

b 10723560

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคม
กับการปรับตัวของสตรีที่มีบุตรยาก

RELATIONSHIP BETWEEN SELECTED FACTORS,
SOCIAL SUPPORT AND ADAPTATION IN INFERTILE WOMEN



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2540

ISBN 974-588-766-8

สงวนลิขสิทธิ์

๗๗

๑๗๘๕๐

๕๕๔๐

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคม
กับการปรับตัว ของสตรีที่มีบุตรยาก

อดุลย์ ธีระการเวต

อุดมพร ธีระการเวต

ผู้วิจัย

สุพิน จันทรักะ วท.บ. (พยาบาล),
ค.บ. (มัธยมศึกษา), ค.ม. (วิจัยการศึกษา)

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

สุปราณี อัครเสวี

สุปราณี อัครเสวี วท.บ. (พยาบาล),

ค.บ. (มัธยมศึกษา), ค.ม. (การวัดและประเมินผลการศึกษา)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

จันทร์ เจริญยุทธ

จันทร์ เจริญยุทธ วท.บ. (พยาบาลสาธารณสุข),

สคม., M.C.H. (Nutrition), พบ.ด. (ประชากรและการพัฒนา)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

อดุลย์ ธีระการเวต

อดุลย์ ธีระการเวต ราชบัณฑิต

พ.บ., น.บ., F.R.C.P.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

กัญญา บุญทอง

กัญญา บุญทอง ค.บ., M.S., Ed.D.

ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคม
กับการปรับตัว ของสตรีที่มีบุตรยาก
ที่ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาค้นคว้าหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก
วันที่ 18 เมษายน 2540



จุฑามพร ชัยไพบุลย์สุข
ผู้วิจัย



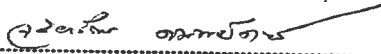
ยุพิน จันทรรักกะ วท.บ. (พยาบาล),
ค.บ. (มัธยมศึกษา), ค.ม. (วิจัยการศึกษา)
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



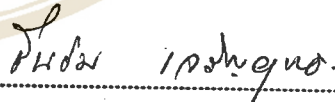
กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล วท.บ., (พยาบาล),
M.S. (M.C.H. Nursing), Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



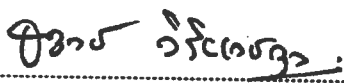
สุปราณี อัทธเสรี วท.บ. (พยาบาล),
ค.บ. (มัธยมศึกษา), ค.ม. (การวัดและประเมินผลการศึกษา)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



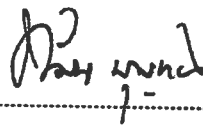
จริยวัตร คอมพานิช วท.บ. (พยาบาล),
วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์),
ส.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



jitnam เจริญยุทธ วท.บ. (พยาบาลสาธารณสุข),
สคม., M.C.H. (Nutrition), พบ.ด. (ประชากรและการพัฒนา)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



อดุลย์ วิริยะเวชกุล ราชบัณฑิต
พ.บ., น.บ., F.R.C.P.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



ทิตานา นุญทอง ค.บ., M.S., B.Ed.
คณบดี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางอุดมพร ชิ่งไพบูลย์สุข
วัน เดือน ปี เกิด 10 มกราคม 2503
สถานที่เกิด จังหวัดกรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา
วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์, พ.ศ. 2521-2524
ประกาศนียบัตรพยาบาลอนามัย และผดุงครรภ์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, พ.ศ. 2527-2528
การศึกษาระดับบัณฑิต (พยาบาลศึกษา)
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช, พ.ศ. 2527-2528
คหกรรมศาสตรบัณฑิต (พัฒนาการเด็ก และครอบครัว)
มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2536-2539
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก)
ตำแหน่ง และสถานที่ทำงาน
พ.ศ. 2524-2535 : พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลวชิระ
พ.ศ. 2536-ปัจจุบัน : อาจารย์ 1 ระดับ 5 ภาควิชาการพยาบาลสูติ-
นรีเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
ทุนวิจัย China Medical Board of New York, Inc.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ยุพิน จันทรรัก รองศาสตราจารย์สุปราณี อัครเสริ และรองศาสตราจารย์ ดร.ชื่นชม เจริญยุทธ อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำที่เป็นประโยชน์ตลอดจนช่วยแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ และสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จริยาวัตร คมพัทธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. กอบกุล พันธเจริญวรกุล และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล ห้วยน้ำขาขาว พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกท่านในคลินิกผู้มีบุตรยาก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณสตรีที่มีบุตรยากที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่มีส่วนร่วมให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี

ขอขอบคุณอาจารย์ บุญศรี กิตติโชติพาณิชย์ และนางวรรณ นนทรพิศาลวนิช ที่กรุณาช่วยเหลือในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ และขอขอบคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ ที่อนุมัติให้เงินช่วยเหลือจากกองทุน China Medical Board of New York, Inc. ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคุณแม่ และอาจารย์ทุกท่านที่ได้อบรมสั่งสอน ปลูกฝังความรู้ในการศึกษา รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ ปิยธิดา นิลศรี และคณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสูติ-นรีเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ ที่มีส่วนช่วยเหลือให้กำลังใจตลอดมา และขอขอบคุณนายพนม ยิ่งไพบุลย์สุข ตลอดจนพี่ ๆ และเพื่อน ๆ ที่ให้ความห่วงใย เป็นกำลังใจ และสนับสนุนในการศึกษามาโดยตลอด

อุดมพร ยิ่งไพบุลย์สุข

ผลการวิจัยสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอำนาจการทำนายสูงสุด รองลงมาคือ ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า ควรส่งเสริมให้สตรีที่มีบุตรยากได้รับการสนับสนุนทางสังคม และปรับตัวได้มากขึ้นถึงระดับมาก โดยมุ่งเน้นในเรื่องการสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร ด้านเครื่องมือสิ่งของ และการปรับตัวด้านร่างกาย โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีที่ได้ทำการรักษาการมีบุตรยากเป็นเวลานาน



Thesis Title Relationship between Selected Factors, Social Support
and Adaptation in Infertile Women

Name Udomporn Yingpaiboonsuk

Degree Master of Nursing Science (Maternal and Child Health Nursing)

Thesis Supervisory Committee

Yupin Chandaragga, B.Sc., B.Ed., M.Ed.
Supranee Athasari, B.Sc., B.Ed., M.Ed.
Chounchom Charoenyooth, B.Sc., M.A., M.C.H., Ph.D.

Date of Graduation 18 April B.E. 2540 (1997)

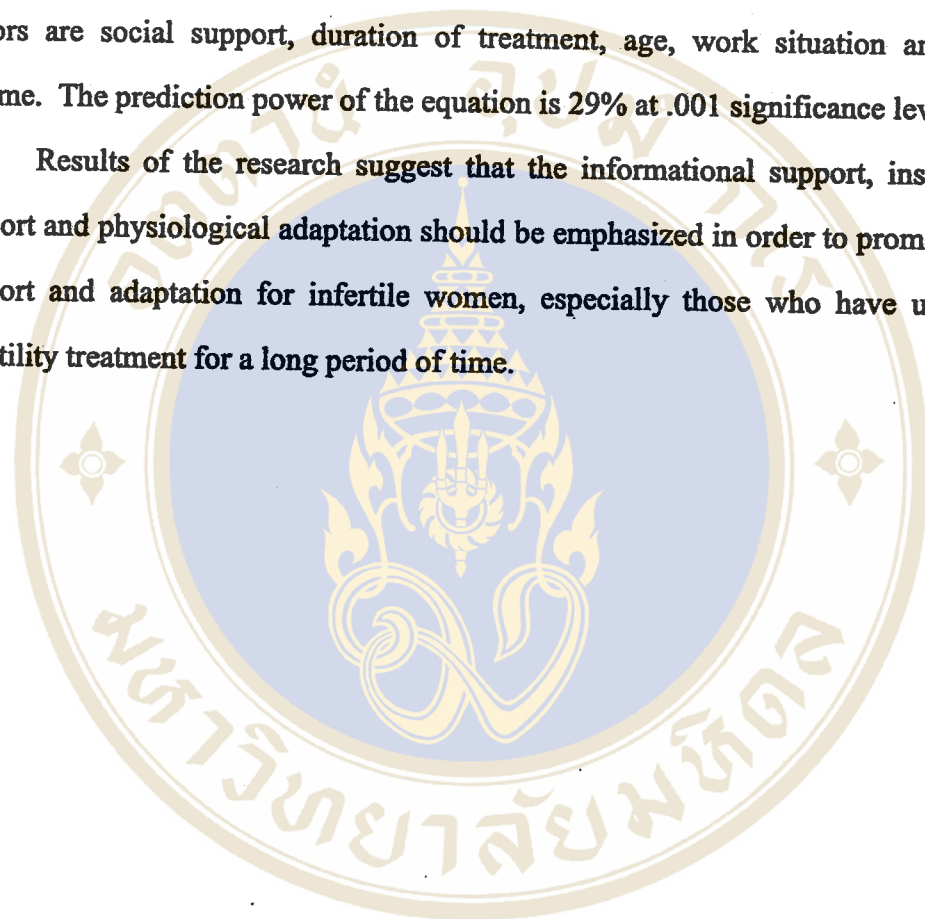
Abstract

Infertile women suffer from stress, which affects their physical, mental and family well being. Infertile women must undergo adaptation in order to maintain the balance of their lives. The purpose of this research was to study influence of selected factors which are age, family income, work situation, duration of treatment and social support, which affect the adaptation of infertile women. Two hundred samples were selected from primary infertile women who came for treatment at infertility clinics at Siriraj Hospital, Police Hospital and Chulalongkorn Hospital. The instruments used were questionnaires on social support and adaptation. Multiple Regression Analysis was used for data analysis.

The research results revealed that most of the samples were quite well off socio-economically and did not have chronic disease. Most of them have had experiences in infertility treatment from other clinics, as well as have had undergone both supernatural and scientific approaches. They have been supported well for overall supportive aspects, and for each specific supportive aspect. When focusing on each aspect, they had less support in informational support and instrumental support

than emotional-social support. As for the adaptation, most of the samples could adapt moderately for overall adaptive aspects and for each adaptive aspect. Only a few of the samples were less adapted for physiological adaptation. The prediction factors derived from regression analysis ranging from the most powerful to the less powerful factors are social support, duration of treatment, age, work situation and family income. The prediction power of the equation is 29% at .001 significance level.

Results of the research suggest that the informational support, instrumental support and physiological adaptation should be emphasized in order to promote social support and adaptation for infertile women, especially those who have undergone infertility treatment for a long period of time.



สารบัญ

หน้า

ประวัติผู้วิจัย	
กิตติกรรมประกาศ	
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ซ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	8
สมมุติฐานการวิจัย	8
ขอบเขตการวิจัย	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	8
นิยามตัวแปร	8
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
การมีบุตรยาก	11
ปัญหาของสตรีที่มีบุตรยาก	18
มโนทัศน์เกี่ยวกับการปรับตัว	24
มโนทัศน์เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม	33
ปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว	
ของสตรีที่มีบุตรยาก	41
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	46
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	46
การหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่น	49
การเก็บรวบรวมข้อมูล	51
การวิเคราะห์ข้อมูล	52

บทที่ 4	ผลการวิจัยและอภิปรายผล	
	ผลการวิจัย	54
	อภิปรายผล	81
บทที่ 5	สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
	สรุปการวิจัย	88
	ข้อเสนอแนะ	89
บรรณานุกรม		92
ภาคผนวก		
	ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	99
	ข. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	
	แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป	100
	แบบสอบถามเรื่องการปรับตัวของสตรีที่มีบุตรยาก	103
	แบบสอบถามเรื่องการสนับสนุนทางสังคม	
	ของสตรีที่มีบุตรยาก	105
	ค. ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของการปรับตัวรายชื่อ	107
	ง. จำนวนและร้อยละของการสนับสนุนทางสังคมรายชื่อ	109

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ลักษณะทางเศรษฐกิจ-สังคมของกลุ่มตัวอย่าง และสามี	54
2	ประวัติการเจ็บป่วย และพฤติกรรมสุขภาพ	61
3	การคุมกำเนิดและการมีเพศสัมพันธ์	64
4	ประสบการณ์การตรวจรักษาภาวะมีบุตรยาก	68
5	ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนน การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และแยกในแต่ละด้านของ กลุ่มตัวอย่าง และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับ การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและแยกในแต่ละด้าน	75
6	ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนน การปรับตัวโดยรวม และแยกในแต่ละด้านของกลุ่มตัวอย่าง และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการปรับตัว โดยรวม และแยกในแต่ละด้าน	78
7	เมตริกสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา	79
8	การวิเคราะห์ถดถอยพหุของการปรับตัวในสตรีที่มีบุตรยาก	80
9	จำนวนและร้อยละของการปรับตัวรายชื่อ	107
10	จำนวนและร้อยละของการสนับสนุนทางสังคมรายชื่อ	109

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่

หน้า

1

กรอบแนวคิดปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของ
สตรีที่มีบุตรยาก

7



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

คุณค่าที่สำคัญที่สุดของบุตร คือ การรักษาเผ่าพันธุ์ของมนุษย์ ความเป็นมนุษยชาติให้คงอยู่ต่อไป นอกจากนั้นบุตรยังมีความสำคัญยิ่งทางสังคมวิทยาและชีววิทยา ทางด้านสังคมบุตรเป็นผู้สืบทอดค่านิยม ประเพณี ศาสนา และวัฒนธรรมของกลุ่มชน ในด้านครอบครัวบุตรจะเป็นผู้ถ่ายทอดพันธุกรรมของบิดามารดา และสถานภาพทางสังคมโดยกำเนิดจากบิดามารดา จะเห็นได้ว่าทุกสังคมให้คุณค่าของการมีบุตร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมเอเชีย ชี้ให้เห็นว่าการแต่งงานเป็นการสร้างครอบครัวใหม่ จะต้องมีการมีบุตรไว้สืบสกุล โดยปกติหญิงชายที่สมรสแล้วย่อมใฝ่ฝันให้ครอบครัวของตนสมบูรณ์ด้วยการมีบุตร เพื่อเป็นสื่อผูกพันระหว่างสามี ภรรยา เป็นพยานแห่งความรัก เป็นโช่ทองของชีวิตคู่ ด้วยเหตุนี้คู่สมรสที่ต้องการบุตรแต่ไม่สามารถมีบุตรได้ตามต้องการ ย่อมเกิดปัญหาทางด้านจิตสังคม เพราะโดยปกติคู่สมรสทั่วไปมักคิดว่า ตนนั้นมีความสามารถในการมีบุตรได้ ดังนั้น เมื่อต้องประสบกับภาวะมีบุตรยากจึงส่งผลกระทบต่อจิตใจ-อารมณ์ และสังคมของคู่สมรสเป็นอย่างมาก ทำให้เกิดความเครียด ผิดหวัง สับสน กังวล เจ็บปวด และเป็นทุกข์ แต่ฝ่ายชายจะปรับตัวต่อปัญหาต่าง ๆ ได้ดีกว่าฝ่ายหญิง (Hirsch and Hirsch 1989: 13-20)

ปัจจุบันปัญหาการมีบุตรยาก ถือเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสุขภาพและสังคมซึ่งมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ อุบัติการณ์ของการมีบุตรยากในประชากร ที่อยู่ภายใต้เจริญพันธุ์ โดยทั่วไปพบได้ประมาณร้อยละ 8 ฉะนั้นพอจะคำนวณได้ว่าทั่วโลกมีพลเมืองที่ประสบปัญหาการมีบุตรยากประมาณ 50 ถึง 80 ล้านคน และจะมีการเพิ่มขึ้นปีละ 2 ล้านคน (หะทัย และอรุษา เทพพิสัย 2533 :287) สำหรับภาวะมีบุตรยากในประเทศไทย พบปัญหาการมีบุตรยากร้อยละ 14.6 ของคู่สมรส (พวงเพ็ญ ริมดุสิต 2533 : 5) และคู่สมรสที่มีบุตรยากได้ให้ความสนใจเข้ารับการรักษามากขึ้น ดังจะเห็นได้จากผู้มารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีจำนวนในแต่ละปีเพิ่มขึ้นตามลำดับ คือ เพิ่มขึ้นจาก 5,290 รายในปี 2530 เป็น 5,713 รายในปี 2533 และในโรงพยาบาลรามารับเพิ่มจาก 2,587 รายเป็น 2,953 รายในช่วงเวลาเดียวกัน

ภาวะมีบุตรยากเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต คู่สมรสจะมีความรู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจ มีความทุกข์ เป็นอย่างยิ่งที่ตนไม่สามารถมีบุตรได้ตามความต้องการ ส่วนลึกของจิตใจคู่สมรสจะโทษซึ่งกันและกันในการกล่าวหาว่าอีกฝ่ายหนึ่งเป็นคนไร้สมรรถภาพ เกิดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ (Magaret et al.

1979: 40) และเคย์ (Keye 1989: 763) ให้ความเห็นว่า จากภาวะจิต-อารมณ์ ที่เป็นอยู่ของผู้มีบุตรยาก ซึ่งคิดว่าเป็นความบกพร่องทางกาย ทำให้เกิดความซึมเศร้า รวมทั้งส่งผลให้ความต้องการทางเพศลดลง มีความเครียดพร้อมที่จะได้รับความกระทบกระเทือนและบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงง่าย มีปฏิกริยาทางอารมณ์รุนแรงขาดเป้าหมายในชีวิต (Menning 1980: 314-341; Freeman et al. 1983: 195-201 ;Mahlsted 1985: 335-346) ซึ่งความคิดเหล่านี้จะคุกคามการดำเนินชีวิตที่ปกติ คุกคามความมั่นคงทางด้านจิตใจ-อารมณ์ กระทบกระเทือนต่อชีวิตสมรส เกิดความไม่เข้าใจกัน จนอาจถึงขั้นหย่าร้างได้ในที่สุด และเนื่องจากร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์กัน ภาวะมีบุตรยากจึงก่อให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกายหรือทางสรีระด้วย จากการศึกษาของเมนนิ่ง (Menning 1980: 313) พบว่า ภาวะมีบุตรยากทำให้สตรีที่ประสบกับปัญหานี้เกิดความเครียด เสรีาโรค ท้อแท้สิ้นหวังซึ่งจากความผิดปกติทางด้านจิตใจดังกล่าว จะส่งผลให้มีความผิดปกติทางสรีระ เช่น เกิดความเบื่อหน่ายชีวิต ทำให้รู้สึกเหนื่อยง่าย ลำไส้ หายใจอึดอัด แน่นหน้าอก เจ็บคอ คล้ายอะไรติดคอ และมักจะร้องไห้ ซึ่งพบร่วมกับอาการซึมเศร้า นอกจากนี้จากค่านิยมในสังคม บทบาทอย่างหนึ่งของผู้หญิง คือ การเป็นมารดาให้กำเนิดและเลี้ยงดูบุตรทำให้สตรีที่มีบุตรยาก รู้สึกเป็นปมด้อย อับอาย จึงแยกตนเองจากสามี ญาติ เพื่อน และสังคม (Mahlsted 1985: 336-337) รวมทั้งเก็บตัว ไม่สมาคมหรือสังสรรค์กับใคร (Menning 1980: 315-316)

จากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและวิทยาศาสตร์การแพทย์ ในปัจจุบันสามารถช่วยในการวินิจฉัย และรักษาภาวะมีบุตรยากในคู่สมรส ทำให้จำนวนครั้งหนึ่งของคู่สมรสที่มีบุตรยากสามารถรักษากจนประสบผลสำเร็จ (Leader, Taylor, & Danilik 1984:461) แต่จากการวินิจฉัย และรักษาโดยใช้เทคโนโลยีขั้นสูง ทำให้ผู้มีบุตรยากต้องเผชิญกับความเครียดและปรับตัวกับสิ่งที่มาพร้อมกับการตรวจ การวินิจฉัย และการรักษา เช่น ต้องรับการตรวจร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์ที่บ่อยครั้ง, การซักถามประวัติ วิธีและระยะเวลาในการร่วมเพศกับคู่สมรสเพื่อเป็นข้อมูลในการวินิจฉัย และรักษา ซึ่งสิ่งเหล่านี้ ทำให้เกิดความเครียด เกิดความวิตกกังวล เกิดความอับอาย และเป็นทุกข์ เพราะค่านิยมของสังคม และความเชื่อที่คิดว่าเรื่องเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ เรื่องเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องส่วนตัวไม่ควรเปิดเผยต่อบุคคลอื่นถึงแม้จะเป็นบุคลากรทางการแพทย์ก็ตาม นอกจากนี้ยังรู้สึกสูญเสีย การดำเนินชีวิตที่ปกติสูญเสียการควบคุมตนเอง เนื่องจากต้องทำตามวิธีการตรวจรักษาที่สลับซับซ้อน ต้องทดลอง และปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด (Menning 1982: 314-341) เช่น สตรีที่มีบุตรยากต้องวัดปรอททุกเช้า มีการตรวจมูกปากมดลูก และตรวจเชื้ออสุจิหลังการร่วมเพศกับสามี ต้องมีเพศสัมพันธ์กับสามีหรืองดการมีเพศสัมพันธ์กับสามีตามระยะเวลาที่แพทย์กำหนด จนบางครั้งสตรีที่มีบุตรยาก รู้สึกว่าการมีเพศสัมพันธ์กับสามี ไม่ใช่สิ่งที่เกิดขึ้นจากความต้องการตามธรรมชาติ แต่เป็นสิ่งที่ต้องกระทำตามตารางที่แพทย์กำหนด จึงเกิดความรู้สึกเครียดเก็บกดไม่สามารถปรับตัวให้ยอมรับสภาพได้ เกิดความรู้สึกเฉื่อยชาทางเพศ เกิดความไม่เข้าใจกันกับคู่

สมรส มีผู้กล่าวว่า การมีบุตรยาก เป็นความพิการอย่างหนึ่งซึ่งซ่อนอยู่ในร่างกาย ไม่ปรากฏสภาพ เหมือนความพิการชนิดอื่นดังนั้นความทุกข์จากการไม่มีบุตร จึงเป็นความทุกข์ที่ยากจะมีใครเข้าใจ และร่วมรับรู้ในภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้น จากผลกระทบดังกล่าวสตรีที่มีบุตรยาก จึงต้องมีการปรับตัว เพื่อให้เกิดภาวะสมดุลทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถอยู่ในสังคมหรือสภาพแวดล้อมได้

ในการปรับตัวของบุคคลนั้น รอย (Roy 1989: 6-15) ได้เสนอทฤษฎีเกี่ยวกับการปรับตัว ของบุคคลโดยมีแนวคิดว่า มนุษย์เป็นหน่วยเดียวที่ไม่อาจแยกร่างกายและจิตใจออกจากกันได้ เมื่อมี สิ่งใดมากระทบหน่วยใดหน่วยหนึ่ง จะมีผลถึงส่วนอื่น ๆ ด้วย ดังนั้น มนุษย์จึงต้องมีการปรับตัวเพื่อ ดำรงสภาวะสมดุล เพื่อให้เกิดความมั่นคงทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ทำให้เกิดพฤติกรรม การปรับตัว 4 ด้าน ได้แก่ การปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัคมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่ง พึ่งอาศัยซึ่งกันและกัน สำหรับสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้บุคคลเกิดการปรับตัวนั้น รอย แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ สิ่งเร้าตรง สิ่งเร้าร่วม และสิ่งเร้าแฝง

ภาวะมีบุตรยากเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต ทำให้สตรีที่มีบุตรยากต้องมีการปรับตัว ดังนั้น ภาวะมีบุตรยากจึงเป็นสิ่งเร้าตรงที่ทำให้เกิดการปรับตัว ทั้งนี้ เพราะสิ่งเร้าตรง หมายถึง สิ่งเร้าที่ บุคคลกำลังเผชิญอยู่โดยตรง มีความสำคัญ และมีอิทธิพลต่อการปรับตัวมากที่สุด การปรับตัวด้าน ร่างกาย หรือสรีระในสตรีที่มีบุตรยาก ส่วนมากจะเป็นผลเนื่องมาจาก ความผิดปกติทางด้านจิตใจ เช่น จากความเครียด ความวิตกกังวล ทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก และการ ทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายผิดปกติ สตรีที่มีบุตรยากบางรายจะรู้สึกเบื่ออาหาร แบบแผนการ รับประทานอาหาร และการพักผ่อนถูกรบกวน (Mahlsted 1985: 335-346)

การปรับตัวด้านอัคมโนทัศน์ เป็นการปรับตัวที่มีรักษาความมั่นคงทางด้านจิตใจ ในสตรี ที่มีบุตรยาก ภาวะมีบุตรยากจะคุกคามความมั่นคงทางด้านจิตใจรู้สึกด้อยค่า จากการศึกษาของ เบอร์สไตน์ และแมททอกซ์ (Berstein & Mattox 1988 อ้างถึงใน ศรีนวล โอสเสถียร 1991: 265) กล่าวถึงอารมณ์ และความรู้สึกของผู้มีบุตรยากว่า จะเต็มไปด้วยความรู้สึกไม่เพียงพอในชีวิต สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง โดยเฉพาะฝ่ายหญิงรู้สึกเสียภาพลักษณ์ของตนเองรู้สึกที่ตนเองแตกต่างจากผู้หญิงทั่วไป มีปมด้อย ไม่มีความเชื่อมั่นในตนเอง มองโลกในแง่ร้าย ดังนั้น จำเป็นที่สตรีที่มี บุตรยากจะต้องปรับตัว ด้านความคิดที่มีต่อตนเอง ต้องมีการรับรู้ และเข้าใจสถานการณ์ หรือ ปัญหาที่เกิดขึ้นตามสภาพเป็นจริง มีความมั่นคงทางด้านจิตใจ มีความเชื่อมั่น และเห็นคุณค่าแห่ง ตนซึ่งจะช่วยให้สตรีที่มีบุตรยากปรับตัวต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ไม่พึงประสงค์หรือความกดดันต่าง ๆ ได้ดี สำหรับการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่เป็นการแสดงบทบาทหน้าที่ต่าง ๆ ของบุคคลนั้น ในการ ตอบสนองความต้องการ และเพื่อคงไว้ซึ่งความมั่นคงทางสังคม สตรีที่มีบุตรยากจะรู้สึกสูญเสีย บทบาทการเป็นมารดา ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการ ในวัยผู้ใหญ่คิดว่าตนเองล้มเหลวในบทบาท

ของผู้หญิงที่มีหน้าที่ในการให้กำเนิดบุตร ไม่สามารถทำหน้าที่ภรรยาได้เหมาะสม นอกจากนี้สตรีที่มีบุตรยากบางรายจะหมกมุ่นกับการรักษาภาวะมีบุตรยากมากเกินไป จนกระทั่งไม่สนใจที่จะปฏิบัติหน้าที่ ที่มีต่อตนเอง ต่อสามี ต่อบุคคลใกล้ชิด และต่อสังคม ส่วนการปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน หมายถึง การที่คนเราต้องมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องและพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ในบางครั้งการวินิจฉัยและการตรวจรักษาสตรีที่มีบุตรยาก โดยวิธียุ่งยากซับซ้อน รวมทั้งต้องอาศัยวิชาการทางด้านการแพทย์ ทั้งเรื่องยา และการผ่าตัด ทำให้สตรีที่มีบุตรยากมองเห็นตัวเองเหมือนผู้ป่วย เกิดปัญหาการแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมพึ่งพาอาศัยผู้อื่นเกินควร พร้อมทั้งต้องการความสนใจเอาใจใส่จากครอบครัว และบุคคลใกล้ชิดมากเกินไป เป็นการพึ่งพาอาศัยที่ไม่เหมาะสม ทำให้บุคคลรอบข้างเอือมระอาได้ และจากภาวะมีบุตรยากทำให้สตรีที่มีบุตรยากรู้สึกเป็นปมด้อย ไม่ไว้วางใจผู้อื่น มองโลกในแง่ร้าย คิดว่าไม่มีใครเข้าใจความรู้สึกของตนเองแม้กระทั่งสามี ทำให้แยกตนเอง (Mahlsted 1985: 335-346; Menning 1982: 314-341) นอกจากนี้ สตรีที่มีบุตรยากยังเกิดอคติกับเด็ก ไม่ต้องการคบหาสมาคม หรือ สังคมกับครอบครัวที่มีเด็ก และสตรีที่ตั้งครรภ์ จากความคิดและพฤติกรรมนี้ ทำให้สตรีที่มีบุตรยากต้องเก็บกด อยู่อย่างโดดเดี่ยว เผชิญกับความทุกข์ตามลำพัง

การที่สตรีที่มีบุตรยากจะสามารถปรับตัวได้ดีและเหมาะสม สิ่งเร้าร่วมที่สำคัญและน่าจะมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของสตรีที่มีบุตรยาก คือ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด ได้แก่สามี สมาชิกในครอบครัว เพื่อน และจากบุคคลทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล จากแนวคิดของ ธอยท์ส (Thoits) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือการสนับสนุนด้านอารมณ์-สังคม การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านเครื่องมือสิ่งของ สามารถช่วยให้บุคคลตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่ไม่พึงพอใจ ที่ไม่คาดคิดว่าจะเกิดกับชีวิตได้ง่าย และเหมาะสม มีความสำคัญสำหรับส่งเสริมและคงไว้ซึ่งศักยภาพสูงสุดของคนในการทำหน้าที่ ที่เหมาะสมทางสังคม และมีชีวิตที่พึงพอใจ (Bromet & Moss 1977: 326-376) เช่น ไฟรีดแมน (Frydman, N. T. 1981: 69-78) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ภาวะเครียดของชีวิต และอาการทางจิตของเด็กป่วยเรื้อรังโรคซิสติก ไฟโบซิส (Cystic fibrosis) และมะเร็งในเม็ดเลือดขาว จำนวน 220 คน พบว่า ในขณะที่สภาวะเครียดของชีวิตสูง และได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยทำให้เด็กมีอาการทางจิตสูง ในทางตรงกันข้าม กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก อาการทางจิตที่ปรากฏจะน้อยกว่า และจากการศึกษาของเมอร์เซอร์ (Mercer 1981: 75) กล่าวว่า ถ้ามารดาภายหลังคลอดได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างดี ก็จะทำให้มารดาลดความตึงเครียด และสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทการเป็นมารดาได้ดี การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคม จึงช่วยลดภาวะวิกฤตและความตึงเครียด สามารถเผชิญเหตุการณ์ที่ไม่พึงปรารถนาได้ดีขึ้น มีการปรับตัวที่ถูกต้องเหมาะสม

(Cohen & Wills 1985: 310-353) สิ่งเร้าสุดท้ายคือสิ่งเร้าแฝง หมายถึง ลักษณะของสตรีที่มีบุตรยาก ซึ่งเป็นอยู่ในขณะนั้น และมีความเกี่ยวข้อง หรือมีผลต่อสภาวะมีบุตรยาก เช่น ความเชื่อ ทศนคติ อุปนิสัย ประสบการณ์เดิม หรือบุคลิกเฉพาะตัวของสตรีที่มีบุตรยาก สิ่งเร้าทั้ง 3 เปรียบเสมือนกับ สิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกที่เข้ามาระทบสตรีที่มีบุตรยาก เพื่อกระตุ้นให้สตรีที่มีบุตรยาก ปรับตัว ตอบสนองความต้องการ และความมั่นคงของชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

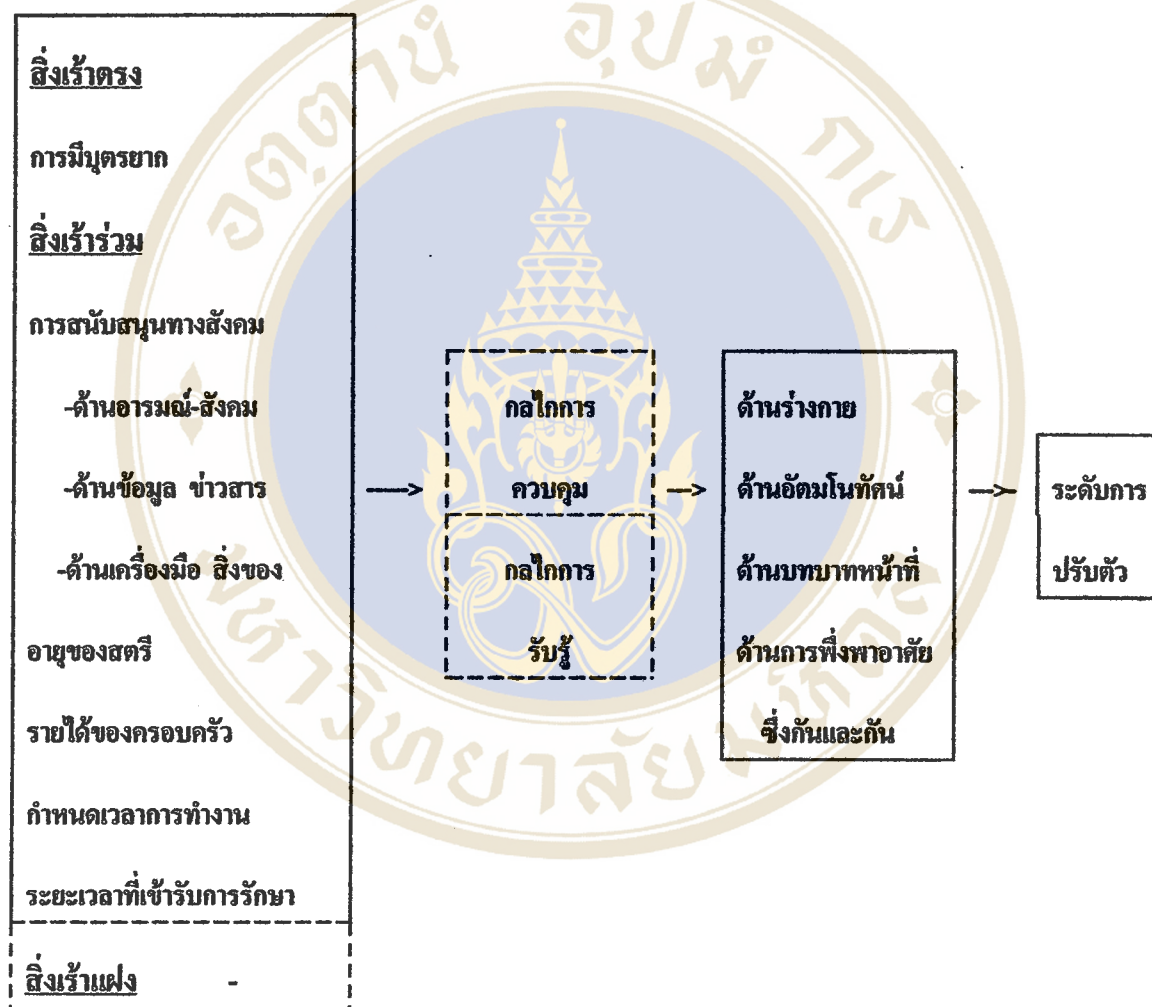
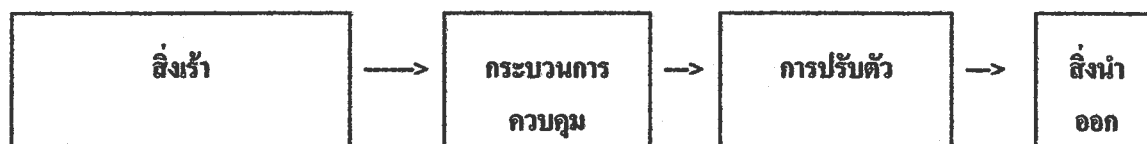
นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่น่าจะมีอิทธิพล หรือส่งเสริมต่อการปรับตัวของสตรีที่มีบุตรยาก และถือเป็นปัจจัยร่วม ได้แก่ อายุของสตรี รายได้ของครอบครัว กำหนดเวลาการทำงาน และระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการเข้าใจ และตัดสินใจต่าง ๆ อายุมีอิทธิพลต่อความสามารถในการปรับตัวของสตรีที่มีบุตรยาก ซึ่งจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จะสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และลดลงเมื่อสู่วัยชรา (อบรม ริมภิลาล 2520: 123) อายุยังมีความสัมพันธ์กับโอกาสการตั้งครรภ์ สตรีที่มีอายุมากขึ้น ย่อมมีโอกาสตั้งครรภ์ลดลง โอกาสการตั้งครรภ์จะลดลงหลังอายุ 35 ปี ฉะนั้นอายุจึงเป็นปัจจัยที่มีผลทั้งทางบวก และทางลบ ต่อการปรับตัวของสตรีที่มีบุตรยาก รายได้ของครอบครัว เป็นแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่งของมนุษย์ที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว ผู้มีรายได้ดีย่อมสามารถตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานของชีวิตได้ดี เอื้ออำนวยความสะดวกส่งเสริมพฤติกรรมอนามัยที่ดี ตลอดจนการรักษาภาวะมีบุตรยากต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง และไม่สามารถกำหนดได้ว่า จะต้องรักษาไปนานเท่าไร เสียค่าใช้จ่ายแค่ไหนจึงจะประสบผลสำเร็จ ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ จึงเป็นปัญหาที่สำคัญประการหนึ่งที่ทำให้สตรีที่มีบุตรยากเกิดความวิตกกังวล และมีผลต่อการปรับตัวของสตรีที่มีบุตรยากด้วย กำหนดเวลาการทำงาน ของสตรีที่มีบุตรยากเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากการรักษาภาวะมีบุตรยากจะต้องมาพบแพทย์ตามนัด บ่อยครั้ง เวลาที่แพทย์นัดปกติจะเป็นเวลากลางวัน ซึ่งเป็นช่วงเวลาทำงาน การที่สตรีที่มีบุตรยากต้องลางานบ่อยครั้งเพื่อมาพบแพทย์ ย่อมมีผลต่อหน้าที่การทำงาน ทำให้เกิดความวิตกกังวล และความเครียด ซึ่งจะมีผลต่อการปรับตัวของสตรีที่มีบุตรยาก ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา ซึ่งระยะเวลาที่เข้ารักษา ยิ่งนาน โดยเฉพาะถ้านานเกินกว่า 3 ปี จะทำให้การรักษาประสบผลสำเร็จน้อยลง (วาริวรรณศิริวณิชย์ 2531: 29) ถ้าใช้ระยะเวลานาน สตรีที่มีบุตรยากย่อมเกิดความเบื่อหน่าย สิ้นหวัง ท้อแท้ วิตกกังวลมากขึ้น และมีผลต่อการปรับตัวของสตรีที่มีบุตรยากด้วย

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่า สตรีที่มีบุตรยากจะสามารถปรับตัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมได้ถูกต้องเหมาะสม สามารถแก้ปัญหาผ่านพ้นภาวะวิกฤต อยู่ในสังคมหรือสภาพแวดล้อมได้และมีความสุขตามควร ย่อมขึ้นกับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม อายุของสตรี รายได้ของครอบครัว กำหนดเวลาการทำงาน และระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา เพราะปัจจัยเหล่านี้ จะมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของสตรีที่มีบุตรยาก ซึ่งจะส่งเสริมให้สตรีที่มีบุตรยาก

สามารถปรับตัวได้ดีขึ้น จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัย จึงสนใจที่จะทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ซึ่งได้แก่ อายุของสตรี รายได้ของครอบครัว กำหนดเวลาการทำงาน ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษ และ การสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวในสตรีที่มีบุตรยาก ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้คาดว่าจะนำไปใช้ประโยชน์ เพื่อให้พยาบาลนำไปใช้ในการวางแผนช่วยเหลือ และ ส่งเสริมให้สตรีที่มีบุตรยากมีการปรับตัวได้ดี สามารถนำแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ในการปรับตัวได้อย่างเหมาะสม มีความพึงพอใจในการดำรงชีวิต มีความสุขทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ตามศักยภาพของตนเอง

กรอบทฤษฎีที่ผู้วิจัยนำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ทฤษฎีการปรับตัวของ
รอย





แผนภูมิ 1 กรอบแนวคิด ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของสตรีที่มีบุตรยาก

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อ :

1. ประเมินระดับการปรับตัวโดยรวมและรายด้านของสตรีที่มีบุตรยาก
2. ประเมินระดับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้านของสตรีที่มีบุตรยาก
3. วิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยบางประการ ได้แก่ อายุของสตรี รายได้ของครอบครัว กำหนดเวลาการทำงาน ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษ และการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการปรับตัวของสตรีที่มีบุตรยาก

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยบางประการ ได้แก่ อายุของสตรี รายได้ของครอบครัว กำหนดเวลาการทำงาน ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษ และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวในสตรีที่มีบุตรยาก

ขอบเขตของการศึกษาวิจัย

การศึกษานี้ จะทำการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวของสตรีที่มีบุตรยากที่มารับการตรวจรักษาในคลินิกผู้มีบุตรยากที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ความรู้เกี่ยวกับระดับการปรับตัวและการสนับสนุนทางสังคมจะเป็นแนวทางให้พยาบาลและบุคคลที่เกี่ยวข้องส่งเสริมให้สตรีที่มีบุตรยากได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น
2. ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวในสตรีที่มีบุตรยาก จะช่วยให้พยาบาลและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้ทราบถึงกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินการเพื่อส่งเสริมการปรับตัวของสตรีที่มีบุตรยาก

นิยามตัวแปร

ปัจจัยบางประการ หมายถึง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสตรีที่มีบุตรยาก ได้แก่ ระดับอายุของสตรี รายได้ของครอบครัว กำหนดเวลาการทำงาน และระยะเวลาที่เข้ารับการรักษเพื่อแก้ไขภาวะมีบุตรยาก

1. อายุของสตรี หมายถึง จำนวนเต็มปี นับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ทำการศึกษา ถ้าเกินหกเดือนนับเป็นจำนวนเต็มปี

2. รายได้ของครอบครัว หมายถึง รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของสตรีที่มีบุตรยาก และสามารถคิดเป็นจำนวนบาท

3. กำหนดเวลาการทำงาน หมายถึง เวลาการทำงานที่สตรีที่มีบุตรยากทำเป็นประจำ ที่มีรายได้หรือค่าตอบแทนแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

มีกำหนดเวลาแน่นอน คือ เวลา 8.00 น. ถึง 16.00 น. หรือ 8.00 น. ถึง 17.00 น. เช่น รับราชการ ทำงานบริษัท เป็นต้น

มีกำหนดเวลาไม่แน่นอน เช่น เกษตรกร รับจ้าง เย็บผ้า ค้าขาย แม่บ้าน เป็นต้น

4. ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษា หมายถึง จำนวนเดือนที่สตรีที่มีบุตรยากนับตั้งแต่เข้ารับการวินิจฉัย และรักษาที่คลินิกผู้มีบุตรยาก จนถึงวันที่ทำการศึกษา

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความรู้สึกของสตรีที่มีบุตรยากเกี่ยวกับการได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ คู่สมรส ญาติ เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ที่สร้างจากแนวคิดของ รอยท์ส (Thoits 1985: 417) ซึ่งวัดการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์-สังคม การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านเครื่องมือ สิ่งของ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์-สังคม หมายถึง ความรู้สึกของสตรีที่มีบุตรยากที่ได้รับการประคับประคอง เอาใจใส่ ห่วงใย ได้รับกำลังใจ ได้รับการยอมรับ

2. การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร หมายถึง การที่สตรีที่มีบุตรยากได้รับคำแนะนำ ในการแก้ปัญหา หรือการได้รับข้อมูลป้อนกลับ เกี่ยวกับการกระทำของสตรีที่มีบุตรยาก

3. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ สิ่งของ หมายถึง การที่สตรีที่มีบุตรยากได้รับความช่วยเหลือในด้านสิ่งของ เงินทอง แรงงาน หรือบริการ

การปรับตัว หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงถึงความสามารถของสตรีที่มีบุตรยากในการตอบสนองต่อภาวะมีบุตรยาก เพื่อคงไว้ซึ่งความมั่นคงของชีวิต ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม สามารถประเมินโดยใช้แบบสอบถามการปรับตัวที่ผู้วิจัยสร้างโดยอาศัยกรอบทฤษฎีการปรับตัวของรอยท์ส ซึ่งวัดการปรับตัว 4 ด้าน คือ การปรับตัวด้านร่างกาย หรือสรีระ การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ และการปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน

1. การปรับตัวด้านร่างกาย หรือสรีระ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรม การตอบสนองความต้องการพื้นฐานของร่างกายได้แก่ ความต้องการทางด้านการทำกิจกรรม การพักผ่อน การขับถ่าย น้ำ และแร่ธาตุ ออกซิเจน และการไหลเวียน ระบบการควบคุมอุณหภูมิ และการรับรู้สีก

2. การปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรม การตอบสนองที่แสดงออกในลักษณะของความรู้สึกนึกคิดที่สตรีที่มีบุตรยากมีต่อตนเองเกี่ยวกับด้านร่างกาย และด้านส่วนบุคคลซึ่งประกอบด้วยอัตมโนทัศน์ ด้านศีลธรรมจรรยา ด้านความมั่นคงอันเกิดจากความเสมอต้นเสมอปลาย ด้านปณิธานความคาดหวังที่ตนมี และความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเองของสตรีที่มีบุตรยาก

3. การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรม การตอบสนองในด้านบทบาทหน้าที่ของสตรีที่มีบุตรยากที่มีต่อตนเอง ต่อสามี ต่อบุคคลในครอบครัว และต่อสังคม

4. การปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรม การตอบสนองด้านพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ระหว่างสตรีที่มีบุตรยากกับบุคคลในครอบครัว หรือบุคคลอื่น ๆ เพื่อความสมดุลและความมั่นคงทางด้านสังคม

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวในสตรีที่มีบุตรยาก ผู้วิจัยทำการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในหัวข้อ การมีบุตรยาก ปัญหาของสตรีที่มีบุตรยาก มโนทัศน์เกี่ยวกับการปรับตัว มโนทัศน์เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวในสตรีที่มีบุตรยาก

การมีบุตรยาก (Infertility)

การมีบุตรยาก หมายถึง การที่คู่สมรสที่ไม่ได้คุมกำเนิด หรือหยุดคุมกำเนิดอย่างน้อย 1 ปี มีสัมพันธภาพทางเพศสม่ำเสมอ เป็นระยะเวลา 1 ปี แล้วไม่ตั้งครรภ์ เรียกว่า การมีบุตรยากชนิดปฐมภูมิ (Primary infertility) ส่วนผู้ที่เคยตั้งครรภ์ ซึ่งอาจสิ้นสุดโดยการแท้ง หรือคลอด และไม่ตั้งครรภ์อีกหลังจากพยายามอย่างน้อย 1 ปี เรียกว่า การมีบุตรยากชนิดทุติยภูมิ (Secondary infertility) (พวงเพ็ญ ริมคูสิต 2533: 5)

เสวีขิง ศรีวรรณบุรณ์ (2526: 2) ให้ความหมายที่ใกล้เคียงกันว่า การมีบุตรยาก หมายถึง การที่คู่สามีภรรยาที่อยู่ร่วมกัน และมีความสัมพันธ์ทางเพศปกติสม่ำเสมอ โดยไม่มีการคุมกำเนิด แล้วไม่มีการตั้งครรภ์เกิดขึ้น ทั้งที่ ฝ่ายชายและฝ่ายหญิงเป็นปกติทั้งคู่ แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

การมีบุตรยากชนิดปฐมภูมิ คือ การมีบุตรยากที่ฝ่ายหญิงไม่เคยตั้งครรภ์เลย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอายุของฝ่ายหญิงเป็นสำคัญ คือ ถ้าหญิงอายุ ต่ำกว่า 25 ปี ให้ระยะเวลา 2 ปี ถ้าฝ่ายหญิงอายุ 25-29 ปี ให้ระยะเวลา 1 ปีครึ่ง และถ้าฝ่ายหญิงอายุ 30-35 ปี ให้ระยะเวลา 1 ปี แต่ถ้าอายุเกิน 35 ปีขึ้นไป ให้ระยะเวลาเพียง 6 เดือน

การมีบุตรยากชนิดทุติยภูมิ หมายถึง การมีบุตรยากที่ฝ่ายหญิงเคยมีครรภ์มาก่อน อาจสิ้นสุดลงด้วยการแท้ง หรือการคลอดก็ตาม หลังจากนั้นไม่มีครรภ์อีกเลยเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 ปี ในกรณีที่ให้ลูกกินนมมารดา ต้องนับตั้งแต่ การสิ้นสุด การเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา

สาเหตุของการมีบุตรยาก

สาเหตุของการมีบุตรยาก (หะทัย และ อรุษา เทพพิสัย 2533: 289-291) แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. สาเหตุส่งเสริม คือสาเหตุที่ส่งเสริมให้คู่สมรสมีบุตรยาก ซึ่งมีหลายสาเหตุ ได้แก่

1.1 อายุของสามี และภรรยา (Age factor) ทั้งนี้โดยยึดถือว่าอายุประมาณ 24-25 ปี ในสามี และอายุของภรรยาระหว่าง 21-24 ปี จะเป็นช่วงเวลาที่สามารดตั้งครรภ์ได้มากที่สุด หลังจากนั้นจะค่อย ๆ ลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางฝ่ายภรรยาตกลงอย่างรวดเร็วหลังอายุ 35 ปี กล่าวคือ พออายุถึง 35 ปี ความสามารถในการตั้งครรภ์จะถูกลดลงไปร้อยละ 10 พออายุ 40 ปี ความสามารถในการตั้งครรภ์จะลดลง ร้อยละ 33 และอายุ 45 ปี ความสามารถในการตั้งครรภ์จะลดลงไป ร้อยละ 88 นอกจากนั้นยังพบว่า สตรีที่เคยตั้งครรภ์มาแล้วอย่างง่ายดาย แต่เมื่ออายุย่างเข้า 35-40 ปี จะมีโอกาสตั้งครรภ์ได้เพียงร้อยละ 50-60 เท่านั้น สำหรับฝ่ายสามีก็ทำนองเดียวกันกล่าวคือ เมื่ออายุผ่านพ้น 25 ปี ไปแล้ว ก็จะทำให้อัตราการตั้งครรภ์ของภรรยาลดน้อยลงไปด้วยบ้าง แต่เมื่ออายุย่างเข้า 35 ปี ไปแล้ว จะเห็นว่าอัตราการตั้งครรภ์ในภรรยาถูกลดลงไปอย่างมาก (Wheeler JM. and Polan ML. 1988: 4) นอกจากนี้ ในปัจจุบันอายุของหญิงชายที่เริ่มสมรสกัน มีมากขึ้นกว่าแต่ก่อน ทั้งนี้คงเป็นเพราะต้องการเวลาในการศึกษาเล่าเรียนมากกว่าสมัยก่อน และต้องใช้เวลาลี้ภัยระยะหนึ่งในการสร้างฐานะของตนเองให้ดีขึ้นก่อนสมรส ซึ่งจากความล่าช้าดังกล่าวทำให้คู่สมรสผ่านพ้นวัยเจริญพันธุ์ไปโดยไม่รู้ตัว

1.2 ความถี่ของการร่วมเพศ (Frequency of sexual intercourse) โดยทั่วไปในคนปกติถือว่า การร่วมเพศ 4-6 ครั้งต่อสัปดาห์ จะทำให้มีโอกาสตั้งครรภ์ได้มากที่สุด ถ้าน้อยกว่า 4 ครั้ง หรือมากกว่า 6 ครั้งต่อ 1 สัปดาห์ จะทำให้มีโอกาสการตั้งครรภ์ลดลง ฉะนั้นควรแนะนำผู้มีบุตรยากให้มีการร่วมเพศ วันเว้นวันในสัปดาห์ที่คาดว่าจะมีการตกไข่

1.3 ระยะเวลาของการสมรส (Duration of marriage) คือ ถ้าระยะเวลาของการสมรสยิ่งนาน พบว่า โอกาสที่จะตั้งครรภ์ได้หลังจากการปฏิบัติรักษาก็ยิ่งน้อยลง ทั้งนี้เพราะโรคหรือพยาธิสภาพที่เป็นสาเหตุของการมีบุตรยากอาจลุกลามมากขึ้นจนไม่สามารถแก้ไขได้ เช่น เนื้องอกของมดลูก (Myoma uteri) และ Endometriosis เป็นต้น นอกจากนั้น อายุที่ผ่านพ้นไปทุกทีก็ทำให้ผลที่ได้จากการรักษาน้อยลงเป็นลำดับ

1.4 การคุมกำเนิดปัจจุบันมีวิธีคุมกำเนิดมากมายและเป็นที่นิยมกันอย่างแพร่หลาย เช่น ในกรณีที่คู่สมรสยังมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี หรือไม่พร้อมจะมีบุตร หรือต้องการเว้นระยะของการ

มีบุตร คนต่อไปให้ห่างขึ้น วิธีการคุมกำเนิดบางอย่าง อาจจะทำให้กระทบกระเทือนต่อการทำงานของระบบสืบพันธุ์ได้หลังจากเลิกคุมกำเนิดด้วยวิธีนั้น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งฮอร์โมนฉีดคุมกำเนิด เช่น Depomedroxy progesterone acetate อาจจะทำให้การตกไข่กลับคืนมาล่าช้ามาก นอกจากนี้ การใส่ห่วงอนามัย อาจจะทำให้เกิดการอักเสบของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน (Pelvic inflammatory disease หรือ PID) จนทำให้เกิดการติบตันของท่อนำไข่ได้ ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาเรื่องการมีบุตรยากตามมา

1.5 การติดเชื้อ มีอุบัติการณ์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually transmitted disease หรือ STD) เพิ่มขึ้นเป็นลำดับ โรคนี้เป็นสาเหตุของการมีบุตรยากทั้งฝ่ายสามีและภรรยา การติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานทำให้เกิดการติบตันของท่อนำไข่ในผู้หญิง การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์อาจทำให้เกิดการอักเสบของต่อมต่าง ๆ ในระบบสืบพันธุ์ รวมทั้งทำให้เกิดการอุดตันของท่อนำสุจิของทางฝ่ายสามี การทำแท้งที่ผิดกฎหมาย (Criminal abortion) ซึ่งทำโดยไม่ถูกหลักวิชาอาจทำให้เกิดการอักเสบของระบบสืบพันธุ์ทำนองเดียวกับที่กล่าวมาแล้ว

1.6 ขาดความรู้ในเรื่องเพศ (Sexual ignorance) เช่น ไม่ทราบระยะเวลาที่มีการตกไข่ในรอบเดือนซึ่งเป็นระยะที่มีโอกาสตั้งครรภ์ได้ถ้าร่วมเพศ สตรีบางรายทำการสวนล้างช่องคลอด (Vaginal douching) หลังการร่วมเพศเสร็จใหม่ ๆ จะทำให้น้ำอสุจิถูกพัดพาออกไปจากช่องคลอดหมด นอกจากนั้น สตรีบางรายอาจจะลุกขึ้นจากเตียงนอนหลังการร่วมเพศเสร็จใหม่ ๆ ทำให้น้ำอสุจิบางส่วนไหลออกจากช่องคลอดมีผลทำให้โอกาสที่จะตั้งครรภ์ลดน้อยลงไป

1.7 บรรยากาศสิ่งแวดล้อม อาชีพ และอุปนิสัย สตรีที่ทำงานอยู่ในโรงงานอุตสาหกรรม อาจได้รับสารเคมีบางอย่างเข้าไป เช่น สารตะกั่วจากโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ สาร Benzene ซึ่งใช้เป็นตัวทำละลาย (Solvent) ในอุตสาหกรรมบางอย่างรวมทั้งสารกัมมันตภาพรังสี (Radioactive substances) บรรดาสารดังกล่าวมีส่วนทำให้อัตราเสี่ยงต่อการมีบุตรยาก และการตั้งครรภ์สูญเปล่ามากขึ้นอย่างไรก็ตามยังมีผู้ตั้งข้อสังเกตว่า การดื่มกาแฟมากๆ และการสูบบุหรี่อาจมีความสัมพันธ์กับการมีบุตรยาก กล่าวคือ อาจทำให้อุบัติการณ์ของการแท้งเพิ่มมากขึ้น

สำหรับฝ่ายชาย ผู้ที่ได้รับความร้อนมากเกินไป หรือ ได้รับสารเคมีพวก Benzene ผลิตภัณฑ์จาก Petroleum สารตะกั่ว รวมทั้งการสูบบุหรี่ และดื่มสุรา สามารถทำให้กระบวนการสร้างตัวอสุจิน้อยลงไปได้ และสตรีที่ดื่มสุรา อาจทำให้เกิดการไม่ตกไข่ (Anovulation) และความพิการของทารกในครรภ์มารดา (Congenital anomalies) ผู้ชายที่ติดยาเสพติดเป็นประจำ เช่น กัญชา อาจทำให้ระดับ ฮอร์โมน Testosterone ในกระแสเลือดลดลง การสร้างตัวอสุจิน้อยลง รวมทั้งทำให้ไร้สมรรถภาพในทางเพศ (Impotence)

1.8 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ (Emotional factors) สตรีที่มีอารมณ์เครียดอยู่เสมอ อาจทำให้รอบประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอและบางครั้งอาจทำให้ประจำเดือนขาดหายไป

(amenorrhea)สตรีจำพวกนี้จะมีอาการปวดเกร็งช่องคลอด เนื่องจากการบีบรัดของกล้ามเนื้อรอบช่องคลอด (Vaginismus) และมีความเจ็บปวดในขณะร่วมเพศ (Dyspareunia) รวมทั้งไม่สนใจในเรื่องเพศ หรือมีความเย็นชาไร้กำหนัด (Frigidity)

สำหรับผู้ชายที่มีความเครียดทางอารมณ์ (Emotional stress) อาจทำให้เกิดปัญหาหลายประการ เช่น มีการสร้างตัวอสุจิน้อยลง มีอารมณ์ทางเพศลดลง หรือไม่มีเลย บางครั้งอาจทำให้มีการหลั่งตัวอสุจิเร็วเกินไป (Premature ejaculation)

1.9 การหย่าร้าง ปัจจุบันมีอุบัติการณ์ของการหย่าร้างเพิ่มมากขึ้น และฝ่ายชายหรือฝ่ายหญิง อาจจะทำหมันไปแล้วเมื่ออายุยังน้อย เมื่อทั้งสองฝ่ายไปแต่งงานใหม่ก็จะต้องมาให้แพทย์ทำการผ่าตัดแก้หมัน (Reversal of sterilization) จากวิธีการผ่าตัดแก้หมันที่มีอยู่ในปัจจุบันก็ไม่สามารถทำให้ผู้ที่ทำหมันไปแล้วทุกรายสามารถตั้งครรภ์ได้

2. สาเหตุโดยตรง

สาเหตุโดยตรงของการมีบุตรยากในคู่สมรส ได้แก่

2.1 ปัจจัยทางฝ่ายสามี (Male factor) มีประมาณร้อยละ 40 แบ่งได้เป็น (พวงเพ็ญ ริมคูสิต 2533: 8)

2.1.1 ปัญหาทั่ว ๆ ไป เช่น มีโรคประจำตัว ทำงานมาก เหนื่อย คิดเหง้า นุหรี่ ยาเสพติด เหล่านี้ทำให้การร่วมเพศห่าง และการสร้างตัวอสุจิน้อยลง

2.1.2 ภาวะทางจิตใจ เช่น ความเครียด กังวล ตื่นเต้น หรือมีความกลัวอย่างรุนแรง มีผลทำให้อวัยวะเพศไม่แข็งแรง (Impotent) บางรายหลั่งน้ำอสุจิเร็วเกินไป

2.1.3 ความผิดปกติ แต่กำเนิดของอวัยวะสืบพันธุ์ เช่น ลูกอัณฑะไม่ลงในถุงอัณฑะ (Undescended testis) เซลล์สร้างตัวอสุจิไม่เจริญ (Testicular germinal aplasia)

2.1.4 การสร้างตัวอสุจิหรือทางออกของน้ำอสุจิผิดปกติ อาจเป็นมาแต่กำเนิด หรือจากการอักเสบของลูกอัณฑะ และทางเดินของน้ำอสุจิจากโรคต่าง ๆ เช่น คางทูม กามโรค

2.1.5 ความผิดปกติในการทำงานของต่อมไร้ท่ออื่น ๆ เช่น Hypothalamus ต่อม Pituitary ต่อมธัยรอยด์ และต่อมหมวกไต

2.2 ปัจจัยทางภูมิคุ้มกัน (Immunological factor) มีไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 หมายถึง การที่ฝ่ายสามีหรือภรรยา หรือทั้งสองฝ่ายมีการสร้างภูมิคุ้มกัน (Antibodies) ต่อตัวอสุจิ ปัญหาของการมีบุตรยากที่เกิดจากระบบภูมิคุ้มกันนี้ไม่ได้อยู่ที่ว่า ทำไมจึงเกิดการสร้างภูมิคุ้มกันตัวอสุจิขึ้นทั้งในฝ่ายชายและฝ่ายหญิง แต่อยู่ที่ว่าภูมิคุ้มกันที่เกิดขึ้นนั้นไปรบกวนไม่ให้เกิดการ

ปฏิสนธิโดยไปรบกวนกระบวนการปฏิสนธิตั้งแต่การเดินทางของตัวสุจิจนกระทั่งถึง Gamete interaction (พันธุศาสตร์ ศุภระฤกษ์ และ อร่าม โรจนสกุล 2533: 224)

2.3 ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อที่เกี่ยวข้องและภาวะโภชนาการ (Metabolic and Nutritional Factor) พบประมาณร้อยละ 5 ทั้งนี้เพราะถ้ามีความผิดปกติของต่อมธัยรอยด์ หรือต่อมหมวกไต อาจทำให้การทำงานของสัปปะราวมัส และต่อมมิตูอิทารี ผิดปกติไปได้นอกจากนั้น ยังเชื่อกันว่าการขาดส่วนประกอบที่สำคัญของอาหารบางอย่าง อาทิเช่น โปรตีน และไวดามิน อาจจะทำให้ระบบสืบพันธุ์เสื่อมหน้าที่ลงไป (หะทัย และอรุณา เทพนิสัย 2533: 29)

2.4 ปัจจัยจากทางฝ่ายภรรยา (Female factor) มีประมาณร้อยละ 50 แบ่งได้เป็น (พวงเพ็ญ ริมสุต 2533: 6)

2.4.1 สุขภาพกาย ผู้ที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ โรคเลือด และการติดเชื้อ ภูรี ยาเสพติด ต่าง ๆ เหล่านี้ มีผลให้การมีเพศสัมพันธ์ห่างและอัตราการตั้งครรภ์ลดลงด้วย

2.4.2 สุขภาพจิต เช่น เครียด วิตก กังวล คิดมาก โรคจิต โรคประสาทในสตรีที่มีอาการเหล่านี้ บางรายประจำเดือนจะมาไม่สม่ำเสมอ หรือไม่มีประจำเดือน แบบทุติยภูมิ แสดงว่ารังไข่ทำงานผิดปกติ มี การตกไข่ นาน ๆ ครั้ง หรือไม่มีไข่ตก เป็นผลจากความผิดปกติในการทำงานของ Hypothalamus และสมองส่วนเหนือขึ้นไป

2.4.3 ความผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์ ซึ่งมีผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์โดยตรง เช่น ความผิดปกติของเยื่อพรหมจารี ช่องคลอด คอมคลูก ตัวมคลูก ท่อนำไข่ และรังไข่ ซึ่งจากสถิติของหน่วยรักษาสุมรมิบุตรยาก โรงพยาบาลรามารบติ พบว่าการตกไข่ที่ผิดปกติ ท่อนำไข่ และเยื่อพังผืดในช่องเชิงกราน เป็น 3 ปัจจัยนำของการมีบุตรยากในฝ่ายหญิง

2.4.4 ความผิดปกติในการทำงานของต่อมไร้ท่ออื่น ๆ เช่น Hypothalamus ต่อม Pituitary ต่อมธัยรอยด์ และต่อมหมวกไต

2.5 สาเหตุของการมีบุตรยากที่ไม่สามารถอธิบายได้ (Unexplained infertility) หมายถึง ได้ทำการตรวจค้นคว้าเพื่อหาสาเหตุทุกอย่างทั้งสามมและภรรยาที่ไม่พบสิ่งผิดปกติ แต่ภรรยาก็ยังไม่สามารถตั้งครรภ์ได้

นอกจากนี้ยังพบว่าประมาณร้อยละ 35 ของคู่สมรสที่มีบุตรยาก มักจะมีสาเหตุของการมีบุตรยากหลายสาเหตุร่วมกัน (Multiple factor)

การตรวจ และการค้นหาสาเหตุในสตรีที่มีบุตรยาก

ในการตรวจหาสาเหตุของการมีบุตรยาก ได้มีวิธีการตรวจหลายอย่าง หะทัย และอุรษา เทพนิสัย (2533: 294-303) ได้เสนอขั้นตอนในการตรวจสตรีที่มีบุตรยากดังนี้

1. การซักถามประวัติ ควรถามให้ละเอียดและครอบคลุม ดังนี้

1.1 ประวัติปัจจุบัน(Present history) ได้แก่ การเจ็บป่วย หรือความผิดปกติในปัจจุบัน

1.2 ประวัติทางสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา (Obstetric and gynecological history) ได้แก่ ประวัติประจำเดือน อาการและลักษณะของการตกขาว ประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติการแท้ง ประวัติโรคทางนรีเวชในอดีต และวิธีการรักษา ประวัติการคุมกำเนิด

1.3 ประวัติเกี่ยวกับการร่วมเพศ(Sexual history) เช่น ความถี่และท่าทางในการร่วมเพศ ความเจ็บปวดขณะร่วมเพศ ความผิดปกติทางเพศ การใช้ยาหล่อลื่นช่องคลอด เพราะสารเคมีที่มีอยู่ในยาหล่อลื่นอาจทำอันตรายต่อตัวอสุจิ การสวนล้างช่องคลอดหลังการร่วมเพศ เป็นต้น

1.4 ประวัติครอบครัว (Family history) โรคบางอย่างในบิดามารดาของสตรีที่มีบุตรยาก อาจมีอิทธิพลต่อการทำงานของระบบสืบพันธุ์ เช่น โรคที่มีความผิดปกติทางเอนโดครายน์ และทาง metabolism บางอย่าง รวมทั้งโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม เช่น sickle cell disease และ Tay-sacks trait เป็นต้น

1.5 ประวัติโรคทางอายุรกรรมและศัลยกรรม (Medical and surgical history) เช่น โรค Hypothyroidism และ Hyperthyroidism จะมีผลกระทบโดยตรงต่อการมีบุตรยาก นอกจากนั้น การผ่าตัดบางอย่าง เช่น การผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ อาจทำให้เกิดผลกระทบต่อการรังไข่ และท่อนำไข่ทางด้านขวา

1.6 ประวัติทางด้านจิตใจ (Psychiatric history) เช่น มีความเครียดทางอารมณ์ อาจมีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของ Hypothalamus pituitary axis แล้วทำให้เกิดความผิดปกติของประจำเดือน หรือเกิดการขาดประจำเดือน นอกจากนั้น อาจทำให้เกิด ปัญหาในกระบวนการร่วมเพศ เช่น เกิดการเกร็งรัดช่องคลอด มีความเจ็บปวดขณะร่วมเพศ และไม่มีอารมณ์ทางเพศ เป็นต้น

1.7 นิสัย (Habits) เช่น การใช้ยาบางอย่างเป็นประจำ ได้แก่ ยาจำพวก Phenothiazine และ Psychotropic จะทำให้เกิดภาวะโพรแลคตินสูงในกระแสเลือดแล้วในที่สุดจะทำให้ขาดประจำเดือน และไม่มีอาการตกไข่ การสูบบุหรี่ ทำให้เกิดการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์มารดาช้า และทำให้มีอัตราแท้งเพิ่มขึ้น การดื่มสุรา ทำให้ไม่มีอาการตกไข่ เป็นต้น

1.8 อาชีพ (Occupation) เช่น ผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับสารกัมมันตรังสี จะเป็นอันตรายต่อระบบสืบพันธุ์ เป็นต้น

1.9 ประวัติการรักษาที่ผ่านมา เพื่อหลีกเลี่ยงการรักษาที่ซ้ำซ้อน และหลีกเลี่ยงการตรวจบางอย่างที่ทำบ่อย ๆ แล้วเป็นอันตรายต่อร่างกายได้เช่น การทำ Hysterosalpingography เป็นต้น

2. การตรวจร่างกาย แบ่งเป็น

2.1 การตรวจร่างกายทั่วไป (General physical examination) เช่น การตรวจลักษณะรูปร่างทั่วไป รวมทั้งความสูงและน้ำหนักตัว และควรพึงเฝ้าหาความผิดปกติทางระบบอื่นใด-ครายน์เป็นพิเศษ เช่น การกระจายของขนตามร่างกาย ตรวจหาลักษณะทางเพศชาย รวมทั้งตรวจต่อมธัยรอยด์ และตรวจหาระดับฮอร์โมนในกระแสเลือด

2.2 การตรวจอวัยวะในอุ้งเชิงกราน (Pelvic examination) เช่น ตรวจหาความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์ รวมทั้งพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ได้แก่ การอักเสบ เนื้องอกต่าง ๆ และอวัยวะต่าง ๆ ในระบบสืบพันธุ์

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ถ้าสงสัยมีความผิดปกติของต่อมธัยรอยด์ต้องทำการตรวจสอบหน้าที่ของต่อมธัยรอยด์ (Thyroid function test) ถ้าสงสัยว่าจะมีความบกพร่องของการทำหน้าที่ของ Hypothalamus pituitary ovarian axis ก็ต้องตรวจระดับ FSH LH E Progesterone และ Prolactin ในกระแสเลือด ถ้าสงสัยจะมีปัญหาทางด้านภูมิคุ้มกัน ก็ทำการตรวจหาทางด้านภูมิคุ้มกัน ถ้าสงสัยว่าจะมีการติดเชื้อก็ต้องทำการเพาะเชื้อ (Culture) เป็นต้น

4. การตรวจพิเศษ (Special investigation) จะทำตามความเหมาะสมในแต่ละอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการมีบุตร เช่น การถ่ายภาพรังสีของโพรงมดลูกและท่อนำไข่ (Hysterosalpingography) การส่องกล้องตรวจโพรงมดลูก (Hysteroscopy) การส่องกล้องตรวจทางหน้าท้อง (Laparoscopy) เพื่อตรวจหาพยาธิสภาพของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน การตรวจด้วย Ultrasound เพื่อดูการตกไข่ และพยาธิสภาพของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน และการทำ CT scan เพื่อตรวจหาเนื้องอกของต่อมพิทูอิทารี เป็นต้น

ในการพบแพทย์ครั้งแรก ควรนัดหมายให้สามีและภรรยามาดูด้วยกันแต่ควรแยกซักประวัติคนละครั้ง เพราะบางรายมีประวัติส่วนตัวซึ่งบางเรื่องไม่ต้องการให้คู่สมรสทราบ ในการตรวจหาสาเหตุการมีบุตรยาก ผู้มีบุตรยากต้องมาประมาณ 6-8 ครั้ง และกินเวลาอย่างน้อย 4 เดือน หลังจากนั้นจึงจะเริ่มให้การรักษา

ปัญหาของสตรีที่มีบุตรยาก

ภาวะการมีบุตรยากกำลังเป็นปัญหาสำคัญในสังคมยุคปัจจุบัน มีคู่สมรสจำนวนมากที่มีความประสงค์จะมีบุตรไว้ชมเชย แต่ไม่ประสบผลสำเร็จ สาเหตุส่วนใหญ่มาจากทางฝ่ายสตรี และสตรีจะปรับตัวให้ยอมรับปัญหาการมีบุตรยากได้ลำบากกว่าฝ่ายชาย นอกจากนี้ ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยีในปัจจุบันทำให้มีการค้นพบสาเหตุและการคิดค้นวิธีการรักษา เพื่อแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้ดีขึ้น แต่เป็นวิธีการที่ซับซ้อน ต้องปฏิบัติตามขั้นตอนการวินิจฉัยและรักษาอย่างเคร่งครัด ต้องใช้เวลาในการรักษามาก เสียค่าใช้จ่ายสูง และอัตราการประสบผลสำเร็จน้อย จึงทำให้เกิดปัญหากับคู่สมรส โดยเฉพาะอย่างยิ่งสตรีที่มีบุตรยาก ซึ่งปัญหาดังกล่าวสามารถแยกได้เป็น ปัญหาด้านร่างกาย ปัญหาด้านจิตใจ และ ปัญหาด้านสังคม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ปัญหาทางด้านร่างกาย เกิดขึ้นได้จาก 2 สาเหตุ

1. เกิดจากปัญหาทางด้านจิตใจและมีผลกระทบมาสู่ร่างกาย ทำให้ร่างกายเกิดความผิดปกติในระบบการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เช่น จากความเครียด ความวิตกกังวล ความเศร้าโศก ความทุกข์ ท้อแท้สิ้นหวัง หรือจากความคิดหมกมุ่นกับการรักษา ทำให้สตรีที่มีบุตรยากเกิดความเบื่อหน่ายชีวิตไม่สนใจตนเอง เบื่ออาหาร ทำให้ร่างกายอ่อนเพลียไม่มีแรง นอนหลับไม่เพียงพอ กับการความต้องการของร่างกาย ความเครียดที่เกิดกับสตรีที่มีบุตรยากอาจมีผลกับระบบเอ็นโดครายน์ในร่างกาย ทำให้ความสมดุลของฮอร์โมนในร่างกายผิดปกติ ทำให้ร่างกายไม่สุขสบาย คลื่นไส้ เวียนศีรษะ ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ หรือไม่มีประจำเดือน มีอาการปวดเกร็งช่องคลอดขณะร่วมเพศกับสามี

2. เกิดจากการตรวจวินิจฉัย และรักษาภาวะมีบุตรยาก ซึ่งต้องมีการตรวจร่างกายทั่วไป และตรวจหาความผิดปกติของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ เช่น ตรวจภายในที่บ่อยครั้ง มีการส่องกล้องทางหน้าท้อง (Laparoscopy) เพื่อดูความผิดปกติของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน มีการตรวจท่อนำไข่ เพื่อหาความผิดปกติว่ามีการตันหรือไม่ คือ วิธีเป่าท่อโดยใช้แก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ (Carbondioxide utero-tubal insufflation) การฉีดสารทึบสีเข้าโพรงมดลูกและถ่ายภาพเอ็กซเรย์ (Hysterosal-pingography) การฉีดสีเข้าทางคอมดลูกและตรวจดูสีที่ผ่านออกทางปลายท่อนำไข่ ด้วยกล้อง Laparoscope (Laparoscope with dye insufflation) การเจาะเลือดเพื่อตรวจดูการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย และหาระดับฮอร์โมน Estradiol เพื่อดูการตกไข่ เป็นต้น การตรวจต่าง ๆ เหล่านี้จะทำให้ร่างกายเจ็บปวด และกระทบกระเทือน เช่น เกิดแผลทางหน้าท้อง และมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนเนื่องจากการตรวจ Laparoscope หรือมีเลือดออกจากการทำ Hystero-salpingography

ในสตรีที่ได้รับการรักษาโดยวิธีที่ยังยากซับซ้อน เช่น การใส่ไข่และตัวอสุจิที่เลือกสรรแล้ว เข้าในท่อนำไข่โดยตรง (Gamete Intra fallopian transfer: GIFT) การนำไข่ และอสุจิที่ปฏิสนธิและเจริญระยะหนึ่งใส่ในท่อนำไข่ (Zygote intra fallopian transfer: ZIFT) การนำไข่และอสุจิที่ปฏิสนธิและเจริญระยะหนึ่งใส่ในโพรงมดลูก ที่เรียกว่าการปฏิสนธิในหลอดแก้วและการย้ายตัวอ่อน(In Vitro fertilization and embryo transfer : IVF-ET) ยังมีอาการแทรกซ้อนทางร่างกายมาก เช่น

- มีเลือดออกจากการฉีดตัวอ่อนเข้าโพรงมดลูก ในรายที่ทำ IVF-ET
- มีการตั้งครรภ์นอกมดลูก
- มีการแท้ง
- แพ้ยาสลบ เนื่องจาก สตรีที่มีบุตรยากต้องดมยาสลบในการทำการปฏิสนธิในหลอดแก้ว และการย้ายตัวอ่อน
- เกิดผลข้างเคียงจากการกระตุ้นการตกไข่ทำให้เกิด Ovarian hyperstimulation syndrome เช่น มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน รังไข่มีขนาดใหญ่ เป็นต้น

ปัญหาด้านจิตใจ

การมีบุตรถือเป็นจุดมุ่งหมายในชีวิตอย่างหนึ่งของคู่สมรส ภาวะจิตใจ-อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงจะเริ่มเกิดขึ้นเมื่อสตรีที่มีบุตรยากพบความจริงว่าตนเองไม่สามารถตั้งครรภ์ได้ตามที่วางแผนไว้ ในระยะแรกจะปกป้องความรู้สึกตนเอง โดยพยายามไม่ใส่ใจหรือคิดว่าไม่มีอะไรผิดปกติ จนเมื่อเวลาผ่านไปเรื่อย ๆ เป็นปีจึงเริ่มพบแพทย์เพื่อตรวจหาความผิดปกติ และเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่ามีบุตรยาก สตรีที่อยู่ในภาวะนี้จะมีปฏิกิริยาต่าง ๆ เกิดขึ้น เพราะการมีบุตรยาก เป็นเหตุการณ์ที่บุคคลส่วนใหญ่ไม่คาดคิดว่าจะเกิดขึ้นกับตนเอง

เบอร์สไตน์และแมททอกซ์ (Bernstein & Mattox 1982 อ้างถึงในศรีนวล โอสอเสถียร 1991: 265) กล่าวถึงอารมณ์ของผู้มีบุตรยากว่า จะเต็มไปด้วยความรู้สึกไม่เพียงพอในชีวิต รู้สึกเปล่าเปลี่ยวเหงา และว่างเปล่า สูญเสียความภูมิใจในตนเอง อาจขาดเป้าหมายในชีวิต และยังประสบกับความรู้สึกซึมเศร้าอย่างมากอีกด้วย

หลังจากที่คู่สมรสไปพบแพทย์ เพื่อตรวจหาสาเหตุของการมีบุตรยากขั้นตอนการตรวจวินิจฉัยต่างๆ ทำให้ผู้มีบุตรยากต้องเผชิญความเครียดจากการตรวจ ก่อให้เกิดความวิตกกังวล และความคับข้องใจ หรือภาวะที่ต้องรอคอยคำตอบ และผลการตรวจด้วยจิตใจที่กระวนกระวาย สิ่งเหล่านี้จะสร้างความเครียดให้มากยิ่งขึ้น

ฟิฟส์ (Phipps 1993) ได้ศึกษาถึงผลกระทบของการมีบุตรยากจำนวน 8 คู่ พบว่าความรู้สึกของสามีภรรยาต่อการมีบุตรยากจะคล้ายคลึงกัน คือ ความรู้สึกเสียใจแก่ตนเอง ร้อนรน และรู้สึก

หมคกำลังใจ ฝ่ายชายจะรู้สึกเสียใจในการสูญเสียโอกาสมีบุตร และบทบาทบิดา ส่วนฝ่ายหญิงจะรู้สึกเสียใจในการสูญเสียโอกาสมีบุตร และบทบาทของมารดา และมีความรู้สึกว่าการทำงานของร่างกายตนเองผิดปกติไป นอกจากนั้นฝ่ายหญิงภาพลักษณ์ของตนเองจากความคิดว่าการมีบุตรยากทำให้ตนล้มเหลวในบทบาทของผู้หญิงมีความรู้สึกแตกต่างจากผู้หญิงอื่นที่สามารถมีบุตร ความภูมิใจในตนเองก็ลดลงจากความรู้สึกว่าตนเองเป็นผู้หญิงไม่สมบูรณ์

ขั้นตอนการตรวจวินิจฉัย การมีบุตรยากก็อาจกระทบกระเทือนความรู้สึก ร่างกาย และเพศสัมพันธ์ของสตรีที่มีบุตรยากได้ เช่น การซักถามประวัติ เพื่อค้นหาสาเหตุของการมีบุตรยาก บางคำถามเกี่ยวกับรายละเอียดของเพศสัมพันธ์ เช่น ความถี่และเทคนิคในการร่วมเพศ ความต้องการหรือพฤติกรรมทางเพศ อาจทำให้สตรีที่มีบุตรยาก มีความรู้สึกว่าถูกคุกคาม เกิดความกระดากอาย รู้สึกว่าคำถามไม่เหมาะสม และทำให้ตนเองรู้สึกไร้เกียรติ ก่อให้เกิดความรู้สึกเครียดและคับข้องใจ นอกจากนั้น การทดสอบบางอย่าง อาจสร้างความวิตกกังวล และไม่พอใจเกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศ เช่น การวัดและบันทึกอุณหภูมิทุกวัน จะมีการระบุวันที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส ทำให้สตรีที่มีบุตรยากมีความรู้สึกว่าตนเองต้องเปิดเผยเรื่องความสัมพันธ์ทางเพศ ซึ่งเป็นเรื่องส่วนตัวให้แพทย์หรือพยาบาล รับทราบ

ผลกระทบของการมีบุตรยากนอกจากด้านจิตใจดังที่กล่าวมาแล้วยังส่งผลต่อเพศสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสด้วย ซึ่งเคย์ (Keye 1984: 763) ได้กล่าวถึงสาเหตุของปัญหาเพศสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสที่มีบุตรยากว่า สาเหตุหนึ่งเป็นผลมาจากภาวะจิต - อารมณ์ ที่เป็นอยู่ของผู้มีบุตรยาก ซึ่งอาจเกิดจากภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของสตรีที่มีบุตรยาก ที่คิดว่าการมีบุตรยากเป็นความบกพร่องทางด้านร่างกายของตน จึงเกิดความซึมเศร้า และส่งผลให้ความต้องการทางเพศลดลง จากการศึกษาดังกล่าวถึงผลกระทบของการมีบุตรยากต่อความสัมพันธ์ทางเพศ ฟรีแมนและคณะ (Freeman et. al. 1983: 195) ได้ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมและอารมณ์ของสตรีพบว่า สตรีที่มีบุตรยาก และมารับการตรวจยืนยันการไม่มีบุตรจากแพทย์จะมีความรู้สึกสูญเสียความสามารถทางเพศมากกว่า มีอารมณ์เก็บกดทางเพศสูงกว่า รู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถมากกว่าสตรีวัยเจริญพันธุ์ทั่วไป

เมนนิ่ง (Menning 1982: 314-317) ได้กล่าวว่า การมีบุตรยากก่อให้เกิดอารมณ์ที่สลับซับซ้อนทั้งที่มีเหตุผล และ ไม่มีเหตุผล ซึ่งมีขบวนการเกิดอารมณ์ตอบสนองเรียงลำดับ ดังนี้

1. ประหลาดใจ เป็นการประหลาดใจว่าทำไมตนเองไม่เหมือนกับผู้หญิงอื่น มักจะเกิดขึ้นหลังจากได้ทราบว่า ตนเองไม่สามารถมีบุตรได้

2. ปฏิเสธ เป็นการไม่ยอมรับในผลการตรวจ หรือไม่ยอมรับว่าตนเองอยู่ในภาวะมีบุตรยาก ซึ่งความรู้สึกนี้ไม่ควรเกิดขึ้นนานหรือถาวรเพราะจะก่อให้เกิดปัญหาทางด้านอารมณ์ต่อไปได้

3. โกรธ และก้าวร้าว เป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นทั้งมีเหตุผลและไม่มีเหตุผล ซึ่งความโกรธที่เกิดขึ้นอาจเกิดจากความรู้สึกที่ว่าไม่ยุติธรรมสำหรับตนเองที่เป็นเช่นนี้ และการสูญเสียการควบคุมอาจแสดงออกโดยการกล่าวโทษคู่สมรสของคนหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง

4. แยกตนเอง มีทั้งการแยกกันระหว่างคู่สมรสโดยคิดว่าเป็นความบกพร่องของตนเองที่ทำให้ไม่สามารถมีบุตรได้ อาจแสดงออกโดยการเสนอให้อีกฝ่ายหนึ่งหย่าร้างเพื่อไปแต่งงานกับผู้ที่สามารถมีบุตรได้และแยกตนเองจากญาติและเพื่อนเนื่องจากความอายและปมด้อยที่ไม่สามารถมีบุตร หรือจากความคิดที่ว่าไม่มีใครเข้าใจความรู้สึกของตนเองอย่างแท้จริง

5. ความรู้สึกผิด เป็นความรู้สึกที่เกิดจากความพยายามเชื่อมโยงสาเหตุของการมีบุตรยาก เช่น คิดว่าการมีบุตรยากเกิดจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ลงโทษ หรือจากการกระทำหรือมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสมมาก่อน เช่น การทำแท้ง การมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน เป็นต้น

6. ซึมเศร้า เป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นกับผู้ที่มีบุตรยากทุกคน และมักจะเกิดขึ้นภายหลังที่รู้สึกหมดหวังคิดว่าตนไร้ความสามารถอย่างถาวร ผู้หญิงที่มีบุตรยากจะรู้สึกสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง และสูญเสียสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส

ปฏิกิริยาทั้ง 6 ลักษณะนี้ จะมีช่วงเวลาการเกิดที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคลทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางอารมณ์ สัมพันธภาพของคู่สมรสแต่ละคู่ และการสนับสนุนจากปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นแหล่งประโยชน์ของสตรีที่มีบุตรยาก สตรีที่มีบุตรยากบางคนจะมีปฏิกิริยาดังอยู่ระยะหนึ่งระยะใดนาน และใช้เวลาในแต่ละระยะไม่เท่ากัน

คลาพ (Clapp 1985: 32-35) ได้กล่าวว่า หลังจากผ่านกระบวนการโศกเศร้าแล้ว อารมณ์ของสตรีที่มีบุตรยากจะเริ่มกลับคืนสู่สภาวะปกติ ซึ่งเป็นระยะสุดท้ายของภาวะวิกฤติในชีวิตของบุคคล ถ้ามีกลไกการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสมก็จะสามารถปรับตัวกลับเข้าสู่สภาวะปกติได้ดี ในระยะนี้ สตรีที่มีบุตรยากจะแยกความฝันของตนเองกับความจริงที่กำลังเผชิญอยู่ได้และจะเริ่มประเมินความต้องการมีบุตรที่แท้จริงของตนและคู่สมรส เริ่มมองหาหนทางแก้ไข และชีวิตในอนาคตของตนเองอีกครั้งหนึ่ง

นอกจากนี้ จากความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยีในปัจจุบัน ทำให้การวินิจฉัยและรักษาสตรีที่มีบุตรยาก ประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น แต่เป็นวิธีที่ซับซ้อน ต้องปฏิบัติตามขั้นตอนการรักษาอย่างเคร่งครัด เสียค่าใช้จ่ายสูง และมีอัตราเสี่ยงในการล้มเหลวค่อนข้างสูง ทำให้สตรีที่มีบุตรยากเกิดปัญหาทางด้านจิตใจ ดังนี้

1. ความหวังสลับกับความสิ้นหวัง ท้อแท้ (Hope and hopelessness) เป็นระยะ ๆ (พันธุศักดิ์ ศุภระฤกษ์ และอร่าม โรจนสกุล 2533:29) โดยเมื่อการรักษาใช้เวลาเนิ่นนาน ความหวังที่จะมีบุตรก็ยิ่งน้อยลง รวมทั้งขั้นตอนการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อน เช่น กรณีทำการปฏิสนธิในหลอดแก้ว และการย้ายตัวอ่อน ต้องมีการชักนำให้ไข่สุกหลายใบ โดยการฉีดยาหรือรับประทานยาและเจาะเลือดดูระดับฮอร์โมนเป็นระยะ ๆ ก่อให้เกิด อาการเบื่อหน่าย ยิ่งถ้าผลการรักษาไม่ประสบผลสำเร็จ หรือมีอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ เกิดขึ้น เช่น แท้ง ตั้งครรภ์นอกมดลูก ยิ่งทำให้สตรีที่มีบุตรยากเกิดความรู้สึก ท้อแท้สิ้นหวังในการรักษา ไมจัน (Milne BJ 1988) กล่าวว่า การมีประจำเดือน ถือเป็นอาการลี้มเหลวของการรักษาเป็นช่วงที่ก่อให้เกิดความหมดหวัง และความเสียใจแก่คู่สมรสมากที่สุด และเมื่อเริ่มรักษาในรอบ (Cycle) ใหม่ ก็จะก่อให้เกิดความหวัง ซึ่งจะเป็นลักษณะเช่นนี้ไปเรื่อย ๆ จนกว่าจะประสบผลสำเร็จ หรือยุติการรักษา

2. ความเครียด (Stress) เนื่องจากขั้นตอนและวิธีการรักษาที่ซับซ้อน เช่น ใช้วิธีทางจุลศัลยกรรม หรือใช้ยาที่มีอาการแทรกซ้อนรุนแรง เสียค่าใช้จ่ายมากและอาจไม่ประสบผลสำเร็จนอกจากนี้ ต้องปฏิบัติตามแผนการรักษา อย่างเคร่งครัดและมาพบแพทย์ตามนัดเป็นระยะ ๆ

3. ความวิตกกังวล (Anxiety) จากการรักษาทำให้เกิดความวิตกกังวล กล่าวว่าการรักษา จะไม่สำเร็จ และจากการที่สตรีที่มีบุตรยาก ต้องลางาน และเดินทางมาพบแพทย์หรือเสียเวลารอคอยตลอดจนการรักษามีหลายขั้นตอนแต่ละขั้นตอนนั้นไม่สุขสบายต้องเจ็บปวด ร่างกายได้รับความกระทบกระเทือน ทำให้สตรีที่มีบุตรยากเกิดความวิตกกังวล

4. ความเศร้าโศก (Grief) เมื่อการรักษาล้มเหลว ไม่เป็นไปตามที่หวัง

5. ความโกรธ (Anger) เนื่องจากต้องเสียเวลารอคอย เสียเวลาเดินทางมาพบแพทย์ เสียเวลารอดรอก เสียหน้าที่การงาน และการรักษาต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายสูงและไม่สามารถรับประกันได้ว่า จะประสบผลสำเร็จ ถ้าสตรีที่มีบุตรยากไม่แสดงอาการโกรธออกมา จะเก็บกดไว้ เกิดอาการซึมเศร้า อาการสับสน แต่ถ้าสตรีที่มีบุตรยากแสดงอาการโกรธออกมา จะมุ่งเป้าหมายไปที่แพทย์และเจ้าหน้าที่สุขภาพ

ปัญหาทางด้านสังคม

มาลส์เทด (Mahlstedt 1985: 337) กล่าวว่า ผู้ที่มีบุตรยากจะรู้สึกสูญเสียทุกสิ่งทุกอย่างในชีวิต รวมทั้งความรู้สึกเสียสถานภาพทางสังคมไป เพราะค่านิยมในสังคมบทบาทอย่างหนึ่งของคู่สมรส คือการเป็นบิดามารดา ดังนั้นเมื่อสตรีที่มีบุตรยากไม่สามารถมีบุตรได้ทำให้รู้สึกว่าตนเองถูกตัดขาดจากสังคม และไม่สามารถเข้ากลุ่มสังคมกับสตรีที่มีบุตร มีอคติกับสตรี ครอบครัวที่มีเด็ก และมีอคติกับเด็กกำพร้า สตรีที่มีบุตรยากจะรู้สึกว่าตนเองจะได้รับการยอมรับหากสามารถทำหน้าที่

และบทบาทของการเป็นมารดาได้ ซึ่งจากสาเหตุนี้ ทำให้สตรีที่มีบุตรยากเกิดความ รู้สึกซึมเศร้า และแยกตนเองจากกลุ่มเพื่อน ญาติ หรือสังคม จดสมาคมหรือสังสรรค์กับบุคคลทั่ว ๆ ไป อยู่กับ ความคิดและความเศร้าโศกของตนแต่เพียงลำพัง คิดว่าไม่มีใครเข้าใจความรู้สึกจึงไม่ต้องการจะฟัง พยาอาศัยผู้ใด เกิดความรู้สึกอับอายมีปมด้อยไม่มีความมั่นคงทางสังคม ไม่กล้าแสดงออก นอกจากนี้ สตรีที่มีบุตรยากบางรายจะไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนเอง ที่พึงมีต่อสังคม ไม่ สนใจบุคคลรอบข้าง สนใจแต่เรื่องการทำให้ตนเองมีบุตรเท่านั้น

มาลส์เทด (Mahlsted 1985: 336) ได้กล่าวสรุป ถึงความรู้สึกสูญเสีย ของผู้มีบุตรยากว่ามี ความรู้สึกสูญเสียในหลายประเด็น ได้แก่

1. ความรู้สึกสูญเสียบุคคล หรือสิ่งที่เป็นเสมือนตัวแทนของคน
2. ความรู้สึกสูญเสีย สิ่งที่ตนเองฝันไว้ ในคู่สมรสที่แต่งงานกันแล้ว ย่อมมีความฝันที่จะมี บุตรไว้สืบสกุล หรือเป็นสิ่งที่ผูกพันระหว่างกัน เมื่อพบว่าตนเองอยู่ในภาวะมีบุตรยาก จึงเสมือน ความฝันของตนได้ถูกทำลายลงไป
3. ความรู้สึกสูญเสียสัมพันธภาพ ซึ่งเป็นอารมณ์ที่รุนแรงเทียบได้กับการสูญเสียสัมพันธ ภาพเนื่องจากการตาย หรือการหย่าร้างซึ่งอาจเกิดขึ้นจากความไม่เข้าใจกันระหว่างคู่สมรส ความขัดแย้งกันเอง ซึ่งจะนำไปสู่การหย่าร้าง รวมทั้งความสัมพันธ์กับญาติและสังคมภายนอก ก็จะได้รับผลกระทบจากการมีบุตรยากด้วย
4. ความรู้สึกสูญเสียภาวะสุขภาพจากการที่ผู้มีบุตรยาก มองตนเองว่ามีความบกพร่องทาง ภาย นอกจากนั้นจากการวินิจฉัยและการรักษาซึ่งต้องอาศัยวิทยาการทางการแพทย์ ทั้งเรื่องยา และการผ่าตัด ยิ่งทำให้ผู้มีบุตรยากมองตนเองเป็นเหมือนผู้ป่วย
5. ความรู้สึกสูญเสียสถานภาพทางสังคม เพราะความคิดที่ว่า ตนแตกต่างจากผู้อื่น ไม่ สามารถเข้ากลุ่มหรือสังคมกับญาติ และเพื่อนที่สามารถมีบุตรได้ จึงพยายามแยกตัวจากสังคม ไม่ พยายามเข้ากลุ่มกับใคร เพราะจะสร้างความรู้สึกที่เจ็บปวด และปมด้อยแก่ตนเองมากยิ่งขึ้น
6. ความรู้สึกสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง จากการไม่สามารถมีบุตรได้
7. ความรู้สึกสูญเสียความมั่นใจในตนเอง เพราะความสามารถในการควบคุมชีวิตเสียไป โดยเฉพาะในผู้ที่เข้ารับการรักษา เนื่องจากขั้นตอนและวิธีการรักษาที่เข้มงวดและต้องอยู่ภายใต้การ ตัดสินใจของแพทย์ผู้รักษาทุกอย่าง
8. ความรู้สึกสูญเสียความมั่นคงในด้านการงาน ฐานะ และสังคม พบได้ในผู้มีบุตรยาก ที่ เข้ารับการรักษาภาวะมีบุตรยาก ซึ่งจะต้องใช้เวลา และค่าใช้จ่ายในการรักษามาก

จากที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้นจะเห็นได้ว่า ภาวะมีบุตรยาก เป็นภาวะที่คุกคามต่อความมั่นคงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ของสตรีที่มีบุตรยาก เป็นเหตุการณ์ที่ไม่คาดฝันว่าจะเกิดขึ้นกับตนเอง และไม่พึงปรารถนา เป็นภาวะวิกฤตอย่างหนึ่งของชีวิต ทำให้สตรีที่มีบุตรยาก เกิดปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม นอกจากนี้ จากการตรวจวินิจฉัย และรักษาภาวะมีบุตรยาก ซึ่งต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด จนบางครั้งสตรีที่มีบุตรยากเกิดความรู้สึกไม่เป็นตัวของตัวเอง ขาดอิสระในการดำเนินชีวิต สิ่งเหล่านี้มีผลทำให้สตรีที่มีบุตรยากเกิดความคับข้องใจ (Frustration) ขัดแย้ง (Conflict) วิตกกังวล (Anxiety) และมีความตึงเครียดทางจิตใจและอารมณ์ (Mental and emotional stress) อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้สตรีที่มีบุตรยาก จึงต้องมีการปรับตัวเพื่อให้มีความสุขทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติ และมีความสุขตามศักยภาพของตนเอง

มโนทัศน์เกี่ยวกับการปรับตัว

การปรับตัว (Adaptation) เป็นคุณสมบัติที่พบในสิ่งที่มีชีวิต (ละออ หุตางกูล 2534: 88) เพราะการปรับตัวเป็นกระบวนการที่จะช่วยให้บุคคลสามารถรักษาความสมดุลของตนเอง การปรับตัวเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามต่อความเป็นปกติสุข เพื่อลดความตึงเครียด และตอบสนองต่อความต้องการที่จำเป็นสำหรับชีวิต เพราะโดยธรรมชาติของมนุษย์นั้น พยายามที่จะรักษาความสมดุลของร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ด้วยตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งสภาพความสมดุลหรือสุขสบายที่สุด (พิชญ์ ประเสริฐสินธุ์ 2527: 274) บุคคลประกอบด้วย องค์ประกอบทางกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 3 นี้ สัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ยากที่จะแยกจากกันได้ในการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งเร้า จะมีการเปลี่ยนแปลง และปรับตัวของคนทั้งคนเสมอ ไม่มีสิ่งเร้าใดที่จะกระตุ้นเฉพาะ องค์ประกอบทางกาย ทางจิตใจ หรือทางสังคม ของบุคคลเพียงด้านเดียวได้ ดังนั้น กระบวนการปรับ หรือเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 มิติ นี้ จะดำเนินไปโดยประสานสัมพันธ์เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เป็นการปรับตัวของคนทั้งคนเสมอ (ละออ หุตางกูล 2534: 90) แนวคิดเกี่ยวกับการปรับตัวของมนุษย์ จึงถือเป็นแนวคิดที่พิจารณามนุษย์ทุกแง่มุมไปพร้อม ๆ กัน หรือที่เรียกว่า a holistic approach (อุบล นิวัติชัย 2527: 103) ได้มีบุคคลต่าง ๆ ศึกษาเรื่องการปรับตัวของมนุษย์ไว้มากมาย และได้ให้ความหมายของการปรับตัวไว้หลายลักษณะ ดังนี้

อาร์คอฟ (Arkoff 1968: 4) ให้ความหมายของการปรับตัวว่า เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม บุคคลจะพยายามต่อสู้เพื่อตอบสนองความต้องการและบรรลุถึงเป้าหมายของตนเอง ในขณะเดียวกันบุคคลนั้นจะอยู่ภายใต้แรงผลักดันจากสิ่งแวดล้อมให้ประพฤติในแนวทางต่าง ๆ

อาร์คอฟ (Arkoff 1968: 4) ให้ความหมายของการปรับตัวว่า เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม บุคคลจะพยายามต่อสู้เพื่อตอบสนองความต้องการและบรรลุถึงเป้าหมายของตนเอง ในขณะที่เขวกับบุคคลนั้นจะอยู่ภายใต้แรงผลักดันจากสิ่งแวดล้อมให้ประพฤติในแนวทางต่าง ๆ

คายส์และฮอฟลิง (Kyes and Hofling 1974: 494) ให้ความหมายของการปรับตัวว่า เป็นวิธีการหรือกระบวนการต่าง ๆ ซึ่งบุคคลใช้เผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง และสิ่งแวดล้อมของตน

เมอร์รีย์ และเซ็นท์เนอร์ (Murry and Zentner 1975: 46) นักการศึกษาพยาบาลกล่าวว่า การปรับตัวมีความหมายใกล้เคียงกับการมีสุขภาพ คือ หมายถึง กระบวนการปรับตัวของสรีระร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ที่มีต่อสิ่งกระตุ้นจากภายใน และภายนอกตัวบุคคล จุดหมายปลายทางของการปรับตัวเพื่อบำรุงรักษาไว้ซึ่งความสมบูรณ์มั่นคงและความสุขสบายของบุคคล

รอย (Roy 1989: 184) กล่าวว่า มนุษย์เป็นระบบชีวิตที่ประกอบด้วย ชีวิต จิตใจ สังคม (biopsychosocial being) และเป็นระบบเปิด (open system) ที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา ซึ่งสิ่งแวดล้อมนี้มีทั้งสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอก การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมมีผลกระทบให้มนุษย์ต้องมีการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงนั้นด้วยวิถีทางใดวิถีทางหนึ่ง และการตอบสนองนั้นเรียกว่า กระบวนการปรับตัว แต่การปรับตัวที่คนเราต้องการ คือ การปรับตัวในทางบวก (จินตนา ชูนิพันธ์ 2529:163) โดยมีเป้าหมายที่จะรักษาความสมดุลของความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม อย่างไรก็ตามความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับระดับการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมและภาวะของบุคคลนั้นเองจึงอาจเป็นการปรับตัวได้หรือปรับตัวไม่ได้

กล่าวโดยสรุปแล้ว การปรับตัว หมายถึง กระบวนการที่บุคคลพยายามเปลี่ยนแปลงปรับแก้องค์ประกอบต่าง ๆ เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่รบกวนต่อความสมดุลของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ หรือเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมที่บุคคลนั้นสามารถอยู่ได้ และมีความสุขทั้งด้านร่างกาย จิตใจ - อารมณ์ และสังคม

การปรับตัวของสตรีที่มีบุตรยากตามมโนทัศน์ของรอย

การที่สตรีที่มีบุตรยากจะสามารถดำรงชีวิตให้เกิดความสมดุลมั่นคง ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม มีความสุขตามศักยภาพของตนเอง จะต้องมีการปรับตัวตามแนวคิดของรอย ซึ่ง รอยมีความเชื่อว่า "บุคคลเป็นระบบการปรับตัวระบบหนึ่ง" ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในตนเองและภายนอกตนเองตลอดเวลา สิ่งแวดล้อมตามแนวคิดของรอย คือ ทุกสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ที่อยู่รอบตัวบุคคล (Roy 1989: 22) สิ่งแวดล้อม จัดเป็นตัวป้อนเข้า (Input) ที่ส่งไปทีระบบ

2. สิ่งเร้าร่วม (Contextual stimuli) คือ สิ่งเร้าอื่น ๆ ที่มีอยู่ในขณะนั้น นอกเหนือจากสิ่งเร้าตรง และเกี่ยวข้องกับการปรับตัวของสตรีที่มีบุตรยาก โดยทั่วไปจะรวมถึงองค์ประกอบทางด้านพันธุกรรม ระยะเวลาการของสตรีที่มีบุตรยาก บุหรี่ ยา สุรา ยาเสพติดที่สตรีที่มีบุตรยากใช้ อัดมโนคติ บทบาทหน้าที่ของสตรีที่มีบุตรยาก ความเป็นตัวของตัวเองของสตรีที่มีบุตรยาก แบบแผนสัมพันธภาพทางสังคม แบบแผนการต่อสู้ อุปสรรค วัฒนธรรมประเพณี ศาสนา และความเครียดของสตรีที่มีบุตรยาก

3. สิ่งเร้าแฝง (Residual stimuli) หมายถึง ลักษณะของสตรีที่มีบุตรยาก ที่เป็นอยู่ในขณะนั้น และมีความเกี่ยวข้อง หรือมีผลต่อภาวะมีบุตรยาก เช่น ความเชื่อ ทศนคติ อุปนิสัยประสบการณ์เดิม หรือบุคลิกลักษณะเฉพาะตัวของสตรีที่มีบุตรยาก

เมื่อสตรีที่มีบุตรยากมีการปะทะสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งเร้าดังกล่าวแล้วจะต้องมีการปรับตัวในด้านต่าง ๆ เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมนั้น ๆ

กลไกในการปรับตัวของบุคคลเพื่อให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. กลไกการควบคุม (Regulator mechanism) เกี่ยวข้องกับการทำงานของระบบประสาท เคารมิ และระบบต่อมไร้ท่อ การรับรู้ และการตอบสนองที่ประสานงานกัน
2. กลไกการรับรู้ (Cognator mechanism) เป็นการทำงานในส่วนที่เป็น ความสัมพันธ์ระหว่างจิตใจ และสังคม เป็นการรับรู้ของบุคคล และกระบวนการถ่ายทอดข้อมูลในบุคคลที่ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ การตัดสินใจ และอารมณ์

กลไกการปรับตัวทั้ง 2 ส่วนนี้ จะเกิดควบคู่กันเสมอ โดยมีการรับรู้เป็นสื่อกลาง และทำให้บุคคล มีพฤติกรรม แสดงออกของการปรับตัว 4 ด้าน คือ

1. ด้านร่างกาย (Physiological needs) มีพื้นฐานมาจากความต้องการความมั่นคงด้านร่างกาย (Physiological integrity) ซึ่งครอบคลุมความต้องการพื้นฐานในเรื่อง การออกกำลังกาย และการพักผ่อน โภชนาการ การขับถ่ายน้ำ และเกลือแร่ ออกซิเจน การไหลเวียนโลหิต และการควบคุมความสมดุลของร่างกาย

ในสตรีที่มีบุตรยาก ภาวะมีบุตรยากก่อให้เกิดปัญหาด้านจิต - อารมณ์ กับสตรีที่ประสบปัญหานี้เป็นอย่างมาก ก่อให้เกิดความทุกข์ ความวิตกกังวล ความเครียด ความเศร้าโศก ท้อแท้สิ้นหวัง จากผลกระทบด้านจิตใจ จะทำให้สตรีที่มีบุตรยาก เกิดปัญหาทางด้านร่างกาย หรือสรีระ ดังนี้

การออกกำลังกายและการพักผ่อน จากความวิตกกังวลและความเครียดทำให้สตรีที่มีบุตรยาก ต้องคิดมาก นอนไม่หลับ แบบแผนการพักผ่อนถูกรบกวน เมื่อร่างกายพักผ่อนไม่เต็มที่ มีผลทำ

ให้ร่างกายอ่อนเพลีย สุขภาพอ่อนแอทรุดโทรม นอกจากนี้สตรีที่มีบุตรยากที่หมกมุ่นกับการรักษามากเกินไป จนไม่สนใจทำกิจกรรม เพื่อให้ร่างกายได้พักผ่อน หรือผ่อนคลายความตึงเครียด เช่น ไม่สนใจออกกำลังกาย หรือเล่นกีฬา ดังเช่นที่เคยปฏิบัติ ยิ่งทำให้ร่างกายอ่อนล้ามากยิ่งขึ้น และมีผลต่อสุขภาพในระยะยาว ฉะนั้น สตรีที่มีบุตรยากสมควรที่ต้องมีการปรับตัว เพื่อให้ร่างกาย ได้ออกกำลังกาย และพักผ่อนตามความต้องการของร่างกาย

ภาวะโภชนาการ จากความวิตกกังวลและความเครียด ทำให้เกิดอาการเบื่ออาหาร แบบแผนการรับประทานอาหารถูกรบกวน (Mahlsted 1985: 337-338) มีผลให้ร่างกายอ่อนเพลียทรุดโทรม นอกจากนี้ สตรีที่มีบุตรยากยังเกิดอาการเบื่อหน่ายชีวิตไม่สนใจจะแสวงหาสารอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย จึงทำให้เกิดภาวะทุพโภชนา ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ทั้งปริมาณและคุณภาพ จากผลการศึกษานักวิชาการหลายท่าน ต่างมีความเห็นสอดคล้องกันว่า การขาดสารอาหารที่สำคัญบางอย่าง เช่น โปรตีน และวิตามิน จะมีผลทำให้ระบบสืบพันธุ์เสื่อมหน้าที่ลงไป ซึ่งจะทำได้ตั้งครรถ์ได้ยากขึ้น (หะทัย และอุรุษาทพนิสัย 2533: 291) นอกจากนั้น จากความกังวลและความเครียด อาจจะทำให้สตรีที่มีบุตรยากมีพฤติกรรมด้านโภชนาการที่ไม่ดี เช่น การดื่มสุรามาก ๆ อาจจะทำให้เกิดการไม่ตกไข่ (anovulation) หรือดื่มกาแฟมาก ๆ และการสูบบุหรี่ ทำให้เกิดพฤติกรรมการแท้งเพิ่มมากขึ้น (หะทัย และอุรุษาทพนิสัย 2533: 289)

ระบบขับถ่าย สตรีที่มีบุตรยากอาจเกิดอาการท้องผูกได้เนื่องจากความเครียดและความวิตกกังวล รวมทั้งการที่สตรีที่มีบุตรยากมีอาการเบื่อหน่ายไม่อยากรับประทานอาหาร มีผลทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอและไม่เหมาะสม เช่น ได้รับสารอาหารที่มีกากน้อยหรือการที่สตรีที่มีบุตรยากไม่สนใจออกกำลังกาย ซึ่งสิ่งเหล่านี้ จะมีผลต่อระบบขับถ่ายและเป็นสาเหตุส่งเสริมให้สตรีที่มีบุตรยาก เกิดอาการท้องผูกได้

น้ำและเกลือแร่ สตรีที่มีบุตรยากเมื่อเกิดความวิตกกังวล และความเครียด จะแสดงพฤติกรรมบางอย่าง เช่น มีอาการปัสสาวะบ่อย ทำให้เสียน้ำและเกลือแร่จากร่างกายได้มากกว่าปกติ ถ้าสตรีที่มีบุตรยาก ได้รับน้ำ และเกลือแร่ เข้าไปทดแทนไม่เพียงพอจะเกิดภาวะขาดน้ำ และขาดเกลือแร่

ออกซิเจนและการไหลเวียนของโลหิต การที่สตรีที่มีบุตรยากพักผ่อนและรับประทานอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย มีผลทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย เกิดอาการหน้ามืดเวียนศีรษะ เวลาเปลี่ยนอิริยาบถต่าง ๆ และจากความเครียด ความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายชีวิต ทำให้สตรีที่มีบุตรยากรู้สึกเหนื่อยง่าย หายใจอึดอัด แน่นหน้าอก ซึ่งอาการเหล่านี้จะพบร่วมกับอาการซึมเศร้า (Menning 1982: 131) จากอาการที่กล่าวมาทั้งหมดมีผลทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ และเกิดการไหลเวียนของโลหิตผิดปกติได้

ความสุขสบาย และระบบต่อมไร้ท่อ การที่สตรีที่มีบุตรยากมีความรู้สึกเครียดอยู่ตลอดเวลาเป็นระยะเวลานานจะมีผลทำให้ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอหรือบางครั้งอาจทำให้ประจำเดือนขาดหายไป ซึ่งอาการเหล่านี้ เป็นการแสดงว่า รังไข่ทำงานผิดปกติ มีการตกไข่ไม่นาน ๆ ครั้ง หรือไม่มี การตกไข่เลยซึ่งเป็นผลจากความผิดปกติในการทำงานของระบบสืบพันธุ์ โดยผ่านทาง Hypothalamus pituitary ovarion axis (หะทัย และอุรุษ เทพนิสัย 2533:820) ซึ่งมีผลส่งเสริมให้ สตรีตั้งครรภ์ได้ยาก นอกจากนี้ จากการตรวจเพื่อวินิจฉัยและรักษา สตรีที่มีบุตรยาก จะทำให้ร่างกายของสตรีที่มีบุตรยากได้รับความกระทบกระเทือน ไม่สุขสบาย และเกิดความเจ็บปวด เช่น การ ตรวจและวินิจฉัยโดยวิธี Laparoscope จะทำให้เกิดแผลหน้าท้องและเกิดอาการข้างเคียงต่าง ๆ เช่น มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน แน่นอึดอัดท้อง หรือมีเลือดออกได้ หรือในรายที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงเข้ามาช่วยสนับสนุน การรักษาภาวะการมีบุตรยาก เช่น การทำปฏิสนธิในหลอดแก้ว และการย้ายตัวอ่อน ก็จะทำให้สตรีที่มีบุตรยากได้รับความเจ็บปวดกระทบกระเทือน และมีอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ เกิดขึ้น

ฉะนั้น การปรับตัวทางด้านร่างกายหรือสรีระ จึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้สตรีที่มีบุตรยาก มีร่างกายอยู่ในภาวะสมดุล

2. ด้านอัตมโนทัศน์ (Self concept mode) เป็นการปรับตัวแบบที่มุ่งรักษาความมั่นคงทาง ด้านจิตใจ (Psychic integrity) อัตมโนทัศน์ หมายถึง ความเชื่อ และความรู้สึกที่บุคคลมีต่อตนเอง ในช่วงเวลาหนึ่ง เกิดขึ้นจากการรับรู้ปฏิกริยาของบุคคลอื่นที่มีต่อตน ความเชื่อและรู้สึกนี้ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคล การปรับตัวแบบนี้อาจแบ่งออกได้เป็น 2 แบบย่อย ดังนี้

2.1 อัตมโนทัศน์ทางด้านร่างกาย (Physical self) เป็นการปรับตัวในส่วนที่เกี่ยวกับการยอมรับรูปร่างทางกายนอกของตน ซึ่งรวมถึงลักษณะเฉพาะตน การทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย เรื่องเพศ การมีสุขภาพดี และความเจ็บป่วย

ในสตรีที่มีบุตรยากจะรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ของตนเอง มีความรู้สึกว่าร่างกายของตนเองแตกต่างจากสตรีทั่ว ๆ ไปที่สามารถตั้งครรภ์และมีบุตรได้ คิดว่าการมีบุตรยากเป็นความบกพร่องทางด้านร่างกายของตนเอง จึงทำให้เกิดความซึมเศร้า และยังส่งผลให้ความต้องการทางเพศลดลง (Keye 1984:763) นอกจากนั้น สตรีที่มีบุตรยากยังรู้สึกสูญเสียภาวะสุขภาพ คิดว่าร่างกายของตนเองมีความอ่อนแอ สุขภาพไม่ดี เนื่องจากการวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก ซึ่งต้องอาศัยวิทยาการด้านการแพทย์ทั้งเรื่องยา และการผ่าตัด ทำให้สตรีที่มีบุตรยากมองตนเองเหมือนผู้ป่วย

2.2 อัตมโนทัศน์ด้านส่วนบุคคล (Personal self) เป็นอัตมโนทัศน์ส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับตนเอง ความเชื่อ ค่านิยม อุดมคติ คุณค่าความคาดหวัง ปณิธานทุกอย่างที่บุคคลยึดถืออยู่ อัตมโนทัศน์นี้แบ่งออกเป็น

2.2.1 อัตมโนทัศน์ด้านศีลธรรม จรรยา (Moral-ethical self) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความถูกต้อง หรือความผิดเกี่ยวข้องกับเกณฑ์ที่คนเรายึดถือเป็นบรรทัดฐานในการกระทำ หรือกำหนดพฤติกรรม ว่าสิ่งใดดี สิ่งใดไม่ดี ซึ่งเกิดจากการอบรมเลี้ยงดู สภาพแวดล้อม ขนบธรรมเนียม ประเพณี ค่านิยมทางสังคม และความเชื่อทางศาสนา

จากค่านิยมและความเชื่อของบุคคลทั่วไปว่า สตรีต้องสามารถตั้งครกและให้กำเนิดบุตรได้ ฉะนั้น สตรีที่มีบุตรยากจะเกิดความรู้สึกผิด (Guilt) และเศร้าโศกจากการศึกษาของเมนนิ่ง (Menning 1982: 316) พบว่า ความรู้สึกผิด ส่วนมากเกิดจากสาเหตุ คือ การมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน ซึ่งถือว่าผิดขนบธรรมเนียมประเพณี การทำแท้งซึ่งผิดศีลธรรม การคุมกำเนิด และการที่เคยมีกร่วมเพศ นอกจากนี้ยังมีความเชื่อเก่า ๆ ที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกนึกคิดของสตรีที่มีบุตรยาก โดยคิดว่า การมีบุตรยากเป็นการชดใช้การกระทำผิด และทำบาปในอดีต หรือเป็นการถูกลงโทษ

2.2.2 อัตมโนทัศน์ด้านความมั่นคง (Self consistency) ในภาวะปกติ บุคคลจะพยายามดำรงไว้ซึ่งความมั่นคงหรือความสม่ำเสมอในตนเอง เพื่อก่อให้เกิดความมั่นคงทางความรู้สึก ถ้าภาวะนี้ถูกคุกคามจะก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความไม่แน่ใจและความกลัวในที่สุด

จากภาวะมีบุตรยาก ทำให้สตรีที่ประสบกับภาวะนี้มีความเครียด อารมณ์ไม่มั่นคง พร้อมทั้งจะได้รับความกระทบกระเทือนง่าย เกิดความรู้สึกสูญเสียความมั่นคง มั่นใจในตนเอง เกิดความกลัว และกังวลใจ (Fear and anxiety) เช่น กลัวว่าสามีจะไม่รัก กลัวสามีจะผิดหวัง กลัวสามีจะมีภรรยาใหม่ (Berstein & Mattox 1988: 404-408)

2.2.3 อัตมโนทัศน์ด้านปณิธานและความคาดหวัง (Self ideal or expectation) เกี่ยวข้องกับความสอดคล้องระหว่างการตั้งปณิธาน หรือการตั้งความหวังในเรื่องใดเรื่องหนึ่งกับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นถ้ามีความสอดคล้องกันถือว่าบุคคลนั้นประสบความสำเร็จคือสมหวัง แต่ถ้าความหวังที่ตั้งไว้และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ไม่เป็นไปตามที่คาดหวังจะก่อให้เกิดปัญหา คือความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง (Powerlessness)

โดยปกติสตรีทั่วไป เมื่อแต่งงานมีชีวิตครอบครัวที่สมบูรณ์มีหน้าที่การงาน และฐานะมั่นคงย่อมคาดหวังว่าตนจะสามารถมีบุตร ซึ่งเปรียบเสมือนตัวแทนของคนเป็นสิ่งที่ผูกพันระหว่างคู่สมรส เป็นผู้สืบทอดวงศ์ตระกูลรับช่วงกิจการและมรดก เมื่อพบว่า ตนเองต้องประสบกับ

ภาวะมีบุตรยากทำให้รู้สึกสูญเสียความคาดหวังที่ตั้งไว้ รู้สึกความฝันถูกทำลาย เกิดความรู้สึกหมดหวัง ท้อแท้ ขาดเป้าหมายในชีวิต

2.2.4 อัตมโนทัศน์ด้านการยอมรับ คุณค่าในตนเอง (Self esteem) เป็นส่วนที่สำคัญต่อความมั่นคงทางจิตใจของบุคคล เกี่ยวข้องกับการรับรู้ของบุคคลต่อคุณค่าของตนเอง ว่าตนเองมีคุณค่าได้รับการยอมรับจากกลุ่ม หรือจากผู้อื่น หรือไม่ มากน้อยเพียงใด

จากภาวะมีบุตรยาก ทำให้สตรีที่ประสบกับภาวะนี้ รู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง สูญเสียคุณค่าของความเป็นผู้หญิงที่มีหน้าที่ในการตั้งครรภ์และให้กำเนิดบุตร (Mahlsted 1985: 137-139; Menning 1980: 317) ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง รู้สึกตนเองมีปมด้อยไม่เหมือนกับผู้หญิงทั่ว ๆ ไป ทำให้ขาดความมั่นใจในตนเองไม่กล้าสมาคมหรือคบหากับใคร มองโลกในแง่ร้าย เพราะสังคมให้คุณค่า และความสำคัญของการมีบุตรเมื่อตนเองไม่สามารถมีบุตรได้ จึงเกิดปมด้อย แยกตนเองออกจากคู่สมรส ครอบครัว และสังคม

3. ด้านบทบาทหน้าที่ (Role function mode) บุคคลปรับตัวด้านนี้ เพื่อให้เกิดความมั่นคงในด้านสังคม เป็นการกระทำของบุคคลตามหน้าที่ที่สังคมคาดหวังสำหรับบทบาทของบุคคลนั้นในสถานการณ์ใดก็ตามบุคคลไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทของตนเองได้ บุคคลจะต้องมีการปรับตัว เพื่อให้การแสดงบทบาทของตนเป็นไปตามปกติ จะสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของบุคคลนั้น ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นนี้จะแสดงออกใน 3 ลักษณะ คือ

3.1 การแสดงบทบาทไม่ตรงตามความเป็นจริง (Role distance) หมายถึง การแสดงพฤติกรรมได้เหมาะสมกับบทบาทแต่ไม่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริง ทั้งนี้ เพื่อต้องการปกปิดสิ่งที่ไม่สบายใจ

ในสตรีที่มีบุตรยาก จะรู้สึกวิตกกังวลอึดอัด ไม่มีความสุขเกี่ยวกับการที่จะต้องปฏิบัติตนตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น ต้องมีการร่วมเพศกับสามีตามวัน เวลา ที่แพทย์กำหนด แต่ความจริงสตรีที่มีบุตรยาก ไม่มีความรู้สึกหรือความต้องการที่จะมีเพศสัมพันธ์กับสามี แต่สตรีที่มีบุตรยาก แสดงกิริยาท่าทางเต็มใจมีความสุขเพื่อปกปิดความไม่ต้องการมีเพศสัมพันธ์กับสามีของตนเอง

3.2 ความขัดแย้งในบทบาท (Role conflict) หมายถึง ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นเนื่องจากบุคคลไม่สามารถแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมกับบทบาทของตนเองได้ ในบางสถานการณ์ เนื่องจากความขัดแย้งที่เกิดขึ้น มาจากความคาดหวังของตนเอง และความคาดหวังของผู้อื่นที่มีต่อตนไม่ตรงกัน

ในบางครั้งสตรีที่มีบุตรยากจะเกิดความเครียดความวิตกกังวล และหมกมุ่นกับการรักษาภาวะมีบุตรยากของตนเอง จึงไม่สนใจ หรือละเลย การปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของตนเองที่มีต่อสามี และต่อครอบครัว หรือไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามความคาดหวังของสามี และครอบครัวได้ เช่น ละเลยไม่ปฏิบัติงานบ้านไม่สนใจดูแลครอบครัว สิ่งเหล่านี้ จะกระทบกระเทือนต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว และในชีวิตสมรส เกิดความไม่เข้าใจ ขัดแย้งกัน จนอาจเป็นอันตราย ถึงขั้นทะเลาะวิวาท หรือหย่าร้างกันได้ในที่สุด

3.3 ความล้มเหลวในการแสดงบทบาท (Role Failure) หมายถึง ภาวะที่บุคคลไม่สามารถ แสดงบทบาทของตนเองได้เลย

ภาวะมีบุตรยาก ทำให้สตรีที่มีบุตรยากรู้สึกสูญเสียบทบาทการเป็นมารดา ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการในวัยผู้ใหญ่ คิดว่าตนเองล้มเหลวในบทบาทของผู้หญิงที่มีหน้าที่ในการให้กำเนิดบุตรและไม่สามารถทำหน้าที่ภรรยาได้สมบูรณ์

4. ด้านการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน (Inter dependence mode) เป็นความต้องการพื้นฐานของบุคคล ในอันที่จะคงไว้ซึ่งความมั่นคงทางสังคม (Social integrity) เนื่องจากคนเราต้องมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้อง และพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ความพอเหมาะระหว่างการพึ่งตนเอง (Independence) การพึ่งพาผู้อื่น (Dependence) และการให้ผู้อื่นได้พึ่งพามีส่วนช่วยให้เกิดความมั่นคงทางด้านจิตใจ และสังคม โดยปกติบุคคลจะพยายามคงไว้ ซึ่งความเป็นตัวของตัวเอง และการยอมรับพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ในขอบเขตที่ตนเอง และสังคมยอมรับ ซึ่งถือเป็นการปรับตัวตามปกติ แต่ถ้าวการปรับตัวด้านนี้มีปัญหา จะแสดงออกมาเป็น 2 ลักษณะ คือ

4.1 พฤติกรรมการพึ่งพาผู้อื่นอย่างไม่เหมาะสม (Dysfunctional dependence) คือ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น จนอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองหรือไม่เป็นผลดีต่อตนเอง เช่น ในการตรวจวินิจฉัย และรักษาภาวะการมีบุตรยาก บางครั้งใช้ยา การผ่าตัด และเทคโนโลยีขั้นสูงเข้ามาช่วยเหลือสนับสนุน การตรวจ วินิจฉัย และการรักษา ทำให้สตรีที่มีบุตรยากบางรายรู้สึกว่าคุณเหมือนคนเจ็บป่วย ร่างกายอ่อนแอจึงเรียกร้องความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิดจนเกินไป ทำให้บุคคลใกล้ชิดเกิดความเมื่อยหน่าย รำคาญได้

4.2 พฤติกรรมการพึ่งพาตนเองอย่างไม่เหมาะสม (Dysfunction independence) คือ พฤติกรรม และการแสดงออกของการช่วยเหลือตนเองมากเกินไป ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองได้เช่นกัน เช่น ภาวะมีบุตรยาก ทำให้สตรีที่มีบุตรยากรู้สึกว่า ตนเองมีปมด้อย แตกต่างจากผู้หญิงทั่วไป และไม่เป็นไปตามความคาดหวังของสังคม และคิดว่าไม่มีใครเข้าใจความรู้สึกของตนเองแม้แต่สามี (Menning 1980: 315-316) หรือสตรีที่มีบุตรยาก เกิดความรู้สึกอคติกับเด็ก ครอบครัว

ที่มีเด็ก และสตรีที่ตั้งครรภ์ ทำให้สตรีที่มีบุตรยาก แยกตนเองจากสังคม แยกตนเองจากสามี ครอบครัว และเพื่อนอยู่อย่างโดดเดี่ยวโดยลำพังไม่แสวงความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น จมอยู่กับความทุกข์ของตนเองเพียงลำพัง ซึ่งผิดธรรมชาติของการอยู่ร่วมกันของมนุษย์ ซึ่งต้องมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันอย่างพอเหมาะ ดังนั้น ถ้าสตรีที่มีบุตรยาก ปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน ได้เหมาะสมถูกต้อง จะรู้สึกว่าคุณค่า มีประโยชน์ต่อบุคคลใกล้ชิดและต่อสังคม

การที่สตรีที่มีบุตรยากต้องเผชิญกับ ความเครียด ความวิตกกังวล และปัญหาต่าง ๆ อันเนื่องมาจากภาวะมีบุตรยาก การปรับตัวจึงเป็นสิ่งจำเป็น และสำคัญเพื่อสตรีที่มีบุตรยากจะได้ผ่านพ้นภาวะวิกฤติของชีวิต มีความมั่นคงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม มีความสุขตามความต้องการ และตามสภาพที่เป็นจริง สามารถมองหาแนวทางแก้ปัญหาได้เหมาะสม กับกำลังความสามารถ และศักยภาพของตน แต่การที่สตรีที่มีบุตรยากจะสามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตินี้ไปได้ด้วยดีนั้น จะต้องมีการปัจจัยต่าง ๆ เข้ามาช่วยเหลือสนับสนุน เพื่อให้สตรีที่มีบุตรยากสามารถปรับตัวได้ดี

มโนทัศน์เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมถูกค้นพบ และรู้จักกันอย่างแพร่หลายเป็นครั้งแรกในปี ค.ศ.1970 นับจากนั้นได้มีการศึกษาต่อเนื่องเพิ่มขึ้น เนื่องจาก ผู้ที่ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมมีทั้ง นักมนุษยวิทยา แพทย์ พยาบาล จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ การสนับสนุนทางสังคมจึงถูกมองเป็นหลายแนวคิด ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม แตกต่างกัน ดังนี้

คอบบ์ (Cobb 1976: 300) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นข้อมูล ข่าวสาร ที่ทำให้ บุคคลเข้าใจว่า มีคนรัก มีคนสนใจ มีคนยกย่อง มองเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ที่มีความผูกพัน ซึ่งกันและกัน

ธอยท์ส (Thoits 1986: 417) ให้ความหมาย การสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการที่บุคคลในเครือข่ายสังคมได้รับความช่วยเหลือ ด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของและข้อมูล นอกจากนี้ พิลิสึก (Pilisuk 1982: 20) กล่าวเพิ่มเติมว่า ยังรวมถึง ความรู้สึกที่ว่า คนเป็นส่วนหนึ่งของบุคคลอื่นด้วย ซึ่งการช่วยเหลือนี้จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วย หรือความเครียด ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น

เฮาส์ (House 1981 Cited in Brown 1986: 5) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ ระหว่างบุคคลประกอบด้วยความรักใคร่ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน

สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลย้อนกลับและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ และประเมินตนเอง

เพนเดอร์ (Pender 1987: 396) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยได้จากกลุ่มคนในระบบของสังคมนั่นเอง เป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ วัสดุอุปกรณ์ ข่าวสาร คำแนะนำ อันจะทำให้บุคคลนั้นสามารถ ดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2528: 171) ได้ให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมไว้ในการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมในการแก้ปัญหาสาธารณสุขว่าแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับแรงสนับสนุน ได้รับความช่วยเหลือ ด้านข้อมูล ข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจ จากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่ม แล้วมีผลทำให้ผู้รับนำไปปฏิบัติในทิศทางที่ผู้รับต้องการ ซึ่งหมายถึงการมีสุขภาพอนามัยที่ดี

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือระดับประคองจากบุคคลในสังคมในด้านต่างๆ ซึ่งประกอบด้วยการได้รับความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม หรืออารมณ์การมีส่วนร่วมในสังคม หรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคมการได้รับการยอมรับว่ามีคุณค่า การได้รับการช่วยเหลือทางด้านวัสดุสิ่งของ ข้อมูลข่าวสารบริการ และการได้รับการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม

แหล่งของการสนับสนุนทางสังคม มีความสำคัญต่อชนิดและปริมาณการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ เนื่องจากชนิดของการสนับสนุนทางสังคมจะเปลี่ยนแปลงไปตามแหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคม นอกจากนั้นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคม ยังสามารถบอกถึงขนาดของเครือข่าย (Network size) ทางสังคมซึ่งเป็นตัวกำหนดปริมาณการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับด้วย มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมไว้แตกต่างกัน ดังนี้

แมคเอลวิน (McElveen 1979: 321) แบ่งกลุ่มของบุคคลที่เป็นแหล่งการสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มเครือข่าย เป็นกลุ่มที่มีความผูกพันมาก มีปฏิสัมพันธ์กันหลายชนิดและสม่ำเสมอใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ร่วมกัน และมีการติดต่อสัมพันธ์กันบ่อยครั้ง

2. กลุ่มที่ไม่ใช่ญาติ เป็นกลุ่มที่บุคคลเลือกติดต่อกับเหตุผลส่วนตัว มีความสนใจและค่านิยมที่เหมือนกัน กลุ่มนี้มักจะเป็นเพื่อน ซึ่งมีอายุใกล้เคียงกัน รวมทั้งมีการดำเนินชีวิตใกล้เคียงกัน

อุบล นิวัติชัย (2527: 285) ได้อ้างถึงแนวคิดของ แคลปแลน เกี่ยวกับการจัดกลุ่มบุคคล ซึ่งเป็นแหล่งของการสนับสนุนทางสังคมไว้ 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Spontaneous on natural supportive system) ประกอบด้วย บุคคล 2 ประเภท คือ ประเภทที่ 1 เป็นบุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง (Kin) ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ ลูกหลาน อีกประการหนึ่ง ได้แก่ ครอบครัวใกล้ชิด (Kinship) ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนรู้จัก คู่ันเคย คนที่ทำงานเดียวกัน

2. องค์กรหรือสมาคมที่ให้การสนับสนุน (Organized support) หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มารวมตัวกันเป็นหน่วย เป็นชมรม สมาคม ที่ไม่ใช่กลุ่มที่จัดโดยกลุ่มวิชาชีพทางสุขภาพ เช่น สมาคมผู้สูงอายุ

3. กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางวิชาชีพ (Professional health care workers) หมายถึง บุคคลที่อยู่ในวงการส่งเสริม ป้องกันรักษา และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนโดยอาชีพ

จริยาวัตร คมพยัคฆ์ (2531: 99-100) อ้างถึง บราวน์ และแมคเอลวิน ที่กล่าวว่าครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญและใกล้ชิดกับบุคคลมากที่สุด รองลงมาจะเป็นกลุ่มญาติพี่น้อง และกลุ่มเพื่อน แต่อย่างไรก็ตาม ความต้องการสนับสนุน จากแหล่งต่าง ๆ จะมีมากขึ้นขึ้นอยู่กับสถานะสุขภาพ และความต้องการของบุคคล เช่น ในระยะเจ็บป่วยขั้นวิกฤติ ย่อมต้องการแพทย์และพยาบาล ในระยะหลังคลอด คู่สมรสจะเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญที่สุด

รูปแบบของการสนับสนุนทางสังคม

นักทฤษฎี และนักวิจัยหลายท่านมีความเห็นพ้องกันว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นโครงสร้างหลายมิติ ซึ่งประกอบด้วย ชนิด ปริมาณ และแหล่งที่มาของการสนับสนุน (Brown 1986: 4-6) ซึ่งมีผู้ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบของการสนับสนุนทางสังคมไว้แตกต่างกัน ดังนี้

คอบบ์ (Cobb 1976: 300-301) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นข้อมูลที่บอกว่าบุคคลนั้นได้รับความรัก ความจริงใจ ความสนใจดูแลเอาใจใส่จากบุคคลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกัน

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นความรู้สึกที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีคุณค่า บุคคลอื่นยอมรับ และเห็นคุณค่าในตัว

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Network support) เป็นข้อมูลที่บอกว่าบุคคลนั้นได้รับการยอมรับ และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

คาห์น (Kahn 1979: 85) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ชนิด คือ

1. ความผูกพันด้านอารมณ์ และความคิด (Affection) เป็นการแสดงออกถึงอารมณ์ในทางบวกของบุคคลหนึ่ง ซึ่งจะแสดงออกมาในรูปของความผูกพัน การยอมรับ การเคารพ หรือด้วยความรัก

2. การยืนยันและรับรองพฤติกรรมของกันและกัน (Affirmation) เป็นการแสดงออกถึงการเห็นด้วย การยอมรับในความถูกต้องเหมาะสมทั้งในการกระทำและความคิดของบุคคล

3. การให้การช่วยเหลือ (Aid) เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อบุคคลอื่น โดยการให้สิ่งของหรือช่วยเหลือโดยตรง การช่วยเหลืออาจจะเป็นวัตถุ เงินทอง ข้อมูล ข่าวสาร หรือเวลา

บราวน์ (Brown 1986: 4-6), โครเนนเวท (Cronenwett 1985: 93-99) และทิลเดน (Tilden 1985: 199-206) ซึ่งอ้างถึงเฮาส์ (House 1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การให้ความรัก ความเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ ยอมรับนับถือ

2. การสนับสนุนด้านการชี้แนะในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเองหรือเรียนรู้ด้วยตนเองได้แก่ การเห็นพ้อง การรับรอง การให้ข้อมูลป้อนกลับ ซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นใจ การสนับสนุนด้านนี้จึงเปรียบเสมือนการเสริมแรงทางสังคม (Social reinforcement)

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อเท็จจริง แนวทางเลือกหรือแนวทางปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้

4. การสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของ การเงิน หรือแรงงาน (Instrumental support) เป็นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของคน เช่น เงิน แรงงาน หรือเวลา เป็นต้น

ทรอยท์ส (Thoits 1982: 147; 1986: 417) ได้อธิบายถึง การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของแคปแลน (Kaplan 1977) ไว้ว่า เป็นระดับของความต้องการทางพื้นฐานสังคม (Basic social needs) ของบุคคลซึ่งเกิดจากการติดต่อกับบุคคลอื่นในสังคม และกล่าวว่า การสนับสนุน

ทางสังคมจะช่วยส่งเสริมการเผชิญความเครียด โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์-สังคม (Socioemotional aid) หมายถึง การได้รับความรัก และการดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยอมรับ เห็นคุณค่า และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม (group belonging)

2. การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational aid) หมายถึง การได้รับข้อมูล ข่าวสาร รวมทั้งการได้รับคำแนะนำและการป้อนกลับ

3. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental aid) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านแรงงาน วัสดุอุปกรณ์ สิ่งของเงินทอง ที่จะทำให้นุคคลที่ได้รับนั้นสามารถดำรงบทบาทหรือหน้าที่รับผิดชอบได้ตามปกติ

การสนับสนุนทางสังคมกับความเครียดและการปรับตัว

ไล เบอร์แมน (Lieberman 1972:776-781) ได้กล่าวถึงอิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมต่อภาวะเครียด ไว้ดังนี้คือ

1. การสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อการลดอุบัติเหตุ การเกิดเหตุการณ์เครียดในชีวิต
2. การสนับสนุนทางสังคม สามารถปรับและเปลี่ยนแปลงการรับรู้ของบุคคล ต่อภาวะเครียดและสามารถลดระดับความรุนแรงของภาวะเครียด
3. การสนับสนุนทางสังคม สามารถเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรุนแรงของความเครียด กับระดับการเปลี่ยนแปลงบทบาท หน้าที่ของบุคคล

4. การสนับสนุนทางสังคม สามารถส่งเสริมการเผชิญภาวะเครียดของบุคคล และในทำนองเดียวกันก็สามารถลดความรุนแรงจากผลกระทบของภาวะเครียด หรือสามารถดูดซับผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด

5. การสนับสนุนทางสังคม จะเปลี่ยนแปลงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความสามารถในการควบคุมสิ่งแวดล้อม และสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งถูกทำลายลงจากเหตุการณ์เครียดที่เกิดขึ้น

6. การสนับสนุนทางสังคม อาจจะมีผลโดยตรงต่อการปรับตัวของบุคคล

วอร์ทแมน (Wortman 1984: 2354) ได้สรุปแนวความคิดที่นักวิชาการทั้งหลายได้ให้ไว้ จากการศึกษา ดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคม ที่ได้รับอาจจะส่งเสริมบุคคลในการเผชิญภาวะเครียดในการกระตุ้นให้ผู้รับเกิดความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเอง
2. การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ ทำให้บุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงวิธีการเผชิญภาวะเครียด ได้อย่างเหมาะสม
3. การสนับสนุนทางสังคม ที่ได้รับจะทำให้สามารถเผชิญความเครียดได้ดีขึ้น จากการที่ได้รับข้อมูลต่าง ๆ ซึ่งจะทำให้การรับรู้ของบุคคลดีขึ้น
4. การสนับสนุนทางสังคม ที่ได้รับจะทำให้บุคคลได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเผชิญภาวะเครียดแบบใหม่ ซึ่งบุคคลนั้นไม่เคยรู้จักมาก่อน
5. การสนับสนุนทางสังคม ที่ได้รับจะทำให้บุคคลเกิดแรงงูใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

โคเฮน และวิลส์ (Cohen & Wills, 1985: 310-353) ได้ทำการศึกษาเพื่ออธิบาย กลไกการสนับสนุนทางสังคม และภาวะสุขภาพของมนุษย์ทางด้านร่างกาย และจิตใจ โดยสรุปผลการศึกษาไว้ 2 ประการ คือ

1. การสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์ที่มั่นคง ซึ่งจะส่งผลให้ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกันโรค (Neuroendocrine and Immune System) ทำงานดีขึ้น หรืออาจจะส่งผลให้คนมีพฤติกรรมทางสุขภาพดี ซึ่งเป็นการส่งผลโดยตรง นอกจากนั้น การสนับสนุนทางสังคม ยังช่วยเสริมหน้าที่ในการต่อสู้ปัญหาของแต่ละคนให้ดีขึ้น ทำให้ปัญหาลดความรุนแรงลง

- 2.การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดภาวะวิกฤตของชีวิต โดยการสนับสนุนทางสังคมนั้นจะเป็นตัวช่วยลดความเครียดอันจะนำไปสู่ภาวะวิกฤต ซึ่งความเครียดจะเกิดขึ้นได้ เมื่อคนเรารู้สึกว่าไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รู้สึกว่าตนเองด้อยค่า ภาวะเช่นนี้จะไปรบกวน สมดุลระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ง่ายต่อการเกิดโรค และขณะเดียวกันก็จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่เสี่ยง และเกิดความล้มเหลวในการดูแลสุขภาพของตนเอง

จากการศึกษาของแคปแลน (Caplan, 1974 cited in Wortman & Conway, 1985: 281) พบว่า การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เป็นตัวช่วยลดความเครียด ซึ่งมีผลต่อทางร่างกาย และจิตใจ โดยทำให้บุคคลเพิ่มความอดทน ต่อปัญหาได้มากขึ้น ซึ่งเขาพบว่าบุคคลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ เช่น ในกลุ่มคนงานที่ต้องทำงานหนักพบกับความเครียดมาก เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ มากกว่าผู้ที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมมาก ดังนั้น บทบาทของการสนับสนุนทาง

สังคมในการดูดซับ หรือบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากความเครียด นั้น เป็นบทบาทในการป้องกัน ภาวะสุขภาพไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจโดยผ่านกระบวนการเผชิญความเครียด เนื่องจากความเครียดเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งหมายความว่า เป็นสิ่งที่คุกคามชีวิต เป็นอันตราย หรือเป็นสิ่งที่ทำลาย ทำให้บุคคลต้องปรับตัว ถ้าการปรับตัวนั้น เป็นไปได้อย่างถูกต้องเหมาะสม บุคคลนั้นก็จะมีความสุขภาพดี แต่ถ้าการปรับตัวนั้นล้มเหลว หรือไม่ถูกต้องก็จะทำให้เกิดความผิดปกติขึ้นทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็น ขุมพลังที่มีอยู่ในสังคม ทำหน้าที่เหมือนกับเป็นสิ่งช่วยเหลือบุคคลในการเปลี่ยนแปลงสภาพอารมณ์ ที่มีต่อสถานการณ์นั้น

ครอฟฟอร์ด (Crowford, 1987: 41) ได้สรุปการสนับสนุนทางสังคม ที่มีผลกับการปรับตัว และส่งเสริมสุขภาพไว้ ดังนี้

1. ทฤษฎีการดูดซับความเครียด (Buffering hypothesis) การสนับสนุนทางสังคมทำให้ บุคคลเผชิญกับภาวะวิกฤตได้ง่ายขึ้น และทำให้ภาวะวิกฤตนั้นลดความรุนแรงลงโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การได้รับการสนับสนุนเกี่ยวกับ ข้อมูลข่าวสาร การประเมินพฤติกรรม และทางอารมณ์ ทำให้ บุคคลรู้สึกว่ามีคุณค่าในตนเอง ยังเป็นที่รักที่ค้ำองการ มีความหวังซึ่งจะเป็นแรงสนับสนุน ให้บุคคล เผชิญ กับภาวะวิกฤตโดยพยายามแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น นอกจากนี้การสนับสนุนด้าน อารมณ์ และ ความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ครอบครัว จะช่วยให้บุคคลมีความพร้อมที่จะปรับตัว เพื่อการ เปลี่ยนแปลง ที่จะเกิดขึ้นต่อไปได้อย่างเหมาะสม

2. ทฤษฎีที่มีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพ (The Direct effect theory) การสนับสนุนทาง สังคมที่มีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับภาวะวิกฤต หรือภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลง ในช่วงชีวิต ฉะนั้น ความเหมาะสมระหว่างการประเมินตนเอง และความเป็นเอกลักษณ์ของตนเอง อันเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม ผลลัพธ์คือ ความผาสุกในชีวิต หรือภาวะปกติสุข เพราะการ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่เสมอ จะช่วยให้บุคคลจะดำรงไว้ หรือเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตน เอง การได้มีส่วนร่วม และการได้รับการยอมรับในสังคม จะมีผลโดยตรงต่อความผาสุกในชีวิต

งานวิจัยของนัคคอลลี และคณะ (Nuckolls, et al. 1972: 431-441) ซึ่งศึกษาถึงการสนับสนุน และการพยากรณ์โรคในหญิงครรภ์แรกซึ่งเป็นชาวผิวขาว จำนวน 170 คน ในโรงพยาบาล ขนาดใหญ่ โดยให้หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ครบ 24 สัปดาห์ ตอบแบบ สอบถามเพื่อวัดวิกฤตที่เกิดขึ้นในชีวิต นอกจากนั้นก็มีการวัดภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์แรกที่มีภาวะวิกฤตสูง แต่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้สูงเป็น 3 เท่า ของหญิงตั้งครรภ์แรกที่มี

การสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง นั่นก็คือ ในภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงของชีวิตเกิดขึ้น หากได้รับการสนับสนุนที่เพียงพอ จะสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ได้

ไฟรด์แมน (Frydman, 1981: 69-78) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมภาวะเครียดของชีวิต และอาการทางจิตของเด็กป่วยเรื้อรังโรคซิสติไฟโบรซิส (Cystic Fibrosis) และมะเร็งเม็ดเลือด จำนวน 220 คน พบว่า ในขณะที่มีภาวะเครียดของชีวิตสูง และได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย ทำให้เด็กมีอาการทางจิตสูง ในทางตรงข้ามกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก อาการทางจิตที่ปรากฏจะน้อยกว่า

การสนับสนุนทางสังคมในสตรีที่มีบุตรยาก

การสนับสนุนทางสังคมจะส่งเสริมให้สตรีที่มีบุตรยาก มีความเข้มแข็งสามารถปรับตัวได้เหมาะสม ซึ่งเมื่อพิจารณาการสนับสนุนทางสังคมแต่ละด้านของรอยท์สแล้วจะเห็นว่าช่วยส่งเสริมพฤติกรรมเผชิญความวิตกกังวลและความเครียดโดยตรง รอยท์สแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ - สังคม หมายถึง ความรู้สึกที่ทำให้สตรีที่มีบุตรยาก เชื่อว่าได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ได้รับการยอมรับ เห็นคุณค่า รวมทั้งรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

ภาวะมีบุตรยากทำให้สตรีที่มีบุตรยากเกิดความเครียด ความวิตกกังวล อารมณ์แปรปรวน พร้อมทั้งจะได้รับความกระทบกระเทือนง่าย (Mahlsted 1985: 314-341) การที่บุคคลใกล้ชิดให้ความรัก ความเข้าใจ ให้การดูแลเอาใจใส่ จะทำให้สตรีที่มีบุตรยากมีอารมณ์มั่นคง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเป็นที่รักที่ต้องการของครอบครัวและสังคม

ภาวะมีบุตรยาก เป็นภาวะวิกฤตที่บั่นทอนจิตใจของสตรีที่มีบุตรยาก ทำให้สตรีที่มีบุตรยาก รู้สึกว่าตนเองแตกต่างจากสตรีทั่วไป รู้สึกสูญเสียคุณค่าของความเป็นผู้หญิงที่มีหน้าที่ในการตั้งครรภ์และให้กำเนิดบุตร (Mahlsted 1985: 335-346; Menning 1982: 317) ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง การที่บุคคลใกล้ชิดให้การสนับสนุน ยอมรับสตรีที่มีบุตรยากจะทำให้สตรีที่มีบุตรยากเกิดความรู้สึกมั่นใจ มีความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเป็นที่ต้องการของบุคคลใกล้ชิด ส่งผลให้สตรีที่มีบุตรยาก ปรับตัวต่อภาวะมีบุตรยากได้ดี และสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

จากการที่สังคมให้คุณค่าของการมีบุตร ตลอดจนความคาดหวังของบุคคลทั่วไป เมื่อหญิงชายแต่งงานกัน มีหน้าที่การงาน และฐานะมั่นคง ควรจะมีบุตรซึ่งถือเป็นโช่ทองของชีวิตคู่ เป็นทายาทไว้สืบสกุล รับช่วงกิจการงานและมรดก ฉะนั้น สตรีที่มีบุตรยาก จึงรู้สึกเป็นปมด้อย

ไม่เหมือนกับสตรีทั่วไป ไม่เป็นไปตามความคาดหวังของสังคม สตรีที่มีบุตรยากจึงเก็บตัว แยกตนเองจากบุคคลใกล้ชิด มีความรู้สึกว่ามีใครเข้าใจตนเองขาดการติดต่อคบหาสมาคมกับบุคคลใกล้ชิด มีความรู้สึกที่ถูกตัดขาดจากสังคม (Menning 1982: 315-316) การที่บุคคลใกล้ชิด ให้การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีผลทำให้สตรีที่มีบุตรยาก รู้สึกว่าตนเองไม่โดดเดี่ยว ยังเป็นสมาชิกของสังคม มีความผูกพันกับบุคคลใกล้ชิด ไม่ได้ถูกทอดทิ้ง สตรีที่มีบุตรยากจะรู้สึกไม่มีปมด้อยเกิดความมั่นคงทางด้านจิตใจ ส่งผลให้สามารถปรับตัว เพื่อเผชิญกับภาวะวิกฤติในชีวิตได้ดียิ่งขึ้น

2. การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร หมายถึง การให้คำแนะนำข้อมูล ข่าวสารแก่สตรีที่มีบุตรยาก ในการแก้ไขปัญหาหรือให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการกระทำของสตรีที่มีบุตรยาก

การที่บุคคลใกล้ชิดให้คำแนะนำด้านข้อมูล ข่าวสารที่เป็นประโยชน์ เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งบริการการตรวจ รักษาภาวะมีบุตรยาก หรือคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่าง ๆ และคอยแนะนำหรือดักเตือน เมื่อสตรีที่มีบุตรยาก ปฏิบัติตนไม่ถูกต้องตามคำแนะนำของแพทย์ที่รักษาภาวะมีบุตรยาก สิ่งเหล่านี้จะทำให้สตรีที่มีบุตรยาก ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า บุคคลใกล้ชิดให้ความสนใจช่วยเหลือ ทำให้สตรีที่มีบุตรยาก สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง เหมาะสม เป็นประโยชน์กับการรักษาภาวะมีบุตรยาก ลดความเครียด ความวิตกกังวลต่าง ๆ ที่เกิดเนื่องจากภาวะมีบุตรยาก

3. การสนับสนุนทางด้านเครื่องมือสิ่งของ หมายถึง การให้ความช่วยเหลือสตรีที่มีบุตรยากในด้านสิ่งของ เงินทอง และแรงงาน

ในสตรีที่มีบุตรยาก การวินิจฉัย และรักษาภาวะมีบุตรยาก ต้องใช้ระยะเวลานาน เช่น ในระยะ 1-2 ปีแรก จะเป็นระยะเวลาของการตรวจหาสาเหตุ และวินิจฉัย ส่วนการรักษา จะเริ่มขึ้นปีที่ 2 และปีที่ 3 (วาริวรรณ ศิริวณิชย์ 2531) และสตรีที่มีบุตรยากต้องเสียค่าใช้จ่าย ในการวินิจฉัย และรักษาสูง ยาที่ใช้มีราคาแพง ยิ่งการรักษาภาวะการมีบุตรยากที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงเข้ามามีสนับสนุน ยิ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงขึ้น เช่น การทำเด็กหลอดแก้ว ในแต่ละรอบของการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐบาล จะเสียค่าใช้จ่ายครั้งละ 2-3 หมื่นบาท และถ้าเป็นโรงพยาบาลเอกชนค่าใช้จ่ายจะสูงกว่าโรงพยาบาลรัฐบาลประมาณ 10 เท่า ผลสำเร็จของการรักษามีน้อย ประมาณร้อยละ 20-25 (หะทัย และอรุษา เทพนิสัย 2533: 834) และไม่มีใครรับรองได้ว่า จะต้องรักษากี่รอบ เสียค่าใช้จ่ายเท่าไรจึงจะประสบผลสำเร็จมีบุตรตามความต้องการ ฉะนั้น ปัญหาทางการเงิน จึงเป็นปัญหาสำคัญ เป็นสาเหตุของความเครียดในสตรีที่มีบุตรยาก และทำให้คู่สมรสต้องยุติการรักษา ฉะนั้น การที่บุคคลใกล้ชิดให้การสนับสนุนช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ เครื่องใช้ จะทำให้สตรีที่มีบุตรยากลดความวิตกกังวล เรื่องค่าใช้จ่ายลง เป็นการส่งเสริมให้สตรีที่มีบุตรยาก ปรับตัวได้ดีขึ้น

นอกจากนั้น การรักษาภาวะการมีบุตรยากที่ใช้เวลานาน และประสบผลสำเร็จน้อย บางครั้งทำให้สตรีที่มีบุตรยาก เกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย สิ้นหวัง หรืออ่อนล้า ซึ่งการรักษาโดยใช้เทคโนโลยีขั้นสูง เช่น การทำเด็กหลอดแก้ว และย้ายตัวอ่อน ในแต่ละรอบถ้าล้มเหลว จะทำให้สตรีที่มีบุตรยากเกิดความรู้สึกผิดหวัง หมดกำลังใจในการดำเนินชีวิต เกิดความท้อแท้ สิ้นหวังในการรักษา ไมลน์ (Milne B.J. 1988) ให้ความเห็นว่า การมีประจำเดือน ถือเป็นอาการล้มเหลวของการรักษา เป็นช่วงที่ก่อให้เกิดความรู้สึกหมดหวัง และความเสียใจแก่สตรีที่มีบุตรยาก ทำให้สตรีที่มีบุตรยากอ่อนล้า ไม่มีกำลังใจในการดำเนินชีวิต ไม่อยากปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ การที่บุคคลใกล้ชิดคอยให้ความช่วยเหลือด้านแรงงาน เช่น แบ่งเบาภาระหน้าที่ การงานต่าง ๆ หรือให้บริการแก่สตรีที่มีบุตรยาก ทำให้สตรีที่มีบุตรยากเกิดกำลังใจ มีมานะอดทน อารมณ์มั่นคง ช่วยลดความเครียด สามารถดำเนินชีวิตได้เป็นปกติ

การที่สตรีที่อยู่ในภาวะมีบุตรยาก ต้องเผชิญปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ร่างกายต้องประสบกับความเครียด ความวิตกกังวลต่าง ๆ ทำให้สตรีที่มีบุตรยาก ต้องมีการปรับตัว ซึ่งถ้าสตรีที่มีบุตรยาก ปรับตัวได้ดี จะสามารถดำเนินชีวิตได้เป็นปกติ ยอมรับสภาพความเป็นจริง ที่เกิดกับตนเอง มองหาแนวทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว ด้วยเหตุผล มีความสุข และปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดี แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าสตรีที่มีบุตรยากปรับตัวไม่ได้ ย่อมเกิดความไม่มั่นคงทางด้านจิตใจ ซึ่งจะมีผลต่อการดำเนินชีวิตและต่อชีวิตสมรสของสตรีที่มีบุตรยาก นอกจากนี้ ยังมีผลกระทบไปถึงบุคคลรอบข้างด้วย การที่สตรีที่มีบุตรยากจะสามารถปรับตัวได้ดี ต้องมีปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้องสนับสนุนเพื่อช่วยลดความเครียด ส่งเสริมให้มีการปรับตัวได้ดีขึ้น ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของสตรีที่มีบุตรยาก

ปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของสตรีที่มีบุตรยาก

ได้มีผู้ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยของสตรีที่มีบุตรยากไว้หลายประการ แต่ปัจจัยที่สำคัญมีดังนี้

1. อายุของสตรี เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น เป็นวัยผู้ใหญ่ มีวุฒิภาวะมากขึ้น ทำให้มีการตัดสินใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลตนเอง สามารถทำความเข้าใจต่อแผนการรักษาได้ง่าย เอาใจใส่ต่อตนเองในด้านสุขภาพอนามัย ให้ความร่วมมือในการรักษาสูง และอายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการปรับตัวของคนมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตที่ส่งผลถึงการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นจากการศึกษาของ เบล (Bell 1977: 133-137) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดในชีวิตกับการปรับตัว ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเครียดทางจิตใจ จำนวน 60 คน พบว่า บุคคลที่

มีอายุแตกต่างกันจะมีการปรับตัวที่แตกต่างกัน และสุภาพ ไบแกว (2528: 13) ได้ทำการศึกษาพบว่า ในผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้นจะสามารถปรับตัวต่อภาวะความเจ็บป่วยได้ดีกว่า ผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ๆ เนื่องจากสามารถทำความเข้าใจต่อแผนการรักษา และสนใจดูแลเอาใจใส่ในเรื่องสุขภาพได้ดีกว่า แต่เมื่ออายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป ความเอาใจใส่ต่อสุขภาพร่างกายจะลดลง

นอกจากนี้อายุของสตรีที่มีบุตรยากที่เข้ารับการรักษาย่อมมีผลต่อความสำเร็จของการรักษา เพราะยิ่งอายุมากขึ้น โอกาสตั้งครรภ์ก็ยิ่งลดลง จากการศึกษาทั่วไปพบว่าอายุของสตรีระหว่าง 21-24 ปี จะเป็นช่วงเวลาที่สามารตั้งครรภ์ได้มากที่สุด หลังจากนั้นจะค่อย ๆ ลดลง โดยเฉพาะจะลดลงอย่างรวดเร็วหลังอายุ 35 ปี กล่าวคือ พออายุ 35 ปี ความสามารถในการตั้งครรภ์จะลดลงร้อยละ 10 พออายุ 40 ปี ความสามารถในการตั้งครรภ์จะลดลงร้อยละ 33 และอายุ 45 ปี ความสามารถในการตั้งครรภ์จะลดลงไปร้อยละ 88 (หะทัย และอุรุษาทพนิสัย 2523:287-288) ฉะนั้น สตรีที่มีบุตรยาก ที่มีอายุต่างกัน ย่อมจะส่งผลให้มีการปรับตัวได้ต่างกัน อายุจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของสตรีที่มีบุตรยาก

2. รายได้ของครอบครัว เป็นตัวเสริมแรงที่จะทำให้ความเครียดทางด้านจิตใจ และด้านอารมณ์ของสตรีที่มีบุตรยากลดลงได้และเป็นแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่งของมนุษย์ที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว ผู้ที่มีรายได้เพียงพอจะเป็นผู้ที่มีความสามารถสนองความจำเป็นพื้นฐานในชีวิต เช่น มีอาหารบริโภคเพียงพอ มีที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมปลอดภัย เมื่อเป็นผู้ป่วยก็สามารถดำเนินชีวิตท่ามกลางความเจ็บป่วยได้เป็นอย่างดี เนื่องจากมีโอกาที่จะแสวงหา สิ่งอำนวยความสะดวกสบาย สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ โดยไม่ต้องพะวงกับปัญหาด้านเศรษฐกิจ มีการรักษาที่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ จากงานวิจัยของ กอบแก้ว ดุตตวัส (2527: ก) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค พบว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา โดยพบว่า ผู้มีรายได้สูงมีแนวโน้มมารับการรักษาสม่ำเสมอกว่าผู้มีรายได้ต่ำ นอกจากนี้ การรักษา ภาวะการมีบุตรยาก ต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก ใช้เวลารักษานาน ยาที่ใช้มีราคาแพง และไม่มีใครบอกได้ว่า จะต้องรักษานานเท่าไร จึงจะประสบผลสำเร็จ ยิ่งการรักษาภาวะการมีบุตรยากโดยใช้วิทยาการ และเทคโนโลยีขั้นสูง เช่น การปฏิสนธิในหลอดแก้วและการย้ายตัวอ่อน ความสำเร็จของการรักษายังมีน้อย ประมาณร้อยละ 20-25 (หะทัย และอุรุษาทพนิสัย 2533:384) ในประเทศไทย การรักษาด้วยวิธี การปฏิสนธิในหลอดแก้ว และย้ายตัวอ่อน แต่ละครั้งในโรงพยาบาลของรัฐบาล จะต้องเสียค่าใช้จ่าย ครั้งละ 2-3 หมื่นบาท ยิ่งถ้าเป็นโรงพยาบาลเอกชนค่าใช้จ่ายจะมากกว่าโรงพยาบาลรัฐบาล ประมาณ 10 ส่วนในต่างประเทศพบว่า การรักษาแต่ละครั้งเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 3 - 5 หมื่นเหรียญ สหรัฐอเมริกา และปัญหาทางการเงินเป็นสาเหตุสำคัญของความเครียดของคู่สมรสที่รับการรักษา และทำให้คู่สมรสต้องจำใจยุติการรักษา เนื่องจากค่าใช้จ่าย

ไม่ไหว ฉะนั้น ปัญหาด้านเศรษฐกิจจึงเป็นปัญหาสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้สตรีที่มีบุตรยาก เกิดความวิตกกังวล ถ้าสตรีที่มีบุตรยาก มีรายได้ของครอบครัวดี จะมีผลให้สตรีที่มีบุตรยากมีการปรับตัวได้ดี และในทางตรงกันข้าม ถ้ารายได้ของครอบครัวไม่ดี จะส่งผลให้สตรีที่มีบุตรยากมีการปรับตัวไม่ดีตามไปด้วย

3. กำหนดเวลาการทำงาน ของสตรีที่มีบุตรยากเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากการรักษาภาวะการมีบุตรยากจะต้องมาพบแพทย์ตามนัดบ่อยครั้ง เวลาที่แพทย์นัดปกติจะเป็นเวลากลางวัน ซึ่งเป็นช่วงเวลาทำงาน การที่สตรีที่มีบุตรยาก ต้องลางานบ่อยครั้ง เพื่อมาพบแพทย์ย่อมมีผลเสียต่อหน้าที่การงาน ความเจริญก้าวหน้าหรือความมั่นคงทางด้านการงานลดลง จากผลการศึกษาของ เบลันเนอร์ (Blenner 1990) ได้ศึกษาคู่สมรสที่เข้ารับการรักษา จำนวน 25 คู่ พบว่า เมื่อคู่สมรสเข้ารับการรักษาเต็มที่ ก็จะให้ความสนใจกับการรักษาอย่างเดียว จุดมุ่งหมายหลักของชีวิตคือการแก้ไขการมีบุตรยากของตน ช่วงนี้คู่สมรสจะเสียการควบคุมชีวิตไป ชีวิตจะอยู่กับความขัดแย้งและความเครียด รู้สึกลำบาก ที่จะแบ่งเวลาระหว่างงานกับการรักษา ความเอาใจใส่ในงานลดลง การรักษาเป็นสิ่งเดียวที่เลือกทำงานบางคนต้องเปลี่ยนงาน เพื่อให้มีเวลากับการรักษามากขึ้น และเกิดความรู้สึกผิดในความบกพร่องเรื่องงาน นอกจากนั้น จากการศึกษาของ แซนด์โลว์สกี และโพลล็อก (Sandelowski and Pollock 1986) พบว่าผู้หญิงที่มุ่งไปยังการรักษาภาวะการมีบุตรยาก และปฏิบัติตามแผนการรักษาที่อาศัยเทคโนโลยีขั้นสูง จะทำให้คุณภาพการทำงานลดต่ำลง และการรักษาโดยอาศัยเทคโนโลยีขั้นสูง ทำให้คู่สมรสต้องมาพบแพทย์บ่อยขึ้น ซึ่งบางครั้งการมาพบแพทย์ในเวลาราชการ จะทำให้ต้องหยุดงานบ่อยตามไปด้วย จึงทำให้มีผลกระทบต่อหน้าที่การงานอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จากเหตุผลดังกล่าวกำหนดเวลาการทำงานของสตรีที่มีบุตรยาก จึงมีผลต่อความเครียดของสตรีที่เข้ารับการรักษา และมีผลต่อการปรับตัวของสตรีที่มีบุตรยาก ถ้าสตรีที่มีบุตรยากมีอาชีพที่ไม่มีกำหนดเวลาการทำงาน สามารถยืดหยุ่นเวลาการทำงานได้ จะมีผลให้สตรีที่มีบุตรยากมีความวิตกกังวลลดลง และมีผลส่งเสริมให้ปรับตัวได้ดีขึ้น

4. ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา ซึ่งระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาอันยาวนาน โอกาสการตั้งครรภ์จะยิ่งน้อยลง จากการศึกษาของ การ์ธูแม้น สุวรรณ (2526) ศึกษาอัตราการตั้งครรภ์ที่โรงพยาบาลราชวิถี ช่วงปี พ.ศ. 2517-2521 จากคู่สมรสที่มีบุตรยาก 1,751 ราย พบว่า ในปีที่ 1 มีอัตราการตั้งครรภ์ ร้อยละ 5-6 ปีที่ 2 อัตราการตั้งครรภ์ ร้อยละ 2.74 ปีที่ 3 อัตราการตั้งครรภ์ ร้อยละ 0.39 ในปีที่ 4 และ 5 อัตราการตั้งครรภ์ ร้อยละ 0.05 และจากศึกษาของ วาวิรรณศิริ วาณิชย์ (2531) พบว่า อัตราการตั้งครรภ์ในช่วงปีที่ 3 นับจากมาพบแพทย์ครั้งแรก ร้อยละ 27.11 รองลงมา คือ ช่วงปีที่ 2 ตั้งครรภ์ ร้อยละ 20.06 ช่วงปีที่ 1 ตั้งครรภ์ ร้อยละ 12.35 ช่วงปีที่ 4 ตั้งครรภ์ ร้อยละ 10 ซึ่งการที่มีอัตราการตั้งครรภ์ใน 3 ปีแรกสูงสุด เนื่องจากในช่วงปีแรกอาจเป็นระยะเวลาที่ใช้

ตรวจวินิจฉัย ซึ่งใช้เวลานานพอสมควรก่อนที่จะทำการรักษา และบางสาเหตุ การรักษาใช้เวลานาน ใช้ช่วงปีที่ 2 และปีที่ 3 เป็นช่วงที่ดำเนินการรักษาไปบ้างแล้ว ผลการรักษาจึงปรากฏให้เห็นในปีที่ 2 และ 3 ภายหลังจากนั้นส่วนใหญ่ สาเหตุที่แก้ไขได้ได้แก้ไขไปแล้ว สาเหตุที่เหลือมักเป็นสาเหตุที่รักษาได้ผลน้อย และการรักษาติดต่อกันนานหลายปี จะทำให้สตรีที่มีบุตรยาก เบื่อหน่าย สิ้นหวัง ท้อแท้ วิตกกังวลมากขึ้น สิ่งเหล่านี้จะมีผลกับการปรับตัวของสตรีที่มีบุตรยากทั้งสิ้น ฉะนั้น ถ้าสตรีที่มีบุตรยากใช้ระยะเวลาที่รักษานาน ก็จะทำให้สตรีที่มีบุตรยาก เกิดความเครียด วิตกกังวลมาก ทำให้สตรีที่มีบุตรยากปรับตัวได้ไม่ดี

5. การสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรตัวหนึ่งทางด้าน จิต-สังคม ที่มีอิทธิพลต่อการเผชิญความเครียด และส่งเสริมให้สตรีที่มีบุตรยากสามารถปรับตัวได้เหมาะสมกับศักยภาพของตนเอง นอกจากนี้ สมาชิกในสังคมจะส่งเสริมให้สตรีที่มีบุตรยากเผชิญความวิตกกังวล ความเครียด โดยให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ ความรู้สึก เงินทอง บริการ และจัดหาข้อมูล ข่าวสาร คำแนะนำ ตลอดจนแนวทางเลือกที่เหมาะสม ทำให้สตรีที่มีบุตรยาก รู้สึกมีคุณค่า มั่นคง ปลอดภัยในการเผชิญกับภาวะมีบุตรยากและการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเนื่องจากการตรวจรักษาภาวะมีบุตรยาก ไดมอนด์ (Dimond 1979: 101-108) ได้ศึกษาถึงการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยไตเทียมจำนวน 36 คน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวในด้านขวัญและกำลังใจ และจากการศึกษาของ ครอนเนนเวทท์ (Cronenwett 1985: 98) ศึกษาถึงโครงสร้างเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมและผลทางด้านจิตใจในหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ และวัตถุสิ่งของมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด และ วิลคอกซ์ (Wilcox 1981: 102) ได้สรุปถึงความสัมพันธ์ ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะเครียดว่ายังมีความเครียดเกิดขึ้นมากเท่าใด การสนับสนุนทางสังคมจะมีประโยชน์ในการช่วยเหลือบุคคลมากขึ้น นอกจากนั้น จากการศึกษาของ ไมล์น (Milne BJ. 1988) กล่าวว่า ความต้องการขั้นแรกของคู่สมรสที่มารักษาการมีบุตรยากโดยอาศัยเทคโนโลยีขั้นสูง ต้องการจากพยาบาลคือ ด้านข้อมูล ข่าวสาร และการประคับประคอง ปลอบใจ ซึ่งพยาบาลควรให้ข่าวสารที่เป็นความจริง บนรากฐานของความรู้ เช่น คำแนะนำเกี่ยวกับขั้นตอน และข้อกำหนด ในการทำเด็กหลอดแก้ว และการย้ายตัวอ่อน ผลข้างเคียงของยา การตรวจสอบทางห้องทดลอง และค่าใช้จ่าย ต่าง ๆ เพื่อคู่สมรสจะได้มีความรู้ในกระบวนการต่าง ๆ ของโปรแกรมการรักษา

จากการศึกษาวรรณกรรมที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า ภาวะมีบุตรยากเป็นภาวะวิกฤตอย่างหนึ่งของชีวิตเป็นเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด และไม่พึงปรารถนา จึงเป็นสิ่งเร้าที่กระทบต่อสตรีที่มีบุตรยาก ทำให้เกิดปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นวิกฤตการณ์ที่สตรีที่มีบุตรยากต้องปรับตัว

เพื่อให้เกิดความมั่นคง เกิดดุลยภาพแก่ร่างกาย มีชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพของตนเอง แต่การปรับตัวของสตรีที่มีบุตรยากจะปรับตัวได้ดี หรือไม่นั้น มีปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้องและส่งเสริมการปรับตัวของสตรีที่มีบุตรยาก ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของสตรีที่มีบุตรยาก ได้แก่ อายุของสตรี รายได้ของครอบครัว กำหนดเวลาการทำงาน ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งถือเป็นสิ่งเร้าร่วมที่มีผลต่อการปรับตัวของสตรีที่มีบุตรยาก



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวในสตรีที่มีบุตรยาก

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ เป็นสตรีที่แพทย์วินิจฉัยว่าอยู่ในภาวะมีบุตรยาก ชนิดปฐมภูมิ คือ สตรีที่ยังไม่เคยตั้งครรภ์มาก่อนเลยที่มารับการตรวจ วินิจฉัย และรักษาภาวะการมีบุตรยากที่คลินิกรักษาผู้มีบุตรยาก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกแบบบังเอิญ (Accidental sampling) จำนวน 200 ราย จากสตรีที่มีบุตรยาก ตามคุณสมบัติที่กำหนดที่มารับการรักษาที่คลินิกผู้มีบุตรยาก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในช่วงที่ทำการเก็บข้อมูล จนครบจำนวน 200 ราย

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง กำหนดจากตัวแปรอิสระ 1 ตัว ต่อ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 150 ราย และปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างให้เป็น 200 ราย เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความคลาดเคลื่อน และกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาล โดยคิดจากสัดส่วนของประชากรที่รับบริการแต่ละแห่ง คือ

โรงพยาบาลศิริราช	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	40	ราย
โรงพยาบาลตำรวจ	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	80	ราย
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	80	ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของสตรีที่มีบุตรยาก แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านประชากร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ กำหนดเวลาการทำงาน ความเครียดจากการทำงาน รายได้ รายได้พิเศษ จำนวนพี่น้อง เป็นบุตรลำดับที่ของสตรีที่มีบุตรยากและสามี

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัว โรคที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะสืบพันธุ์ การผ่าตัด การแท้งบุตรของสตรีที่มีบุตรยาก การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ของสตรีที่มีบุตรยากและสามี

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะการมีบุตรยาก และประสบการณ์การรักษา ได้แก่ ระยะเวลาสมรส การคุมกำเนิด ระยะเวลาที่คุมกำเนิด จำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์ ระยะเวลาที่ตั้งครรภ์เองตามธรรมชาติ ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับสาเหตุของการมีบุตรยาก สถานที่ที่เคยไปรักษาภาวะมีบุตรยาก ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา การตรวจของสามี การรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีขั้นสูงและการรักษากับหมอฟันบ้าน หรือการรักษาทางไสยศาสตร์ของสตรีที่มีบุตรยาก

2. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในสตรีที่มีบุตรยาก เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยการศึกษา ค้นคว้า ดำเนินการ รวบรวมข้อมูล และอาศัยแนวคิดของรอยท์ส (Thoits) ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ ซึ่งถามเกี่ยวกับ

การสนับสนุนด้านอารมณ์ - สังคม	15	ข้อ
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	5	ข้อ
การสนับสนุนด้านเครื่องมือสิ่งของ	4	ข้อ

ข้อความที่ใช้ในแบบสอบถามประกอบด้วยข้อความที่มีลักษณะในด้านบวก

ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ คือ

น้อย	หมายถึง	ข้อความในประโยคไม่ตรงกับความรู้สึก หรือ ความเป็นจริงที่ผู้ตอบได้รับเลย
ค่อนข้างน้อย	หมายถึง	ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึก หรือ ความเป็นจริงที่ผู้ตอบได้รับเล็กน้อย
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึก หรือ ความเป็นจริงที่ผู้ตอบได้รับปานกลาง
ค่อนข้างมาก	หมายถึง	ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึก หรือ ความเป็นจริงที่ผู้ตอบได้รับส่วนมาก
มาก	หมายถึง	ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึก หรือ ความเป็นจริงที่ผู้ตอบได้รับทั้งหมด หรือมากที่สุด

ผู้ตอบแบบสอบถาม จะเลือกคำตอบเพียง 1 คำตอบ ในแต่ละข้อโดยใช้เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่กำหนดให้ และพิจารณาให้คะแนนตามลักษณะของข้อความ ดังนี้

น้อย	ให้	1	คะแนน
ค่อนข้างน้อย	ให้	2	คะแนน
ปานกลาง	ให้	3	คะแนน
ค่อนข้างมาก	ให้	4	คะแนน
มาก	ให้	5	คะแนน

คะแนนแบบสอบถามทั้งหมดอยู่ในช่วง 24 - 120 คะแนน

คะแนนสูง	แสดงว่ากลุ่มตัวอย่าง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก
คะแนนต่ำ	แสดงว่ากลุ่มตัวอย่าง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

3. แบบสอบถามการปรับตัวในสตรีที่มีบุตรยาก เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากการศึกษา ค้นคว้า ดำเนินการ เอกสาร รายงานการวิจัยต่าง ๆ โดยอาศัยกรอบทฤษฎีการปรับตัว ของรอย แบบสอบถามชุดนี้มีทั้งหมด 36 ข้อ ซึ่งถามเกี่ยวกับ

การปรับตัวด้านร่างกาย	11	ข้อ
การปรับตัวด้านอารมณ์ทัศน	11	ข้อ
การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่	7	ข้อ
การปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน	7	ข้อ

แบบสอบถามชุดนี้ เป็นข้อความที่มีลักษณะในด้านบวก จำนวน 23 ข้อ และข้อความที่มีลักษณะในด้านลบ จำนวน 13 ข้อ ผู้ตอบแบบสอบถาม สามารถเลือกตอบได้ 1 คำตอบ โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่กำหนดไว้ให้

ข้อความที่ใช้ในแบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ

น้อย	หมายถึง ข้อความในประโยคไม่ตรงกับความรู้สึก หรือ ความเป็นจริงที่ผู้ตอบได้รับเลย
ค่อนข้างน้อย	หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึก หรือ ความเป็นจริงที่ผู้ตอบได้รับเล็กน้อย
ปานกลาง	หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึก หรือ ความเป็นจริงที่ผู้ตอบได้รับปานกลาง
ค่อนข้างมาก	หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึก หรือ ความเป็นจริงที่ผู้ตอบได้รับเป็นส่วนใหญ่

มาก หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึกหรือ
ความเป็นจริงที่ผู้ตอบได้รับทั้งหมด หรือมากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน กำหนดดังนี้

ก. ข้อความที่มีความหมายทางบวก ให้คะแนนดังนี้

น้อย	ให้	1	คะแนน
ค่อนข้างน้อย	ให้	2	คะแนน
ปานกลาง	ให้	3	คะแนน
ค่อนข้างมาก	ให้	4	คะแนน
มาก	ให้	5	คะแนน

ข. ข้อความที่มีเครื่องหมายทางลบ ให้คะแนนดังนี้

น้อย	ให้	5	คะแนน
ค่อนข้างน้อย	ให้	4	คะแนน
ปานกลาง	ให้	3	คะแนน
ค่อนข้างมาก	ให้	2	คะแนน
มาก	ให้	1	คะแนน

คะแนนการปรับตัวของสตรีที่มีบุตรยากทั้งหมดอยู่ในช่วง 36 - 180 คะแนน

คะแนนสูง แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัวได้ดี

คะแนนต่ำ แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัวไม่ดี

เกณฑ์แบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคมและระดับการปรับตัว

แบ่งคะแนนการสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวเป็น 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง และมาก ถ้ากลุ่มตัวอย่างเลือกตอบค่อนข้างมากและมาก จัดว่าอยู่ในระดับมาก กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบค่อนข้างน้อยและน้อย จัดว่าอยู่ในระดับน้อย และคะแนนระหว่างระดับมากกับระดับน้อย จัดว่าอยู่ในระดับปานกลาง

การหาความเที่ยงตรง และความเชื่อมั่น

การหาความเที่ยงตรง (Validity)

การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการปรับตัวในสตรีที่มีบุตรยาก ผู้วิจัยนำแบบ

สัมภาษณ์และแบบสอบถามทั้ง 3 ชุด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 8 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย

- | | |
|---|--------|
| 1. แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการมีบุตรยาก | 1 ท่าน |
| 2. จิตแพทย์ | 1 ท่าน |
| 3. อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ | 1 ท่าน |
| 4. อาจารย์พยาบาล การพยาบาลครอบครัว
และทฤษฎีการพยาบาล | 4 ท่าน |
| 5. อาจารย์คณะมนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์ | 1 ท่าน |

หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้มีความชัดเจนตามเนื้อหา ความเหมาะสมด้านภาษาและการเรียงลำดับข้อความ ตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ

การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม การสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวในสตรีที่มีบุตรยาก ที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ และปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับสตรีที่มีบุตรยากที่มีลักษณะเช่นเดียวกับประชากรที่จะศึกษา จำนวน 30 คน คำนวณหาความเชื่อมั่นโดยอาศัยสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) ซึ่งมีสูตรดังนี้ (ยวดี ภาษา และคณะ 2534:127)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum Si^2}{St^2} \right]$$

- เมื่อ α = ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
- n = จำนวนข้อของแบบสอบถาม
- Si^2 = ค่าความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ
- St^2 = ค่าความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งหมดดังนี้ คือ

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ในสตรีที่มีบุตรยาก มีความเชื่อมั่น เท่ากับ .919
แบบสอบถามการปรับตัวในสตรีที่มีบุตรยาก มีความเชื่อมั่นเท่ากับ .717

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2539 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2539 โดยมีขั้นตอนในการเก็บข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาต เก็บข้อมูลจากบัณฑิตวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในคลินิกผู้มีบุตรยาก ในวันเวลาดังต่อไปนี้

โรงพยาบาลศิริราช วันจันทร์และวันพฤหัสบดี เวลา 12:30-15:00 น.

โรงพยาบาลตำรวจ วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 8:30-12:00 น.

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ วันอังคารและวันพฤหัสบดี เวลา 12:30-15:00 น.

2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหน่วยคลินิกรักษาผู้มีบุตรยากของโรงพยาบาลดังกล่าว เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยและขอความร่วมมือ ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้

3. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด แนะนำตนเองและอธิบายถึงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่าการตอบแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ และจะใช้เพื่อประโยชน์ของการวิจัยเท่านั้น ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยได้ตามที่กลุ่มตัวอย่างต้องการ โดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการตรวจรักษาที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับทั้งสิ้น มีกลุ่มตัวอย่างตอบปฏิเสธไม่เข้าร่วมในการวิจัยประมาณร้อยละ 5 ถ้ากลุ่มตัวอย่างยินดีที่จะเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างและอธิบายถึงวิธีการตอบแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามโดยละเอียดพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามสิ่งที่ไม่เข้าใจ

4. ผู้วิจัย สัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปด้วยตนเอง หลังจากนั้นแจกแบบสอบถาม ให้เวลากลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม การปรับตัวในสตรีที่มีบุตรยาก และแบบสอบถามการ

สนับสนุนทางสังคมในสตรีที่มีบุตรยาก ประมาณ 45 นาที ผู้วิจัยทำการตรวจสอบคำตอบทุกข้อ ถ้าพบว่ามีคำตอบข้อคำถามบางข้อ ผู้วิจัย ก็จะซักถามเพื่อให้ได้คำตอบที่ครบถ้วน

5. สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ ผู้วิจัยจะอ่านแบบสอบถามให้ฟัง และเป็นผู้ทำเครื่องหมายในแบบสอบถามตามความเห็นของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง แต่ละรายมาวิเคราะห์ตามเกณฑ์ที่กำหนดและ นำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรม SPSS / PC⁺ (Statistical Package For The Social Science) โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ ระดับ .05 มีขั้นตอนการวิเคราะห์ ตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะทางเศรษฐกิจ-สังคม ภาวะสุขภาพ ภาวะมีบุตรยาก และ ประสบการณ์การตรวจรักษาภาวะมีบุตรยาก วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และเทียบอัตราส่วน ร้อย
2. ข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวของสตรีที่มีบุตรยาก วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ และเทียบอัตราส่วนร้อยละ
3. ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยบางประการและการสนับสนุนทางสังคมต่อการปรับตัวของสตรีที่มีบุตรยาก วิเคราะห์โดยการถดถอยพหุ

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของสตรีที่มีบุตรยาก ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมของกลุ่มตัวอย่างและสามี ภาวะสุขภาพ ประสบการณ์การตรวจรักษาภาวะมีบุตรยาก แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการปรับตัวของสตรีที่มีบุตรยาก ทำการเก็บข้อมูลจากสตรีที่มีบุตรยากที่มารับบริการที่หน่วยรักษาผู้มีบุตรยากในโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และโรงพยาบาลตำรวจ จำนวน 200 ราย ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2539 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2539 แล้วนำมาวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุ ได้ผลการวิเคราะห์ดังนี้

ลักษณะทางเศรษฐกิจ - สังคม ของกลุ่มตัวอย่างและสามี

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 200 ราย มีลักษณะทางเศรษฐกิจ - สังคม ดังนี้
 ตารางที่ 1 ลักษณะทางเศรษฐกิจ - สังคมของกลุ่มตัวอย่างและสามี

ลักษณะทางเศรษฐกิจ-สังคม	กลุ่มตัวอย่าง		สามี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ				
20 - 24 ปี	9	4.5	2	1.0
25 - 29 ปี	33	16.5	20	10.0
30 - 34 ปี	83	41.5	75	37.5
35 - 39 ปี	55	27.5	64	32.0
40 ปีขึ้นไป	20	10.0	39	19.5
รวม	200	100.0	200	100.0
ค่าสูงสุด	44		51	
ค่าต่ำสุด	21		21	
ค่าเฉลี่ย	32.96		35.10	
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	4.76		5.37	
การศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา	0	0	1	0.5
ประถมศึกษา	47	23.5	30	15.0
มัธยมศึกษา	36	18.0	39	19.5
อนุปริญญา	36	18.0	48	24.0
ปริญญาตรี และสูงกว่า	81	40.5	82	41.0
รวม	200	100.0	200	100.0

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคม	กลุ่มตัวอย่าง		สามี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ				
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	57	28.5	60	30.0
ทำงานบริษัท / รับจ้าง	66	33.0	79	39.5
ค้าขาย	25	12.5	25	12.5
เกษตรกร	4	2.0	3	1.5
ส่วนตัว	22	11.0	33	16.5
แม่บ้าน	26	13.0	0	0
รวม	200	100.0	200	100.0
กำหนดเวลาการทำงาน				
กำหนดระยะเวลาไม่แน่นอน	77	38.5	61	30.5
กำหนดระยะเวลาแน่นอน	123	61.5	139	69.5
รวม	200	100.0	200	100.0
อาชีพที่เกี่ยวข้องกับสารเคมีสารกัมมันตภาพรังสีและความร้อน				
ไม่เกี่ยวข้อง	188	94.0	175	87.5
เกี่ยวข้อง	12	6.0	25	12.5
รวม	200	100.0	200	100.0
ความเครียดจากการทำงาน				
ไม่ทำให้รู้สึกเครียด	102	51.0	94	47.0
ทำให้รู้สึกเครียด	98	49.0	106	53.0
รวม	200	100.0	200	100.0

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคม	กลุ่มตัวอย่าง		สามี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ประจำ (ต่อเดือน)				
ไม่มีรายได้ประจำ	26	13.0	0	0
ต่ำกว่า 5,000 บาท	16	8.0	13	6.5
5,000 - 10,000 บาท	84	42.0	67	38.5
10,001 - 15,000 บาท	43	21.5	37	18.5
15,001 - 20,000 บาท	11	5.5	18	9.0
20,001 - 25,000 บาท	3	1.5	8	4.0
25,001 - 30,000 บาท	6	3.0	11	5.5
มากกว่า 30,000 บาท	11	5.5	36	18.0
รวม	200	100.0	200	100.0
ค่าสูงสุด	400,000.00		500,000.00	
ค่าต่ำสุด	ไม่มีรายได้		2,000.00	
ค่าเฉลี่ย	15,217.45		25,728.40	
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	37,591.41		49,192.62	
มีรายได้เกิน 100,000 บาท	3 คน		5 คน	
รายได้พิเศษ (ต่อเดือน)				
ไม่มี	152	76.0	150	75.0
ต่ำกว่า 3,000 บาท	3	1.5	7	3.5
3,000 - 6,000 บาท	23	11.5	17	8.5
6,001 - 9,000 บาท	5	2.5	3	1.5
มากกว่า 9,000 บาท	17	8.5	23	11.5
รวม	200	100.0	200	100.0
ค่าสูงสุด	40,000.00		60,000.00	
ค่าต่ำสุด	1,000.00		500.00	
ค่าเฉลี่ย	2,048.45		2,706.83	
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	5,300.34		7,563.21	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคม	กลุ่มตัวอย่าง		สามี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ครอบครัว (ต่อเดือน)				
น้อยกว่า 15,000 บาท	48	24.0		
15,000 - 25,000 บาท	43	21.5		
25,001 - 35,000 บาท	41	20.5		
35,001 - 45,000 บาท	20	10.0		
45,001 - 55,000 บาท	14	7.0		
55,001 - 65,000 บาท	4	2.0		
มากกว่า 65,000 บาท	30	15.0		
รวม	200	100.0		
ค่าสูงสุด		700,000.00		
ค่าต่ำสุด		3,000.00		
ค่าเฉลี่ย		45,701.19		
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน		78,579.87		
มีรายได้เกิน 100,000 บาท		14 คน		
พี่น้องร่วมบิดา มารดา				
ถูกคนเดียว	10	5.0	5	2.5
2 - 4 คน	77	38.5	75	37.5
5 - 7 คน	79	39.5	83	41.5
8 - 10 คน	27	13.5	34	17.0
มากกว่า 10 คน	7	3.5	3	1.5
รวม	200	100.0	200	100.0
ค่าสูงสุด		15		12
ค่าต่ำสุด		0		0
ค่าเฉลี่ย		5.17		5.34
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน		2.68		2.33

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคม	กลุ่มตัวอย่าง		สามี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เป็นบุตรคนที่				
คนที่ 1	59	28.0	39	19.5
คนที่ 2 - คนที่ 3	70	35.0	78	39.0
คนที่ 4 - คนที่ 5	38	19.0	53	26.5
คนที่ 6 - คนที่ 7	22	11.0	25	12.5
มากกว่า คนที่ 7	14	7.0	5	2.5
รวม	200	100.0	200	100.0
ค่าสูงสุด	13		9	
ค่าต่ำสุด	1		1	
ค่าเฉลี่ย	3.34		3.32	
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	2.39		1.89	

จากตารางที่ 1 จะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่าง มีอายุระหว่าง 30-34 ปีมากที่สุด ร้อยละ 41.5 รองลงมา ร้อยละ 27.5 มีอายุระหว่าง 35-39 ปี ผู้ที่มีอายุมากที่สุด คือ 44 ปี อายุน้อยที่สุดคือ 21 ปี และมีอายุเฉลี่ยประมาณ 33 ปี ส่วนสามีก็เช่นเดียวกัน มีอายุระหว่าง 30-34 ปี มากที่สุด ร้อยละ 37.5 รองลงมา มีอายุระหว่าง 35-39 ปี ร้อยละ 32 อายุมากที่สุด 51 ปี อายุน้อยที่สุด 21 ปี และอายุเฉลี่ยประมาณ 36 ปี

การศึกษา กลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า 40.5 ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 23.5 สำหรับสามีก็เช่นเดียวกัน จบการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือสูงกว่าร้อยละ 41 รองลงมา ระดับอนุปริญญา ร้อยละ 24

อาชีพ กลุ่มตัวอย่างทำงานบริษัท หรือรับจ้าง เช่น ขายของ ทำงานโรงงาน ก่อสร้าง นักจัดการวิทยุ ธนาคาร และเสริมสวย มากที่สุด ร้อยละ 33 และทำงานรับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 28.5 เช่นเดียวกับสามี คือ ทำงานบริษัทหรือรับจ้าง เช่น ก่อสร้าง ขับรถส่งของ ทำงานโรงงาน และธนาคาร ร้อยละ 39.5 และทำงานรับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 30 ตามลำดับ

กำหนดเวลาการทำงาน กลุ่มตัวอย่างทำงานที่มีกำหนดระยะเวลาเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 61.5 เช่นเดียวกับสามี มีอาชีพที่มีกำหนดระยะเวลา ร้อยละ 69.5

อาชีพที่เกี่ยวข้องกับสารเคมี สารกัมมันตภาพรังสี และความร้อน ซึ่งได้แก่ โรงงานพลาสติก โรงงานอบขนม ประกอบอาหารขาย เจ้าหน้าที่ X-ray และทำงานเกี่ยวกับคอมพิวเตอร์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพียง ร้อยละ 6 และสามี ร้อยละ 12.5 มีอาชีพที่เกี่ยวข้องกับสารเคมี สารกัมมันตรังสีและความร้อน ดังกล่าว

ความเครียดจากการทำงาน กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่ง คือ ร้อยละ 51 มีความรู้สึกว่าการทำงานไม่ทำให้รู้สึกเครียด ซึ่งต่างกับสามี ร้อยละ 53 มีความรู้สึกว่าการทำงานทำให้รู้สึกเครียด

รายได้ประจำ กลุ่มตัวอย่างประมาณ ร้อยละ 42 มีรายได้ประจำอยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาท ต่อเดือน และมีรายได้ 10,001-15,000 บาท ร้อยละ 21.5 รายได้เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 15,217 บาท รายได้สูงสุดคือ 400,000 บาท (มีรายได้เกิน 100,000 บาท มีจำนวน 3 คน) มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 13 ไม่มีรายได้ประจำเนื่องจากเป็นแม่บ้าน สำหรับสามีของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 38.5 มีรายได้ระหว่าง 5,000-10,000 บาท รองลงมา ร้อยละ 18.5 มีรายได้ ระหว่าง 10,001 - 15,000 บาท มีรายได้เฉลี่ย 25,728 บาท รายได้สูงสุดของสามีกลุ่มตัวอย่าง คือ 500,000 บาท (มีรายได้เกิน 100,000 บาท มีจำนวน 5 คน) และรายได้ต่ำสุด คือ 2,000 บาท ต่อเดือน

รายได้พิเศษ เช่น สอนพิเศษ รับพิมพ์งาน ออกเงินกู้ มีบ้านเช่า ปลุกต้นไม้ขาย เล่นหุ้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 76 ไม่มีรายได้พิเศษ เช่นเดียวกับสามี ร้อยละ 75 ไม่มีรายได้พิเศษ ในจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้พิเศษ มีรายได้เฉลี่ย 2,048.50 บาท ต่อเดือน มีรายได้พิเศษสูงสุด 40,000 บาท ต่อเดือน ต่ำสุด 1,000 บาท ต่อเดือน ส่วนสามีมีรายได้พิเศษเฉลี่ย ประมาณ 2,707 บาท ต่อเดือน มีรายได้สูงสุด 60,000 บาท ต่อเดือน รายได้ต่ำสุด 500 บาท ต่อเดือน

เมื่อพิจารณารายได้ของครอบครัว คือ รายได้รวมของกลุ่มตัวอย่างและสามี พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 15,000 บาท ต่อเดือน มีร้อยละ 24 และกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 21.5 รายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 15,000-25,000 บาท ต่อเดือน รายได้รวมของครอบครัวเฉลี่ย ประมาณ 45,701 บาท ต่อเดือน รายได้สูงสุด 700,000 บาท ต่อเดือน (มีรายได้ของครอบครัวเกิน 100,000 บาท มีจำนวน 4 คน) รายได้ต่ำสุดคือ 3,000 บาท ต่อเดือน

จำนวนพี่น้องร่วมบิดามารดา กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 39.5 และ 38.9 มีพี่น้องร่วมบิดามารดา 5-7 คน และ 2-4 คน ตามลำดับ จำนวนพี่น้องที่มากที่สุดของกลุ่มตัวอย่าง คือ 15 คน จำนวนพี่น้อง

ร่วมบิดามารดาเฉลี่ย 5 คน และเมื่อศึกษาถึงจำนวนพี่น้องร่วมบิดามารดาของสามี พบว่า ร้อยละ 41.5 และ 37.5 มีพี่น้อง 5-7 คน และ 2-4 คน ตามลำดับ โดยจำนวนพี่น้องที่มากที่สุด ของสามี คือ 12 คน จำนวนพี่น้องร่วมบิดามารดา เฉลี่ย 5 คน เช่นเดียวกัน

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ร้อยละ 35 และ 28 เป็นบุตรคนที่ 2 - คนที่ 3 และเป็นบุตรคนที่ 1 ตามลำดับ โดยเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่าง เป็นบุตรคนที่ 3 ทางด้านสามี ร้อยละ 39 และ 26.5 เป็นบุตรคนที่ 2 - คนที่ 3 และคนที่ 4 - คนที่ 5 ตามลำดับ โดยเฉลี่ยสามี เป็นบุตรคนที่ 3 เช่นกัน



2. ภาวะสุขภาพ

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง 200 ราย เกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพ ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ประวัติการเจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพ

ประวัติการเจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มตัวอย่าง		สามี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว				
ไม่มีโรคประจำตัว	158	79.0		
มีโรคประจำตัว	42	21.0		
รวม	200	100.0		
เคยเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะสืบพันธุ์				
ไม่เคยเป็นโรคเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์	136	66.3		
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	38	18.6		
โรคเนื้องอกในมดลูกและรังไข่	16	7.8		
โรคเชื้อบวมมดลูกขึ้นผิดที่	12	5.8		
การตั้งครรภ์นอกมดลูก	3	1.5		
รวม	205	100.0		
เคยผ่าตัด				
ไม่เคยผ่าตัด	149	74.1		
บริเวณอุ้งเชิงกราน	36	17.9		
บริเวณช่องท้อง	16	8.0		
รวม	201**	100.0		
เคยแท้งบุตร				
ไม่เคยแท้งบุตร	154	77.0		
เคยแท้งบุตร	46	23.0		
รวม	200	100.0		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ประวัติการเจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพ	กลุ่มตัวอย่าง		สามี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การดื่มสุรา				
ไม่ดื่ม	166	83.0	71	35.5
ดื่มเป็นครั้งคราว	34	17.0	113	56.5
ดื่มเป็นประจำ	0	0	16	8.0
รวม	200	100.0	200	100.0
การสูบบุหรี่				
ไม่สูบ	194	97.0	131	65.5
สูบ	6	3.0	69	34.5
รวม	200	100.0	200	100.0

* กลุ่มตัวอย่าง 1 คน ป่วยมากกว่า 1 โรค

** กลุ่มตัวอย่าง 1 คน ผ่าตัดมากกว่า 1 ครั้ง

จากตารางที่ 2 พบว่า โรคประจำตัว ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหอบหืด หัวใจ ไต เบาหวาน ไทรอยด์ และภูมิแพ้ กลุ่มตัวอย่างส่วนมาก ร้อยละ 79 ไม่มีโรคประจำตัว ส่วนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 21 มีโรคประจำตัว ซึ่งส่วนมาก เป็นโรคภูมิแพ้

โรคที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะสืบพันธุ์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 18.6 ซึ่งส่วนมาก ได้แก่ โรคการอักเสบในอุ้งเชิงกราน ปีกมดลูก-รังไข่อักเสบ และซิฟิลิส นอกจากนี้ ร้อยละ 7.8 เคยเป็นเนื้องอกที่มดลูกและรังไข่

เกี่ยวกับการผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างเคยผ่าตัดบริเวณอุ้งเชิงกราน ร้อยละ 17.9 เคยผ่าตัดบริเวณช่องท้องร้อยละ 8 และเคยแท้งบุตร ร้อยละ 23

การดื่มสุรา กลุ่มตัวอย่างส่วนมาก ร้อยละ 83 ไม่ดื่มสุรา ส่วนสามี ร้อยละ 56.5 ดื่มสุราเป็นครั้งคราว และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 97 ไม่สูบบุหรี่ มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 3 ที่สูบบุหรี่ ซึ่งใน

จำนวนนี้ มีกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่เป็นประจำกับสูบบุหรี่เป็นครั้งคราวมีจำนวนเท่ากัน คืออย่างละ 3 ราย จำนวนบุหรี่ที่สูบเป็นประจำ ในแต่ละวันของกลุ่มตัวอย่างมี 2 ราย สูบ 1-2 มวน/วัน และ 1 รายสูบ 4-6 มวน/วัน ส่วนสามี่สูบบุหรี่ร้อยละ 34.5 ในจำนวนนี้ สูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 21.5 และสูบบุหรี่เป็นครั้งคราว ร้อยละ 13 ในจำนวนสามี่ที่สูบบุหรี่ประจำมี 28 ราย สูบบุหรี่มากกว่า 9 มวน/วัน



3. ประสิทธิภาพการคุมกำเนิดและการตรวจรักษา ภาวะมีบุตรยาก

จากการศึกษา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 ราย เกี่ยวกับ ประสิทธิภาพการคุมกำเนิด และการตรวจรักษาภาวะมีบุตรยาก ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การคุมกำเนิด และการมีเพศสัมพันธ์

การคุมกำเนิดและการมีเพศสัมพันธ์	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาสมรส		
น้อยกว่า 3 ปี	22	11.0
3 - 5 ปี	71	35.5
6 - 9 ปี	65	32.5
10 - 12 ปี	22	11.0
มากกว่า 12 ปี	20	10.0
รวม	200	100.0
ค่าสูงสุด	22	
ค่าต่ำสุด	1	
ค่าเฉลี่ย	6.69	
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	3.39	
เคยคุมกำเนิด		
ไม่เคยคุมกำเนิด	128	64.0
กินยาคุมกำเนิด	60	30.0
นั้บระยะปลอดกัย	9	4.5
ใช้ถุงยางอนามัย	3	1.5
รวม	200	100.0

ตารางที่ 3 (ต่อ)

การคุมกำเนิดและการมีเพศสัมพันธ์	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่คุมกำเนิด		
น้อยกว่า 12 เดือน	30	41.7
12 - 24 เดือน	31	43.0
25 - 36 เดือน	3	4.2
มากกว่า 36 เดือน	8	11.1
รวม	72 *	100.0
ค่าสูงสุด		84
ค่าต่ำสุด		1
ค่าเฉลี่ย		6.19
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน		13.50
การมีเพศสัมพันธ์ (ครั้ง/สัปดาห์)		
1 ครั้ง	62	31.0
2 ครั้ง	70	35.0
3 ครั้ง	48	24.0
4 ครั้ง	16	8.0
มากกว่า 4 ครั้ง	4	2.0
รวม	200	100.0
ค่าสูงสุด		9
ค่าต่ำสุด		1
ค่าเฉลี่ย		2.19
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน		1.75

ตารางที่ 3 (ต่อ)

การคุมกำเนิดและการมีเพศสัมพันธ์	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่รอให้ตั้งครรภ์ตามธรรมชาติ ก่อนมารับการตรวจรักษา		
น้อยกว่า 12 เดือน	18	9.0
12 - 24 เดือน	75	37.5
25 - 36 เดือน	34	17.0
37 - 48 เดือน	22	11.0
มากกว่า 48 เดือน	51	25.5
รวม	200	100.0
ค่าสูงสุด	156	
ค่าต่ำสุด	1	
ค่าเฉลี่ย	39.19	
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	29.01	
ความเห็นเกี่ยวกับสาเหตุของการมีบุตรยาก		
สาเหตุจากตนเอง	98	49.0
ไม่ทราบสาเหตุ	43	21.5
สาเหตุจากตนเองและสามีร่วมกัน	32	16.0
สาเหตุสามี	27	13.5
รวม	200	100.0

* เฉพาะผู้ที่เคยใช้การคุมกำเนิด 72 ราย

จากตารางที่ 3 ซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับ การคุมกำเนิดและการมีเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีระยะเวลาสมรสอยู่ระหว่าง 3-5 ปี และ 6-9 ปีเป็นร้อยละ 35.5 และ 32.5 ตามลำดับ ระยะเวลาสมรสโดยเฉลี่ย 6-7 ปี ระยะเวลาสมรสสูงสุด คือ 22 ปี ระยะเวลาสมรส น้อยที่สุด คือ 1 ปี

การคุมกำเนิด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประมาณ ร้อยละ 64 ไม่เคยคุมกำเนิดมาก่อน สำหรับผู้ที่เคยคุมกำเนิดมีระยะเวลาการคุมกำเนิด ระหว่าง 12-24 เดือน มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 15.5 และ ร้อยละ 15 มีระยะเวลาคุมกำเนิดน้อยกว่า 12 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการคุมกำเนิด โดยเฉลี่ย 6 เดือน ผู้ที่คุมกำเนิดนานที่สุด คือ 84 เดือน และคนที่คุมกำเนิดน้อยที่สุด คือ เพิ่งคุมกำเนิดได้ 1 เดือน

เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประมาณ ร้อยละ 66 มีเพศสัมพันธ์ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างที่เหลือ ร้อยละ 32 มีเพศสัมพันธ์ 3-4 ครั้ง ต่อสัปดาห์ มีจำนวนเล็กน้อย คือ ร้อยละ 2 มีเพศสัมพันธ์มากกว่า 4 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างจะมีเพศสัมพันธ์ ประมาณ 2 ครั้ง ต่อสัปดาห์

ระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างรอให้ตั้งครรภ์เองตามธรรมชาติ โดยไม่ได้ทำการรักษาใด ๆ พบว่าร้อยละ 37.5 ใช้เวลารอนานประมาณ 12-24 เดือน ซึ่งเป็นจำนวนมากที่สุด รองลงมาร้อยละ 25.5 ใช้เวลารอให้ตั้งครรภ์เองมากกว่า 48 เดือน โดยเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างจะรอประมาณ 39 เดือน เพื่อให้ตั้งครรภ์เองตามธรรมชาติ ผู้ที่ใช้เวลารอนานที่สุด คือ 156 เดือน หรือ 13 ปี จึงได้มาทำการรักษา ส่วนผู้ที่ใช้เวลารอน้อยที่สุด คือ 1 เดือน

สำหรับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ สาเหตุของการมีบุตรยากประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง คือ ร้อยละ 49 คิดว่า มีสาเหตุจากตนเอง เพราะร่างกายไม่แข็งแรง หรือเกิดจากความผิดปกติของประจำเดือน มีเพียงร้อยละ 13 ที่คิดว่าสาเหตุของการมีบุตรยาก เนื่องจากสามี อย่างไรก็ตามมีประมาณ ร้อยละ 16 ที่คิดว่า การมีบุตรยากนั้น มีสาเหตุมาจากทั้งตนเองและสามีร่วมกัน ส่วนที่เหลือ ร้อยละ 21 ไม่ทราบสาเหตุของการมีบุตรยากเนื่องจากอะไร

ตารางที่ 4 ประสิทธิภาพการตรวจรักษาภาวะมีบุตรยาก

ประสิทธิภาพการตรวจรักษาภาวะมีบุตรยาก	จำนวน	ร้อยละ
สถานที่ที่เคยไปรักษาภาวะการมีบุตรยาก		
ไม่เคยไปตรวจรักษาที่ใดมาก่อน	103	48.6
โรงพยาบาลรัฐ	48	22.6
โรงพยาบาลเอกชน	31	14.6
คลินิก	30	14.2
รวม	212	100.0
ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษ ภาวะมีบุตรยาก		
น้อยกว่า 12 เดือน	94	47.0
12 - 24 เดือน	53	26.5
25 - 36 เดือน	16	8.0
37 - 48 เดือน	11	5.5
มากกว่า 48 เดือน	26	13.0
รวม	200	100.0
ค่าสูงสุด	180	
ค่าต่ำสุด	1	
ค่าเฉลี่ย	22.17	
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	28.88	
วิธีการตรวจของสามี		
ไม่ได้ตรวจ	26	9.7
ตรวจน้ำเชื้อ	174	65.2
ตรวจเลือด	35	13.1
ตรวจปัสสาวะ	32	12.0
รวม	267**	100.0

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ประเภทผลการตรวจรักษาภาวะมีบุตรยาก	จำนวน	ร้อยละ
ผลการตรวจน้ำเชื้อสามี		
ไม่ได้ตรวจ	26	13.0
เชื้อปกติ	128	64.0
เชื่อน้อย	38	19.0
ไม่มีเชื้อ	7	3.5
เชื้อรูปร่างผิดปกติ	1	0.5
รวม	200	100.0
ปัญหาในการมารับการรักษา		
ไม่มีปัญหา	124	54.6
การถางาน	45	19.8
การเดินทาง	32	14.1
ค่าใช้จ่าย	19	8.4
เจ้าหน้าที่ให้เวลาน้อย	7	3.1
รวม	227 ^{***}	100.0
วิธีของการรักษาด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง		
ไม่เคยรักษาด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง	127	59.6
การฉีดน้ำเชื้อเข้าโพรงมดลูก	66	31.0
การปฏิสนธิในหลอดแก้วและการย้ายตัวอ่อน	12	5.6
การใส่ไข่และอสุจิเข้าไปในท่อนำไข่โดยตรง	7	3.3
การใส่อสุจิมากกว่า 1 ตัวเข้า Ooplasm โดยตรง	1	0.5
รวม	213 ^{****}	100.0

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ประเภทการตรวจรักษาภาวะมีบุตรยาก	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งของการรักษาด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง		
ไม่เคยรักษาด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง	127	63.5
1 - 2 ครั้ง	44	22.0
3 - 4 ครั้ง	17	8.5
5 - 6 ครั้ง	4	2.0
มากกว่า 6 ครั้ง	8	4.0
รวม	200	100.0
ค่าสูงสุด	22	
ค่าต่ำสุด	1	
ค่าเฉลี่ย	1.16	
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	2.56	
การรักษากับหมอพื้นบ้าน หรือรักษาทางไสยศาสตร์		
ไม่เคยรักษาด้วยหมอพื้นบ้าน หรือรักษาทางไสยศาสตร์	71	35.5
ใช้หลาย ๆ วิธีร่วมกัน	90	45.0
ไหว้พระอธิฐานก่อนนอน	20	10.0
งดอาหารบางอย่าง	9	4.5
รับประทานยาจีน หรือสมุนไพร	5	2.5
ขอสิ่งศักดิ์สิทธิ์	5	2.5
รวม	200	100.0

* กลุ่มตัวอย่าง 1 ราย ได้รับการตรวจรักษามากกว่า 1 แห่ง

** สามี กลุ่มตัวอย่าง 1 ราย ตรวจมากกว่า 1 อย่าง

*** กลุ่มตัวอย่าง 1 ราย มีปัญหามากกว่า 1 ปัญหา

**** กลุ่มตัวอย่าง 1 ราย รักษามากกว่า 1 วิธี

จากตารางที่ 4 เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับประสบการณ์ การตรวจรักษาภาวะมีบุตรยาก พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 48.6 ไม่เคยไปรักษาภาวะมีบุตรยากที่ใดมาก่อน โดยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลที่เก็บข้อมูลเป็นแห่งแรก และในจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เคยไปตรวจรักษาภาวะมีบุตรยาก พบว่า ร้อยละ 22.5 เคยไปรักษาที่โรงพยาบาลรัฐ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เหลือร้อยละ 28.8 เคยไปรักษาภาวะมีบุตรยากที่โรงพยาบาลเอกชนและคลินิก

ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาภาวะมีบุตรยาก พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 47 มีระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา น้อยกว่า 12 เดือน รองลงมาร้อยละ 26.5 มีระยะเวลาที่ตรวจรักษา ระหว่าง 12-24 เดือน ระยะเวลาเฉลี่ยที่กลุ่มตัวอย่างตรวจรักษาภาวะมีบุตรยาก คือ 22 เดือน โดยมีระยะเวลาตรวจรักษานานที่สุด คือ 180 เดือน และระยะเวลาที่ตรวจรักษาสั้นที่สุด คือ เพิ่งมารับการรักษาได้เพียง 1 เดือน

เมื่อซักถามกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับการตรวจรักษาของสามี พบว่า สามีของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 9.7 ไม่ได้ตรวจทางห้องปฏิบัติการแต่อย่างใด โดยให้เหตุผลว่าเคยมีบุตรมาแล้ว ไม่จำเป็นต้องตรวจ และไม่ยอมมาตรวจ ในจำนวนสามีกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่าร้อยละ 65.2 ตรวจน้ำเชื้อ ซึ่งในจำนวนนี้ ร้อยละ 64 ผลน้ำเชื้อปกติ สำหรับผู้ที่มีน้ำเชื้อผิดปกติประมาณ ร้อยละ 19 มีเขื่อน้อย ร้อยละ 3.5 ไม่มีเชื้อ และร้อยละ 0.5 ที่เชื้อมีรูปร่างผิดปกติ

เกี่ยวกับปัญหาในการมารับบริการตรวจรักษา ในจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ร้อยละ 54.6 ไม่มีปัญหาในการมารับบริการ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหา พบว่า มีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องผลงาน ร้อยละ 19.8 เพราะต้องทำงานบ่อยมาก เช่น ทำงานเกือบทุกอาทิตย์เพื่อมาพบแพทย์ ปัญหาที่พบรองลงมา คือ เรื่องการเดินทางร้อยละ 14.1 เพราะต้องเดินทางมาจากต่างจังหวัด ประกอบกับบางราย ไม่มีบ้านพักในกรุงเทพฯ รวมทั้งปัญหาการจราจรที่ติดขัดมากในกรุงเทพฯ ทำให้ต้องใช้เวลานานหลายชั่วโมง

การรักษาด้วยเทคโนโลยีชั้นสูง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 59.6 ไม่เคยรักษาด้วยเทคโนโลยีชั้นสูงมาก่อน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เคยรักษาด้วยเทคโนโลยีชั้นสูง พบร้อยละ 31.0 เคยรักษาด้วยวิธีฉีดน้ำเชื้อเข้าโพรงมดลูก ร้อยละ 5.6 เคยรักษาด้วยวิธีการปฏิสนธิในหลอดแก้ว และการย้ายตัวอ่อน (In Vitro Fertilization and Embryo Transfer : IVF-ET) และ ร้อยละ 3.3 เคยรักษาด้วยวิธีการใส่ไข่และตัวอสุจิ เข้าไปในท่อนำไข่โดยตรง (Gamete Intra Fallopian Transfer :GIFT)

จำนวนครั้งของการรักษาด้วยเทคโนโลยีชั้นสูง กลุ่มตัวอย่างที่เคยรักษาโดยเทคโนโลยีชั้นสูงมาก่อนโดยเฉลี่ยแล้วจะเคยรักษามาแล้วประมาณ 1 ครั้ง มีผู้ที่เคยรักษา 1-2 ครั้ง ประมาณ ร้อย

ละ 22 เคยรักษา 3-4 ครั้ง ร้อยละ 8.5 และเคยรักษา 4 ครั้งขึ้นไป ประมาณร้อยละ 6 อย่างไรก็ตาม มีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยรักษาด้วยเทคโนโลยีขั้นสูงมาก่อนเลยถึงร้อยละ 63.5

การรักษากับหมอพื้นบ้าน หรือ รักษาทางไสยศาสตร์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมาก ประมาณร้อยละ 65 เคยรักษากับหมอพื้นบ้าน หรือรักษาทางไสยศาสตร์ โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 45 ใช้หลาย ๆ วิธีร่วมกัน ได้แก่ การไหว้พระ และอธิษฐานขอบุตรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การรับประทานยาจีน หรือยาสมุนไพรต่าง ๆ การงคอาหารบางอย่าง เช่น หน่อไม้ น้ำมะพร้าว มะละกอ หัวไชเท้า น้ำอืดลม เป็นต้น นอกจากนี้ มีผู้ที่เคยรักษาทางไสยศาสตร์มาก่อน แต่ใช้เพียงวิธีเดียว กล่าวคือ ผู้ที่ใช้วิธีไหว้พระอธิษฐานก่อนนอน มีประมาณ ร้อยละ 10 และขอสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ร้อยละ 2.5 ส่วนการงคอาหารบางอย่างนั้น มีร้อยละ 4.5 และรับประทานยาจีน หรือยาสมุนไพร อีกร้อยละ 2.5

4. การสนับสนุนทางสังคม

การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ในแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์-สังคม ด้านข้อมูล-ข่าวสาร ด้านเครื่องมือ สิ่งของ รวมทั้งการสนับสนุนทางสังคมในภาพรวม คือ รวมหมดทุกด้าน โดยได้กำหนดเกณฑ์ในการพิจารณา ระดับการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมมีทั้งหมด 24 ข้อ คะแนนเต็มข้อละ 5 คะแนน รวมคะแนนเต็มทั้งหมด 120 คะแนน ซึ่งเป็นคะแนนสูงสุดของระดับการสนับสนุนทางสังคมคือเมื่อกลุ่มตัวอย่าง เลือกตอบว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมากที่สุด 24 ข้อ แต่ถ้ากลุ่มตัวอย่าง เลือกตอบว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับค่อนข้างมากหมดทุกข้อ จะได้ข้อละ 4 คะแนน รวม 24 ข้อ มีคะแนนเท่ากับ 96 คะแนน ดังนั้นจึงได้กำหนดเกณฑ์การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง จากคะแนนดังกล่าว คือ ถ้าได้คะแนนระหว่าง 96-120 คะแนน ถือว่ามีการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก

ในการกำหนดคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย พิจารณาจากข้อคำตอบที่เลือกได้รับการสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างน้อย ซึ่งมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคม ข้อละ 2 คะแนน รวม 24 ข้อ เท่ากับ 48 คะแนน ดังนั้นจึงกำหนดให้กลุ่มตัวอย่าง ที่มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคม 48 คะแนน และต่ำกว่า ถือเป็นกลุ่มที่มีการสนับสนุนทางสังคมน้อย

สำหรับกลุ่มที่มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคม ระหว่าง 49-95 คะแนน พิจารณาให้เป็นกลุ่มที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง

สรุปเกณฑ์การสนับสนุนทางสังคมในภาพรวม

ระดับการสนับสนุนทางสังคม	คะแนน
มาก	96 - 120
ปานกลาง	49 - 95
น้อย	24 - 48

สำหรับเกณฑ์พิจารณาการสนับสนุนทางสังคมในแต่ละด้าน คือ ด้านอารมณ์-สังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านเครื่องมือสิ่งของ พิจารณากำหนดเกณฑ์เช่นเดียวกับเกณฑ์การสนับสนุนทางสังคมในภาพรวม กล่าวคือ การสนับสนุนด้านอารมณ์-สังคม มีข้อความจำนวน 15 ข้อ ดังนั้นจึงมีคะแนนเต็มเท่ากับ 75 คะแนน ซึ่งเป็นคะแนนสูงสุด ส่วนเกณฑ์ขั้นต่ำ คือ 60 คะแนน กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์-สังคม อยู่ระหว่าง 60-75 คะแนน ถือว่ามีการสนับสนุนทางสังคมด้านนี้ในระดับมาก ส่วนกลุ่มที่มีการสนับสนุนในระดับน้อย คือ กลุ่มที่มีคะแนนระหว่าง 15-30 คะแนน และคะแนนระหว่าง 31-59 คะแนน ถือเป็นกลุ่มที่มีการสนับสนุนในระดับปานกลาง

เกณฑ์การสนับสนุนทางสังคม ด้านข้อมูล-ข่าวสาร มีข้อความจำนวน 5 ข้อ พิจารณาตามหลักเกณฑ์ในทำนองเดียวกับเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคม ระหว่าง 20-25 คะแนน คือ กลุ่มที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก คะแนนระหว่าง 5-10 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย และคะแนนระหว่าง 11-19 คะแนน ถือเป็นกลุ่มที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง

เกณฑ์การสนับสนุนทางสังคม ด้านเครื่องมือ สิ่งของ มีข้อความจำนวน 4 ข้อ เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ดังกล่าว สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการสนับสนุนทางสังคม ระหว่าง 16-20 คะแนน ถือเป็นกลุ่มที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก คะแนนระหว่าง 4-8 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย และ คะแนนระหว่าง 9-15 คะแนน ถือเป็นกลุ่มที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง

สรุปเกณฑ์การสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์-สังคม

ระดับการสนับสนุนทางสังคม	คะแนน
มาก	60 - 75

ปานกลาง 31 - 59

น้อย 15 - 30

เกณฑ์การสนับสนุนทางสังคม ด้านข้อมูล-ข่าวสาร

ระดับการสนับสนุนทางสังคม **คะแนน**

มาก 20 - 25

ปานกลาง 11 - 19

น้อย 5 - 10

เกณฑ์การสนับสนุนทางสังคม ด้านเครื่องมือ สิ่งของ

ระดับการสนับสนุนทางสังคม **คะแนน**

มาก 16 - 20

ปานกลาง 9 - 15

น้อย 4 - 8

เมื่อพิจารณาการสนับสนุนทางสังคมตามเกณฑ์ที่กำหนดข้างต้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการสนับสนุนทางสังคมทั้งในภาพรวม และในแต่ละด้าน ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและแยกในแต่ละด้านของกลุ่มตัวอย่าง และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและแยกในแต่ละด้าน

จำนวน 200 ราย

การสนับสนุนทางสังคม	ช่วงคะแนน	X	SD	ระดับการสนับสนุนทางสังคม			รวม
				น้อย	ปานกลาง	มาก	
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม:-	45-120	90.5	15.5	0.5	59.5	40.0	100.0
ด้านอารมณ์ - สังคม	31-75	52.7	9.6	0	57.0	43.0	100.0
ด้านข้อมูล - ข่าวสาร	7-2	17.8	4.1	6.5	59.5	34.0	100.0
ด้านเครื่องมือสิ่งของ	4-20	15.0	3.8	8.0	36.0	56.0	100.0

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในช่วง 45-120 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 90.5 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 15.5

การสนับสนุนทางสังคมในแต่ละด้าน พบว่า ด้านอารมณ์ - สังคม ด้านข้อมูล ข่าวสาร และด้านเครื่องมือ สิ่งของ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 52.7, 17.8 และ 15.0 ตามลำดับ มีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.6, 4.1 และ 3.8

ระดับการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดได้รับการสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างดี กล่าวคือ ร้อยละ 59.5 มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง และร้อยละ 40 มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก

เมื่อพิจารณาการสนับสนุนทางสังคมในแต่ละด้าน พบว่า มีลักษณะเช่นเดียวกับการสนับสนุนทางสังคมในภาพรวม กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางและระดับมาก นอกจากนั้น พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์-สังคม ไม่มีกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนในระดับน้อยเลย ส่วนด้านข้อมูล-ข่าวสาร มีกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 6.5 และด้านเครื่องมือสิ่งของ มีกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 8.0 ที่ได้รับการสนับสนุนในระดับน้อย

5. การปรับตัว

ในการศึกษาการปรับตัวของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบประเมินการปรับตัวในแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน รวมทั้งประเมินการปรับตัวในภาพรวม คือ รวมหมดทุกด้าน โดยได้กำหนดเกณฑ์ในการพิจารณา ระดับการปรับตัวของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

แบบประเมินการปรับตัว มีทั้งหมด 36 ข้อ คะแนนเต็ม ข้อละ 5 คะแนน รวมคะแนนเต็ม ทั้งหมด 180 คะแนน ซึ่งเป็นคะแนนสูงสุดของระดับการปรับตัว เมื่อกลุ่มตัวอย่างเลือกตอบว่า สามารถปรับตัวได้ในระดับมาก ทั้ง 36 ข้อ แต่ถ้ากลุ่มตัวอย่าง เลือกตอบ การปรับตัวในระดับค่อนข้างมากหมดทุกข้อ จะได้คะแนน ข้อละ 4 คะแนน รวม 36 ข้อ เท่ากับ 144 คะแนน ดังนั้นจึงได้ กำหนดเกณฑ์การปรับตัวของกลุ่มตัวอย่างจากคะแนนดังกล่าว คือ ถ้าได้คะแนนระหว่าง 144-180 คะแนน ถือว่า การปรับตัวอยู่ในระดับมาก ในการกำหนดคะแนนการปรับตัวสำหรับกลุ่มที่ปรับตัวได้น้อย พิจารณาจากข้อคำตอบที่เลือก การปรับตัวได้ค่อนข้างน้อย ซึ่งมีคะแนนการปรับตัว ข้อละ 2 คะแนน รวม 36 ข้อ เท่ากับ 72 คะแนน ดังนั้น จึงกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการปรับตัว 72 คะแนน และต่ำกว่า ถือเป็นกลุ่มที่มีการปรับตัวได้น้อย

สำหรับกลุ่มที่มีคะแนนการปรับตัว ระหว่าง 73-143 คะแนน พิจารณาให้เป็นกลุ่มที่มีการปรับตัวในระดับปานกลาง

สรุปเกณฑ์การปรับตัวในภาพรวม

ระดับการปรับตัว	คะแนน
มาก	144 - 180
ปานกลาง	73 - 143
น้อย	36 - 72

สำหรับเกณฑ์การพิจารณา การปรับตัวในแต่ละด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน พิจารณากำหนดเกณฑ์เช่นเดียวกับเกณฑ์ การปรับตัวในภาพรวม กล่าวคือ การปรับตัวด้านร่างกาย และด้านอัตมโนทัศน์ มีข้อความจำนวน ด้านละ 11 ข้อ เท่ากัน จึงคิดเกณฑ์เหมือนกัน คือ คะแนนเต็ม เท่ากับ 55 คะแนน ซึ่งเป็นคะแนนสูงสุด ส่วนเกณฑ์ขั้นต่ำ คือ 44 คะแนน ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการปรับตัวเฉพาะด้านร่างกาย หรือด้านอัตมโนทัศน์ อยู่ระหว่าง 44-55 คะแนน ถือว่า มีการปรับตัวในด้านนี้อยู่ในระดับมาก

ส่วนกลุ่มที่มีการปรับตัวในระดับน้อย คือ กลุ่มที่มีคะแนนระหว่าง 11-22 คะแนน และคะแนนระหว่าง 23-43 คะแนน ถือ เป็นกลุ่มที่มีการปรับตัวระดับปานกลาง

เกณฑ์การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีข้อความจำนวนด้านละ 7 ข้อ เท่ากัน พิจารณาตามหลักเกณฑ์ในทำนองเดียวกับเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการปรับตัวระหว่าง 28-35 คะแนน ถือเป็นกลุ่มที่มีการปรับตัวได้ในระดับมาก คะแนนระหว่าง 7-14 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีการปรับตัวในระดับน้อย และคะแนนระหว่าง 15-27 คะแนน ถือเป็นกลุ่มที่มีการปรับตัวในระดับปานกลาง

สรุปเกณฑ์การปรับตัว ด้านร่างกาย และด้านอัตมโนทัศน์

ระดับการปรับตัว	คะแนน
มาก	44 - 55
ปานกลาง	23 - 43
น้อย	11 - 22

สรุปเกณฑ์การปรับตัว ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน

ระดับการปรับตัว	คะแนน
มาก	28 - 35
ปานกลาง	15 - 27
น้อย	7 - 14

เมื่อพิจารณาการปรับตัวของกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์ที่กำหนดข้างต้น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัว ทั้งในภาพรวม และการปรับตัวในแต่ละด้าน ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการปรับตัวโดยรวมและแยกในแต่ละด้านของกลุ่มตัวอย่าง และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการปรับตัวโดยรวมและแยกในแต่ละด้าน

จำนวน 200 ราย

การปรับตัว	ช่วงคะแนน	$\bar{X}$	SD	ระดับการปรับตัว			รวม
				น้อย	ปานกลาง	มาก	
การปรับตัวโดยรวม :-	64-157	113.4	16.4	1.5	94.5	4.0	100.0
ด้านร่างกาย	14-54	31.6	7.3	13.0	84.0	3.0	100.0
ด้านอัคมโนทัศน์	21-49	34.4	5.9	1.5	90.5	8.0	100.0
ด้านบทบาทหน้าที่	12-33	21.5	4.1	5.5	87.0	7.5	100.0
ด้านการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน	13-25	25.9	4.5	1.5	59.5	39.0	100.0

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปรับตัวโดยรวมอยู่ในช่วง 64-157 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 113.4 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 16.4

สำหรับการปรับตัวในแต่ละด้าน พบว่าการปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัคมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่และด้านการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 31.6, 34.4, 21.5 และ 25.9 และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.3, 5.9, 4.1 และ 4.5 ตามลำดับ

ระดับการปรับตัวของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีการปรับตัวได้ดี กล่าวคือ ประมาณร้อยละ 94.5 มีการปรับตัวได้ในระดับปานกลาง และร้อยละ 4 ปรับตัวได้ในระดับมาก ขณะที่มีการปรับตัวที่ปรับตัวได้น้อยเพียงร้อยละ 1.5

เมื่อพิจารณาระดับการปรับตัวของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละด้าน พบว่า แบบแผนการปรับตัวก็เป็นไปในทำนองเดียวกันกับการปรับตัวในภาพรวม กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปรับตัวได้ในระดับปานกลางและระดับมาก อย่างไรก็ตาม กลุ่มที่มีการปรับตัวได้ระดับน้อยเป็นการปรับตัวด้านร่างกายมากที่สุด คือ ร้อยละ 13 และด้านบทบาทหน้าที่ กลุ่มที่ปรับตัวได้ระดับน้อยมีร้อยละ 5.5 ขณะที่การปรับตัวด้านอัคมโนทัศน์ และด้านการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีผู้ที่ปรับตัวได้ระดับน้อย เพียงร้อยละ 1.5 เท่านั้น

6. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อการปรับตัว ซึ่งนำมาศึกษา คือ อายุของสตรี รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษากำหนดเวลาการทำงาน และการสนับสนุนทางสังคม ในการวิเคราะห์ อิทธิพลของตัวแปรดังกล่าวที่มีต่อการปรับตัวของกลุ่มตัวอย่าง ใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุ โดยในขั้นแรก ได้วิเคราะห์หาความสำคัญของตัวแปรที่ศึกษาแต่ละตัว ดังรายละเอียดในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เมตริกสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปร	อายุ ของ สตรี	รายได้ของ ครอบครัว	กำหนด เวลาการ ทำงาน	ระยะเวลา ที่เข้ารับ การรักษา	การ สนับสนุน ทางสังคม	ด้าน อารมณ์ สังคม	ด้าน ข้อมูล ข่าวสาร	ด้าน เครื่องมือ สิ่งของ	การ ปรับตัว
อายุของสตรี	1.00								
รายได้ของครอบครัว	.174	1.00							
กำหนดเวลาการทำงาน	-.038	.147	1.00						
ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษ	.262	.055	.040	1.00					
การสนับสนุนทางสังคม	.146	.112	.118	.138	1.00				
ด้านสังคม-อารมณ์	.113	.118	.144	.119	.948	1.00			
ด้านข้อมูล ข่าวสาร	.191	.111	.062	.136	.828	.670	1.00		
ด้านเครื่องมือ สิ่งของ	.105	.040	.053	.114	.786	.613	.601	1.00	
การปรับตัว	.150	.122	-.004	-.060	.520	.523	.349	.418	1.00

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรแต่ละตัวในทุกคู่ของตัวแปรที่ศึกษา ตามตารางที่ 7 ปรากฏว่า มีตัวแปร 3 ตัว คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์-สังคม การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านเครื่องมือสิ่งของ ที่มีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับสูง คือ .948 , .828 และ .786 ตามลำดับ ซึ่งเมื่อพิจารณาแล้ว จะเห็นได้ว่า เป็นความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันของตัวแปรเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม จึงได้ตัดตัวแปรด้านอารมณ์-สังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านเครื่องมือสิ่งของออกคงเหลือเพียง การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมเพียงตัวแปรเดียวเข้าร่วมกับตัวแปรอื่นอีก 4 ตัวแปร ดังกล่าวแล้ว ในการวิเคราะห์ในขั้นตอนต่อไป

ตารางที่ 8 การวิเคราะห์ ถดถอยพหุของการปรับตัวในสตรีที่มีบุตรยาก

ตัวแปร	b	beta	SEE	t
การสนับสนุนทางสังคม	.30503	.52772	.03546	8.601***
ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษ	-2.06413E-03	-.16025	8.02847E-04	-2.571*
อายุของสตรี	7.908901E-03	.10109	4.95648E-03	1.596
กำหนดเวลาการทำงาน	-.05003	-.06560	.04652	-1.076
รายได้ของครอบครัว	2.999006E-07	.06334	2.91622E-07	1.028
Constant	1.97416			
R = .554 ; R ² = .307 ; R ² adj = .290 ; SEE = .19527 ; F = 17.189***				

* P < .05

** P < .01

*** P < .001

เนื่องจากการคำนวณ ตัวแปรที่นำมาคำนวณจะต้องเป็นตัวแปรในระดับอันตรภาค (Interval scale) ขึ้นไป ดังนั้นจึงต้องปรับตัวแปรที่วัดในระดับนามบัญญัติ ให้เป็นตัวแปรที่วัดได้ในระดับอันตรภาค โดยปรับให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ดังนี้ (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และกิตติวาลย์ รอดมณี 2527: 7)

กำหนดเวลาการทำงาน

มีระยะเวลากำหนดแน่นอน เท่ากับ 1

มีระยะเวลากำหนดไม่แน่นอน เท่ากับ 0

จากตารางที่ 8 ซึ่งเป็นผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุ จะเห็นได้ว่า ตัวแปรที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของสตรีที่มีบุตรยาก ที่นำเข้าร่วมในการวิเคราะห์ ทั้ง 5 ตัวแปร มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของสตรีในระดับปานกลาง ($R = .55$) และตัวแปร ทั้ง 5 นี้ สามารถอธิบายการผันแปรของการปรับตัวของสตรีที่มีบุตรยาก ได้ร้อยละ 29 โดยมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของสตรีตั้งแต่ระดับ 1.97 หน่วย เป็นต้นไป สมการนี้มีระดับนัยสำคัญที่ .001

เมื่อพิจารณาอิทธิพลของตัวแปรที่ศึกษา แต่ละตัวที่มีต่อการปรับตัวของสตรี จากค่า beta จะเห็นได้ว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของสตรีมากที่สุด คือ การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .527$) โดยมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวก กล่าวคือ เมื่อการสนับสนุนทางสังคม เพิ่มขึ้น 1 หน่วย การปรับตัวของสตรีจะผันแปรไป .527 หน่วย

สำหรับตัวแปรที่มีอิทธิพลในระดับรองลงไป คือ ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษ โดยอิทธิพลต่อการปรับตัวของสตรีในทิศทางตรงข้าม ($\beta = -.16$) กล่าวคือ เมื่อระยะเวลาที่เข้ารับการรักษเพิ่มขึ้น 1 หน่วย การปรับตัวของสตรีจะลดลง .16 หน่วย

ตัวแปรอื่น ๆ ที่นำเข้าร่วมในการวิเคราะห์ และพบว่าไม่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของสตรีในระดับรอง ๆ ลงไปอีก ตามลำดับ ได้แก่ อายุของสตรี ($\beta = .10$) กำหนดเวลาการทำงาน ($\beta = -.07$) และรายได้ของครอบครัว ($\beta = .06$)

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัว ของสตรีที่มีบุตรยาก ผลการศึกษาสามารถแยกอภิปราย ได้ดังนี้

1. ลักษณะทางเศรษฐกิจ และสังคมของกลุ่มตัวอย่าง และสามี ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง และสามี มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมค่อนข้างดี โดยกลุ่มตัวอย่างและสามีมีรายได้ค่อนข้างสูง เมื่อเทียบกับรายได้เฉลี่ยของทั้งประเทศ เนื่องจากรัฐบาลคาดไว้ว่าในปี พ.ศ.2539 ประชาชนควรมีรายได้เฉลี่ย 71,000 บาทต่อคนต่อปี (เสถียร วิรัชลักษณ์ 2535) ระดับการศึกษา พบว่า มีการศึกษาค่อนข้างดี ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะ กลุ่มที่ได้รับการรักษาภาวะมีบุตรยาก เป็นกลุ่มที่มีความเฉพาะ มีความพร้อมทางเศรษฐกิจ สังคม และการเลี้ยงดูบุตรค่อนข้างดี

2. ภาวะสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีสุขภาพดี เพราะจากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัว มีกลุ่มตัวอย่างเพียงส่วนน้อยที่เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเนื้องอกที่มดลูกและรังไข่ โรคเชื้อแบคทีเรียในมดลูก และ การตั้งครรภ์นอกมดลูก รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดไม่ดื่มสุรา และไม่สูบบุหรี่ อาจเป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมค่อนข้างดี ทำให้มีความอยู่ดีกินดี จึงมีสุขภาพอนามัยที่ดีตลอดจนเมื่อเจ็บป่วย ก็สามารถแสวงหาบริการสุขภาพอนามัยที่มีคุณภาพ เนื่องจากมีเงินมาสนับสนุนในการดูแลสุขภาพของตนเอง

3. ประสบการณ์การคุมกำเนิดและการตรวจรักษาภาวะมีบุตรยาก จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่เคยคุมกำเนิด เนื่องจากมีความพร้อมในการเลี้ยงดูบุตร ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เคยคุมกำเนิด พบว่า ส่วนมากคุมกำเนิดโดยวิธีกินยาคุมกำเนิด เพราะเป็นวิธีการคุมกำเนิดที่สะดวก เหมาะกับสตรีที่ยังไม่มีบุตร เนื่องจากเมื่อหยุดกินยาคุมกำเนิดแล้ว ไม่ค่อยมีผลกระทบกับการเจริญพันธุ์เท่าใดนัก สำหรับประสบการณ์การตรวจรักษาภาวะมีบุตรยาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งเคยไปตรวจรักษาภาวะมีบุตรยากในสถานที่อื่น ๆ มาก่อนแล้ว รวมทั้งใช้วิธีการรักษาภาวะมีบุตรยากหลาย ๆ วิธี รวมกัน ไม่ว่าจะเป็นวิธีทางวิทยาศาสตร์ หรือทางไสยศาสตร์ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความต้องการมีบุตรอย่างมาก และส่วนใหญ่เศรษฐกิจและฐานะดี จึงไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย ร่วมกับความเชื่อส่วนตัว ดังนั้นไม่ว่าใครจะแนะนำเกี่ยวกับสถานที่และวิธีการช่วยให้มีบุตรได้ กลุ่มตัวอย่างจะพยายามทำตามทุกวิธี เพื่อให้สามารถตั้งครรภ์และมีบุตรได้ตามต้องการ

4. การสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีการสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างดี เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมดี มีการศึกษาค่อนข้างสูง ส่วนใหญ่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ มีความพร้อมทั้งวุฒิ และคุณวุฒิในการเลี้ยงดูบุตร รวมทั้งในปัจจุบันจากความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี ทำให้คู่สมรมีโอกาสและทางเลือกมากขึ้น ในการรักษาภาวะมีบุตรยาก ร่วมกับการรักษาภาวะมีบุตรยากประสบผลสำเร็จมากขึ้น จากปัจจัยต่าง ๆ เอื้อกัน ทำให้สตรีที่มีบุตรยากรู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างดี ส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาถึงการสนับสนุนทางสังคมในแต่ละด้าน พบว่า มีลักษณะเช่นเดียวกับการสนับสนุนทางสังคมในภาพรวม กล่าวคือ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์-สังคม กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดรู้สึกว่าได้มีการสนับสนุนค่อนข้างดี จากบุคคลใกล้ชิด เนื่องจากภาวะมีบุตรยากไม่ใช่โรค ไม่ค่อยปรากฏอาการทางกายเหมือนโรคหรือความพิการต่าง ๆ ส่วนมากจะก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิต-สังคม แต่การที่กลุ่มตัวอย่างมีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ดี มีบุคคลรอบข้างเข้าใจ เห็นใจ พร้อมทั้งจะช่วยเหลือ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดกำลังใจ มีความเข้มแข็งในการดำเนินชีวิต เนื่องจากแหล่งประโยชน์ทางด้านจิตใจ ทำให้สตรีที่มีบุตรยากรู้สึกมีความหวัง สามารถเผชิญปัญหาได้ดี มีทักษะในการแก้ปัญหา มีความสามารถที่จะหาข้อมูลมาวิเคราะห์ และเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม เกิดความรู้สึกมีคุณค่า มีความเข้มแข็ง มีขวัญและกำลังใจ ในการดำเนินชีวิต กลุ่มตัวอย่างจึงรู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์-สังคมค่อนข้างดี

สำหรับการสนับสนุนทางสังคม ด้านข้อมูล-ข่าวสาร และด้านเครื่องมือ สิ่งของ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนค่อนข้างดี แต่อย่างไรก็ตามยังมีกลุ่มตัวอย่างจำนวนเล็กน้อย ที่รู้สึกว่าการสนับสนุนในระดับน้อย อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างมีฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม และการศึกษา ค่อนข้างดี ทำให้มีความสามารถในการแสวงหาข้อมูล-ข่าวสารด้วยตนเอง มีข้าวของ เงินทอง อยู่แล้ว จึงไม่รู้สึกว่าต้องการจากผู้อื่น จึงมีกลุ่มตัวอย่างบางคน ซึ่งมีจำนวนไม่มากนัก รู้สึกว่าการสนับสนุนด้านข้อมูล-ข่าวสาร และด้านเครื่องมือ สิ่งของ ในระดับน้อย

5. การปรับตัว กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีการปรับตัวในภาพรวมได้ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีเศรษฐกิจและสถานภาพทางสังคมค่อนข้างดี ได้รับการสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างดีจากบุคคลใกล้ชิด จึงมีความสามารถในการแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกสบายต่าง ๆ ได้ตามต้องการ ชีวิตไม่ต้องต่อสู้ดิ้นรนเพื่อการยังชีพ มีปัจจัยพื้นฐานพร้อมในการดำรงชีวิต นอกจากนั้นการรักษาภาวะมีบุตรยาก ต้องเสียค่าใช้จ่ายมาก โดยเฉพาะการรักษาที่อาศัยเทคโนโลยีขั้นสูงเข้ามาสนับสนุน แต่การที่กลุ่มตัวอย่างมีฐานะดี ทำให้มีเงินมาสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการรักษาได้อย่างเต็มที่ จึงลดความวิตกกังวล ความเครียด และสามารถปรับตัวได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นารี ช่วงสว่าง (2539:81) พบว่า รายได้เฉลี่ยของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตในสตรีที่มีบุตรยาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ แอ็บเบย์ (Abbey, et al. 1992:122) ที่พบว่า ผู้ชายที่มีบุตรยาก เช่น ผู้ชายที่ไม่มีตัวสุจิหรือมีตัวสุจิจำนวนน้อย ที่มีรายได้สูง ระดับความเครียดจะน้อย ส่วนผู้ชายที่มีบุตรยากที่มีรายได้ต่ำ ระดับความเครียดจะมาก และคนที่เสียค่าใช้จ่ายน้อยในการรักษาภาวะมีบุตรยาก มีระดับความเครียดน้อย นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีการศึกษาค่อนข้างดี การศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้กลุ่มตัวอย่าง มีวุฒิภาวะ มีเหตุผล สามารถทำความเข้าใจและยอมรับสิ่งต่าง ๆ ได้ดี เมื่อประสบกับความทุกข์ สามารถใช้สติปัญญาหาหนทางแก้ไขให้พ้นจากความทุกข์ ความวิตกกังวล เกิดความพึงพอใจในการดำรงชีวิตทำให้สามารถปรับตัวได้ ซึ่งสอดคล้อง กับ สมจิตต์ สินธุชัย (2532:72) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวก กับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ และสอดคล้อง กับ กาญจนา ศิริวรราชย์ (2536:74) ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวก กับการปรับตัวในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก

เมื่อวิเคราะห์การปรับตัวในแต่ละด้าน พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างมีการปรับตัวด้านร่างกายได้ในระดับน้อย มีจำนวนมากเมื่อเทียบกับการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน แต่ก็ยังมีจำนวนไม่มากนัก (จากตารางที่ 6) เนื่องจากภาวะมีบุตรยาก และการตรวจรักษาภาวะมีบุตรยาก ทำให้สตรีที่มีบุตรยากเกิดความทุกข์ ความวิตกกังวล ความ

เครียด และเมื่อการรักษาไม่ประสบผลสำเร็จ จะเกิดความเสียใจ ผิดหวัง ส่งผลให้มีอาการทางร่างกาย เช่น ไม่อยากรับประทานอาหาร นอนไม่หลับ ประจำเดือนมาคลาดเคลื่อนหรือไม่มา จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 10.5 ที่สามารถปรับตัวได้มากในเรื่องการที่ไม่มีบุตร ทำให้กลุ่มตัวอย่างพักผ่อนและทำในสิ่งที่ชอบ และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 28 มีประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอค่อนข้างมากและมาก รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 29 เมื่อคิดถึงเรื่องมีบุตรยาก บางครั้งทำให้นอนไม่หลับค่อนข้างมากและมาก (จากตารางที่ 9) นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์พบว่า เรื่องการมีเพศสัมพันธ์กับสามี หรือชักจูงใจให้สามีไปตรวจเกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์ เป็นสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างทำคนเดียวไม่ได้ ต้องได้รับความร่วมมือ ร่วมใจจากสามี เช่น มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 22 ที่ปรับตัวได้ค่อนข้างมากและมาก ในเรื่องจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อส่งเสริมการมีเพศสัมพันธ์ และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 31 ปรับตัวได้มากในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์กับสามีตามระยะเวลาที่แพทย์กำหนด (จากตารางที่ 9) จากเหตุผลดังกล่าว ทำให้มีกลุ่มตัวอย่างปรับตัวด้านร่างกายได้ในระดับน้อย มีจำนวนมากกว่าการปรับตัวด้านอื่น ๆ

สำหรับการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดปรับตัวได้ในระดับปานกลาง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมดี มีการศึกษาค่อนข้างสูง และได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับค่อนข้างดี ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจในตนเอง รู้สึคว่าตนเองมีคุณค่า ได้รับการยอมรับยกย่อง เป็นที่รักที่ต้องการของบุคคลใกล้ชิด เป็นส่วนหนึ่งของสังคม จากการศึกษาพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 71.5 ปรับตัวได้ค่อนข้างมากและมากในเรื่องครอบครัว มีญาติพี่น้องไปมาหาสู่อบอุ่นดี และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 73 ปรับตัวได้ค่อนข้างมากและมากเรื่องที่ทำหน้าที่ภรรยาได้เหมาะสมดีแล้ว รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 66 ปรับตัวได้ค่อนข้างมากและมาก เมื่อกังวลใจเกี่ยวกับการไม่มีบุตรจะมีบุคคลใกล้ชิดปลอบใจเสมอ (จากตารางที่ 9) รวมทั้ง ปัจจุบันวิวัฒนาการก้าวหน้า มีเทคโนโลยีใหม่ ๆ เข้ามาสนับสนุนการรักษาภาวะมีบุตรยากมากขึ้น ทำให้คู่สมรสที่มีบุตรยากมีโอกาสมีบุตรได้มากกว่าสมัยก่อน ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความหวัง มีกำลังใจ จากปัจจัยต่าง ๆ ร่วมกัน เป็นผลให้กลุ่มตัวอย่างปรับตัวได้ระดับปานกลาง

6. ปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนายนการปรับตัวของสตรีที่มีบุตรยาก ผลการวิจัยพบว่า มีปัจจัย 5 ตัว ร่วมกันทำนายนการปรับตัวของสตรีที่มีบุตรยากได้ โดยมีอิทธิพลมากน้อยแตกต่างกันเรียงตามลำดับคือ การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา อายุของสตรี กำหนดเวลาการทำงาน และรายได้ของครอบครัว ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายนการปรับตัวของสตรีที่มีบุตรยากได้ร้อยละ 29 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (จากตารางที่ 8) ที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่าการสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของสตรีที่มีบุตรยากมากที่สุด โดยมีความสัมพันธ์ในทางบวก ($\beta=.53$) กล่าวคือ เมื่อการสนับสนุนทางสังคมผันแปรไป 1 หน่วย การปรับตัวของสตรีจะผันแปรไป .53 หน่วย ทั้งนี้เนื่องจากสตรีที่มีบุตรยากต้องปรับตัวต่อการไม่มีบุตร เกิดความทุกข์ ความวิตกกังวล ความเครียด รู้สึกว่าตนเองแตกต่างจากสตรีทั่วไป ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง รู้สึกเป็นปมด้อย (Bersten & Mattox 1982 อ้างถึงใน ศรีนวล โอสภเสถียร , Phipps 1993) รู้สึกสูญเสียสถานภาพทางสังคม (Mahlstedts 1985:337) จากปัญหาดังกล่าวส่งผลให้เกิดปัญหาทางกาย คือมีอาการเหนื่อยง่าย หายใจอึดอัด แน่นหน้าอก นอนไม่หลับ (Menning 1982:131) นอกจากนั้น การที่สตรีที่มีบุตรยากมาับการรักษาภาวะมีบุตรยากทำให้เกิดความยุ่งยากในการปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น ต้องวัดอุณหภูมิของร่างกายหลังตื่นนอนทุกเช้า มีเพศสัมพันธ์กับสามีตามที่แพทย์กำหนด ตรวจภายในหลังจากมีเพศสัมพันธ์กับสามี นอกจากนี้ยังต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง จึงทำให้สตรีที่มีบุตรยากเกิดความคับข้องใจ เกิดความเครียด ทำให้ต้องมีการปรับตัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจอย่างมาก เมื่อสตรีที่มีบุตรยากได้รับความรัก ความเข้าใจ ได้รับการประคับประคองปลอบใจ รวมทั้งได้รับการช่วยเหลือด้านสิ่งของเงินทองจากบุคคลใกล้ชิด เช่น สามี ญาติ และเพื่อน ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้สตรีที่มีบุตรยากมีความมั่นคงทางด้านอารมณ์ มีการปรับตัวได้ดี สามารถเผชิญความเครียดได้เหมาะสม จากเหตุผลดังกล่าวสตรีที่มีบุตรยากที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากจึงสามารถปรับตัวได้ดี ส่วนสตรีที่มีบุตรยากที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย จะปรับตัวได้ไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ กุลธิดา พานิชกุล (2536:84) พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวก กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย และการวิจัยของวิไลพรรณ สวัสดิพาณิชย์ (2536:๗) พบว่าสัมพันธภาพในกลุ่มสมรสกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของสตรีที่มีบุตรยาก มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง นอกจากนี้ยังพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และสัมพันธภาพในกลุ่มสมรสของสตรีที่มีบุตรยากมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเผชิญปัญหา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนั้น เฮิร์ช และ เฮิร์ช (Hirsch & Hirsch 1995 : 518)ยังพบว่า คู่สมรสที่มีบุตรยาก ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง จะมีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิต

ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษามีอิทธิพลกับการปรับตัวของสตรีที่มีบุตรยากในทิศทางตรงข้าม ($\beta=-.16$) คือสตรีที่มีบุตรยากที่มีระยะเวลาในการรักษาน้อยจะปรับตัวได้ดี ส่วนสตรีที่มีบุตรยากที่มีระยะเวลาในการรักษานานจะปรับตัวได้ไม่ดี ทั้งนี้เพราะการรักษาที่ใช้เวลานานยิ่งทำให้สตรีที่มีบุตรยากเกิดความวิตกกังวล ความทุกข์ ท้อแท้ หดหู่กำลังใจในการรักษา รวมทั้งการรักษาที่ใช้เวลานานยิ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น และมีอายุเพิ่มขึ้น โอกาสมี

บุตรก็น้อยลง การที่พบกับความล้มเหลวในการรักษาหลายครั้ง จึงทำให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง ที่ตนเองไม่สามารถตั้งครรภ์และมีบุตรได้ เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่เหมือนกับสตรีทั่วไป จากเหตุผลต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้วสรุปได้ว่า สตรีที่มีบุตรยาก ที่มีระยะเวลาการรักษานานมีการปรับตัวได้ไม่ดี แต่ถ้าสตรีที่มีระยะเวลาในการรักษาน้อยจะมีการปรับตัวได้ดี เพราะมีความหวัง ยังไม่พบกับความล้มเหลวของการรักษา รวมทั้งเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาไม่มาก จึงสามารถปรับตัวได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโดมาร์และคณะ (Domar, et al. 1992:1161) พบว่า ผู้มีบุตรยากที่ใช้เวลาในการตรวจรักษายาวนาน มีผลทำให้เกิดความรู้สึกล้มเหลว เสียใจเพิ่มมากขึ้น ทำให้ขาดความสุขในการดำเนินชีวิต และการศึกษาของ นารี ช่วงสว่าง (2539:84) พบว่า ระยะเวลาของการมีบุตรยากที่นาน จะทำให้ความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตลดลง

อายุของสตรี ผลการวิจัยพบว่า มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของสตรีที่มีบุตรยากในทิศทางบวก ($\beta=.10$) กล่าวคือ สตรีที่มีบุตรยากที่มีอายุน้อยมีการปรับตัวได้ดี ส่วนสตรีที่มีบุตรยากที่มีอายุน้อย มีการปรับตัวได้ไม่ดี เนื่องจาก สตรีที่มีบุตรยากที่มีอายุน้อยจะมีวุฒิภาวะมาก ผ่านประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตมามาก จึงสามารถทำใจ เข้าใจ และยอมรับในสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ สามารถเผชิญกับความเครียดได้ดี รวมทั้งสตรีเมื่อมีอายุน้อยขึ้นจะมีอาชีพการงานที่มั่นคง มีรายได้ และมีฐานะทางเศรษฐกิจดีกว่าสตรีที่มีอายุน้อย จากเหตุผลดังกล่าวเป็นปัจจัยเอื้อในการมารับการรักษา ไม่ก่อให้เกิดความเครียด จึงปรับตัวได้ดี ส่วนสตรีที่มีอายุน้อย วุฒิภาวะยังน้อย เกิดความกังวลใจ ความเครียดได้ง่าย จึงปรับตัวได้ไม่ดี ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพ ใบแก้ว (2528:13) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยขึ้น สามารถปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย เนื่องจากสามารถทำความเข้าใจต่อแบบแผนการรักษาได้ดีกว่า

กำหนดเวลาการทำงาน ผลการวิจัยพบว่า กำหนดเวลาการทำงานมีอิทธิพลต่อการปรับตัวของสตรีที่มีบุตรยาก ($\beta=-.07$) กล่าวคือ สตรีที่มีบุตรยากที่มีกำหนดเวลาการทำงานไม่แน่นอน จะปรับตัวได้ดี ส่วนสตรีที่มีกำหนดเวลาการทำงานแน่นอนจะปรับตัวได้ไม่ดี เนื่องจากการรักษาภาวะมีบุตรยาก ต้องมาพบแพทย์ตามนัดบ่อยครั้ง และเวลาที่แพทย์นัดจะเป็นเวลากลางวัน ในช่วงเวลาทำงาน ดังนั้นสตรีที่มีบุตรยากที่มีกำหนดเวลาการทำงานไม่แน่นอนจึงมีความสะดวกในการรักษาภาวะมีบุตรยาก จึงไม่เกิดความเครียด ทำให้ปรับตัวได้ดี แต่สตรีที่มีกำหนดเวลาการทำงานแน่นอนมีปัญหาในการลางานเพื่อมาตรวจรักษา (จากตารางที่ 4) ทำให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียด ซึ่งเบลันเนอร์ (Blenner 1990) พบว่าคู่สมรสที่มีบุตรยากจะสูญเสียการควบคุมการดำเนินชีวิต เกิดความรู้สึกผิดในความบกพร่องเรื่องงาน มีความเครียด มีความลำบาก มีความขัดแย้ง ที่จะแบ่งเวลาในการทำงานกับการรักษา บางคนต้องเปลี่ยนงานเพื่อให้มีเวลาในการรักษามากขึ้น ดังนั้น สตรีที่มีบุตรยากที่มีกำหนดเวลาการทำงานแน่นอนจึงปรับตัวได้ไม่ดี

รายได้ของครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า รายได้ของครอบครัวมีอิทธิพลต่อการปรับตัวในทิศทางบวก ($\beta=.06$) กล่าวคือ สตรีที่มีบุตรยากที่มีรายได้ของครอบครัวมากจะปรับตัวได้ดี เนื่องจากการรักษาภาวะมีบุตรยากเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามาก ราคาแพง โดยเฉพาะการรักษาภาวะมีบุตรยากที่ใช้เทคโนโลยีขั้นสูงเข้ามาสนับสนุนการรักษา ตลอดจนการรักษาภาวะมีบุตรยากไม่สามารถกำหนดค่าใช้จ่ายที่แน่นอนได้ จากเหตุผลดังกล่าว สตรีที่มีรายได้ของครอบครัวมาก จะมีเงินมาสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการรักษา จึงไม่เกิดความวิตกกังวลหรือความเครียด สามารถปรับตัวได้ดี ส่วนสตรีที่มีบุตรยากที่มีรายได้ครอบครัวน้อย จะเกิดความวิตกกังวล ความเครียด มีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา (จากตารางที่ 4) จนบางครั้งต้องหยุดทำการรักษา เนื่องจากมีปัญหาด้านเศรษฐกิจจึงปรับตัวได้ไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นารี ช่างสว่าง (2539:81) พบว่า รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตในสตรีที่มีบุตรยากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากที่ได้กล่าวมาทั้งหมด สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาอายุของสตรี กำหนดเวลาการทำงานและรายได้ของครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายการปรับตัวของสตรีที่มีบุตรยากได้ร้อยละ 29 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

บทที่ 5

สรุปการวิจัย และข้อเสนอแนะ

สรุปการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวในสตรีที่มีบุตรยาก ที่มารับการตรวจรักษาในคลินิกผู้มีบุตรยาก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 200 คน ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับ ลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมของกลุ่มตัวอย่าง และสามี, ภาวะสุขภาพ, ประสบการณ์การตรวจรักษาภาวะมีบุตรยาก, และประเมินการสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวของสตรีที่มีบุตรยากที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง การเก็บข้อมูลกระทำระหว่างวันที่ 1 มกราคม-30 พฤษภาคม 2539 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ลักษณะทางเศรษฐกิจ และสังคมของกลุ่มตัวอย่าง และสามี จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง และสามี มีลักษณะทางเศรษฐกิจและสังคมค่อนข้างดี มีรายได้และการศึกษาค่อนข้างสูง

2. ภาวะสุขภาพ ส่วนมากมีสุขภาพดี ไม่มีโรคประจำตัว ไม่เคยเป็นโรคที่เกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดไม่ดื่มสุรา และไม่สูบบุหรี่

3. ประสบการณ์ การคุมกำเนิด และการตรวจรักษาภาวะมีบุตรยาก พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากเคยมีประสบการณ์การตรวจรักษาภาวะมีบุตรยากจากสถานที่ยื่นมาแล้วและไม่เคยคุมกำเนิดมาก่อน สำหรับการตรวจรักษาภาวะมีบุตรยากพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้การรักษาหลายๆ วิธีร่วมกัน ทั้งทางวิทยาศาสตร์ และไสยศาสตร์

4. การสนับสนุนทางสังคม ทั้งในภาพรวม และในแต่ละด้าน คือด้านอารมณ์-สังคม ด้านข้อมูล-ข่าวสาร และด้านเครื่องมือ สิ่งของ มีลักษณะเหมือนกันคือได้รับการสนับสนุนค่อนข้างดีจากบุคคลใกล้ชิด และเมื่อเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมในแต่ละด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล-ข่าวสาร และด้านเครื่องมือ สิ่งของ กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนน้อยกว่าด้านอารมณ์-สังคม

5. การปรับตัวในภาพรวม และในแต่ละด้านคือด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน พบว่ามีลักษณะเหมือนกันคือกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถปรับตัวได้ดี และเมื่อเปรียบเทียบการปรับตัวในแต่ละด้านพบว่า การปรับตัวด้านร่างกายมีกลุ่มตัวอย่างปรับตัวได้ในระดับน้อยกว่าการปรับตัวด้านอื่นๆ

6. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของสตรีที่มีบุตรยาก ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุพบว่า ปัจจัยบางประการได้แก่ อายุของสตรี รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษากำหนด ระยะเวลาการทำงาน และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนาย การปรับตัวของสตรีที่มีบุตรยากได้ประมาณร้อยละ 30 โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 กล่าวคือ อายุสตรี รายได้ครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของสตรีในทิศทางบวก ขณะที่ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษากำหนดระยะเวลาทำงาน มีอิทธิพลในทางตรงข้ามกับการปรับตัวของสตรี

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้
ด้านการปฏิบัติ การพยาบาล

1. พยาบาลควรส่งเสริมให้สตรีที่มีบุตรยาก ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มมากขึ้น เพราะการสนับสนุนทางสังคม มีผลทำให้สตรีที่มีบุตรยากสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น และจากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากได้รับการสนับสนุนทางสังคมในภาพรวม และการสนับสนุนแต่ละด้านในระดับปานกลางเท่านั้น ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้สตรีได้รับการสนับสนุนเพิ่มขึ้นอีกทั้งด้านอารมณ์-สังคม ด้านข้อมูล-ข่าวสาร และด้านเครื่องมือ สิ่งของ โดยเน้นการสนับสนุนด้านข้อมูล-ข่าวสาร และด้านเครื่องมือสิ่งของ เนื่องจากพบว่ายังมีกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทั้ง 2 ด้านนี้ในระดับน้อย รวมทั้งพยาบาลควรส่งเสริมให้สตรีที่มีบุตรยาก มีการปรับตัวเพิ่มมากขึ้น ทั้งการปรับตัวโดยรวม และการปรับตัวในแต่ละด้าน เพราะจากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ปรับตัวได้ดีในระดับปานกลาง และควรเน้นส่งเสริมการปรับตัวด้านร่างกาย เพราะจากผลการศึกษาพบว่า มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างปรับตัวด้านร่างกายได้ในระดับน้อยมีจำนวนมากกว่าการปรับตัวด้านอื่นๆ ซึ่งพยาบาลอาจให้การส่งเสริมได้โดย

- การสนับสนุนด้านข้อมูล-ข่าวสาร พยาบาลควรให้ข้อมูล-ข่าวสาร เกี่ยวกับวิธีการตรวจรักษาภาวะมีบุตรยาก และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของสตรีที่มีบุตรยากในรูปแบบต่างๆ ทั้งลักษณะที่เป็นรายบุคคลและเป็นรายกลุ่ม โดยอาศัยสื่อต่างๆ เช่นโปสเตอร์ แผ่นพับ ที่วีงจรเปิด วิดีโอ เพื่อให้สตรีที่มีบุตรยากได้รับข้อมูลข่าวสารมากขึ้น และควรเป็นข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ทันสมัย เข้าใจง่าย นอกจากนี้พยาบาลอาจให้คำปรึกษาแนะนำแก่สตรีที่มีบุตรยากแต่ละคน พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ ได้หรืออาจจัดให้มีบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ทั้งนี้เพื่ออำนวยความสะดวกแก่สตรีที่มีบุตรยากให้ได้รับข้อมูลอย่างรวดเร็ว และเพียงพอ

- การสนับสนุนทางสังคมด้านเครื่องมือ สิ่งของ พยาบาลอาจส่งเสริมได้โดย พุดคุยซักถาม สตรีที่มีบุตรยากเพื่อแสวงหาแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ อีก หรือให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนอื่นในชุมชน นอกจากนี้พยาบาลอาจจัดให้มีการรวมกลุ่มของสตรีที่มารับบริการตรวจรักษาภาวะมีบุตรยากโดยใช้กระบวนการกลุ่ม เพื่อที่กลุ่มสตรีที่มารับการรักษาจะได้มีความสนิทสนม ได้ พุดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งจะเป็นการขยายขอบเขตการสนับสนุนในเรื่องสิ่งของ เงินทอง แรงงาน หรือบริการอื่นๆ อีกได้

- การสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์- สังคม พยาบาลควรจะพุดคุย ให้คำปรึกษาแนะนำ ให้กำลังใจ ให้ความเห็นใจ ปลอบใจ และประคับประคองทางด้านจิตใจ โดยวิธีการต่างๆ ทั้งนี้ เพื่อ สตรีจะได้มีกำลังใจ มีความมั่นใจ และมีความมั่นคงด้านอารมณ์ รวมทั้งพยาบาลควรจะพุดคุยส่งเสริมให้บุคคลใกล้ชิดเช่นสามี ญาติ และเพื่อนสนิท รวมทั้งบุคคลใกล้ชิดอื่นๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วม ในการดูแลประคับประคองสตรีที่มีบุตรยาก โดยพยาบาลจะต้องให้ความรู้ความเข้าใจกับบุคคลดังกล่าวเกี่ยวกับสภาวะทางจิตใจ และสังคมของสตรีที่มีบุตรยาก เพื่อให้บุคคลใกล้ชิดมีความรู้ความ เข้าใจในสภาพการณ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจของสตรีที่มีบุตรยาก ทั้งนี้เพื่อให้สามารถหาแนวทาง ในการให้การสนับสนุนด้านอารมณ์-สังคม แก่สตรีที่มีบุตรยากได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะทำให้สตรี เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เป็นที่รักที่ต้องการของครอบครัว และเกิดความรู้สึกนึกคิดต่อตนเอง ในทางที่ดี พร้อมกับเป็นการส่งเสริมการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ด้วย

- พยาบาลควรอธิบายให้สตรีที่มีบุตรยากเข้าใจถึงขั้นตอนต่างๆ ในการตรวจรักษาภาวะมี บุตรยาก และวิธีการตรวจ เพื่อสตรีที่มีบุตรยาก จะมีความรู้ความเข้าใจ และมีการเตรียมตัวมา ล่วงหน้าก่อนมารับการตรวจรักษา นอกจากนั้นพยาบาล ควรให้คำปรึกษา แนะนำแก่สามี ให้เห็น ความสำคัญของการตรวจร่างกายเพื่อหาความผิดปกติ และให้ความร่วมมือกับภรรยาในการปฏิบัติ ตามแผนการรักษา รวมทั้งเรื่องการปฏิบัติตัวของสามี เพื่อส่งเสริมให้สามีมีสุขภาพดีทั้งร่างกาย และ จิตใจเช่นการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ งดสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ดื่มน้ำผลไม้ต่าง ๆ และพักผ่อนให้เพียงพอ มีการออกกำลังกายโดยวิธีต่างๆ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง การทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายสมบูรณ์ ตลอดจนงดการกระทำต่างๆ ที่จะทำให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียด เพราะอาจ จะมีผลให้การสร้างตัวสุญญัตติ และความต้องการทางเพศลดลง ซึ่งการปฏิบัติตัวต่างๆ ที่ถูกต้อง จะช่วยส่งเสริมให้การรักษาภาวะมีบุตรยากมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น นอกจากนั้นยังมีผลส่งเสริมทาง ด้านจิตใจของสตรีที่มีบุตรยาก ทำให้สตรีรู้สึกว่ามีกำลังใจ และให้ความร่วมมือในการรักษาภาวะ มีบุตรยาก สตรีจะเกิดกำลังใจในการรักษา รู้สึกมีความหวังซึ่งภาวะทางด้านจิตใจจะมีผลเกี่ยวข้องกับระบบฮอร์โมนและการเจริญพันธุ์ของคู่สมรส

- พยาบาลควรส่งเสริมให้กำลังใจสตรีที่มีบุตรยากในการทำบทบาทหน้าที่ต่างๆ ของตนเอง เช่นบทบาทหน้าที่ในการดูแลตนเอง บทบาทหน้าที่ของผู้หญิง บทบาทหน้าที่ของภรรยา บทบาทหน้าที่ในสังคมและบทบาทหน้าที่ในการประกอบอาชีพเช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ มีสารอาหารครบถ้วน หรือรับประทานอาหารที่บำรุงร่างกายต่างๆ เท่าที่จะหาได้ งดเครื่องดื่มของเมา งดสูบบุหรี่ พักผ่อนให้เพียงพอและออกกำลังกายเพื่อให้สุขภาพแข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ ระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายปกติ จัดสถานที่ และบรรยากาศของบ้านโดยเฉพาะห้องนอน ให้สะอาด อากาศถ่ายเทสะดวก สบายงาม เกิดความรู้สึกอบอุ่น อ่อนหวาน เพื่อส่งเสริมการพักผ่อน และสัมพันธ์ภาพระหว่างสามีภรรยา ตลอดจนควรมีกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับสามีเช่นออกกำลังกาย ทำงานอดิเรก ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ไปเที่ยวในสถานที่ต่างๆ ด้วยกัน ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้จะทำให้วิถีชีวิตของสตรีที่มีบุตรยากและชีวิตสมรสเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น รวมทั้งสตรีที่มีบุตรยากเอง จะมีสุขภาพร่างกายสมบูรณ์ จิตใจสดชื่นแจ่มใส มีความมั่นคงทางด้านอารมณ์ มีกำลังใจ มีความหวัง และอาจจะประสบผลสำเร็จในการรักษา สามารถมีบุตรได้ตามต้องการ

2. จากผลการศึกษาที่พบว่าสตรีที่มีระยะเวลานานในการตรวจรักษาภาวะมีบุตรยาก จะมีปัญหาในการปรับตัวมากกว่าสตรีที่มีระยะเวลานานในการตรวจรักษาภาวะมีบุตรยากที่สั้นกว่า ดังนั้น พยาบาลควรมุ่งเน้นให้ความสนใจส่งเสริม และให้กำลังใจต่างๆ ดังกล่าวแล้วเป็นพิเศษ ในกลุ่มสตรีที่มีระยะเวลารักษาที่ยาวนาน ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้สตรีในกลุ่มนี้ สามารถปรับตัวได้ดียิ่งขึ้น

ด้านวิจัย

สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรขยายกลุ่มตัวอย่างให้มีขนาดใหญ่ขึ้น และให้ครอบคลุมประชากรหลายๆ กลุ่ม เพื่อให้การค้นพบของตัวแปรต่างๆ ได้แก่ อายุของสตรี กำหนดเวลาการทำงาน และรายได้ของครอบครัว มีมากเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์
2. ควรเก็บข้อมูลในสถานที่ที่แตกต่างกันหลายๆ แห่ง ทั้งในสถานบริการ และในชุมชน เพื่อจะได้ครอบคลุมตัวแปรต่างๆ ได้มากขึ้น เช่น ความเครียด ภาวะสุขภาพ เป็นต้น และสามารถตอบคำถาม หรือเข้าใจปัญหาของสตรีที่มีบุตรยากได้ชัดเจนขึ้น

บรรณานุกรม

- กาญจนา ศิริวรราช. ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว ความหวังกับการปรับตัวในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536
- การุณ แม้นสุวรรณ. “การตั้งครรภ์ในผู้ป่วยที่มีบุตรยาก”. วารสารกรมการแพทย์. 8 (2) 2526 : 87-91.
- กุลธิดา พานิชกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- กอบแก้ว คุตตวิธ. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
- จรรยา หน่อแก้ว. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรส การรับรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การคลอด และปัจจัยบางประการ กับการปรับตัวในมารดาที่ได้รับการผ่าตัด เอาก้อนอกทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- จริยวัตร คมพยัคฆ์. ผลของการใช้วิธีการทางการพยาบาลสาธารณสุขต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสต์ดุขบัณฑิต สาขาการพยาบาลสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- จินตนา ชูนิพันธ์. ทฤษฎีการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529.
- เจียงคำ อินทวิชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมเผชิญความเครียดของมารดาเด็กป่วยเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- ธนาพร แยมศรี. การศึกษาปัจจัยทางกายภาพ สังคม และอารมณ์ที่มีอิทธิพลต่อภาวะมีบุตรยาก. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2530.
- นารี ช่วงสว่าง. ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตในสตรีที่มีบุตรยาก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.

- บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. “จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข”. เอกสารการสอนชุดวิชาสังคมวิทยาการแพทย์. หน่วยที่ 9-15 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2528.
- ประคอง วรรณสุด. สถิติศาสตร์ประยุกต์สำหรับครู. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช, 2525.
- พวงเพ็ญ ริมคิด. ความก้าวหน้าในหลักการ และวิธีการแก้ไขปัญหามีนุตรยาก. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง, 2533.
- พิชญ์ ประเสริฐสิทธิ์. “กลไกทางจิตใจ”. วารสารพยาบาล. 33 (กรกฎาคม-กันยายน 2527) : 274-278.
- พิมพ์พรณ รัตนโกมล. “บทบาทของพยาบาลในการรักษาภาวะการมีบุตรยากด้วยวิธีการปฏิสนธินอกร่างกาย”. วารสารพยาบาล. 6 (ตุลาคม-ธันวาคม 2531) : 205-209.
- พันธ์ศักดิ์ สุกระฤกษ์ และ อร่าม โรจนสกุล. การตรวจรักษาคูสมรสที่มีบุตรยาก. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง, 2533.
- ชูดี ฤาชา และคณะ. คู่มือวิจัยทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ และทำปกเจริญผล, 2526.
- รุจา ภูไพบูลย์. การพยาบาลครอบครัว แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้. ขอนแก่น : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2524.
- ละออ หุตางกูร. ธรรมชาติของมนุษย์ : หลักร่วมในแนวใหม่สำหรับพยาบาลตอนที่ 1. กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2522.
- _____ . หลักพื้นฐานเพื่อการพยาบาล ชีว-จิต-สังคม. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยรังสิต ศูนย์เทคโนโลยีทางการศึกษา, 2534 : 88-105.
- วารีวรรณ สิริวานิชย์. อัตราการตั้งครรภ์ และปัจจัยของการมีบุตรยากในคู่สามีภรรยาที่ตั้งครรภ์ภายหลังการรักษาในคลินิก โรงพยาบาลรามารับดี พ.ศ. 2523-2527. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2523.
- วิไลพรรณ สวัสดิพิณย์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเอง. สัมพันธภาพในคู่สมรส กับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของสตรีที่มีบุตรยาก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2536.
- ศรีนวล โอสอเสถียร. “จิต-อารมณ์ของผู้มีบุตรยาก และแนวการพยาบาล.” วารสารพยาบาล. 40 (กรกฎาคม-กันยายน 2534) : 263-272.
- สมจิตร สีนุชชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

- สายพิน เกษมกิจวัฒนา. “ทฤษฎีการปรับตัวของรอย”. ใน ทฤษฎีการพยาบาล. เพ็ญศรี ระเมียบ. (บรรณาธิการ) คณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และลัดดาวัลย์ รอดมณี. เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัว สำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์. 2527.
- สุภาพ ไบแก้ว. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.
- เสถียร วิชยลักษณ์. ประกาศเรื่องแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์นิติเวอร์, 2535.
- เสปียง ศรีวรรณบุรณ. คู่มือคนอยากมีลูก. กรุงเทพฯ : ชีระการพิมพ์, 2523.
- _____. ภาวะมีบุตรยาก. กรุงเทพฯ “โครงการตำราศิริราช คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.
- หะทัย และอุรษา เทพนิตย์. การมีบุตรยาก. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2533
- อบรม ริมภิบาล. จิตวิทยาพัฒนาการ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ที่ระพนา, 2520
- อุบล นิวัติชัย. หลักการพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2527 : 103-106.
- เอนก อารีพรรค และประมวล วิรุฒมเสน. (บรรณาธิการ). การมีบุตรยาก. กรุงเทพฯ : บริษัท เขียวบุ๊กพับลิชเชอร์, 2531.
- Abbey, A. et al. “Psychosocial, treatment, and Demographic Predictors of the Stress Associated with Infertility.” Fertility and Sterility. 57 (January 1992) : 122-128.
- _____. “Infertility and Subjective well-being : The Mediating Roles of Self-Esteem, Internal Control, and Interpersonal Conflict.” Journal of Marriage and the Family. 54 (May 1992) : 408-417.
- Andrews, H.A. & Roy, S.C. The Roy Adaptation Model. The Definitive Statement. New York : Appleton & Lange. Company, 1991 : 16-18.
- Arkoff, A.P. Adjustment and mental health. New York : Mc. Grew Hill Book Co., 1968 : 4.
- Bell, J.M. “Stressfull life events and coping method in mental illness and wellness behavior” Nursing Research. 26 (May-June 1977) : 133-137.
- Berstein, J. and Mattox, J.H. “Psychological states of previoustfy infertile couples after a successful pregnancy.” Journal of obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing. 17 (November-December 1988) : 404-408.

- Blenner, J.L. "Passage Though Infertile Treatment : Astage Theory," IMAGE Journal of Nursing Scholarship. 22 (Fall 1990) : 153-158.
- Bromet,E. and Moos,R."Environmental resources and the post treatment functioning of alcoholic patients." Journal of Health and Social Behavior. 18(1977) :326-376.
- Brown, M.A. "Social support, stress and health: A Comparison of expectant mothers and Fathers". Nursing Research. 35 (March-April 1986) : 4-6.
- Caplan, G. "The Psychology of Pregnancy and The origins of the mother-child relationship." In G.Caplan An approach to community mental health. New York : Grune & Stratton, 1961.
- Caplan, G. Support system and community mental health. New York : Behavioural Publications, 1974.
- Clapp, Diane. "Emotional Response to Infertility : Nursing Intervention". JOGNN. 16 (November-December 1985) : 32-35.
- Cobb, S. "Social Support as a Moderator for life Stress". Psychosomatic Medicine. 38 (September-October 1976) : 300-313.
- Cohen, S. and Wills, T.A. "Stress, Social Support and the buffering hypothesis." Psychological Bulletin. 93 (2) 1985 : 310-353.
- Cronewett, L.R. "Parental Network Structure and Perceived Support After Birth of First Child." Nursing Research. 34 (November-December 1985) : 93-99.
- Crowford, G. "Support Network and Health-related change in the Elderly : Theory based Nursing Strategies." Family & Community. 10 (August 1987) : 39-48.
- Diamon, M. "Social support and adaptation to chronic illness." Research in Nursing and Health. 2 (September 1979) : 101-108.
- Diamon, M. and Jones, S. Advances in Nursing theory Development. Maryland : Aspen Press, 1983.
- Domar, Alice. et al. "Psychological improvement in infertile woman after behavioral treatment : a replication." Fertility and Sterility. 58 (July 1992) : 144-147.
- Freeman, Ellen. W. et al. "Behavioral and Emotional Factors : Comparison of anovulatory infertile women with fertile and other infertile women." Fertility and Sterility. 40 (August 1983) : 195-201.

- Frydman, N.T. "Social Support, Life Events and Psychiatric Symptoms : A study of direct, conditional and interaction effects." Social Psychiatry. 16 (April 1981) : 69-78.
- Hirsch, Anne M. and Hirsch, Stephen M. "The Effect of Infertility on Marriage and Self-concept." JOGNN. 18 (January-February 1989) : 13-20.
- House, J. Work, Stress and social support. M.A. : Addison Wesley Publishing Company, 1981.
- Kahn, R.L. "Aging and Social support." Aging from birth to death : Interdisciplinary perspectives. Colorado : Westview Press, 1979 : 85.
- Kaplan, B.H. "Social support and Health." Medical Care. 15 (May 1977) : 40-51.
- Keye, William R. "Psychosexual Responses to Infertility." Clinical Obstetrics and Gynecology. 27 (September 1984) : 760-766.
- Kyes, J.J. and Hofling, C.K. Basic Psychiatric Concept in Nursing. 3rd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1974:494
- Lazarus, R.S. and Folkman S. Stress, Appraisal and Coping. New York : Springer Publishing Company, 1984.
- Leader, A., Taylor, P. and Danilik, J. "Infertility : Clinical and psychological aspects" Psychiatric Annals. 14(1984) : 461-467.
- Liberman, M.A. "The Effects of Social Support on Response to Stress." Handbook of Stress : Theoretical and Clinical Aspects. New York : Advision of Mc. Mill and Publishing Co. Inc., 1972 : 764-782.
- Mc. Elveen, P.M. "Social Network." Clinical Practice in Psychosocial Nursing : Assessment and Intervention. New York : Appleton-Century Crofts, 1978 : 319-338.
- Magaret, E.A. et al. Handbook of Clinical Nursing. New York : Mc. Graw Hill Book Co., 1979 : 40.
- Mahlsted, Patricia P. "The Psychological Component of Infertility." Fertility and Sterility. 43 (March 1985) : 335-346.
- Menning, B.E. "The Infertile couple : A plan for advocacy." Child Welfare. 54 (1980) : 454-460.
- _____. "The Emotional needs of Infertile Couples." Fertility and Sterility. 34 (October 1982) : 314-341.
- Mercer, R.T. "Theoretical Framework for Studying Factors that Impact on the Maternal Role." Nursing Research. (March-April 1981) 73-77.

- Milne, B. J. "Couples' experiences with in vitro Fertilization." Journal Obstet-Gynecol-Neonatal Nurse. 17 (September- October 1988) : 347-352.
- Murry, R.B. and Zentner, J. P. Nursing assessment and health promotion strategies through the life span. U.S.A. :Appleton & Lange,1995.
- Nuckolls, K. et al. "Psychosocial assets, life crisis and prognosis of pregnancy." American Journal of Epidemiology. 95 (May 1972) : 431-441.
- Olshansky, Ellen F. "responses to High Technology Infertility Treatment." IMAGE. 20 (1988) : 128-131.
- Pender, N. J. and Pender A. R. Health Promotion in Nursing Practice. 2nd ed. Norwalk : Appleton & lange, 1987.
- Phipps, Su An Arnn. "A Phenomenological Study of Couples' Infertility: Gender Influence." Holistic Nursing Practice. 7 (January 1993) : 44-56.
- Roy, Sister C. Introduction to Nursing : An adaptation Model. New Jersey : Prentice Hall. Inc., 1976.
- _____. "The Roy Adaptation Model." Conceptual Models for Nursing Practice. Norwalk : Appleton & lange, 1989.
- Sandelowski and Pollack, C. "Woman's experiences of infertility." Image : Journal of Nursing Scholars. 18 (1986) : 140-144.
- Seibel, Machele M. Infertile A Comprehensive Text. The United States of America : Appleton & lange Norwalk Connecticut, 1990.
- Tilden, V.P. "Issue of Conceptualization and Measurement of Social Support in the Construction of Nursing Theory." Research in Nursing and Health. 8 (June 1985) : 199-206.
- Thoits, P.A. "Conceptual, Methodological and theoretical problem in studying social support as buffer against life stress." Journal of Health and Social Behavior. 23 (June 1982) : 145-159.
- _____. "Social Support as coping Assistance." Journal of Consulting and clinical Psychology. 54 (1986) : 416-423.
- Wilcox, B.L. " Social Support in Adjustment to Marital Disruption. A Network Analysis". Social Network and Social Support. London : SAGE Publication, 1981 : 97-115.
- Wheeler J.M. and Polan M.L. Decision Making in Infertility. Philadelphia : B.G. Decker Inc., 1988 : 4.

Wortman, C.B. "Social support and cancer patient : conceptual and methodological issue : Supplement to cancer." Journal of the American Cancer Society. 53 (May 1984) : 2339-2360.

Wortman, C.B. and Conway, T.L. "The Role of Social Support in Adaptation and Recovery from physical illness. In Social Support and Health. Philadelphia : Academic press, Inc. 1985 : 281-302.





รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวในสตรีที่มีบุตรยาก

1. รองศาสตราจารย์ ดร. จริยาวัตร คมพัยค์ม์

รองคณบดี ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2. รองศาสตราจารย์ ดร. กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล

ภาควิชา การพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

3. รองศาสตราจารย์ ดร. พยอม อยู่สวัสดิ์

ภาควิชา การพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สายพิน เกษมกิจวัฒนา

ภาควิชา การพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ช่างี สิทธิมงคล

ภาควิชา สุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

6. รองศาสตราจารย์ น.พ. สมบูรณ์ คุณาริคม

ภาควิชา สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล

7. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิณา สิริสุข

ภาควิชา สังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

8. นายแพทย์ ประยุทธ์ เสรีเสถียร

แผนกจิตเวชชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ



แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของสตรีที่มีบุตรยาก

I. ข้อมูลด้านประชากร

1. อายุของท่าน ปี
2. อายุของสามี ปี
3. ระดับการศึกษาของท่าน
4. ระดับการศึกษาของสามีท่าน
5. อาชีพปัจจุบันของท่าน

(.....) รับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ	(.....) เกษตรกร
(.....) ทำงานบริษัท	(.....) รับจ้าง ระบุ
(.....) ค้าขาย	(.....) ส่วนตัว ระบุ
(.....) แม่บ้าน	(.....) อื่น ๆ ระบุ
6. อาชีพปัจจุบันของสามีท่าน

(.....) รับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ	(.....) เกษตรกร
(.....) ทำงานบริษัท	(.....) รับจ้าง ระบุ
(.....) ค้าขาย	(.....) ส่วนตัว ระบุ
	(.....) อื่น ๆ ระบุ
7. รายได้ของท่านเดือนละ ประมาณ บาท
8. นอกจากรายได้ประจำ ท่านมีรายได้เสริมอีกหรือไม่

(.....) ไม่มี
(.....) มี ประมาณเดือนละ บาท
9. รายได้ของสามีเดือนละ ประมาณ บาท
10. นอกจากรายได้ประจำ ท่านมีรายได้เสริมอีกหรือไม่

(.....) ไม่มี
(.....) มี ประมาณเดือนละ บาท
11. ท่านมีพี่น้องกี่คน คน ท่านเป็นคนที่
12. สามีของท่านมีพี่น้องกี่คน คน สามีของท่านเป็นคนที่

II. ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

1. ท่านมีโรคประจำตัว เช่น หอบหืด หัวใจ ไต เบาหวาน ไทรอยด์ และภูมิแพ้ เป็นต้น

(.....) ไม่เคย

(.....) เคย ระบุ โรค

2. ท่านเคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น ซิฟิลิส หนองใน เริม และโรคเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ และการตั้งครรภ์ เช่น ปีกมดลูกอักเสบ ปากมดลูกอักเสบ

(.....) ไม่เคย

(.....) เคย ระบุ โรค

3. ท่านเคยได้รับการผ่าตัด อวัยวะในช่องท้อง หรืออุ้งเชิงกราน เช่น การผ่าตัดปีกมดลูก มดลูก และรังไข่ หรือผ่าตัดไส้ติ่งหรือไม่

(.....) ไม่เคย

(.....) เคย ระบุ โรค

4. ท่านเคยแท้งมาก่อน หรือไม่

(.....) ไม่เคย

(.....) เคย จำนวนครั้งที่แท้ง

ระบุสาเหตุการแท้ง

5. ท่านหรือสามีของท่านทำงานเกี่ยวกับสารเคมี หรือสารกัมมันตรังสีหรือความร้อนสูง

ตนเอง (.....) ไม่ใช่

สามี (.....) ไม่ใช่

(.....) ใช่

(.....) ใช่

6. อาชีพการงานของท่านหรือสามีของท่าน ทำให้เกิดความเครียดอยู่เสมอ

ตนเอง (.....) ไม่ใช่

สามี (.....) ไม่ใช่

(.....) ใช่

(.....) ใช่

7. ท่านหรือสามีของท่านดื่มเหล้า หรือไม่

ตนเอง (.....) ไม่ดื่ม

สามี (.....) ไม่ดื่ม

(.....) ดื่มเป็นบางครั้ง

(.....) ดื่มเป็นบางครั้ง

(.....) ดื่มเป็นประจำ

(.....) ดื่มเป็นประจำ

8. ท่านหรือสามีของท่านสูบบุหรี่ หรือไม่

ตนเอง (.....) ไม่สูบ

สามี (.....) ไม่สูบ

(.....) สูบเป็นบางครั้ง

(.....) สูบเป็นบางครั้ง

(.....) สูบเป็นประจำ

(.....) สูบเป็นประจำ

ประมาณวันละ มวน

ประมาณวันละ มวน

III. ข้อมูลเกี่ยวกับ ภาวะมีบุตรยาก และประสบการณ์การตรวจรักษาภาวะการมีบุตรยาก

1. ท่านแต่งงานเมื่อ พ.ศ.
2. ตั้งแต่แต่งงานท่านเคยคุมกำเนิด หรือไม่
(.....) ไม่เคย
(.....) เคย โดยวิธีใดบ้าง
ระยะเวลาที่คุมกำเนิด ประมาณ ปี / เดือน
3. โดยปกติท่านมีเพศสัมพันธ์ ประมาณ ครั้ง / สัปดาห์
4. เมื่อท่านและสามีของท่านตัดสินใจมีบุตร ท่านได้รอเวลานานเท่าใด จึงไปขอรับการรักษาภาวะมีบุตรยาก ปี เดือน
5. ท่านเคยไปรับบริการ การตรวจรักษาภาวะการมีบุตรยาก ที่อื่น ๆ มาบ้างหรือไม่
(.....) ไม่เคย
(.....) เคย ที่ใดบ้าง โปรดระบุ
.....
6. ท่านทำการตรวจรักษาภาวะการมีบุตรยากมานาน ปี เดือน
7. สามีของท่านเคยไปตรวจรักษาเกี่ยวกับภาวะการมีบุตรยาก หรือไม่
(.....) ไม่เคย
(.....) เคย ระบุวิธี
ผลการตรวจ
.....
8. ท่านคิดว่า ภาวะการมีบุตรยากของท่าน เนื่องจากสาเหตุใด
9. ท่านมีปัญหาในการมารับการตรวจรักษาที่คลินิกผู้มีบุตรยากหรือไม่
(.....) ไม่มี
(.....) มี ระบุ ปัญหา
.....
10. ท่านเคยได้รับการรักษาด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง เช่น การฉีดน้ำเชื้อ การผสมเทียม การทำเด็กหลอดแก้ว
(.....) ไม่เคย
(.....) เคย จำนวน ครั้ง โปรดระบุวิธี เดือนและปีที่ทำ
.....
11. ท่านเคยไปรักษากับหมอฟันบ้าน หรือรักษาทางไสยศาสตร์ เกี่ยวกับภาวะมีบุตรยากบ้างหรือไม่
(.....) ไม่เคย
(.....) เคย (.....) ไหว้พระก่อนนอน (.....) ขอสิ่งศักดิ์สิทธิ์
(.....) กินยาสมุนไพร (.....) งดอาหารบางอย่าง
(.....) รดน้ำมันต์ (.....) ประกอบพิธีกรรมทางไสยศาสตร์
(.....) อื่น ๆ ระบุ

แบบสอบถามเรื่องการปรับตัวของสตรีที่มีบุตรยาก

แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย คำถามเกี่ยวกับ อาการ ความรู้สึกและการปฏิบัติในช่วงที่ผ่านมาตั้งแต่ท่านรู้สึกว่าเป็นสตรีที่มีบุตรยาก ขอให้ท่านอ่านข้อคำถามแต่ละข้อ พิจารณาให้รอบคอบ แล้วทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดขอให้ท่านตอบเพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบทุกข้อ แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกดังนี้

- น้อย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก หรือไม่ตรงกับความเป็นจริงที่ท่านได้รับเลย
- ค่อนข้างน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือไม่ตรงกับความเป็นจริงที่ท่านได้รับเล็กน้อย
- ปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือไม่ตรงกับความเป็นจริงที่ท่านได้รับปานกลาง
- ค่อนข้างมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือไม่ตรงกับความเป็นจริงที่ท่านได้รับเป็นส่วนใหญ่ แต่ไม่ทั้งหมด
- มาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก หรือไม่ตรงกับความเป็นจริงที่ท่านได้รับมากที่สุด หรือทั้งหมด

ตัวอย่าง

ข้อความ	น้อย	ค่อนข้างน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มาก
(0) ฉันเต็มใจที่จะช่วยเหลือผู้อื่น					✓

อธิบาย หมายความว่า ท่านเต็มใจที่จะช่วยเหลือผู้อื่นตลอดเวลา หรือมากที่สุด

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของสตรีที่มีบุตรยาก

แบบสอบถามชุดนี้ ประกอบด้วยข้อความ ซึ่งเกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือ และการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดกับท่าน ซึ่ง ได้แก่ บุคคลในครอบครัวของท่าน และบุคคลที่ท่านรู้จักซึ่งมีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลเหล่านี้ อาจจะเป็นสามี บุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน รวมทั้งเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ซึ่ง ได้แก่ แพทย์ หรือพยาบาล ขอให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อ พิจารณาให้รอบคอบและทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ท่านเลือกตอบตามความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบทุกข้อ แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกดังนี้

- | | |
|--------------|--|
| น้อย | หมายถึง ข้อความนั้น ไม่ตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่ท่านได้รับเลย |
| ค่อนข้างน้อย | หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึก หรือความรู้สึกที่ท่านได้รับเล็กน้อย |
| ปานกลาง | หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึก หรือความรู้สึกที่ท่านได้รับปานกลาง |
| ค่อนข้างมาก | หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึก หรือความรู้สึกที่ท่านได้รับเป็นส่วนใหญ่แต่ไม่ทั้งหมด |
| มาก | หมายถึง ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึก หรือความรู้สึกที่ท่านได้รับทั้งหมดหรือมากที่สุด |



ภาคผนวก ค.

ตารางที่ 9

จำนวนและร้อยละของการปรับตัวรายชื่อ

ตารางที่ 10

จำนวนและร้อยละของการสนับสนุนทางสังคมรายชื่อ

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของการปรับตัวรายชื่อ (N = 200)

ข้อความ	การปรับตัว				
	น้อย	ค่อนข้างน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มาก
%					
ด้านร่างกาย					
ฉันคงดื่มสุราและสิ่งเสพติดอื่น ๆ	19.0	2.5	4.0	11.0	63.5
วันไหนที่มีประจำเดือน	48.0	20.0	15.5	6.5	10.0*
ฉันมีประจำเดือนไม่สม่ำเสมอ	40.5	22.0	9.5	9.5	18.5*
ฉันแนะนำหรือชักจูงให้สามี	12.0	14.5	19.5	15.5	38.5
ฉันมีเพศสัมพันธ์กับสามี	14.5	12.5	20.5	21.5	31.0
เมื่อคิดถึงเรื่องมีบุตรยาก	28.5	27.5	15.5	20.0	9.0*
ฉันพยายามรับประทานอาหาร	13.5	14.5	25.5	18.5	28.0
ระยะที่มีประจำเดือน	27.0	33.0	16.0	12.5	11.5*
ฉันรับประทานยาหรืออาหารเสริม	28.0	18.0	21.0	16.0	17.0
การที่ฉันยังไม่มีบุตร	24.5	20.5	24.0	20.5	10.5
ฉันจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน	39.5	19.5	19.0	14.0	8.0
ด้านอัตมโนทัศน์					
ฉันคิดว่า ฉันจะสามารถตั้งครรภ์	1.5	3.5	11.5	25.0	58.5
ครอบครัวของฉัน	3.5	4.0	21.0	18.5	53.0
ถึงยังไม่มีบุตร	5.0	8.0	19.5	28.5	39.5
ฉันรู้สึกสุขภาพของฉัน	31.5	18.5	21.5	13.5	15.0*
การมีบุตรทำให้ฉันรู้สึก	30.0	20.5	18.0	11.0	20.5*
การที่ฉันมีบุตรยาก	29.0	22.5	18.5	13.5	16.5*
การที่ฉันไม่มีบุตรทำให้ชีวิต	27.5	15.0	20.0	24.5	13.0*
ฉันโชคร้ายที่ไม่สามารถ	22.5	21.5	18.0	14.5	23.5*
การที่ฉันไม่มีบุตรทำให้	19.0	17.0	16.5	20.0	27.5*
การที่มีบุตรยาก เป็น	16.5	17.0	17.0	18.0	31.5*
การไม่มีบุตรทำให้	59.5	18.0	12.5	8.5	1.5

ตารางที่ 9 (ต่อ)

ข้อความ	การปรับตัว	น้อย	ค่อนข้างน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มาก
		%				
ด้านบทบาทหน้าที่						
ฉันคิดว่าฉันทำหน้าที่		0.5	2.0	24.5	33.0	40.0
ฉันไปมาหาสู่เพื่อนๆหรือ		2.0	13.5	27.5	18.5	38.5
การไม่มีบุตร ทำให้.....		36.0	25.0	16.5	10.0	12.5*
ฉันคอยดูแลให้.....		3.0	8.0	26.0	33.5	29.5
เมื่อสมาชิกในครอบครัว		14.0	12.5	20.0	25.0	28.5
ฉันหาสัตว์เลี้ยง		57.5	11.0	7.5	10.0	14.0
ถึงฉันไม่มีบุตร ฉันสามารถ		54.0	18.0	17.5	5.0	5.5
ด้านการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน						
ฉันรู้สึกกังวล		56.0	17.0	12.0	6.5	8.5*
เมื่อฉันไม่สบาย		0.5	4.5	14.0	31.5	49.5
เมื่อมีเรื่องจำเป็น		0.5	5.0	11.0	36.0	47.5
ฉันไปร่วมงานสังคม		1.0	3.5	23.0	28.0	44.5
เมื่อฉันกังวลใจเกี่ยวกับ		7.0	10.5	16.5	28.5	37.5
ฉันให้การช่วยเหลือ		1.0	6.5	24.5	36.0	32.0
เวลาฉันเจ็บป่วย		6.0	14.0	20.5	29.5	30.0

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของการสนับสนุนทางสังคม รายข้อ (n = 200)

ข้อความ	การสนับสนุนทางสังคม					%
	น้อย	ค่อนข้างน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มาก	
ด้านอารมณ์-สังคม						
ฉันมีส่วนร่วมในการ	1.0	2.5	11.5	30.5	54.5	
เมื่อฉันปฏิบัติตนเกี่ยวกับ	0.5	6.0	18.0	34.5	41.0	
ฉันได้รับความไว้วางใจ	2.0	7.0	15.5	36.0	39.5	
บุคคลใกล้ชิดจัดทำ	1.5	6.0	14.5	38.5	39.5	
บุคคลใกล้ชิด ทำให้ฉันรู้สึก	2.5	8.5	22.5	31.5	35.0	
เพื่อน ๆ และญาติยังคง	1.5	6.5	23.0	37.5	31.5	
ฉันมีโอกาสแสดงความคิดเห็น หรือ	2.5	8.0	18.5	40.5	30.5	
แพทย์และพยาบาล พูดและ ให้	2.5	11.5	31.0	26.5	28.5	
เมื่อพบกับบุคคลใกล้ชิด	0.5	5.0	24.0	42.0	28.5	
แพทย์และพยาบาล สนใจ	1.5	10.5	27.5	33.0	27.5	
บุคคลใกล้ชิดแสดงความห่วงใย	2.5	10.5	25.0	35.5	26.5	
เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจเกี่ยวกับ	5.0	10.0	23.5	35.5	26.0	
บุคคลใกล้ชิดเห็นว่าฉันเป็น	3.0	11.0	31.0	32.5	22.5	
บุคคลใกล้ชิดชื่นชมกับ	3.0	12.5	35.0	28.5	21.0	
บุคคลใกล้ชิดยอมรับความ	2.5	12.0	38.5	32.0	20.0	
ด้านข้อมูล ข่าวสาร						
บุคคลใกล้ชิดคอยบอก หรือ	6.0	9.5	21.0	33.5	30.0	
บุคคลใกล้ชิดให้คำแนะนำ และ	2.0	8.5	25.0	3.5	29.0	
ฉันได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการ	6.0	7.0	25.5	33.0	28.5	
บุคคลใกล้ชิดให้คำแนะนำเกี่ยวกับ	7.0	9.5	22.0	38.0	23.5	
บุคคลใกล้ชิด นำ	21.5	17.0	25.5	21.5	14.5	

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ข้อความ	การสนับสนุนทางสังคม					มาก
	น้อยมาก	ค่อนข้างน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	%	
ด้านเครื่องมือ สิ่งของ						
เมื่อฉันต้องไปพบแพทย์ หรือ ...	7.5	10.5	15.5	24.0	42.5	
แม้ในยามปกติ สามีและสมาชิก ...	3.0	13.0	17.5	30.5	36.5	
เมื่อฉันไม่สามารถทำงานบ้าน ...	9.0	6.5	19.0	30.0	35.5	
เมื่อฉันมีปัญหาเรื่องการเงินที่เกี่ยวข้องกับ ...	13.0	8.0	22.5	26.5	30.0	