

การเห็นคุณค่าในตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



นางสาวอรรรณ เหมียตไธสง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2557

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELF ESTEEM AND ASSOCIATED FACTORS AMONG FEMALE PATIENTS IN INFERTILITY
CLINIC AT KING CHULALONGKORN MEMORIAL HOSPITAL

Miss Orawan Miadthaisong



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science Program in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2014

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การเห็นคุณค่าในตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
โดย	นางสาวอรรวรรณ เหมียดไธสง
สาขาวิชา	สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงชุติมา หุ่นเรือวงษ์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	อาจารย์ แพทย์หญิงทัศนวรรณ รั้งรักษ์ศิริวร

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบัณฑิต

.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไศภณ นภาธร)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรัศมีน กัลยาศิริ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงชุติมา หุ่นเรือวงษ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(อาจารย์ แพทย์หญิงทัศนวรรณ รั้งรักษ์ศิริวร)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(แพทย์หญิงกฤตชญา ฤทธิ์ฤชัย)



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามของการวิจัย.....	3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
ขอบเขตของการวิจัย.....	3
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	4
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	4
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการทำวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดการวิจัย	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
1. <u>การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem)</u>	7
ความเป็นมาของการเห็นคุณค่าในตนเอง	7
คำจำกัดความ.....	8
เครื่องมือที่ใช้วัดการเห็นคุณค่าในตนเอง.....	9
Self-esteem ตามแนวคิดของ Rosenberg.....	9
ความสัมพันธ์ระหว่าง Self-esteem และสุขภาพ.....	10

2. <u>ภาวะมีบุตรยาก (Infertility)</u>	11
การประเมินภาวะมีบุตรยาก.....	11
สาเหตุของภาวะมีบุตรยาก.....	13
ปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะมีบุตรยาก.....	15
การรักษาภาวะมีบุตรยาก.....	15
การรักษาเพื่อช่วยให้เกิดการตั้งครรภ์.....	17
ผลกระทบของภาวะมีบุตรยาก.....	18
3. <u>ภาวะมีบุตรยากกับการเห็นคุณค่าในตนเอง (Infertility & Self-esteem)</u>	20
การตอบสนองทางจิตใจจากภาวะมีบุตรยาก.....	21
บททวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	23
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	28
ประชากรและตัวอย่าง.....	28
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	29
การรวบรวมข้อมูล.....	31
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	32
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	33
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป.....	34
ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยของภาวะมีบุตรยาก.....	43
ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยทางจิตสังคม.....	52
ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมี บุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.....	52
ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้ Chi-square.....	53

ส่วนที่ 6 การวิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนรวมเฉลี่ย โดยใช้สถิติ t-test ของคะแนนรวม เฉลี่ยของการเห็นคุณค่าในตนเอง ในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	65
ส่วนที่ 7 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการเห็นคุณค่าในตนเองกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ป่วย หญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.....	70
ส่วนที่ 8 ปัจจัยทำนายการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับต่ำ ของผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.....	73
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	74
สรุปผลการวิจัย.....	74
อภิปรายผลการวิจัย.....	75
ข้อเสนอแนะ	80
รายการอ้างอิง	81
ภาคผนวก.....	95
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	115

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล	34
ตารางที่ 2	แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยของภาวะมีบุตรยาก	43
ตารางที่ 3	แสดงค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามด้านของพฤติกรรมกาาเผชิญปัญหา	52
ตารางที่ 4	แสดงค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามด้านของการเห็นคุณค่าในตนเอง	52
ตารางที่ 5	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยหญิง ที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ Chi-square.....	53
ตารางที่ 6	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยของภาวะมีบุตรยากกับการเห็นคุณค่าในผู้ป่วยหญิง ที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ Chi-square.....	58
ตารางที่ 7	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับการเห็นคุณค่าในผู้ป่วยหญิงที่มารับ การรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ Chi-square	64
ตารางที่ 8	การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนรวมเฉลี่ยรวมโดยใช้สถิติ t-test ของคะแนน เฉลี่ยของปัจจัยส่วนบุคคลกับการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	ผิดพลาด! ไม่ได้กำหนดที่คั่นหน้า
ตารางที่ 9	การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนรวมเฉลี่ยรวมโดยใช้สถิติ t-test ของคะแนน เฉลี่ยของปัจจัยของภาวะมีบุตรยากกับการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยหญิงที่มารับการ รักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	67
ตารางที่ 10	การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนรวมเฉลี่ยรวมโดยใช้สถิติ t-test ของคะแนน เฉลี่ยของปัจจัยทางจิตสังคมกับการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	69
ตารางที่ 11	การทดสอบค่าสหสัมพันธ์โดยวิธีหาค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยหญิงที่มารับ การรักษา ณ คลินิกมี บุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	ผิดพลาด! ไม่ได้กำหนดที่คั่นหน้า

ตารางที่ 12 การทดสอบค่าสหสัมพันธ์โดยวิธีหาค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) ระหว่างปัจจัยภาวะของมีบุตรยากกับการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยหญิง ที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 71

ตารางที่ 13 การทดสอบค่าสหสัมพันธ์โดยวิธีหาค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) ระหว่างปัจจัยทางสังคมกับการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมี บุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์..... 72

ตารางที่ 14 แสดงปัจจัยทำนายการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับต่ำ ของผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอย Logistic Regression Analysis..... 73



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะมีบุตรยากพบได้ประมาณร้อยละ 4-14 ทั่วโลก และส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยที่ร้อยละ 8-10⁽¹⁻⁴⁾ โดยในประเทศกำลังพัฒนาสามารถพบได้ร้อยละ 3.5-16.7 (หรืออาจสูงถึงร้อยละ 30-40 ในประเทศแถบทวีปแอฟริกา⁽⁵⁾ ส่วนในประเทศที่พัฒนาแล้ว ภาวะมีบุตรยากสามารถพบได้ร้อยละ 6.9-9.3^(6, 7) ซึ่งถึงแม้ประชากรประมาณร้อยละ 5 สมัครงใจที่จะไม่มีบุตร อย่างไรก็ตาม การได้เป็นพ่อแม่ยังคงเป็นที่คาดหวังทางสังคม และยังคงเป็นเป้าหมายที่สำคัญของชีวิตในเกือบทุกวัฒนธรรม⁽⁸⁻¹⁵⁾

ในปัจจุบันประชากรที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ทั่วโลกส่วนใหญ่ จะอยู่ในระบบการศึกษานานขึ้น ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมมีผลต่อความสามารถในการเลี้ยงดูบุตร จึงส่งผลถึงการตัดสินใจสมรสเมื่ออายุมากขึ้น และมีบุตรเมื่ออายุมากขึ้น ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะการเจริญพันธุ์ที่ลดลง โดยพบว่า ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ผู้หญิงชาวตะวันตกที่แต่งงานแล้ว จะตั้งใจมีบุตรหลังจากที่สามารถบรรลุเป้าหมายในชีวิตอื่น ๆ ไปแล้ว เช่น ความก้าวหน้าในอาชีพและความมั่นคงทางการเงิน ทำให้ช่วงอายุของการตั้งครรภ์ครั้งแรก เพิ่มขึ้นเป็นช่วงอายุ 28-29 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีความสามารถในการเจริญพันธุ์ลดลง และมีความเสี่ยงของภาวะมีบุตรยากที่สูงขึ้น⁽¹⁶⁾

จากการสำรวจในประเทศไทย นับตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ.2513 เป็นต้นมา อัตราการเจริญพันธุ์ที่ลดลงส่งผลให้จำนวนเด็กเกิดใหม่ในประเทศไทยลดลง ในปัจจุบันประเทศไทยมีความต้องการประชากรเกิดใหม่ 1.3 ล้านคนต่อปี แต่เรากลับมีเด็กเกิดใหม่เพียง 8 แสนคนต่อปี กล่าวคือ หญิงไทย 1 คน จะให้กำเนิดบุตรเฉลี่ย 1.6 คนเท่านั้น ซึ่งถือว่าต่ำกว่าระดับที่ยอมรับกันโดยทั่วไป คือ ผู้หญิง 1 คน ต่อการให้กำเนิดบุตร 2.1 คน^(17, 18) มีการศึกษาในประชากรอายุระหว่าง 15-59 ปีทั่วประเทศ ในปี พ.ศ.2552 พบว่ามีคู่สมรสที่มีปัญหาเรื่องมีบุตรยากร้อยละ 11 โดยเพศหญิงมีปัญหา มากกว่าเพศชาย โดยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีปัญหามีบุตรยากสูงกว่าภาคอื่น ๆ (13.1%)

สำหรับกรุงเทพมหานครพบร้อยละ 8.5⁽¹⁹⁾ โดยในปี พ.ศ.2540 พบหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุระหว่าง 15-49 ปี มีภาวะมีบุตรยากขั้นปฐมภูมิ (Primary Infertility) ร้อยละ 2.5 มีภาวะมีบุตรยากขั้นทุติยภูมิ (Secondary Infertility) ร้อยละ 9.9⁽²⁰⁾ นอกจากนี้ยังพบว่าหญิงที่มีปัญหา มีบุตรยากเหล่านี้ อีกร้อยละ 68 ยังไม่เคยขอรับคำปรึกษา หรือตรวจหาสาเหตุของภาวะมีบุตรยาก โดยหญิงที่เคยขอรับคำปรึกษา หรือตรวจหาการมีบุตรยากส่วนใหญ่มักเป็นหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป⁽²¹⁾

การที่คู่สามีภรรยาอยู่กินกันมาเป็นเวลาเป็นระยะเวลา 1 ปี มีเพศสัมพันธ์กันอย่างสม่ำเสมอ โดยไม่มีการคุมกำเนิด แล้วยังไม่สามารถตั้งครรภ์หรือมีบุตรได้ ทางแพทย์ถือว่าอยู่ในภาวะมีบุตรยาก หรือภาวะไม่เจริญพันธุ์⁽²²⁾ ซึ่งการที่ไม่สามารถตั้งครรภ์ หรือมีบุตรได้ อาจส่งผลให้หญิงที่มีบุตรยากเกิดความวิตกกังวลหรือผิดหวัง นอกจากนี้การรักษาภาวะมีบุตรยากในแต่ละขั้นตอนมีความเสี่ยงที่จะล้มเหลวและใช้ระยะเวลาดื้อยาวนาน ทั้งยังมีค่าใช้จ่ายที่สูงมาก จากการทำล้มเหลวซ้ำซากหรือการที่ไม่สามารถมีบุตรได้ อาจทำให้หญิงเหล่านี้ เกิดความรู้สึกว่าชีวิตสมรสไม่สมบูรณ์ ขาดคุณค่าและไม่มีความหมาย เนื่องจากขาดสิ่งผูกพันยึดเหนี่ยวระหว่างกัน และไม่มียุทธศาสตร์ใหม่เกิดขึ้นในชีวิตสมรส รู้สึกบกร่องหน้าทีในการดำรงสายพันธุ์แห่งวงศ์ตระกูล รู้สึกว่าตนเองเป็นเพศหญิงที่ไม่สมบูรณ์ในบทบาทของความเป็นแม่และการเป็นภรรยาที่ดีได้ จนทำให้การเห็นคุณค่าในตนเองลดต่ำลง อาจนำมาซึ่งภาวะซึมเศร้าหรือปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ ในภายหลัง

งานวิจัยส่วนใหญ่ที่ผ่านมา มักมุ่งประเด็นการศึกษาไปในแง่ภาวะความวิตกกังวล ภาวะเครียด และภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหญิงกลุ่มนี้ แต่การศึกษาในแง่การเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยหญิงกลุ่มนี้ในประเทศไทยยังมีการศึกษาในประเด็นนี้ค่อนข้างน้อย และแม้จะมีการศึกษา ก็เป็นการศึกษาที่เก่าเมื่อหลายสิบปีก่อน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาในเรื่อง การเห็นคุณค่าในตนเอง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่ทันกับปัจจุบัน และนำไปสู่การวางกลยุทธ์ในการส่งเสริมหรือป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิตในผู้ป่วยหญิงกลุ่มนี้

คำถามของการวิจัย

1. การเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยมีตัวแปรที่ศึกษา คือ

ตัวแปรอิสระ (Independent Variable) ได้แก่

ปัจจัยส่วนบุคคลทั่วไป

ปัจจัยของภาวะมีบุตรยาก

ปัจจัยทางจิตสังคม

ตัวแปรตาม (Dependent Variable) ได้แก่

การเห็นคุณค่าในตนเอง

ข้อตกลงเบื้องต้น

การศึกษานี้จะศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยหญิงที่มีปัญหาหมักมีบุตรยาก ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก (Infertile Clinic) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ และยินยอมให้ความร่วมมือในการตอบแบบประเมิน

ข้อจำกัดในการวิจัย

ผู้วิจัยศึกษาในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาที่ได้จึงอาจไม่สามารถนำไปอ้างอิงในกลุ่มประชากรในบริบทอื่น ๆ ที่มีความแตกต่างกันได้

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ในการศึกษานี้ หมายถึง ความรู้สึกยอมรับนับถือตนเอง การเห็นคุณค่าและเชื่อมั่นในตนเอง รวมทั้งการประเมินตนเองทั้งในด้านบวกและด้านลบ ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง The Rosenberg's Self-Esteem Scale (RSE) ฉบับภาษาไทย^(23, 24) โดยค่าคะแนนที่สูงบ่งบอกถึงการมีการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ในระดับที่สูง และในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จะใช้ค่าคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง ที่น้อยกว่าค่าเฉลี่ย -1 S.D. จัดเป็นกลุ่มที่มีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ

ภาวะมีบุตรยาก (Infertility) ในการศึกษานี้ หมายถึง การที่คู่สามีภรรยาไม่สามารถมีบุตรได้ ภายหลังจากมีเพศสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอโดยไม่ได้คุมกำเนิดเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี โดยหมายความรวมถึง ภาวะมีบุตรยากทั้ง 2 ประเภท อันได้แก่ 1) ภาวะมีบุตรยากขั้นปฐมภูมิ (Primary Infertility) ซึ่งผู้ป่วยไม่เคยมีการตั้งครรภ์เลย และ 2) ภาวะมีบุตรยากขั้นทุติยภูมิ (Secondary Infertility) ซึ่งผู้ป่วยเคยมีประวัติสามารถตั้งครรภ์ได้สำเร็จมาก่อน แต่ไม่สามารถตั้งครรภ์ได้อีกในครั้งนี้นี้ ซึ่งภาวะมีบุตรยากทั้ง 2 ภาวะนี้ ผู้ป่วยต้องได้รับการวินิจฉัยจากสูติ-นรีแพทย์ ที่คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการทำวิจัย

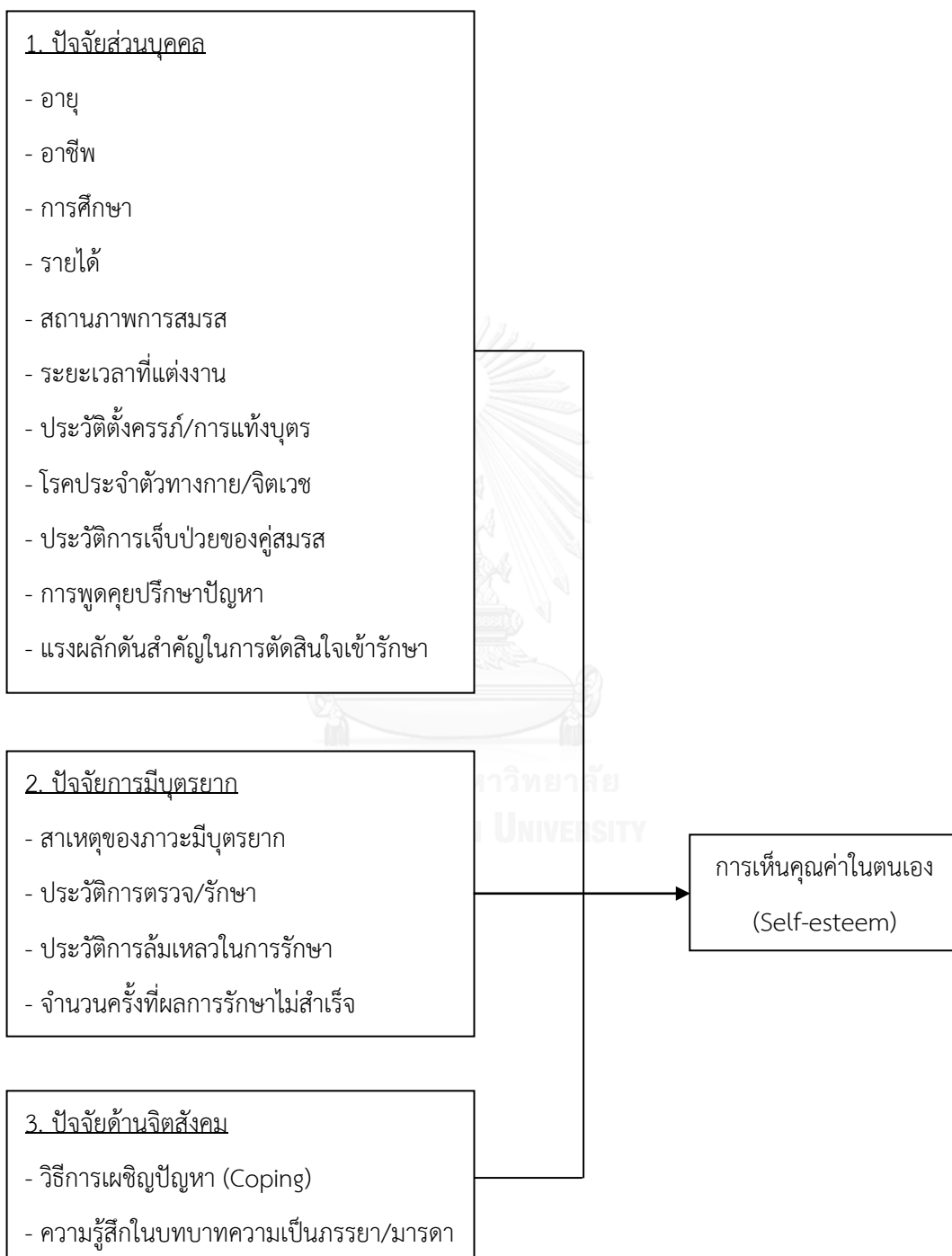
1. เพื่อทราบถึงการเห็นคุณค่าในตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษาเป็นแนวทางในการให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
3. เพื่อหาแนวทางที่จะนำไปสู่การวางกลยุทธ์ในการส่งเสริม หรือป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิตในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
4. เพื่อผลิตองค์ความรู้ใหม่ ๆ
5. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยต่อไปในอนาคต



กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)

1. ตัวแปรอิสระ (Independent variables)

2. ตัวแปรตาม (Dependent variables)



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎี

1. การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem)

ความเป็นมาของการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem)⁽²⁵⁾

Mruk (1995) ได้รวบรวมแนวคิดเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ซึ่งมาจากนักทฤษฎีจำนวน 6 ท่านที่ได้เคยศึกษาไว้ ดังนี้

1. *William James (1890)* จิตแพทย์ชาวอเมริกัน ได้ศึกษาการเห็นคุณค่าในตนเองในแนวทาง Introspection ได้อธิบายไว้ว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) เป็นเรื่องของอารมณ์ความรู้สึกซึ่งสามารถขึ้นลงได้ (Dynamic) ตามความสำเร็จหรือความล้มเหลว และอธิบายว่าการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) นั้น มีความเกี่ยวเนื่องกับคุณค่า (Values), ความสำเร็จ (Success) และความสามารถ (Competence)

2. *Robert White (1963)* นักจิตวิทยาศึกษาในแนวทางทฤษฎีจิตวิเคราะห์ อธิบายการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ว่าเป็นพัฒนาการ (Development) รูปแบบหนึ่ง ซึ่งมีที่มาจากภายใน ได้แก่ การบรรลุเป้าหมายส่วนตัว (Own accomplishments) และภายนอก ได้แก่ การได้รับการเห็นคุณค่าจากบุคคลอื่น ๆ (Affirmations from others)

3. *Morris Rosenberg (1965)* ได้ศึกษาเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5,000 ราย ในแนวทางสังคมและวัฒนธรรม พบว่าการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) เป็นทัศนคติที่มีต่อตนเองทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยมีผลกระทบจากวัฒนธรรม สังคม ครอบครัว และปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ รอบตัว โดยระดับของการเห็นคุณค่าในตนเองนั้นแปรผันกับระดับของการให้คุณค่าตนเองในทางบวก โดยมองว่า ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าเกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งแนวคิดของ Rosenberg นี้ เป็นแนวคิดที่ได้รับการนำไปใช้มากที่สุด

4. *Stanley Coopersmith (1967)* มีแนวคิดคล้ายคลึงกับแนวคิดของ Rosenberg ว่าการเห็นคุณค่าในตนเองเป็นเรื่องของทัศนคติ และการแสดงออกของคุณค่า รวมทั้งมีความเกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า โดยอธิบายว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) นั้น เป็นสิ่งที่พัฒนาขึ้นภายหลัง (Acquired) โดยแรกเริ่ม เด็กจะเรียนรู้คุณค่าของตนเองจากพ่อแม่ และถูกปรับหรือเสริมภายหลังจากบุคคลอื่น ๆ

5. *Nathaniel Branden (1969)* นักมานุษยวิทยา เป็นคนแรกที่อธิบายว่า การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นเรื่องของความภาคภูมิใจและความสามารถ โดยมองว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐานของมนุษย์ เมื่อขาดการเห็นคุณค่าในตนเอง มนุษย์จะมีความเสี่ยงที่จะเกิดการใช้สารเสพติด ฆ่าตัวตาย ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า โดยการเห็นคุณค่าในตนเองนั้นสามารถเปลี่ยนแปลงได้ และมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดำเนินชีวิตในด้านบวก

6. *Seymour Epstein (1985)* มองในมุมมองของ Cognitive-experiential view โดยมีความเห็นว่า การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ทั้งในระดับจิตสำนึกและจิตใต้สำนึก เป็นผลมาจากความเข้าใจโลกและบุคคลรอบข้างที่บุคคลนั้นมีปฏิสัมพันธ์ด้วย โดยมนุษย์ทุกคนพยายามต่อสู้ที่จะรักษาสมดุลของ Self นอกจากนี้ยังพบว่าการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) การเห็นคุณค่าในตนเองโดยรวม (Global Self-esteem) 2) การเห็นคุณค่าในตนเองระดับกลาง (Intermediate) ซึ่งจำเพาะต่อด้านใดด้านหนึ่ง เช่น ความสามารถ ความเป็นที่ชื่นชอบ พลังในตนเอง และ 3) การเห็นคุณค่าในตนเองระดับสถานการณ์ (Situational) ซึ่งเป็นการแสดงถึงการเห็นคุณค่าในตนเองในชีวิตประจำวัน

คำจำกัดความ⁽²⁶⁾

การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นคำที่ใช้แพร่หลายทั้งในด้านภาษาและจิตวิทยา หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลในคุณค่าของตนเอง ความนิยม ความชอบ ความพึงพอใจในตนเอง⁽²⁷⁾ และความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเองที่ได้รับการยอมรับมากที่สุดในกลุ่มจิตวิทยา เป็นของ Rosenberg (1965) ซึ่งกล่าวถึงการเห็นคุณค่าในตนเองเป็นทัศนคติในความชอบ และไม่ชอบต่อตนเอง⁽²⁸⁾

การเห็นคุณค่าในตนเองโดยทั่วไป หมายถึงการประเมินถึง มโนภาพแห่งตน (Self-concept) ซึ่งหมายความรวมถึงด้านความคิด พฤติกรรม และอารมณ์⁽²⁷⁾ ประกอบไปด้วย ความรู้สึกถึงคุณค่า

ของตนเอง (Self-worth) ความมั่นใจในตนเอง (Self-confidence หรือ Body-esteem) ซึ่งเป็นด้านที่จำเพาะลงไป ซึ่งนักทฤษฎีส่วนใหญ่เชื่อว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) เป็นลักษณะพื้นฐานนิสัย (Trait) ซึ่งค่อนข้างคงที่ตลอดช่วงอายุ โดยมีการใช้กันอย่างกว้างขวางในทฤษฎีทางจิตวิทยาต่าง ๆ นอกจากนี้การเห็นคุณค่าในตนเองยังมีความเกี่ยวข้องกับฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจ สุขภาพ พฤติกรรม และความสามารถในด้านต่าง ๆ

เครื่องมือที่ใช้วัดการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem)

เครื่องมือที่เป็นที่นิยม ในการวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง มีอยู่ 2 เครื่องมือ คือ

1) Rosenberg Self-Esteem Scale (1965) และ 2) the Coopersmith Self-Esteem Inventory (1967/1981)

1. *Rosenberg Self-Esteem Scale* พัฒนาขึ้นครั้งแรกเพื่อการศึกษาการเห็นคุณค่าและยอมรับตนเอง ในวัยรุ่น ซึ่งต่อมามีการนำเครื่องมือนี้มาใช้อย่างแพร่หลายในกลุ่มตัวอย่างในช่วงอายุที่หลากหลาย รวมทั้งวัยผู้ใหญ่ ทั้งในกลุ่มคนทั่วไปและกลุ่มผู้ป่วย^(29, 30) ประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม แต่ละข้อมีค่าคะแนน 1-4 (จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไปจนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง) คำถามที่ใช้เป็นคำถามที่สั้น กระชับ เข้าใจง่าย และมีค่าความน่าเชื่อถือ reliability และ validity ในระดับสูง⁽²⁷⁾

2. *The Coopersmith Self-Esteem Inventory* พัฒนามาจากการศึกษาถึงทัศนคติต่อตนเองโดยรวม และในบริบทต่าง ๆ เช่น เมื่ออยู่ร่วมกับเพื่อน พ่อแม่ โรงเรียน บุคคลที่เกี่ยวข้องในเด็ก ประกอบด้วยข้อคำถาม 50 ด้าน ถึงนิสัยด้านบวกและลบ เพื่อให้เด็กประเมินว่าตรงกับตนเองหรือไม่ โดยแบบประเมินนี้แบ่งเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่ School Form (อายุ 8-15 ปี) และ Adult form (อายุ 16 ปีขึ้นไป)^(27, 31) โดยมีค่า reliability และ validity ที่ยอมรับได้⁽²⁷⁾

Self-esteem ตามแนวคิดของ Rosenberg^(32, 33)

หมายถึง การประเมินตนเอง ทั้งในด้านบวกและด้านลบ และการประเมินถึงควมมีคุณค่า (Worth) ของตนเอง โดย Rosenberg ได้ให้คำนิยามไว้ว่า Self-esteem นั้น มิได้หมายความถึงแค่ self-concept แต่ “เป็นผลรวมของความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเองในฐานะคนๆ หนึ่ง” (Totality of the individual's thoughts and feelings with reference to himself as an object.) และหลักการที่ทำให้แต่ละบุคคลเกิด self-esteem ที่แตกต่างกัน มีด้วยกัน 3 อย่าง คือ

1. **หลักการประเมินแบบสะท้อนกลับ (The principle of reflected appraisal)** การที่บุคคลหนึ่งจะมี self-esteem ที่สูงหรือต่ำ เกิดได้จากการรับรู้การตอบสนองของผู้อื่นที่มีต่อตนเอง ทำให้เกิด self-concept ต่อตนเอง และหากผู้ที่บุคคลนั้นให้ความสำคัญ มีการให้การยอมรับนับถือกลับมา บุคคลนั้นก็จะมี self-esteem ในตนเองเพิ่มขึ้น แต่เมื่อผู้อื่นปฏิบัติไปในทางตรงกันข้าม ก็จะทำให้บุคคลนั้นมี self-esteem ที่ต่ำลง

2. **หลักการเปรียบเทียบสังคม (The principle of social comparison)** การมีมาตรฐานค่านิยมและความเชื่อที่แตกต่างกันไป ทำให้บุคคลเกิดการเปรียบเทียบ ตัดสิน หรือประเมินตนเองกับผู้อื่น นำไปสู่การมองโลกได้ทั้งในแง่บวกหรือลบ ซึ่งจะมีผลต่อระดับ self-esteem ของบุคคลนั้นๆ

3. **หลักคุณสมบัติของบุคคล (The principle of self attribution)** เป็นการวิเคราะห์ผลของการกระทำในอดีตจากภายใน เช่น ผู้ที่ประสบความสำเร็จ ได้รับคำชม ก็จะประเมินตนเองไปในทิศทางที่ดี ทำให้มี self-esteem สูง ส่วนผู้ที่ล้มเหลวบ่อย ไม่ได้รับการไว้วางใจ ก็จะประเมินตนเองไปในทิศทางที่ไม่ดี ทำให้มี self-esteem ต่ำ

ความสัมพันธ์ระหว่าง Self-esteem และสุขภาพ

การศึกษาส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปทางผลของ self-esteem ต่อพฤติกรรมทางสุขภาพต่างๆ เช่น พบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองสัมพันธ์กับพฤติกรรมการคุมกำเนิด⁽³⁴⁾ การตรวจเต้านมด้วยตนเอง⁽³⁵⁾ และการออกกำลังกาย^(36, 37)

นอกจากนี้ยังพบว่าการรับรู้ประสิทธิภาพในตนเอง (Self-efficacy) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ การจัดการความเจ็บปวด การควบคุมน้ำหนัก การปฏิบัติตามโปรแกรมสุขภาพต่างๆ⁽³¹⁾ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ที่แย่งต่อสุขภาพของตน มีความสัมพันธ์กับ self-efficacy ที่ลดลงเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ ยังพบว่าวัยผู้ใหญ่ที่มี self-esteem สูง และมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในระดับสูง จะมีพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัยกว่ากลุ่มที่มี self-esteem ต่ำ⁽³⁸⁾

มีการศึกษาพบความสัมพันธ์ระหว่าง self-esteem และ health values กับ ความสัมพันธ์ระหว่าง self-esteem และพฤติกรรมสุขภาพทั่วไป (General wellness behavior)⁽³⁹⁾ โดยพบว่า self-esteem เป็นปัจจัยสำคัญทั้งในพฤติกรรมสุขภาพจิต สังคม และพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม^(40, 41)

มีการศึกษาพบข้อดีของการมี self-esteem ในระดับสูง 2 ด้าน ได้แก่ ช่วยเพิ่มความริเริ่มสร้างสรรค์ (Initiative) และช่วยให้เกิดความรู้สึกดีๆ (Pleasant feelings)⁽⁴²⁾ โดยสรุปว่า self-esteem มีความเกี่ยวข้องเล็กน้อยกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยการมี self-esteem ในระดับสูง ไม่ได้ช่วยป้องกันแต่ก็ๆ จากปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ ยาเสพติด และพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ แต่กลับทำให้กล้าทดลองทำสิ่งใหม่ๆ เหล่านี้เพิ่มขึ้น⁽⁴³⁻⁴⁵⁾ พบว่า self-esteem เป็นปัจจัยที่ช่วยปรับแต่งความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ในชีวิต และสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่า self-esteem มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ความเหงา ความรู้สึกแปลกแยก⁽²⁷⁾

2. ภาวะมีบุตรยาก (Infertility)

ภาวะมีบุตรยาก หมายถึง การที่คู่สามีภรรยาไม่สามารถมีบุตรได้ ภายหลังจากมีเพศสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอโดยไม่ได้คุมกำเนิดเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี⁽²²⁾ ซึ่งตามปกติ คู่สามีภรรยาที่มีเพศสัมพันธ์กันอย่างสม่ำเสมอร้อยละ 86-94 มักจะตั้งครรภ์ภายใน 12 เดือน⁽⁴⁶⁾ และโดยเฉลี่ยพบว่าร้อยละ 8-10 ของคู่สมรสจะประสบภาวะมีบุตรยาก จากประมาณการขององค์การอนามัยโลก พบว่ามีคู่สมรสประมาณ 50-80 ล้านคู่ทั่วโลก ที่มีภาวะมีบุตรยาก⁽⁴⁷⁾

ภาวะมีบุตรยาก แบ่งเป็น 2 ประเภท⁽²²⁾

1. ภาวะมีบุตรยากขั้นปฐมภูมิ (Primary Infertility) หมายถึง ไม่เคยมีประวัติการตั้งครรภ์มาก่อน และไม่สามารถตั้งครรภ์ได้ในระยะเวลา 1 ปี
2. ภาวะมีบุตรยากขั้นทุติยภูมิ (Secondary Infertility) หมายถึง เคยมีประวัติการตั้งครรภ์แม้ว่าการตั้งครรภ์นั้นอาจสิ้นสุดด้วยการคลอด การแท้ง หรือการตั้งครรภ์นอกมดลูกก็ตาม และไม่เคยตั้งครรภ์ได้อีกอย่างน้อย 1 ปี หลังการตั้งครรภ์ครั้งก่อน

การประเมินภาวะมีบุตรยาก^(48, 49)

ประกอบไปด้วย การซักประวัติ ตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือการตรวจพิเศษต่างๆ ดังนี้

1. การซักประวัติ

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยในเรื่อง เพศ อายุ โรคประจำตัว ความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย ระยะเวลาของการสมรส ระยะเวลาที่มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้คุมกำเนิด ประวัติที่เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติการคลอด รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องเพศสัมพันธ์ ของคู่สมรสด้วย ได้แก่ ลักษณะประจำเดือน ความสม่ำเสมอ ระยะเวลา ความถี่ห่างของรอบเดือน จำนวนวันที่มาในแต่ละรอบเดือน ปริมาณประจำเดือน การปวดประจำเดือน อาการปวดท้องน้อย อาการเจ็บขณะมีเพศสัมพันธ์ ความบ่อยของการมีเพศสัมพันธ์ การคุมกำเนิดโดยวิธีต่าง ๆ ที่เคยใช้ รวมถึงการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาโรคทางกายอื่น ๆ ซึ่งอาจมีผลต่อการมีบุตรยาก เช่น ภาวะซีด เบาหวาน ไทรอยด์ ความดันโลหิตสูง ภาวะอ้วน ลักษณะผิดปกติของฮอร์โมนเพศ อาการน้ำนมไหล ร่วมกับขาดประจำเดือน เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานเบื้องต้นสำหรับแพทย์ที่จะให้การวินิจฉัยว่าปัจจัยใดบ้างที่อาจเป็นสาเหตุให้คู่สมรสมีบุตรยาก และน่าจะเกิดจากปัจจัยของฝ่ายหญิงหรือฝ่ายชาย

2. การตรวจร่างกาย

ได้แก่ การชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง การคำนวณดัชนีมวลกาย การตรวจร่างกายทั่วไป การคลำต่อมไทรอยด์และต่อมน้ำเหลือง และการตรวจลักษณะทางเพศว่าเจริญเติบโตเหมาะสมตามอายุหรือไม่

การตรวจภายใน (PV) เพื่อดูตำแหน่งและลักษณะของมดลูก ว่าเป็นแบบคว่ำหรือหงาย ตรวจดูอวัยวะเพศ ว่ามีลักษณะกายภาพปกติหรือไม่ มีการอักเสบหรือติดเชื้อหรือไม่ คลำหาก้อนผิดปกติในอุ้งเชิงกรานและรังไข่ หรือตรวจว่ามีรูเปิดทะลุระหว่างช่องคลอดและทวารหนัก (Fistula) หรือไม่ การตรวจ Pap smear เพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น ได้แก่ Blood group, Rh factor, VDRL, HBs-Ag, Anti-HIV, CBC, Hb typing และการตรวจเพิ่มเติมจะพิจารณาตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย ในฝ่ายหญิง ได้แก่ การตรวจ FSH, LH, estradiol และ prolactin level ในวันที่ 2-3 ของการมีประจำเดือน เพื่อประเมินการทำงานของรังไข่ และตรวจระดับ Anti-mullerian hormone (AMH) เพื่อประเมิน ovarian reserve การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound) ทางช่องคลอด การส่องกล้องตรวจโพรงมดลูก (Hysteroscopy) การฉีดสีเอ็กซเรย์โพรงมดลูกและท่อนำไข่ (Hysterosalpingography) การส่องกล้องทางหน้าท้องเพื่อดูท่อนำไข่ (Laparoscopic

chromotubation) การตรวจ Sonohysterosalpingography การตรวจ DNA, RNA, PCR test for Chlamydia การตรวจประเมินทางภูมิคุ้มกันต่างๆ (Anti-sperm antibody, Lupus anticoagulant และ Anti-cardiolipin antibodies) การตรวจ thrombophilia และการตรวจวิเคราะห์ทางพันธุกรรม ส่วนการค้นคว้าเพิ่มเติมในเพศชาย ได้แก่ การตรวจวิเคราะห์น้ำเชื้ออสุจิ (Semen analysis) และการตรวจทางพันธุกรรม

สาเหตุของภาวะมีบุตรยาก^(49, 50)

โดยทั่วไปแบ่งสาเหตุของภาวะมีบุตรยากออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ สาเหตุจากฝ่ายหญิง สาเหตุจากฝ่ายชาย สาเหตุจากทั้งสองฝ่าย และไม่ทราบสาเหตุ⁽⁵¹⁻⁵³⁾

1. สาเหตุจากฝ่ายหญิง พบได้ราวร้อยละ 40 โดยสามารถเรียงลำดับจากสาเหตุที่พบได้มากที่สุดไปยังสาเหตุที่พบน้อยที่สุด ดังนี้

1.1 ปัญหาการตกไข่ (Ovulation) เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุดถึงร้อยละ 30-40 เพราะการตกไข่ถูกควบคุมด้วยฮอร์โมนจากต่อมใต้สมอง ซึ่งมีผลกระทบจากปัจจัยภายนอกอื่นๆ ได้โดยง่าย เช่น อาหาร อารมณ์ ความเครียด ภาวะวิตกกังวล ทำให้เกิดการตกไข่ไม่สม่ำเสมอ ตกไข่ไม่สมบูรณ์ หรือไม่มีไข่ตกเลย (Anovulation)

1.2 ปัญหาเกี่ยวกับท่อนำไข่ (Fallopian Tubes) เช่น ท่อนำไข่ตีบหรืออุดตัน ทำให้โอกาสที่เชื้ออสุจิจะเดินทางไปหาไข่แล้วเกิดการผสมก็เป็นไปได้ยาก โดยสาเหตุของท่อนำไข่อุดตัน ได้แก่ เคยมีประวัติการผ่าตัดของอวัยวะอุ้งเชิงกราน การทำหมันมาก่อน ทำให้เกิดพังผืด การติดเชื้อต่างๆ เช่น หนองในแท้และเทียม

1.3 มีการเจริญผิดปกติของเยื่อโพรงมดลูก (Endometriosis) ได้แก่ การที่มีเยื่อมดลูกไปเจริญอยู่นอกโพรงมดลูก เช่น บริเวณรังไข่ อุ้งเชิงกราน จนทำให้เกิดถุงน้ำหรือพังผืดในอุ้งเชิงกราน ขัดขวางต่อกระบวนการเจริญพันธุ์ตามธรรมชาติ

1.4 ปัญหาที่ตัวมดลูก (Uterus) เช่น เนื้องอกในโพรงมดลูก เยื่อโพรงมดลูกอักเสบเรื้อรัง โพรงมดลูกตีบตัน ทำให้ไข่ที่ถูกผสมแล้วไม่สามารถฝังตัวได้

1.5 ปัญหาที่ปากมดลูก (Cervix) เช่น ปากมดลูกอักเสบ สร้างมูกไม่เพียงพอ การมีภูมิคุ้มกันต่อต้านเชื้ออสุจิในมูกบริเวณปากมดลูก

- 1.6 **ปัญหาที่ช่องคลอด (Vagina)** ได้แก่ ช่องคลอดตีบหรือตันมีการอักเสบ ติดเชื้อ รุนแรง เช่น หนองใน ซิฟิลิส เริมที่อวัยวะเพศ แผลริมอ่อน
- 1.7 **ปัญหาความผิดปกติตั้งแต่กำเนิด (Congenital abnormality)** เช่น ไม่มีช่องคลอด หรือมีเยื่อหนากั้นผนังช่องคลอด ไม่มีปากมดลูก ไม่มีมดลูก ฯลฯ
2. **สาเหตุจากฝ่ายชาย พบได้ราวร้อยละ 40** ได้แก่
- 2.1 ไม่มีน้ำเชื้ออสุจิ มีน้ำเชื้ออสุจิน้อย หรือน้ำอสุจิมีคุณภาพไม่ดี ซึ่งอาจเป็นมาแต่กำเนิด หรือจากการอักเสบของลูกอัณฑะและทางเดินของน้ำอสุจิจากโรคต่างๆ เช่น คางทูม กามโรค
- 2.2 ไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ที่ปกติได้ เช่น มีความกังวลอย่างรุนแรง จนทำให้อวัยวะเพศไม่แข็งตัว หรือหลังอสุจิเร็วเกินไป
- 2.3 อวัยวะเพศผิดปกติ เช่น ลูกอัณฑะไม่ลงถุง มีรูเปิดของอวัยวะเพศอยู่ผิดที่ ทำให้ไม่สามารถหลั่งน้ำเชื้อไปที่บริเวณปากมดลูกของฝ่ายหญิงได้
- 2.4 ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ เช่น ไฮโปทาลามัส ต่อมใต้สมอง ต่อมไทรอยด์ ต่อมหมวกไต
3. **สาเหตุจากทั้งสองฝ่าย พบได้ประมาณ ร้อยละ 10** ได้แก่
- 3.1 ภาวะภูมิคุ้มกันต่อต้านอสุจิ ชนิด circulating sperm antibody หรือ local sperm antibody ในฝ่ายหญิง และภูมิต้านทานต่ออสุจิของตนเองในกระแสเลือดในฝ่ายชาย
- 3.2 การแยกกันอยู่ (ไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ในช่วงที่มีโอกาสตั้งครรภ์สูงได้)
- 3.3 ไม่มีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอดปกติ เช่น ทางทวารหนัก ทางปาก
- 3.4 ไม่มีความรู้หรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง เช่น ฝ่ายหญิงสวนล้างช่องคลอดทันทีหลังมีเพศสัมพันธ์ ไม่ได้ร่วมเพศขณะมีไข่ตก
- 3.5 ปัญหาทางจิตใจ หรือปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส
4. **มีบุตรยากโดยไม่ทราบสาเหตุ (Unexplained Infertility)** พบได้ประมาณ ร้อยละ 10
- มักเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของเซลล์สืบพันธุ์ ไม่ว่าจะเป็นอสุจิ ไข่ หรือการฝังตัวของตัวอ่อน เช่น โพรตีนที่อยู่บนเยื่อหุ้มเปลือกไข่ (zona pellucida) ทำหน้าที่ผิดปกติ ทำให้อสุจิไม่สามารถผ่านเข้าไปผสมกับไข่ได้ หรือความผิดปกติของ centrosome ซึ่งจะไปมีผลต่อการสร้างและหน้าที่ของเส้นใย spindle ในการดึงโครโมโซม ทำให้ขัดขวางการปฏิสนธิ หรือเกิดการหยุด

การพัฒนาตัวอ่อนในช่วงเริ่มต้น ได้ความผิดปกติทางพันธุกรรมของเยื่อโพรงมดลูกในด้านหน้า ที่ และตัวรับสำหรับการฝังตัวของตัวอ่อนก็เป็นอีกปัจจัยที่จะขัดขวางกระบวนการฝังตัวได้

ปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะมีบุตรยาก⁽⁵⁰⁾

1. **อายุของฝ่ายหญิง** โดยอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้มีโอกาสมีลูกยากมากขึ้น โอกาสของการตั้งครรภ์จะเริ่มลดลงอย่างช้าๆ เมื่ออายุ 25 ปีเป็นต้นไป และหลังจากอายุ 30 ปี โอกาสของการตั้งครรภ์จะลดลงอย่างรวดเร็ว

2. **อายุของฝ่ายชาย** ถึงแม้สุจิจะสามารถสร้างใหม่ทุก 74 วัน ในทุกช่วงอายุ แต่จากสถิติ ชายที่มีอายุมากกว่า 40 ปี มีโอกาสทำให้เกิดการตั้งครรภ์เพียงร้อยละ 23 เมื่อเทียบกับชายที่มีอายุน้อยกว่า 25 ปี ซึ่งมีโอกาสทำให้เกิดการตั้งครรภ์ถึงร้อยละ 75 ซึ่งอาจอธิบายได้จากการที่ฝ่ายชายมีอายุมากขึ้น ต้องมีความรับผิดชอบสูงขึ้น เครียดมากขึ้น พักผ่อนน้อยลง สุขภาพและความสมบูรณ์ของร่างกายลดลง ความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง จึงทำให้ภรรยาตั้งครรภ์น้อยตามลงไปด้วย

3. **ความถี่ห่างของการมีเพศสัมพันธ์** พบว่ามีการมีเพศสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอ มีโอกาสเกิดการตั้งครรภ์สูงกว่า และการมีเพศสัมพันธ์กันประมาณ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ ทำให้เกิดโอกาสการตั้งครรภ์ได้สูงที่สุด

4. **ความเจ็บป่วยทางร่างกาย** เช่น โรคหัวใจ โรคทางหลอดเลือด การติดเหล้า บุหรี่ ยาเสพติด โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในเพศชายทำให้สร้างอสุจิได้น้อยลง ท่อเดินน้ำเชื้ออุดตัน และมีเชื้อโรคบางตัวกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต่อต้านน้ำเชื้อของตัวเอง ในฝ่ายหญิงส่วนใหญ่ติดโรคจากสามี ทำให้ท่อนำไข่อุดตัน ปากมดลูกอักเสบ โรคทางนรีเวช ได้แก่ การอักเสบในอุ้งเชิงกราน (Pelvic inflammatory disease : PID) มะเร็งระบบอวัยวะสืบพันธุ์ เป็นต้น

การรักษาภาวะมีบุตรยาก⁽⁴⁸⁾

โดยทั่วไปแพทย์จะรักษาตามสาเหตุที่ตรวจพบ ได้แก่

1 ความผิดปกติในฝ่ายหญิง

1.1 ภาวะที่มีการตกไข่ผิดปกติ

- Polycystic Ovarian Syndrome (PCOS) : แพทย์อาจแนะนำให้ผู้ป่วยลดน้ำหนัก หรือให้ยากระตุ้นการตกไข่ หรือ Insulin sensitizer

- Hyperprolactinemia : รักษาโดยให้ยากลุ่ม dopamine agonist เช่น bromocriptine

- Thyroid diseases, Hypothalamic disorder : รักษาตามสาเหตุ

- Anorexia nervosa : ดูแลร่วมกับจิตแพทย์และอายุรแพทย์ เพื่อแก้ไข

ภาวะทุพโภชนาการ

- Premature ovarian failure : อาจแนะนำให้ผู้ป่วยรอรับไข่บริจาค (donor oocyte)

1.2 ท่อนำไข่อุดตัน 2 ข้าง

- จากการทำหมันหญิง : ผ่าตัดแก้ไขหมันหญิง (Tuboplasty)

- จากสาเหตุอื่นๆ : อาจพิจารณาทำเด็กหลอดแก้ว (In Vitro Fertilization : IVF)

1.3 ภาวะเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่

- หากท่อนำไข่ปกติ : อาจพิจารณาฉีดเชื้ออสุจิเข้าโพรงมดลูก (Intrauterine insemination : IUI)

- หากท่อนำไข่อุดตัน 2 ข้าง : อาจพิจารณาทำ IVF

1.4 ความผิดปกติที่มดลูก

- Submucousmyoma : แก้ไขโดยผ่าตัดเนื้องอก (Myomectomy)

- ความพิการแต่กำเนิดเช่น Septate uterus, พังผืดในโพรงมดลูก : อาจพิจารณา ผ่าตัดแก้ไข (Septoplasty) แต่หากเป็นชนิดที่ผ่าตัดแก้ไขไม่ได้ พิจารณาอุ้มบุญ (Surrogacy)

1.5 ความผิดปกติที่ปากมดลูก

- Anti-sperm antibody : อาจใช้วิธีฉีดเชื้ออสุจิเข้าโพรงมดลูก (Intrauterine insemination : IUI)

2. ความผิดปกติในฝ่ายชาย

- 2.1 การทำหมันชาย : อาจพิจารณาผ่าตัดแก้ไขหมันชาย (Vasovasostomy)
- 2.2 เส้นเลือดขอดบริเวณถุงอัณฑะ : ผ่าตัด (Varicocelectomy)
- 2.3 ภาวะ Hypogonadotropic hypogonadism : รักษาโดยให้ยา exogenous gonadotropins
- 2.4 การเป็นหมัน (Sterility) : อาจพิจารณาเก็บเชื้ออสุจิโดยวิธีผ่าตัด (Surgical Sperm Recovery)
- 2.5 หย่อนสมรรถภาพทางเพศ (Erectile Dysfunction : ED) : รักษาตามสาเหตุ หรือรักษาโดยให้ยา เช่น Sildenafil Citrate, Apomorphine, ยาในกลุ่ม alpha blocker

การรักษาเพื่อช่วยให้เกิดการตั้งครรภ์^(48, 54)

ใช้วิธีเหล่านี้เมื่อผู้ป่วยได้ทำการรักษาภาวะมีบุตรยากตามสาเหตุแล้ว แต่ผู้ป่วยยังไม่สามารถตั้งครรภ์ได้ หรืออยู่ในภาวะมีบุตรยากที่หาสาเหตุไม่ได้ แบ่งเป็น 2 วิธีการใหญ่ๆ คือ

1. การผสมเทียม (Artificial insemination)

เป็นการฉีดเชื้ออสุจิเข้าโพรงมดลูก (Intrauterine insemination : IUI) ทำโดยการเตรียมเชื้ออสุจิโดยวิธีพิเศษ ฉีดผ่านท่อเล็กๆ ที่สอดผ่านปากมดลูกเข้าไปในโพรงมดลูก วิธีนี้ฝ่ายหญิงต้องมีท่อ นำไข่ที่ปกติอย่างน้อย 1 ข้าง หากยังไม่สามารถตั้งครรภ์ได้ด้วยวิธีนี้ จะแนะนำให้ผู้ป่วยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ต่อไป

2. เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ (Assisted Reproductive Technology)

- *การนำเซลล์สืบพันธุ์ใส่กลับในท่อนำไข่ (Gamete Intra-fallopian Tube Transfer : GIFT)* เป็นวิธีการที่นำเอาไข่ที่ดูดเก็บออกมาจากรังไข่และอสุจิที่เตรียมด้วยวิธีพิเศษ ใส่รวมกันกลับเข้าไปในท่อนำไข่ ด้วยวิธีผ่าตัดส่องกล้องทางหน้าท้อง วิธีนี้ฝ่ายหญิงต้องมีท่อ นำไข่ที่ปกติอย่างน้อย 1 ข้าง และฝ่ายชายต้องไม่มีความผิดปกติของน้ำอสุจิชนิดรุนแรง

- **การใส่ตัวอ่อนเข้าท่อนำไข่ (Zygote Intra-Follopain Transfer : ZIFT)** วิธีการจะคล้ายกับการทำ GIFT ร่วมกับการทำ IVF เป็นการนำเอาไข่และอสุจิออกมาให้เกิดการปฏิสนธินอกร่างกาย ให้มีการเจริญเติบโตจนเกิดเป็นตัวอ่อนในระยะ Zygote แล้วจึงนำตัวอ่อนใส่กลับเข้าไปในท่อนำไข่ วิธีนี้ฝ่ายหญิงต้องมีท่อนำไข่ที่ปกติอย่างน้อย 1 ข้าง

- **การปฏิสนธินอกร่างกาย หรือการทำเด็กหลอดแก้ว (In Vitro Fertilization : IVF)** เป็นการนำเอาไข่และอสุจิออกมาให้เกิดการปฏิสนธินอกร่างกาย ให้มีการเจริญเติบโตจนเกิดเป็นตัวอ่อน แล้วนำตัวอ่อนที่มีคุณภาพดีใส่กลับเข้าไปในโพรงมดลูก โดยอาจใส่กลับในระยะตัวอ่อน 6-8 เซลล์ (ประมาณ 3 วัน หลังปฏิสนธิ) หรือใส่กลับในระยะ Blastocyst (ประมาณวันที่ 5 หลังการปฏิสนธิ) ก็ได้แล้วแต่กรณี วิธีนี้จะรักษาไม่ได้ผลกรณีที่ภาวะมีบุตรยากมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของน้ำเชื้ออสุจิที่มีความรุนแรง หรือตรวจไม่พบอสุจิ

- **การฉีดเชื้ออสุจิเข้าในเซลล์ไข่ (Intra-cytoplasmic Sperm Injection : ICSI)** เป็นการฉีดอสุจิตัวเดียวเข้าไปในไข่ ใช้ในกรณีที่ตัวอสุจิมีน้อยมากหรือไม่แข็งแรงพอที่จะเจาะเข้าไปในเซลล์ไข่ให้เกิดการปฏิสนธิขึ้น เป็นขั้นตอนในห้องปฏิบัติการ แต่ไม่มีความแตกต่างในกระบวนการทางคลินิกไปจากการทำเด็กหลอดแก้วธรรมดา

ผลกระทบของภาวะมีบุตรยาก⁽⁵⁰⁾

1. **ผลกระทบทางจิตใจ** โดยทั่วไปหลังแต่งงานใหม่ ๆ ในช่วงเดือนแรก คู่สมรสที่ยังไม่เกิดการตั้งครรภ์อาจจะยังไม่มีควมวิตกกังวล แต่เมื่อเข้าเดือนที่ 2-6 คู่สมรสที่ตั้งใจมีบุตรมักเริ่มเกิดควมวิตกกังวล โดยเฉพาะเมื่อมีญาติ ๆ คอยซักถามถึงแผนการมีบุตร โดยฝ่ายหญิงมักจะมีควมวิตกกังวลมากกว่าฝ่ายชาย⁽⁵⁵⁾ โดยพบว่า มากกว่าร้อยละ 20 ของหญิงที่มาเข้ารับการรักษาภาวะมีบุตรยาก เคยมีความคิดฆ่าตัวตาย⁽⁵⁶⁾ แต่เมื่อเกิดควมล้มเหลวซ้ำจากการพยายามมีบุตร จะส่งผลให้คู่สมรสเกิดความเครียด โดยในฝ่ายชายความเครียดทำให้การทำงานของลูกอัณฑะลดลง ทำให้สร้างน้ำเชื้อลดลงหรือสร้างน้ำเชื้อที่มีคุณภาพไม่ดี และหมดควมสนใจทางเพศ ส่วนในฝ่ายหญิงความเครียดและควมวิตกกังวลทำให้ไม่อยากมีเพศสัมพันธ์ เกิดควมไม่สมดุลของระดับฮอร์โมนต่าง ๆ ในร่างกาย ทำให้การทำงานของรังไข่ผิดปกติไป เช่น ไม่ตกไข่หรือไข่ที่ตกออกมาไม่สมบูรณ์ ฮอร์โมนที่ไปหล่อเลี้ยงเยื่อโพรงมดลูกไม่พอ ทำให้ไม่เกิดการฝังตัว ฝังแล้วหลุด หรือแท้งได้ง่าย

แม้จะยังมีการศึกษาไม่มากนักเกี่ยวกับผลกระทบทางจิตใจจากภาวะมีบุตรยากในประเทศกำลังพัฒนา^(57, 58) แต่จากรายงานพบว่าผู้ป่วยมีบุตรยากในประเทศกำลังพัฒนา (ประเทศไนจีเรีย) มีภาวะซึมเศร้า และ/หรือ ภาวะวิตกกังวลถึงร้อยละ 29.7 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มปกติ ที่พบเพียงร้อยละ 2.7 จึงสันนิษฐานว่า น่าจะเกิดจากปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่กำหนดให้เพศหญิงเป็นเพศที่มีบทบาทอยู่บ้านเลี้ยงลูก การมีบุตรยากเป็นตราบาบในสังคม (Highly Stigmatizing)⁽⁵⁹⁻⁶¹⁾ การไม่มีบุตรส่งผลเสียต่อเอกลักษณ์ความเป็นเพศหญิง (Cultural and Adult Identity) ทำให้ถูกปฏิเสธ และไม่เป็นที่ยอมรับในสังคม หญิงมีบุตรยากจะถูกตั้งคำถาม ถูกกีดกันจากสังคม ถูกสงสัยว่าถูกสาป ทำให้เกิดความอับอาย และถูกกีดกันทางกฎหมาย^(60, 61)

แม้ภาวะมีบุตรยากจะส่งผลกระทบทางด้านจิตใจต่อทั้งฝ่ายชายและฝ่ายหญิง แต่ก็พบว่าผลกระทบนี้มีความแตกต่างกัน⁽⁶²⁻⁶⁴⁾ โดยพบว่า ฝ่ายหญิงมีความเครียดและปัญหาทางอารมณ์ (ภาวะซึมเศร้า) มากกว่าฝ่ายชาย ยกเว้นเฉพาะในกรณีที่สาเหตุมีบุตรยากมาจากฝ่ายชาย แต่ในกรณีที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด พบว่าฝ่ายหญิงมีปัญหาทางจิตใจสูงกว่า โดยฝ่ายหญิงจะมีความรู้สึกผิดและตำหนิตนเองมากกว่า⁽⁶²⁾ นอกจากนี้ ความรู้สึกสูญเสียเอกลักษณ์ทางเพศ ความรู้สึกขาดความสามารถในการมีบุตรและการได้เป็นพ่อแม่ ยังเกิดขึ้นในฝ่ายหญิงมากกว่า⁽⁶²⁻⁶⁴⁾ โดยพบว่า มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในฝ่ายหญิง เช่น หญิงที่จัดการปัญหาโดยวิธีแสวงหาข้อมูลและตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาจะมีระดับความซึมเศร้าน้อยกว่าหญิงที่รับการรักษาตามคำแนะนำเพียงอย่างเดียว⁽⁶⁵⁾ นอกจากนี้ หญิงที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับสูง และมองโลกในแง่ดี (Optimism) จะไม่ค่อยพบภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง⁽⁶⁶⁾ โดยหญิงที่มีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบปฏิเสธความจริง (Denial) และหลีกเลี่ยง (Avoidance) ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย⁽⁶⁵⁻⁶⁷⁾

2. ครอบครัวแตกแยก ในกรณีที่คู่สามีภรรยาแต่งงานกันด้วยฐานะทางสังคม หรือต้องการมีทายาทไว้เพื่อสืบทอดกิจการทางบ้าน ปัญหา มีบุตรยากจะกลายเป็นปัญหาใหญ่ในครอบครัวของทั้งสองฝ่าย ในบางสังคมที่จำกัดสิทธิของเพศหญิง หญิงมีบุตรยากจะถือว่าเป็นตราบาบ และถูกประณาม ทำให้หญิงเหล่านี้อาจจำเป็นต้องหย่าร้าง เนื่องจากไม่สามารถให้กำเนิดบุตรได้ และในบางรายสามีอาจจะหาภรรยาใหม่ที่สามารถให้กำเนิดทายาทได้^(60, 61)

นอกจากนี้ ภาวะมีบุตรยากยังส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของคู่สมรส⁽⁶⁸⁻⁷¹⁾ โดยคู่สมรสฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งอาจรู้สึกหวาดกลัวที่จะถูกปฏิเสธการใช้ชีวิตร่วมกันต่อ และเป็นฝ่ายที่เลือกจะหย่าร้าง เพื่อเสียดลให้อีกฝ่ายไปสร้างครอบครัวใหม่กับบุคคลที่สามารถมีบุตรได้⁽⁷¹⁾

3. ผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น ไม่อยากไปทำงานเพราะรู้สึกชีวิตไม่มีจุดหมาย ไม่อยากฟังเพื่อนในที่ทำงานพูดถึงเรื่องลูก ขาดความเชื่อมั่นในตนเองจากการไม่มีบุตร จนส่งผลถึงบุคลิกภาพ ทำงานล้มเหลว ผิดพลาดมากขึ้น นอกจากนี้หญิงที่ไม่มีบุตร เมื่ออายุมากขึ้นจะมีความลำบากมากขึ้น เนื่องจากไม่มีคนดูแลเมื่อยามเจ็บป่วย ทำให้เกิดสภาพความเป็นอยู่ที่ลำบากมากขึ้น^(59, 61)

3. ภาวะมีบุตรยากกับการเห็นคุณค่าในตนเอง (Infertility & Self-esteem)^(72, 73)

ผู้มีบุตรยากมักรู้สึกที่ตนเองบกพร่อง ย่ำแย่ ซึ่งความรู้สึกนี้ไม่ได้ถูกจำกัดเฉพาะในเรื่องของปัญหาการมีบุตรยากเพียงอย่างเดียว แต่หลายคนอาจรู้สึกไปถึงในเรื่องสมรรถภาพทางเพศ และความน่าดึงดูดของตน⁽⁷⁴⁾ ในบางประเทศ (เช่น ประเทศออสเตรเลีย) หรือ ในบางสังคม มีค่านิยมว่าครอบครัวจะต้องประกอบไปด้วย พ่อ-แม่-ลูก และมองว่าครอบครัวที่ไม่สามารถมีลูกเป็นครอบครัวที่ไม่สมบูรณ์ (Pronatalist Society) คู่สมรสที่มีปัญหาการมีบุตรยากที่อยู่ในสังคมดังกล่าวจึงเหมือนเป็นตราบาป ส่งผลกระทบต่ออัตลักษณ์ (Identity) และภาพลักษณ์ของตนเอง (Self-image) ในคู่สมรสกลุ่มนี้อย่างมาก⁽⁷⁵⁾

ซึ่งโดยทั่วไปฝ่ายหญิงจะมีความรู้สึกทุกข์ทรมาน (Distress) สูงกว่าฝ่ายชาย⁽⁷⁶⁾ แต่หากปัญหาการมีบุตรยากมาจากปัจจัยทางฝ่ายชาย ฝ่ายชายก็จะมี Distress ในระดับเดียวกันกับฝ่ายหญิง⁽⁷⁷⁾ โดยทั้งฝ่ายชายและฝ่ายหญิงจะสูญเสียอัตลักษณ์ บทบาท และสิ่งที่สำคัญในชีวิตไป มีความรู้สึกบกพร่องและไร้ความสามารถ รู้สึกว่าตัวเองแตกต่างจากผู้หญิงอื่น ๆ ที่สามารถมีบุตรได้⁽⁷⁸⁻⁸²⁾ นอกจากนี้ความทุกข์ทรมานจากการที่ไม่สามารถมีบุตรได้ อาจนำไปสู่ปัญหาทางจิตใจอื่น ๆ ที่รุนแรง เช่น ภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า และความบกพร่องทางเพศ⁽⁸³⁻⁸⁷⁾

การตอบสนองทางจิตใจจากภาวะมีบุตรยาก^(88, 89)

ความสามารถในการเป็นพ่อแม่เป็นบทบาทสำคัญของชีวิตคู่ทั้งชายและหญิง การที่ไม่สามารถมีบุตรได้ทำให้เกิดผลกระทบทางอารมณ์ได้ในหลายรูปแบบ เช่น ความรู้สึกโกรธ เศร้า วิตกกังวล ความรู้สึกไร้ค่า ความรู้สึกเป็นตราบาป รู้สึกสูญเสีย⁽⁶³⁾ ซึ่งอาจมีการแบ่งได้หลายแบบ โดยทั่วไปแล้วการตอบสนองทางจิตใจของภาวะมีบุตรยาก สามารถมีได้ 2 แบบใหญ่ๆ ได้แก่

1. เป็นวิกฤตของชีวิต (Life Crisis) จากการศึกษาของ Menning⁽¹⁰⁾ พบว่า ในระยะแรก เมื่อคู่สมรสทราบว่าตนเองไม่สามารถมีบุตรได้นั้น คู่สมรสส่วนใหญ่จะมีการตอบสนองแบบแปลกใจ (Surprise) โดยคู่สมรสส่วนใหญ่จะยังไม่ได้มองว่าตนเองมีความผิดปกติ แต่มักจะมองว่าเป็นผลจากความพยายามที่ไม่เพียงพอ โดยคู่สมรสในระยะนี้จะพยายามหาข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นวิธีมีเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสม การนับวันตกไข่ การซื้อชุดตรวจการตกไข่ ฯลฯ และนำมาปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อให้เกิดการตั้งครรภ์

เมื่อความพยายามในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตไม่ได้ผล คู่สมรสมักจะเริ่มมองย้อนกลับไปถึงเบาะแสต่างๆ ก่อนหน้านั้น ที่อาจบ่งถึงภาวะมีบุตรยาก โดยฝ่ายหญิงมักมีแนวโน้มจะโทษว่าตนเป็นสาเหตุของการไม่มีบุตร ทำให้เกิดความรู้สึกผิด (Guilty) ไร้ค่า (Worthlessness) ไร้ตัวตน (Intangible) หรือไม่รู้จะอยู่ไปเพื่ออะไร (existential blow) จากการทำหน้าที่ภรรยาและมารดาที่สมบูรณ์ได้ โดยในฝ่ายหญิงที่เคยมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือเคยทำแท้งมาก่อนมักโทษตนเองว่าเป็นสาเหตุให้มีบุตรยาก และรู้สึกผิดได้มาก เหมือนถูกลงโทษ (Punished) ตามมาด้วยการย้ำคิด (Obsessions) และการคิดหมกมุ่น (Ruminations) เกี่ยวกับปัญหาของการมีบุตรยาก จนกระทบต่อชีวิตประจำวัน หน้าที่การงาน และความสัมพันธ์กับคู่สมรส โดยฝ่ายที่เป็นสาเหตุของการมีบุตรยากอาจมีความกลัว (Fear) ต่อการสูญเสียความสัมพันธ์กับคู่สมรสหรือสูญเสียความน่าดึงดูด (Physical Attractiveness)^(63, 90) บางคนอาจถึงขั้นยอมให้คู่สมรสของตนเองไปมีบุตรกับผู้อื่น หรือมีความคิดแยกทางจากคู่สมรส เพื่อปลดปล่อยให้อีกฝ่ายสามารถไปมีชีวิตครอบครัวที่สมบูรณ์กับคนอื่น หรือฝ่ายที่ไม่ได้มีความผิดปกติเองก็อาจมีแนวโน้มต้องการยุติชีวิตสมรส

นอกจากนี้ ในคู่สมรสทั้งสองฝ่ายอาจตามมาด้วยความรู้สึกซึมเศร้า โดยมักเกิดขึ้นตามหลังการเผชิญสิ่งกระตุ้น เช่น จากการสอบถามด้วยความเป็นห่วงของคนใกล้ชิดหรือญาติๆ การทราบข่าว

การตั้งครรภ์ของคนรู้จัก ฯลฯ ซึ่งโดยทั่วไปอารมณ์เศร้าเหล่านี้มักจะคงอยู่ช่วงสั้นๆ ตามสถานการณ์ แต่ก็มีบางรายที่พัฒนาไปจนถึงขั้นภาวะซึมเศร้าเรื้อรัง (Chronic depression)⁽⁹¹⁾

อย่างไรก็ดี ปัญหาการมีบุตรยาก แม้จะเป็นวิกฤตสำคัญของชีวิตสมรส แต่คู่สมรสที่มีบุตรยาก มักจะต้องผ่านช่วงเวลาที่ยากลำบากหลายๆ อย่าง เช่น ความผิดหวัง ความเศร้าเสียใจ ความโกรธ ความท้อแท้สิ้นหวัง และการสูญเสียร่วมกัน ในอีกแง่หนึ่ง การได้ร่วมทุกข์ร่วมสุขก็เป็นการสร้างความสัมพันธ์ในด้านบวกของชีวิตคู่ได้เช่นกัน

2. ความรู้สึกสูญเสีย (Losses) โดยจากการศึกษาของ Mahlstedt⁽⁹⁰⁾ อธิบายถึงความรู้สึกสูญเสียของคู่สมรสที่ไม่ประสบผลสำเร็จในการมีบุตร โดยมองว่าเป็นการสูญเสียทั้งการเห็นคุณค่าในตนเอง (Loss of Self-esteem), สูญเสียความสัมพันธ์กับคนสำคัญ (Loss of Important Relationships), สูญเสียด้านสุขภาพ (Loss of Health) และสูญเสียความมั่นคงด้านการเงิน (Loss of Financial Security)

โดยการสูญเสียการเห็นคุณค่าในตนเอง (Loss of Self-esteem) นั้น เกิดจากความล้มเหลว (Failure) ในการไปสู่สิ่งที่คาดหวังไว้ คือ การมีบุตร ซึ่งต่อมานั้น “ความล้มเหลว” จะเข้ามากัดกร่อนการเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งความรู้สึกนี้มักจะเกิดได้บ่อยในผู้ที่ประสบความสำเร็จเป็นอย่างดีในหน้าที่การงานหรือชีวิตด้านอื่นๆ และไม่เคยพัฒนาทักษะในการจัดการกับความล้มเหลวมาก่อน

เมื่อคู่สมรสประสบปัญหาการมีบุตรยาก ฝ่ายหญิงจะมีผลกระทบทางด้านอารมณ์มากกว่าเพศชาย⁽⁹²⁾ หญิงที่มีภาวะมีบุตรยากมีแนวโน้มจะผิดหวัง รู้สึกด้อยคุณค่าในความเป็นเพศหญิง มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ⁽⁹²⁾ เครียด ไม่มีความสุข (Dysphoria) ซึ่งแนวโน้มดังกล่าวนี้ เกิดขึ้นตั้งแต่เริ่มได้รับการวินิจฉัยว่ามีบุตรยากและมีต่อไปอีกหลายปีหลังการรักษา ส่วนฝ่ายชายบางคนมีความรู้สึกวิตกกังวล และต้องเข้ารับการรักษา โดยเฉพาะฝ่ายชายที่มีพื้นฐานนิสัยวิตกกังวลอยู่เดิม อาจจะมีความต้องการทางเพศและสมรรถภาพทางเพศที่ลดลง มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ จนทำให้เป็นเรื่องยากในการรักษา เช่น การเก็บอสุจิเพื่อใช้ในการผสมนอกมดลูก

นอกจากนี้คู่สมรสที่มีบุตรยากมักจะรู้สึกโดดเดี่ยวจากสังคม โดยเฉพาะเมื่อเพื่อนฝูงหรือเพื่อนร่วมงานต่างมีบุตร เมื่อกิจกรรมและต้องเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้ที่มิบุตรเหล่านั้น คู่สมรสมีบุตรยากมักจะพยายามหลีกเลี่ยงคำถามเกี่ยวกับสาเหตุที่ยังไม่มีลูก ทำให้คู่สมรสที่มีบุตรยากหลายคู่พยายาม

หลีกเลี่ยงงานสังคม งานรวมญาติ ฯลฯ นอกจากนี้ การรักษาภาวะมีบุตรยากต้องใช้เวลาจำนวนมาก ทำให้บางครอบครัวเกิดปัญหาทางการเงิน และทำให้เกิดความเครียดตามมา

4. การเผชิญปัญหา (Coping)

การเผชิญปัญหาเป็นกระบวนการทางความคิดและพฤติกรรม ที่บุคคลแสดงออกมาเพื่อรักษาสมดุลของจิตใจ และควบคุมผลกระทบทางอารมณ์ จากเหตุการณ์ความเครียด⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ โดยอาจจัดการกับสภาพปัญหา หรือจัดการกับสภาวะทางอารมณ์⁽¹⁷⁾

ซึ่งโดยทั่วไป วิธีการเผชิญปัญหาแบ่งได้เป็น 2 แบบใหญ่ๆ⁽¹⁸⁾ ได้แก่

1. การจัดการกับอารมณ์ (Emotional focused coping) คือ การจัดการกับปัญหา โดยมุ่งบรรเทาอารมณ์ด้านลบภายในใจของตนเอง มากกว่าการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น
2. การมุ่งแก้ปัญหา (Problem focused coping) คือ การจัดการกับสถานการณ์ โดยมุ่งไปแก้ไขที่ต้นเหตุของปัญหาโดยตรง

บททวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Yousri El Kissi และคณะ (2012)⁽⁹³⁾ ศึกษาเปรียบเทียบปัญหาทางจิตเวช ภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า และการเห็นคุณค่าในตนเองในคู่สมรส 100 คู่ ที่มารับการรักษาภาวะมีบุตรยาก ในแบบ (Primary infertile) โดยใช้เครื่องมือ Symptom Check-List (SCL-90-R), the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD-S) และ the Rosenberg Self Esteem scale (RSE) พบว่า ภรรยา มีค่าคะแนน ทั้ง 3 global scores ของ SCL-90-R สูงกว่าสามี และมีค่าของคะแนน Somatization, Obsessive symptoms, Interpersonal sensitivity และ Phobias สูงกว่าสามี มีค่าคะแนนจาก HADS ทั้งด้าน Depression และ Anxiety สูงกว่าสามี และมีค่าคะแนน Self-esteem ต่ำกว่าสามี

Gökhan Açmaz และคณะ (2013)⁽⁹⁴⁾ ได้ทำการวิจัยในหญิงที่มีภาวะ Polycystic Ovary Syndrome (PCOS) 86 ราย เทียบกับหญิงปกติ 47 ราย โดยใช้เครื่องมือ Liebowitz' Social Anxiety Scale, Rosenberg's Self Esteem Scale (RSE), SF 36 Quality of Life Scale, Beck Anxiety Inventory และ Beck Depression Inventory พบว่า ในกลุ่มที่เป็น PCOS จะพบภาวะ

Depression สูงกว่าหญิงปกติ ส่วนในผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วน (Obesity) รวมด้วย จะมีค่าคะแนนวิตกกังวลสูงสุด มีค่าคะแนน Self-esteem และ Trust score ต่ำที่สุด และมีค่าคะแนนของ Sensitiveness to criticism สูงที่สุด ส่วนกลุ่ม PCOS ที่มีอาการ Oligomenorrhea-Hirsutism มีผลกระทบมากที่สุดในด้าน Physical functioning, Physical role function, Pain, Social functioning, Emotional role function, และ Emotional well-being

Ceylan Cizmeli และคณะ (2013)⁽⁹⁵⁾ ได้ทำการศึกษา Level of distress และความสัมพันธ์ปัญหาทางด้านจิตใจในหญิงที่มีบุตรยาก ที่มีภาวะ Diminished ovarian reserve และกำลังเข้าตรวจทางพันธุกรรม เพื่อหาภาวะ fragile X carrier จำนวน 62 ราย โดยใช้แบบวัด Fertility Problem Inventory, Coping Scale for Infertile Couples, Rosenberg Self Esteem (RSE), และ Health Orientation Scale พบว่า 19% ของผู้ป่วยมี Low fertility distress, 56% มี Moderate fertility distress, และ 24% มี High fertility distress โดย 36% ของผู้ป่วยมี Emotional reaction ในลักษณะ “very favorable” หรือ “favorable” หากตนเองเป็น fragile X carrier จริง มีผู้ป่วย 53% มี Emotional reaction ในลักษณะ “ambivalent” และ 11% มี Emotional reaction ในลักษณะ “unfavorable” ซึ่งหลังจากติดตามไปนาน 3 เดือน หลังผู้ป่วยทราบผลการตรวจ ว่าตนเองไม่ได้เป็น fragile X carrier พบว่า 91%, 9%, และ 0% มี Emotional reaction ในลักษณะ “very favorable” หรือ “favorable”, “ambivalent”, และ “unfavorable” ตามลำดับ โดยพบว่าในช่วงก่อนทราบผลตรวจพันธุกรรมคะแนนระดับ Self-esteem ที่สูงเป็นปัจจัยทำนายสำคัญต่อการลดโอกาสเกิด Infertility distress ทั้งทางตรงและทางอ้อม แต่ไม่มีผลหลังการทราบผลตรวจ

วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์ (2536)⁽⁹⁶⁾ ศึกษาในสตรีที่มีบุตรยาก โดยใช้แบบวัดความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของ Rosenberg Self Esteem (RSE) 1965, แบบวัดความสัมพันธ์ในคู่สมรสซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง และแบบวัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของ Jalowiec Coping Scale 1984 พบว่าความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับที่สูง กับพฤติกรรมการเผชิญปัญหา (Coping) และสัมพันธ์ภาพกับคู่สมรส

Gengxiang Wu และคณะ (2014)⁽⁹⁷⁾ ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า กับชนิดของการเผชิญปัญหา ในผู้ป่วยหญิงที่รับการรักษามีบุตรยาก ด้วยวิธี IVF จำนวน 88 รายในประเทศจีน โดยใช้ Short Depression Scale และ the Brief COPE Inventory พบว่ามีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 22.6 โดยเฉพาะหญิงที่แต่งงานนานกว่า 8 ปี และมีภาวะมีบุตรยากมานานกว่า 6 ปี มีรายได้ครอบครัวต่ำกว่า 3,000 หยวน/เดือน พบปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าสูงในกลุ่มที่มีระดับ FSH สูง และใช้การเผชิญปัญหาแบบ Denial ขณะส่วนในกลุ่มที่มีระดับ estradiol สูง และใช้การเผชิญปัญหาแบบ Humor จะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าน้อย

Kleanthi Gourounti และคณะ (2012)⁽⁹⁸⁾ ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง Perception of control กับการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยมีบุตรยากที่รับการรักษาดังวิธี IVF จำนวน 137 รายแบบ cross-sectional study ใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินภาวะเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า Perception of control และการเผชิญปัญหา ใช้สถิติ Pearson's correlation coefficients และ hierarchical multiple linear regression พบว่ากลุ่มที่ใช้ problem focused coping จะมี Perception of control สูง มีค่าคะแนนความเครียดและซึมเศร่าต่ำกว่ากลุ่มที่ใช้ avoidance coping

Ramli Musa และคณะ (2014)⁽⁹⁹⁾ ทำการศึกษาในคู่สมรสมีบุตรยากชาวมาเลเซียเพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล ภาวะเครียด และการเผชิญปัญหาในคู่สมรส โดยใช้ The Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) และ Coping Inventory for Stressful Situation (CISS) พบว่าฝ่ายหญิงมีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และเครียดมากกว่าฝ่ายชาย อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ และกลุ่มที่ใช้ emotional-oriented coping มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และเครียด อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

Martin Gotthard Schneider และคณะ (2005)⁽¹⁰⁰⁾ ได้ศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะเครียด (Stress) ตลอดช่วงของการรักษามีบุตรยาก ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 128 ราย โดยมีการวัดทั้งหมด 3 ครั้ง (1988, 1989 และ 1990) พบว่าการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) และมุมมองด้านความสุข (Perceived Health) มีความสัมพันธ์กับความเครียด ที่ Baseline ส่วนความสัมพันธ์กับครอบครัว และการให้การสนับสนุน ประคับประคองด้านจิตใจ จากคู่สมรส มีความสัมพันธ์กับความเครียดที่ 12 เดือน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษา (จำนวนครั้งของ

การรักษา, ความสัมพันธ์กับแพทย์ผู้รักษา) สัมพันธ์กับความเครียดที่ 24 เดือน นอกจากนี้การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) เป็นปัจจัยทางจิตสังคมเพียงปัจจัยเดียว ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงความเครียดตลอดช่วงของการรักษา

Marida Hollos และคณะ (2009)⁽¹⁰¹⁾ ได้ทำการศึกษาในด้านผลของ Socio-Economic ต่อ Local meaning of infertility, Life experiences, และ Infertility-seeking treatment ในผู้ป่วยหญิงไนจีเรีย ที่มีภาวะ Infertile จำนวน 100 ราย เทียบกับหญิงปกติ 100 ราย ใน 2 เผ่าที่มีวัฒนธรรมต่างกัน ได้แก่เผ่า Ijo (ที่สืบทายาททางสายบิดา) และเผ่า Yakurr (ที่สืบทายาทผ่านทั้งสายบิดาและมารดา) โดยวิธี in-depth ethnographic interview พบว่ามีความแตกต่างกัน ใน 2 เผ่า โดยในหญิง Infertile ที่อยู่ในเผ่า Ijo จะมีความเสียเปรียบในด้านเศรษฐกิจ และเป็นตัวขัดขวางการเข้าสู่การได้รับสิทธิในฐานะหญิงวัยผู้ใหญ่ และมีโอกาสหนีออกจากเผ่าสูงกว่า ส่วนในเผ่า Yakurr ก็ยังมีความหมกมุ่นและให้ความสำคัญกับการสืบทายาท เสมือนเป็นศูนย์กลางของชีวิต แต่หญิงที่มีปัญหา Infertile ยังได้รับการประคับประคองทางจิตใจจากญาติทางสายมารดา และกลุ่มหญิงที่มีปัญหาเดียวกันมากกว่า

จิรวรรณ ดีเหลือ (2539)⁽¹⁰²⁾ ศึกษาในคู่สมรสมีบุตรยากฝ่ายชายและฝ่ายหญิงที่มีบุตรยากจำนวน 85 คู่ โดยใช้แบบสอบถามปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่คู่สมรสที่มีบุตรยาก ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการเผชิญความเครียดโดยดัดแปลงจากแบบวัด Jalowiec Coping Scale (Chronbach's alpha = 0.91) พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดโดยรวมของคู่สมรสที่มีบุตรยากฝ่ายหญิงอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีปัจจัยภายในตัวบุคคลเป็นด้านที่ก่อให้เกิดความเครียดสูงกว่าปัจจัยภายนอกตัวบุคคล และคู่สมรสที่มีบุตรยากฝ่ายหญิง มีการใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีการใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดด้าน “การแก้ปัญหาทางอ้อม” มากที่สุด รองลงมา ได้แก่ ด้าน “การเผชิญหน้ากับปัญหา” และด้าน “การจัดการกับอารมณ์” ตามลำดับ

อุดมพร ยิ่งไพบุลย์สุข (2540)⁽¹⁰³⁾ ศึกษาในสตรีที่มีบุตรยากชนิดปฐมภูมิ 200 ราย โดยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมกับแบบประเมินการปรับตัว พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีเศรษฐฐานะดี และได้รับการสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมค่อนข้างดี แต่พบว่า ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร เครื่องมือ สิ่งของ น้อยกว่าด้านอารมณ์-สังคม สำหรับการปรับตัวกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปรับตัวได้ในระดับปานกลาง ทั้งในภาพรวมและในแต่ละด้าน ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของสตรีที่มีบุตรยากเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา อายุของสตรี กำหนดเวลาการทำงาน และรายได้ของครอบครัวโดยรวมกันทำนายได้ ร้อยละ 29

Kelly A. Morrow และคณะ (1992)⁽⁶⁷⁾ ทำการศึกษาในชายและหญิงที่มีบุตรยาก เป็นชายจำนวน 86 ราย และหญิง 120 ราย ตามลำดับ โดยพบว่า ทั้งสองกลุ่มมีภาวะ Psychological Distress มากกว่าคนปกติทั่วไป (General population) โดยการโทษตัวเอง (Self-blame) และการมีพฤติกรรมเผชิญความเครียด แบบหลีกเลี่ยงปัญหา (Avoidance coping) เป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญในทั้งชายและหญิงที่มีบุตรยาก ส่วนอายุที่มาก และการยังไม่มียุติ เป็น Predictor ที่สำคัญเฉพาะในชายที่มีบุตรยาก

Ingegerd Wirtberg และคณะ (2006)⁽¹⁰⁴⁾ ทำการศึกษาติดตาม หญิงมีบุตรยากที่ได้รับการรักษาไม่สำเร็จจำนวน 14 ราย เป็นระยะเวลาจนถึง 20 ปี โดยวิธี in-depth interview พบว่า การที่ไม่มีบุตรมีผลกระทบอย่างมากต่อชีวิต และเป็นปัญหาหลักของหญิงกลุ่มนี้ โดยมีผลกระทบทั้งกับตัวเอง กับบุคคลใกล้ชิด และสังคมทั่วไป โดยครึ่งหนึ่งของหญิงกลุ่มนี้แยกทางกับคู่สมรส และมีปัญหาทางเพศสัมพันธ์ ปัญหาต่างๆ เพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่นานขึ้นเรื่อยๆ ประมาณครึ่งหนึ่งต้องพบการหย่าร้าง และพบว่าผลกระทบของการไม่มีบุตร มีสูงขึ้นมากในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา เนื่องจากเป็นช่วงอายุที่กลุ่มเพื่อนฝูงของผู้ป่วยกำลังเข้าสู่บทบาทการเป็น ปู่ย่าตายาย (Grandparent phase) มีผู้ป่วยหลายคนต้องทดแทนด้วยการดูแลกันเองระหว่างสามี-ภรรยา หรือเอาบุตรของคนอื่นมาเลี้ยง (บุตรของเพื่อน, หลาน) หรือ ดูแลผู้สูงอายุ พ่อแม่ของตนเอง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) ได้แก่ ผู้ป่วยหญิงที่มีภาวะมีบุตรยาก

ประชากรตัวอย่าง (Population Sample) ได้แก่ ผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษาที่คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) ได้แก่ ผู้ป่วยหญิงที่มีภาวะมีบุตรยากทั้งหมดในคลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในช่วงที่ทำการเก็บข้อมูล

ขนาดตัวอย่าง (Sample size) คำนวณจากสูตรต่อไปนี้

$$n = \frac{Z^2 \alpha/2 pq}{d^2}$$

n = ขนาดตัวอย่าง

$Z_{\alpha/2}$ = 1.96

p = ความชุกของ Low Self-esteem ในหญิงอยู่ในภาวะมีบุตรยาก ซึ่งจากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาของ Cacalcante JC et al. (2012) พบว่ามีค่าความชุกเท่ากับ 0.327⁽¹⁰⁵⁾

q = 1 - p = 0.673

d = acceptable error = 0.1

n = $\frac{(1.96)^2 (0.327)(0.673)}{(0.1)^2}$ = 85 ราย

จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 85 ราย แต่เนื่องจากผู้วิจัยวางแผนเก็บข้อมูลในผู้ป่วยทุกราย ที่มารับบริการในช่วงเวลาที่กำหนด เพื่อลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล จึงเพิ่มจำนวนขนาดตัวอย่างอีกประมาณ 30% จึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นเท่ากับ 113 ราย (เก็บทุกรายโดยไม่มีการสุ่ม)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบประเมินชนิดตอบด้วยตนเองทั้งหมด ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน แบ่งเป็น 2 ตอน ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลบุคคลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และผ่านการตรวจสอบเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 24 ข้อ ได้แก่ อายุ การจดทะเบียนสมรส การพักอาศัย การจัดพิธีสมรสตามประเพณี ศาสนา การประกอบอาชีพ การศึกษา รายได้ส่วนตัว รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัวทางกาย โรคประจำตัวทางจิตเวช โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ระยะเวลาอยู่ร่วมกันฉันท์สามีภรรยา จำนวนครั้งที่เคยตั้งครรภ์ การแท้งบุตร จำนวนบุตร การพูดคุยปรึกษาปัญหาแรงผลักดันสำคัญในการตัดสินใจเข้ารับรักษา ความรู้สึกในบทบาทความเป็นภรรยา และความรู้สึกในบทบาทความเป็นแม่

ตอนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลของภาวะมีบุตรยาก ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ภายใต้คำแนะนำจากสูติ-นรีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านภาวะมีบุตรยาก จำนวน 18 ข้อ ได้แก่ ปัจจัยฝ่ายภรรยา ปัจจัยฝ่ายสามี ระยะเวลาในการรักษาภาวะมีบุตรยาก และจำนวนครั้งที่ผลการรักษาไม่สำเร็จ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง

แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง The Rosenberg's Self-esteem Scale (RSE) เป็นแบบวัดความรู้สึกต่อตนเองและความรู้สึกมีคุณค่า (Self-worth) สร้างโดย Morris Rosenberg มีค่า Cronbach's alpha อยู่ในช่วง 0.77-0.88⁽²³⁾ ซึ่งต่อมา พักตร์วิไล ศรีแสง ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย และทดสอบเครื่องมือในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุในช่วง 14-19 ปี จำนวน 119 ราย มีค่า Cronbach's alpha = 0.80 ในระยะตั้งครรภ์ และ Cronbach's alpha = 0.79 ในระยะหลังคลอด

(24) และจากการศึกษาของ สุพรรณิ สุ่มเล็ก (2538) ที่ได้ทดสอบเครื่องมือในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิง ตั้งครรภ์ วิทยาลัยใหญ่มีค่า Cronbach's alpha = 0.74⁽¹⁰⁶⁾

โดยแบบประเมินนี้ มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ คะแนนรวมมีตั้งแต่ 10-40 คะแนน โดยคะแนนที่สูงบ่งบอกถึง Self-esteem ที่ดี นอกจากนี้ The Rosenberg's Self Esteem Scale (RSE) ยังแบ่งด้านย่อยออกเป็นอีก 2 ด้าน ได้แก่ ความรู้สึกถึงคุณค่าและการยอมรับตนเอง (Self-worth and Acceptance) 8 ข้อ (ข้อ 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 10) และด้านการรับรู้สมรรถนะและความสามารถของตนเอง (Self-competence and Ability) 2 ข้อ (ข้อ 4, 9) โดยแต่ละข้อมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยข้อคำถามด้านบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 6, 7 (ให้คะแนนไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1, เห็นด้วย = 2, ไม่เห็นด้วย = 3, และเห็นด้วยอย่างยิ่ง = 4) และให้คะแนนกลับกันในข้อคำถามด้านลบ ข้อ 3, 5, 8, 9, 10

ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้ค่าคะแนนจุดตัดที่ Mean - 1 S.D. โดยผู้ที่มีคะแนนน้อยกว่าจุดตัด จะจัดให้อยู่ในกลุ่มที่มีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการเผชิญปัญหา ในเรื่องการมีบุตรยาก

แบบประเมินพฤติกรรมการเผชิญปัญหา Jalowiec Coping Scale ของ Jalowiec (1984) แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงเนื้อหาเพื่อให้เหมาะสมสำหรับใช้ในกลุ่มผู้มีบุตรยาก โดย วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์ (2536) ทดสอบค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity) รวมทั้งตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ กับกลุ่มตัวอย่างเพศหญิง 30 ราย มีค่า Cronbach's alpha = 0.88⁽⁹⁶⁾

โดยแบบประเมินนี้ มีข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ แบ่งการประเมินเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการกับอารมณ์ (Emotional focused coping) จำนวน 15 ข้อ และด้านการมุ่งแก้ปัญหา (Problem focused coping) จำนวน 25 ข้อ โดยการคิดคะแนนใช้มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยเลย, นานๆครั้ง, บ่อยครั้ง, บ่อยมาก โดยมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 1-4 มีคะแนนรวมตั้งแต่ 40-160 คะแนน โดยคะแนนที่สูงบ่งบอกถึงการใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาในรูปแบบดังกล่าวสูง

ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จะถือว่าผู้ที่มีค่าคะแนนการใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาชนิดใด ๆ สูงกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่ม อยู่ในกลุ่มที่ใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาชนิดนั้น ๆ ในระดับสูง

การรวบรวมข้อมูล

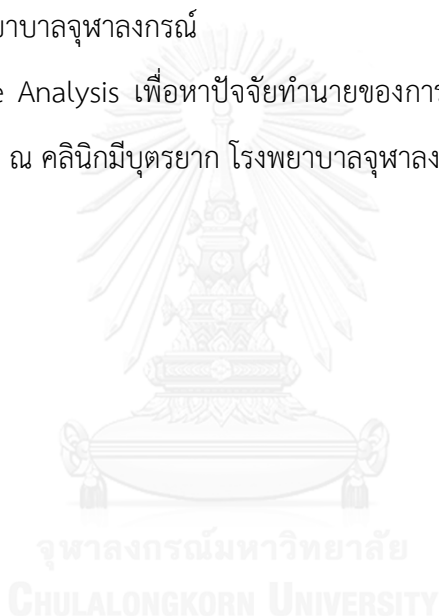
การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาจากเอกสาร โดยศึกษาจากหนังสือ วารสาร งานวิจัย วิทยานิพนธ์ รายงานการประชุม เอกสารราชการ และเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
2. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ยื่นต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และหัวหน้าคลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. เข้าพบหัวหน้าคลินิกมีบุตรยาก และเจ้าหน้าที่เพื่อขอความยินยอมในการเก็บข้อมูล
4. ขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ผู้วิจัยให้คำอธิบาย ตอบข้อสงสัย และกลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจอย่างอิสระในการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถออกจากการศึกษาเมื่อใดก็ได้
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล
 - ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง
 - มีการจัดสถานที่ให้เป็นส่วนตัว เพื่อตอบแบบประเมินและนำแบบประเมินใส่ซองแจกอาสาสมัครเมื่อตอบแบบประเมินเสร็จแล้วให้อาสาสมัครนำแบบประเมินใส่ซองและนำมาใส่ไว้ในกล่องรวม ซึ่งไม่สามารถระบุถึงตัวผู้ตอบแบบประเมินได้
 - ให้อาสาสมัครตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปส่วนที่ 1 ด้วยตนเอง
 - ให้อาสาสมัครตอบแบบประเมินด้วยตนเอง ได้แก่แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง และแบบประเมินพฤติกรรมกรมการเผชิญปัญหา
 - เวลาที่ใช้ในการตอบแบบประเมินใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ขึ้นอยู่กับกลุ่มตัวอย่าง ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมิน โดยจะใช้ช่วงเวลาที่ผู้ป่วยหญิงรอรับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
6. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและคำตอบ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์นำข้อมูลที่ได้มาคิดคะแนน และวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรม SPSS version 20.0 (Statistical Package for Social Science) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ความถี่ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square และ t-test เพื่อสรุปผลของประชากรและดูความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
3. ใช้ Multivariate Analysis เพื่อหาปัจจัยทำนายของการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเห็นคุณค่าในตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จำนวน 113 ราย โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤษภาคม-กรกฎาคม พ.ศ.2557 ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองจากกลุ่มตัวอย่างจนครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ และได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยรูปแบบตาราง ประกอบคำบรรยายโดยแบ่งออกเป็น 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยของภาวะมีบุตรยาก

ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยทางจิตสังคม

- พฤติกรรมการเผชิญปัญหา

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ส่วนที่ 6 ความแตกต่างคะแนนรวมเฉลี่ยของการเห็นคุณค่าในตนเองกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ส่วนที่ 7 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการเห็นคุณค่าในตนเองกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ส่วนที่ 8 ปัจจัยทำนายการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุของภรรยา (ปี) (N=113)		
Mean = 35.40, S.D. = 3.96 (Min = 25.00, Max = 45.00)		
อายุของสามี (ปี) (N=113)		
Mean = 37.10, S.D. = 5.89 (Min = 25.00, Max = 59.00)		
วุฒิการศึกษาสูงสุดของภรรยา (N=111)		
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย	4	3.6
มัธยมศึกษาตอนปลาย-อนุปริญญา	25	22.5
ปริญญาตรี	64	57.7
สูงกว่าปริญญาตรี	18	16.2
(จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา Mean = 15.40 ปี, S.D. = 2.30, Min = 6.00, Max = 21.00)		
วุฒิการศึกษาสูงสุดของสามี (N=110)		
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย	4	3.6
มัธยมศึกษาตอนปลาย-อนุปริญญา	31	28.2
ปริญญาตรี	52	47.3
สูงกว่าปริญญาตรี	23	20.9
(จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา Mean = 15.23 ปี, S.D. = 2.75, Min = 0.00, Max = 21.00)		

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การประกอบอาชีพของภรรยา (N=111)		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน	10	9.0
ข้าราชการ	8	7.2
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	2	1.8
เจ้าของธุรกิจส่วนตัว	21	18.9
พนักงาน/ลูกจ้าง	54	48.6
วิชาชีพเฉพาะทาง	16	14.4
การประกอบอาชีพของสามี (N=109)		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/พ่อบ้าน	0	0
ข้าราชการ	11	10.1
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	4	3.7
เจ้าของธุรกิจส่วนตัว	26	23.9
พนักงาน/ลูกจ้าง	51	46.8
วิชาชีพเฉพาะทาง	17	15.6
ตำแหน่งงานของภรรยา (N=111)		
ว่างงาน	10	9.0
ลูกจ้างระดับปฏิบัติการ/เจ้าหน้าที่	64	57.7
หัวหน้างาน	14	12.6
เจ้าของกิจการ/ผู้บริหาร	23	20.7
ตำแหน่งงานของสามี (N=109)		
ว่างงาน	0	0
ลูกจ้างระดับปฏิบัติการ/เจ้าหน้าที่	69	63.3
หัวหน้างาน	14	12.8
เจ้าของกิจการ/ผู้บริหาร	26	23.9

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่อยู่กินฉันท์สามีภรรยา ก่อนเข้ารับการรักษาภาวะมีบุตรยาก (ปี) (N=113)		
< 2 ปี	11	9.7
2 - 4.99 ปี	46	40.7
5 - 9.99 ปี	37	32.7
≥ 10 ปี	19	16.8
(Mean = 5.78 ปี, S.D. = 4.26, Min = 0.33, Max = 20.42)		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของภรรยา (บาท) (N=102)		
< 15,000 บาท	17	16.7
15,000 - 29,999 บาท	38	37.3
30,000 - 49,999 บาท	32	31.4
≥ 50,000 บาท	15	14.7
(Mean = 36,666.76 บาท, S.D. = 76,334.22, Min = 0.00, Max = 75,0000.00)		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของสามี (บาท) (N=103)		
< 15,000 บาท	12	11.7
15,000 - 29,999 บาท	32	31.1
30,000 - 49,999 บาท	35	34.0
≥ 50,000 บาท	24	23.3
(Mean = 48,000.00 บาท, S.D. = 101,771.35, Min = 9,000.00 , Max = 1,000,000.00)		
รายได้เฉลี่ยรวมต่อเดือนของครอบครัว (บาท) (N=103)		
< 50,000 บาท	40	38.8
50,000 - 99,999 บาท	41	39.8
≥ 100,000 บาท	22	21.4
(Mean = 100,728.15 บาท, S.D. = 296,234.44, Min = 13,000.00, Max = 3,000,000.00)		

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย (บาท) (N=110)		
รายได้เพียงพอและมีเหลือเก็บ	76	69.1
รายได้เพียงพอแต่ไม่มีเหลือเก็บ	25	22.7
รายได้ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน	3	2.7
รายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	6	5.5
จำนวนหนี้สิน (บาท) (N=4)		
Mean = 433,000.00, S.D. = 496,884.96		
(Min = 8,000.00, Max = 1,000,000.00)		
สถานภาพสมรส (N=113)		
แต่งงาน/อยู่ด้วยกันฉันท์สามีภรรยา	109	96.5
สมรสแต่ไม่ได้อาศัยอยู่ที่เดียวกัน	4	3.5
หย่าร้าง	0	0
หม้าย	0	0
การจดทะเบียนสมรส (N=113)		
ไม่มี	43	38.1
มี	70	61.9
การจัดพิธีสมรส (N=111)		
ไม่มี	18	16.2
มี	93	83.8
พักอาศัยอยู่กับ (N=113)		
อยู่คนเดียว	4	3.5
อยู่กับสามีเป็นครอบครัวเดียว	74	65.5
อยู่กับสามีและครอบครัวฝ่ายท่าน	13	11.5
อยู่กับสามีและครอบครัวฝ่ายสามี	22	19.5

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ศาสนาของภรรยา (N=113)		
พุทธ	100	88.5
คริสต์	7	6.2
อิสลาม	6	5.3
อื่นๆ	0	0
ศาสนาของสามี (N=112)		
พุทธ	98	87.5
คริสต์	8	7.1
อิสลาม	5	4.5
อื่นๆ	1	0.9
(ได้แก่ ฮินดู 1 คน)		
ประวัติโรคทางด้านเพศสัมพันธ์ของภรรยา (N=113)		
ไม่มี	112	99.1
มี	1	0.9
(ได้แก่ หูดหงอนไก่ 1 คน)		
โรคประจำตัวทางด้านร่างกายของภรรยา (N=113)		
ไม่มี	94	83.2
มี	19	16.8
(ได้แก่ ภูมิแพ้ 4 คน, ภาวะเบาหวาน 3 คน, กรดไหลย้อน 1 คน, ไมเกรน 1 คน, เบาหวาน 1 คน, ไทรอยด์ 2 คน, เนื้องอกมดลูก 1 คน, ซีสต์ปีกมดลูก 2 คน, เยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่ 1 คน, ลิ้นหัวใจปิด ไม่สนิท 1 คน, ภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ 1 คน, และโรคหัวใจ 1 คน)		

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัวทางด้านจิตเวชของภรรยา (N=113)		
ไม่มี	111	98.2
มี	2	1.8
(ได้แก่ นอนหลับยากกับเครียด 1 คน และวิตกกังวลกับซึมเศร้า 1 คน)		
การแท้งบุตร (N=113)		
ไม่เคย	87	77.0
เคย	26	23.0
(ได้แก่ การแท้งที่เกิดขึ้นเอง 21 คน, ท้องนอกมดลูก 4 คน, และทำแท้ง 1 คน)		
การตั้งครรภ์ (ครั้ง) (N=113)		
ยังไม่เคยตั้งครรภ์	74	65.5
เคยตั้งครรภ์ 1 ครั้ง	20	17.7
เคยตั้งครรภ์ 2 ครั้ง	13	11.5
เคยตั้งครรภ์ 3 ครั้ง	5	4.4
เคยตั้งครรภ์ 4 ครั้ง	1	0.9
(Mean = 0.58 ครั้ง, S.D. = 0.92, Min = 0, Max = 4)		
บุตร (คน) (N=113)		
ไม่เคยมีบุตร	98	86.7
เคยมีบุตร 1 คน	5	4.4
เคยมีบุตร 2 คน	8	7.1
เคยมีบุตร 3 คน	2	1.8
(Mean = 0.24 คน, S.D. = 0.66, Min = 0, Max = 3)		

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ญาติสายตรงที่มีปัญหา มีบุตรยาก (N=112)		
ไม่มี	83	74.1
มี	29	25.9
(ได้แก่ บิดามารดา 1 คน, พี่น้อง 10 คน, และญาติอื่นๆ ที่ไม่ใช่สายตรง 18 คน)		
สถานภาพสมรสของบิดามารดา (N=112)		
สมรส และยังอยู่ด้วยกัน	60	53.6
สมรส แต่ไม่ได้อาศัยอยู่ที่เดียวกัน	2	1.8
เลิกกันหรือหย่าร้าง	9	8.0
ตอนอายุ (Mean = 15.86 ปี, S.D. = 9.41, Min = 5, Max = 30)		
บิดา/มารดา คนใดคนหนึ่งเสียชีวิตแล้ว	40	35.7
(ได้แก่ บิดาเสียชีวิต 24 คน, มารดาเสียชีวิต 9 คน, เสียชีวิตทั้งคู่ 4 คน, และไม่สมัครใจตอบ 3 คน)		
อื่นๆ	1	0.9
(ได้แก่ บิดาเสียชีวิตและมารดาแต่งงานใหม่ 1 คน)		
ปรึกษาภาวะมีบุตรยากกับ (N=112)		
บิดา	3	2.7
มารดา	43	38.4
พี่/น้องเพศเดียวกัน	24	21.4
พี่/น้องต่างเพศ	1	0.9
ญาติเพศเดียวกัน	12	10.7
ญาติต่างเพศ	2	1.8
ไม่สนิทกับใคร	3	2.7
อื่นๆ	24	21.4
(ได้แก่ ปรึกษาเพื่อน 9 คน, สามี 11 คน, พ่อเลี้ยง/แม่เลี้ยง 1 คน, และปรึกษาทุกคน 3 คน)		

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
แรงผลักดันสำคัญในการเข้ารับรักษาภาวะมีบุตรยาก (N=113)		
ตนเอง	79	69.9
สามี	29	25.7
บิดา/มารดา ของท่าน	2	1.8
บิดา/มารดา ของสามี	2	1.8
อื่นๆ	1	0.9
(ได้แก่ ลูกคนโต 1 คน)		
รู้สึกแสบในบทบาทความเป็นภรรยา (N=113)		
ใซ้อย่างมาก	2	1.8
ใซ้	6	5.3
รู้สึกบ้างเล็กน้อย	42	37.2
ไม่รู้สึกเลย	63	55.8
รู้สึกแสบในบทบาทความเป็นแม่ (N=112)		
ใซ้อย่างมาก	8	7.1
ใซ้	7	6.2
รู้สึกบ้างเล็กน้อย	28	25.0
ไม่รู้สึกเลย	69	61.6

จากตารางที่ 1 พบว่าข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปของผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิก มีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 113 ราย มีอายุเฉลี่ย 35.40 ปี นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 88.5) มีจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาเฉลี่ย 15.4 ปี ส่วนใหญ่วุฒิการศึกษาสูงสุดในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 57.7) ประกอบอาชีพพนักงาน/ลูกจ้าง (ร้อยละ 48.6) ในตำแหน่งลูกจ้างระดับปฏิบัติการ/เจ้าหน้าที่ (ร้อยละ 57.7) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 36,666.76 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 15,000 - 29,999 บาท (ร้อยละ 37.3) ส่วนสามีมีอายุเฉลี่ย 37.10 ปี นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 88.5) มีจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาเฉลี่ย 15.23 ปี ส่วนใหญ่วุฒิการศึกษา

สูงสุดในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 47.3) ประกอบอาชีพพนักงาน/ลูกจ้าง (ร้อยละ 46.8) ในตำแหน่งพนักงาน/ลูกจ้าง (ร้อยละ 63.3) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของสามี 48,000 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 30,000-49,999 บาท (ร้อยละ 34.0) รายได้เฉลี่ยรวมต่อเดือนของครอบครัว 100,728.15 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว 50,000-99,999 บาท (ร้อยละ 39.8) มีรายได้เพียงพอและมีเหลือเก็บ (ร้อยละ 69.1) ระยะเวลาที่อยู่กินฉันท์สามีภรรยา ก่อนเข้ารับการรักษาภาวะมีบุตรยากเฉลี่ย 5.78 ปี ส่วนใหญ่อยู่กินฉันท์สามีภรรยา ก่อนเข้ารับการรักษาภาวะมีบุตรยาก 2-4.99 ปี แต่งงาน/อยู่ด้วยกันฉันท์สามีภรรยา (ร้อยละ 96.5) มีการจดทะเบียนสมรส (ร้อยละ 61.9) มีการจัดพิธีสมรส (ร้อยละ 83.8) พักอาศัยอยู่กับสามี เป็นครอบครัวเดียว (ร้อยละ 65.5) กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวทางด้านร่างกาย (ร้อยละ 16.8) ได้แก่ ภูมิแพ้ 4 คน, ภาวะอาหาร 3 คน, กรดไหลย้อน 1 คน, ไมเกรน 1 คน, เบาหวาน 1 คน, ไทรอยด์ 2 คน, เนื้องอกมดลูก 1 คน, ซีสต์ปีกมดลูก 2 คน, เยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่ 1 คน, ลิ้นหัวใจปิดไม่สนิท 1 คน, ภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ 1 คน, และโรคหัวใจ 1 คน มีโรคประจำตัวทางด้านจิตเวช (ร้อยละ 1.8) ได้แก่ นอนหลับยากกับเครียด 1 คน และวิตกกังวลกับซึมเศร้า 1 คน มีประวัติโรคทางด้านเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 0.9) ได้แก่ หูดหงอนไก่ 1 คน เคยแท้งบุตร (ร้อยละ 23.0) ได้แก่ การแท้งที่เกิดขึ้นเอง 21 คน, ท้องนอกมดลูก 4 คน, และทำแท้ง 1 คน การตั้งครรภ์เฉลี่ย 0.58 ครั้ง ส่วนใหญ่ยังไม่เคยตั้งครรภ์ (ร้อยละ 65.5) จำนวนบุตรเฉลี่ย 0.24 คน ส่วนใหญ่ไม่เคยมีบุตร (ร้อยละ 86.7) มีญาติสายตรงที่มีปัญหา มีบุตรยากเฉลี่ย 25.9 คน ได้แก่ บิดามารดา 1 คน, พี่น้อง 10 คน, และญาติอื่นๆ ที่ไม่ใช่สายตรง 18 คน บิดามารดาของกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสและยังอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 53.6) กลุ่มตัวอย่างปรึกษาภาวะมีบุตรยากกับมารดา (ร้อยละ 38.4) ตนเองเป็นแรงผลักดันสำคัญในการเข้ารับรักษาภาวะมีบุตรยาก (ร้อยละ 69.9) ไม่รู้สึกแย้ในบทบาทความเป็นภรรยา (ร้อยละ 55.8) ไม่รู้สึกแย้ในบทบาทความเป็นแม่ (ร้อยละ 61.6)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยของภาวะมีบุตรยาก

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยของภาวะมีบุตรยาก

ปัจจัยภาวะมีบุตรยาก	จำนวน	ร้อยละ
ส่วนสูง (เซนติเมตร) (N=113)		
< 150 เซนติเมตร	7	6.2
150-155 เซนติเมตร	30	26.5
156-160 เซนติเมตร	39	34.5
> 160 เซนติเมตร	37	32.7
(Mean = 158.50 เซนติเมตร, S.D. = 5.81, Min = 145.00, Max = 175.00)		
น้ำหนัก (กิโลกรัม) (N=113)		
≤ 50 กิโลกรัม	39	34.5
51 - 60 กิโลกรัม	54	47.8
> 60 กิโลกรัม	20	17.7
(Mean = 54.96 กิโลกรัม, S.D. = 8.62, Min = 42.00, Max = 88.00)		
ดัชนีมวลกาย (BMI) (N=113)		
< 18.5 (underweight)	7	6.2
18.5 – 24.9 (normal)	93	82.3
25 - 30 (overweight)	9	8.0
> 30 (obese)	4	3.5
(Mean = 21.86, S.D. = 3.09, Min = 16.94, Max = 33.53)		
ความพยายามที่จะมีบุตร (ปี) (N=111)		
< 1 ปี	5	4.5
1 - 3 ปี	57	51.4
3.01 - 5 ปี	25	22.5
> 5 ปี	24	21.6
(Mean = 3.86 ปี, S.D. = 3.37, Min = 0.29, Max = 18.00)		

ตารางที่ 2 (ต่อ) แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยของภาวะมีบุตรยาก

ปัจจัยภาวะมีบุตรยาก	จำนวน	ร้อยละ
ผลการรักษาไม่สำเร็จ (ครั้ง) (N=110)		
0 ครั้ง (ไม่ทราบผล/รักษาครั้งแรก)	77	70.0
1 - 3 ครั้ง	22	20.0
3 - 5 ครั้ง	4	3.6
> 5 ครั้ง	7	6.4
(Mean = 1.20 ครั้ง, S.D. = 2.90, Min = 0.00, Max = 20.00)		
อายุที่เริ่มมีรอบเดือนครั้งแรก (ปี) (N=108)		
≤ 12 ปี	37	34.3
13 - 15 ปี	36	33.3
> 15 ปี	35	32.4
(Mean = 13.68 ปี, S.D. = 1.45, Min = 10.00, Max = 18.00)		
จำนวนวันที่มีรอบเดือน (วัน) (N=111)		
< 3 วัน	7	6.3
3 - 7 วัน	102	91.9
> 7 วัน	2	1.8
(Mean = 4.90 วัน, S.D. = 4.12, Min = 1.50, Max = 45.00)		
ระยะห่างของรอบเดือน (วัน) (N=104)		
< 28 วัน	29	27.9
28 - 30 วัน	65	62.5
> 30 วัน	10	9.6
(Mean = 29.71 วัน, S.D. = 14.47, Min = 15.00, Max = 165.00)		
ความสม่ำเสมอของรอบเดือน (N=113)		
สม่ำเสมอ	90	79.6
ไม่สม่ำเสมอ	23	20.4

ตารางที่ 2 (ต่อ) แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยของภาวะมีบุตรยาก

ปัจจัยภาวะมีบุตรยาก	จำนวน	ร้อยละ
อาการปวดรอบเดือน (N=112)		
ไม่มี	37	33.0
มี	75	67.0
จำนวนวันที่มีอาการปวดรอบเดือน (วัน) (N=72)		
½ วัน	1	1.4
1 วัน	48	66.7
2 วัน	18	25.0
3 วัน	4	5.6
23 วัน	1	1.4
(Mean = 1.66 วัน, S.D. = 1.06, Min = 1.00, Max = 10.00)		
อาการปวดท้องน้อยเรื้อรังโดยไม่เกี่ยวกับรอบเดือน (N=113)		
ไม่มี	105	92.9
มี	8	7.1
จำนวนวันที่มีอาการปวดท้องน้อยเรื้อรังโดยไม่เกี่ยวกับรอบเดือนต่อเดือน (วัน) (N=6)		
1 วัน	4	66.70
2 วัน	2	33.3
(Mean = 1.33 วัน, S.D. = 0.52, Min = 1.00, Max = 2.00)		
การตกขาว (N=112)		
ไม่มี	45	40.2
มี	67	59.8

ตารางที่ 2 (ต่อ) แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยของภาวะมีบุตรยาก

ปัจจัยภาวะมีบุตรยาก	จำนวน	ร้อยละ
การผ่าตัดทางนรีเวช (N=112)		
ไม่เคย	73	34.8
เคย	39	65.2
(ได้แก่ ผ่าคลอด 11คน, endoscopic surgery 11คน, dilatation and curettage 5 คน, myomectomy 3 คน, tubal surgery 5 คน, tubal ligation 2 คน, surgery of soft tissue tumor of perineum 1 คน, และ biopsy of uterine cervix 1 คน)		
การคุมกำเนิด (N=110)		
ไม่เคย	61	55.5
เคย	49	44.5
(ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด 26 คน, ฉีดยาคุมกำเนิด 6 คน, สวมถุงยางอนามัย 6 คน, ทำหมัน 5 คน, และไม่สมัครใจตอบ 6 คน)		
ระยะเวลาการคุมกำเนิด (ปี) (N=113)		
ไม่ได้คุมกำเนิด	82	72.6
≤ 1 ปี	9	8.0
> 1 ปี	22	19.5
(Mean =1.13 ปี, S.D. = 2.63, Min = 0.00, Max = 15.00)		
มีเพศสัมพันธ์ร่วมกับคู่สมรสภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (N=108)		
ไม่ใช่	33	30.6
ใช่	75	69.4
ความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ร่วมกับคู่สมรสภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (ครั้ง) (N=98)		
0 ครั้ง (ไม่มีเพศสัมพันธ์กัน)	33	33.7
1 - 2 ครั้ง	48	49.0
≥ 3 ครั้ง	17	17.3
(Mean =1.84 ครั้ง/สัปดาห์, S.D. = 0.70, Min = 1.00, Max = 3.00)		

ตารางที่ 2 (ต่อ) แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยของภาวะมีบุตรยาก

ปัจจัยภาวะมีบุตรยาก	จำนวน	ร้อยละ
อาการเจ็บหรือปวดเวลามีเพศสัมพันธ์ (N=111)		
ไม่มี	82	73.9
มี	29	26.1
(ได้แก่ บริเวณท้องน้อย 23 คน, ช่องคลอด 2 คน, ปากมดลูก 1 คน, มดลูก 1 คน, และไม่สมัครใจตอบ 2 คน)		
ยาที่ใช้เป็นประจำ (N=112)		
ไม่มี	97	86.6
มี	15	13.4
(ได้แก่ pain killer 5 คน, anti-diabetic drug 2 คน, anti-thyroid drug 2 คน, anti-allergy drug 3 คน, folic acid 2 คน, และยาสมุนไพร 1 คน)		
การใช้สารเสพติดภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา		
บุหรี่ (N=112)		
ไม่ใช้	110	98.2
ใช้	2	1.8
กาแฟ, ชา, เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน (N = 113)		
ไม่ใช้	52	46.0
ใช้	61	54.0
สุรา, เบียร์, ไวน์, เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์ (N=113)		
ไม่ใช้	110	97.3
ใช้	3	2.7
สารหรือสารเสพติดอื่นๆ (N=113)		
ไม่ใช้	113	100
ใช้	0	0

ตารางที่ 2 (ต่อ) แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยของภาวะมีบุตรยาก

ปัจจัยภาวะมีบุตรยาก	จำนวน	ร้อยละ
สาเหตุของภาวะมีบุตรยากตามความเข้าใจของภรรยา		
ท่อนำไข่อุดตัน (N=113)		
ไม่ใช่	74	65.5
ใช่	39	34.5
เนื้องอกในมดลูก (N=113)		
ไม่ใช่	83	73.5
ใช่	30	26.5
เยื่อมดลูกเจริญผิดปกติ (N=113)		
ไม่ใช่	78	69.0
ใช่	35	31.0
พังผืดในอุ้งเชิงกราน (N=113)		
ไม่ใช่	77	68.1
ใช่	36	31.9
ความผิดปกติของอสุจิ (N=113)		
ไม่ใช่	71	62.8
ใช่	42	37.2
ความผิดปกติของปากมดลูก (N=112)		
ไม่ใช่	82	73.2
ใช่	30	26.8
ภาวะรังไข่หยุดทำงานก่อนกำหนด (N=113)		
ไม่ใช่	96	85.0
ใช่	17	15.0

ตารางที่ 2 (ต่อ) แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยของภาวะมีบุตรยาก

ปัจจัยภาวะมีบุตรยาก	จำนวน	ร้อยละ
อื่นๆ (N=113)		
ไม่ใช่	72	63.7
ใช่	41	36.3
(ได้แก่ ไม่ทราบสาเหตุ 23 คน, uterine defect 3 คน, tubal ligation 9 คน, anovulation 4 คน, ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ 1 คน, และทำงานหนัก/พักผ่อนน้อย 1 คน)		
วิธีที่เคยรักษาภาวะมีบุตรยาก		
ยังไม่เคยได้รับการรักษาใดๆ (N=113)		
ไม่ใช่	61	54.0
ใช่	52	46.0
ทำเด็กหลอดแก้ว (N=113)		
ไม่ใช่	104	92.0
ใช่	9	8.0
การฉีดสีเอ็กซเรย์เพื่อดูท่อนำไข่^b (N=113)		
ไม่ใช่	82	72.6
ใช่	31	27.4
การวัดปรอทและกำหนดวันร่วมเพศ (N=113)		
ไม่ใช่	90	79.6
ใช่	23	20.4
การใช้ยากระตุ้นรังไข่และกำหนดวันร่วมเพศ (N=113)		
ไม่ใช่	78	69.0
ใช่	35	31.0

^b โดยทั่วไปจะทำเมื่อประสบความล้มเหลวจากการลองรักษามาแล้วหลายครั้ง (Repeated failures)

ตารางที่ 2 (ต่อ) แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยของภาวะมีบุตรยาก

ปัจจัยภาวะมีบุตรยาก	จำนวน	ร้อยละ
การผ่าตัดส่องกล้องหน้าท้องเพื่อวินิจฉัยอวัยวะในอุ้งเชิงกราน (N=113)		
ไม่ใช่	105	92.9
ใช่	8	7.1
อื่นๆ (N=113)		
ไม่ใช่	103	8.8
ใช่	10	91.2
(ได้แก่ IUI 5 คน, uterus check up 1 คน, tuboplasty 2 คน, และแพทย์ทางเลือก 2 คน)		

จากตารางที่ 2 พบว่าข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยของภาวะมีบุตรยากของผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 113 ราย มีส่วนสูงเฉลี่ย 158.50 เซนติเมตร ส่วนใหญ่สูง 156-160 เซนติเมตร (ร้อยละ 34.5) น้ำหนักเฉลี่ย 54.96 กิโลกรัม ส่วนใหญ่น้ำหนัก 51-60 กิโลกรัม (ร้อยละ 47.8) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 21.86 ส่วนใหญ่ ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 82.3) มีความพยายามที่จะมีบุตรเฉลี่ย 3.86 ปี ส่วนใหญ่ 1-3 ปี (ร้อยละ 51.4) ผลการรักษาไม่สำเร็จเฉลี่ย 1.20 ครั้ง ส่วนใหญ่ยังไม่ทราบผล (ร้อยละ 70.0) อายุที่เริ่มมีรอบเดือนครั้งแรกเฉลี่ย 13.68 ปี ส่วนใหญ่อายุที่เริ่มมีรอบเดือน ≤ 12 ปี (ร้อยละ 34.3) มีจำนวนวันที่มีรอบเดือนเฉลี่ย 4.90 วัน ส่วนใหญ่มีจำนวนวันที่มีรอบเดือน 3-7 วัน (ร้อยละ 91.9) มีระยะห่างของรอบเดือนเฉลี่ย 29.71 วัน ส่วนใหญ่มีจำนวนวันที่มีรอบเดือน 28-30 วัน มีความสม่ำเสมอของรอบเดือน (ร้อยละ 79.6) มีอาการปวดรอบเดือน (ร้อยละ 67.0) จำนวนวันที่มีอาการปวดรอบเดือนเฉลี่ย 1.66 วัน ส่วนใหญ่มีอาการปวดรอบเดือน 1 วัน (ร้อยละ 66.7) ไม่มีอาการปวดท้องน้อยเรื้อรังโดยไม่เกี่ยวกับรอบเดือน (ร้อยละ 92.9) จำนวนวันที่มีอาการปวดท้องน้อยเรื้อรังโดยไม่เกี่ยวกับรอบเดือนเฉลี่ย 1.33 วันต่อเดือน ตกขาว (ร้อยละ 59.8) เคยรับการผ่าตัดทางนรีเวช (ร้อยละ 65.2) ได้แก่ ผ่าคลอด 11 คน, endoscopic surgery 11 คน, dilatation and curettage 5 คน, myomectomy 3 คน, tubal surgery 5 คน, tubal ligation 2 คน, surgery of soft tissue tumor of perineum 1 คน, และ biopsy of uterine cervix 1 คน เคยคุมกำเนิด

(ร้อยละ 44.5) ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด 26 คน ฉีดยาคุมกำเนิด 6 คน, สวมถุงยางอนามัย 6 คน, ทำหมัน 5 คน, และไม่สมัครใจตอบ 6 คน ระยะเวลาการคุมกำเนิดเฉลี่ย 1.13 ปี ส่วนใหญ่ไม่ได้คุมกำเนิด (ร้อยละ 72.6) มีเพศสัมพันธ์ร่วมกับคู่สมรสภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (ร้อยละ 69.4) ความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ร่วมกับคู่สมรสภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาเฉลี่ย 1.84 ครั้ง ส่วนมาก 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 49.0) มีอาการเจ็บหรือปวดเวลามีเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 26.1) ได้แก่ บริเวณท้องน้อย 23 คน, ช่องคลอด 2 คน, ปากมดลูก 1 คน, มดลูก 1 คน, และไม่สมัครใจตอบ 2 คน มียาที่ใช้เป็นประจำ (ร้อยละ 13.4) ได้แก่ pain killer 5 คน, anti-diabetic drug 2 คน, anti-thyroid drug 2 คน, anti-allergy drug 3 คน, folic acid 2 คน, และยาสมุนไพร 1 คน ไม่ได้สูบบุหรี่ภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (ร้อยละ 98.2) ไม่ได้ดื่มกาแฟชาหรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (ร้อยละ 46.0) ไม่ได้ดื่มสุรา เบียร์ ไวน์ หรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์ ภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (ร้อยละ 97.3) ไม่ได้เสพยาหรือสารเสพติดอื่นๆ ภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (ร้อยละ 100) กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่าท่อนำไข่อุดตันเป็นสาเหตุของภาวะมีบุตรยาก (ร้อยละ 34.5) เข้าใจว่าเนื้องอกในมดลูกเป็นสาเหตุของภาวะมีบุตรยาก (ร้อยละ 26.5) เข้าใจว่าเยื่อมดลูกเจริญผิดที่เป็นสาเหตุของภาวะมีบุตรยาก (ร้อยละ 31.0) เข้าใจว่าพังผืดในอุ้งเชิงกรานเป็นสาเหตุของภาวะมีบุตรยาก (ร้อยละ 31.9) เข้าใจว่าความผิดปกติของอสุจิเป็นสาเหตุของภาวะมีบุตรยาก (ร้อยละ 37.2) เข้าใจว่าความผิดปกติของปากมดลูกเป็นสาเหตุของภาวะมีบุตรยาก (ร้อยละ 26.8) เข้าใจว่าภาวะรังไข่หยุดทำงานก่อนกำหนดเป็นสาเหตุของภาวะมีบุตรยาก (ร้อยละ 15.0) เข้าใจว่ามีสาเหตุอื่นๆ เป็นสาเหตุของภาวะมีบุตรยาก (ร้อยละ 36.3) ได้แก่ ไม่ทราบสาเหตุ 23 คน, uterine defect 3 คน, tubal ligayion 9 คน, anovulation 4 คน, ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ 1 คน, และทำงานหนัก/พักผ่อนน้อย 1 คน ยังไม่เคยได้รับการรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยวิธีการใดๆ (ร้อยละ 46.0) เคยรักษาภาวะมีบุตรยากโดยการผ่าตัดหลอดแก้ว (ร้อยละ 8.0) เคยการฉีดสีเอ็กซเรย์เพื่อดูท่อนำไข่ (ร้อยละ 27.4) เคยรักษาภาวะมีบุตรยากโดยการวัดปรอทและกำหนดวันร่วมเพศ (ร้อยละ 20.4) เคยรักษาภาวะมีบุตรยากโดยการใส่ยากระตุ้นรังไข่และกำหนดวันร่วมเพศ (ร้อยละ 31.0) เคยรักษาภาวะมีบุตรยากโดยการผ่าตัดส่องกล้องหน้าท้องเพื่อวินิจฉัยอวัยวะในอุ้งเชิงกราน (ร้อยละ 7.1) เคยรักษาภาวะมีบุตรยากโดยวิธีการอื่นๆ (ร้อยละ 91.2) ได้แก่ IUI 5 คน, uterus check up 1 คน, tuboplasty 2 คน, และแพทย์ทางเลือก 2 คน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยทางจิตสังคม

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามด้านของพฤติกรรมการเผชิญปัญหา

ค่าคะแนนพฤติกรรมการเผชิญปัญหา	Possible Range	Mean	S.D.
Total score	40-160		
Emotional focused coping	15-60	50.56	7.68
Problem focused coping	25-100	39.17	7.15

จากตารางที่ 3 พบว่าข้อมูลปัจจัยทางจิตสังคมของผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิก มีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 113 ราย มีค่าคะแนนพฤติกรรมการเผชิญปัญหาด้าน Emotional focused coping เฉลี่ย 50.56 และด้าน Problem focused coping เฉลี่ย 39.17

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามด้านของการเห็นคุณค่าในตนเอง

ค่าคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเอง	Possible Range	Mean	S.D.
Total score	10-40	31.87	4.09
Self-worth and Acceptance	8-32	25.33	3.31
Self-competence and Ability	2-8	6.54	1.04

จากตารางที่ 4 พบว่าข้อมูลเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 113 ราย มีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมอยู่ที่ 31.87 แบ่งเป็นด้าน Self-worth and Acceptance เฉลี่ย 25.33 และด้าน Self-competence and Ability เฉลี่ย 6.54

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้ Chi-square ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ Chi-square

ปัจจัยส่วนบุคคล (N=113)	การเห็นคุณค่าในตนเอง				X ²	P value
	สูง (N=100)		ต่ำ (N=13) (ต่ำกว่า -1 S.D.)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุของภรรยา (N=113)						
< 35 ปี	40	88.9	5	11.1	0.011	0.915
≥ 35 ปี	60	88.2	8	11.8		
อายุของสามี (N=113)						
< 35 ปี	37	92.5	3	7.5	-	0.376 ^a
≥ 35 ปี	63	86.3	10	13.7		
ความต่างระหว่างอายุของสามีและภรรยา (N=113)						
สามีอายุน้อยกว่า หรือเท่ากัน	41	93.2	3	6.8	1.554	0.212
สามีอายุมากกว่า	59	85.5	10	14.5		
วุฒิการศึกษาสูงสุดของภรรยา (N=111)						
≥ ม.6 หรือเทียบเท่า	96	89.7	11	10.3	-	0.067 ^a
< ม.6 หรือเทียบเท่า	2	50.0	2	50.0		
วุฒิการศึกษาสูงสุดของสามี (N=110)						
≥ ม.6 หรือเทียบเท่า	94	88.7	12	11.3	-	0.400 ^a
< ม.6 หรือเทียบเท่า	3	75.0	1	25.0		
การประกอบอาชีพของภรรยา (N=111)						
ประกอบอาชีพ	91	90.1	10	9.9	-	0.093 ^a
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7	70.0	3	30.0		

*P<0.05 , **P<0.01

^a Fisher's Exact Test

ตารางที่ 5 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ Chi-square

ปัจจัยส่วนบุคคล (N=113)	การเห็นคุณค่าในตนเอง				X ²	p value
	สูง (N=100)		ต่ำ (N=13) (ต่ำกว่า -1 S.D.)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การประกอบอาชีพของสามี (N=109)						
ข้าราชการ/พนักงาน	54	93.1	4	6.9	2.986	0.137
รัฐวิสาหกิจ/เจ้าของธุรกิจ						
ส่วนตัว/วิชาชีพเฉพาะทาง						
พนักงาน/ลูกจ้าง	42	82.4	9	17.6		
ระยะเวลาที่อยู่กินฉันท์สามีภรรยา ก่อนเข้ารับการรักษาภาวะมีบุตรยาก (N=113)						
> 5 ปี	45	91.8	4	8.2	0.949	0.330
≤ 5 ปี	55	85.9	9	14.1		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของภรรยา (N=102)						
≥ 15,000 บาท	77	90.6	8	9.4	-	0.039 ^a *
< 15,000 บาท	12	70.6	5	29.4		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของสามี (N=103)						
≥ 15,000 บาท	79	86.8	12	13.2	-	1.000 ^a
< 15,000 บาท	11	91.7	1	8.3		
รายได้เฉลี่ยรวมต่อเดือนของครอบครัว (N=103)						
> 100,000 บาท	12	100.0	0	0.0	-	0.354 ^a
≤ 100,000 บาท	78	85.7	13	14.3		
ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่าย (N=110)						
เพียงพอ	89	88.1	12	11.9	-	1.000 ^a
ไม่เพียงพอ	8	88.9	1	11.1		

*P < 0.05 , **P < 0.01

^a Fisher's Exact Test

ตารางที่ 5 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ Chi-square

ปัจจัยส่วนบุคคล (N=113)	การเห็นคุณค่าในตนเอง				X ²	p value
	สูง (N=100)		ต่ำ (N=13) (ต่ำกว่า -1 S.D.)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สถานภาพสมรส (N=113)						
แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน	96	88.1	13	11.9	-	1.000 ^a
แยกกันอยู่	4	100.0	0	0.0		
การจดทะเบียนสมรส (N=113)						
จดทะเบียน	63	90.0	7	10.0	-	0.554 ^a
ไม่จดทะเบียน	37	86.0	6	14.0		
การจัดพิธีสมรส (N=111)						
จัดพิธี	83	89.2	10	10.8	-	0.440 ^a
ไม่จัดพิธี	15	83.3	3	16.7		
พักอาศัยอยู่กับ (N=113)						
อยู่คนเดียว/เป็นครอบครัว เดี่ยว/อยู่กับครอบครัวฝ่าย ท่าน	84	92.3	7	7.7	-	0.019 ^{a*}
อยู่กับครอบครัวฝ่ายสามี	16	72.7	6	27.3		
ศาสนาของภรรยา (N=113)						
พุทธ	90	90.0	10	10.0	-	0.171 ^a
คริสต์/อิสลาม/อื่นๆ	10	76.9	3	23.1		
ศาสนาของสามี (N=112)						
พุทธ	87	88.8	11	11.2	-	0.665 ^a
คริสต์/อิสลาม/อื่นๆ	12	85.7	2	14.3		

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

^a Fisher's Exact Test

ตารางที่ 5 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ Chi-square

ปัจจัยส่วนบุคคล (N=113)	การเห็นคุณค่าในตนเอง				X ²	p value
	สูง (N=100)		ต่ำ (N=13) (ต่ำกว่า -1 S.D.)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความต่างระหว่างศาสนาของสามีและภรรยา (N=112)						
ศาสนาเดียวกัน	95	88.8	12	11.2	-	0.467 ^a
ต่างศาสนา	4	80.0	1	20.0		
โรคประจำตัวทางด้านร่างกายของภรรยา (N=113)						
ไม่มี	84	89.4	10	10.6	-	0.456 ^a
มี	16	84.2	3	15.8		
โรคประจำตัวทางด้านจิตเวชของภรรยา (N=113)						
ไม่มี	98	88.3	13	11.7	-	1.000 ^a
มี	2	100.0	0	0.0		
ประวัติโรคทางด้านเพศสัมพันธ์ของภรรยา (N=113)						
ไม่มี	99	88.4	13	11.6	-	1.000 ^a
มี	1	100.0	0	0.0		
การแท้งบุตร (N=113)						
ไม่เคย	76	87.4	11	12.6	-	0.729 ^a
เคย	24	92.3	2	7.7		
การตั้งครรภ์ (N=113)						
ไม่เคย	65	87.8	9	12.2	-	1.000 ^a
เคย	35	89.7	4	10.3		
ญาติสายตรงที่มีปัญหา มีบุตรยาก (N=112)						
ไม่มี	75	90.4	8	9.6	-	0.505 ^a
มี	25	86.2	4	13.8		

*P<0.05 , **P<0.01

^a Fisher's Exact Test

ตารางที่ 5 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ Chi-square

ปัจจัยส่วนบุคคล (N=113)	การเห็นคุณค่าในตนเอง				X ²	p value
	สูง (N=100)		ต่ำ (N=13) (ต่ำกว่า -1 S.D.)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สถานภาพสมรสของบิดามารดา (N=112)						
อยู่ด้วยกัน	54	90.0	6	10.0	0.069	0.793
แยกกันอยู่/หย่าร้าง	46	88.5	6	11.5		
ปรึกษาภาวะมีบุตรยากกับ (N=112)						
ต่างเพศ	30	90.9	3	9.1	-	0.752 ^a
เพศเดียวกัน	69	87.3	10	12.7		
แรงผลักดันสำคัญในการเข้ารับรักษาภาวะมีบุตรยาก (N=113)						
ตนเอง	72	91.1	7	8.9	-	0.206 ^a
คนอื่น ๆ	28	82.4	6	17.6		
บทบาทความเป็นภรรยา (N=113)						
รู้สึกดี	57	90.5	6	9.5	0.549	0.459
รู้สึกแย่	43	86.0	7	14.0		
บทบาทความเป็นแม่ (N=112)						
รู้สึกดี	62	89.9	7	10.1	-	0.557 ^a
รู้สึกแย่	37	86.0	6	14.0		

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

^a Fisher's Exact Test

จากตารางที่ 5 เมื่อใช้ค่า cut-off score ของ The Rosenberg's Self-esteem Scale ที่น้อยกว่า Mean - 1 S.D. เป็นกลุ่มที่มีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ

พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับระดับการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับต่ำ ในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้แก่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของภรรยามีน้อยกว่า 15,000 บาท ($P < 0.05$) และการพักอาศัยอยู่กับครอบครัวฝ่ายสามี ($P < 0.05$)

ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยของภาวะมีบุตรยากกับการเห็นคุณค่าในผู้ป่วยหญิงที่มา
รับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ Chi-square

ปัจจัยภาวะมีบุตรยาก (N=113)	การเห็นคุณค่าในตนเอง				X ²	P value
	สูง (N=100)		ต่ำ (N=13) (ต่ำกว่า -1 S.D.)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ส่วนสูง (N=113)						
≥ 160 เซนติเมตร	51	96.2	2	3.8	5.860	0.015*
< 160 เซนติเมตร	49	81.7	11	18.3		
น้ำหนัก (N=113)						
< 60 กิโลกรัม	81	89.0	10	11.0	-	0.715 ^a
≥ 60 กิโลกรัม	19	86.4	3	13.6		
ดัชนีมวลกาย (N=113)						
BMI < 25	89	89.0	11	11.0	-	0.644 ^a
BMI ≥ 25	11	84.6	2	15.4		
ความพยายามที่จะมีบุตร (N=111)						
≤ 3 ปี	57	91.9	5	8.1	1.807	0.237
> 3 ปี	41	83.7	8	16.3		
การรักษาภาวะมีบุตรยาก (N=112)						
ไม่เคยได้รับการรักษา	10	90.9	1	9.1	-	1.000 ^a
ทำการรักษาแล้ว	89	88.1	12	11.9		
ผลการรักษาไม่สำเร็จ (N=110)						
รักษาครั้งแรก	69	89.6	8	10.4	-	0.525 ^a
ไม่สำเร็จอย่างน้อย 1 ครั้ง	28	84.8	5	15.2		
อายุที่เริ่มมีรอบเดือนครั้งแรก (N=108)						
< 15 ปี	70	95.9	3	4.1	-	0.002 ^{a**}
≥ 15 ปี	26	74.3	9	25.7		

*P<0.05 , **P<0.01

^a Fisher's Exact Test

ตารางที่ 6 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยของภาวะมีบุตรยากกับการเห็นคุณค่าในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ Chi-square

ปัจจัยภาวะมีบุตรยาก (N=113)	การเห็นคุณค่าในตนเอง				X ²	p value
	สูง (N=100)		ต่ำ (N=13) (ต่ำกว่า -1 S.D.)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
จำนวนวันที่มีรอบเดือน (N=111)						
< 4 วัน	28	77.8	8	22.2	-	0.026 ^{a*}
≥ 4 วัน	70	93.3	5	6.7		
ระยะห่างของรอบเดือน (N=104)						
≤ 28 วัน	55	93.2	4	6.8	3.025	0.082
> 28 วัน	37	82.2	8	17.8		
ความสม่ำเสมอของรอบเดือน (N=113)						
สม่ำเสมอ	81	90.0	9	10.0	-	0.298 ^a
ไม่สม่ำเสมอ	19	82.6	4	17.4		
อาการปวดรอบเดือน (N=112)						
ไม่มี	33	89.2	4	10.8	-	1.000 ^a
มี	66	88.0	9	12.0		
อาการปวดท้องน้อยเรื้อรังโดยไม่เกี่ยวกับรอบเดือน (N=113)						
ไม่มี	93	88.6	7	87.5	-	1.000 ^a
มี	12	11.4	1	12.5		
การตกขาว (N=112)						
ไม่มี	40	88.9	5	11.1	0.018	0.893
มี	59	88.1	8	11.9		
การผ่าตัดทางนรีเวช (N=112)						
ไม่เคย	64	87.7	9	12.3	-	0.537 ^a
เคย	36	92.3	3	7.7		

*P<0.05 , **P<0.01

^a Fisher's Exact Test

ตารางที่ 6 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยของภาวะมีบุตรยากกับการเห็นคุณค่าในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ Chi-square

ปัจจัยภาวะมีบุตรยาก (N=113)	การเห็นคุณค่าในตนเอง				X ²	p value
	สูง (N=100)		ต่ำ (N=13) (ต่ำกว่า -1 S.D.)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การคุมกำเนิด (N=110)						
ไม่เคย	52	85.2	9	14.8	1.133	0.287
เคย	45	91.8	4	8.2		
มีเพศสัมพันธ์ร่วมกับคู่สมรสภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (N=108)						
ไม่ใช่	27	81.8	6	18.2	-	0.211 ^a
ใช่	68	90.7	7	9.3		
อาการเจ็บหรือปวดเวลามีเพศสัมพันธ์ (N=111)						
ไม่มี	75	91.5	7	8.5	-	0.098 ^a
มี	23	79.3	6	20.7		
ยาที่ใช้เป็นประจำ (N=112)						
ไม่มี	86	88.7	11	11.3	-	0.685 ^a
มี	13	86.7	2	13.3		
การใช้สารเสพติดภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา บุหรี่ (N=112)						
ไม่ใช่	98	89.1	12	10.9	-	0.220 ^a
ใช่	1	50.0	1	50.0		
กาแฟ, ชา, เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน (N=113)						
ไม่ใช่	44	84.6	8	15.4	1.425	0.233
ใช่	56	91.8	5	8.2		
สุรา, เบียร์, ไวน์, เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์ (N=113)						
ไม่ใช่	97	88.2	13	11.8	-	1.000 ^a
ใช่	3	100.0	0	0.0		

*P<0.05 , **P<0.01

^a Fisher's Exact Test

ตารางที่ 6 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยของภาวะมีบุตรยากกับการเห็นคุณค่าในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ Chi-square

ปัจจัยภาวะมีบุตรยาก (N=113)	การเห็นคุณค่าในตนเอง				X ²	P value
	สูง (N=100)		ต่ำ (N=13) (ต่ำกว่า -1 S.D.)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สาเหตุของภาวะมีบุตรยากตามความเข้าใจของภรรยา						
ท่อนำไข่อุดตัน (N=113)						
ไม่ใช่	65	87.8	9	12.2	-	1.000 ^a
ใช่	35	89.7	4	10.3		
เนื้องอกในมดลูก (N=113)						
ไม่ใช่	73	88.0	10	12.0	-	1.000 ^a
ใช่	27	90.0	3	10.0		
เยื่อมดลูกเจริญผิดที่ (N=113)						
ไม่ใช่	71	91.0	7	9.0	-	0.218 ^a
ใช่	29	82.9	6	17.1		
พังผืดในอุ้งเชิงกราน (N=113)						
ไม่ใช่	69	89.6	8	10.4	-	0.752 ^a
ใช่	31	86.1	5	13.9		
ความผิดปกติของอสุจิ (N=113)						
ไม่ใช่	62	87.3	9	0.7	-	0.764 ^a
ใช่	38	90.512	4	9.5		
ความผิดปกติของปากมดลูก (N=112)						
ไม่ใช่	72	87.8	10	0.2	-	0.509 ^a
ใช่	28	93.312	2	6.7		
ภาวะรังไข่หยุดทำงานก่อนกำหนด (N=113)						
ไม่ใช่	84	87.5	12	12.5	-	0.688 ^a
ใช่	16	94.1	1	5.9		

*P<0.05 , **P<0.01

^a Fisher's Exact Test

ตารางที่ 6 (ต่อ) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยของภาวะมีบุตรยากกับการเห็นคุณค่าในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ Chi-square

ปัจจัยภาวะมีบุตรยาก (N=113)	การเห็นคุณค่าในตนเอง				X ²	P value
	สูง (N=100)		ต่ำ (N=13) (ต่ำกว่า -1 S.D.)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
สาเหตุอื่นๆ (N=113)						
จากสามี/ไม่ทราบสาเหตุ	57	90.5	6	9.5	0.549	0.459
จากตนเอง	43	86.0	7	14.0		
วิธีที่เคยรักษาภาวะมีบุตรยาก ยังไม่เคยได้รับการรักษาใดๆ (N=113)						
ไม่ใช่	51	83.6	10	16.4	3.112	0.078
ใช่	49	94.2	3	5.8		
ทำเด็กหลอดแก้ว (N=113)						
ไม่ใช่	94	90.4	10	9.6	-	0.067 ^a
ใช่	6	66.7	3	33.3		
การวัดปรอทและกำหนดวันร่วมเพศ (N=113)						
ไม่ใช่	82	91.1	8	8.9	-	0.135 ^a
ใช่	18	78.3	5	21.7		
การใช้ยากระตุ้นรังไข่และกำหนดวันร่วมเพศ (N=113)						
ไม่ใช่	72	92.3	6	7.7	-	0.106 ^a
ใช่	28	80.0	7	20.0		
การฉีดสีเอ็กซเรย์เพื่อดูท่อนำไข่ (N=113)						
ไม่ใช่	76	92.7	6	7.3	5.102	0.024*
ใช่	24	77.4	7	22.6		
การผ่าตัดส่องกล้องหน้าท้องเพื่อวินิจฉัยอวัยวะในอุ้งเชิงกราน (N = 113)						
ไม่ใช่	94	89.5	11	10.5	-	0.230 ^a
ใช่	6	75.0	2	25.0		

*P<0.05 , **P<0.01

^a Fisher's Exact Test

จากตารางที่ 6 พบว่าปัจจัยของภาวะมีบุตรยากที่มีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเอง ระดับต่ำในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้แก่ ส่วนสูงต่ำกว่า 160 เซนติเมตร ($P < 0.05$) การเริ่มมีรอบเดือนครั้งแรกเมื่ออายุ 15 ปีขึ้นไป ($P < 0.01$) จำนวนวันที่มีรอบเดือนน้อยกว่า 4 วัน ($P < 0.05$) และวิธีที่เคยรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยการฉีดสีเอ็กเซอร์เย้เพื่อดูท่อนำไข่ ($P < 0.05$)



ตารางที่ 7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับการเห็นคุณค่าในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ Chi-square

ปัจจัยทางจิตสังคม (N=113)	การเห็นคุณค่าในตนเอง				X ²	P value
	สูง (N=100)		ต่ำ (N=13) (ต่ำกว่า -1 S.D.)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การใช้พฤติกรรมเผชิญปัญหาแบบการจัดการกับอารมณ์ (Emotional focused coping)						
ใช้ในระดับสูง	47	85.5	8	14.5	2.329	0.127
ใช้ในระดับต่ำ	50	94.3	3	5.7		
การใช้พฤติกรรมเผชิญปัญหาแบบการมุ่งแก้ปัญหา (Problem focused coping)						
ใช้ในระดับสูง	48	88.9	6	11.1	0.068	0.795
ใช้ในระดับต่ำ	48	87.3	7	12.7		

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

จากตารางที่ 7 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ ($P > 0.05$)

ส่วนที่ 6 การวิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนรวมเฉลี่ย โดยใช้สถิติ t-test ของคะแนนรวมเฉลี่ยของการเห็นคุณค่าในตนเอง ในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนรวมเฉลี่ยรวมโดยใช้สถิติ t-test ของคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยส่วนบุคคลกับการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยส่วนบุคคล	n	Mean	S.D.	t	p-value
อายุของภรรยา (ปี)					
การเห็นคุณค่าในตนเองสูง	100	35.40	4.02	0.031	0.990
การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ	13	35.38	3.62		
อายุของสามี (ปี)					
การเห็นคุณค่าในตนเองสูง	100	37.04	6.04	-0.286	0.776
การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ	13	37.54	4.75		
จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาสูงสุด					
การเห็นคุณค่าในตนเองสูง	98	15.60	2.08	1.799	0.095
การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ	13	13.92	3.28		
จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาสูงสุดของคู่สมรส					
การเห็นคุณค่าในตนเองสูง	97	15.32	2.78	0.962	0.338
การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ	13	14.54	2.54		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของภรรยา (บาท)					
การเห็นคุณค่าในตนเองสูง	89	38,657.42	81,161.73	0.687	0.493
การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ	13	23,038.46	22,500.43		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของสามี (บาท)					
การเห็นคุณค่าในตนเองสูง	90	48,683.33	108,488.35	0.178	0.859
การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ	13	43,269.23	26,797.56		

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

ตารางที่ 8 (ต่อ) การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนรวมเฉลี่ยรวมโดยใช้สถิติ t-test ของคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยส่วนบุคคลกับการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยส่วนบุคคล	n	Mean	S.D.	t	p-value
รายได้เฉลี่ยรวมต่อเดือนของครอบครัว (บาท)					
การเห็นคุณค่าในตนเองสูง	90	106,588.89	316,485.92	0.526	0.600
การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ	13	60,153.85	31,574.90		
จำนวนครั้งที่เคยการตั้งครรภ์					
การเห็นคุณค่าในตนเองสูง	100	0.57	0.91	-0.166	0.869
การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ	13	0.62	1.04		
จำนวนบุตร (คน)					
การเห็นคุณค่าในตนเองสูง	100	0.23	0.66	-0.399	0.691
การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ	13	0.31	0.63		

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

จากตารางที่ 8 เมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยส่วนบุคคลกับการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($P > 0.05$)

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนรวมเฉลี่ยรวมโดยใช้สถิติ t-test ของคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยของภาวะมีบุตรยากกับการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยภาวะมีบุตรยาก	n	Mean	S.D.	t	p-value
ส่วนสูง (เซนติเมตร)					
การเห็นคุณค่าในตนเองสูง	100	158.88	5.89	1.927	0.056
การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ	13	155.62	4.33		
น้ำหนัก (กิโลกรัม)					
การเห็นคุณค่าในตนเองสูง	100	55.02	8.80	0.175	0.862
การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ	13	54.57	7.40		
ดัชนีมวลกาย (BMI)					
การเห็นคุณค่าในตนเองสูง	100	21.77	3.08	-0.862	0.390
การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ	13	22.56	3.21		
ความพยายามที่จะมีบุตร (ปี)					
การเห็นคุณค่าในตนเองสูง	98	45.14	38.56	-0.850	0.397
การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ	13	55.31	53.93		
การรักษาภาวะมีบุตรยาก					
การเห็นคุณค่าในตนเองสูง	99	16.46	27.47	0.447	0.656
การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ	13	12.96	16.84		
ผลการรักษาไม่สำเร็จ (ครั้ง)					
การเห็นคุณค่าในตนเองสูง	97	1.22	3.02	0.258	0.797
การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ	13	1.00	1.78		
อายุที่เริ่มมีรอบเดือนครั้งแรก (ปี)					
การเห็นคุณค่าในตนเองสูง	96	13.30	1.54	-3.847	0.002**
การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ	12	14.83	1.27		
จำนวนวันที่มีรอบเดือน					
การเห็นคุณค่าในตนเองสูง	98	5.01	4.31	0.794	0.429
การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ	13	4.04	2.11		

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

ตารางที่ 9 (ต่อ) การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนรวมเฉลี่ยรวมโดยใช้สถิติ t-test ของคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยของภาวะมีบุตรยากกับการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยภาวะมีบุตรยาก	n	Mean	S.D.	t	p-value
ระยะห่างของรอบเดือน (วัน)					
การเห็นคุณค่าในตนเองสูง	92	29.33	14.63	-0.740	0.461
การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ	12	32.63	13.42		
จำนวนวันที่มีอาการปวดรอบเดือน					
การเห็นคุณค่าในตนเองสูง	64	1.70	2.77	0.324	0.747
การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ	8	1.38	0.74		
ระยะเวลาการคุมกำเนิด (ปี)					
การเห็นคุณค่าในตนเองสูง	29	50.12	44.10	0.252	0.803
การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ	2	42.00	42.43		
ความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ร่วมกับคู่สมรสภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา					
การเห็นคุณค่าในตนเองสูง	90	1.46	1.30	0.178	0.859
การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ	13	1.39	1.65		

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

จากตารางที่ 9 เมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยของภาวะมีบุตรยากกับการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของอายุที่เริ่มมีรอบเดือนครั้งแรกมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$)

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนรวมเฉลี่ยรวมโดยใช้สถิติ t-test ของคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยทางจิตสังคมกับการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยทางจิตสังคม	n	Mean	S.D.	t	p-value
Emotional focused coping					
การเห็นคุณค่าในตนเองสูง	97	49.67	7.07	-3.819	<0.001**
การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ	11	58.45	8.59		
Problem focused coping					
การเห็นคุณค่าในตนเองสูง	96	39.25	6.84	0.299	0.765
การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ	13	38.61	9.42		

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

จากตารางที่ 10 เมื่อทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยทางจิตสังคมกับการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า

คะแนนเฉลี่ยของ Emotional focused coping มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$)

ส่วนคะแนนเฉลี่ยของ Problem focused coping ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($P > 0.05$)

ส่วนที่ 7 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการเห็นคุณค่าในตนเองกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 11 การทดสอบค่าสหสัมพันธ์โดยวิธีหาค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยส่วนบุคคล	Pearson Correlation	p-value
อายุของภรรยา	0.063	0.509
อายุของสามี	-0.049	0.603
จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาสูงสุดของภรรยา	0.311	0.001**
จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาสูงสุดของสามี	0.127	0.187
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของภรรยา	-0.003	0.979
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของสามี	-0.029	0.772
รายได้เฉลี่ยรวมต่อเดือนของครอบครัว	-0.049	0.622
จำนวนหนี้สิน	0.649	0.351
บุตร	0.068	0.473

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

จากตารางที่ 11 การทดสอบค่าสหสัมพันธ์โดยวิธีหาค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า

คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาสูงสุดของภรรยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก ที่มีจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาสูงจะมีค่าคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองสูง

ตารางที่ 12 การทดสอบค่าสหสัมพันธ์โดยวิธีหาค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) ระหว่างปัจจัยภาวะของมีบุตรยากกับการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยภาวะมีบุตรยาก	Pearson Correlation	p-value
ส่วนสูง	0.104	0.274
น้ำหนัก	0.061	0.522
ดัชนีมวลกาย	0.014	0.882
ความพยายามที่จะมีบุตร	-0.052	0.588
ผลการรักษาไม่สำเร็จ	-0.057	0.554
อายุที่เริ่มมีรอบเดือนครั้งแรก	-0.272	0.004**
จำนวนวันที่มีรอบเดือน	0.121	0.207
ระยะห่างของรอบเดือน	0.012	0.906
จำนวนวันที่มีอาการปวดรอบเดือน	0.038	0.754
จำนวนวันที่มีอาการปวดท้องน้อยเรื้อรังโดยไม่เกี่ยวกับรอบเดือนต่อเดือน	-0.169	0.749
ระยะเวลาการคุมกำเนิด	-0.092	0.622
ความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ร่วมกับคู่สมรสภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	0.083	0.407

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

จากตารางที่ 12 การทดสอบค่าสหสัมพันธ์โดยวิธีหาค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) ระหว่างปัจจัยภาวะของมีบุตรยากกับการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า

คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับอายุที่เริ่มมีรอบเดือนครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก ที่เริ่มมีรอบเดือนครั้งแรกเร็วจะมีค่าคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองสูง

ตารางที่ 13 การทดสอบค่าสหสัมพันธ์โดยวิธีหาค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) ระหว่างปัจจัยทางสังคมกับการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ปัจจัยทางสังคม	Pearson Correlation	p-value
Emotional focused coping	-0.187	0.053
Problem focused coping	0.224	0.019*

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

จากตารางที่ 13 การทดสอบค่าสหสัมพันธ์โดยวิธีหาค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Correlation) ระหว่างปัจจัยทางสังคมกับการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า

คะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเผชิญปัญหาแบบ Problem focused coping อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก ที่ใช้พฤติกรรมเผชิญปัญหาแบบ Problem focused coping มาก จะมีค่าคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองสูง

ส่วนที่ 8 ปัจจัยทำนายการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับต่ำ ของผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 14 แสดงปัจจัยทำนายการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับต่ำ ของผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอย Logistic Regression Analysis

ปัจจัย	Adjusted Odds Ratio (OR)	95% CI of OR	p-value
อายุที่เริ่มมีรอบเดือนครั้งแรก	2.829	1.276 - 6.273	0.011*
จำนวนวันที่มีรอบเดือน	0.083	0.009 - 0.786	0.030*
Emotional-focused coping	1.171	1.036 - 1.325	0.001**

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

จากตารางที่ 14 เมื่อนำตัวแปรจากปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยของภาวะมีบุตรยาก ปัจจัยทางจิตสังคม มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) พบว่าตัวแปรที่มีผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้แก่

อายุที่เริ่มมีรอบเดือนครั้งแรก ถ้าผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยากเริ่มมีรอบเดือนครั้งแรกเมื่ออายุ 15 ปี ขึ้นไปจะมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำกว่าผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก ที่มีรอบเดือนครั้งแรกเมื่ออายุน้อยกว่า 15 ปี คิดเป็น 2.829 เท่า

จำนวนวันที่มีรอบเดือน ถ้าผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยากมีจำนวนวันที่มีรอบเดือนตั้งแต่ 4 วันขึ้นไป จะมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำกว่าผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก ที่มีจำนวนวันที่มีรอบเดือนน้อยกว่า 4 วัน คิดเป็น 0.083 เท่า

Emotional focused coping ถ้าผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก ใช้พฤติกรรมเผชิญปัญหาแบบ Emotional focused coping เป็นหลัก จะมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำกว่าผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก ที่ไม่ใช้พฤติกรรมเผชิญปัญหาแบบ Emotional focused coping เป็นหลัก คิดเป็น 1.171 เท่า

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 35.4 ปี จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาเฉลี่ย 15.4 ปี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพพนักงาน/ลูกจ้าง (ร้อยละ 48.6) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 36,666.76 บาท รายได้เฉลี่ยรวมต่อเดือนของครอบครัว 100,728.15 บาท ส่วนคู่สมรสอายุเฉลี่ย 37.1 ปี จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาเฉลี่ย 15.23 ปี ระยะเวลาที่อยู่กินฉันท์สามีภรรยา ก่อนเข้ารับการรักษาภาวะมีบุตรยากเฉลี่ย 5.78 ปี มีการจดทะเบียนสมรส (ร้อยละ 61.9) มีการจัดพิธีสมรส (ร้อยละ 83.8) ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับสามีเป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 65.5) มีประวัติโรคทางด้านเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 0.9) มีโรคประจำตัวทางด้านร่างกาย (ร้อยละ 16.8) มีโรคประจำตัวทางด้านจิตเวช (ร้อยละ 1.8) เคยแท้งบุตร (ร้อยละ 23.0) การตั้งครรภ์เฉลี่ย 0.58 ครั้ง จำนวนบุตรเฉลี่ย 0.24 คน ประวัติปัญหา มีบุตรยากในครอบครัว (ร้อยละ 25.9)

ในแง่ข้อมูลทางคลินิก พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีส่วนสูงเฉลี่ย 158.50 เซนติเมตร น้ำหนักเฉลี่ย 54.96 กิโลกรัม ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 21.86 มีความพยายามที่จะมีบุตรเฉลี่ย 3.86 ปี ผลการรักษาไม่สำเร็จเฉลี่ย 1.20 ครั้ง อายุที่เริ่มมีรอบเดือนครั้งแรกเฉลี่ย 13.68 ปี มีจำนวนวันที่มีรอบเดือนเฉลี่ย 4.90 วัน มีระยะห่างของรอบเดือนเฉลี่ย 29.71 วัน มีความสม่ำเสมอของรอบเดือน (ร้อยละ 79.6) มีประวัติอาการปวดรอบเดือน (ร้อยละ 67.0) มีประวัติตกขาว (ร้อยละ 59.8) เคยรับการผ่าตัดทางรีเวช (ร้อยละ 65.2) ความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ร่วมกับคู่สมรสภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เฉลี่ย 1.84 ครั้ง มีอาการเจ็บหรือปวดเวลา มีเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 26.1) สาเหตุของภาวะมีบุตรยากตามความเข้าใจของผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้าใจว่าสาเหตุเกิดจากตนเอง (ร้อยละ 44.2) วิธีที่เคยรักษาภาวะมีบุตรยากส่วนใหญ่ยังไม่เคยได้รับการรักษาใดๆ (ร้อยละ 46.0)

ในแง่ข้อมูลทางจิตสังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนการใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์เฉลี่ย 50.56 (S.D. = 7.68) และด้านการมุ่งแก้ปัญหา เฉลี่ย 39.17 (S.D. = 7.15)

ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนการเห็นคุณค่าเฉลี่ย 31.87 (S.D. = 4.09) ซึ่งเมื่อใช้ค่าจุดตัดที่ Mean - 1 S.D. จะพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง จำนวน 100 ราย (ร้อยละ 88.5) และมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำจำนวน 13 ราย (ร้อยละ 11.5)

เมื่อแบ่งกลุ่มการเห็นคุณค่าในตนเองเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง และกลุ่มที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ พบว่ามี 7 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าในตนเอง ได้แก่ อายุที่เริ่มมีรอบเดือนครั้งแรก ($t = -3.847, p = 0.002$) การใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบการจัดการกับอารมณ์ ($t = -3.819, p = 0.000$) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของภรรยา ($p = 0.002$) การพักอาศัยอยู่กับ ($p = 0.019$) ส่วนสูง ($\chi^2 = 5.860, p = 0.015$) จำนวนวันที่มีรอบเดือน ($p = 0.026$) วิธีที่เคยรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยการฉีดสเปิร์มเพื่อคู่อ่อนไหว ($\chi^2 = 5.102, p = 0.024$) และเมื่อทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Logistic Regression Analysis พบว่า เหลือเพียง 3 ปัจจัย ที่สามารถทำนายการเห็นคุณค่าในตนเอง ได้แก่ อายุที่เริ่มมีรอบเดือนครั้งแรก (Adjusted OR = 2.829, 95%CI = 1.276-6.273, $p = 0.011$) จำนวนวันที่มีรอบเดือน (Adjusted OR = 0.083, 95%CI = 0.009-0.786, $p = 0.030$) Emotional focused coping (Adjusted OR = 1.171, 95%CI = 1.036-1.325, $p = 0.001$)

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงการเห็นคุณค่าในตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหญิงที่มีภาวะมีบุตรยากจำนวน 113 ราย พบว่า ระดับคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองที่วัดจากแบบประเมิน The Rosenberg's Self Esteem Scale (RSE) ฉบับภาษาไทย ในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก ครั้งนี้มีค่าเฉลี่ย 31.87 (S.D. = 4.09) ซึ่งมีค่าต่ำกว่าระดับการเห็นคุณค่าในตนเองในหญิงวัยผู้ใหญ่ ที่ยังไม่หมดประจำเดือนทั่วไป (ในประเทศสวีเดน) ซึ่งมีค่าเฉลี่ย 39.77 (S.D. = 4.64)⁽¹⁰⁷⁾ และในหญิงที่มีความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ มีค่าเฉลี่ย 33.33 (S.D. = 3.73)⁽¹⁰⁸⁾ แต่มีค่าใกล้เคียงกับการเห็นคุณค่าในตนเองที่ศึกษาในหญิงมีบุตรยาก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ (ค่าเฉลี่ย 31.64, S.D. = 3.49)⁽⁹⁶⁾

อย่างไรก็ดี ระดับคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองในการศึกษานี้ ก็มีค่าคะแนนสูงกว่า การศึกษาในผู้ป่วยหญิงโรคมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ของประเทศไต้หวันและในวัยรุ่นตั้งครรภ์ครั้งแรกในจังหวัดอุบลราชธานี (ค่าเฉลี่ย 29.28, S.D. = 2.88)⁽¹⁰⁹⁾ ผลการศึกษามีความแตกต่างกันอาจ เนื่องจากความแตกต่างทางด้านเชื้อชาติ และปัจจัยส่วนบุคคลอื่นๆ ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าหญิงมีบุตร ยากนั้น มีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำกว่าหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่แข็งแรงดี นอกจากนี้การมีบุตรยาก นั้น มีผลกระทบต่อลบต่อการเห็นคุณค่าในตนเองมากกว่าการมีภาวะแทรกซ้อน (ความดันโลหิตสูง) ขณะตั้งครรภ์ แต่มีผลกระทบน้อยกว่าการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งในระบบสืบพันธุ์ (โรคมะเร็ง ปากมดลูก)

จากการศึกษานี้พบว่า การมีอายุที่เริ่มมีรอบเดือนครั้งแรกช้า (≥ 15 ปี) เป็นปัจจัยเสี่ยง (Adjusted OR = 2.829, 95%CI = 1.276-6.273) ของการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.011$) ซึ่งขัดแย้งกับผลการศึกษาในเด็กหญิงวัยรุ่น ที่พบว่าการมีรอบเดือนครั้งแรกช้า จะมีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับสูงกว่าเด็กหญิงที่มีรอบเดือนเร็ว^(110, 111) ทั้งนี้อาจเป็น จากความแตกต่างด้านอายุของประชากรที่ศึกษา เนื่องจากการศึกษาเรื่องรอบเดือนครั้งแรกส่วนใหญ่ ทำในเด็กหญิงช่วงวัยรุ่นตอนต้น (อายุ 10-15 ปี) มุมมองของเด็กวัยนั้น อาจมองว่าการมีรอบเดือน ครั้งแรก เป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ในชีวิต โดยมีทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (เช่น ความสูง การมีหน้าอก) และการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลขณะมีรอบเดือน ทำให้มีผลกระทบต่อ ภาวะสุขภาพ และระดับการเห็นคุณค่าในตนเองในทางลบ แต่การศึกษานี้ ทำในหญิงวัยเจริญพันธุ์ (อายุเฉลี่ย 35.40 ± 3.96 ปี) ที่มีภาวะมีบุตรยาก มุมมองที่มองย้อนกลับถึงการมีรอบเดือนครั้งแรก อาจมองด้วยความรู้สึกที่แตกต่างไปจากเดิม โดยอาจมองว่าการที่ตนเองมีรอบเดือนช้า น่าจะมีความ ผิดปกติบางอย่างเกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์ และมีผลกระทบต่อภาวะการเจริญพันธุ์ของตนเอง ซึ่งใน ปัจจุบันอายุเฉลี่ยที่เริ่มมีรอบเดือนครั้งแรกลดน้อยลงเรื่อยๆ ในทุกประเทศทั่วโลก⁽¹¹²⁾ โดยอาจสัมพันธ์ กับภาวะทางโภชนาการที่ดีขึ้น การมีรอบเดือนช้าอาจเป็นตัวบ่งถึง การมีภาวะทุพโภชนาการ การ เจ็บป่วย หรือความไม่สมบูรณ์ของฮอร์โมน^(113, 114) และมีการศึกษาพบว่า การมีรอบเดือนช้า (≥ 15 ปี) เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการมีภาวะมีบุตรยากในอนาคต⁽¹¹⁵⁾ จึงอาจส่งผลกระทบต่อระดับการเห็นคุณค่าใน ตนเองในทิศทางที่ต่างไปจากการศึกษาก่อนหน้านี้

จำนวนวันที่มีรอบเดือนตั้งแต่ 4 วันขึ้นไป เป็นปัจจัยปกป้อง (Adjusted OR = 0.083 , 95%CI = 0.009-0.786) ต่อการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับต่ำ ซึ่งจนถึงปัจจุบัน ยังไม่มีการศึกษาใดที่ศึกษาโดยตรงถึงระดับการเห็นคุณค่าในตนเองกับจำนวนวันที่มีรอบเดือน แต่ในการศึกษาในหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีสุขภาพแข็งแรงดี พบว่ามีจำนวนวันที่มีรอบเดือนเฉลี่ย 5 วัน (S.D. = 1.5)⁽¹¹⁶⁾ และพบว่ามีผู้หญิงจำนวนน้อย (3.2%) เท่านั้น ที่มีรอบเดือน < 4 วัน⁽¹¹⁷⁾ นอกจากนี้ การมีจำนวนวันที่มีรอบเดือนน้อย ร่วมกับปริมาณเลือดที่ออกลดลง สัมพันธ์กับการมีภาวะไม่ตกไข่ (Anovulation) ซึ่งส่งผลต่อการมีบุตรยาก และหญิงไทยมักมีความเชื่อว่าประจำเดือนนั้นเป็นเลือดเสียที่ควรถูกขับออกจากร่างกาย การมีประจำเดือนหลายวันสามารถขับของเสียออกที่คั่งค้างออกจากร่างกาย การมีประจำเดือนน้อยวันอาจส่งผลต่อสุขภาพ ซึ่งอาจทำให้ไม่แข็งแรงพอที่จะมีบุตรได้

การใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบ Emotional focused coping ในระดับสูง เป็นปัจจัยเสี่ยง (Adjusted OR = 1.171, 95%CI = 1.036-1.325) ของการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ทำในผู้ป่วยที่เป็นโรคทางกายอื่นๆ^(118, 119) ซึ่งพฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบ Emotional focused coping หมายความว่ารวมถึงการพยายามลดอารมณ์ด้านลบจากเหตุการณ์ ความเครียดหรือความผิดหวัง โดยการเบี่ยงเบนความสนใจของตนเองออกไปจากปัญหา การทำตัวให้ดูเหมือนจะร่าเริงต่อหน้าบุคคลอื่น การสวมมณฑลอ่อนน้อมต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การเพิกเฉยต่อปัญหาโดยไม่แก้ไข และการคาดการณ์ไปในทางเลวร้ายที่สุดซึ่งโดยทั่วไปพฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบ Emotional focused coping ถือเป็นพฤติกรรมการเผชิญปัญหาที่ได้ผลน้อยกว่า Problem focused coping เนื่องจากไม่สามารถกำจัดแหล่งของความเครียด หรือจัดการที่ต้นเหตุ จึงไม่สามารถแก้ไขปัญหาในระยะยาวได้ โดยจากการศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่าคนที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับสูง มักจะใช้วิธีเผชิญปัญหาแบบ Problem focused coping มากกว่า ซึ่งอาจเป็นจากการที่บุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับสูง จะมองว่าตนเองมีความสามารถที่จะจัดการกับปัญหาที่เข้ามา มีความรู้สึกท้าทาย และมีความมั่นใจที่จะเข้าไปจัดการ หรือเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่เป็นปัญหาให้ลุล่วงไปได้⁽¹²⁰⁾ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในประเทศจีน พบว่าหญิงมีบุตรยากที่ได้รับการรักษาด้วยวิธี IVF กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มที่จะใช้พฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบ Problem focused coping (Positive Reframing, Humor) น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)⁽⁹⁷⁾ และการศึกษาในหญิงมีบุตรยากชาวกรีซ ที่รักษาด้วยวิธี IVF พบว่า

ผู้ป่วยหญิงกลุ่มที่ใช้ Problem focused coping จะมี Perception of Control สูง และมีค่าคะแนนความเครียดและซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มที่ใช้ Avoidance coping⁽⁹⁸⁾ นอกจากนี้ยังพบว่า Emotional focused coping มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า/ภาวะวิตกกังวล และคะแนนความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.01$ ^(66, 99, 121-123)

ส่วนปัจจัยอื่นๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับการมีการเห็นคุณค่าในตนเองในระดับต่ำ จาก Univariate analysis ได้แก่ รายได้ส่วนตัวต่อเดือนนั้น พบว่ามีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Goodman⁽¹²⁴⁾ ในประเทศแถบแอฟริกา ที่พบว่าระดับการเห็นคุณค่าในตนเองในกลุ่มที่มีเศรษฐกิจต่ำ (low socio-economic status) จะมีค่าต่ำกว่ากลุ่มที่มีเศรษฐกิจปานกลาง (middle socio-economic status) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Terrence⁽¹²⁵⁻¹²⁷⁾

การพักอาศัยอยู่กับครอบครัวฝ่ายสามี สอดคล้องกับการศึกษาของ Oweis (2010)⁽¹²⁸⁾ ซึ่งพบว่าหญิงชาวจอร์แดนที่อาศัยอยู่ในบ้านของครอบครัวฝ่ายสามีไม่ค่อยมีความสุข และมีโอกาสได้รับความรุนแรงในครอบครัวจากญาติฝ่ายสามี (โดยเฉพาะมารดาของสามี) และการศึกษาของ Loo (2010)⁽¹²⁹⁾ ที่ศึกษาในหญิงชาวจีน พบว่าครอบครัวฝ่ายสามี (โดยเฉพาะมารดาสามี) มีส่วนสำคัญในการทำให้เกิดแรงกดดันต่อการตั้งครรรภ์ให้สำเร็จ และการกำหนดเพศของทารก โดยค่านิยมความต้องการมีบุตรเพศชาย ทำให้หญิงชาวจีนมีปัญหาด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง และปัญหาทางอารมณ์สูงมาก โดยเฉพาะหากทารกที่เกิดมาไม่ใช่เพศชาย และการศึกษาของซุติมา หุ่่มเรื่องวงษ์ และคณะ (2011)⁽¹³⁰⁾ พบว่าความขัดแย้งระหว่างมารดาสามีและลูกสะใภ้เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในสังคมเอเชีย โดยเฉพาะประเทศจีนและอินเดีย ที่ส่วนใหญ่ฝ่ายหญิงต้องแต่งงานเข้าไปอยู่ในครอบครัวของฝ่ายชาย ภายใต้การดูแลของมารดาสามี ซึ่งสะใภ้ชาวเอเชียส่วนใหญ่ถูกคาดหวังให้เชื่อฟังและอยู่ในโอวาทของมารดาสามี⁽¹³¹⁾ ดังนั้นหญิงเหล่านี้จึงอาจจำเป็นต้องเก็บความรู้สึกคับข้องใจต่างๆ ไว้ภายใน และทำตามความต้องการของครอบครัวฝ่ายสามี ซึ่งนำไปสู่ความรู้สึกอึดอัด และขาดอำนาจในการตัดสินใจ⁽¹³²⁾ ถึงแม้ในปัจจุบันความสัมพันธ์ระหว่างมารดาสามีและสะใภ้มีการเปลี่ยนแปลงไปตามสมัย และการเติบโตทางเศรษฐกิจ แต่ก็ยังคงมีหลงเหลือให้เห็นได้ทั่วไป

ส่วนสูงเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยผู้ที่มีรูปร่างสูงจะมีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองสูงกว่าผู้ที่มีรูปร่างเตี้ย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nancy (1990)⁽¹³³⁾ ที่ศึกษา

ความสัมพันธ์ระหว่างความสูงและการเห็นคุณค่าในตนเอง พบว่าในปัจจุบันภาวะโภชนาการได้พัฒนาไปมาก ทำให้ส่วนสูงของประชากรรุ่นหลังๆ มีค่าเฉลี่ยสูงขึ้น โดยหญิงไทยทั่วไป มีค่าส่วนสูงเฉลี่ย 159 เซนติเมตร⁽¹³⁴⁾ การมีส่วนสูงที่เหนือกว่าเกณฑ์เฉลี่ยของมาตรฐานหญิงไทย อาจแสดงถึงการมีสุขภาพที่ดี และมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม ซึ่งส่งผลทำให้เกิดความภูมิใจในรูปร่าง และนำไปสู่ระดับการเห็นคุณค่าในตนเองที่สูง

วิธีที่เคยรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยการฉีดสีเอ็กซเรย์เพื่อดูท่อนำไข่ (Hysterosalpingography) มีความเกี่ยวข้องกับการเห็นคุณค่าในตนเองระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Tan (2001)⁽¹³⁵⁾ ที่ศึกษาในหญิงชาวจีนที่มารับการตรวจรักษาภาวะมีบุตรยาก ซึ่งพบว่า 92.3% ของผู้ป่วยหญิงรู้สึกเศร้าหลังการทำ Hysterosalpingography และการศึกษาในประเทศเนเธอร์แลนด์ ของ Eimers (1997)⁽¹³⁶⁾ พบว่าผู้ป่วยหญิงส่วนใหญ่รู้สึกแย่กับการทำการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีนี้เช่นกัน ซึ่งโดยทั่วไปการฉีดสีเอ็กซเรย์เพื่อดูท่อนำไข่นั้น จะทำก็ต่อเมื่อประสบความสำเร็จหลังจากการลองรักษาด้วยวิธีต่างๆ มาแล้วหลายครั้ง (Repeated failures) เช่น วิธีการให้คู่สมรสมีเพศสัมพันธ์ตามปกติ การมีเพศสัมพันธ์กันในวันที่ไข่ตก โดยดูจากมูก (cervical mucus) การวัดอุณหภูมิร่างกาย (body temperature) หรือใช้ยาฮอร์โมนช่วยกระตุ้นการตกไข่ ซึ่งเมื่อมาถึงขั้นตอนนี้ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกกังวลว่ามีความผิดปกติต่อร่างกายของตนเอง ว่าการตรวจวินิจฉัยชนิดนี้อาจเป็นตัวบ่งบอกความเป็นไปได้ที่ปัญหาการมีบุตรยากเกิดจากสาเหตุทางฝ่ายตน โดยเฉพาะสาเหตุของท่อนำไข่ตีบ หรือตัน ซึ่งส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองที่ลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จึงอาจจะไม่สามารถเป็นตัวแทนของผู้ป่วยหญิงที่มีบุตรยากในบริบทอื่นๆ ได้
2. การศึกษานี้อาจเป็นพื้นฐานสำหรับการต่อยอดในการศึกษาเชิงลึกต่อไป เช่น การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยหญิงที่มีและไม่มีปัญหา มีบุตรยาก และเป็นแนวทางของศึกษาแบบ Experimental studies โดยมีการให้การรักษาด้านจิตใจ และเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการรักษา



รายการอ้างอิง



1. Greenhall E, Vessey M. The prevalence of subfertility: a review of the current confusion and a report of two new studies. *Fertility and sterility*. 1990;54(6):978-83.
2. World Health Organization, Programme of Maternal and Child Health and Family Planning Unit. *Infertility : a tabulation of available data on prevalence of primary and secondary infertility*. Geneva : World Health Organization: Health DoF; 1991.
3. Lunenfeld B, Van Steirteghem A. Infertility in the third millennium: implications for the individual, family and society: condensed meeting report from the Bertarelli Foundation's second global conference. *Human reproduction update*. 2004;10(4):317-26.
4. Larsen U. Research on infertility : which definition should we use? *Fertility and sterility*. 2005;83(4):846-52.
5. Leke RJ, Oduma JA, Bassol-Mayagoitia S, Bacha AM, Grigor KM. Regional and geographical variations in infertility: effects of environmental, cultural, and socioeconomic factors. *Environmental health perspectives*. 1993;101 Suppl 2:73-80.
6. Boivin J, Bunting L, Collins JA, Nygren KG. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Hum Reprod*. 2007;22(6):1506-12.
7. Ombelet W. Reproductive healthcare systems should include accessible infertility diagnosis and treatment : an important challenge for resource poor countries. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. 2009;106(2):168-71.
8. Daniluk JC. Infertility: intrapersonal and interpersonal impact. *Fertility and sterility*. 1988;49(6):982-90.
9. Daniels KR. Management of the psychosocial aspects of infertility. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*. 1992;32(1):57-63.
10. Langridge P. Children are not just miniature adults. *Nurs Times*. 2005;101(10):47.

11. Lampic C, Svanberg AS, Karlström P, Tydén T. Fertility awareness, intentions concerning childbearing, and attitudes towards parenthood among female and male academics. *Hum Reprod.* 2006;21(2):558–64.
12. Dyer SJ. The value of children in African countries: insights from studies on infertility. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology.* 2007;28(2):69-77.
13. Holton S, Fisher J, Rowe H. To have or not to have? Australian women's childbearing desires, expectations and outcomes. *Journal of Population Research.* 2011;28(4):353-79.
14. Roberts E, Metcalfe A, Jack M, Tough SC. Factors that influence the childbearing intentions of Canadian men. *Human Reproduction.* 2011;26(5):1202-8.
15. Peterson BD, Pirritano M, Tucker L, Lampic C. Fertility awareness and parenting attitudes among American male and female undergraduate university students. *Human Reproduction.* 2012;27(5):1375-82.
16. Daar AS, Merali Z. Infertility and social suffering : the case of ART in developing countries. Geneva, Switzerland : World Health Organization: Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction; 2002. 15–21 p.
17. หนังสือพิมพ์แนวหน้า. จัปตาวิกฤตประชากรไทย เด็กเกิดน้อย-คนสูงวัยเพิ่ม [ออนไลน์]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 31 พฤศจิกายน 2556]; Available from: <http://www.naewna.com/scoop/62308%202556>.
18. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) และกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA). ผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรในประเทศไทย-สถานการณ์และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย [ออนไลน์]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 31 พฤศจิกายน 2556]; Available from: http://www.nesdb.go.th/temp_social/data/data_02.pdf
19. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2 [ออนไลน์]. นนทบุรี: บริษัท เดอะกราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด; 2553 [เข้าถึงเมื่อ 31 พฤศจิกายน 2556]; Available from: www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/nhes4.pdf.
20. สุรน ปัญญาติลก. สถานการณ์การมีบุตรยากในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: กองวางแผนครอบครัว กรมอนามัย; 2540.

21. ปาณฉัตร เสียงดั่ง, อมรา สุนทรธาดา. ภาวะการมีบุตรยาก : ประเด็นสังคมที่มากกว่าเรื่องเพศ. นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม; 2551.
22. สมบูรณ์ คุณาธิคม. ภาวะมีบุตรยากและเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์. กรุงเทพมหานคร: พี.เอ. ลีฟวิ่ง; 2545.
23. Rosenberg M, Turner RH. Social Psychology : Sociological Perspectives New Jersey: Basic book; 2004.
24. Srisaeng P. Self-esteem, stressful life events, social support, and postpartum depression in adolescent mothers in Thailand. Cleveland, Ohio: Case Western Reserve University; 2003.
25. Sue, Jo. HISTORY OF SELF-ESTEEM [Online]. 1999 [Access date 31 November 2013]; Available from: <http://ehlt.flinders.edu.au/education/DLIT/1999/WEBNOTES/website/history.htm>.
26. Adler N, Stewart J. Self-Esteem. Psychosocial Notebook. 2004. the Psychosocial Working Group.
27. Blascovich J, Tomaka J. Measures of self-esteem. J.P. Robinson PRS, L.S. Wrightsman, editor. San Diego, CA: Academic Press 1991.
28. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton: NJ: Princeton University Press; 1965. 15 p. 
29. Brédart A, Kop J-L, Fiszer C, Sigal-Zafrani B, Dolbeault S. Breast cancer survivors' perceived medical communication competence and satisfaction with care at the end of treatment. Psycho-oncology. 2015.
30. Lordello, Ambrogini C, Fanganiello A, Embirucu T, Zaneti M, Veloso L, et al. Creation and Validation of the Self-esteem/Self-image Female Sexuality (SESIFS) Questionnaire. Clinical Medicine Insights: Women's Health. 2014:37.
31. Pervin LA. Personality : Theory and research. NY: John Wiley and Sons; 1993.
32. Rosenberg M. Rosenberg Self Esteem Scale. Department of Sociology, University of Maryland; 2014.
33. Rosenberg M, Turner RH. Social Psychology : Sociological Perspectives. NJ : Transaction publisher. 2004.

34. Herold ES, Goodwin MS, Lero DS. Self-esteem, locus of control, and adolescent contraception. *The Journal of psychology*. 1979;101(1st Half):83-8.
35. Hallal JC. The relationship of health beliefs, health locus of control, and self concept to the practice of breast self-examination in adult women. *Nursing research*. 1982;31(3):137-42.
36. Liao K, Hunter M, Weinman J. Health-related behaviours and their correlates in a general population sample of 45 year old women. *Psychology & Health Psychol*. 1995;10(3):171-84.
37. Vingerhoets AJJM, Croon M, Jeninga AJ, Menges LJ. Personality and health habits. *Psychology and Health*. 1990;4.
38. Hollar DS, Snizek WE. The influences of knowledge of HIV/AIDS and self-esteem on the sexual practices of college students. *Social Behavior and Personality*. 1996;24(1).
39. Abood DA, Conway TL. Health value and self-esteem as predictors of wellness behavior. *Health Values*. 1992;16:20-6.
40. Torres R, Fernandez F. Self-esteem and value of health as determinants of adolescent health behavior. *The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine*. 1995;16(1):60-3.
41. Torres R, Fernandez F, Maceira D. Self-esteem and value of health as correlates of adolescent health behavior. *Adolescence*. 1995;30(118):403-12. Epub 1995/01/01.
42. Baumeister RF, Campbell JD, Kreuger JI, Vohs KD. Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*. 2003;4(1):1-44.
43. Brown JD, McGill KL. The cost of good fortune: when positive life events produce negative health consequences. *Journal of personality and social psychology*. 1989;57(6):1103-10.
44. DeLongis A, Folkman S, Lazarus RS. The impact of daily stress on health and mood: psychological and social resources as mediators. *Journal of personality and social psychology*. 1988;54(3):486-95.

45. Lyons A, Chamberlain K. The effects of minor events, optimism, and self-esteem on health. *British Journal of Clinical Psychology*. 1994;33:559-70.
46. Bayer SR, Alper MM, Penzias AS. *The Boston IVF handbook of infertility : a practical guide for practioners who care for infertile couples*. New York: The Parthenon Publishing Group Inc; 2002.
47. อร่าม โจรนสกุล. บทบาทของการปฏิสนธินอกร่างกายในการดูแลรักษาผู้มีบุตรยาก. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง; 2539.
48. สุภักดี จุลวิจิตรพงษ์. ความก้าวหน้าทางเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์. กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยสูติศาสตร์นรีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2555.
49. พวงเพ็ญ ริมดุสิต. ความก้าวหน้าในหลักการและวิธีแก้ไขปัญหามีบุตรยาก. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง; 2533.
50. พันธุ์ศักดิ์ สุกระถกซ์. ภาวะมีบุตรยาก. 6, editor. กรุงเทพมหานคร: หมอชาวบ้าน; 2551.
51. ดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร. อยากท้อง ไม่อยากท้อง? [ออนไลน์]. ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล 2556 [เข้าถึงเมื่อ 31 พฤศจิกายน 2556]; Available from:
http://www.si.mahidol.ac.th/Th/department/obstretics_gynecology/dept_article_detail.asp?a_id=819
52. Johnson MH, Everitt BJ. *Essential reproduction*. 5th ed. Malden, MA: Blackwell Science; 2000. xvi, 285 p.
53. Kols A, Nguyen T. Infertility in developing countries. *Reproductive Health Outlook*. 1997;15(3):1-14.
54. พิบูลย์ ลีละพัฒนนะ. การรักษาคู่สมรสมีบุตรยาก ประสบการณ์ในศูนย์รักษาผู้มีบุตรยาก โรงพยาบาลวิชัยยุทธ VSIVF [ออนไลน์]. 2547 [เข้าถึงเมื่อ 31 พฤศจิกายน 2556]; Available from: www.vichaiyut.co.th/jul/30_01-2548/30_01-2548_P71-77.pdf.
55. Beaurepaire J, etal. Psychosocial adjustment to infertility and its treatment: male and female responses at different stages of IVF/ ET treatment. *Journal of psychosomatic research*. 1994;38(3):229-40.
56. Kerr J, Brown C, Balen AH. The experience of couples who have had infertility treatment in the United Kingdom : results of a survey performed in 1997. *Human Reproduction*. 1999;14:934-8.

57. Inhorn MC, Buss KA. Ethnography, epidemiology and infertility in Egypt. *Soc Sci Med.* 1994;39(5):671-86.
58. Aghanwa HS, Dare FO, Ogunniyi SO. Sociodemographic factors in mental disorders associated with infertility in Nigeria. *Journal of psychosomatic research.* 1999;46(2):117-23.
59. Inhorn MC. Global infertility and the globalization of new reproductive technologies: illustrations from Egypt. *Soc Sci Med.* 2003;56(9):1837-51.
60. Koster-Oyekan W. Infertility among Yorubawomen : perceptions, causes, treatments and consequences. *African Journal of Reproductive Health Psychol.* 1999;3:13-26.
61. Upton RL. "Infertility makes you invisible": gender, health and the negotiation of fertility in northern Botswana. *Journal of Southern African Studies.* 2001;27:349-62.
62. Abbey A, Andrews F, Halman L. Gender's role in responses to infertility. *Psychology of Women Quarterly.* 1991;15:295-316.
63. Nachtigall HD, Becker G, Wizny D. The effects of gender-specific diagnosis on men's and women's response to infertility. *Fertility and sterility.* 1992;57(1):113-21.
64. Cook R. The relationship between sex role and emotional functioning in patients undergoing assisted conception. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology.* 1993(14):31-40.
65. Woods NF, Olshansky EF, Draye MA. Infertility: women's experiences. *Health Care for Women International.* 1991;12:179-90.
66. Litt M D, Tennen H, Affleck G, S. K. Coping and cognitive factors in adaptation to in vitro fertilization failure. *Journal of Behavioural Medicine.* 1992;15(2):171-87.
67. Morrow KA, Thoreson RW, Penney LL. Predictors of psychological distress among infertility clinic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1995;63(1):163-7.

68. Abbey A, Andrews F, Halman L. Infertility and subjective well-being: the mediating roles of self-esteem, internal control, and interpersonal conflict. *Journal of Marriage and the Family*. 1992;54(May):408-16.
69. Greil AL. Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Soc Sci Med*. 1997;45(11):1679-704.
70. Eugster A, Vingerhoest AJJM. Psychological aspects of in vitro fertilization: a review. *Social Science and Medicine*. 1999;48:575-89.
71. Hart VA. Infertility and the role of psychotherapy. *Issues in mental health nursing*. 2002;23(1):31-41.
72. Daniels K. Does Assisted Reproduction Make an Impact on the Identity and Self-Image of Infertile Couples? *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*. 1999;16(2):57-9.
73. Bahamondes L, Makuch M. Infertility care and the introduction of new reproductive technologies in poor resource settings. *Reprod Biol Endocrinol*. 2014;12:87.
74. Mazor M. Emotional reactions to infertility. Oxford, Oxford University Press: *In The Ethics of Reproductive Technology*; 1992.
75. Rowland R. Women as living laboratories: the new reproductive technologies. Newbury Park, CA, Sage: *In The Trapped Woman*; 1987.
76. Connolly KJ, Edelmann RJ, Cooke ID, Robson J. The impact of infertility on psychological functioning. *Journal of psychosomatic research*. 1992;36(5):459-68.
77. Connolly K, Edelmann R. The impact of infertility and infertility investigations : Four case illustrations *J Reprod Infant Psychol* 1989;7:113-9.
78. Menning BE. The emotional needs of infertile couples. *Fertility and sterility*. 1980;34(4):313-9.
79. Shapiro C. *Infertility and Pregnancy Loss*. San Francisco: Jossey-Bass; 1993.
80. Elstein M. Effect of infertility on psychosexual function. *Bmj*. 1975;3(5978):296-9.
81. Vassard D, Lund R, Pinborg A, Boivin J, Schmidt L. The impact of social relations among men and women in fertility treatment on the decision to terminate treatment. *Human Reproduction*. 2012;27(12):3502-12.

82. van Balen F, Trimbos-Kemper T, Verdurmen J. Perception of diagnosis and openness of patients about infertility. *Patient Education and Counseling*. 1996;28(3):247-52.
83. Van BF. The psychologization of infertility. Inhorn MC vBF, editor. London: University of California Press; 2002.
84. Dhont N, van de Wijgert J, Coene G, Gasarabwe A, Temmerman M. 'Mama and papa nothing': living with infertility among an urban population in Kigali, Rwanda. *Human Reproduction*. 2011;26(3):623-9.
85. Inhorn MC. Right to assisted reproductive technology: Overcoming infertility in low-resource countries. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2009;106(2):172-4.
86. Van BF, Bos HMW. The social and cultural consequences of being childless in poor-resources areas. *Facts Views Vis Obgyn*. 2009;1(2):106-21.
87. Hammarberg K, Kirkman M. Infertility in resource-constrained settings: moving towards amelioration. *Reproductive biomedicine online*. 2013;26(2):189-95.
88. Vivien KB, Victoria CH. *Clinical Manual of Women's Mental Health*. Washington, DC, London, England: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2005.
89. Deka PK, Sarma S. Psychological aspects of infertility. *BJMP* 2010;3(3):a336.
90. Mahlstedt PP. The psychological component of infertility. *Fertility and sterility*. 1985;43(3):335-46.
91. Domar AD, Broome A, Zuttermeister PC, Seibel M, Friedman R. The prevalence and predictability of depression in infertile women. *Fertility and sterility*. 1992;58(6):1158-63.
92. Anderson K, Sharpe M, Rattray A. Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. *Journal of psychosomatic research*. 2003;54:353-5.
93. Kissi YE, Romdhane AB, Hidar S, Bannour S, Ayoubidrissi K, hairi H, et al. General psychopathology, anxiety, depression and self-esteem in couples undergoing infertility treatment : a comparative study between men and women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2012;167(2):185-9.

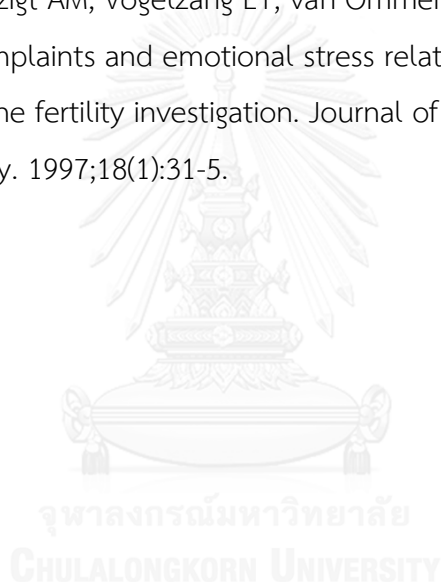
94. Açmaz G, Albayrak E, Acmaz B, Başer M, Soyak M, Zararsız G, et al. Level of Anxiety, Depression, Self-Esteem, Social Anxiety, and Quality of Life among the Women with Polycystic Ovary Syndrome. *The Scientific World Journal*. 2013;2013:1-7.
95. Cizmeli C, Lobel M, Franasiak J, Pastore LM. Levels and associations among self-esteem, fertility distress, coping, and reaction to potentially being a genetic carrier in women with diminished ovarian reserve. *Fertility and sterility*. 2013;99(7):2037-44.e3.
96. วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสัมพันธ์ภาพในคู่สมรสกับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของสตรีที่มีบุตรยาก: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2536.
97. Wu G, Yin T, Yang J, Xu W, Zou Y, Wang Y, et al. Depression and coping strategies of Chinese women undergoing in-vitro fertilization. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2014;183:155-8.
98. Gourounti K, Anagnostopoulos F, Potamianos G, Lykeridou K, Schmidt L, Vaslamatzis G. Perception of control, coping and psychological stress of infertile women undergoing IVF. *Reproductive biomedicine online*. 2012;24(6):670-9.
99. Musa R, Ramli R, Yazmie AWA, Khadijah MBS, Hayati MY, Midin M, et al. A preliminary study of the psychological differences in infertile couples and their relation to the coping styles. *Comprehensive Psychiatry*. 2014;55:S65-S9.
100. Schneider MG, Forthofer MS. Associations of psychosocial factors with the stress of infertility treatment. *Health Soc Work*. 2005;30(3):183-91.
101. Hollos M, Larsen U, Obono O, Whitehouse B. The problem of infertility in high fertility populations: Meanings, consequences and coping mechanisms in two Nigerian communities. *Social Science & Medicine*. 2009;68(11):2061-8.
102. จีราวรรณ ดีเหลือ. ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของคู่สมรสที่มีบุตรยาก. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2539.
103. อุดมพร ยิ่งไพบูลย์สุข. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของสตรีที่มีบุตรยาก. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
104. Wirtberg I, Möller A, Hogström L, Tronstad SE, Lalos A. Life 20 years after unsuccessful infertility treatment. *Hum Reprod*. 2007;22(2):598-604.

105. Cavalcante JC, de Sousa VE, Lopes MV. Situational low self-esteem in pregnant women: an analysis of accuracy. *Revista brasileira de enfermagem*. 2012;65(6):977-83. *Baixa autoestima situacional em gestantes: uma analise de acuracia*.
106. สุพรรณณี สุ่มเล็ก. รูปแบบเชิงสาเหตุของความสามารถ ในการดำรงบทบาทมารดาเป็นครั้งแรก: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2538.
107. Drobnjak S, Atsiz S, Ditzen B, Tuschen-Caffier B, Ehlert U. Restrained eating and self-esteem in premenopausal and postmenopausal women. *Journal of eating disorders*. 2014;2(1):23.
108. ศรีสมร ภูมณสกุล, ปราณีย์ ป้องเรือ, กุลสตรี วรรณะไพสิฐ. ปัจจัยทำนายความผาสุกในครอบครัวของสตรีที่มีความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์. *รามาศิริพยาบาลสาร*. 2553;ปีที่ 17 ฉบับที่ 3
109. พูนสุข ช่วยทอง, เปรมวดี คฤหเดช. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของวัยรุ่นตั้งครรภ์แรก. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*. 2557;ปีที่ 58 ฉบับที่ 6.
110. McGrory A. Menarche : responses of early adolescent females. *Adolescence*. 1990;25(98):265-70.
111. Labbrozzi D, Robazza C, Bertollo M, Bucci I, Bortoli L. Pubertal development, physical self-perception, and motivation toward physical activity in girls. *Journal of adolescence*. 2013;36(4):759-65. มหาวิทยาลัย
112. Anthropol A, Kozlov A, Vershubsky G. Secular trends in average height and age at menarche of ethnic Russians and Komi-Permyaks of the Permsky Krai, Russia. *Anthropologischer Anzeiger*. 2015;Volume 72, Number 1.
113. Sushama K, Sangita K, SuviM V, Minna S. Age at menarche and diet among adolescents in slums of Nashik, India. *International Journal of Adolescent Medicine and Health [Internet]*. 2015 March
114. ไพรัชญา สวัสดิ์พานิช. เมื่อลูกเป็นสาวเร็ว. *คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล: Siriraj E-Public Library*; 2553.
115. Gulbrandsen K, Hakonsen LB, Ernst A, Toft G, Lyngso J, Olsen J, et al. Age of menarche and time to pregnancy. *Hum Reprod*. 2014;29(9):2058-64.

116. Dasharathy SS, Mumford SL, Pollack AZ, Perkins NJ, Mattison DR, Wactawski-Wende J, et al. MENSTRUAL BLEEDING PATTERNS AMONG REGULARLY MENSTRUATING WOMEN. *American Journal of Epidemiology*. 2012;Vol. 175, No. 6
117. De Sanctis V, Bernasconi S, Bianchin L, Bona G, Bozzola M, Buzi F, et al. Onset of menstrual cycle and menses features among secondary school girls in Italy: A questionnaire study on 3,783 students. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2014.
118. Epping-Jordan JE, Compas BE, Howell DC. Predictors of cancer progression in young adult men and women: avoidance, intrusive thoughts, and psychological symptoms. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 1994;13(6):539-47.
119. McLeod S. Emotion Focused Coping [Online]. 2009 [Access date 31 November 2013]; Available from: <http://www.simplypsychology.org/emotion-focused-coping.html>.
120. Michelle Dumont, Marc A Provost. Resilience in Adolescents: Protective Role of Social Support, Coping Strategies, Self-Esteem, and Social Activities on Experience of Stress and Depression. *Journal of Youth and Adolescence*. 1999;Volume 28, Issue 3:343-63.
121. Lord S, Robertson N. The role of patient appraisal and coping in predicting distress in IVF. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2005;23(4):319-32.
122. Van den Broeck U, D'Hooghe T, Enzlin P, Demyttenaere K. Predictors of psychological distress in patients starting IVF treatment: infertility-specific versus general psychological characteristics. *Human Reproduction*. 2010;25(6):1471-80.
123. Rockliff HE, Lightman SL, Rhidian E, Buchanan H, Gordon U, Vedhara K. A systematic review of psychosocial factors associated with emotional adjustment in in vitro fertilization patients. *Human reproduction update*. 2014;20(4):594-613.

124. Goodman SH, Cooley EL, Sewell DR, Leavitt N. Locus of control and self-esteem in depressed, low-income African-American women. *Community mental health journal*. 1994;30(3):259-69.
125. Terrence D Hill, Amy M Burdette, Hanna M Jokinen-Gordon, Jennifer M Brailsford. Neighborhood Disorder, Social Support, and Self-Esteem: Evidence from a Sample of Low-income Women Living in Three Cities. *American Sociological Association*. 2013;12 (4):380-95.
126. Ewart CK, Suchday S. Discovering How Urban Poverty and Violence Affect Health. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 2002;21(3):256-62.
127. Drukker M, Kaplan C, Feron F, van OJ. Children's health-related quality of life, neighbourhood socio-economic deprivation and social capital. A contextual analysis. *Soc Sci Med*. 2003;57(5):835-41.
128. Oweis A, Gharaibeh M, Alhourani R. Prevalence of violence during pregnancy: findings from a Jordanian survey. *Maternal and child health journal*. 2010;14(3):437-45.
129. Loo KK, Li Y, Tan Y, Luo X, Presson A, Shih W. Prenatal anxiety associated with male child preference among expectant mothers at 10-20 weeks of pregnancy in Xiangyun County, China. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. 2010;111(3):229-32.
130. Roomruangwong C, Epperson CN. Perinatal depression in Asian women: prevalence, associated factors, and cultural aspects. *Asian Biomedicine* 2011;Vol. 5 No. 2 179-93
131. Lee DT, Yip AS, Leung TY, TK C. Ethnoepidemiology of postnatal depression. Prospective multivariate study of sociocultural risk factors in a Chinese population in Hong Kong. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2004;184:34-40.
132. Guo, Lih-Yea. Towards an understanding of depression in Chinese-Canadian women: Cultural, contextual and family perspectives. *Dissertation Abstracts International*. 2003;64(8-B).


133. Booth ND. The Relationship between Height and Self-Esteem and the Mediating Effect of Self-Consciousness. *The Journal of Social Psychology*. 1990;130(5):609-17.
134. ASEAN DNA. มาตรฐานส่วนสูงเฉลี่ยของชาวอาเซียน [ออนไลน์]. 2014 [เข้าถึงเมื่อ 1 มกราคม 2015]; Available from: <http://www.uasean.com/travel/2199>.
135. Tan S, Duan X, Tang X. The psychological effect of clinical examination on women with tubal infertility. *Hua xi yi ke da xue xue bao = Journal of West China University of Medical Sciences = Huaxi yike daxue xuebao / [bian ji zhe, Hua xi yi ke da xue xue bao bian wei hui]*. 2001;32(2):254-6.
136. Eimers JM, Omtzigt AM, Vogelzang ET, van Ommen R, Habbema JD, te Velde ER. Physical complaints and emotional stress related to routine diagnostic procedures of the fertility investigation. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*. 1997;18(1):31-5.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

 <p style="text-align: center;">คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: center;">เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information sheet for research participation)</p> <p style="text-align: center;">หน้า 1 / 4</p>
---	--

ชื่อโครงการวิจัย การเห็นคุณค่าในตนเอง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ป่วยหญิง ที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ผู้ทำวิจัย


ชื่อ นางสาวอรวรรณ เหมียดไธสง
 ที่อยู่ นิสิตหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต (ในเวลาราชการ) 27/14 หมู่ 2 ถ.สายไหม แขวงสายไหม เขตสายไหม กรุงเทพฯ 10220
 เบอร์โทรศัพท์ 089-003-5206
 อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงชุดิมา หุุ่มเรืองวงษ์
 อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม อาจารย์แพทย์หญิงทัศนวรรณ รั้งรักษ์ศิริวร

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ เนื่องจากท่านเป็นผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อ่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผล และรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆเพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของผู้ทำวิจัย ซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถาม และให้ความกระจ่างแก่ท่านได้ ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

ภาวะมีบุตรยากถือเป็นวิกฤตการณ์ที่สำคัญอย่างหนึ่งของชีวิตคู่ การรักษาภาวะมีบุตรยากในแต่ละขั้นตอนมีความเสี่ยงที่จะล้มเหลว ใช้ระยะเวลาค่อนข้างนาน มีค่าใช้จ่ายที่สูงมาก และจากการที่ล้มเหลวซ้ำซาก หรือการที่ไม่สามารถมีบุตรได้ อาจทำให้หญิงเหล่านี้ รู้สึกว่าตนเป็นเพศหญิงที่ไม่สมบูรณ์ในบทบาทของความเป็นแม่ และการเป็นภรรยาที่ดี เหล่านี้อาจจะก่อให้เกิดการเห็นคุณค่าในตนเองที่ต่ำลง ขาดความสามารถในการปรับตัว และการเผชิญกับปัญหา ดังนั้นการดูแลสุขภาพจิตของผู้หญิงที่มีภาวะมีบุตรยากจึงเป็นสิ่งที่จะต้องทำอย่างจริงจัง และการศึกษาส่วนใหญ่ที่ผ่านมา ในแง่ความการเห็นคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยหญิงกลุ่มนี้ ในประเทศไทยเองยังมีการศึกษาในระดับนี้ค่อนข้างน้อย และแม้จะมีการศึกษา แต่ก็เป็นการศึกษาที่เก่าเมื่อหลายสิบปีก่อน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาในเรื่องการเห็นคุณค่าในตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่ทันสมัยกับปัจจุบัน และนำไปสู่การวางกลยุทธ์ในการส่งเสริม หรือป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิตในผู้ป่วยหญิงกลุ่มนี้ต่อไป

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information sheet for research participation) หน้า 2 / 4</p>
--	--

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักจากการศึกษาในครั้งนี้เพื่อศึกษาการเห็นคุณค่าในตนเอง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก จำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย จำนวน 113 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หากท่านตกลงเข้าร่วมการวิจัยจะมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาให้ท่าน ซึ่งท่านจะต้องเป็นผู้ตอบแบบสอบถามและประเมินด้วยตนเอง แบบสอบถามประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน แบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 24 ข้อ ตอนที่ 2 ปัจจัยของภาวะมีบุตรยาก จำนวน 18 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการเผชิญปัญหา จำนวน 40 ข้อ โดยตลอดระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัยประมาณ 20 - 30 นาที และท่านมีสิทธิ์ไม่ตอบคำถามข้อใดๆ ที่ท่านไม่ต้องการตอบ

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ความเสี่ยงจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ มีความเสี่ยงเพียงเล็กน้อย คือ อาจจะทำให้ท่านเสียเวลา หรือไม่สะดวกระหว่างที่ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย


ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ผู้วิจัยจะส่งต่ออาสาสมัครที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับไม่ดีไปปรึกษาจิตแพทย์ (อาจารย์ที่ปรึกษาหรือจิตแพทย์ท่านอื่น) ในหน่วยงานทางจิตเวช เนื่องจากผู้วิจัยไม่มีคุณสมบัติที่จะให้การรักษาได้ และผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการนำไปสู่แนวทางในการให้ข้อมูลการวางแผน ส่งเสริม ป้องกัน และดูแลผู้ป่วยหญิงที่มีบุตรยากต่อไป

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information sheet for research participation) หน้า 3 / 4</p>
--	--

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

หากท่านพบอันตรายเกิดจากการทำวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันทีที่ผู้วิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นางสาวอรรพรรณ เหมียตไฮสง ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอลงนามออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย


การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10300

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดของท่านที่เกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

 <p style="text-align: center;">คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: center;">เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information sheet for research participation)</p> <p style="text-align: center;">หน้า 4 / 4</p>
---	--

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย


ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัย
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอานันท์มิตติล ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2256-4455 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

.....

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หน้า 1 / 2</p>
--	--

การวิจัยเรื่อง การเห็นคุณค่าในตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา
ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วันที่ให้คำยินยอม วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....
ที่อยู่

..... ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสาร
ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมา ฉบับวันที่.....
และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ


ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และวันที่ พร้อม
ด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการ
อธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจ
เกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่าง
ละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบ
คำถามต่างๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากการวิจัยดังกล่าว ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการ
รักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอก
เลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่นๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการ
ยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการ
วิจัยในคน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลผลข้อมูลของผู้เข้าร่วม
วิจัย ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วม
การศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของผู้เข้าร่วมวิจัยได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใดๆ ของผู้เข้าร่วมวิจัยเพิ่มเติม หลังจาก que ข้าพเจ้าขอยกเลิกการ
เข้าร่วมโครงการวิจัย และต้องการให้ทำลายเอกสาร และ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้น
ถึงตัวข้าพเจ้าได้

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หน้า 2 / 2</p>
--	--

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบ หรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้า และสามารถยกเลิก การให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึก และในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูล เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือ การวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความ เสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วม ในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วย ความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย

(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง การเห็นคุณค่าในตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดวงกลมตัวเลขที่อยู่หลังคำตอบ หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง ให้ตรงกับความเป็นจริง และ ท่านสามารถไม่ตอบแบบสอบถามในทุกข้อที่ท่านไม่ต้องการตอบ

1. ปัจจุบันท่านอายุปี
ปัจจุบันสามีของท่านอายุปี
2. วุฒิกการศึกษาสูงสุดของท่าน คือ
วุฒิกการศึกษาสูงสุดของสามีของท่าน คือ
3. อาชีพหลัก (อาชีพที่ใช้ระยะเวลาในการทำงานมากที่สุด) ของท่าน ในปัจจุบัน คือ
อาชีพ..... ตำแหน่ง.....
อาชีพหลัก (อาชีพที่ใช้ระยะเวลาในการทำงานมากที่สุด) ของสามีของท่าน ในปัจจุบัน คือ
อาชีพ..... ตำแหน่ง.....
4. ระยะเวลาที่ท่านอยู่กินฉันทภรรยาสามีก่อนเข้ารับการรักษาภาวะมีบุตรยากปีเดือน
5. รายได้เฉลี่ย (จากทุกแหล่งรวมกันที่เป็นตัวเงิน)ของท่านเองบาท/เดือน
รายได้เฉลี่ย (จากทุกแหล่งรวมกันที่เป็นตัวเงิน)ของสามีของท่านบาท/เดือน
6. รายได้เฉลี่ย (จากทุกแหล่งรวมกันที่เป็นตัวเงิน) ของครอบครัวบาท/เดือน

7. ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่ายของท่านเป็นอย่างไร

รายได้เพียงพอและมีเหลือเก็บ	1
รายได้เพียงพอแต่ไม่มีเหลือเก็บ	2
รายได้ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน	3
รายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน (ระบุจำนวนหนี้สิน)	4

8. สถานภาพสมรสของท่านในปัจจุบันเป็นอย่างไร

แต่งงาน/อยู่ด้วยกันฉันท์สามีภรรยา	1
แยกกันอยู่	2
หย่าร้าง	3
หม้าย	4
อื่นๆ (โปรดระบุ)	5

9. ท่านและสามีได้มีการจดทะเบียนสมรสหรือไม่

ไม่ใช่	1
ใช่	2

10. ท่านและสามีได้มีการจัดพิธีสมรสหรือไม่

ไม่ใช่	1
ใช่	2

11. ปัจจุบันท่านพักอาศัยอยู่กับใคร

อยู่คนเดียว	1
อยู่กับสามีเป็นครอบครัวเดียว	2
อยู่กับสามี และครอบครัวฝ่ายท่าน	3
อยู่กับสามี และครอบครัวฝ่ายสามี	4
อื่นๆ (โปรดระบุ)	5

12. ท่านนับถือศาสนาใด

พุทธ	1
คริสต์	2
อิสลาม	3
อื่นๆ (โปรดระบุ)	4

สมาชิกของท่านนับถือศาสนาใด

พุทธ	1
คริสต์	2
อิสลาม	3
อื่นๆ (โปรดระบุ)	4

13. ท่านมีโรคประจำตัวทางด้านร่างกายหรือไม่

ไม่มี	1
มี (ระบุโรค)	2

14. ท่านมีโรคประจำตัวทางด้านจิตเวชหรือไม่

ไม่มี	1
มี (ระบุโรค)	2

15. ท่านเคยมีประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่

ไม่มี	1
มี (ระบุโรค)	2

16. ท่านเคยแท้งบุตรหรือไม่

ไม่มี	1
มี (ระบุโรค)	2

17. จำนวนครั้งที่ท่านเคยตั้งครรภ์ ครั้ง

18. ในปัจจุบันท่านมีบุตรจำนวน คน

19. ท่านมีญาติสายตรงคนอื่นๆ ที่มีปัญหาที่มีบุตรยากหรือไม่

ไม่มี	1
มี (ระบุความสัมพันธ์กับท่าน)	2

20. สถานภาพสมรสของบิดามารดาของท่านเป็นอย่างไร

สมรส และยังอยู่ด้วยกัน	1
สมรส แต่แยกกันอยู่	2
เลิกกันหรือหย่าร้าง (ระบุตอนท่านอายุ)	3
บิดา/มารดา คนใดคนหนึ่งเสียชีวิตแล้ว (ระบุบุคคลที่เสียชีวิต).....	4
อื่นๆ (โปรดระบุ)	5

21. ท่านสามารถพูดคุยปรึกษาปัญหาเรื่องการมีบุตรยากกับใครได้มากที่สุด (เลือกเพียง 1 ข้อ)

บิดา	1
มารดา	2
พี่/น้อง เพศเดียวกัน	3
พี่/น้องต่างเพศ	4
ญาติคนอื่นๆ เพศเดียวกัน	5
ญาติคนอื่นๆ ต่างเพศ	6
ไม่สนิทกับใครเลย	7
อื่นๆ (โปรดระบุ)	8

22. ใครเป็นแรงผลักดันสำคัญในการตัดสินใจเข้ารับราชการว่ามีบุตรยากของท่านมากที่สุด

(เลือกเพียง 1 ข้อ)

- | | |
|------------------------------|---|
| ตัวท่านเอง | 1 |
| สามีของท่าน | 2 |
| บิดา/มารดา ของท่าน | 3 |
| บิดา/มารดา ของสามีท่าน | 4 |
| พี่/น้อง ของท่าน | 5 |
| พี่/น้อง ของสามีท่าน | 6 |
| ญาติ ของท่าน | 7 |
| ญาติ ของสามีท่าน | 8 |
| อื่นๆ (โปรดระบุ) | 9 |

23. ท่านรู้สึกแย่มาก ในบทบาทความเป็นภรรยา

- | | |
|--------------------------|---|
| ใช้อย่างมาก | 1 |
| ใช้ | 2 |
| รู้สึกบ้างเล็กน้อย | 3 |
| ไม่รู้สึกเลย | 4 |

24. ท่านรู้สึกแย่มาก ในบทบาทความเป็นแม่

- | | |
|--------------------------|---|
| ใช้อย่างมาก | 1 |
| ใช้ | 2 |
| รู้สึกบ้างเล็กน้อย | 3 |
| ไม่รู้สึกเลย | 4 |

ตอนที่ 2 ปัจจัยของภาวะมีบุตรยาก

คำชี้แจง โปรดวงกลมตัวเลขที่อยู่หลังคำตอบ หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง

1. ท่านมี ส่วนสูงเซนติเมตร น้ำหนักกิโลกรัม
2. ท่านได้พยายามที่จะมีบุตรมานานปีเดือน
3. ท่านใช้ระยะเวลาในการรักษาภาวะการมีบุตรยากมานานปีเดือน
4. จำนวนครั้งที่ผลการรักษาไม่สำเร็จครั้ง
5. ท่านเริ่มมีประจำเดือนครั้งแรกเมื่ออายุปีเดือน
6. โดยทั่วไปท่านมีประจำเดือนนานวัน
ในแต่ละรอบเดือนมีระยะเวลาห่างกันนานวัน
7. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา รอบประจำเดือนของท่านมีความสม่ำเสมอหรือไม่
สม่ำเสมอ 1
ไม่สม่ำเสมอ 2
8. ท่านมีอาการปวดรอบเดือนหรือไม่
ไม่มี 1
มี (ระบุจำนวนวันที่มีอาการปวด) 2
9. ท่านมีอาการปวดท้องน้อยเรื้อรัง (โดยไม่เกี่ยวกับรอบเดือน) หรือไม่
ไม่มี 1
มี (ระบุจำนวนวันที่มีอาการปวด) 2

10. ท่านมีการตกขาวหรือไม่

- ไม่มี 1
มี 2

11. ท่านเคยได้รับการผ่าตัดทางนรีเวชหรือไม่

- ไม่เคย 1
เคย (ระบุชนิดการผ่าตัด) 2

12. ท่านเคยคุมกำเนิดหรือไม่

- ไม่เคย 1
เคย (ระบุชนิดและระยะเวลาการคุมกำเนิด) 2

13. ภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านและคู่สมรสได้มีเพศสัมพันธ์ร่วมกันหรือไม่

- ไม่ใช่ 1
ใช่ (ระบุความถี่) ครั้ง/สัปดาห์ 2

14. ท่านมีอาการเจ็บหรือปวดเวลามีเพศสัมพันธ์หรือไม่

- ไม่มี 1
มี (ระบุตำแหน่งที่มีอาการเจ็บหรือปวด) 2

15. ท่านมียาที่ใช้เป็นประจำหรือไม่

- ไม่มี 1
มี (ระบุชื่อยา) 2

16. ภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านใช้สารต่อไปนี้ (อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์) หรือไม่
(กรุณาตอบทุกข้อต่อไปนี้)

สารเสพติด	ไม่ใช่	ใช่
ก. บุหรี่		
ข. กาแฟ, ชา, เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน		
ค. สุรา, เบียร์, ไวน์, เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์		
ง. สารหรือเสพติดอื่นๆ (ระบุ)		

17. ตามความเข้าใจของท่านภาวะมีบุตรยากของท่านเกิดจากสาเหตุใดบ้าง (กรุณาตอบทุกข้อ
ต่อไปนี้)

สาเหตุ	ไม่ใช่	ใช่
ก. ท่อนำไข่อุดตัน		
ข. เนื้องอกในมดลูก		
ค. เยื่อมดลูกเจริญผิดที่		
ง. พังผืดในอุ้งเชิงกราน		
จ. ความผิดปกติของอสุจิ		
ฉ. ความผิดปกติของปากมดลูก		
ช. ภาวะรังไข่หยุดทำงานก่อนกำหนด		
ซ. อื่นๆ (ระบุ)		

18. ในอดีตท่านเคยได้รับการรักษาภาวะมีบุตรยากจากโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลอื่นด้วยวิธีใดบ้าง (กรุณาตอบทุกข้อต่อไปนี้)

วิธีการรักษา	ไม่ใช่	ใช่
ก. ยังไม่เคยได้รับการรักษาใดๆ		
ข. การทำเด็กหลอดแก้ว		
ค. การฉีดสเปิร์มเข้าโพรงรังไข่เพื่อช่วยนำไข่		
ง. การวัดปรอทและกำหนดวันร่วมเพศ		
จ. การใช้ยากระตุ้นรังไข่และกำหนดวันร่วมเพศ		
ฉ. การผ่าตัดส่องกล้องหน้าท้องเพื่อวินิจฉัยอวัยวะในอุ้งเชิงกราน		
ช. อื่นๆ (ระบุ)		

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง

The Rosenberg's Self Esteem Scale (RSE) ฉบับภาษาไทย

คำชี้แจง ในแต่ละข้อความต่อไปนี้ กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่อธิบายความรู้สึกของท่าน ได้ตรงที่สุด การเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เมื่อข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเลยทุกประการ หรือไม่เคยเกิดขึ้นเลย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	เมื่อข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านเล็กน้อย หรือนานๆ ครั้ง
เห็นด้วย	หมายถึง	เมื่อข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมาก หรือบ่อยครั้ง
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เมื่อข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด หรือเกิดขึ้นเกือบตลอดเวลา

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ฉันรู้สึกว่า ฉันก็เป็นคนมีคุณค่า อย่างน้อยก็ ทัดเทียมกับคนอื่น ๆ				
2. ฉันรู้สึกว่า ฉันมีคุณสมบัติที่ดีหลายอย่าง				
3. โดยทั่วไปแล้ว ฉันมีความรู้สึกว่า ฉันเป็นคนที่ ทำอะไรล้มเหลวอยู่เสมอ*				
4. ฉันมีความสามารถในการทำสิ่งต่างๆ ได้ทัดเทียม กับคนอื่น ๆ				
5. ฉันรู้สึกว่า ฉันไม่มีสิ่งที่ทำให้รู้สึกภาคภูมิใจ ในตัวเอง*				
6. ฉันมีความรู้สึกในด้านดีต่อตัวเอง				
7. โดยทั่วไปแล้ว ฉันมีความพึงพอใจในตัวเอง				
8. ฉันปรารถนา ที่จะมีความนับถือในตัวเอง ให้มากกว่านี้*				
9. บางครั้งฉันก็รู้สึกว่าตัวเองไม่มีประโยชน์อะไร*				
10. บางครั้ง ฉันรู้สึกว่าฉันไม่มีอะไรดีเลย*				

หมายเหตุ * คือข้อความด้านลบ (เครื่องหมาย * จะไม่ปรากฏในแบบสอบถามชุดที่ใช้กับกลุ่มตัวอย่าง)

ส่วนที่3 แบบสอบถามพฤติกรรมการเผชิญปัญหาการมีบุตรยาก

Jalowiec Coping Scale ฉบับภาษาไทย

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ต้องการทราบถึงความคิดและการกระทำต่างๆ ที่ท่านใช้ในการเผชิญปัญหา เมื่ออยู่ในภาวะมีบุตรยากและได้รับการตรวจรักษา ขอให้ท่านพิจารณาว่าข้อความใดตรงกับสภาพความเป็นจริงของท่านมากที่สุด โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องข้อความของการเกิดแต่ละข้อความ การเลือกตอบ ให้ถือเกณฑ์ ดังนี้

ไม่เคยเลย	หมายถึง	เมื่อท่านไม่มีความคิด หรือการกระทำตามข้อความนั้นเลย
นานๆ ครั้ง	หมายถึง	เมื่อท่านมีความคิด หรือการกระทำตามข้อความนั้นเป็นครั้งคราว หรือนานๆ ครั้ง
บ่อยครั้ง	หมายถึง	เมื่อท่านมีความคิด หรือการกระทำตามข้อความนั้นบ่อยครั้ง
บ่อยมาก	หมายถึง	เมื่อท่านมีความคิด หรือการกระทำตามข้อความนั้นบ่อยมาก หรือเกือบเป็นประจำ

ข้อความ	ไม่เคยเลย	นานๆ ครั้ง	บ่อยครั้ง	บ่อยมาก
1. ฉันยอมรับไม่ได้ว่าตนเอง เป็นผู้มีบุตรยาก				
2. ฉันเสียใจที่ตนเอง ไม่สามารถตั้งครรรภ์ได้อีก				
3. ฉันโกรธที่ตนเอง ไม่สามารถตั้งครรรภ์ได้				
4. ฉันรู้สึกหงุดหงิด และไม่สบายใจที่มีผู้พูดว่าฉันไม่สามารถตั้งครรรภ์ได้				
5. บางครั้งฉันคิดว่าไม่อยากมารับการรักษา เพราะไม่ได้ผล				
6. ฉันพยายามไม่คิดว่าตนเองอยู่ในภาวะมีบุตรยาก และคิดถึงสิ่งอื่นแทน				
7. ฉันพยายามไม่พบปะสังสรรค์กับผู้มีบุตรแล้ว				
8. เมื่อฉันเกิดความตึงเครียด ฉันจะเข้านอน โดยคิดว่า เช้าวันรุ่งขึ้นทุกอย่างอาจดีขึ้น				
9. ฉันรับประทานอาหารมากขึ้น				
10. ฉันมีความหวังว่าจะสามารถตั้งครรรภ์ได้				
11. ฉันมั่นใจว่าตนเองสามารถตั้งครรรภ์ได้				

ข้อความ	ไม่เคย เลย	นานๆ ครั้ง	บ่อยครั้ง	บ่อยมาก
12. ฉันคิดว่าเมื่อถึงเวลา ฉันก็คงสามารถตั้งครรรภ์ได้เอง				
13. ฉันปลอบใจตัวเองว่าแพทย์สามารถช่วยให้ฉันตั้งครรรภ์ได้				
14. ฉันชอบอยู่คนเดียวเงียบๆ				
15. ฉันคิดว่าภาวะมีบุตรยากเป็นเรื่องธรรมดาเท่านั้น				
16. ฉันดื่มเหล้า เบียร์ หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์				
17. ฉันใช้ยานอนหลับ หรือยาระงับประสาท				
18. ฉันคิดว่าอาการไม่สามารถมีบุตรได้ไม่ใช่ความผิด ของฉัน แต่เป็นความผิดของผู้อื่น				
19. ฉันโกรธสามีว่าเป็นต้นเหตุทำให้ฉันไม่สามารถ ตั้งครรรภ์ได้				
20. ฉันออกกำลังกายหรือทำงานอดิเรกที่ชอบ				
21. ฉันพบเพื่อนหรือญาติสนิทบ่อยๆ				
22. ฉันทำสมาธิเพื่อให้จิตใจสงบ				
23. ฉันสวดมนต์อ้อนวอนต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ว่าจะทำความดี ด้วยวิธีการต่างๆ เพื่อขอผลรางวัลตอบแทน คือการ ตั้งครรรภ์				
24. ฉันปลงตกว่าถึงอย่างไรก็คงไม่สามารถตั้งครรรภ์ได้ อย่างแน่นอน				
25. ฉันเชื่อว่า การที่ฉันไม่สามารถตั้งครรรภ์ได้ เกิดจากเวรกรรมที่ฉันทำไว้แต่ก่อน				
26. ฉันปรึกษาปัญหาการมีบุตรกับผู้มีบุตรยาก				
27. ฉันพยายามซักถามรายละเอียดเกี่ยวกับการมี บุตรยากจากแพทย์พยาบาล และผู้มีประสบการณ์				
28. ฉันอ่านหนังสือ หรือขอคำแนะนำเกี่ยวกับการมีบุตร เพื่อให้ฉันสามารถตั้งครรรภ์ได้				

ข้อความ	ไม่เคย เลย	นานๆ ครั้ง	บ่อยครั้ง	บ่อยมาก
29. ฉันพิจารณาปัญหาของฉันจากความรู้ที่ได้มา				
30. ฉันสามารถเลือกวิธีปฏิบัติโดยใช้ความรู้ที่ได้มา				
31. ฉันยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล ญาติ และเพื่อนๆ แม้ฉันจะไม่แน่ใจว่าจะทำให้ฉัน สามารถมีบุตรได้ หรือไม่				
32. ฉันพยายามทำทุกอย่างให้ดีที่สุด				
33. ฉันยอมรับปัญหา และพร้อมที่จะแก้ปัญหาต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น				
34. ฉันลองพยายามแก้ปัญหาหลายๆแบบ เพื่อหาว่า แบบใด ดีที่สุดที่จะทำให้ฉันสามารถตั้งครรภ์ได้				
35. ฉันพยายามแก้ปัญหาที่ละขั้นตอนตามที่แพทย์ และพยาบาลแนะนำ โดยมีความคาดหวัง ว่าฉัน จะสามารถตั้งครรภ์ได้				
36. ฉันกำหนดแนวทางที่ชัดเจนในการแก้ปัญหา ในแต่ละขั้นตอน				
37. ฉันให้ครอบครัวช่วยแก้ปัญหา เพื่อให้ฉันสามารถ มีบุตรได้				
38. ฉันยอมรับสภาพความจริงว่าฉันไม่สามารถ มีบุตรได้				
39. ฉันเตรียมหาทางออกไว้แล้ว ถ้าฉันไม่สามารถ มีบุตรได้				
40. ฉันใช้ประสบการณ์ในอดีตมาช่วยแก้ปัญหา				

ขอขอบพระคุณที่ท่านได้กรุณาตอบแบบสอบถามนี้



