของจำนวนบุตรเกิดรอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.000 โดยสตรีที่มีอายุแรกสมรสมากขึ้นจำนวนบุตรเกิดรอดลดลง หรือกล่าวได้ว่าสตรีที่แต่งงานเมื่ออายุยังน้อยจะมีจำนวนบุตรมากกว่าสตรีที่แต่งงานเมื่ออายุมาก เนื่องจากมีระยะเวลาของการอยู่กินกับคู่สมรสนานกว่า ทั้งนี้การที่สตรีมุสลิมจะแต่งงานเมื่ออายุน้อยอาจจะเนื่องมาจากเหตุผลทางศาสนาอิสลาม ซึ่งถือว่าการมีครอบครัวและการธำรงไว้ซึ่งครอบครัวนั้นมีความสำคัญมาก และยังสนับสนุนให้บรรดามุสลิมมีการสมรส เพราะการสมรสถือเป็นการประกอบศาสนกิจประการหนึ่ง (อัลญานีย์ สมุห์เสนีโต, 2555) และจากหลักคำสอนของศาสนาอิสลามที่มีลักษณะสอดคล้องกลมกลืนกับบัญญัติของกฎหมาย การกระทำใดที่ผิดต่อหลักคำสอนของศาสนาย่อมเป็นการละเมิดต่อกฎหมายด้วย ด้วยเหตุนี้หลักคำสอนของศาสนาอิสลามจึงมีอิทธิพลต่อจิตใจของมุสลิมทุกคน เป็นเครื่องกำหนดพฤติกรรมวิถีชีวิตและความรู้สึกนึกคิดในทุกด้านของชาวมุสลิมตั้งแต่เกิดจนวันสุดท้ายของชีวิต (สุจิตรา อ่อนค้อม, มปป; กิรติ บุญเจือ, 2538) จากเหตุผลดังกล่าวจึงอาจจะเป็นเหตุให้สตรีไทยมุสลิมมีอายุแรกสมรสน้อยและมีจำนวนบุตรมากกว่าสตรีไทยพุทธ เพราะความเชื่อว่าการแต่งงานเมื่ออายุยังน้อย

ของมุสลิมจะช่วยป้องกันการหาความสุขที่ผิดกับหลักการของศาสนาซึ่งเกิดจากความยึดมั่นผูกพันในหลักคำสอนของศาสนานั้นเอง

ส่วนการคุมกำเนิดแม้ไม่มีผลต่อจำนวนบุตรเกิดรอดในทางสถิติวิเคราะห์ หากพิจารณาข้อมูลเบื้องต้น พบว่าสตรีไทยมุสลิมมีการคุมกำเนิดน้อยกว่าสตรีไทยพุทธ เมื่อพิจารณาถึงวิธีการคุมกำเนิดพบว่า สตรีไทยมุสลิมส่วนใหญ่นิยมใช้วิธีการคุมกำเนิดแบบชั่วคราว คือ ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด และวิธีนั้บระยะปลอดกัย ซึ่งเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพต่ำและมีความเสี่ยงสูงในการตั้งครรภ์ (กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย, 2552) และมีส่วนน้อยมาประมาณ 1 ใน 10 ที่ใช้วิธีการคุมกำเนิดแบบถาวร ในขณะที่สตรีไทยพุทธนิยมใช้ทั้งสองวิธี คือ ยาเม็ดคุมกำเนิด ทำหมันหญิง และยาฉีดคุมกำเนิด ส่วนผลของการใช้การคุมกำเนิดของสตรีไทยพุทธที่พบว่าสตรีที่คุมกำเนิดมีจำนวนบุตรมากกว่าสตรีที่ไม่คุมกำเนิด เหตุผลหนึ่งน่าจะมาจากสตรีไทยพุทธแต่งงานเมื่ออายุมากขึ้น จะเห็นได้จาก สตรีไทยพุทธที่มีอายุแรกสมรส 25 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 30 ในขณะที่สตรีไทยมุสลิมร้อยละ 18 การแต่งงานเมื่ออายุมากขึ้นน่าจะเป็นเหตุผลให้สตรีใช้วิธีการคุมกำเนิดเมื่อมีจำนวนบุตรเพียงพอตามที่ต้องการแล้วจึงใช้วิธีการคุมกำเนิด กล่าวคือใช้วิธีการคุมกำเนิดเพื่อหยุดการมีบุตรไม่ได้ใช้เพื่อเว้นระยะการมีบุตร และจากวิธีการคุมกำเนิดจะเห็นได้ว่าสตรีประมาณ 1 ใน 3 ของสตรีไทยพุทธใช้วิธีการคุมกำเนิดแบบถาวรคือ การทำหมันหญิง และหากมองถึงหลักแนวคิดทางด้านศาสนาต่อการคุมกำเนิดและการมีบุตรพบว่า ศาสนาอิสลามถือว่าบุตรเป็นความประสงค์ของพระเจ้า การวางแผนครอบครัวจึงไม่ได้รับการสนับสนุน โดยเฉพาะการทำหมัน มุสลิมจึงนิยมใช้วิธีการคุมกำเนิดที่ไม่ขัดกับหลักธรรมชาติ (กองอนามัยการเจริญพันธุ์, 2554)

ผลการศึกษาภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยในภาคใต้ในครั้งนี้นี้กับผลการศึกษาในอดีตอาจไม่มีความแตกต่างมากนัก โดยเฉพาะจำนวนบุตรเกิดรอด และอายุแรกสมรส หากเปรียบเทียบผลการศึกษากับการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ภาคใต้ ในปี พ.ศ. 2546 ซึ่งทำการสำรวจข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ประชากรทั้งชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ใน 14 จังหวัดภาคใต้ ทำการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์ระหว่างประชากรสองกลุ่มคือกลุ่มไทยพุทธ และกลุ่มไทยมุสลิม จากตารางที่ 5.1 จะเห็นได้ว่า อายุแรกสมรสเพิ่มขึ้นเล็กน้อย จำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ยของสตรีไทยมุสลิมลดลงจาก 2.74 คน เหลือ 2.5 คน ในปัจจุบัน แต่เมื่อพิจารณาอายุแรกสมรสในกลุ่มที่มีอายุแรกสมรสน้อยกว่า 15 ปี กลับพบว่าจำนวนบุตรเกิดรอดเพิ่มมากขึ้นกว่าในปี 2546 จึงเป็นที่น่าสนใจว่าแม้ระยะเวลาผ่านไปแต่ภาวะเจริญพันธุ์ในภาคใต้ยังคงสูง โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีมุสลิม ถึงแม้ว่าจะมีปัจจัยอื่นๆ อีกมากมายเข้ามาเกี่ยวข้องช่วยในการศึกษาภาวะเจริญพันธุ์ แต่ความยึดมั่นในหลักคำสอนของศาสนาน่าจะยังคงมีอิทธิพลต่อภาวะเจริญพันธุ์ของมุสลิมในภาคใต้อยู่ไม่น้อยเช่นกัน

ตารางที่ 5.1 เปรียบเทียบจำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ย จำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ยในกลุ่มสตรีที่มีอายุแรกสมรสต่ำกว่า 15 ปี และอายุแรกสมรสเฉลี่ย ระหว่างผลการศึกษากับรายงานการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ภาคใต้ พ.ศ. 2546

	ผลการศึกษา		*รายงานการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ภาคใต้ พ.ศ. 2546	
	พุทธ	มุสลิม	พุทธ	มุสลิม
จำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ย	1.82	2.5	1.9	2.74
จำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ยในกลุ่มสตรีที่มีอายุแรกสมรสต่ำกว่า 15 ปี	2.23	3.95	2.99	3.84
อายุแรกสมรสเฉลี่ย	22.2	20.8	21.6	19.9

* ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2547). รายงานการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ภาคใต้ พ.ศ. 2546. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร.

5.3 ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 ทำให้มีข้อจำกัดด้านข้อมูลในบางตัวแปร และข้อมูลไม่สามารถลงรายละเอียดถึงระดับจังหวัดได้ โดยเฉพาะ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ค่อนข้างมีความชัดเจนในเรื่องของภาษาพูดและการนับถือศาสนาที่น่าจะมีความชัดเจน อย่างไรก็ตามข้อมูลจากโครงการนี้มีประโยชน์ในการช่วยสะท้อนภาพต่างๆ เกี่ยวกับความแตกต่างของภาวะเจริญพันธุ์ระหว่างสองศาสนาได้ ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลมาใช้ในการศึกษานี้

นอกจากนี้ตัวแปรระยะเวลาการให้นมบุตร จากข้อมูลจากการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ครั้งนี้เก็บข้อมูลเฉพาะสตรีสมรสและเคยสมรสที่มีบุตรคนสุดท้ายที่อายุน้อยกว่า 1 ปี และปัจจุบัน (ณ วันเก็บข้อมูล) บุตรคนสุดท้ายยังคงดื่มนมแม่ ผลที่ได้จากการวิเคราะห์จึงหมายถึงระยะเวลาในการให้นมบุตรในบุตรคนสุดท้ายเท่านั้น ไม่สามารถอธิบายรวมไปถึงระยะเวลาการให้นมบุตรในครรภ์ก่อนๆ ที่ผ่านมาได้

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.4.1 เชิงวิชาการ

การวิเคราะห์ความแตกต่างภาวะเจริญพันธุ์ระหว่างสตรีไทยพุทธและสตรีไทยมุสลิมตัวแปรสามารถอธิบายจำนวนบุตรเกิดรอดได้ร้อยละ 53.5 นับว่าสามารถอธิบายได้ในระดับที่สูงพอสมควร อย่างไรก็ตามยังอาจมีตัวแปรหรือปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อจำนวนภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยพุทธและมุสลิมในภาคใต้ ซึ่งไม่ได้อยู่ในกรอบและแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ ประกอบกับการศึกษาค้างนี้ใช้ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 ทำให้มีข้อจำกัดด้านข้อมูลในบางตัวแปร และข้อมูลไม่สามารถลงรายละเอียดถึงระดับจังหวัดได้ โดยเฉพาะ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ค่อนข้างมีความชัดเจนในเรื่องของภาษาพูดและการนับถือศาสนาที่น่าจะมีความชัดเจน

การศึกษาค้างต่อไปจึงจำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านความยึดมั่นผูกพันในศาสนา และวัฒนธรรมทางภาษา จะทำให้สามารถอธิบายความแตกต่างได้มากยิ่งขึ้น

5.4.2 เชิงนโยบายและปฏิบัติการ

1) เนื่องจากการแต่งงานและการมีบุตรยังคงมีความสำคัญสำหรับสตรีไทยในภาคใต้ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้สตรีในภาคใต้มีสุขภาพด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสม โดยเฉพาะการให้ความรู้ ที่ถูกต้องในเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งการศึกษาค้างนี้พบว่าทั้งสตรีไทยพุทธ และสตรีไทยมุสลิมมีอายุอายุแรกสมรสค่อนข้างต่ำคือ 13 ปี และ 12 ปี ตามลำดับ

2) เจ้าหน้าที่ต้องเข้าใจบริบทในพื้นที่ภาคใต้ที่มีลักษณะเป็นพหุวัฒนธรรม ความเข้าใจในเรื่องศาสนาอิสลาม วัฒนธรรมท้องถิ่น ตลอดจนหลักคำสอนของศาสนาที่ไม่ได้แบ่งแยกเรื่องของศาสนาออกจากวิถีชีวิตและการปกครอง จะทำให้เห็นนโยบายลงไปสู่ประชาชนได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ความแตกต่างของภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยพุทธและมุสลิมในภาคใต้ของประเทศไทย
 FERTILITY DIFFERENTIAL BETWEEN BUDDHIST AND MUSLIM WOMEN IN
 SOUTHERN THAILAND

พืงพิศ ชัยภักดี 5337595 PRPR/M

ศศ.ม. (วิจัยประชากรและสังคม)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: พิมลพรรณ อิศรภักดี, Ph.D., ธัญลักษณ์ รุจิภักดี, Ph.D.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ที่มาและความสำคัญ

ภาวะเจริญพันธุ์ของประเทศไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วต่อเนื่องตลอดมา ซึ่งเห็นได้ชัดเจนในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 จนถึงปัจจุบัน ทำให้รัฐบาลประกาศนโยบายประชากร เน้นการใช้การวางแผนครอบครัวโดยสมัครใจในปี พ.ศ. 2513 เพื่อชะลอการเพิ่มประชากรให้อยู่ในระดับที่สมดุลและไม่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศ ผลจากนโยบายดังกล่าวทำให้ประเทศไทยประสบความสำเร็จอย่างยิ่งในการวางแผนครอบครัวส่งผลให้ในช่วงระยะเพียง 3 ทศวรรษสามารถลดอัตราเพิ่มประชากรที่เคยสูงถึงร้อยละ 3.3 เหลือร้อยละ 1.0 ในปี พ.ศ. 2543 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2553) และอัตราการเพิ่มประชากรลดลงอย่างต่อเนื่องเหลือร้อยละ 0.72 ในระหว่างปี 2543-2553 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555) ทำให้แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 และฉบับที่ 9 ไม่มีการกำหนด เป้าหมายการลดอัตราเพิ่มประชากรเพราะเห็นว่าอัตราการเพิ่มประชากรของประเทศไทยลดต่ำลงมากแล้ว และปัจจุบันในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) ได้กำหนดตัวชี้วัดทางประชากรด้านภาวะเจริญพันธุ์โดยกำหนดอัตราเจริญพันธุ์รวมของประชากรไทยไม่ต่ำกว่า 1.6

นอกจากนี้การประสบความสำเร็จของนโยบายวางแผนครอบครัวทำให้อัตราการคุมกำเนิดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเพิ่มจากร้อยละ 14.4 ในปี 2513 ที่เริ่มประกาศนโยบายเป็นร้อยละ 79.6 ในปี พ.ศ.2552 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2553) ทำให้คนมีลูกน้อยลง และครอบครัวไทยมีขนาดเล็กลง ทำให้ประเทศไทยถูกยกให้เป็น กรณีตัวอย่างของความสำเร็จด้านการคุมกำเนิด

ในภูมิภาคซึ่งเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญของครอบครัวไทย (ชาย โพธิ์สิตา, 2554) ซึ่งในปัจจุบันประเทศไทย เป็น 1 ใน 4 ของประเทศในสมาคมอาเซียนที่มีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำกว่าระดับทดแทน (สุชาดา ทวีสิทธิ์, 2556) คือต่ำกว่าอัตราเจริญพันธุ์รวมที่ระดับ 2.1 ในการคาดประมาณของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม ปี 2557 พบว่า อัตราเจริญพันธุ์รวมของประชากรไทยอยู่ที่ระดับ 1.6 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2557) ซึ่งการลดลงเช่นนี้ทำให้มีผลกระทบต่อขนาดและโครงสร้างประชากร อันเนื่องมาจากเด็กเกิดน้อย ผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ประชากรวัยแรงงานลดลง ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศหลายๆ ด้าน

อย่างไรก็ตามภาวะเจริญพันธุ์ก็ยังคงมีความแตกต่างกันในระหว่างภาค โดยพบว่าภาคใต้มีภาวะเจริญพันธุ์สูงสุด สตรีในภาคใต้มีบุตรโดยเฉลี่ยประมาณ 1.94 คน และมีการคุมกำเนิดต่ำที่สุด คือร้อยละ 72.1 ในขณะที่ ประชากรทั้งประเทศมีการคุมกำเนิดร้อยละ 79.6 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553) ซึ่งลักษณะเด่นอย่างหนึ่งของภาคใต้คือการมีสัดส่วนประชากรที่นับถือศาสนาอิสลามสูงกว่าภาคอื่นๆ จากสำมะโนประชากรและเคหะครั้งล่าสุดในปีพ.ศ. 2553 พบว่า ประชากรประมาณร้อยละ 93.6 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 4.9 นับถือศาสนาอิสลาม ที่เหลือนับถือศาสนาอื่นๆ และร้อยละ 28.6 หรือประมาณ 1 ใน 3 ของประชากรภาคใต้นับถือศาสนาอิสลามมุสลิมจึงเป็นชนกลุ่มน้อยกลุ่มใหญ่ที่สุดของประเทศไทย ที่มีจำนวนประชากรมากกว่าประชากรของประเทศมุสลิมบางประเทศ (เช่น บรูไน ซึ่งมีประชากรไม่ถึงห้าแสนคน) และเป็นกลุ่มที่มีความหลากหลายในตัวเองทั้งในแง่ของกลุ่มชาติพันธุ์ ความเป็นมา และสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม (อารี จำปากลาง, 2555) ประกอบกับวิถีชีวิต ประเพณีวัฒนธรรมของมุสลิมในพื้นที่ชายแดนภาคใต้มีความสัมพันธ์ เชื่อมโยงแนบแน่นกับหลักศาสนา ทำให้เห็นว่าศาสนาไม่ได้เป็นเพียงลัทธิความเชื่อเท่านั้น แต่ศาสนาอิสลามเป็นระบบการดำเนินชีวิตที่สมบูรณ์แบบที่สุดสำหรับผู้ที่ศรัทธา (ศรีสุดา ไชยวิจารณ์, 2553) ประกอบกับชาวไทยมุสลิมกับชาวไทยพุทธยังคงมีความแตกต่างของลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมพื้นฐานซึ่งเป็นผลมาจากความแตกต่างทางด้านศาสนาอย่างชัดเจน ทำให้ประชากรทั้งสองกลุ่มน่าสนใจในการศึกษาครั้งนี้

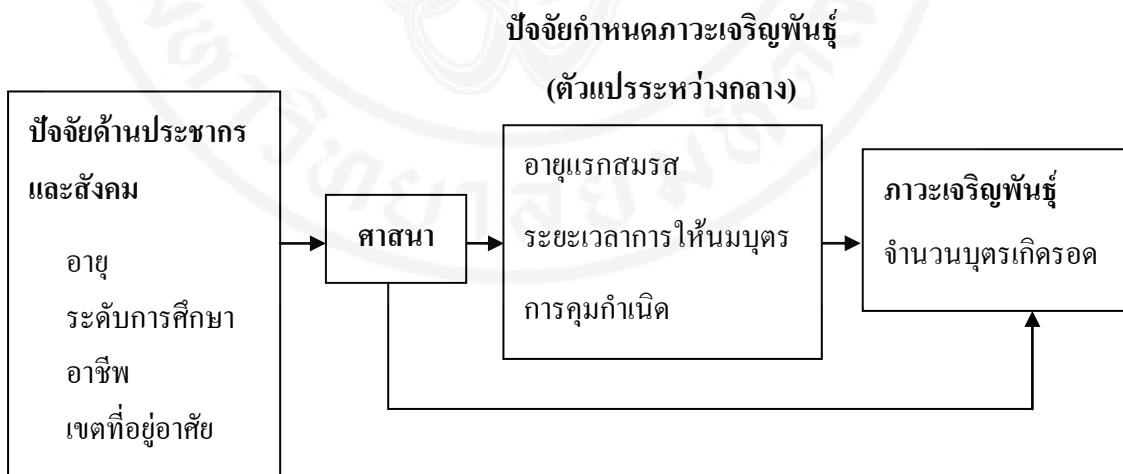
วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาความแตกต่างของภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยพุทธและไทยมุสลิมในภาคใต้ของประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาอิทธิพลของศาสนาที่ส่งผลต่อภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยพุทธและไทยมุสลิมในภาคใต้ของประเทศไทย

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จะพบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทางประชากรและสังคมกับปัจจัยกำหนดภาวะเจริญพันธุ์หรือตัวแปรแทรกกลาง ที่มีผลต่อภาวะเจริญพันธุ์ ซึ่งวัดจากจำนวนบุตรเกิดรอด ในการศึกษาครั้งนี้จึงสนใจศึกษาความแตกต่างของภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยพุทธและไทยมุสลิมในภาคใต้ของประเทศไทยโดยอาศัยแนวคิดเกี่ยวกับตัวแปรระหว่างกลาง (Intermediate Variables) ที่มีผลโดยตรงต่อภาวะเจริญพันธุ์ ได้แก่ การคุมกำเนิด ระยะเวลาการให้นมบุตร และอายุแรกสมรส ตามกรอบการวิเคราะห์ภาวะเจริญพันธุ์ของคิงสลีย์ เดวิส (Kingsley Davis) และ จูดิธ เบลค (Judith Blake) โดยมีปัจจัยทางประชากรและสังคมได้แก่ อายุสตรี การศึกษา อาชีพ เขตที่อยู่อาศัย โดยปัจจัยทางประชากรและสังคมเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อทางอ้อมต่อภาวะเจริญพันธุ์ โดยผ่านตัวแปรแทรกกลาง ส่วนศาสนาส่งผลต่อภาวะเจริญพันธุ์ทั้งทางตรง และทางอ้อมโดยผ่านตัวแปรแทรกกลางซึ่งสามารถสรุปความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษาดังแผนภาพ

กรอบแนวคิดการศึกษา



วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) จากโครงการ การสำรวจอนามัย การเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 ซึ่งดำเนินการ โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ทำการเลือกศึกษาเฉพาะสตรีใน ภาครใต้ นับถือศาสนาพุทธและศาสนาอิสลาม และมีสถานภาพสมรสและเคยสมรส

หน่วยในการวิเคราะห์ คือ สตรีวัยเจริญพันธุ์ในภาคใต้อายุ 15-49 ปี นับถือศาสนาพุทธ และศาสนาอิสลาม มีสถานภาพสมรสและเคยสมรส จำนวน 4,070 คน

ตัวแปรตาม คือ ภาวะเจริญพันธุ์ในที่นี้วัดด้วยจำนวนบุตรเกิดรอด (Children ever born) ซึ่งคำนวณได้จากผลรวมของ 2 ข้อคำถามในแบบสอบถามส่วนที่ 3 เรื่องการสมรสและภาวะเจริญพันธุ์ข้อที่ A26 จากคำถาม “ชื่อ..... มีบุตรเกิดรอดที่ปัจจุบันยัง มีชีวิตอยู่ กี่คน” และ ข้อที่ A 27 จากคำถาม “ชื่อ..... มีบุตรเกิดรอดที่ปัจจุบัน เสียชีวิต แล้วกี่คน” (รายละเอียดแบบสอบถามใน ภาคผนวก ก)

ตัวแปรอิสระ คือ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ เขตที่อยู่อาศัย ศาสนา

ตัวแปรระหว่างกลาง คือ อายุแรกสมรส ระยะเวลาการให้นมบุตร และการคุมกำเนิด

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อการ วิเคราะห์ข้อมูลทางสังคมศาสตร์ โดยใช้ 1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจง ความถี่ ค่าร้อยละ ข้อมูลระดับอัตราส่วนเพิ่มการเสนอข้อมูล ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง 2) สถิติเชิงอนุมาน ในการทดสอบผลต่าง ของจำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ย ระหว่าง สตรีไทยพุทธ และสตรีไทยมุสลิม โดยใช้ Independent Samples t-test ส่วนการวิเคราะห์ระดับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกันเองด้วยวิธี Correlation Matrix และการวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงชั้น (Hierarchical Regression Analysis) เพื่อ อธิบายอิทธิพลของศาสนาต่อภาวะเจริญพันธุ์ โดยเสนอแบบจำลองสำหรับการวิเคราะห์ (model of analysis) เป็น 3 แบบจำลอง คือ 1) อายุ อาชีพ การศึกษา เขตที่อยู่อาศัย 2) ศาสนา 3) อายุแรกสมรส การคุมกำเนิด ระยะเวลาให้นมบุตร

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ขอใช้ข้อมูลจากโครงการ การสำรวจอนามัยการ เจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ การวิจัยดำเนินการภายใต้หลักจริยธรรมการวิจัย ในคนตามระเบียบข้อกำหนดของมหาวิทยาลัยมหิดล โดยได้รับการรับรองการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม (คจ.-วปส.) มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2555 (รหัสโครงการ COA. No. 2012/1-1-35)

ผลการวิจัย

ข้อมูลปัจจัยด้านประชากรและสังคม พบว่าสตรีในภาคใต้ที่เป็นตัวอย่างในการศึกษานับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 67.9 และนับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 32.1 สตรีไทยมุสลิมอยู่ในนอกเขตเทศบาลมากกว่าสตรีไทยพุทธ มีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกันคือสตรีไทยพุทธ 35.7 ปี ส่วนสตรีไทยมุสลิมอายุเฉลี่ย 34.3 ปี สตรีไทยมุสลิมส่วนมากมีการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ส่วนสตรีไทยพุทธมีระดับการศึกษาประถมศึกษาและมัธยมศึกษาในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ส่วนการประกอบอาชีพทั้งสตรีไทยพุทธและไทยมุสลิมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม และมีผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพประมาณ 1 ใน 3 และมีสถานภาพสมรส สมรส/อยู่กินฉันท์สามี คิดเป็นร้อยละ 90.7 และ 94.1

การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยกำหนดภาวะเจริญพันธุ์ หรือตัวแปรระหว่างกลางพบว่าอายุแรกสมรสเฉลี่ยของกลุ่มสตรีที่ศึกษารั้งนี้ 21.8 ปี โดยสตรีไทยมุสลิมมีอายุแรกสมรสน้อยกว่าสตรีไทยพุทธคือ 20.8 ปี และ 22.2 ปี สตรีมุสลิมร้อยละ 44 มีอายุแรกสมรสต่ำกว่า 20 ปี ในขณะที่สตรีไทยพุทธมีร้อยละ 32 ทั้งนี้พบว่าอายุแรกสมรสน้อยที่สุดในการศึกษารั้งนี้พบในกลุ่มมุสลิมคือ 12 ปี ผู้ที่มีอายุแรกสมรสน้อยที่สุดในกลุ่มสตรีไทยพุทธมีอายุแรกสมรส 13 ปี อายุแรกสมรสมากที่สุดในการศึกษารั้งนี้คือ 46 ปี ด้านการคุมกำเนิดพบว่าสตรีไทยมุสลิมคุมกำเนิดน้อยกว่าสตรีไทยพุทธกล่าวคือสตรีไทยพุทธกำลังใช้วิธีคุมกำเนิดร้อยละ 78.5 ในขณะที่สตรีไทยมุสลิมกำลังใช้วิธีคุมกำเนิดร้อยละ 55.6

วิธีการคุมกำเนิดที่สตรีทั้ง 2 กลุ่ม นิยมใช้มากที่สุดคือ ยาเม็ดคุมกำเนิด และพบว่าสตรีไทยมุสลิมส่วนใหญ่นิยมใช้วิธีคุมกำเนิดแบบชั่วคราว คือ ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด และวิธีนับระยะปลอดภัยตามลำดับ มีส่วนน้อยประมาณ 1 ใน 10 ที่เลือกใช้วิธีคุมกำเนิดแบบถาวร ในขณะที่สตรีไทยพุทธนิยมใช้วิธีคุมกำเนิดทั้งแบบชั่วคราว และแบบถาวร คือ ยาเม็ดคุมกำเนิด ทำหมันหญิง และยาฉีดคุมกำเนิดตามลำดับ ส่วนวิธีการคุมกำเนิดที่พบเป็นส่วนน้อยมากคือ วิธีการทำหมันชาย ซึ่งพบเพียงร้อยละ 1.7 ในกลุ่มไทยพุทธ และร้อยละ 0.4 ในกลุ่มไทยมุสลิม ส่วนระยะเวลาการให้นมบุตรในกลุ่มสตรีที่มีบุตรคนสุดท้ายอายุต่ำกว่า 1 ปี พบว่าสตรีไทยพุทธและมุสลิมให้นมบุตรโดยเฉลี่ย 6 เดือน และมีจำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ย 2.04 คน จำนวนบุตรเกิดรอดสูงสุดของสตรีที่รายงานในการศึกษานี้คือ 13 คน เมื่อเปรียบเทียบจำนวนบุตรเกิดรอดพบว่าสตรีไทยพุทธมีจำนวนบุตรเกิดรอดน้อยกว่าสตรีไทยมุสลิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ 1.82 และ 2.5 คน ตามลำดับ

สำหรับความแตกต่างของระดับภาวะเจริญพันธุ์ ในส่วนของเขตที่อยู่อาศัยพบว่าสตรีทั้งสองกลุ่มที่อยู่นอกเขตเทศบาลจะมีจำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ยมากกว่าสตรีที่อยู่ในเขตเทศบาล และสตรีที่มีอายุมากขึ้นจำนวนบุตรเกิดรอดจะมากขึ้น จำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ยทั้งกลุ่มสตรีไทยพุทธ

และมุสลิม จะสูงขึ้นตามกลุ่มอายุ และสตรีไทยมุสลิมจะมีจำนวนบุตรเกิดรอดสูงกว่าสตรีไทยพุทธ ทุกกลุ่มอายุ สตรีในกลุ่มอายุสูงสุด (45-49 ปี) มีจำนวนบุตรเฉลี่ยมากที่สุด โดยสตรีไทยมุสลิมในกลุ่มอายุ 45-49 ปี มีจำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ย 3.75 คน ในขณะที่สตรีไทยพุทธมี 2.3 คน นอกจากนี้ สตรีทั้งสองกลุ่มที่มีการศึกษาาระดับประถมศึกษาและต่ำกว่าจะมีจำนวนบุตรเกิดรอดสูงกว่าสตรีที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และระดับปริญญาตรี และสตรีที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมีจำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ยมากกว่าสตรีที่ประกอบอาชีพนอกภาคเกษตร และสตรีที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ส่วนสถานภาพสมรสทั้งสมรสและเคยสมรสมีจำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ยใกล้เคียงกัน เมื่อพิจารณาจำนวนบุตรเกิดรอดจำแนกตามตัวกำหนดภาวะเจริญพันธุ์ พบว่าสตรีที่มีอายุแรกสมรสมากขึ้น จำนวนบุตรเกิดรอดลดลง จากการศึกษาพบว่ากลุ่มสตรีที่มีอายุแรกสมรสน้อยกว่า 15 ปี มีจำนวนบุตรเกิดรอดมากที่สุด โดยสตรีไทยพุทธ และสตรีไทยมุสลิมมีจำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ย 2.23 และ 3.85 คน ตามลำดับ นอกจากนี้สตรีไทยมุสลิมที่คุมกำเนิดมีจำนวนบุตรเกิดร่อน้อยกว่าไม่คุมกำเนิด ในขณะที่สตรีไทยพุทธที่คุมกำเนิดมีจำนวนบุตรเกิดรอดมากกว่าสตรีที่ไม่ได้คุมกำเนิด และสตรีที่ให้นมบุตรเป็นระยะเวลาสั้นมีจำนวนบุตรมากกว่าสตรีที่ให้นมบุตรเป็นระยะเวลาที่สั้นกว่า

สำหรับผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงชั้น (Hierarchical Regression Analysis) ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการเสนอแบบจำลองสำหรับการวิเคราะห์ (model of analysis) เป็น 3 แบบจำลอง คือ 1) อายุ อาชีพ การศึกษา เขตที่อยู่อาศัย 2) ศาสนา 3) อายุแรกสมรส การคุมกำเนิด ระยะเวลาให้นมบุตร ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อจำนวนบุตรเกิดรอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุสตรี ศาสนา และอายุแรกสมรส โดยพบว่า เมื่อสตรีอายุมากขึ้นจะมีจำนวนบุตรเกิดรอดมากขึ้น สตรีไทยมุสลิมมีจำนวนบุตรเกิดรอดมากกว่าสตรีไทยพุทธ และสตรีที่มีอายุแรกสมรสน้อยจะมีจำนวนบุตรเกิดรอดมากกว่าสตรีที่อายุแรกสมรสมากกว่า หรือกล่าวได้ว่าสตรีที่แต่งงานเมื่ออายุน้อยจะมีจำนวนบุตรมากกว่าสตรีที่แต่งงานเมื่ออายุมาก ทั้ง 3 ตัวแปร ส่งผลต่อจำนวนบุตรเกิดรอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .000 และร่วมกันอธิบายการผันแปรของจำนวนบุตรเกิดรอดได้ร้อยละ 53.5 ($R^2 = .535$)

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ถดถอยมาตรฐาน ของตัวแปรอิสระแต่ละตัว พบว่าตัวแปรที่มีประสิทธิภาพในการอธิบายจำนวนบุตรเกิดรอดได้ดีที่สุดคือ อายุสตรี ($\beta = 0.743$) รองลงมาคือ อายุแรกสมรส ($\beta = -0.458$) และศาสนา ($\beta = 0.134$)

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-19 ปีในภาคใต้ของประเทศไทย นับถือศาสนาพุทธและศาสนาอิสลาม มีสถานภาพสมรส สมรส/อยู่กินฉันท์สามี และเคยสมรส ผลการศึกษาเป็นตามสมมติที่ฐานที่ตั้งไว้คือ ภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยพุทธและไทยมุสลิมในภาคใต้มีความแตกต่างกัน โดยสตรีไทยพุทธมีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำกว่าสตรีไทยมุสลิม และ ศาสนาเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับระดับภาวะเจริญพันธุ์ของสตรี

ตัวแปรสำคัญที่มีความสำคัญต่อภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีภาคใต้ที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ อายุ สามารถอธิบายได้ว่า จำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ยสูงขึ้นตามกลุ่มอายุของสตรีเนื่องจากตัวชี้วัดภาวะเจริญพันธุ์ที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นจำนวนบุตรเกิดรอด เป็นภาวะเจริญพันธุ์สะสม สตรีที่มีอายุมากขึ้นย่อมมีจำนวนบุตรมากกว่าสตรีที่อายุน้อย

อายุแรกสมรส มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับภาวะเจริญพันธุ์ และนับว่ามีบทบาทอย่างสำคัญในฐานะที่เป็นตัวกำหนดระดับภาวะเจริญพันธุ์พบว่า อายุแรกสมรสเฉลี่ยของสตรีไทยมุสลิมต่ำกว่าสตรีไทยพุทธ และจากผลการวิเคราะห์ทางด้านสถิติพบว่า อายุแรกสมรสสามารถอธิบายการผันแปรของจำนวนบุตรเกิดรอดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสตรีที่มีอายุแรกสมรสมากขึ้นจำนวนบุตรเกิดรอดลดลง หรือกล่าวได้ว่าสตรีที่แต่งงานเมื่ออายุน้อยจะมีจำนวนบุตรมากกว่าสตรีที่แต่งงานเมื่ออายุมาก เนื่องจากมีระยะเวลาของการอยู่กินกับคู่สมรสนานกว่า ทั้งนี้การที่สตรีมุสลิมจะแต่งงานเมื่ออายุน้อยอาจจะเนื่องมาจากศาสนาอิสลาม ถือว่าการมีครอบครัวและการชำระไว้ซึ่งครอบครัวนั้นมีความสำคัญมาก และยังสนับสนุนให้บรรดามุสลิมมีการสมรส เพราะการสมรสถือเป็นการประกอบศาสนกิจประการหนึ่ง (อัลญาน์ สมุห์เสนีโต, 2555) และจากหลักคำสอนของศาสนาอิสลามที่มีลักษณะสอดคล้องกลมกลืนกับบัญญัติของกฎหมาย การกระทำใดที่ผิดต่อหลักคำสอนของศาสนาย่อมเป็นการละเมิดต่อกฎหมายด้วย ด้วยเหตุนี้หลักคำสอนของศาสนาอิสลามจึงมีอิทธิพลต่อจิตใจของมุสลิมทุกคน เป็นเครื่องกำหนดพฤติกรรม วิถีชีวิตและความรู้สึกนึกคิดในทุกด้านของชาวมุสลิมตั้งแต่เกิดจนวันสุดท้ายของชีวิต (สุจิตรา อ่อนค้อม, มปป; กิรติ บุญเจือ, 2538) จากเหตุผลดังกล่าวจึงอาจจะเป็นเหตุให้สตรีไทยมุสลิมมีอายุแรกสมรสน้อยและมีจำนวนบุตรมากกว่าสตรีไทยพุทธ เพราะความเชื่อว่าการแต่งงานเมื่ออายุน้อยของมุสลิมจะช่วยป้องกันการหาความสุขที่ผิดกับหลักการของศาสนาซึ่งเกิดจากความยึดมั่นผูกพันในหลักคำสอนของศาสนานั้นเอง

ส่วนการคุมกำเนิดแม้ไม่มีผลต่อจำนวนบุตรเกิดรอดในทางสถิติวิเคราะห์ หากพิจารณาข้อมูลเบื้องต้น พบว่าสตรีไทยมุสลิมมีการคุมกำเนิดน้อยกว่าสตรีไทยพุทธ เมื่อพิจารณาถึงวิธีการคุมกำเนิดพบว่า สตรีไทยมุสลิมส่วนใหญ่นิยมใช้วิธีคุมกำเนิดแบบชั่วคราว คือ ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด และวิธีนี้บระยะปลอดภัย ซึ่งเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพต่ำและมีความเสี่ยงสูงในการ

ตั้งครุฑ (กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย, 2552) และมีส่วนน้อยมากประมาณ 1 ใน 10 ที่ใช้วิธีคุมกำเนิดแบบถาวร ในขณะที่สตรีไทยพุทธนิยมใช้ทั้งสองวิธี คือยาเม็ดคุมกำเนิด ทำหมันหญิง และยาฉีดคุมกำเนิด ส่วนผลของการใช้การคุมกำเนิดของสตรีไทยพุทธที่พบว่าสตรีที่คุมกำเนิดมีจำนวนบุตรมากกว่าสตรีที่ไม่คุมกำเนิด เหตุผลหนึ่งน่าจะมาจากสตรีไทยพุทธแต่งงานเมื่ออายุมากขึ้น จะเห็นได้จาก สตรีไทยพุทธที่มีอายุแรกสมรส 25 ปีขึ้นไป มีร้อยละ 30 ในขณะที่สตรีไทยมุสลิมร้อยละ 18 การแต่งงานเมื่ออายุมากขึ้นน่าจะเป็นเหตุผลให้สตรีใช้วิธีคุมกำเนิดเมื่อมีจำนวนบุตรเพียงพอตามที่ต้องการแล้วจึงใช้วิธีการคุมกำเนิด กล่าวคือใช้วิธีการคุมกำเนิดเพื่อหยุดการมีบุตรไม่ได้ใช้เพื่อเว้นระยะการมีบุตร และจากวิธีการคุมกำเนิดจะเห็นได้ว่าสตรีประมาณ 1 ใน 3 ของสตรีไทยพุทธใช้วิธีการคุมกำเนิดแบบถาวรคือ การทำหมันหญิง และหากมองถึงหลักแนวคิดทางด้านศาสนาต่อการคุมกำเนิดและการมีบุตรพบว่า ศาสนาอิสลามถือว่าบุตรเป็นความประสงค์ของพระเจ้า การวางแผนครอบครัวจึงไม่ได้รับการสนับสนุน โดยเฉพาะการทำหมัน มุสลิมจึงนิยมใช้วิธีการคุมกำเนิดที่ไม่ขัดกับหลักธรรมชาติ (กองอนามัยการเจริญพันธุ์, 2554)

ผลการศึกษาภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยในภาคใต้ในครั้งนี้กับผลการศึกษาในอดีตอาจไม่มีความแตกต่างมากนัก โดยเฉพาะจำนวนบุตรเกิดรอด และอายุแรกสมรส หากเปรียบเทียบผลการศึกษากับการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ภาคใต้ ในปี พ.ศ. 2546 ซึ่งทำการสำรวจข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ประชากรทั้งชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ใน 14 จังหวัดภาคใต้ ทำการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมอนามัยการเจริญพันธุ์ระหว่างประชากรสองกลุ่มคือกลุ่มไทยพุทธ และกลุ่มไทยมุสลิม จากตาราง 5.1 จะเห็นได้ว่า อายุแรกสมรสเพิ่มขึ้นเล็กน้อย จำนวนบุตรเกิดรอดเฉลี่ยของสตรีไทยมุสลิมลดลงจาก 2.74 คน เหลือ 2.5 คน ในปัจจุบัน แต่เมื่อพิจารณาอายุแรกสมรสในกลุ่มที่มีอายุแรกสมรสน้อยกว่า 15 ปี กลับพบว่าจำนวนบุตรเกิดรอดเพิ่มมากขึ้นกว่าในปี 2546 จึงเป็นที่น่าสนใจว่าแม้ระยะเวลาผ่านไปแต่ภาวะเจริญพันธุ์ในภาคใต้ยังคงสูง โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีมุสลิมถึงแม้ว่าจะมีปัจจัยอื่นๆ อีกมากมายเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยในการศึกษาภาวะเจริญพันธุ์ แต่ความยึดมั่นในหลักคำสอนของศาสนาน่าจะยังคงมีอิทธิพลต่อภาวะเจริญพันธุ์ของมุสลิมในภาคใต้อยู่ ไม่น้อยเช่นกัน

ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 ทำให้มีข้อจำกัดด้านข้อมูลในบางตัวแปร และข้อมูลไม่สามารถลงรายละเอียดถึงระดับจังหวัดได้ โดยเฉพาะ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ค่อนข้างมีความชัดเจนในเรื่องของภาษาพูดและการนับถือศาสนาที่น่าจะ

มีความชัดเจน อย่างไรก็ตามข้อมูลจากโครงการนี้มีประโยชน์ในการช่วยสะท้อนภาพต่างๆ เกี่ยวกับความแตกต่างของภาวะเจริญพันธุ์ระหว่างสองศาสนาได้ ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลมาใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

นอกจากนี้มีข้อจำกัดที่สำคัญคือ ตัวแปรระยะเวลาการให้นมบุตร จากข้อมูลจากการสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ ครั้งนี้เก็บข้อมูลเฉพาะสตรีสมรสและเคยสมรสที่มีบุตรคนสุดท้ายที่อายุต่ำกว่า 1 ปี และปัจจุบัน(ณ วันที่เก็บข้อมูล) บุตรคนสุดท้ายที่ยังคงดื่มนมแม่ ผลที่ได้จากการวิเคราะห์จึงหมายถึงระยะเวลาในการให้นมบุตรในบุตรคนสุดท้ายเท่านั้น ไม่สามารถอธิบายรวมไปถึงระยะเวลาการให้นมบุตรในครรภ์ก่อนๆ ที่ผ่านมาได้

ข้อเสนอแนะ

เชิงวิชาการ

การวิเคราะห์ความแตกต่างภาวะเจริญพันธุ์ระหว่างสตรีไทยพุทธและสตรีไทยมุสลิม ตัวแปรสามารถอธิบายจำนวนบุตรเกิดรอดได้ร้อยละ 53.5 นับว่าสามารถอธิบายได้ในระดับที่สูงพอสมควร อย่างไรก็ตามยังอาจมีตัวแปรหรือปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อจำนวนภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยพุทธและมุสลิมในภาคใต้ ซึ่งไม่ได้อยู่ในกรอบและแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า ประกอบกับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 ทำให้มีข้อจำกัดด้านข้อมูลในบางตัวแปร และข้อมูลไม่สามารถลงรายละเอียดถึงระดับจังหวัดได้ โดยเฉพาะ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ค่อนข้างมีความชัดเจนในเรื่องของภาษาพูดและการนับถือศาสนาที่น่าจะมีความชัดเจน

การศึกษาค้นคว้าต่อไปจึงจำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านความยึดมั่นผูกพันในศาสนา และวัฒนธรรมทางภาษา จะทำให้สามารถอธิบายความแตกต่างได้มากยิ่งขึ้น

เชิงนโยบายและปฏิบัติการ

1) เนื่องจากการแต่งงานและการมีบุตรยังคงมีความสำคัญสำหรับสตรีไทยในภาคใต้ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้สตรีในภาคใต้มีสุขภาพะด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสม โดยเฉพาะการให้ความรู้ ที่ถูกต้องในเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งการศึกษาค้นคว้าของทั้งสตรีไทยพุทธ และสตรีไทยมุสลิมมีอายุอายุแรกสมรสค่อนข้างต่ำคือ 13 ปี และ 12 ปี ตามลำดับ

2) เจ้าหน้าที่ต้องเข้าใจบริบทในพื้นที่ภาคใต้ที่มีลักษณะเป็นพหุวัฒนธรรม ความเข้าใจในเรื่องศาสนาอิสลาม วัฒนธรรมท้องถิ่น ตลอดจนหลักคำสอนของศาสนาที่ไม่ได้แบ่งแยกเรื่องของศาสนาออกจากวิถีชีวิตและการปกครอง จะทำให้นโยบายลงไปสู่ประชาชนได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น



FERTILITY DIFFERENTIAL BETWEEN BUDDHIST AND MUSLIM WOMEN IN SOUTHERN THAILAND

PUENGPIT CHAIPAKDEE 5337595 PRPR/M

M.A. (POPULATION AND SOCIAL RESEARCH)

THESIS ADVISORY COMMITTEE : PIMONPAN ISARABHAKDI, Ph.D.,
THANYALAK RUJIPAK, Ph.D.**EXTENDED SUMMARY****Background of the study**

Thailand's Fertility rate has been in rapid change, which can be obviously seen since World War II until now. The government has implemented the population policy, emphasizing in voluntary family planning since 1970. It was implemented in order to decelerate the growing rate of population to meet the balance, and not to obstruct country development. As a result, Thailand has accomplished the family planning appropriately. Within 3 decades, the population growth rate decreased from 3.3% to 1.0% (Department of Health, Ministry of Public Health, 2010). Population growth rate was further reduced to 0.72% during 2000-2010 (National Statistical Office, 2012). 8th and 9th National Economic and Social Development Plan therefore were not registered with the target to decelerate population growth rate as the rate was already small. At present, the 11th National Economic and Social Development Plan was however set with population fertility indicator with target to be maintained at 1.6%.

Besides, owing to achievement of family planning policy, contraception rate has dramatically increase from 14.4% in 1970 to 79.6% in 2009 (Department of Health, Ministry of Public Health), resulting less number of children per family, and therefore smaller size of family. In Southeast Asia, Thailand was set as an example of

achievement in contraception, leading to dramatic change in pattern of Thai family (Chai Podhisita, 2011). Thailand is now 1 of the 4 ASEAN countries with fertility rate lower than replacement level (Suchada Thaweesit, 2013). That is lower than total fertility rate at 2.1%. According to estimation by Institute for Population and Social Research as of 2014, it is found that total fertility rate of Thai population is at 1.6% (Institute for Population and Social Research, 2014). The decrease affects population structure and size, caused by lower birth rate, higher elderly, and decreased working-age negatively impacting many aspects in country development.

However, there is still regional differential in fertility with the fact that Southern part of Thailand holds the highest rate of fertility where average children per woman is 1.94 children. Further, it is found that the contraception rate in this region is the lowest in the country at the rate of 72.1% whereas the country average rate is at 79.6% (National Statistical Office, 2010). One of the most distinguished shed features of Southern part of Thailand is religion. The percentage of Muslim in this area is the largest amongst other regions in Thailand.

According to the Population and Housing Census, in 2010, 93.6% of Thai populations are Buddhist while 4.9% are Muslim. 28.6 % (approximately 1/3) of people in southern part of Thailand are Muslim. Muslim can therefore be regarded as largest minority in Thailand. The number is larger than certain Muslim country, for example Brunei Darussalam. They are also considered the minority with diversity in ethnic, origin and socioeconomic status (Aree Jampaklay, 2012). As Muslim way of life, tradition and culture are strongly related to the religion, it can be seen that religion is not only belief, but it is also perfect way of life for those who have faith (Srisuda Chaivijarn, 2012). Thai Muslim and Thai Buddhist are also difference in basic social and traditional aspect owing to the religious difference. Thereby, two difference population groups can be interesting case study.

Research Objectives

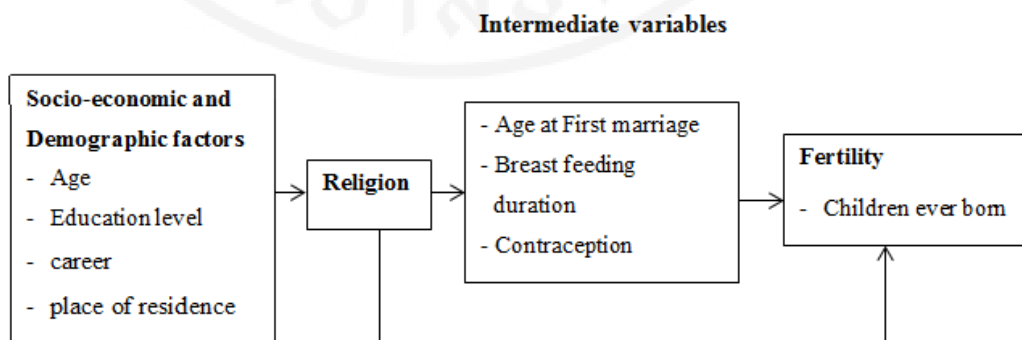
1. To study fertility differential between Buddhist and Thai Muslim women in the southern part of Thailand.
2. To examine effect of religion on fertility of women in the South of Thailand.

Conceptual framework

The relationship between socio-economic and demographic factors and fertility which is measured by number of children ever born is examined using the framework of intermediate variables for fertility analysis (Davis and Blake, 1956).

This study focuses on effect of religion on fertility differential between Buddhist and Muslim women in the southern part of Thailand. Therefore, the religion and other independent variables will affect fertility through intermediate variables, namely, contraception, breast feeding duration, and age of first marriage.

Conceptual Framework



Research Methodology

This study employs Secondary Data from the Reproductive Health Survey in the year 2009 conducted by Thailand National Statistical Office. Women selected as samples are Buddhists and Muslims whose marriage status include married, and ever married. Totally, 4,070 Muslim and Buddhist women at reproductive age from 15-49 years old are studied.

Dependent Variable is fertility measured by number of children ever born calculated by summary of 2 questions in 3rd part of the questionnaire regarding marriage and fertility, question number A26 “ Name.....number of living children ever born” and question number A27 “ Name..... number of dead children ever born” (Please find detail in appendix A).

Independent variables are age, educational level, career, place of residence and religion.

Intermediate variables are first age of marriage, breast feeding duration, and use of contraception.

Analytical method: Quantitative data analysis using statistical package for social science data analysis. The methods include 1) Descriptive statistics which are frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation range to explain the samples. And, 2) Inferential statistics, using independent samples t-test, are employed to test the differential in average number of children ever born between Buddhist and Muslim women. Correlation Matrix and Hierarchical Regression Analysis were applied in order to analyze the relationship among independent variables so that the religious influence upon fertility could be explained. Three models of analysis were introduced, namely, 1) age, career, education level, and residential area, 2) religion, 3) first age of marriage, breast feeding duration, and contraception

Ethical Considerations

The research uses secondary data from the Reproductive Health Survey year 2009 conducted by Thailand National Statistical Office. The research undergoes ethical guidelines for research involving human subjects of Mahidol University, and

certified by Ethics Committee of Institute for Population and Social Research (EC.-IPSR.), Mahidol University on 20th December 2012 (Project number COA. No. 2012/1-1-35).

Results

The samples are 67.9% Thai Buddhist women and 32.1% Thai Muslim women. The number of Muslim women residing outside the municipal area is more than the number of Buddhist women. The average ages of two groups are 35.7 year old for Buddhist women and 34.3 for Muslim women. Majority of Muslim women have finished primary school or lower. However, the proportion of Buddhist women who finished primary school and secondary school are in similar number. Both groups mainly work in non-agriculture where approximately one-third is unemployed. Marital status for Buddhist women and Muslim women are 90.7% and 94.1% married or living together as husband and wife, respectively.

The analysis of fertility intermediate variables, found that mean age at first marriage is 21.8 years old where Muslim women get married earlier than Buddhist women (20.8 years old and 22.2 years old, respectively). Forty four percent of Muslim women are first married before 20 years of age while only 32% of Buddhist Women did so. The earliest ages of first marriage is 12 years old for Muslim women and 13 years old for Buddhist women. On the other hand, the oldest ages of first marriage is 46 years old. Contraception rate is higher among Buddhist women (78.5%) than the Muslim women (55.6%)

Contraceptive method mostly used by both groups is contraceptive pills. Muslim women often employ temporary contraceptives including contraceptive pills, contraceptive injection and safe period respectively. Only one-tenth uses permanent contraception. On the contrary, Buddhist women use both temporary and permanent contraception, which are contraceptive pills, female sterilization, and contraceptive injection respectively. The least found contraception is male contraception where 1.7% were found in Buddhist men, and 0.4% in Muslim men. Duration of breast feeding of women whose youngest children's age are less than 1 year of age is approximately 6 months. Average number of children ever born is 2.04 children. The highest number of

children ever born is reported at 13 children. The average number of children ever born of Buddhist women is 1.82 children. It is significantly less than Muslim women who have an average of 2.5 children ever born.

For fertility differential, the number of children ever born per women in both groups residing out of the municipality is higher than those who live in municipality. This number also grows with age: the older, the more children ever born in both groups. Such number is higher in Muslim women than Buddhist women in every range of age. Women in the range of age of 45-49 years old have largest number of children ever born. The average number of children ever born among Muslim women is 3.75 children while it is 2.3 children for Buddhist women. Women with primary school or lower yield larger average number of children ever born than those with secondary school or college degree. Women working in agricultural sector have higher number of average children ever born than women who work outside this sector, and also higher than unemployed women. Married and ever-married women have very small different in the average number of children ever born. As fertility is taken into account, the older age of marriage tends to have less number than younger age. Women whose first age of marriage is less than 15 years old have the largest number of children ever born. Buddhist women have average number of children of 2.23 and 3.85 children are for Muslim women. Muslim women who use contraception have smaller number of children than those who do not use contraception. On the contrary, Buddhist women who use contraception have higher number of children than those who do not use. Additionally, women who had longer breast feeding period have higher number of children ever born.

For Hierarchical Regression Analysis, the researcher proposed 3 models of analysis which are 1) Age, Educational Level, and Residential Area 2) Religion, and 3) Age of first marriage, contraception, and duration of breast feeding. The results of this analysis show that the statistically significant factors affecting number of children ever born are women's age, religion and first age of marriage. The older women are the more the number of children ever born. Muslim women have higher number of children ever born than Buddhist women. Moreover, this same trend is also applied to the younger age of first marriage, i.e. the younger women get their first marriage, the more tendency of having more children ever born. These 3 variables have statistically

significant influence on number of children ever born at .000 level of significance, and these factors explain the variation in number of children ever born for 54 percent ($R^2 = .535$).

When standard regression coefficients of each variable are compared, women's age ($\beta = 0.743$) is the most powerful variable in explaining the number of children ever born, and age of first marriage ($\beta = -0.458$), and religion ($\beta = 0.134$) respectively.

Discussion and conclusions

This study employs the sample of women at reproductive age from 15-49 years old in the Southern part of Thailand. The samples are Buddhist and Muslim women whose marital statuses are currently married, living together as husband and wife, and ever-married. Results of the analysis are as expected, i.e. there is fertility differential between Thai Buddhist women and Thai Muslim women where level of Buddhist women's fertility is lower than Muslim women and religion is mainly related to fertility.

Other important factors influencing fertility of women in southern part of Thailand is age. It can be explained that the average number of children ever born increases as the age goes up.

First age of marriage is closely related to fertility, and its role in determining fertility is necessary. The research found that average first age of marriage of Muslim women is lower than Buddhist women's. Moreover, according to statistical analysis, first age of marriage is statistically significant in explaining the variation in number of children ever born. The women who have older age of first marriage tend to have less number of children ever born. Recapitulating the idea, it is found that women who get married at younger age tend to have more children than women who get married at the older age owing to longer period of reproductive years spent with their husbands. Muslim women get married at earlier age than Buddhist women because Muslim consider that having and maintaining the family is crucial, and therefore marriage is encouraged since it is considered one of the religious activities (Anlaya Smuseneto, 2012). As a result of the fact that Muslim's doctrine is

similar to legislative law: any acts against the doctrine is also considered law violation, it significantly plays psychological role towards Muslims. It is therefore the tools to determine Muslim behavior, way of life, and their perception through their lives (Sujittra Onkom, n.d.; Keerati Boonjua, 1995). The age of first marriage of Muslim women is accordingly younger than Buddhist women, and thus more number of children due to the belief that getting married at earlier age will help prevent happiness seeking in the way that may be violating Muslim's doctrine. This is on the account of their cherishment to the doctrine.

In spite of the fact that contraception is not statistically significant, when it is taken into account, it can be seen that Muslim women use less contraception than Buddhist women. Mostly, Muslim women use temporary contraception including contraceptive pills, contraceptive injection, and safe period, which are not very effective, and thereby quite risky for pregnancy (Bureau of Reproductive Health, Department of Health, 2009). Only one-tenth use permanent contraception. On the other hand, Buddhist women use both methods, which are oral contraception, female sterilization, and contraceptive injection. It is also found that women who use contraception have more children than women who do not use it. One of the reasons is perhaps that Buddhist women get married at older age. This can be demonstrated from the fact that Buddhist women whose age of first marriage is 25 years and older accounts for 30%, while it is 18% for Muslim women. Getting married at older age can probably be reason why Buddhist women use contraception in order to limit fertility, not for spacing. However, when it comes to religious belief and practices, Muslim believe that children come at God's will, so contraception is not supported, especially surgical sterilization. Muslim, as a result, resort to other methods that is not against their belief (Bureau of Reproductive Health, 2011)

The result of this study may not be quite different from the previous studies, especially number of children ever born and first age of marriage. If we compare this study with the research result by bureau of reproductive health as of 2003 where the research was conducted using the interview of men and women population at the age of fifteen years old and above in 14 southern provinces of Thailand which studied relative reproductive behavior between Thai Buddhists and Thai Muslims, It can be seen that there is a slight increase in first age of marriage. The average number

of children ever born of Thai Muslim women decreases from 2.74 to 2.5 children presently. However, when we consider a group of women at the age of less than 15 years old, there is an increase in number of children ever born from 2003. Despite the time, fertility in the southern part of Thailand is still high regardless of other involving factors. The religious cherishment still play considerably important role in fertility of Muslim women in the southern part of Thailand.

Limitation of the study

This study employs secondary data from the Reproductive Health Survey year 2009 resulting in limitation in certain value of variable. It doesn't provide essential detail at the provincial level, especially the three southern border provinces, which was quite clear in the linguistic language and religious belief. However, the data from this project helps reflect the fertility differential between two religions.

Besides, the most important limitation is the variable of breast feeding duration. From this survey about reproductive health, the data was collected on married and ever-married women whose last children are under the age of one year old where these children were still being breast fed. The result only implies breast feeding duration of last children, which is not able to explain breast feeding duration of other children.

Recommendations

For further research

The variables in the analysis of the fertility differential between Buddhist women and Muslim women can 53.5% correlatively explain the number of children ever born. Hence, it can be described in a considerably high level. However, there may be other variables or factors that influence the fertility of Buddhist women and Muslim women in Southern part of Thailand, which is not studied in this study. The study used secondary data from the Reproductive Health Survey 2009, putting limitation on certain variables. It does not doesn't provide essential detail on the provincial level,

especially the three southern border provinces, which was quite clear in the linguistic language and religious belief Further studies should consider including other factors as well especially in terms of religion, language and culture in order to be able to explain the women fertility differential even more.

Policy and program implications

1) As marriage and having children remains priority for women in Southern part of Thailand. Therefore the government should promote women's reproductive health in the Southern part of Thailand especially providing reproductive health knowledge among adolescents. This study demonstrates that first age of marriage in both Buddhist and Muslin women are quite low i.e. 13 years old and 12 years old respectively.

2) The officers should understand the context in the Southern part of Thailand which are multicultural. Understanding Islam, local culture and doctrine of the religion is a proper manner in order to implement public policy more effectively.

บรรณานุกรม

- กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. (2552). *คู่มือการให้บริการวางแผนครอบครัว สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กองอนามัยการเจริญพันธุ์. (2554). *นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนางานอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 1* (พ.ศ. 2553-2557). นนทบุรี: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กระทรวงสาธารณสุข.
- กิริติ บุญเจือ. (2538). *ศาสนาเบื้องต้น*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช จำกัด.
- จอห์น โนเดล, อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์, นิพนธ์ เทพวัลย์. (2530). *การปฏิวัติขนาดครอบครัวในประเทศไทย: การลดลงอย่างรวดเร็วของภาวะเจริญพันธุ์ในประเทศโลกที่สาม*. นภาพกรณ์ หะวานนท์ แปล. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จรูญ.
- ชาย โปธิสิตา. (2554). *การเปลี่ยนแปลงครอบครัวและครัวเรือนไทย: เรา (ไม่) รู้อะไร*. ใน สุริย์พร พันพืง และมาลี สันภูวรรณ (บรรณาธิการ), *ประชากรและสังคม 2554: จุดเปลี่ยนประชากร จุดเปลี่ยนสังคมไทย*. นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.
- ถ้วนนุรอุยนิ ไต้ะภูบาสา. (2551). *ทัศนคติต่อการคุมกำเนิดของสตรีมุสลิมในอำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาอิสลามศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. เรียกดูเมื่อ 28 กันยายน 2555 จาก ฐานข้อมูลวิจัยจังหวัดชายแดนภาคใต้ http://soreda.oas.psu.ac.th/show_detail.php?research_id=282
- นภาพร ชโยวรรณ และคณะ. (2546). *รายงานเบื้องต้นภาวะเศรษฐกิจกับการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและครอบครัวในประเทศไทย* (เอกสารวิทยาลัยหมายเลข 288). กรุงเทพฯ: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปาริชาติ โกสุมา. (2526). *ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเจริญพันธุ์ในครอบครัวที่มีโครงสร้างแตกต่างกัน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต (ประชากรศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2543). *ประชากรศาสตร์: สารัตถศึกษาเรื่องประชากรมนุษย์*. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง. หน้า 167-169.

- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2555). *การใช้ประโยชน์จากข้อมูลการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร*. ใน สัมมนาสำนักงานสถิติแห่งชาติเชิงรุก “การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรในรอบ 10 ปี” สืบค้นเมื่อ 29 กรกฎาคม 2555 จาก http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/survey/spc_pramote.pdf
- ปราโมทย์ ประสาทกุล และปีทมา ว่าพัฒน์วงศ์. (2549). *ภาวะการตายและความยืนยาวของชีวิตประชากรไทย*. ใน กฤตยา อาชวนิจกุล และวรชัย ทองไทย (บรรณาธิการ). *ประชากรและสังคม 2549: ภาวะการตาย...ภาพสะท้อนความมั่นคงทางประชากร* (หน้า 22-23). นครปฐม : สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล,ปีทมา ว่าพัฒน์วงศ์ และวรชัย ทองไทย. (2554). *การเปลี่ยนแปลงของภาวะเจริญพันธุ์และผลกระทบ*. ใน แกวิน โจนส์ และ วาสนา อิมเมม (บรรณาธิการ). *ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรในประเทศไทย*.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล และศุทธิดาชวนวัน. (2552). *ผลของภาวะสมรสที่มีต่อการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ในประเทศไทย*. บทความเสนอในการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ จัดโดยสมาคมนักประชากรไทย, โรงแรมโซลทวิน ทาวเวอร์, กรุงเทพมหานคร, วันที่ 19-20 พฤศจิกายน 2552.
- ปรัชญา ไชยบุญทัน. (2554). *สถานภาพทางเศรษฐกิจกับภาวะเจริญพันธุ์ในเขตชนบทของประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตร์มหาบัณฑิต (ประชากรศาสตร์) สาขาวิจัยประชากรและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภัตสร ลิมานนท์. (2556). *การแต่งงานและครอบครัวภายใต้บริบทของอาเซียน ประชากรและสังคม 2556 ประชากรและสังคมในอาเซียน: ความท้าทายและโอกาส* นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภัตสร ลิมานนท์, สุชาดา ทวีสิทธิ์, ชีระภัทรา เอกฉายสวัสดิ์, มาลี สบายยิ่ง, นริศรา พึ่งโพธิ์สถ, นพพร ช่วงชิง และรุ่งรัตน์ โกวรรณนะกุล. (2553). *การศึกษาภาวะสมรสและทัศนคติต่อการสมรสของสตรีไทยในสังคมยุคใหม่*. กรุงเทพมหานคร วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.)
- มูฮำหมัดซาคี เจ๊ะหะ. (2554). *บทบัญญัติเกี่ยวกับสตรีในอิสลาม*. มหาวิทยาลัยอิสลามยะลา.
- มูฮำหมัดซาคี เจ๊ะหะ. (2554). *หนังสือสตรีมุสลิม*. สำนักพิมพ์อิสลามิกอะเคเดมี.
- เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม,สมใจ เสรีจรงกิจเจริญ. *ภาวะเจริญพันธุ์: การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างไทย พุทธและไทยมุสลิม 2523* เอกสารทางวิชาการหมายเลข 60 มีนาคม 2525 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

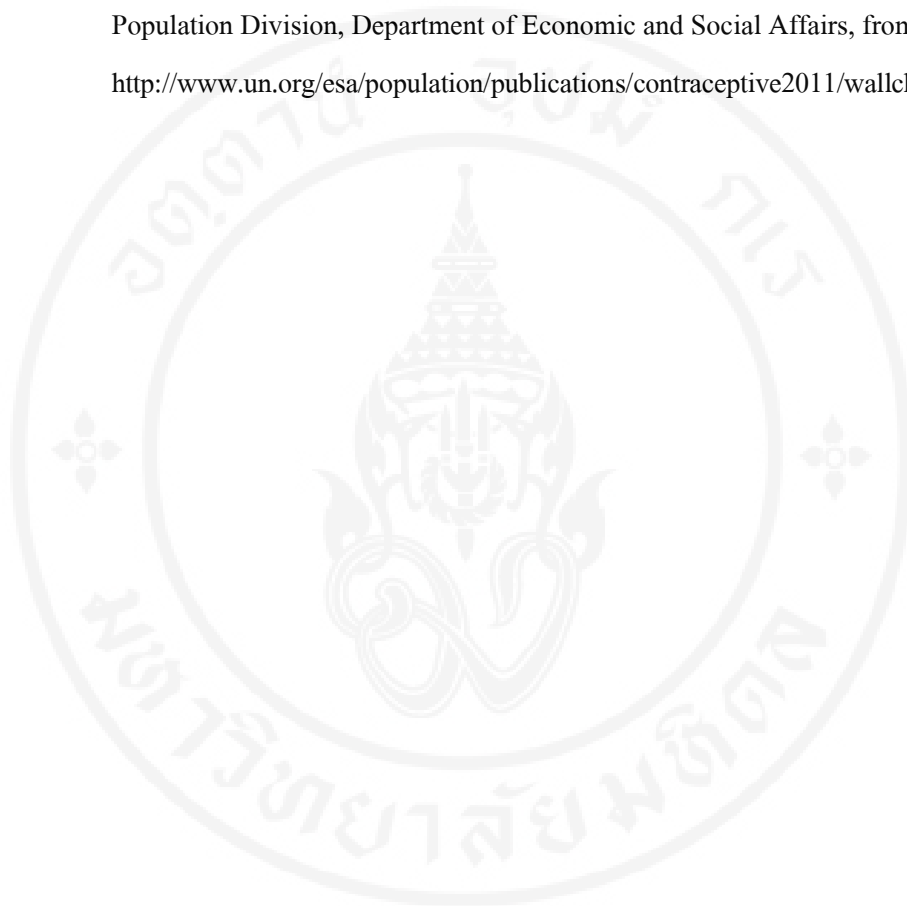
- รสรินทร์ เกรย์ และพรทิพย์ศรีวัชรินทร์. (2541). *ศาสนาและภาวะเจริญพันธุ์ในภาคใต้ของประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี.
- ศรีสุดา ไชยวิจารณ์. (2553). *วิถีชีวิตมุสลิมกับการศึกษาของชุมชน: กรณีศึกษา ศูนย์การศึกษาอิสลามประจำมัสยิด (ตาดีกา) นครมุคดึน ตำบลทรายขาว อำเภอโคกโพธิ์จังหวัดปัตตานี*. เรียกใช้เมื่อ 17 สิงหาคม 2555 จากฐานข้อมูลวิจัยจังหวัดชายแดนภาคใต้ http://soreda.oas.psu.ac.th/show_detail.php?research_id=573
- ลิวา ผาดไชสงค์-ชัยพานิช และคณะ. (2550). รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการ ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงประชากรต่อการพัฒนาชนบท: กรณีศึกษาของจังหวัดเชียงใหม่.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2554). *สารประชากรมหาวิทยาลัยมหิดล*. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2557). *สารประชากรมหาวิทยาลัยมหิดล*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุจิตรา อ่อนค้อม. (มปป.). *ศาสนาเปรียบเทียบ*. สำนักพิมพ์ ดวงแก้ว กรุงเทพมหานคร.
- สุชาดา ทวีสิทธิ์. (2556). สถานะและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของ ประชากร (ผู้หญิง) ในอาเซียน. ใน สุชาดา ทวีสิทธิ์, มาลี สันถาวรธรณ์ และศุทธิดา ชวนวัน (บรรณาธิการ). *ประชากรและสังคม 2556: ประชากรและสังคมในอาเซียน: ความท้าทายและโอกาส*. (พิมพ์ครั้งที่ 1) นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 14). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดสามลดา.
- สุทธิพงศ์ พรหมไพจิตร.(2524). *ผลกระทบต่อภาวะเจริญพันธุ์ที่เกิดจากความเชื่อทางศาสนาและระเบียบประเพณีของชาวไทยมุสลิมในภาคใต้*. วิทยานิพนธ์คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปัตตานี.
- สมศักดิ์ สุทัศนาวรุฒิ, ภารดี ชาญสมร, युพา พูนขำ, ปิยะรัตน์ เอี่ยมคง, สุวชัย อินทรประเสริฐ, กิตติพงศ์ แซ่-เจ็ง. (บรรณาธิการ). (ม.ป.ป.). *การให้บริการ อนามัยเจริญพันธุ์ คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข* (พิมพ์ครั้งที่ 2). สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- สุนิตย์ สร้างศรีวงศ์. (2551). การคุมกำเนิดหลังคลอดและหลังแท้ง. ใน สุวชัย อินทรประเสริฐ และคณะ (บรรณาธิการ), *คู่มือการให้บริการวางแผนครอบครัว สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข*. กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี .แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559).เรียกใช้ข้อมูลเมื่อ 11 กันยายน 2555 <http://www.nesdb.go.th/Portals/0/news/plan/p11/plan11.pdf>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2546). รายงานการสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ภาคใต้. เรียกใช้ข้อมูลเมื่อ 10 กรกฎาคม 2555 จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/service/survey/pro_sth46.pdf
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2547). รายงานการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ภาคใต้ พ.ศ. 2546. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2553). การสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอนัล พับลิเคชั่น.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. นานาสาระ ข้อมูลประชากร: 3 ทศวรรษกับการมีส่วนร่วมของสตรีในตลาดแรงงาน เรียกใช้เมื่อ 19 สิงหาคม 2555 จากสำนักงานสถิติเว็บไซต์: <http://popcensus.nso.go.th/topic.php?cid=8>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานผลสำมะโนประชากรและเคหะ 2543. เรียกใช้เมื่อ 19 สิงหาคม 2555 จาก สำนักงานสถิติแห่งชาติเว็บไซต์: http://popcensus.nso.go.th/quick_stat.php?yr=2543&rg=1
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานผลเบื้องต้นสำมะโนประชากรและเคหะ 2553. เรียกใช้เมื่อ 19 สิงหาคม 2555 จาก สำนักงานสถิติแห่งชาติเว็บไซต์: <http://popcensus.nso.go.th/file/popcensus-08-08-55-T.pdf>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี. (2541). ศาสนาและภาวะเจริญพันธุ์ในภาคใต้ของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ.
- เสาวนีย์ จิตต์หมวด. (2535). วัฒนธรรมอิสลาม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ทางนำ.
- อารี จำปากลาง. (2555). มุสลิมในประเทศไทย: ชายขอบหรือเพียงแค่แตกต่าง? ใน กุลภา วจนสาระ และกฤตยา อาชวนิจกุล (บรรณาธิการ). ประชากรและสังคม 2555 ประชากรชายขอบและความเป็นธรรมในสังคมไทย (หน้า 87-102). นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.
- อารี จำปากลาง และศรีรินทร์ เกรย์. (2550). การเปลี่ยนแปลงทางประชากร ครอบครัว และสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของชาวไทยมุสลิมในสามจังหวัดภาคใต้. เรียกใช้ข้อมูลเมื่อ 20 กันยายน 2555 จาก สกว.เว็บไซต์ <http://research.trf.or.th/node/3290>.

- อารี อุเด็น. (2534). *การวิเคราะห์ภาวะสมรสและภาวะเจริญพันธุ์ของสตรีไทยมุสลิมภาคใต้ พ.ศ. 2518-2530*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิจัยประชากรและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัลญาน์ สมุห์เสนีโต. (2555). สุขภาวะทางจิตของสตรีมุสลิมหลังสิ้นสุดชีวิตคู่. *วารสารประชากร*, ปีที่ 4, หน้า 52-71.
- อัลญาน์ สมุห์เสนีโต, กุศล สุนทรธาดา และกมลชนก ขำสุวรรณ. (2555). อนามัยเจริญพันธุ์ของชาวไทยมุสลิมปัตตานี: ความแตกต่างที่อาจกลายเป็นชายขอบ? ใน *กุลา วาจนสาระ และ กฤตยา อาชวนิจกุล (บรรณาธิการ). ประชากรและสังคม 2555: ประชากรชายขอบและความเป็นธรรมในสังคมไทย* (หน้า 185-199). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัลญาน์ สมุห์เสนีโต และเพ็ญพักตร์ ทองแท้. (2555). *สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของประชากรไทยและไทยมุสลิม* (รายงานการวิจัย). ปัตตานี: คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี ingsbประมาณ.
- Adhikari, R. (2010). Demographic, socio-economic, and cultural factors affecting fertility differentials in Nepal. *BMC Pregnancy & Childbirth*.
- Balasubramanian, K. (1984). Hindu-Muslim differentials in fertility and population growth in India: role of proximate variables. *Artha Vijnana*, 26, 189-216.
- Jain, A.K., & Ross, J.A. (2012). Fertility differences among developing countries: are they still related to family planning program efforts and social settings. *Int Perspect Sex Reproductive Health*, 38(1), 15-22.
- Muhammad, H. L. (2010). Islam and Fertility Regulations. *World Academy of Science, Engineering and Technology*, 66, 640-642.
- Pew Research: Religion & Public Life Project. (2011). *The Future of the Global Muslim Population*. January 27, 2011, from: <http://www.pewforum.org/2011/01/27/the-future-of-the-global-muslim-population/>.
- Population Reference Bureau. (2013). 2013 World Population Data Sheet. Washington D.C.: PRB, from http://www.prb.org/pdf13/2013-population-data-sheet_eng.pdf
- Rao, M. (1996). The chimera of a Muslim population growth rate. *Health Millions*, 22(1), 4-6.
- Samila, M. (2011). Impact of women education on fertility. *International journal of academic research*, 3(4), 360-364.

Sarah, R & Philip, M. S. (2008). Religiosity and Fertility in the United States: The Role of Fertility Intentions. The University of North Carolina Press. *Social forces*, 86(3), 1164-1188.

United Nations. (2011) .World Contraceptive Use 2011 Data Sheet. New York: United Nations Population Division, Department of Economic and Social Affairs, from http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2011/wallchart_front.pdf





ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน



IPSR-Institutional Review Board (IPSR-IRB)

Established 1985

COA. No. 2012/1-1-35

Certificate of Approval

Title of Project: *Fertility Differential between Buddhist and Muslim Women in Southern Thailand*

Principal Investigator (PI): *Ms. Puengpit Chaipakdee*

PI's Institutional Affiliation: *Institute for Population and Social Research, Mahidol University*

Approval includes: 1) **IPSR-IRB submission form**

2) **Research proposal**

3) **Permission of data use**

IPSR-Institutional Review Board (IPSR-IRB) met on 20th December 2012 to review the above project. After reviewing the research proposal and other documents, the IPSR-IRB did not see any issues that may violate research ethics.

Signature

(Professor Pramote Prasartkul)

Chairman, IPSR-IRB

Date: December 20, 2012

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ข
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) ระหว่างตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์

No.	ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	จำนวนบุตรเกิดรอด	1								
2	เขตที่อยู่อาศัย	.128**	1							
3	อาชีพ	.065**	-.248**	1						
4	การศึกษา	-.331**	-.173**	.104**	1					
5	อายุ	.406**	-.107**	-.181*	-.246**	1				
6	ศาสนา	.222**	.167**	.082**	-.118**	-.082**	1			
7	อายุแรกสมรส	-.300**	-.177**	-.012	.390**	.186**	-.144**	1		
8	การคุมกำเนิด	-.072**	-.026	.041*	.022	.028	.237**	.095**	1	
9	ระยะเวลาให้นมบุตร	.064	.124*	-.068	-.045	.124*	-.094	-.034	-.294**	1

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed), * Correlation is significant at the at 0.05 level (2-tailed)

ภาคผนวก ก

แบบสอบถาม



สอพ.
(ถามครัวเรือนส่วนบุคคล)

การสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552
(ตอบด้วยตนเองเท่านั้น)

ชุดที่.....ในจำนวน.....ชุดของครัวเรือนนี้

1. ภาค.....จังหวัด.....
2. อำเภอ/เขต.....ตำบล/แขวง.....
3. บ้านเลขที่.....ถนน.....ตรอก/ซอย.....
4. ในเขตเทศบาล ED.....BLK.....
นอกเขตเทศบาล ED.....หมู่ที่.....ชื่อหมู่บ้าน.....
5. ลำดับที่ชุมนุมอาคาร/หมู่บ้านตัวอย่าง.....
6. เดือน.....พ.ศ. 2552
7. ลำดับที่ครัวเรือนตัวอย่าง.....
8. จำนวนสมาชิกในครัวเรือนทั้งสิ้น ชั้นแรงงาน.....คน
9. จำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่เป็น หญิงอายุ 15 - 59 ปี ชั้นแรงงาน.....คน
10. จำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่เป็น หญิงอายุ 15 - 59 ปีที่มีลูกต่ำกว่า 1 ปี ชั้นแรงงาน.....คน
11. จำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่เป็น ชายอายุ 15 - 24 ปี ชั้นแรงงาน.....คน
12. ผลการแรงงานครัวเรือนตัวอย่างนี้ (บันทึกรหัส)

REG	CWT	1 - 3
AMP	TMB	4 - 7
AREA	ED	8 - 11
	BLK_VIL	12 - 13
	PSU_NO	14 - 17
	MONTH_YR	18 - 21
	HH_NO	22 - 23
	MEMBERS	24 - 25
	FEMALE	26 - 27
	MOM	28 - 29
	MALE	30 - 31
	ENUM	32 - 33

ได้ข้อมูล		รหัส	ไม่ได้ข้อมูล		รหัส
ชั้นนับจุด	ชั้นแรงงาน		ชั้นนับจุด	ชั้นแรงงาน	
1. เป็นครัวเรือนตัวอย่าง 1.1 มีครัวเรือนอาศัยอยู่	แรงงานได้	11	1. เป็นครัวเรือนตัวอย่าง	ไปสามครั้งไม่พบ	21
	รือถอน โฟโซมิ	12		ผู้ตอบส่งมกชน	22
	เป็นบ้านว่าง	13		ไม่ได้ความร่วมมือ	23
	แรงงานได้	14		หาบ้านไม่พบ	24
2. ไม่เป็นครัวเรือนตัวอย่าง (ครัวเรือนใหม่อยู่แทน ครัวเรือนเดิมที่เป็นตัวอย่าง)			2. อื่น ๆ (ระบุ).....		

แรงงานวันนี้.....เดือน.....พ.ศ. 2552

บรรณาธิการและลงรหัสวันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2552

ชื่อตัว - ชื่อสกุล.....

ชื่อตัว - ชื่อสกุล.....

พนักงานแรงงาน

พนักงานบรรณาธิการและลงรหัส

ลายมือชื่อ.....

ผู้ตรวจ

(.....)

ตำแหน่ง.....

REC. NO
36

ตัวอย่างการเขียน 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของสมาชิกในครัวเรือน							
ถาม หญิงอายุ 15 - 59 ปี และ ชายอายุ 15 - 24 ปี							
ลำดับที่	ชื่อ-นามสกุล	ผลการแจงนับ รายบุคคล	ความเกี่ยวข้องกับ หัวหน้าครัวเรือน	เพศ	อายุ	ศาสนา	สถานภาพ สมรส
ลำดับที่สุดท้าย ต้องเท่ากับ จำนวนสมาชิก ในหน่วยปก ข้อ 9 + ข้อ 11	ให้เรียงลำดับ ดังนี้ 1. ผู้หญิงอายุ 15-59 ปี จากอายุมากไปหาน้อย 2. ชายอายุ 15-24 ปี จากอายุมากไปหาน้อย ทุกคน	บันทึกรหัส แจงนับได้ (ตอบด้วยตนเอง).....1 (ตามต่อไป) แจงนับไม่ได้ (ไป 3 ครั้งไม่พบ) ผู้ตอบสัมภาษณ์ ฯลฯ).....2 (ยุติการสัมภาษณ์)	บันทึกรหัส หัวหน้าครัวเรือน.....1 ภรรยาหรือสามี.....2 บุตรที่ยังไม่สมรส.....3 บุตรที่สมรสแล้ว.....4 บุตรชาย บุตรสะใ้.....5 บุตรของบุตร.....6 พ่อ แม่ พี่น้องหรืออยู่สมรส.....7 ญาติอื่น ๆ.....8 ผู้อาศัยและคนรับใช้.....9	บันทึกรหัส ชาย.....1 หญิง.....2	บันทึก อายุเต็มปี	บันทึกรหัส พุทธ.....1 อิสลาม.....2 คริสต์.....3 อื่น ๆ (ระบุ).....4	บันทึกรหัส โสด.....1 สมรสอยู่กินฉันท์.....2 สามีภรรยา.....2 หย่า.....3 หย่า.....4 แยกกันอยู่.....5 เคยสมรสแต่ไม่ทราบ สถานภาพ.....6
A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8
<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34

37

38

39

40

42

43

ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของสมาชิกในครัวเรือน(ต่อ)			
ถาม หญิงอายุ 15 - 59 ปี และ ชายอายุ 15 - 24 ปี			
การศึกษา	อาชีพ	"ปัจจุบัน...(ชื่อ)...มีสวัสดิการการรักษาพยาบาลหรือไม่?"	
		"ถ้ามี เป็นประเภทใด?"	
"...(ชื่อ)...จบการศึกษา สูงสุดระดับใด?"		(ตอบได้ไม่เกิน 2 คำตอบ โดยเรียงลำดับตามสวัสดิการฯ หลัก ของตนเองก่อน ถ้ามีสวัสดิการจากรัฐฯ และแหล่งอื่น ให้บันทึกสวัสดิการฯ ที่ได้รับจาก(รัฐฯก่อน) บันทึกรหัส	
"ในระหว่าง 12 เดือน ก่อนวันสัมภาษณ์ ...(ชื่อ)...ทำงานอะไร?"		บันทึกรหัส	
บันทึกรหัส ไม่เคยเรียน.....1 ก่อนประถมศึกษา.....2 ประถมศึกษา.....3 มัธยมศึกษาตอนต้น.....4 มัธยมศึกษาตอนปลาย.....5 สายสามัญ.....5 สายอาชีพ.....6 ปวส./ปวท./อนุปริญญา.....7 บริญาตรี.....8 สูงกว่าปริญญาตรี.....9 อื่น ๆ (ระบุ).....10	บันทึกรหัส ทำงาน.....1 ข้าราชการ/ลูกจ้างรัฐบาล.....1 พนักงาน/ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ.....2 พนักงาน/ลูกจ้างเอกชน.....3 ค่าขายประกอบธุรกิจส่วนตัว.....4 เกษตรกร (ปลูกพืช.....5 เลี้ยงสัตว์ ประมง).....5 รับจ้างทั่วไป/กรรมกร.....6 อื่น (ระบุ).....7 ไม่ทำงาน.....8	บันทึกรหัส มีสวัสดิการฯ จากรัฐบาล บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง) ชั้นทะเบียนที่อยู่ปัจจุบัน.....1 ชั้นทะเบียนที่อื่น.....2 ประกันสังคม/กองทุนเงินทดแทน.....3 สวัสดิการข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ/รัฐวิสาหกิจ.....4 มีสวัสดิการฯ จากแหล่งอื่น ประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน.....5 สวัสดิการจัดโดยนายจ้าง.....6 อื่น ๆ (ระบุ).....7 ไม่มีสวัสดิการการรักษาพยาบาล.....8	
		คำตอบที่ 1 (สวัสดิการหลัก)	คำตอบที่ 2 (สวัสดิการรอง)
A9	A10	A11	A12
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	46	47	48

หมายเหตุ
การถามต่อ

หญิงอายุ 15 - 59 ปี

ถ้า A8 = 1 (โสด)
ข้ามไปถาม ตอนที่ 6

ถ้า A8 = 2 (สมรส/อยู่กิน
ฉันท์สามีภรรยา)
ถามต่อไป

ถ้า A8 = 3 - 6 (เคยสมรสฯ)
ข้ามไปถาม ตอนที่ 3

ชายอายุ 15 - 24 ปี

ข้ามไปถาม ตอนที่ 7

ตอนที่ 2 พฤติกรรมและทัศนคติต่อการวางแผนครอบครัว (ต่อ)				
ถาม "หญิงสมรส/อยู่กินฉันท์สามีภรรยา" อายุ 15 - 59 ปี (A8 = 2)				
ถามผู้ที่คุมกำเนิด (A19 = 1)		ถามผู้ที่ไม่คุมกำเนิด (A19 = 2)		
"ส่วนใหญ่(ชื่อ)...หรือสามี คุมกำเนิดด้วยวิธีใด?"	"วิธีการคุมกำเนิดใน A20(ชื่อ)...หรือสามี ไปรับบริการคุมกำเนิด จากที่ใด?"	"ทำไม...(ชื่อ)...จึงไม่คุมกำเนิด?" บันทึกเหตุผลที่สำคัญที่สุด เพียงเหตุผลเดียว	"ในอนาคต ...(ชื่อ)...คิดว่า จะคุมกำเนิดหรือไม่ ด้วยวิธีใด?"	ผู้มีบุตรยาก
				ถามผู้ที่ไม่คุมกำเนิดและไม่มีบุตร ในระยะ 2 ปี (แต่ยังมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส) ".....(ชื่อ).....เคยได้รับ การปรึกษา/การตรวจ จากบุคลากรสาธารณสุข เกี่ยวกับการมีบุตรยาก หรือไม่ จากที่ใด?"
บันทึกวันที่	บันทึกวันที่	บันทึกวันที่	บันทึกวันที่	บันทึกวันที่
ยาเม็ดคุมกำเนิด..... 1	โรงพยาบาลของรัฐ..... 1	ต้องการมีบุตรเพิ่ม..... 1	คุม โดยใช้	
ยาคุมฉุกเฉิน/ยาคุม	สถานอนามัย/ศูนย์สุขภาพชุมชน..... 2	กลัวอันตรายต่อสุขภาพ..... 2	ยาเม็ดคุมกำเนิด..... 1	
หลังร่วมเพศ..... 2	หน่วยแพทย์เคลื่อนที่..... 3	สามีไม่ให้คุม..... 3	ยาคุมฉุกเฉิน/ยาคุม	
ยาฉีดคุมกำเนิด..... 3	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน..... 4	สามีไม่ค่อยอยู่บ้าน..... 4	หลังร่วมเพศ..... 2	
ยาฝังคุมกำเนิด..... 4	โรงพยาบาลเอกชน/คลินิกเอกชน..... 5	ยก/อุปการณืบริการคุมกำเนิดราคาแพง..... 5	ยาฉีดคุมกำเนิด..... 3	
ห่วงอนามัย..... 5	ร้านขายยา..... 6	กำลังตั้งครรภ์..... 6	ยาฝังคุมกำเนิด..... 4	
ถุงยางอนามัย..... 6	ร้านค้า..... 7	เพิ่งคลอดบุตร/หลังแท้ง..... 7	ห่วงอนามัย..... 5	
ทำหมันหญิง..... 7	สถานที่อื่น ๆ (ระบุ)..... 8	คิดว่าอายุมากแล้ว/	ถุงยางอนามัย..... 6	
ทำหมันชาย..... 8	ไม่ได้รับบริการที่ใด	ไม่มีประจำเดือนแล้ว..... 8	ทำหมันหญิง..... 7	
นับระยะปลอดภัย..... 9	(วิธีนับระยะปลอดภัย ฯลฯ)..... 9	การเข้าใช้บริการทำได้ยาก	ทำหมันชาย..... 8	
อื่น ๆ (ระบุ)..... 10		(ไกล เดินทางลำบาก ฯลฯ)..... 9	นับระยะปลอดภัย..... 9	
		สถานบริการไม่มีวิธีคุมกำเนิดที่ต้องการ..... 10	อื่น ๆ (ระบุ)..... 10	
		อื่น ๆ (ระบุ)..... 11	ไม่คุมกำเนิด..... 11	
	(ให้ข้ามไปถาม ตอนที่ 3)			
A20	A21	A22	A23	A24
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57	59	60	62	64

ตอนที่ 3 การสมรสและภาวะเจริญพันธุ์						
ถาม "หญิงสมรสฯ และเคยสมรสฯ" อายุ 15 - 59 ปี (A8 = 2 - 6)						
	บุตรเกิดรอด (ไม่รวม บุตรเลี้ยงและบุตรบุญธรรม) "รวมบุตรทั้งหมดจากการสมรสฯ ทุกครั้ง"		ความต้องการ มีบุตรเพิ่ม	ถามผู้ที่มีบุตร (A26 + A27 > 0)		
	ไม่รวม บุตรเกิดรอด ที่ปัจจุบัน ยังมีชีวิตอยู่ กี่คน?" <small>(รวมบุตรที่อยู่ใน ครัวเรือนนี้ และอยู่ที่อื่น)</small>	รวม บุตรเกิดรอด ที่ปัจจุบัน เสียชีวิตแล้ว กี่คน?"		อายุเมื่อคลอด บุตรคนแรก	ความพร้อม ในการตั้งครรภ์ บุตรคนสุดท้าย "ตอนตั้งครรภ์ บุตรคนสุดท้าย ขณะนั้น...(ชื่อ)... ต้องการมีบุตรหรือไม่?" <small>บ้านที่กรหัส</small>	ถามผู้บันทึก A30 = 2 - 3 "เหตุผลสำคัญที่สุดที่ ...(ชื่อ)...ไม่คุมกำเนิด เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์?" <small>บันทึกกรหัส</small>
*....(ชื่อ).... อยู่กับ ฉันที่สามีมารยา ครั้งแรก เมื่ออายุเท่าใด?"	"....(ชื่อ).... มีบุตรเกิดรอด ที่ปัจจุบัน ยังมีชีวิตอยู่ กี่คน?" <small>(รวมบุตรที่อยู่ใน ครัวเรือนนี้ และอยู่ที่อื่น)</small>	"....(ชื่อ).... มีบุตรเกิดรอด ที่ปัจจุบัน เสียชีวิตแล้ว กี่คน?"	"นอกเหนือ จากบุตรที่มีอยู่ ในขณะนี้ (รวมผู้ที่ไม่มีบุตรด้วย)(ชื่อ).... ต้องการ มีบุตรเพิ่มอีก กี่คน?"	*....(ชื่อ).... คลอด บุตรคนแรก เมื่ออายุ เท่าใด?"	ต้องการมีบุตร ในช่วงเวลานั้น.....1 ต้องการมีบุตร แต่ ไม่ใช่ในช่วงเวลานั้น.....2 ไม่ต้องการมีบุตร.....3 อย่างไรก็ได้.....4 (ถ้าบันทึกรหัส 2, 3 ตามต่อไป) (ถ้าบันทึกรหัส 1, 4 ข้ามไปตาม ตอนที่ 4)	บันทึกกรหัส ใช้วิธีคุมกำเนิดแต่ตั้งครรภ์ คุมวิธีนี้เพราะอะไร หลังภายนอก.....1 คุมวิธีอื่น.....2 เพิ่งคลอดบุตรหลังห่าง.....3 คุมวิธีนี้คุมกำเนิดไม่เพียงพอ.....4 ไม่คิดว่าจะมีเพศสัมพันธ์.....5 ลืมกันยากคุมกำเนิด.....6 ไม่มีเงินซื้ออุปกรณ์คุมกำเนิด.....7 สถานบริการอยู่ไกล.....8 ไม่มีเวลาซื้อ/รับบริการคุมกำเนิด.....9 คิดว่าอายุมากแล้ว ไม่มีประจำเดือนแล้ว.....10 อื่น ๆ (ระบุ).....11
บันทึกอายุเต็มปี	ถ้ามี ให้บันทึก จำนวน	ถ้ามี ให้บันทึก จำนวน	ถ้าต้องการ ให้บันทึกจำนวน	บันทึกอายุเต็มปี		
	ถ้าไม่มี ให้บันทึก "0" ซิดขวา	ถ้าไม่มี ให้บันทึก "0" ซิดขวา	ถ้าไม่ต้องการ ให้บันทึก "0" ซิดขวา			
A25	A26	A27	A28	A29	A30	A31
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
65	67	69	71	72	74	75

ตอนที่ 4 การอนามัยแม่และเด็ก							
ถาม "หญิงสมรสฯ และเคยสมรสฯ" อายุ 15 - 59 ปี และมีบุตร (A8 = 2-6 และ (A26 + A27>0))		ถาม "หญิงสมรสฯ และเคยสมรสฯ" อายุ 15 - 59 ปี และมีบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี (A8 = 2 - 6 และ A32 = 1)					
อายุบุตรคนสุดท้าย		ถามผู้ที่ฝากครรภ์ (A34 = 1 - 2)					
"ระหว่าง...(ชื่อ)...ตั้งครรภ์ บุตรคนสุดท้าย ได้ฝากครรภ์หรือไม่?"		"...(ชื่อ)...ฝากครรภ์ บุตรคนสุดท้ายที่ใด?"		"...(ชื่อ)...ได้ไปรับการตรวจครรภ์บุตรคนสุดท้ายตามนัดในแต่ละคาบเวลาหรือไม่?"			
"...(ชื่อ)...มีบุตรคนสุดท้ายอายุต่ำกว่า 1 ปี หรือไม่?"		"ฝาก เมื่ออายุครรภ์"		"ไป... 1"			
"ถ้ามี" ให้บันทึกรหัส 1 ใน A32 และบันทึกอายุของบุตร ใน A33		"ก่อน 12 สัปดาห์ (3 เดือน).....1"		"ไม่ไป... 2"			
"ถ้าไม่มี" ให้บันทึกรหัส 2 ใน A32 และใช้เว้นว่าง ใน A33		"ตั้งแต่ 12 สัปดาห์ (3 เดือนขึ้นไป) (ถ้าบันทึกรหัส 1 - 2 ตามต่อไป)"		"คลอดแล้ว... 3"			
บันทึกที่รหัส มี.....1 (และบันทึกอายุของบุตรใน A33)		"ไม่ฝาก.....3"		"โรงพยาบาลศูนย์/.....4"			
ไม่มี.....2 (ข้ามไปถาม ตอนที่ 5)		(ข้ามไปถาม A43)		"โรงพยาบาลทั่วไป.....4"			
				"โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย.....5"			
				"โรงพยาบาลสังกัดอื่น ๆ ของรัฐ...6"			
				"โรงพยาบาลเอกชน/.....7"			
				"คลินิกเอกชน.....7"			
				"อื่น ๆ (ระบุ).....8"			
				"เดือนที่ 1 - 6" "เดือนที่ 7" "เดือนที่ 8" "เดือนที่ 9"			
A32	A33	A34	A35	A36	A37	A38	A39
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77	78	80	81	82	83	84	85

ตอนที่ 4 การอนามัยแม่และเด็ก (ต่อ)			
ถาม "หญิงสมรสา และเคยสมรสา" อายุ 15 - 59 ปี และมีบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี (A8 = 2 - 6 และ A32 = 1)			
การให้นมบุตร			
"บุตรคนสุดท้ายเคยดื่มนมแม่หรือไม่?" (รวมทั้ง จากแม่ตนเอง/ คนอื่นเป็นผู้ให้นมด้วย) บันทึกรหัส เคย..... 1 (ตามต่อไป) ไม่เคย..... 2 (ข้ามไปตาม A60)	ถามผู้บันทึก A57 = 1	ถามผู้ที่ปัจจุบัน ใช้ ลูกดื่มนมแม่ (A58 = 1)	ถามผู้ที่ปัจจุบัน ไม่ใช้ ลูกดื่มนมแม่ (A57 = 2 หรือ A58 = 2)
	"ปัจจุบันบุตรคนสุดท้าย ยังคงดื่มนมแม่อยู่หรือไม่?" (อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง) (รวมทั้ง จากแม่ตนเอง/ คนอื่นเป็นผู้ให้นมด้วย) บันทึกรหัส ดื่มนม..... 1 (ตามต่อไป) ไม่ดื่มนม..... 2 (ข้ามไปตาม A60)	"ทำไม...(ชื่อ)..... ให้ลูกดื่มนมแม่?" (รวมทั้ง จากแม่ตนเอง/ คนอื่นเป็นผู้ให้นมด้วย) บันทึกรหัส ทำให้ลูกมีภูมิคุ้มกัน..... 1 ทำให้ลูกฉลาด..... 2 ช่วยประหยัดเงิน..... 3 ช่วยทำให้แม่รูปร่างดี..... 4 ป้องกันการตั้งครรภ์..... 5 อื่น ๆ (ระบุ)..... 6 (ให้ข้ามไปตาม A61)	"ทำไมปัจจุบัน...(ชื่อ)..... จึงไม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่?" (รวมทั้ง จากแม่ตนเอง/ คนอื่นเป็นผู้ให้นมด้วย) บันทึกรหัส แม่ต้องไปทำงาน..... 1 แม่มีปัญหาสุขภาพ..... 2 แม่ไม่มีน้ำนมให้กิน..... 3 ลูกมีปัญหาสุขภาพ..... 4 สามี/คนในครอบครัวไม่สนับสนุน..... 5 อื่น ๆ (ระบุ)..... 6
A57	A58	A59	A60
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

106

107

108

109

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล

นางสาวพึงพิศ ชัยภักดิ์

วัน เดือน ปีเกิด

26 มกราคม พ.ศ. 2521

สถานที่เกิด

จังหวัดนครศรีธรรมราช ประเทศไทย

วุฒิการศึกษา

มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2540-2543

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2553-2557

ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (วิจัยประชากรและสังคม)

Email: puengpit.cp26@gmail.com