

ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา
ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



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 2560
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

Depression and Associated Factors among Female Patients
in Infertility Clinic at King Chulalongkorn Memorial Hospital

Miss Suthasinee Vimonnit



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 2017

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา
	ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
โดย	นางสาวสุธาสินี วิมลนิตย์
สาขาวิชา	สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงชุติมา หงษ์เรืองวงษ์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุทธิพงษ์ วัชรสินธุ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(ดร.ณภัทรวรรต บัวทอง)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงชุติมา หงษ์เรืองวงษ์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(แพทย์หญิงนันทศรา ดำรงพิวัฒน์)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สุธาสนี วิมลนิตย์ : ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ (Depression and Associated Factors among Female Patients in Infertility Clinic at King Chulalongkorn Memorial Hospital) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. พญ.ชุตินา หุุ่มเรืองวงษ์, 132 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยากจำนวน 111 คน โดยใช้แบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเองซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยของภาวะมีบุตรยาก แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าของ Beck Depression Inventory - IA (BDI-IA) แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ของ The Spinner Dyadic Adjustment Scale (DAS) แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม ของ A revised Thai version of Multidimensional Scale of Perceived Social Support (r-T-MSPSS) การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ Univariate analysis (ได้แก่ t-test และ Chi-Square) เพื่อทดสอบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และใช้ Multivariate Analysis เพื่อหาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงกลุ่มนี้

ผลการศึกษาพบความชุกของภาวะซึมเศร้าอยู่ที่ ร้อยละ 21.6 โดยมีปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าเมื่อวิเคราะห์โดยวิธี Multivariate analysis 4 ปัจจัย ได้แก่ ความไม่เพียงพอของรายได้ การมีประวัติแท้งบุตร สาเหตุการมีบุตรยากจากการมีพังผืดในอุ้งเชิงกราน และการมีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์

สาขาวิชา สุขภาพจิต

ปีการศึกษา 2560

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

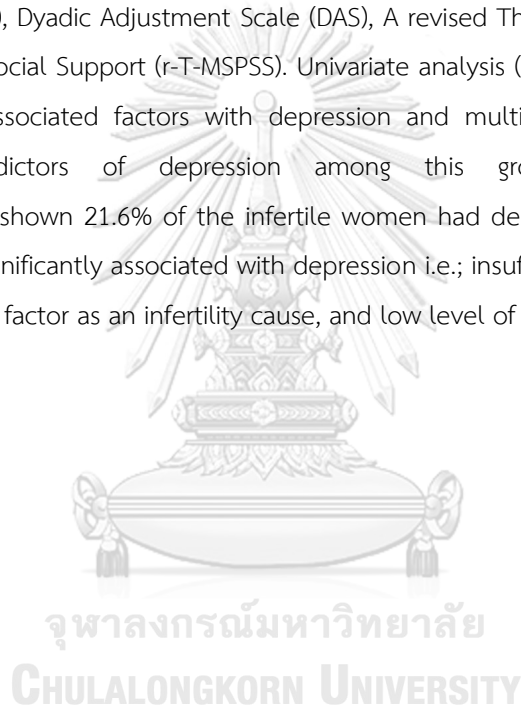
5974047030 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORDS: DEPRESSION, FEMALE, INFERTILITY CLINIC

SUTHASINEE VIMONNIT: Depression and Associated Factors among Female Patients in Infertility Clinic at King Chulalongkorn Memorial Hospital. ADVISOR: ASSOC. PROF. CHUTIMA ROOMRUANGWONG, M.D., 132 pp.

The purposes of this cross – sectional descriptive study was to examine depression as well as associated factors among female patients in Infertility Clinic at King Chulalongkorn Memorial Hospital. A total of 111 female patients who received a treatment at the infertility clinic. Questionnaires included general background and fertility information, Beck Depression Inventory - IA (BDI-IA), Dyadic Adjustment Scale (DAS), A revised Thai version of Multidimensional Scale of Perceived Social Support (r-T-MSPSS). Univariate analysis (e.g. t-test and Chi-Square) was used to examine associated factors with depression and multivariate analysis was used to determine the predictors of depression among this group of female patients.

This study shown 21.6% of the infertile women had depression. Multivariate analysis revealed 4 factors significantly associated with depression i.e.; insufficiency of the income, history of miscarriage, pelvic factor as an infertility cause, and low level of social support.



Department: Psychiatry
 Field of Study: Mental Health
 Academic Year: 2017

Student's Signature

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีด้วยความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงชุติมา หุ่มเรืองวงษ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำแนะนำ แนวคิด ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ มาโดยตลอดจนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.ณภัทรวรต บัวทอง ที่ได้ให้คำแนะนำเรื่องการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติและให้ความกรุณาเป็นประธานสอบวิทยานิพนธ์ และขอกราบขอบพระคุณ แพทย์หญิงนงนุศรา ดำรงพิวัฒน์ ที่ได้กรุณาเป็นกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกมหาวิทยาลัย และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญชัย เอื้อไฟโรจน์กิจ รักษาการหัวหน้าฝ่ายสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ตึก ภปร. ชั้น 8 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่คอยให้คำแนะนำและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ขอขอบพระคุณบุคลากรของภาควิชาจิตเวชศาสตร์ทุกท่านที่ได้คอยช่วยเหลือและให้การสนับสนุนมาตลอดระยะเวลาที่ศึกษา รวมถึงเพื่อน ๆ นิสิตปริญญาโท สาขาสุขภาพจิตทุกคนที่คอยช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้มาโดยตลอด

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบคุณ คุณพ่อ คุณแม่และคุณย่า ที่คอยเป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนในทุก ๆ ด้านเสมอมา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามของการวิจัย.....	2
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	2
ขอบเขตของการวิจัย.....	2
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	2
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	3
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการทำวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	5
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	6
1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า.....	6
2. ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก.....	17
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในหญิงมีบุตรยาก.....	36
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	48
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	48
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	48

การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	51
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	52
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	53
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	91
สรุปผลการวิจัย.....	91
อภิปรายผลการวิจัย.....	94
รายการอ้างอิง.....	101
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	132



สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล.....	53
ตารางที่ 2 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยของภาวะมีบุตรยาก.....	62
ตารางที่ 3 แสดงจำนวนร้อยละของปัจจัยทางจิตสังคม.....	71
ตารางที่ 4 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้า.....	73
ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหญิงที่มา รับการรักษ ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ Chi-square.....	74
ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภาวะมีบุตรยากกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหญิงที่มา รับการรักษ ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ Chi-square.....	79
ตารางที่ 7 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหญิงที่มา รับการรักษ ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ t-test.....	84
ตารางที่ 8 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปัจจัยภาวะมีบุตรยากกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย หญิงที่มารับการรักษ ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ t-test.....	86
ตารางที่ 9 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปัจจัยทางจิตสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหญิง ที่มารับการรักษ ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ t-test.....	88
ตารางที่ 10 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษ ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ Logistic Regression Analysis.....	89

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันเนื่องจากภาวะทางเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งประชากรที่ได้รับการศึกษาสูงขึ้นกว่าในสมัยก่อน ทำให้มีแนวโน้มการแต่งงานเมื่อมีอายุมากขึ้น อายุเฉลี่ยเมื่อสมรสครั้งแรกของหญิงเพิ่มสูงขึ้นจาก 22 ปี ใน พ.ศ. 2513 เป็น 24 ปี ใน พ.ศ. 2543⁽¹⁾ ซึ่งการยืดอายุสมรสของหญิงย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะเจริญพันธุ์ โดยยิ่งเลื่อนอายุการแต่งงานไปมากขึ้นเท่าใด ช่วงเวลาของโอกาสที่จะมีบุตรก็จะยิ่งน้อยลงเท่านั้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อปัญหาของอัตราการเจริญพันธุ์ โดยพบว่าคู่สมรสที่อายุมากขึ้นมีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะมีบุตรยากมากขึ้น จำนวนบุตรเฉลี่ยที่สตรีคนหนึ่งจะมีตลอดด้วยเจริญพันธุ์อยู่ที่ประมาณ 6 คน ใน พ.ศ. 2513 ลดลงเหลือเพียงแค่ 1.6 คนเท่านั้น ใน พ.ศ. 2556⁽²⁾ และมีการคาดการณ์ว่าจำนวนบุตรเฉลี่ยของสตรีวัยเจริญพันธุ์จะลดลงอย่างต่อเนื่องจนเหลือเพียง 1.3 คน ภายในปี พ.ศ. 2583⁽³⁾ ทำให้ภาวะมีบุตรยากเริ่มเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ พบได้ประมาณ 4 - 14% จากทั่วโลก⁽⁴⁾ โดยพบในประเทศที่กำลังพัฒนาประมาณ 3.5 - 16% แต่ในบางประเทศพบถึง 30 - 40% โดยเฉพาะในประเทศแถบทวีปแอฟริกา⁽⁵⁾ ส่วนการสำรวจในประเทศไทยพบว่าอัตราการเพิ่มของประชากรได้ลดลงจากในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2533 - 2543 ที่จากเดิมมีการเพิ่มจำนวนประชากรต่อปีอยู่ที่ 2.7 ล้านคน ลดลงเหลือเพียง 0.77 ล้านคนต่อปี ในช่วงปี พ.ศ. 2543 - 2553⁽⁶⁾ ซึ่งการมีบุตรยากก็เป็นหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้อัตราการเกิดลดต่ำลง⁽⁷⁾ โดยจากการสำรวจประชากรไทยอายุระหว่าง 15 - 59 ปีทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2552 พบว่ามีคู่สมรสที่มีปัญหาการมีบุตรยากอยู่ที่ประมาณ 11% และเพศหญิงมีปัญหามากกว่าเพศชาย โดยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีปัญหาภาวะมีบุตรยากสูงกว่าภาคอื่น ๆ ซึ่งอยู่ที่ 13.1% สำหรับกรุงเทพมหานครพบที่ 8.5%⁽⁸⁾

ในสังคม ภาวะการมีบุตรยากซึ่งสาเหตุเกิดจากความบกพร่องจากฝ่ายหญิงมักถูกกล่าวถึงบ่อย จึงส่งผลทำให้ผู้หญิงที่มีบุตรยากต้องเผชิญกับความเครียด และความกดดันด้วยความรู้สึกว่าตนนั้นมีความบกพร่องในบทบาทของความเป็นมารดา และไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์⁽⁹⁾ จึงทำให้ผู้หญิงพยายามหาทุกวิถีทางให้ตนตั้งครรรภ์⁽¹⁰⁾ ซึ่งส่งผลทำให้หญิงที่มีบุตรยากจึงต้องเผชิญกับความเครียดที่มาจากการมีบุตรยาก และโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ที่ตามมา ปัญหาทางด้านจิตใจที่พบมากที่สุดในกลุ่มที่มีบุตรยากคือความวิตกกังวลจากการคาดหวังผลของการรักษา และการรักษาเกิดความล้มเหลว โดยส่วนมากจะเกิดอาการซึมเศร้าระหว่างช่วง 2 - 3 ปีแรกของภาวะมีบุตรยากเนื่องจากไม่สามารถที่จะตั้งครรรภ์ได้ ภาวะซึมเศร้าส่งผลต่อความผิดปกติทางสรีรวิทยา เช่น การเพิ่มขึ้นของภาวะโปรแลคติน ซึ่งส่งผลทำให้รังไข่ทำงานผิดปกติ รวมทั้งการทำงานผิดปกติของระดับฮอร์โมนคอร์ติโคอยด์ที่เป็นตัวควบคุมระดับความเครียด ซึ่งระดับความเครียดที่สูงจะส่งผลทำให้การทำการรักษาภาวะมีบุตรยากเกิดความล้มเหลว⁽¹¹⁾

ซึ่งในปัจจุบัน การศึกษาถึงภาวะซึมเศร้าในกลุ่มหญิงที่มีบุตรยากนั้นยังมีน้อย และยังไม่เคยมีการศึกษา

เรื่องนี้ในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเรื่องนี้ เพื่อเป็นแนวทางในการช่วยเหลือ และวางแผนการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยหญิงกลุ่มนี้ อีกทั้งยังเป็นการสร้างองค์ความรู้ใหม่ทางด้านสุขภาพจิตให้แก่ประเทศไทย

คำถามของการวิจัย

1. ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยมีตัวแปรที่จะศึกษา คือ

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ได้แก่

ปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคลของคู่สมรส

ปัจจัยของภาวะมีบุตรยาก

ปัจจัยทางจิตสังคม

ตัวแปรตาม (Dependent Variables) ได้แก่

ภาวะซึมเศร้า

ข้อตกลงเบื้องต้น

การศึกษาในครั้งนี้จะศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษาปัญหาการมีบุตรยาก ณ คลินิกมีบุตรยาก (Infertile Clinic) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถอ่าน เขียน ภาษาไทยได้ และยินยอมให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

ข้อจำกัดของการวิจัย

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยศึกษาเฉพาะผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งการศึกษานี้อาจจะไม่สามารถเป็นตัวแทนของผู้หญิงที่มีภาวะมีบุตรยากทั้งหมดได้ เนื่องจากปัจจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก อาจมีความแตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชนอื่น ๆ นอกจากนี้ช่วงเวลาที่แตกต่างกันย่อมมีปัจจัยภายนอกอื่น ๆ ได้แก่ ภาวะเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ค่านิยม และสื่อต่าง ๆ ทำให้มีผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกัน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ภาวะซึมเศร้า (Depression) ในการศึกษานี้ หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีความคิดทางด้านลบที่เกี่ยวกับตนเอง ซึ่งเริ่มมาจากความรู้สึกซึมเศร้า เสียใจ ท้อแท้ แต่ยังคงอยู่ในสภาวะปกติได้ และจะมีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อมีสิ่งมากระทบกระเทือนจิตใจ ส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมถอยหนี⁽¹²⁾ โดยประเมินจากแบบวัดภาวะซึมเศร้า Beck Depression Inventory IA (BDI-IA)⁽¹³⁾ ฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย รศ. มุกดา ศรียงค์⁽¹⁴⁾ ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 21 ข้อ ซึ่งแบ่งเป็นคำถามอาการทางจิตใจ 15 ข้อ และอาการทางร่างกาย 6 ข้อ แต่ละข้อคำถามมี 4 ตัวเลือก ซึ่งระดับคะแนนจะแบ่งเป็น 0, 1, 2, 3 โดยเริ่มตั้งแต่ไม่มีอาการไปจนถึงอาการรุนแรงตามลำดับ การแปลผล ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีค่าคะแนนจะอยู่ระหว่าง 0 - 63 คะแนน ซึ่งแบ่งภาวะซึมเศร้าเป็น 5 ระดับ ดังนี้

0 - 9	คะแนน	ปกติ (Normal range)
10 - 15	คะแนน	มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild - depression)
16 - 19	คะแนน	มีอาการซึมเศร้าปานกลาง (Mild - moderate depression)
20 - 29	คะแนน	มีอาการซึมเศร้ามาก (Moderate - severe depression)
30 - 63	คะแนน	มีอาการซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression)

โดยงานวิจัยนี้กำหนดให้ผู้ที่มีระดับคะแนนซึมเศร้าตั้งแต่ 10 คะแนนเป็นต้นไป (มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย) ถือเป็นกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า

ภาวะมีบุตรยาก (Infertility) ในการศึกษานี้ หมายถึง ภาวะที่คู่สมรสไม่สามารถมีบุตรได้หรือความสามารถในการมีบุตรของคู่สมรสลดลงกว่าปกติ ซึ่งทั้งคู่มีเพศสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอ โดยไม่ได้คุมกำเนิดเป็นระยะเวลา 1 ปีหรือนานกว่านั้นแล้วยังไม่เกิดการตั้งครรภ์⁽¹⁵⁾ โดยภาวะมีบุตรยากสามารถแบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ 1) ภาวะมีบุตรยากปฐมภูมิ (primary infertility) หมายถึง ภาวะมีบุตรยากในคู่สมรสที่ไม่เคยมีการตั้งครรภ์มาก่อน และ 2) ภาวะมีบุตรยากชนิดทุติยภูมิ (secondary infertility) หมายถึง ภาวะมีบุตรยากในรายที่ฝ่ายชายหรือฝ่ายหญิงเคยสามารถตั้งครรภ์สำเร็จมาก่อน แต่หลังจากนั้นไม่มีการตั้งครรภ์อีกเลย⁽¹⁶⁾ ซึ่งผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโดยสูติแพทย์และมารักษาที่คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการทำวิจัย

1. เพื่อทราบถึงความชุกของภาวะซีมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
2. เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษามาเป็นแนวทางในการให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
3. เพื่อหาแนวทางที่จะให้คำแนะนำทางสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยหญิงที่มีภาวะมีบุตรยากที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในการจัดการกับปัญหา fertility distress ที่เกิดขึ้น
4. เพื่อผลิตองค์ความรู้ใหม่ ๆ เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยต่อไปในอนาคต

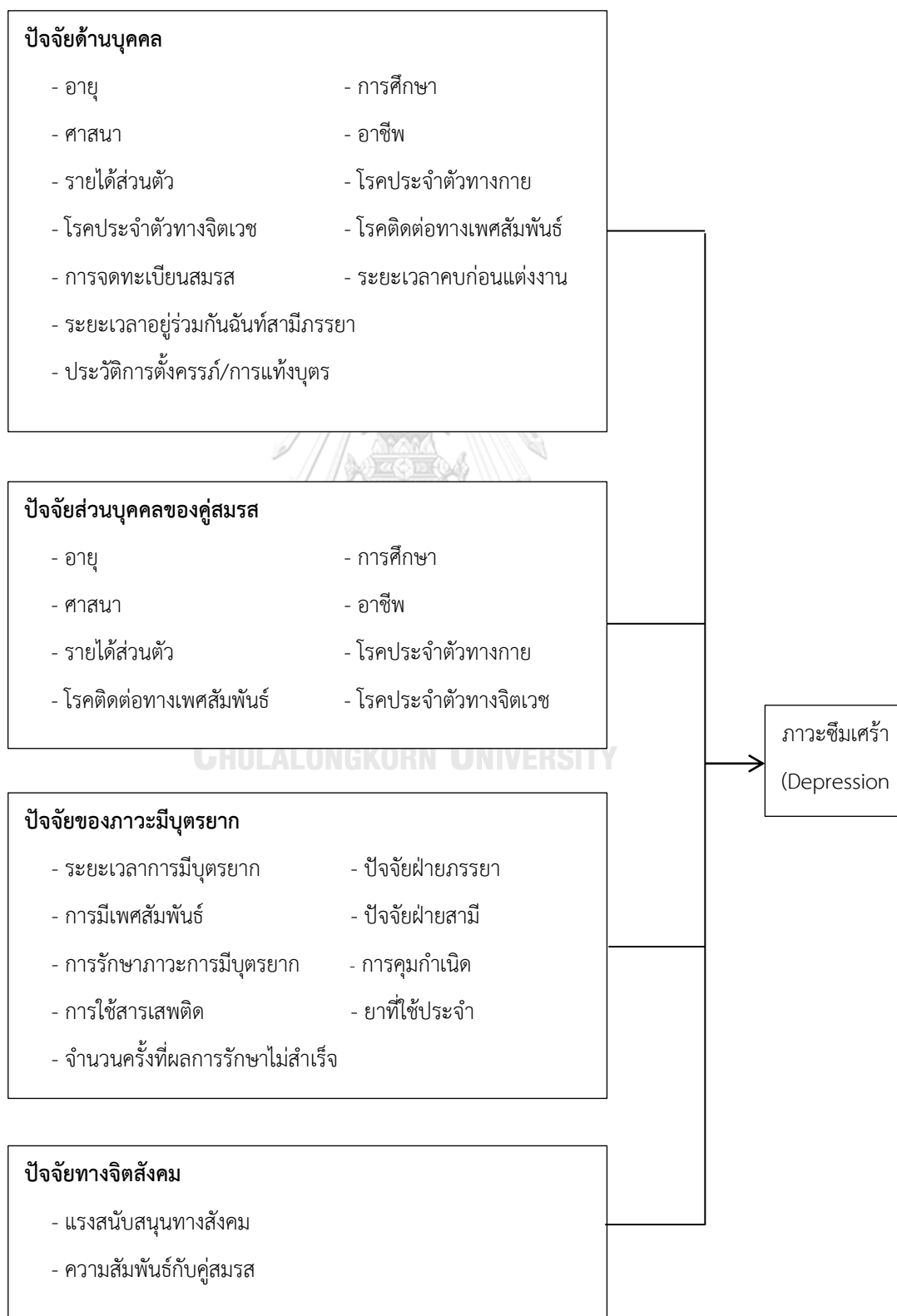


กรอบแนวคิดการวิจัย

(Conceptual Framework)

1. ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)

2. ตัวแปรตาม (Dependent Variables)



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในหญิงที่มีบุตรยากและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าและรวบรวมข้อมูลไว้ตามลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า
2. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในหญิงที่มีบุตรยาก

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ความหมายของโรคซึมเศร้า

Beck⁽¹²⁾ ได้ให้ความหมายไว้ว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่บุคคลมีความคิดทางด้านลบที่เกี่ยวกับตนเอง ซึ่งเริ่มมาจากความรู้สึกซึมเศร้า เสียใจ ท้อแท้ แต่ยังคงอยู่ในสภาวะปกติได้ และจะมีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อมีสิ่งมากระทบกระเทือนจิตใจ ทำให้รู้สึกหมดหวัง ไร้ค่า ไม่มีแรง เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมถอยหนี

Stuart⁽¹⁷⁾ กล่าวว่าโรคซึมเศร้า หมายถึง ภาวะของการตอบสนองหรือการปรับตัวที่ผิดปกติต่อการสูญเสีย ซึ่งเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบได้บ่อย การปรับตัวต่อการสูญเสียนั้นทำให้เกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง เกิดความรู้สึกผิด รู้สึกไร้ค่า และมีภาวะของอารมณ์เศร้าหมอง

สมภพ เรื่องตระกูล⁽¹⁸⁾ ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า ท้อแท้หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกคุณค่าในตัวเองต่ำ ต่ำห็นตนเอง ความรู้สึกเหล่านี้เกี่ยวข้องกับการสูญเสีย และจะคงอยู่เป็นเวลานาน ซึ่งมีอาการแสดงออกในหลาย ๆ อย่าง เช่น ใจคอหดหู่ ไม่มีชีวิตชีวา ไม่แจ่มใส รู้สึกไร้ค่า นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ความคิดเชิงซ้ำ มีความคิดอยากตาย

ดวงใจ กสานติกุล⁽¹⁹⁾ ได้ให้ความหมายของภาวะซึมเศร้าว่า ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ปฏิกริยาการตอบสนองของบุคคลในภาวะปกติซึ่งเป็นการแสดงออกของการสูญเสียสมดุลทางอารมณ์ ซึ่งอาการจะประกอบด้วย อารมณ์ซึมเศร้า อารมณ์หงุดหงิด รู้สึกหมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ความคิดและการเคลื่อนไหวช้าลงหรือกระวนกระวาย รู้สึกไร้ค่า สมาธิเสีย มีความคิดอยากตาย ซึ่งมีอาการดังกล่าวตลอดเวลา และอาการเป็นอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไปจนส่งผลกระทบต่ออาชีพ การทำงาน หรือการเรียน ซึ่งถือว่าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย⁽²⁰⁾ ได้ให้ความหมายไว้ว่า ภาวะซึมเศร้า คือ ภาวะที่บุคคลมีความผิดปกติทางอารมณ์ โดยมีอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ ร้องไห้มาก หมดอารมณ์สนุกสนานหรือหมดอาลัยตายอยาก เชื่องช้าเชื่องซึม

ขาดสมาธิ นอนไม่หลับ ผอมลงหรือน้ำหนักลด ปฏิเสธการเข้าสังคม รู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีแรง หดหู่ใจ โดยมีอาการ ตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การทำงาน การเรียน

อุบัติการณ์

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกได้รายงานเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าว่าเป็นโรคที่พบได้บ่อย ซึ่งได้คาดการณ์ว่าทั่วโลกจะมีผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าถึง 121 ล้านคน โดยความชุกของในแต่ละประเทศจะต่างกันไป โดยเฉลี่ยจะพบร้อยละ 8 - 12 ซึ่งพบว่าอัตราการเกิดของโรคซึมเศร้านั้นมีความเกี่ยวข้องกับภาวะความเจ็บป่วย และการเพิ่มของอัตราการเสียชีวิต⁽²¹⁾

จากการสำรวจทางระบาดวิทยาของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2546 พบว่าคนไทยอายุ 15 - 59 ปีป่วยเป็นโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 3.2 โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายในอัตราส่วน 2:1 ซึ่งถึงแม้ว่าโรคนี้จะไม่ทำให้เสียชีวิตโดยตรงจนผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ แต่จากการวัดปีสุขภาวะพบว่าเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียเป็นอันดับ 4 ในหญิงไทย และในปี ค.ศ. 2020 คาดว่าจะเลื่อนขึ้นเป็นอันดับที่ 2⁽²²⁾

ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้า⁽²⁰⁾

- ทฤษฎีชีวภาพ

ได้กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากความผิดปกติของสารสื่อประสาท เช่น สารเอมีนหรือจุذبประสาทที่ซื่อต่อปลายประสาท และตัวส่งข่าวที่สองของเซลล์สมองบริเวณลิมบิกหรืออาจเกิดจากความผิดปกติของระบบฮอร์โมนต่อมไร้ท่อ นอกจากนี้อาจเกิดจากความผิดปกติทางสรีรวิทยาของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับชีวภาพ เช่น คลื่นสมองขณะหลับ การตื่นตัวของสมองหรือความไม่สมดุลของการกระจายของสารละลายโซเดียมและโพแทสเซียมในและนอกเซลล์ประสาท การมีแคลเซียมในเซลล์ปริมาณที่สูงทำให้เป็นพิษต่อเซลล์

- ทฤษฎีพันธุกรรม

พบว่าถ้าบิดามารดาคนใดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้า บุตรจะมีโอกาสเป็นโรคในอัตราที่สูงกว่าเด็กทั่วไป 2 เท่า แต่ถ้าทั้งบิดาและมารดาเป็นโรคซึมเศร้า เด็กจะมีโอกาสเป็นสูงกว่าเด็กทั่วไปถึง 4 เท่า และผลจากการศึกษาคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันพบว่า มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ

- ทฤษฎีจิตวิเคราะห์

ทฤษฎีนี้กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการคับข้องใจในระยะปาก ซึ่งอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดบุคลิกภาพแบบหลงรักตัวเอง และเมื่อบุคคลประสบกับความสูญเสีย ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียจริงหรือว่าการสูญเสียที่ผู้ป่วยเข้าใจไปเอง จะส่งผลทำให้รู้สึกต่ำลงหรือถูกทำลายลงไปซึ่งอีกก็เป็นตัวกลางในการแสดงออกของบุคลิกภาพ จึงทำให้ไม่สามารถที่จะคิดปลดปล่อยตนเองออกจากความเศร้าและความรู้สึกสูญเสีย เกิดการยับยั้งไม่ให้เกิดการต่อสู้เพื่อปกป้องตนเอง รู้สึกผิดและบันดาลโทษ ขาดการควบคุมตนเอง

- ทฤษฎีการเรียนรู้ความสิ้นหวัง

ทฤษฎีนี้กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการเรียนรู้มาก่อนว่าสภาพนั้นหมดหนทางแล้ว บุคคลตกอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์หลาย ๆ อย่างได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ความรู้สึกนี้ทำให้เกิดภาวะการปล่อยสถานการณ์เกิดแบบเลยตามเลย

- ทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญา

เมื่อบุคคลรับสิ่งเร้าเข้าไป กระบวนการรับรู้ทางปัญญาจะแปลความหมายของสิ่งเร้าที่เข้ามา และจะทำให้บุคคลแสดงอารมณ์และพฤติกรรมต่อสิ่งเร้านั้น ๆ อารมณ์และพฤติกรรมที่แสดงออกนั้นจะมีอิทธิพลย้อนกลับต่อกระบวนการทางปัญญา ประสบการณ์ในครั้งแรกของชีวิตมีผลทำให้บุคคลเกิดการประมวลเรื่องราว หรือสร้างโครงสร้างทางความคิดเกี่ยวกับตนเองและโลกซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการรับรู้ บุคคลมักจะมีประสบการณ์ที่เจ็บปวด การประสบกับปัญหาทางอารมณ์ การปรับตัวไม่ได้จึงทำให้เกิดการประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดหรือบิดเบือนจากความเป็นจริงและส่งสมมาเรื่อย ๆ จนกระทั่งเกิดการเสียสมดุลของการพัฒนาโครงสร้างทางความคิด และการประมวลเรื่องราวที่ผิดพลาดในอดีตนั้น ส่งผลทำให้บุคคลเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ อีกทั้งยังส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

กลุ่มอาการของโรคซึมเศร้า⁽²³⁾

อาการของโรคซึมเศร้ามีการแสดงออกหลายด้าน ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็นกลุ่มอาการได้ ดังนี้

- กลุ่มอาการทางอารมณ์ (Mood symptoms)

ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เศร้า และมีความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ซึ่งอารมณ์เศร้านั้นจะเกิดติดต่อกันนานเกินกว่าที่ควรจะเป็น ผู้ป่วยจะขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ รู้สึกไม่อยากทำอะไร นอกจากนี้ยังพบอาการอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ความรู้สึกกังวล หงุดหงิด อารมณ์โกรธ เป็นต้น

- กลุ่มอาการทางชีวภาพ (Vegetative symptoms) หรือ กลุ่มอาการทางกาย (Somatic symptoms)

ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย รู้สึกไม่มีแรง นอนไม่หลับ โดยมักพบการตื่นเร็วกว่าปกติหรือตื่นกลางดึก เบื่อมีอาการน้ำหนักตัวลดลง บางรายอาจพบว่ามีความอยากอาหารมากขึ้น น้ำหนักตัวเพิ่ม และนอนมากกว่าปกติ ซึ่งเรียกว่า atypical features และยังพบว่าประจำเดือนมีความผิดปกติ ผู้ป่วยบางคนมักมีอาการทางกายร่วมด้วย เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง ท้องผูกหรือท้องเสีย และคลื่นไส้อาเจียน

- กลุ่มอาการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว (Psychomotor symptoms)

ผู้ป่วยซึมเศร้าหลายรายมักพบว่ามีการเคลื่อนไหวที่ช้าลง ในรายที่อาการรุนแรงจะมีการเคลื่อนไหวน้อยจนแทบไม่ขยับตัว หรืออาจจะไม่พูด อยู่นิ่งนาน ๆ โดยไม่เคลื่อนไหว บางรายมีอาการกระสับกระส่าย กระวนกระวาย หงุดหงิด อยู่ไม่นิ่ง

- **กลุ่มอาการทางความคิด (Cognitive symptoms)**

ผู้ป่วยจะมีอาการขาดสมาธิ ไม่สามารถคิดหรือตัดสินใจได้ มีความรู้สึกผิด โทษตัวเอง ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกไร้ค่า จนนำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตายได้

- **กลุ่มอาการทางสัมพันธภาพ (Interpersonal symptoms) หรือกลุ่มอาการทางสังคม (Social symptoms)**

เกิดจากการมีปัญหาทางสัมพันธภาพกับผู้อื่น การขาดการสนับสนุนทางสังคมที่ดี การไม่เข้าสังคม และการแยกตัวจากสังคม ซึ่งในผู้ป่วยหลายรายมีความขัดแย้งกับบุคคลรอบข้างเนื่องจากอารมณ์ของตน เมื่อเกิดอารมณ์ซึมเศร้าก็จึงทำให้แยกตัวจากสังคมมากขึ้น ไม่อยากพบปะหรือพูดคุยกับใคร

กลุ่มของโรคซึมเศร้า ได้แก่ ⁽²²⁾

1. โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder)
2. โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Persistent depressive disorder/Dysthymia)
3. โรค Premenstrual dysphoric disorder
4. โรค Disruptive mood dysregulation disorder
5. โรค Substance/Medication-induced depressive disorder
6. โรค Depressive disorder due to another medical condition
7. โรค Other specified depressive disorders

การวินิจฉัยและการดำเนินโรค

1. โรคซึมเศร้าหลัก (Major depressive disorder)

จำแนกตามอาการออกเป็นชนิดเรื้อรัง, Melancholia, Psychosis, Catatonia, Atypical, Seasonal และ Postpartum

สาเหตุ

เกิดจากความผิดปกติทางชีวเคมีของสมอง โดยมีการทำงานของ Norepinephrine, Serotonin และ Dopamine ลดลง รวมทั้งความผิดปกติของ receptor ที่เกี่ยวข้อง และเกิดจากพันธุกรรม ปัญหาทางจิตใจ และปัญหาการเรียนรู้ผิดปกติ

ลักษณะอาการ ⁽²³⁾

- **ลักษณะอาการทางชีวภาพ (Melancholic features)**

อาการในกลุ่มนี้อาจเรียกว่า Endogenous depression โดยมีลักษณะอาการ คือ มีอารมณ์ซึมเศร้า หมดความสนใจหรือความเพลิดเพลิน มีความผันแปรของอารมณ์เศร้าในช่วงวัน โดยส่วนมากมักจะพบอาการซึมเศร้า

ในช่วงเช้าของวัน และมักตื่นเร็วอย่างน้อย 2 ชั่วโมง เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลดลง การเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ มีความรู้สึกมากเกินไปหรือไม่เหมาะสม

- ลักษณะอาการของโรคจิต (Psychotic features)

อาการของโรคจิตที่อาจพบร่วมกับอาการของซึมเศร้า ได้แก่ อาการหลงผิด และอาการประสาทหลอน หรืออาจพบอาการหลงผิดที่ไม่สอดคล้องกับอารมณ์ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีอาการของโรคจิตที่เกิดขึ้นหลังจากอายุ 50 ปี มักพบอาการหงุดหงิดกระสับกระส่ายที่รุนแรง มักหมกมุ่นเกี่ยวกับอาการทางกายของตน

- ลักษณะอาการที่ไม่เป็นไปตามแบบฉบับ (Atypical features)

อาการซึมเศร้าที่พบในลักษณะอาการนี้ จะมีอาการทางชีวภาพที่ตรงข้ามกับอาการของโรคซึมเศร้าทั่วไป ได้แก่ การมีอารมณ์ที่แปรผันไปตามเหตุการณ์ หากประสบกับเหตุการณ์ที่ดีอารมณ์ก็จะดีขึ้น มีความอยากอาหารเพิ่มขึ้น น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น นอนมากเกินไป ความรู้สึกหนัก ๆ ที่แขนขา และความรู้สึกอ่อนไหวง่ายกับความสัมพันธ์

- ลักษณะอาการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Catatonic features)

โรคซึมเศร้าในลักษณะนี้จะมีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ ได้แก่ ไม่เคลื่อนไหว อยู่นิ่งไม่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าใด ๆ หรือมีการเคลื่อนไหวที่มากเกินไป มีการต่อต้านหรือทำตรงกันข้ามกับคำสั่ง นิ่ง ไม่พูด เคลื่อนไหวแบบซ้ำ ๆ อยู่ในท่าทางที่แปลก มีการพูดเลียนแบบตามหรือทำท่าทางเลียนแบบ

- ลักษณะอาการที่มีอาการเรื้อรัง (Chronic depression)

โรคซึมเศร้าหลักที่มีอาการซึมเศร้าต่อเนื่องในช่วงเวลา 2 ปี อาการจะมีความรุนแรงน้อยกว่าโรคซึมเศร้าหลักที่มีอาการรุนแรง ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มักมีอาการเรื้อรังหลายปีหรือบางคนเป็นตลอดชีวิต อาการจะขึ้น ๆ ลง ๆ หลายรายพบอาการทางร่างกายร่วมด้วย เช่น มีปัญหาการนอน ความทุกข์ทรมานจากโรคทำให้ผู้ป่วยหลายรายใช้สุรา และยานอนหลับร่วมด้วย อาการป่วยเรื้อรังนี้ไม่สามารถหายขาดได้ มักจะพบในผู้ที่มีประวัติโรคซึมเศร้าในครอบครัว มีการป่วยที่ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพ การใช้ยาหรือสารที่ก่อให้เกิดอาการของโรคซึมเศร้า การขาดการสนับสนุนทางสังคมที่ดี การเสียชีวิตหรือการเจ็บป่วยของบุคคลใกล้ชิด

การดำเนินโรค

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าหลักร้อยละ 50 เคยมีอาการซึมเศร้ามาก่อน และร้อยละ 50 มีอาการครั้งแรกมาก่อนอายุ 40 ปี ส่วนผู้ป่วยซึมเศร้าที่เกิดอาการขึ้นซ้ำมักไม่มีประวัติของโรคซึมเศร้าในครอบครัว ไม่มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม และไม่มีประวัติการใช้สุรา โรคซึมเศร้าหากไม่ได้รับการรักษาจะคงอยู่นาน 6 - 13 เดือน หากผู้ป่วยหยุดยารักษาโรคเร็วกว่า 3 เดือน มักจะมีโอกาสที่จะกลับไปเป็นซ้ำใหม่ได้ และหากมีการกลับมาเป็นซ้ำ ความถี่ของการเจ็บป่วยจะยิ่งบ่อยขึ้น และระยะเวลาเจ็บป่วยจะยาวนานขึ้น

เกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรคตาม DSM-5 ⁽²²⁾

มีอาการดังต่อไปนี้อย่างน้อย 5 อาการ ในระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 2 สัปดาห์

1. มีอารมณ์เศร้าเกือบทุกวัน ซึ่งทั้งตนเอง และผู้อื่นสามารถสังเกตเห็นได้
2. ความสนใจต่อกิจกรรมปกติที่เคยทำลดลงอย่างมาก
3. เบื่ออาหารหรืออยากอาหารมากขึ้นเกือบทุกวัน
4. นอนไม่หลับหรือหลับมากเกือบทุกวัน
5. ทำอะไรช้าลง หรือกระสับกระส่าย อยู่ไม่สุขจนคนอื่นสามารถเห็นได้ โดยมีอาการเกือบทุกวัน
6. เหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรงเกือบทุกวัน
7. รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า
8. ความสามารถในการตัดสินใจหรือการคิดลดลง
9. คิดอยากฆ่าตัวตายหรือคิดถึงเรื่องการตายอยู่ซ้ำ ๆ

อาการดังกล่าวข้างต้นจะต้องทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทรมานหรือทำให้เสียหน้าที่การทำงาน และอาการจะต้องไม่เป็นผลมาจากการใช้สารเสพติด ยา หรือโรคทางกายอื่น ๆ นอกจากนี้ต้องไม่มีอาการในระยะ Mania และ Hypomania

2. โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymic disorder)

มีอาการซึมเศร้าในระดับไม่รุนแรงแต่เรื้อรังนานเกิน 2 ปี อาการมักเริ่มป่วยในช่วงเข้าสู่วัยรุ่น

สาเหตุ

คล้ายคลึงกับโรคซึมเศร้า แต่สาเหตุกระตุ้นของการป่วยมักจะไม่ชัดเจน แต่ปัจจัยโน้มเอียงจะเด่นชัดกว่า เช่น การเจ็บป่วยในวัยเด็ก ความเครียด และปัญหาชีวิตเรื้อรัง

ลักษณะอาการ

โรคซึมเศร้าเรื้อรังจะมีลักษณะแตกต่างไปจากโรคซึมเศร้าหลักที่มีอาการเรื้อรัง คือ มักจะมีอาการเริ่มตั้งแต่อายุน้อย ๆ อาจจะเริ่มตั้งแต่วัยเด็กหรือช่วงวัยรุ่น ซึ่งอาการจะไม่เหมือนกับโรคซึมเศร้าหลัก โดยผู้ป่วยมักจะพบว่าตนเองมีอารมณ์ซึมเศร้าอยู่เสมอ แต่ไม่ค่อยพบความอยากอาหารหรือความต้องการทางเพศที่ลดลง ไม่ค่อยพบอาการทางจิตหรือการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ ไม่พบอาการทางชีวภาพทางกาย รวมถึงการหมดความสนใจในทุกอย่าง ลักษณะอาการที่เด่นชัดของโรคซึมเศร้าเรื้อรัง คือ มีอารมณ์เศร้าและความรู้สึกเบื่อหน่ายอยู่เรื่อย ๆ อ่อนไหวง่าย ขาดความเพลิดเพลินในชีวิต รู้สึกว่าตนเองด้อย จนกลายเป็นเหมือนลักษณะบุคลิกภาพของบุคคลคนนั้น

การดำเนินโรค

การเกิดโรคจะมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป เริ่มตั้งแต่ช่วงวัยเด็กหรือวัยรุ่น โดยที่บางช่วงอาจมีโรคซึมเศร้าหลักเกิดควบคู่ไปด้วย ซึ่งจะเรียกว่า Double depression

เกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรคตาม DSM-5

1. มีอารมณ์เศร้าเกือบทั้งวัน และมีวันที่เป็นมากและวันที่ไม่เป็น ติดต่อกันอย่างน้อย 2 ปี
2. ขณะที่ซึมเศร้ามีอาการต่อไปนี้ 2 อย่าง หรือมากกว่า
 - เบื่ออาหารหรืออยากอาหารมากขึ้นเกือบทุกวัน
 - นอนไม่หลับหรือหลับมากเกือบทุกวัน
 - เหนื่อย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง
 - รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า
 - สมาธิเสียหรือมีความลังเลใจ
 - รู้สึกสิ้นหวัง
3. ในช่วงเวลาดังกล่าวไม่มีระยะเวลาที่เป็นปกติมากกว่า 2 เดือน
4. มีอาการของโรคอย่างต่อเนื่องนาน 2 ปี
5. ไม่มีระยะ Mania หรือ Hypomania และยังไม่มีอาการเข้าข่ายเกณฑ์ของ Cyclothymic disorder
6. ไม่ได้มีผลมาจากโรคทางกายอื่น ๆ
7. ไม่ได้มีผลมาจากยาหรือสารเสพติด
8. อาการส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

3. โรค Premenstrual dysphoric disorder

ลักษณะอาการ

มีอาการเศร้า หงุดหงิด หรือวิตกกังวลอย่างชัดเจน หรือมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย โดยอาการเกิดขึ้นในช่วงสัปดาห์ก่อนระยะ Luteal และหายในไม่กี่วันหลังเริ่มมีประจำเดือน อาการมักจะเป็นเกือบทุกรอบที่มีประจำเดือน

เกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรคตาม DSM-5

1. ส่วนใหญ่ของการมีระดู จะมีอาการดังต่อไปนี้อย่างน้อย 5 อาการ ในช่วงสัปดาห์ก่อนมีระดูและเริ่มดีขึ้นภายใน 2 - 3 วัน หลังมีระดู
2. ต้องมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 1 อาการ ได้แก่ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย โกรธหงุดหงิดง่าย เพิ่มปัญหาความขัดแย้งทางสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึมเศร้า สิ้นหวัง มีความคิดดูถูกตนเอง วิตกกังวล เครียด ตื่นเต้น
3. ต้องมีอาการต่อไปนี้ 1 อาการ รวมกับอาการ ในข้อ 2 เพื่อให้ครบ 5 อาการ
 - ความสนใจในกิจกรรมตามปกติลดลง
 - รู้สึกสมาธิไม่ดี
 - เหนื่อยล้า อ่อนเพลีย หรือไร้เรี่ยวแรง

- นอนหลับมากหรือนอนไม่หลับ
- รู้สึกว่าถูกครอบงำหรือควบคุมตนเองไม่ได้
- มีอาการทางกาย เช่น คัดตึง หรือเจ็บเต้านม ปวดกล้ามเนื้อหรือตามข้อ

รู้สึกบวมหรือน้ำหนักขึ้น

4. อาการที่เป็นส่งผลต่อการทำหน้าที่ในด้านต่าง ๆ
5. อาการไม่สามารถอธิบายได้จากโรคจิตเวชอื่น ๆ
6. ยืนยันการวินิจฉัยได้เมื่อประเมินอาการอย่างน้อย 2 รอบระดู
7. อาการไม่ได้เป็นผลมาจากผลของยา สารเสพติด หรือโรคทางกาย

4. โรค Disruptive mood dysregulation disorder

ลักษณะอาการ

มีการระเบิดอารมณ์รุนแรงบ่อย โดยเฉลี่ยอย่างน้อย 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์ ทั้งทางวาจาหรือพฤติกรรม อย่างไม่สมเหตุสมผลกับเหตุการณ์ ต้องเกิดขึ้นอย่างน้อย 2 จาก 3 สถานการณ์ โดยช่วงระเบิดอารมณ์แต่ละครั้งก็ยังมี ความหงุดหงิดง่ายเกือบทุกวัน แทบทั้งวัน เป็นมานานอย่างน้อย 12 เดือน

5. โรค Substance/Medication - induced depressive disorder และ โรค depressive disorder due to another medical condition

ลักษณะอาการ

มีอาการซึมเศร้า เปื่อหน่ายอย่างต่อเนื่อง หลังจากการใช้ยาหรือสารเสพติด หรือมีโรคทางกายที่ส่งผล โดยตรงทางสรีรวิทยาให้มีอาการดังกล่าว จนมีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ในด้านต่าง ๆ การประเมิน และการวินิจฉัยแยกโรคจะใช้แนวทางเดียวกับของกลุ่มโรคซึมเศร้า

การรักษา

เป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีดังต่อไปนี้

1. การป้องกันความเสี่ยงและดูแลให้ผู้ป่วยอยู่ในความปลอดภัย
2. การประเมินและการวินิจฉัยอย่างครบถ้วน
3. การวางแผนการรักษาผู้ป่วย เพื่อลดอาการเจ็บป่วยในปัจจุบัน และช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ

การรักษาในโรงพยาบาล

การวางแผนรักษาอันดับแรกคือการตัดสินใจว่าจะให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน

โดยจะต้องประเมินจาก ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายหรือการทำร้ายตนเอง รวมไปถึงการทำร้ายผู้อื่น อาการของผู้ป่วยมีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด และการได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัว

การรักษาทางชีวภาพ

ได้แก่ การรักษาด้วยยา และการรักษาด้วยไฟฟ้า

การรักษาด้วยยา⁽²³⁾

ยารักษาโรคซึมเศร้า (Antidepressants) ได้แก่ ยาในกลุ่ม Serotonin-specific reuptake inhibitors (SSRIs), Serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs), Noradrenergic and specific serotonergic antidepressants (NaSSAs), Tricyclic antidepressants (TCAs), Monoamine oxidase inhibitors (MAOIs) เป็นต้น การใช้ยารักษาโรคซึมเศร้าจะให้ผลการรักษาประมาณ 3 - 4 สัปดาห์ ปัญหาที่พบบ่อยในการให้ยา คือ การให้ยาในปริมาณต่ำและระยะเวลาสั้นเกินไป ซึ่งควรให้ยาในปริมาณที่พอดีและรอสังเกตผลการตอบสนองเป็นเวลายาวนานอย่างน้อย 4 - 5 สัปดาห์ ประสิทธิภาพของยาในกลุ่มนี้มีก็ไม่ต่างกันมากนัก แต่จะต่างกันในเรื่องของผลข้างเคียง กลไกการออกฤทธิ์ ปฏิกิริยาระหว่างยาด้วยกัน ความสะดวกในการปรับเพิ่มขนาดยา รวมถึงกลุ่มอาการ Discontinuation syndrome ยาในกลุ่มของโรคซึมเศร้ามีดังนี้

1. ยา Serotonin-Specific Reuptake Inhibitors (SSRIs)

ยาในกลุ่มนี้จะออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการดูดซับกลับของ Serotonin โดยมีผลต่อการดูดซับกลับของ Norepinephrine หรือ Dopamine เพียงเล็กน้อย ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Fluoxetine, Sertraline, Paroxetine, Fluvoxamine, Citalopram, Escitalopram ยาในกลุ่มนี้เป็นยาที่นิยมใช้ในการรักษาโรคซึมเศร้า เนื่องจากมีประสิทธิภาพในการรักษาและมีผลข้างเคียงน้อย อาการข้างเคียงที่พบบ่อยในการใช้ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียนหรือท้องเสีย ปวดศีรษะ นอนไม่หลับหรือง่วงนอน สมรรถภาพทางเพศบกพร่อง รวมถึงอาการ Extrapyrimal symptoms เช่น กระสับกระส่าย มือสั่น และอาการ Anticholinergic effects เช่น ปากแห้ง คอแห้ง ท้องผูก ตาพร่า

2. ยา Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitors (SNRIs)

ยาในกลุ่มนี้จะยับยั้งการดูดซับกลับของทั้ง Serotonin และ Norepinephrine มีประสิทธิภาพในการรักษาที่รวดเร็ว โดยสามารถเห็นได้ตั้งแต่ 2 สัปดาห์ ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Venlafaxine ผลข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้ได้แก่ ความดันโลหิตสูงขึ้น ในผู้ป่วยที่ได้รับยาในขนาดสูงจะพบอาการ คลื่นไส้ เบื่ออาหาร กระวนกระวาย ปากแห้ง คอแห้ง ท้องผูก ตาพร่า และสมรรถภาพทางเพศบกพร่อง

3. ยา Tricyclic และ Tetracyclic Antidepressants (TCAs)

ยาในกลุ่มนี้มีโครงสร้างของโมเลกุลเป็น 3 วง จึงเรียกว่า Tricyclic ซึ่งยาในกลุ่มนี้เป็นต้นแบบที่ใช้ในการ

รักษาโรคซึมเศร้าแต่มีผลข้างเคียงมาก ปัจจุบันแพทย์จึงนิยมใช้ยากกลุ่มใหม่ ซึ่งยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Amitriptyline, Nortriptyline, Clomipramine, Imipramine ยาในกลุ่มนี้ยับยั้งการดูดกลับของ Norepinephrine และ Serotonin ผลข้างเคียงของยากกลุ่มนี้ได้แก่ อาการง่วงนอน อาการข้างเคียงทาง Anticholinergic effects ได้แก่ อาการปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะขัด รวมถึงความดันโลหิตต่ำ และยังมีผลต่อการทำงานของหัวใจ นอกจากนี้ยังมีผลทำให้น้ำหนักตัวของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น รวมถึงทำให้สมรรถภาพทางเพศบกพร่องด้วย อีกทั้งยังมีปฏิกิริยากับการใช้ร่วมกับยาตัวอื่นด้วย

4. ยา Noradrenergic and Specific Serotonergic Antidepressants (NaSSAs)

ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Mirtazapine ยาในกลุ่มนี้มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคซึมเศร้า มีฤทธิ์คลายความกังวล ช่วยให้นอนหลับได้ง่ายขึ้น และช่วยให้รับประทานอาหารได้เพิ่มขึ้น อาการข้างเคียงของยา ได้แก่ อาการง่วงนอน ความดันโลหิตต่ำ นอกจากนี้ยาในกลุ่มนี้ยังส่งผลกระทบต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดน้อย และยังมีฤทธิ์ยาต่ออายุตัวอื่นค่อนข้างน้อย อีกทั้งไม่ส่งผลกระทบต่อสมรรถภาพทางเพศ

5. ยา Monoamine Oxidase Inhibitors (MAOIs)

ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Moclobemide ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ Monoamine oxidase (MAO) ยากกลุ่มนี้ออกฤทธิ์รักษาซึมเศร้าได้ดี แต่ควรระวังการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงที่รุนแรง ซึ่งอาจเกิดขึ้นหากรับประทานอาหารที่มี Tyramine เป็นส่วนประกอบในปริมาณที่สูง อาการข้างเคียงของยากกลุ่มนี้ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ น้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้น นอนไม่หลับ และสมรรถภาพทางเพศบกพร่อง

ระยะเวลาในการรักษาโรคซึมเศร้าเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ

การให้ยารักษาซึมเศร้าควรให้ต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน เพื่อช่วยลดจำนวนและความรุนแรงในการที่จะกลับมาเป็นซ้ำ

การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy, ECT)

การรักษาด้วยไฟฟ้าจะทำได้โดยการปล่อยกระแสไฟฟ้าเข้าไปกระตุ้นสมองผ่านทาง electrode เพื่อปรับสมดุลของระบบสารสื่อประสาทให้เป็นปกติ ซึ่งพบว่าการรักษาด้วยวิธีนี้ให้ผลการรักษาที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพสูงสุด สำหรับข้อบ่งชี้สำคัญของการรักษาด้วยวิธีนี้ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายผู้อื่น ผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ผู้ป่วยที่ไม่อาจทนผลข้างเคียงของการรักษาด้วยยาได้ ชนิดของโรคซึมเศร้าที่ได้ผลดีกับการรักษาด้วยไฟฟ้า คือ Major depressive disorder with melancholic features หรือ มีอาการ Psychotic features ร่วมด้วย รวมถึงลักษณะของ Catatonic features การรักษาจะทำ 2 - 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ซึ่งอาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นหลังจากได้รับการรักษาประมาณ 6 - 12 ครั้ง ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ อาการหลงลืม และปัญหาด้านความจำ แต่อาการจะคงอยู่ไม่เกิน 6 เดือน และจะดีขึ้น การรักษาด้วยวิธีนี้จะต้องระวังใน

ผู้ป่วยที่มีอาการทางกายร่วมด้วย เช่น เนื้องอกในสมอง นอกจากนี้ยังต้องระวังในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจขาดเลือด

Repeated transcranial magnetic stimulation ⁽²²⁾

เป็นการรักษาโดยใช้อุปกรณ์ปล่อยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าผ่านหนังศีรษะ ให้กระแสไฟฟ้าไปกระตุ้น

Vagal nerve stimulation

เป็นการฝังอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ใต้ผิวหนังเพื่อกระตุ้น Left vagus nerve แต่การรักษาชนิดนี้ยังไม่เป็นที่แพร่หลายในประเทศไทย

การรักษาทางจิตใจ

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย
2. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการของโรคและวิธีการรักษา
3. ให้คำแนะนำและปรึกษาปัญหาทางด้านจิตใจ
4. ออกกำลังกายเพื่อช่วยลดความชุกของอาการซึมเศร้า วิธีนี้สามารถใช้ได้ในผู้ป่วยที่มีอาการเพียงเล็กน้อย แต่หากอาการไม่ดีขึ้นควรให้ใช้ยา

การรักษาทางจิตบำบัด ⁽²³⁾

- การบำบัดทางความคิด (Cognitive Therapy)

การบำบัดด้วยวิธีนี้ถูกพัฒนาขึ้นโดย Aaron Beck (1979) ซึ่งมุ่งเน้นการแก้ไขความคิดที่บิดเบือนซึ่งก่อให้เกิดโรคซึมเศร้า โดยจะใช้เวลาบำบัดประมาณ 15 - 25 สัปดาห์ ให้การบำบัดครั้งละ 45 - 50 นาที จุดมุ่งหมายของการรักษา คือ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความคิดที่บิดเบือน ให้เข้าใจความเกี่ยวข้องระหว่างความคิดกับอารมณ์แล้วให้ผู้ป่วยจดบันทึกเหตุการณ์และความคิดขณะที่เกิดอารมณ์ด้านลบ เพื่อที่ผู้รักษาจะได้ช่วยตรวจสอบความคิดที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงและแก้ไขความคิดที่บิดเบือน

- การบำบัดทางพฤติกรรม (Behavior Therapy)

การรักษาวิธีนี้มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ โดยมองว่าการเกิดโรคซึมเศร้าเกิดจากการขาดแรงเสริมทางบวกจากบุคคลใกล้ชิด อีกทั้งผู้ป่วยยังหมกมุ่นกับปัญหาเดิม ๆ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง ไม่สามารถจัดการกับปัญหาของตนเองได้ อาการของโรคจึงคงอยู่เรื่อยมา การรักษาจะช่วยลดพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดอาการซึมเศร้า ค้นหากิจกรรมที่เพลิดเพลิน เสริมความภาคภูมิใจให้ตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับชีวิตของตนเองได้ มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ในทางที่ดีขึ้น

- จิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychotherapy)

การรักษาวิธีนี้ถูกพัฒนาขึ้นโดย Myrna M. Weissman และ Gerald L. Klerman โดยได้อธิบายปัญหาสัมพันธภาพที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการซึมเศร้าไว้ 4 ด้าน ได้แก่

- 1) อารมณ์เศร้านอกจากการสูญเสีย (Grief or complicated bereavement)
- 2) ความขัดแย้งทางบทบาทสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal role disputes)
- 3) การเปลี่ยนผ่านบทบาท (Role transitions)
- 4) ความบกพร่องทางสัมพันธภาพ (Interpersonal deficits)

เป้าหมายของการรักษาวิธีนี้ คือ การแก้ไขปัญหาลักษณะสัมพันธภาพให้ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลทำให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้นได้

2. ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก⁽¹⁵⁾

หมายถึง ภาวะที่ความสามารถในการมีบุตรของคู่สมรสลดลงกว่าปกติ ซึ่งทั้งคู่อยู่ร่วมกันและมีเพศสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอ โดยไม่ได้คุมกำเนิดเป็นระยะเวลา 1 ปี หรือนานกว่านั้นแล้วยังไม่ตั้งครรภ์ ในหญิงที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี แต่หากหญิงมีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป คือ คู่สมรสไม่สามารถตั้งครรภ์ได้หลังจากได้พยายามให้มีบุตร ด้วยการมีเพศสัมพันธ์สม่ำเสมอโดยไม่ได้อุปการะแล้วอย่างน้อย 6 เดือน ภาวะนี้พบได้ 10 - 15% ของคู่สมรส อาจแบ่งได้เป็น 2 ชนิดคือ⁽¹⁶⁾

- ภาวะมีบุตรยากปฐมภูมิ (Primary infertility) หมายถึง ภาวะมีบุตรยากในคู่สมรสที่ไม่เคยมีการตั้งครรภ์มาก่อน
- ภาวะมีบุตรยากชนิดทุติยภูมิ (Secondary infertility) หมายถึง ภาวะมีบุตรยากในรายที่ฝ่ายชายเคยมีบุตรมาก่อน หรือฝ่ายหญิงเคยมีการตั้งครรภ์ แต่หลังจากนั้นไม่มีการตั้งครรภ์อีกเลยเป็นระยะเวลา 1 ปี หรือนานกว่านั้นโดยทั้งคู่มีเพศสัมพันธ์กันอย่างสม่ำเสมอ และไม่ได้อุปการะ

อุบัติการณ์⁽¹⁶⁾

ภาวะมีบุตรยากในวัยเจริญพันธุ์พบว่าสูงถึงร้อยละ 13.5 - 18.4 หรือประมาณ 1 ใน 6 ของคู่สมรสวัยเจริญพันธุ์ทั้งหมด ซึ่งภาวะมีบุตรยากชนิดปฐมภูมิพบอยู่ที่ 67 - 71% และชนิดทุติยภูมิพบที่ 29 - 33% สาเหตุของภาวะมีบุตรยากที่เกิดจากปัจจัยของฝ่ายชายพบอยู่ที่ 35 - 45% ส่วนสาเหตุที่มาจากปัจจัยของฝ่ายหญิงพบที่ 45 - 55% และไม่ทราบสาเหตุ 10%⁽²⁴⁾ จากการสำรวจในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วพบว่าอัตราการมีบุตรยากอยู่ระหว่าง 7 - 17% เช่น ในประเทศนอร์เวย์พบ 7% อเมริกาพบ 8.5% ฟินแลนด์พบ 15% และในอังกฤษพบที่ 17% เป็นต้น⁽²⁵⁻²⁷⁾ สำหรับประเทศไทยนั้นปัญหาการมีบุตรยากของสตรีจากการสำรวจประชากรไทยอายุระหว่าง 15 - 59 ปีทั่วประเทศ ในปี พ.ศ.2552 พบว่ามีคู่สมรสที่มีปัญหาการมีบุตรยากอยู่ที่ประมาณ 11% และเพศหญิงมีปัญหามากกว่าเพศชาย โดยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีปัญหามากกว่าภาคอื่น ๆ ซึ่งอยู่ที่ 13.1%

สำหรับกรุงเทพมหานครพบที่ 8.5% ⁽⁸⁾ จำนวนบุตรเฉลี่ยที่สตรีคนหนึ่งจะมีตลอดวัยเจริญพันธุ์อยู่ที่ประมาณ 6 คน ใน พ.ศ. 2513 ลดลงเหลือเพียงแค่ 1.6 คนเท่านั้น ใน พ.ศ. 2556 ⁽²⁾ และมีการคาดการณ์ว่าจำนวนบุตรเฉลี่ยของสตรีวัยเจริญพันธุ์จะลดลงไปอย่างต่อเนื่องจนเหลือเพียง 1.3 คน ภายในปี พ.ศ. 2583 ⁽³⁾ ภาวะมีบุตรยากจึงมีแนวโน้มจะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งนี้เพราะมีปัจจัยต่าง ๆ ที่มาช่วยสนับสนุน ได้แก่ ⁽²⁴⁾

1. ในปัจจุบันผู้หญิงมีโอกาสในการศึกษาเล่าเรียน และทำงานเพิ่มขึ้นมากกว่าในอดีต ทำให้แต่งงานช้าลง นอกจากนี้ทั้งผู้ชายและผู้หญิงต้องใช้เวลาในการสร้างฐานะของตนให้มั่นคงก่อนการสมรส จึงทำให้มีบุตรเมื่ออายุสูงขึ้น

2. การคุมกำเนิดบางวิธีอาจกระทบกระเทือนต่อการทำงานของระบบสืบพันธุ์จึงทำให้มีโอกาสมีภาวะมีบุตรยากได้ เช่น หลังจากเลิกคุมกำเนิดด้วยการฉีดฮอร์โมนเพื่อคุมกำเนิดบางชนิดอาจทำให้การตกไข่กลับคืนมาล่าช้า การใส่ห่วงอนามัยอาจทำให้เกิดการอักเสบของอวัยวะเชิงกราน (Pelvic inflammatory disease หรือ PID) จนถึงการติบตันของท่อนำไข่ได้

3. พฤติกรรมทางเพศของคนในสังคมเปลี่ยนแปลงไปจึงส่งผลทำให้โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually transmitted disease หรือ STD) เพิ่มขึ้น รวมทั้งศีลธรรมอันดีงามในสังคมตกต่ำลงทำให้เกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดการทำแท้งที่ผิดกฎหมาย (Criminal abortion) ทำให้เกิดการอักเสบของระบบสืบพันธุ์ซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะมีบุตรยาก

4. การทำหมันในฝ่ายชายหรือฝ่ายหญิง (Sterilization) เมื่อต้องการมีบุตรจึงต้องทำการผ่าตัดแก้หมัน (Reversal of Sterilization) ซึ่งบางครั้งการผ่าตัดแก้หมันก็ไม่สามารถทำให้ผู้ที่ทำกลับมาตั้งครรภ์ได้

ปัจจัยที่ส่งเสริมผลต่อการมีบุตรยาก

อายุ

ฝ่ายหญิงที่มีอายุระหว่าง 21 - 25 ปี จะเป็นช่วงอายุที่มีความสามารถในการมีบุตรได้สูงสุด กล่าวคือถ้าฝ่ายหญิงมีอายุต่ำกว่า 31 ปี จะมีโอกาสตั้งครรภ์อยู่ที่ร้อยละ 74 และหลังจากนั้นโอกาสของการตั้งครรภ์จะค่อย ๆ ลดลงตามอายุที่มากขึ้น ซึ่งหากคู่สมรมีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป โอกาสในการตั้งครรภ์จะลดเหลือเพียงร้อยละ 54 ซึ่งถ้าคู่สมรสได้พยายามมีบุตรมาเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือน ก็ควรจะได้รับการตรวจ และรักษาภาวะมีบุตรยากได้ ส่วนฝ่ายชายที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป พบว่ามีความผิดปกติของอสุจิเพิ่มมากขึ้น

ความถี่ของการร่วมเพศ

ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสม คือ 2 - 3 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือมีการร่วมเพศวันเว้นวันในช่วงที่ฝ่ายหญิงมีการตกไข่ เนื่องจากอสุจิที่สร้างขึ้นใหม่มีคุณภาพดี และแข็งแรงกว่าอสุจิที่สร้างมานานแล้ว ตัวอสุจิจะสามารถมีชีวิตอยู่ในท่อนำไข่ของฝ่ายหญิงได้ประมาณ 2 วัน จึงมีผลต่อการมีโอกาที่ตั้งครรภ์ได้

ระยะเวลาที่สมรส

ผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์เมื่อแต่งงานเป็นระยะเวลา 3, 6, 12, 14 เดือน จะมีโอกาสตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 57, 72, 85 และ 90 ตามลำดับ แต่ในผู้หญิงที่มีภาวะมีบุตรยากนั้นหากระยะเวลาการสมรสยาวนานแล้วไม่ได้รับการรักษา ก็จะมีโอกาสตั้งครรภ์ได้น้อยลงตามลำดับ

อารมณ์

ความเครียดมีผลกระทบต่อระบบสืบพันธุ์ของทั้งฝ่ายชายและฝ่ายหญิง ซึ่งมีผลทำให้โอกาสที่จะตั้งครรภ์ลดน้อยลงไป กล่าวคือในผู้หญิงหากมีความเครียดจะส่งผลทำให้รอบเดือนมาไม่สม่ำเสมอหรือรอบเดือนขาดหายไป นอกจากนี้ยังทำให้เกิดอาการปวดเกร็งช่องคลอดเนื่องจากการบีบรัดของกล้ามเนื้อรอบช่องคลอด ทำให้มีเพศสัมพันธ์ไม่ได้หรือมีความเจ็บปวดที่เกิดระหว่างหรือหลังจากการมีเพศสัมพันธ์ รวมทั้งกามตายด้านในผู้หญิง สำหรับผู้ชาย ความเครียดมีผลต่อการสร้างตัวอสุจิที่จะลดน้อยลง อารมณ์ทางเพศน้อยลงหรือไม่มีเลย และการหลั่งน้ำอสุจิเร็วเกินไป

บรรยากาศ สิ่งแวดล้อม อาชีพ และอุปนิสัย

ผู้หญิงที่ทำงานในสถานที่ที่มีมลพิษหรือสารเคมี เช่น สารตะกั่ว สาร Benzene สารกัมมันตภาพรังสี เป็นต้น จะมีอัตราเสี่ยงต่อภาวะมีบุตรยากมากขึ้น รวมทั้งอุปนิสัยในการใช้ชีวิตประจำวันบางอย่างก็สัมพันธ์กับภาวะมีบุตรเช่นกัน เช่น การสูบบุหรี่หรือการดื่มกาแฟมากเกินไปมีความเสี่ยงต่อการแท้งบุตรเพิ่มสูงขึ้น การดื่มสุราอาจส่งผลทำให้ไข่ไม่ตกและทำให้เกิดความพิการของทารกในครรภ์ สำหรับฝ่ายชายที่ได้รับสารเคมีพวก Benzene สารตะกั่ว ผลิตภัณฑ์จากปิโตรเลียม รวมทั้งการสูบบุหรี่และดื่มสุรามากทำให้ร่างกายสร้างตัวอสุจิได้น้อยลง ส่วนสารเสพติดนั้นจะทำให้ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนลดลง ส่งผลทำให้มีการสร้างตัวอสุจิน้อยลง และสมรรถภาพทางเพศลดลง

สาเหตุของการมีบุตรยากจากฝ่ายหญิง

(16, 24, 28)

1. ความพิการแต่กำเนิด (Congenital abnormality) ของปากช่องคลอดและช่องคลอด ซึ่งได้แก่

- เยื่อพรหมจารีไม่เปิด (Imperforate hymen)

เยื่อพรหมจารีเป็นเนื้อเยื่อที่มีลักษณะเป็นวงกลม ปิดอยู่ที่ปากช่องคลอด และมีช่องเปิดตรงกลางกว้างพอสมควรเพื่อให้เลือดรอบเดือนไหลออกมาได้ แต่ถ้าหากเยื่อพรหมจารีไม่เปิดจะทำให้เลือดรอบเดือนไม่สามารถไหลออกมา และไม่สามารถร่วมเพศได้

- เยื่อพรหมจารีรูปร่างผิดปกติ

สามารถแบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ ซึ่งได้แก่ แบบรูปร่างแหวน (Annular) แบบเป็นผนังกัน (Septate) และแบบตะแกรง (Cribriform) ซึ่งทำให้เลือดรอบเดือนสามารถไหลออกมาได้ แต่ไม่สามารถร่วมเพศได้

- การไม่มีช่องคลอดมาแต่กำเนิด (Congenital absence of vagina)

ผู้ป่วยมักมีประวัติไม่เคยมีรอบเดือนมาก่อน ร่วมกับมดลูกมีการเจริญเติบโตที่ผิดปกติ (Hypoplasia)

- ช่องคลอดไม่มีผนังกัน (Septate vagina) หรือมี 2 ช่องคลอด (Double vagina)

มักเกิดร่วมกับภาวะมี 2 มดลูก (Uterus didelphys หรือ Double uterus)

- สันนูนของผิวหนังบริเวณปากช่องคลอดด้านหลัง (Posterior fourchette)

ผิวหนังบริเวณปากช่องคลอดด้านหลังมีลักษณะเป็นสันนูนขึ้นมา เมื่อร่วมเพศจะมีการเสียดสีกับองคชาต ทำให้เกิดเป็นแผลถลอก และมีการเจ็บปวดระหว่างการร่วมเพศ บางครั้งต้องงดการร่วมเพศถึง 7 - 10 วันจนกว่าแผลจะหาย

- การหย่อนของช่องคลอด (Relaxed vaginal outlet)

ส่งผลทำให้มีการไหลของน้ำอสุจิออกมาหลังร่วมเพศ ปริมาณของตัวอสุจิที่จะเข้าไปผสมกับเซลล์ไข่ในรังไข่จึงน้อยลง

- การอักเสบของปากช่องคลอดและช่องคลอด

ผลของจากอักเสบจะทำให้มีการตกขาว (Leukorrhea) ซึ่งจะส่งผลทำให้ตัวอสุจิไม่สามารถทนต่อสภาวะในช่องคลอดที่มีความเป็นกรดมากกว่าปกติได้ และทำให้เกิดความเจ็บปวดระหว่างการร่วมเพศ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อกระบวนการรักษาภาวะมีบุตรยาก เช่น ในกระบวนการตรวจค้นคว้าหาสาเหตุมีบุตรยากถ้ามีเชื้อจุลินทรีย์หรือไวรัสปนเปื้อนอยู่บริเวณปากช่องคลอดหรือช่องคลอด อาจทำให้เชื้อเหล่านั้นเข้าไปสู่มดลูก ท่อนำไข่ และช่องท้องได้ ซึ่งอาจเป็นการเพิ่มสาเหตุของการมีบุตรยาก การอักเสบของปากช่องคลอดและช่องคลอดที่พบบ่อยได้แก่

1) การอักเสบจากเชื้อรา (Candidiasis หรือ Moniliasis) มีการตกขาวลักษณะคล้ายนมที่ข้นแข็ง (Curd-like discharge) การอักเสบมักลุกลามถึงบริเวณปากช่องคลอดจึงทำให้ผิวหนังบริเวณนั้นมีลักษณะเป็นสีแดง (Erythematous) และมักมีอาการคันร่วมด้วย เชื้อราที่มักจะพบได้บ่อย คือ *Candida albicans*

2) การอักเสบจากเชื้อโปรโตซัว (Trichomonas หรือ Trichomoniasis) มีการตกขาวสีเหลืองและมีกลิ่นเหม็น อาจมีฟองอยู่ในช่องคลอด และมักมีอาการคันร่วมด้วย เชื้อโปรโตซัวที่ทำให้เกิดการอักเสบ คือ *Trichomonas vaginalis*

3) Bacterial vaginosis เป็นสภาวะของช่องคลอดที่ไม่มีการอักเสบและไม่มีเม็ดเลือดขาว เกิดจากปริมาณ *Lactobacilli* ลดลงแล้วทำให้มีการเพิ่มขึ้นของ Anaerobes อาทิเช่น *Peptos - treptococcus*, *Bacteroides* และ *Mobiluncus*

4) หนองใน (Gonorrhoea) เกิดจากเชื้อ *Neisseria gonorrhoea* มีลักษณะเป็นหนอง (Purulent) หรือ หนองเหนียว (Mucopurulent) เนื่องจากการอักเสบของท่อปัสสาวะ และปากมดลูก จึงส่งผลทำให้ตัวอสุจิไม่สามารถ

ทนต่อสภาวะในช่องคลอดที่มีความเป็นกรดมากกว่าปกติ เมื่อปัสสาวะจะมีอาการแสบหากผู้ป่วยมีการอักเสบของต่อมบาร์โธลิน (Bartholin's abscess) ร่วมด้วย

5) แผลริมอ่อน (Chancroid) เกิดจากเชื้อ *Haemophilus ducreyi* ทำให้มีแผลบริเวณปากช่องคลอดหลายตำแหน่ง มีเลือดออกง่าย และเจ็บแสบมาก มักมีการอักเสบของต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบหรือฝีมะม่วง (Inguinal bubo) ร่วมด้วย

6) ซิฟิลิส (Syphilis) เกิดจากเชื้อ *Treponema pallidum* ซึ่งทำให้ปากช่องคลอดเป็นสีแดงเรื่อ ๆ ขอบและฐานของแผลแข็ง เรียกว่า แผลริมแข็ง (Hard chancre) แผลไม่เจ็บ และจะหายเป็นปกติโดยไม่มีแผลเป็น มักมีการอักเสบของต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบร่วมด้วย เมื่อลุกลามเข้าระยะที่ 2 บริเวณปากช่องคลอด และฝีเย็บจะมีลักษณะเป็นหงอนไก่ตัวเมีย (Condyloma latum)

7) เริมที่อวัยวะเพศ (Genital herpes) เกิดจากเชื้อ Herpes simplex type มักพบบริเวณปากช่องคลอดและปากมดลูก อาจเริ่มต้นด้วยการมีผื่นแดงซึ่งต่อมาจะกลายเป็นตุ่มใสรวมตัวเป็นกลุ่ม และสุดท้ายก็จะแตกเป็นแผล ซึ่งแผลที่แตกอาจติดเชื้อจุลินทรีย์เพิ่มเติมจึงทำให้มีหนองไหลทะลักออกมา ผู้ป่วยจะมีอาการปวดแสบมาก และสามารถกลับมาเป็นซ้ำได้

8) Condylomata accuminata (Genital warts) เกิดจาก Human papillomavirus type 6 และ 11 มักเกิดบริเวณปากช่องคลอด และปากมดลูก มีลักษณะคล้ายหงอนไก่

2. ภาวะมีบุตรยากจากปากมดลูก (Cervical Factor) ได้แก่

- ความผิดปกติของมูกปากมดลูกและ Postcoital test

สามารถพบได้ 50 - 60% ของสาเหตุที่ทำให้มีบุตรยาก พบว่าในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของปากมดลูก 45% มีคุณภาพของปากมดลูกไม่ดี และ 55% มีมูกปากมดลูกน้อยกว่าปกติ นอกจากนี้ยังพบว่าอาจมาจากการร่วมเพศที่ไม่ถูกต้อง มีปัญหาเกี่ยวกับช่องคลอด

- การอักเสบของปากมดลูก (Cervicitis)

พบการอักเสบเรื้อรังของปากมดลูก (Chronic cervicitis) มากที่สุด ซึ่งมีสาเหตุจาก Chlamydia trachomatis

- ความผิดปกติทางกายวิภาคศาสตร์ (Anatomical defects) เช่น

ช่องปากมดลูกตีบ (Cervical stenosis) ช่องปากมดลูกเปิดกว้าง (Cervical incompetence) และหลอดเลือดขอดของช่องปากมดลูก (Varicosities of hypoplastic endocervical canal)

3. ภาวะมีบุตรยากจากมดลูก (Uterine Factor) ได้แก่

- ความพิการแต่กำเนิด (Congenital abnormality) ของมดลูก

สามารถพบได้ประมาณ 0.001 - 0.002% ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ได้แก่ Hypoplasia, Bicornuate uterus, Septate uterus, T- shaped uterus เป็นต้น

- โพรงมดลูกตีบ (Uterine synechiae หรือ Asherman's syndrome)

ทำให้ไม่มีรอบเดือน รอบเดือนมาไม่เป็นปกติ มาล่าช้าหรือมาน้อย ปวดรอบเดือน และทำให้มีบุตรยาก ซึ่งมีสาเหตุจากหลายประการ เช่น การบอบช้ำหรือการอักเสบของโพรงมดลูก การขูดมดลูกหลังคลอดหรือหลังแท้งจนทำให้ชั้น Basal layer ของเยื่อโพรงมดลูกหลุดไป การอักเสบแบบ granulomatous และการคลอดโดย Cesarean section, Myomectomy หรือ Metroplasty

- เยื่อโพรงมดลูกอักเสบเรื้อรัง (Chronic endometritis)

สาเหตุเกิดจากเชื้อ Chlamydia trachomatis, Mycoplasma, เชื้อหนองใน และเชื้อวัณโรค อาการที่มักพบได้บ่อย ได้แก่ รอบเดือนผิดปกติ ปวดท้อง และตกขาวมาก นอกจากนี้เมื่อเกิดการอักเสบจะทำให้ Blastocyst ไม่สามารถฝังตัวได้จึงเกิดปัญหาที่มีบุตรยากหรือการแท้ง (Habitual Abortion)

- เนื้องอกของโพรงมดลูก (Uterine leiomyoma)

สามารถพบได้ 20 - 25% ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ สาเหตุสันนิษฐานว่าเกิดจากเนื้องอก ซึ่งอาจทำให้หลอดเลือดที่มาเลี้ยงเยื่อโพรงมดลูกมีการเปลี่ยนแปลง มีผลทำให้เยื่อโพรงมดลูกมีรูปร่างเปลี่ยนแปลงไป หรือมีการอุดตันบริเวณ Uterotubal junction รวมทั้งเกิดการเปลี่ยนแปลงของการหดตัวของมดลูก ส่งผลทำให้กระบวนการฝังตัวของไข่ที่ปฏิสนธิกับตัวสุจิต้องบกพร่องไป ผลของการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจทำให้เกิดการแท้ง การคลอดก่อนกำหนด และโรคหรืออาการแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์

4. ภาวะมีบุตรยากจากท่อนำไข่ (Tubal Factor)

ทำให้ตัวสุจิและไข่ไม่สามารถเดินทางมาพบกันได้ และไข่ที่ผสมพันธุ์แล้วก็ไม่สามารถเดินทางมาฝังตัวในโพรงมดลูกได้ สาเหตุได้แก่

- การอักเสบของท่อนำไข่ (Salpingitis)

สามารถพบในสตรีที่มีอายุต่ำกว่า 25 ปี ถึง 70% สาเหตุเนื่องมาจากการที่สตรีมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายหลายคน (Multiple sexual partners) สตรีที่คุมกำเนิดด้วยการใส่ห่วงอนามัย และเชื้อจุลินทรีย์ชนิดต่าง ๆ อาทิ เช่น Neisseria gonorrhoeae (GC) Chlamydia trachomatis (CT) Mycoplasmas (M) เป็นต้น ซึ่งส่งผลทำให้ส่วนใดส่วนหนึ่งหรือตลอดความยาวของท่อนำไข่ถูกทำลายไป และเกิดการตีตันของท่อนำไข่

- การผ่าตัดของวัยเจริญพันธุ์ (Postoperative adhesion) และ Endometriosis ของวัยเจริญพันธุ์

ทำให้เกิดพังผืดบริเวณรอบนอกของท่อนำไข่ (Peritubal adhesion) ซึ่งทำให้รังไข่คงอ และไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ

- การทำหมันมาก่อน (Previous tubal ligation)

เช่น การทำหมันโดยใช้ไฟฟ้าจี้ (Fulguration) ซึ่งส่งผลทำให้ท่อรังไข่เสียหายมาก

- การเกร็งตัวของกล้ามเนื้อที่ห่อหุ้มท่อนำไข่ (Tubal spasm)

- เนื้องอก (Tumors) และความพิการแต่กำเนิด (Congenital abnormality) ของท่อนำไข่

5. ภาวะมีบุตรยากจากพังผืดหลังการผ่าตัด (Postoperative Adhesions factor)

พังผืดจะห้อมล้อมรังไข่จึงทำให้ไข่ไม่สามารถหลุดออกมาได้ และพังผืดยังสามารถทำให้ท่อนำไข่อยู่ในลักษณะคดเคี้ยวหรือหักงอได้ส่งผลทำให้การบีบรัดตัวเพื่อไข่เดินทางไปยังมดลูกเกิดความผิดปกติ นอกจากนี้การเกิดพังผืดภายในท่อนำไข่ยังทำให้เกิดการอุดตันภายใน Lumen ของท่อนำไข่ ซึ่งมีสาเหตุได้แก่

- การขาดเลือดมาหล่อเลี้ยงเนื้อเยื่อ (Ischemia)

สาเหตุเกิดจาก Crush injury จากเครื่องมือ การจับต่อนเนื้อเยื่ออย่างรุนแรง การหนีบหรือการเย็บเนื้อเยื่อ การดึง Peritoneum และ Omental grafts จนดึงมากเกินไปเพื่อมาปิด Raw surface และการผูกมัด Pedicles รุนแรงเกินความจำเป็น

- การอักเสบ (Inflammation)

การอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อและ Endometriosis

- วัตถุแปลกปลอม (foreign materials)

ได้แก่ แป้งจากถุงมือผ่าตัด ผ้า gauze และเอ็นเย็บแผลที่ทำปฏิกิริยากับเนื้อเยื่อ เป็นต้น

6. ภาวะมีบุตรยากจากรังไข่ที่ไม่มีไข่ตก (Anovulation factor)

- ความบกพร่องที่ส่วนกลาง (Central defects) แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1) ความบกพร่องในโครงสร้างสมองส่วนไฮโปธาลามัส เช่น เป็นเนื้องอก มีการอักเสบ และมีการเสื่อมสภาพของเนื้อเยื่อ ทำให้มีผลกระทบต่อการทำงานของ GnRH และการออกกำลังกายมากเกินไป ทำให้ร่างกายมีระบบ Metabolism และรูปแบบการหลั่งฮอร์โมนผิดปกติไป ส่งผลทำให้ไข่ไม่ตก หรือการใช้ยาบางอย่าง เช่น Morphine reserpine หรือยาเสพติดต่าง ๆ จะมีผลกระทบต่อไข่ไม่ตกตามปกติ การรบกวนทางจิตใจ และ

สิ่งแวดล้อม การมีความเครียดที่ต้องการให้มีการตั้งครรภ์ซึ่งบางครั้งอาจมีผลทำให้ไม่มีการตกไข่ คลื่นไส้ อาเจียน
เต้านมใหญ่ขึ้น และอาจมีน้ำนมไหล หน้าท้องขยายใหญ่คล้ายสตรีตั้งครรภ์ และรู้สึกเด็กดั้นในท้อง

2) มีเนื้องอกของในต่อมพิทูอิทารีทำให้ไม่มีการตกไข่ ภาวะโปรแลคตินในเลือดสูง ต่อมพิทูอิทารีขาดเลือด
ไปเลี้ยงทำให้เนื้อเยื่อส่วนที่ทำหน้าที่สร้างฮอร์โมนตายซึ่งมักพบใน Sheehan's syndrome โรคที่เกิดขึ้นอย่าง
เฉียบพลัน โรคเรื้อรังและการขาดอาหาร ความบกพร่องของเซลล์ที่สร้างฮอร์โมนของต่อมพิทูอิทารีทำให้มีฮอร์โมน
Gonadotropins ในปริมาณน้อยจึงไม่สามารถสร้างฟอลลิเคิลให้เจริญเติบโตได้

- ความบกพร่องที่รังไข่ (Ovarian defects)

1) Turner syndrome เกิดจากความผิดปกติของโครโมโซม (Chromosomal disorders) ส่งผลทำให้มี
ลักษณะทางกายเป็นเพศหญิง เตี้ย ผิวหนังข้างคอทั้งสองข้างมีลักษณะเป็นแผ่นยื่นออกมา (Webbed neck)
หน้าอกคล้ายคนสวมเสื้อเกราะ (Shield - like chest) ไม่มีลักษณะของ Secondary sex อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก
และเต้านมเหมือนวัยทารก มดลูกและช่องคลอดไม่เจริญเติบโต (Hypoplasia) รังไข่มีขนาดเล็ก และมีลักษณะเป็น
Streak gonads ซึ่งผู้ป่วยจะไม่มีรอบเดือนเลย (Primary amenorrhea)

2) Gonadal dysgenesis syndrome เกิดจากความผิดปกติของยีนต์ ผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้อาจมีรูปร่างปกติ
และจะไม่มีรอบเดือน นอกจากนี้ยังมีภาวะกระดูกพรุน (Osteoporosis) อย่างรุนแรง และมีระดับฮอร์โมน
Gonadotropins สูง แต่ Estrogen และ Progesterone ต่ำ

3) Ovarian failure เป็นภาวะของรังไข่ที่ไม่มี Oocytes และไม่สามารถสังเคราะห์ Estrogen ได้ สามารถ
เป็นได้ตั้งแต่กำเนิด (Primary failure) หรืออาจเกิดขึ้นภายหลังจากการมีรอบเดือนแล้ว (Premature ovarian
failure) จึงไม่สามารถไปทำปฏิกิริยาย้อนกลับไปไปยังยังการหลั่งของ Gonadotropins จากต่อมพิทูอิทารี จึงทำให้
ระดับ FSH และ LH ในกระแสเลือดมีปริมาณสูงขึ้นมากกว่าปกติ

4) Resistance ovary syndrome มีลักษณะของรังไข่และฟอลลิเคิลที่ปกติ แต่ไม่ตอบสนองต่อการ
กระตุ้นของ gonadotropins

5) Local follicular defect เกิดจากการมีปัจจัยต่าง ๆ มารบกวนการทำงานของ receptor ภายในฟอล
ลิเคิล เช่น การอักเสบและการเกิด Endometriosis ของรังไข่ สตรีที่อ้วนทำให้มี free sex steroid เช่น
Testosterone ในเลือดระดับสูงซึ่งมีผลทำให้ฟอลลิเคิลฝ่อตัว รวมทั้งการที่ Androgen ออกฤทธิ์โดยตรงโดยการ
ห้ามไม่ให้มีฟอลลิเคิลไปจนมีการตกไข่และในที่สุดฟอลลิเคิลก็จะฝ่อตัวไป (Atresia)

6) ความผิดปกติของสัญญาณ (Abnormality) ได้แก่ การมี Estrogen มากเกินไปทำให้มีระดับ FSH ต่ำ
จึงไม่สามารถกระตุ้นให้ฟอลลิเคิลมีการเจริญเติบโตได้ การมี Estradiol ในปริมาณที่ไม่เพียงพอต่อการกระตุ้นต่อม
พิทูอิทารี ส่งผลให้ไม่มีการตกไข่เกิดขึ้น โรคต่าง ๆ ซึ่งมีผลทำให้ไข่มืดก เช่น Juvenile diabetes mellitus,
Addison's disease, Cushing's syndrome, Adrenogenital syndrome เป็นต้น

7. ภาวะถุงน้ำมากในรังไข่ (Polycystic Ovarian Disease)

อาการจะแสดงออกด้วยอาการรอบเดือนมาช้า (Oligomenorrhea) มีขนขึ้นมากตามร่างกาย (Hirsutism) มีสิวมมาก อ้วน มีบุตรยาก และรังไข่ทั้งสองข้างโตขึ้น สาเหตุเกิดจาก Androgen ไม่สามารถเปลี่ยนไปเป็น Estrogen ได้ จึงทำให้ภายในฟอลลิเคิลมี Androgen สะสมตัวมากขึ้นและหลังเข้าสู่กระแสเลือดแล้วถูกเปลี่ยนเป็น Estrone (E_1) ซึ่งจะกระตุ้นให้ต่อมพิทูอิทารีมีความไวต่อการกระตุ้นของ GnRH ส่งผลให้ระดับ LH ในเลือดสูง ซึ่งจะกลับไปกระตุ้นให้รังไข่มีการสร้าง Androgen เพิ่มมากขึ้น และ Estrone ยังส่งผลทำให้ระดับ FSH ค่อนข้างต่ำ จึงไม่สามารถกระตุ้นให้ฟอลลิเคิลใหม่มีการเจริญเติบโตจนมีการตกไข่ และฟอลลิเคิลที่ฝ่อตัวนี้จะกระตุ้นให้รังไข่มีการสร้าง Androgen เพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกัน

8. ความบกพร่องของคอร์ปัสลูเทียม (Luteal Phase Defects)

เกิดขึ้นในระยะหลังตกไข่ไปแล้ว แสดงออกด้วยอาการมีบุตรยากและการแท้ง ซึ่งเกิดจากความบกพร่อง 2 อย่าง คือ Progesterone ที่ถูกสร้างจากคอร์ปัสลูเทียมมีปริมาณบกพร่องไป และการตอบสนองต่อเยื่อโพรงมดลูกต่อการกระตุ้นของ Progesterone มีความบกพร่อง ซึ่งเกิดจากสาเหตุต่าง ๆ ได้แก่ การชักนำให้เกิดการตกไข่ด้วย Clomiphene citrate ภาวะโปรแลคตินในกระแสเลือดสูงช่วงท้ายของวัยเจริญพันธุ์ ผู้หญิงที่เป็นนักกีฬา ระยะที่มีรอบเดือนกลับคืนมาใหม่ ภาวะ Endometriosis และภาวะกระตุ้นรังไข่มากเกินไป

9. ภาวะโปรแลคตินในกระแสเลือดสูง (Hyperprolactinemia)

จะมีลักษณะการเกิด คือ รอบเดือนค่อย ๆ ห่างออกไปและในที่สุดรอบเดือนก็ขาด บางรายอาจจะมีน้ำนมสีขาวหรือสีขาวปนเทาไหลออกมา และมีภาวะมีบุตรยาก ภาวะโปรแลคตินในกระแสเลือดสูงจะพบในช่วงหลังรอบเดือน ระหว่างการตั้งครรภ์ ระยะหลังคลอด และกำลังให้นมบุตร ช่วงเวลานอนหลับ มีอารมณ์เครียด ระหว่างการร่วมเพศ ออกกำลังกาย สภาวะที่น้ำตาลในกระแสเลือดต่ำ (Hypoglycemia) มีพยาธิสภาพที่สมองส่วนไฮโปธาลามัสหรือต่อมพิทูอิทารี ภาวะ Thyroidism และโรคไตเรื้อรัง ในผู้หญิงที่ไม่ได้ตั้งครรภ์หากมีระดับโปรแลคตินในกระแสเลือดสูงจะถือว่ามีความผิดปกติ ซึ่งจะเกิดการยับยั้งการหลั่ง GnRH จากไฮโปธาลามัส ส่งผลทำให้ระดับ FSH และ LH ต่ำกว่าปกติ ระดับโปรแลคตินในกระแสเลือดสูงยังออกฤทธิ์ต่อต้านไม่ให้ FSH และ LH กระตุ้นรังไข่ให้มีการสร้าง Estrogen และ Progesterone ลดลง รวมทั้งทำให้เกิดภาวะ Luteal Phase Defects, Hyperandrogenism และ Osteoporosis

10. เอ็นโดเมทริโอซิส (Endometriosis)

ภาวะที่เยื่อมดลูกไปเจริญเติบโตอยู่นอกโพรงมดลูก ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ เอ็นโดเมทริโอซิสที่เกิดขึ้นระหว่างกล้ามเนื้อมดลูก (Endometriosis interna) และเอ็นโดเมทริโอซิสที่เกิดขึ้นนอกตัวมดลูก (Endometriosis externa) อาการจะแสดงออกด้วยอาการปวดบริเวณท้องน้อยและหลังในช่วงมีรอบเดือนหรือขณะร่วมเพศ เอ็นโดเมทริโอซิสส่งผลทำให้เกิดภาวะมีบุตรยาก เนื่องจากอาจทำให้เกิดการอุดตันของท่อนำไข่

รบกวนการตกไข่ รบกวนการเดินทางของไข่ ทำให้เกิดความผิดปกติของไข่และฟอลลิเคิล รบกวนการฝังตัวของไข่ที่ผสมพันธุ์แล้ว รวมทั้งทำให้เกิดภาวะ Luteal Phase Defects และสารพิษจากเอ็นโดเมทริโอซิสสามารถทำลายตัวอสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อนได้อีกด้วย

11. ความบกพร่องทางเพศ (Psychosexual dysfunction)

สภาวะที่ร่างกายหรือจิตใจไม่สามารถตอบสนองต่อการกระตุ้นทางเพศได้ตามปกติ ความบกพร่องทางเพศสามารถแบ่งออกได้ ดังนี้

- ความผิดปกติในเรื่องความต้องการทางเพศ (Sexual desire disorder)

สภาวะที่มีความต้องการทางเพศลดน้อยลงหรือไม่มีเลย และเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องหรือบ่อยครั้ง มักเกิดขึ้นได้กับทั้งผู้ชายและผู้หญิง แต่มักจะพบบ่อยในผู้หญิง ซึ่งมีสาเหตุมากมาย เช่น การเก็บกดความต้องการทางเพศ เนื่องจากความกลัวเรื่องเพศในระดับจิตไร้สำนึก มีความวิตกกังวลหรือซึมเศร้าเรื้อรัง การได้รับยาหรือสารที่กดระบบประสาทส่วนกลางซึ่งเกิดขึ้นภายหลังการป่วยหนักหรือหลังการผ่าตัด หรือการมีปัญหาขัดแย้งอย่างรุนแรงกับคู่สมรส

- ความผิดปกติในเรื่องการตื่นตัวทางเพศ (Sexual arousal disorder)

สามารถเกิดขึ้นได้กับทั้งผู้ชายและผู้หญิง ในผู้หญิงเรียกว่า กามตายด้านในผู้หญิง (Frigidity) โดยร่างกายของผู้หญิงจะไม่สามารถตอบสนองต่อการกระตุ้นทางเพศตลอดเวลาที่มีกิจกรรมทางเพศ โดยไม่มีน้ำหล่อลื่นในช่องคลอด หรือถ้ามีก็มีน้อย และความรู้สึกตื่นเต้นหรือพึงพอใจในกิจกรรมทางเพศลดลงด้วย สาเหตุทางจิตใจที่สำคัญเกิดจากความรู้สึกถูกหรือก้าวร้าวต่อสามี สภาพอารมณ์ การไม่สามารถมีความสุขสุดยอดจากการร่วมเพศเป็นประจำทำให้เกิดความเบื่อหน่ายต่อกิจกรรมทางเพศ และความขัดแย้งในระดับจิตไร้สำนึก ได้แก่ ความขัดแย้งเกี่ยวกับความรู้สึกทางเพศของตนเองที่มีต่อบิดา (Oedipal complex) การอิจฉาเพศชายที่มีองคชาติ (Penis Envy) ความขัดแย้งเกี่ยวกับบทบาททางเพศ การถูกเลี้ยงดูอย่างเข้มงวดในเรื่องเพศ หรือได้รับอิทธิพลจากศาสนา จารีต ประเพณี และวัฒนธรรมที่ต้องเก็บกดเรื่องเพศ ส่วนสาเหตุทางร่างกายพบได้น้อยมาก มักเกิดจากโรคของต่อมไทรอยด์ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมระดับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีเฉพาะฮอร์โมนโปรเจสเทอโรน ยาหรือสารที่มีฤทธิ์กดประสาทส่วนกลาง เช่น มอร์ฟีน เฮโรอีน และเมทาโดน

- ความผิดปกติในเรื่องความสุขสุดยอดทางเพศ (Orgasm disorder)

สามารถเกิดขึ้นได้ทั้งผู้ชายและผู้หญิงเช่นกัน สำหรับผู้หญิง เรียกว่า การไม่บรรลุความสุขสุดยอดทางอารมณ์ (Orgastic dysfunction) แม้ว่าจะได้รับการกระตุ้นทางเพศที่เหมาะสมแล้ว มีสาเหตุทางร่างกายและจิตใจ เช่นเดียวกับกามตายด้านในผู้หญิง

- ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากการร่วมเพศ (Sexual pain disorder)

ส่วนใหญ่พบในผู้หญิง แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่ Vaginismus เป็นความเจ็บปวดที่เกิดจากการเกร็งตัว

ของกล้ามเนื้อบริเวณปากช่องคลอดทำให้มีเพศสัมพันธ์ไม่ได้ และ Dyspareunia เป็นความเจ็บปวดที่เกิดก่อนระหว่าง หรือหลังจากการมีเพศสัมพันธ์ ความเจ็บปวดที่เกิดขึ้นจากการร่วมเพศเกิดจากสาเหตุหลายประการ เช่น สาเหตุทางจิตใจนั้นอาจเกิดจากประสบการณ์ในวัยเด็กเกี่ยวกับการถูกระงับกระเทือนใจในเรื่องเพศ เช่น ถูกข่มขืน ถูกกลั่นแกล้ง เป็นต้น ความขัดแย้งในระดับจิตไร้สำนึกเกี่ยวกับเรื่องเพศ เช่น อนาคตเป็นอาวุธที่จะทำร้ายตนเอง และการถูกอบรมเลี้ยงดูอย่างเข้มงวดในเรื่องเพศว่าเป็นสิ่งที่ไม่ดี ส่วนสาเหตุทางร่างกายมักเกิดจากการได้รับการผ่าตัดในช่องเชิงกรานหรือบริเวณอวัยวะเพศ

12. ไม่พบสาเหตุ (No demonstrable cause for infertile)

พบอุบัติการณ์ประมาณ 15% โดยได้รับการตรวจหาสาเหตุการมีบุตรยากจนครบทุกปัจจัยตามวิธีมาตรฐาน ได้แก่ Semem analysis, Post cortical test, Assessment of ovulation, Hysterosalpingography (HSG), Laparoscopy, Antisperm Antibodies ด้วย Immunobead และ MAR test แล้วแต่ไม่พบความผิดปกติใด ๆ ซึ่งยังไม่มีวิธีตรวจวินิจฉัยได้ เช่น คุณภาพของไข่ การทำงานของท่อ นำไข่ การจับของเชื้ออสุจิกับไข่ การปฏิสนธิ และการฝังตัวของตัวอ่อนที่โพรงมดลูก

สาเหตุของการมีบุตรยากจากฝ่ายชาย ^(16, 24)

1. ความผิดปกติของต่อมไร้ท่ออื่น ๆ (Endocrine disease)

พบได้เพียงเล็กน้อยที่อาจทำให้มีภาวะบุตรยากร่วมด้วย โรคที่พบบ่อย ได้แก่ ความผิดปกติของต่อมไฮโปธาลามัส และมีความพิการแต่กำเนิดอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น Anosmia หูหนวก ปากแหว่งเพดานโหว่ ตาบอดสี Craniofacial asymmetry และไตผิดปกติ ส่วนความผิดปกติของต่อมพิทูอิทารีจากสาเหตุต่าง ๆ ก็มีผลกระทบทำให้เกิด Hypogonadism จึงทำให้มีการสังเคราะห์ฮอร์โมนเทสโทสเตอโรนได้น้อยลง และยังสามารถลดการหลั่ง LH ซึ่งส่งผลกระทบต่อการสร้างตัวอสุจิ

2. ความผิดปกติของโครโมโซม (Chromosomal abnormalities)

พบในฝ่ายชาย 2 - 20% โรคที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของโครโมโซมที่พบบ่อย คือ Klinefelter's syndrome (47XXY หรือ 46XY/47XXY) ผู้ป่วยจะไม่มีตัวอสุจิ อัณฑะฝ่อ และมีลักษณะของ Hypoandrogenisation และความผิดปกติของโครโมโซมอื่น ๆ ซึ่งมีผลต่อภาวะมีบุตรยาก ได้แก่ Male Turner's syndrome, 46XX และ 47YYY เป็นต้น

3. โรคของอัณฑะ (Primary testicular diseases)

เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในอัณฑะ เช่น ภาวะขาดเลือดหรือมีอุณหภูมิสูงขึ้นมีผลทำให้การสร้างตัวอสุจิเสียไป โรคของอัณฑะที่พบบ่อย ได้แก่

- ภาวะที่อวัยวะไม่ตกลงมาในถุงอัณฑะ (Cryptorchidism)

ส่งผลทำให้อุณหภูมิในช่องท้องสูงกว่าในอัณฑะทำให้ Seminiferous tubules เสียไป และไม่สามารถสร้างตัวอสุจิได้ ผู้ป่วยบางรายแม้ว่าจะเป็นเพียงข้างเดียว แต่อันตะอีกข้างที่ลงมาแล้วก็อาจทำหน้าที่บกพร่องได้เช่นกัน

- ภาวะขั้วอัณฑะบิด (Torsion)

ส่งผลทำให้ Seminiferous tubules ขาดเลือดมาเลี้ยงและทำให้เกิด Gangrene ของอัณฑะ

- การบาดเจ็บ (Trauma)

การเกิดการกระทบกระแทกต่าง ๆ บริเวณอัณฑะจนทำให้บวมซ้ำจะมีผลเช่นเดียวกับภาวะขั้วอัณฑะบิด

- โรคคางทูม (Mump)

หากเป็นโรคคางทูมเพียงข้างเดียวจะไม่มีผลกระทบต่อการสร้างอสุจิ แต่ถ้าเป็นโรคคางทูมทั้งสองข้างจะมีโอกาสที่จะมีภาวะมีบุตรยากสูงมาก โดยพบว่าประมาณ 15 - 25% ของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคคางทูมจะมีลูกอัณฑะ และท่อเก็บเชื้ออสุจิอักเสบ (Epididymo - orchitis) ซึ่งมีผลต่อการสร้างตัวอสุจิ

- Bilateral Anorchia (Vanishing testis syndrome)

สาเหตุอาจเกิดจากอุบัติเหตุต่ออัณฑะหรือหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงอัณฑะทำให้ไม่สามารถสร้างอสุจิได้ตามปกติซึ่งผู้ป่วยจะมีลักษณะของ Hypoandrogeni - sation ร่วมด้วย

- Sertoli - cell - only syndrome (germinal aplasia)

สาเหตุมีหลายอย่าง เช่น ไม่มี germ cell ตั้งแต่กำเนิด ความผิดปกติทางพันธุกรรม และการไม่ตอบสนองต่อฮอร์โมนเพศชาย (Androgen resistance) เป็นต้น แม้ว่าผู้ป่วยจะมี Sertoli cell แต่ก็ผลิต Inhibin ได้น้อยจึงทำให้ระดับ FSH ในเลือดสูงกว่าปกติซึ่งมีผลต่อการสร้างตัวอสุจิ

4. โรคของระบบอื่น ๆ (Systemic Diseases)

โรคที่เกี่ยวกับอวัยวะหรือระบบอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกันกับระบบสืบพันธุ์แต่มีผลกระทบทางอ้อมทำให้เกิดภาวะมีบุตรยาก ได้แก่

- ความเครียด (stress)

มีผลกระทบต่อการผลิต Testosterone ซึ่งทำให้อสุจิมีคุณภาพต่ำลง แต่คุณภาพของอสุจิจะสามารถกลับมาเป็นปกติเมื่อความเครียดผ่านพ้นไปแล้ว

- โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus) และไตวาย (Renal failure)

ทำให้เกิดภาวะมีบุตรยากได้ทางอ้อม เพราะมักส่งผลให้เกิดปัญหาเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ (Impotence) และการหลั่งอสุจิที่ผิดปกติ

- ตับแข็ง (Cirrhosis of liver)

ผู้ป่วยตับแข็งจำนวนมากมักมีระดับเอสโตรเจนสูงและมีการยับยั้งการสังเคราะห์ฮอร์โมน Gonadotropin จึงส่งผลทำให้อัณฑะฝ่อ สร้างอสุจิได้น้อยลง และเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ

- โรคเลือดและโรคเกี่ยวกับ metabolism (Hematological and metabolic disease)

ได้แก่ Sickle cell, Systemic lupus erythematosus และ Homocystinuria ทำให้เกิดการขาดเลือด และการเสื่อมของอัณฑะได้

5. ยาและสารมีพิษ (Drugs and Toxins)

มีผลกระทบต่อการศึกษาภาวะมีบุตรยากได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น ยารักษาโรคมะเร็งทั้ง Alkylating agents และ Antimetabolite ซึ่งส่งผลกระทบต่อการศึกษาตัวอสุจิ ยาบางชนิดไปกดการสังเคราะห์ฮอร์โมนเทสโทสเทอโรนโดยตรง เช่น Cyproterone, Ketoconazole, Spiroconazole เป็นต้น ส่วน Cimetidine เป็นยาที่ใช้รักษาโรคกระเพาะอาหาร ซึ่งจะมีฤทธิ์ต้านแอนโดรเจน (Androgen antagonist) ทำให้เกิดภาวะมีบุตรยากได้ นอกจากนี้สารเสพติดต่าง ๆ เช่น สุรา มอร์ฟิน และเฮโรอีน เป็นต้น มีผลทำให้สังเคราะห์ฮอร์โมนเทสโทสเทอโรนลดลง และทำให้เสื่อมสมรรถภาพทางเพศได้

6. หลอดเลือดขดในถุงอัณฑะ (Varicocele)

ภาวะโป่งพองของหลอดเลือดดำใน Pampiniform plexus ซึ่งเกิดจากการขาดลิ้นปิดเปิด (Valve) หรือการเสื่อมสมรรถภาพของ Testicular vein จึงทำให้มีเลือดไหลย้อนกลับ ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อการศึกษาภาวะมีบุตรยากได้

7. ภูมิต้านทานต่อตัวอสุจิ (Sperm antibodies)

ร่างกายจะมี Autoimmune response เพราะตัวอสุจิเป็นสิ่งแปลกปลอมของร่างกาย นอกจากนี้ฝ่ายหญิงอาจจะสร้างภูมิต้านทานต่อตัวอสุจิของฝ่ายชายได้เช่นกัน

8. การตีบตันของท่อทางผ่านของตัวอสุจิ (Obstruction of the genital tract)

เกิดจากความพิการตั้งแต่กำเนิดเช่น Hypospadias, Epispadias, Congenital testicular hypoplasia ไม่มีท่อนำอสุจิ หรือท่อนำอสุจิฝ่อเป็นบางตอน รวมทั้งการทำหมันชาย (Vasectomy) และเกิดจากการอุดตันที่พบในภายหลัง เช่น การอักเสบบริเวณ Epididymis จากไวรัสโรค หนองใน หรือฝีดาษ การผ่าตัดผ่านทางท่อปัสสาวะ

(Transurethral resection) หรือใส่สายสวนปัสสาวะนาน ๆ อาจจะทำให้มีการอุดตันที่ Ejaculatory duct ได้ และการผ่าตัดใส่เส้นก็มีโอกาสทำให้เกิดการติดเชื้อในท่อน้ำเชื้อ และ Epididymis

9. ความผิดปกติในการแข็งตัวขององคชาติ การเตรียมและการหลั่งอสุจิ (Disorder of erection, emission and ejaculation)

เช่น การหลั่งน้ำอสุจิถอยหลังกลับเข้าไปในกระเพาะปัสสาวะ (Retrograde ejaculation) ช่องท่อน้ำปัสสาวะเปิดต่ำ (Hypospadias) การได้รับอันตรายต่อระบบประสาทที่ระดับอก เอว และอุ้งเชิงกราน เป็นต้น ซึ่งทำให้เกิดปัญหาในสมรรถภาพทางเพศ และการหลั่งของอสุจิที่ผิดปกติส่งผลทำให้เกิดภาวะมีบุตรยากได้

10. ความผิดปกติของการเคลื่อนตัวของอสุจิ (Disorder of sperm motility)

การที่ตัวอสุจิไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือเคลื่อนไหวไม่ปกติจะทำให้ไม่สามารถเข้าไปผสมกับไข่ได้จึงทำให้เกิดภาวะมีบุตรยาก ความผิดปกตินี้อาจเป็นมาตั้งแต่กำเนิด เช่น Kartagener's syndrome หรือจากการขาด Protein carboxylmethylase ที่หางของตัวอสุจิทำให้ตัวอสุจิเคลื่อนไหวไม่ปกติ เป็นต้น

11. ไม่ทราบสาเหตุ (Idiopathic)

สาเหตุของภาวะมีบุตรยากในผู้ชายอีกมากมายที่ยังไม่สามารถหาข้อพิสูจน์ได้เพราะมีข้อจำกัดของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือเป็นสาเหตุที่ถูกมองข้าม ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อการสร้างตัวอสุจิโดยตรง เช่น อาหารหรือยาต่าง ๆ การทำงานใกล้อุปกรณ์ที่ร้อนมาก ๆ หรือทำงานที่เกี่ยวข้องกับโลหะหนัก เป็นต้น

การประเมินภาวะมีบุตรยาก ^(29, 30)

1. การซักประวัติ

การซักถามข้อมูลของผู้ป่วยต้องซักถาม อายุ โรคประจำตัว ความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายระยะเวลาของการสมรส ระยะเวลาที่มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้คุมกำเนิด ประวัติที่เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประวัติการตั้งครรรภ์ ประวัติการคลอด รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องเพศสัมพันธ์ของคู่สมรสด้วย

2. การตรวจร่างกาย

การตรวจร่างกายทั่วไป การคลำต่อมไทรอยด์และต่อมน้ำเหลือง และการตรวจลักษณะทางเพศว่าเจริญเติบโตเหมาะสมตามอายุหรือไม่ การตรวจภายใน (PV) เพื่อดูตำแหน่งและลักษณะของมดลูก ว่าเป็นแบบคว่ำหรือหงาย ตรวจดูอวัยวะเพศ ว่ามีลักษณะกายภาพปกติหรือไม่ มีการอักเสบหรือติดเชื้อหรือไม่ คลำหาก้อนผิดปกติในอุ้งเชิงกรานและรังไข่ หรือตรวจว่ามีรูเปิดทะลุระหว่างช่องคลอดและทวารหนักหรือไม่ และการตรวจเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจเบื้องต้น ได้แก่ Blood group, Rh factor, VDRL, HBs - Ag, Anti - HIV, CBC, Hb typing และการตรวจเพิ่มเติมซึ่งจะพิจารณาตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย ในฝ่ายหญิง ได้แก่ การตรวจ FSH, LH, Estradiol และ Prolactin level ในวันที่ 2 - 3 ของการมีประจำเดือน เพื่อประเมินการทำงานของรังไข่ และการตรวจระดับ Anti-mullerian hormone (AMH) เพื่อประเมิน Ovarian reserve การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound) ทางช่องคลอด การส่องกล้องตรวจโพรงมดลูก การฉีดสีเอ็กซเรย์โพรงมดลูกและ ท่อนำไข่ การส่องกล้องทางหน้าท้องเพื่อดูท่อนำไข่

การรักษา⁽³¹⁾

ในปัจจุบันการรักษาภาวะมีบุตรยากนั้นมีหลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีก็จะมีเหมาะสมขึ้นอยู่กับแต่ละคน โดยจะต้องพิจารณาจากปัจจัยต่าง ๆ อาทิเช่น สาเหตุของภาวะมีบุตรยาก ระยะเวลาที่มีอาการ อายุของคู่สมรส และปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ ซึ่งขั้นตอนแรกของการรับการรักษา คือ จะต้องหาสาเหตุของภาวะมีบุตรยาก โดยจะต้องตรวจทั้งฝ่ายชายและฝ่ายหญิงเสมอ เพราะภาวะมีบุตรยากอาจเกิดจากสาเหตุจากทั้งสองฝ่ายร่วมกันได้ แต่การรักษาแค่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งบางครั้งก็อาจจะเพียงพอ และทำให้เกิดการตั้งครรภ์ได้ ส่วนผลของการรักษาที่ได้ในแต่ละคนจะไม่เท่ากัน บางคนประสบความสำเร็จจากการรักษาเพียงหนึ่งครั้งหรือสองครั้ง แต่บางคนก็อาจไม่สำเร็จ และต้องทำการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ เพิ่มเติม

การรักษาภาวะมีบุตรยาก สามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มหลัก ๆ คือการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยการผ่าตัด และการรักษาโดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ (Assisted Reproductive medicine; ART) ซึ่งในปัจจุบันนี้ การรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยการผ่าตัด (เพื่อรักษาโครงสร้างของอวัยวะสืบพันธุ์ที่ผิดปกติ) ไม่ค่อยเป็นที่นิยมทั้งในผู้ชายและผู้หญิง เนื่องจากสามารถใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทดแทนได้ เช่น การปฏิสนธิในหลอดแก้ว หรือเด็กหลอดแก้ว ซึ่งประสบความสำเร็จในการตั้งครรภ์มากกว่า และมีภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าการรักษาโดยการผ่าตัด

การรักษาภาวะมีบุตรยากในฝ่ายหญิง⁽³²⁾

การรักษาโดยใช้ยา

การรักษาโดยใช้ยานั้นจะช่วยในเรื่องของการกระตุ้นการตกไข่ โดยการใช้ยาในการปรับฮอร์โมน ยาในกลุ่มนี้มักจะเป็นพวกฮอร์โมน ได้แก่ ฮอร์โมนโกนาโดโทรปิน (Gonadotropin) ซึ่งมีสองชนิดคือ Follicle - stimulating hormone (FSH) และ Luteinizing hormone (LH) แม้ว่าการใช้ยาในกลุ่มนี้จะให้ผลดีในการกระตุ้นไข่แต่อย่างไรก็ตามก็สามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้เช่นกัน ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ได้แก่

- การตั้งครรภ์แฝด การตั้งครรภ์แฝดถือเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม ซึ่งอาจส่งผลให้ทารกไม่สมบูรณ์ การกระตุ้นการตกไข่ด้วยยากลุ่ม Clomiphene มักจะทำให้เกิดการตั้งครรภ์แฝดไม่มาก (น้อยกว่า 10%) แต่โอกาสการเกิดครรภ์แฝดอาจเพิ่มขึ้นเป็น 15 - 25% หากใช้กลุ่มฮอร์โมนโกนาโดโทรปิน

- กลุ่มอาการรังไข่ถูกกระตุ้นมากเกินไป การใช้ฮอร์โมนเพื่อกระตุ้นให้รังไข่ผลิตไข่ได้ปริมาณมากขึ้นอาจทำให้เกิดอาการที่เรียกว่ารังไข่ถูกกระตุ้นมากเกินไป (OHSS) ซึ่งจะมีอาการปวดท้อง มีท้องอืดขึ้นจากการมีน้ำในช่องท้อง บางรายอาจมีอาการหายใจเหนื่อยร่วมด้วยได้ กลุ่มอาการดังกล่าวนี้อาจเกิดขึ้นได้ทั้งช่วงที่ได้รับยากระตุ้นไข่และช่วงแรกของการตั้งครรภ์

การใช้ยา Clomiphene citrate

โครมิฟิน (Clomid, Serophene) เป็นยาที่ใช้เพื่อการกระตุ้นการตกไข่ในรายที่มีปัญหาของการตกไข่หรือในรายที่เป็น PCOS (Polycystic ovary syndrome) ยานี้จะออกฤทธิ์โดยการกระตุ้นให้ต่อมใต้สมองหลั่งฮอร์โมน FSH และ LH เพื่อออกฤทธิ์ที่รังไข่ให้เกิดการโตของเซลล์ไข่ และเกิดการตกไข่ นอกจากนี้ใช้รักษาภาวะข้างต้นแล้วยานี้สามารถใช้ในรายที่มีการตกไข่ปกติเพื่อเพิ่มโอกาสการตั้งครรภ์ และใช้เป็นยาตัวแรกในการรักษาผู้ที่มีการะมีบุตรยากที่ไม่ทราบสาเหตุได้ด้วย

การใช้ยาากลุ่มโกนาโดโทรปิน (Gonadotropin)

ยาในกลุ่มนี้จะออกฤทธิ์กระตุ้นที่ต่อมใต้สมองให้หลั่งฮอร์โมนออกมาเพื่อกระตุ้นรังไข่ และยังสามารถออกฤทธิ์ที่รังไข่ได้โดยตรงอีกด้วย ยาในกลุ่มนี้ ได้แก่

- Human menopausal gonadotropin; HMG (Menopur) เป็นยาฉีดที่มีทั้งฮอร์โมน FSH และ LH ผสมกันอยู่ สามารถออกฤทธิ์กระตุ้นให้เกิดการตกไข่ได้โดยตรง ใช้ในผู้ที่มีปัญหาในการตกไข่เนื่องจากฮอร์โมนจากต่อมใต้สมองไม่เพียงพอหรือทำงานผิดปกติไม่สามารถกระตุ้นรังไข่ได้

- Follicle - stimulating hormone; FSH (Gonal - F, Puregon) FSH ออกฤทธิ์โดยกระตุ้นรังไข่เพื่อให้สร้างฟองไข่ที่เจริญเติบโตเต็มที่

- Human chorionic gonadotropin ; HCG (Ovidrel, Pregnyl) ยาในกลุ่มนี้จะใช้ร่วมกับ Clomiphene, HMG หรือ FSH เพื่อกระตุ้นให้เกิดการตกไข่ของฟองไข่ที่เจริญเติบโตเต็มที่แล้ว

- Metformin (glucophage) ยานี้ไม่ได้ออกฤทธิ์โดยตรงต่อระบบฮอร์โมนที่กระตุ้นรังไข่แต่จะออกฤทธิ์ทางอ้อมให้ฮอร์โมนต่าง ๆ ทำงานได้ดีขึ้น โดย Metformin จะช่วยรักษาภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin) ให้ระดับของอินซูลินปกติ และทำให้มีการตกไข่เกิดขึ้นได้ (ภาวะดื้อต่ออินซูลินจะทำให้เกิดการไม่ตกไข่ มักพบร่วมกับภาวะ PCOS) ยานี้จึงมีประโยชน์ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะมีบุตรยากจาก PCOS

การรักษาโดยการผ่าตัด

การผ่าตัดท่อนำไข่

การผ่าตัดตกแต่งท่อนำไข่จะทำในผู้ที่มีท่อนำไข่อุดตัน หรือเป็นท่อนำไข่บวมน้ำ (Hydrosalpinx) ซึ่งทำโดยการผ่าตัดตกแต่งให้เกิดรูเปิดใหม่ของท่อนำไข่ในรายที่มีท่อนำไข่ตันเพื่อช่วยให้อัตราการตั้งครรภ์ดีขึ้นหากท่อนำไข่มีปัญหาอุดตันเกิดการตีบหรือตันในด้านที่ใกล้กับรังไข่มากกว่ามดลูก การผ่าตัดนี้จะประสบผลสำเร็จดีกว่าการตีบ

หรือตันในส่วนที่ใกล้กับมดลูก แต่ถ้าในกรณีที่ท่อ นำไข่ตีบหรืออุดตันอย่างรุนแรงจะทำการผ่าตัดเอาท่อ นำไข่ออกเพื่อเพิ่มโอกาสการตั้งครรภ์จากการปฏิสนธิในร่างกาย (เด็กหลอดแก้ว) แต่อย่างไรก็ตามการผ่าตัดนี้ อาจเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดท้องนอกมดลูกได้

การผ่าตัดเย็บโพรงมดลูกเจริญผิดที่และการเลาะเยื่อพังผืดในอุ้งเชิงกราน

ภาวะเย็บโพรงมดลูกเจริญผิดที่ (Endometriosis, Chocolate cyst) มักเกิดร่วมกับพังผืดในอุ้งเชิงกราน ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะมีบุตรยากได้ การรักษาทำได้โดยการผ่าตัดเพื่อทำลายรอยโรค (ตัดออกในกรณีที่เป็นถุงน้ำ ชัดเจน หรือจี้ด้วยไฟฟ้า, เลเซอร์ในรายที่เป็นไม่มาก) ร่วมกับการเลาะเยื่อพังผืดออก การผ่าตัดนี้สามารถทำแบบ ผ่าตัดผ่านกล้องทางหน้าท้องแทนการผ่าเปิดหน้าท้องซึ่งมีแผลขนาดใหญ่ได้

นอกจากนี้ยังมีความผิดปกติอื่น ๆ ที่สามารถรักษาได้โดยการผ่าตัด เช่น เนื้องอกของกล้ามเนื้อมดลูก หรือ ตึงเนื้อของเย็บโพรงมดลูก ซึ่งเป็นสาเหตุของภาวะมีบุตรยาก (หากรอยโรคเกิดที่ด้านในของโพรงมดลูก) บางครั้ง อาจรักษาโดยการส่องกล้องทางโพรงมดลูก (ใส่ผ่านทางช่องคลอดเข้าไปในโพรงมดลูก)

การผ่าตัดแก้หมัน

ในกรณีที่ผู้ป่วยเคยผ่าตัดทำหมันหญิงไปแล้ว การต่อท่อ นำไข่สามารถช่วยให้กลับมา มีบุตรได้อีกครั้ง ซึ่ง การผ่าตัดนี้ต้องใช้อุปรณ์พิเศษช่วยขยายภาพระหว่าง การผ่าตัด เนื่องจากเป็นการผ่าตัดที่อาศัยความละเอียดสูง การผ่าตัดเพื่อต่อท่อ นำไข่อ่อนข้างจะประสบความสำเร็จในรายที่ผู้รักษาอายุน้อย และไม่มีโรคอื่น ๆ ที่เป็นสาเหตุ ของภาวะมีบุตรยาก

การใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ Assisted reproductive technologies; ART)

การปฏิสนธิในร่างกาย หรือเด็กหลอดแก้ว (In Vitro Fertilization; IVF)

การรักษาจะใช้เทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพในการเก็บไข่ที่สุกเต็มที่จากฝ่ายหญิงนำมาผสมกับอสุจิให้เกิด การปฏิสนธิในห้องปฏิบัติการจนเกิดเป็นตัวอ่อนขึ้น และย้ายตัวอ่อนสู่โพรงมดลูกหลังจากการปฏิสนธิ 3 - 5 วัน เพื่อให้เกิดการฝังตัวและเกิดเป็นการตั้งครรภ์ต่อไป ซึ่งในระหว่างขั้นตอนต่าง ๆ นี้ฝ่ายหญิงอาจจะต้องถูกเจาะเลือด บ่อย ๆ และอาจต้องฉีดยาฮอร์โมนทุกวัน โดยทั่วไปเด็กหลอดแก้วมักเป็นทางเลือกในการรักษาภาวะมีบุตรยากที่เกิด จากท่อ นำไข่ตีบตัน หรือมีเยื่อพังผืดในอุ้งเชิงกรานซึ่งขัดขวางการเดินทางของไข่เข้าสู่โพรงมดลูก นอกจากนี้วิธีนี้ยัง ใช้ได้ในรายที่มีภาวะมีบุตรยากที่เกิดจากเย็บโพรงมดลูกเจริญผิดที่ ความผิดปกติของปากมดลูก ความผิดปกติของ การตกไข่ สาเหตุจากฝ่ายชาย หรือภาวะมีบุตรยากที่ไม่ทราบสาเหตุ

โอกาสของการตั้งครรภ์ด้วยวิธีนี้จะยิ่งสูงมากขึ้นเมื่อมีการย้ายตัวอ่อนหลายตัวมากขึ้น แต่ยิ่งย้ายตัวอ่อน จำนวนมากขึ้นเท่าไรก็มีโอกาสทำให้เกิดการตั้งครรภ์แฝดมากขึ้นด้วย ซึ่งการตั้งครรภ์แฝดถือเป็นภาวะเสี่ยงทางสูติ กรรม จากหลักฐานทางการแพทย์ในปัจจุบันพบว่าการย้ายตัวอ่อนที่ละ 1 ตัว แต่การย้ายหลาย ๆ รอบการรักษา

จะมีอัตราการประสบความสำเร็จในการตั้งครรภ์ไม่ต่างจากกลุ่มที่ย้ายตัวอ่อนหลายตัวในครั้งเดียว และไม่เสี่ยงต่อการตั้งครรภ์แฝด

การบริจาคไข่

โดยปกติรังไข่จะมีปริมาณไข่ลดลง และเริ่มผลิตไข่ที่มีคุณภาพไม่ดีเมื่ออายุมากกว่า 45 ปี แต่อาจเกิดขึ้นเร็วกว่านั้นในบางราย โดยเฉพาะในผู้ที่เคยรับยาเคมีบำบัด การใช้ไข่บริจาคอาจเป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาภาวะมีบุตรยากในผู้หญิงที่ไม่สามารถผลิตไข่ที่มีคุณภาพดีหรือไม่สามารถเก็บไข่ได้ โดยใช้ไข่บริจาคมาปฏิสนธิกับสpermของสามีตามวิธีเด็กหลอดแก้วแล้วย้ายตัวอ่อนสู่โพรงมดลูกของฝ่ายหญิง (ผู้รับบริจาค) ให้ตั้งครรภ์เอง ซึ่งผู้บริจาคไข่จะต้องผ่านการตรวจคัดกรองโรคต่าง ๆ เช่น โรคซิฟิลิส, ไวรัสตับอักเสบนิตต่าง ๆ, โรคเอดส์, โรคธาลัสซีเมีย และโรคอื่น ๆ รวมทั้งการตรวจดูหมู่เลือดด้วย การบริจาคไข่ที่จะได้ผลดีมีก็ต้องบริจาคแล้วใช้ทันที เนื่องจาก การแช่แข็งไข่เก็บไว้จะได้ผลไม่ดีเท่าที่ควร อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันนี้เริ่มมีเทคโนโลยีและวิธีการเก็บเป็นธนาคารไข่ (โดยมากใช้ในรายที่เป็นไข่ของตนเอง)

การอุ้มบุญ

ในรายที่ไม่สามารถตั้งครรภ์ได้เอง เช่น ไม่มีมดลูก หรือมดลูกมีโครงสร้างผิดปกติมาก จนไม่สามารถเกิดการฝังตัวหรือตั้งครรภ์ได้ ก็จะใช้การรักษาคือการอุ้มบุญ ซึ่งทำโดยใช้วิธีเด็กหลอดแก้วโดยใช้ไข่ และอสุจิกจากคู่สามีภรรยาที่มีปัญหาปฏิสนธิในห้องปฏิบัติการแล้วย้ายตัวอ่อนสู่โพรงมดลูกของผู้หญิงที่จะตั้งครรภ์แทนให้ (หญิงอุ้มบุญ) วิธีนี้ทารกจะได้ลักษณะทางพันธุกรรมจากคู่สามีภรรยาไม่เกี่ยวกับผู้อุ้มบุญ หลังจากคลอดก็จะมีภาระจดทะเบียนบุตร ซึ่งขึ้นอยู่กับกฎหมายที่ต่างกันในแต่ละประเทศ

การรักษาภาวะมีบุตรยากในฝ่ายชาย

การใช้ยารักษา

ยารักษาการติดเชื้อ

หากมีการตรวจเลือดและพบว่าปริมาณของเม็ดเลือดขาวมากจะสามารถบ่งบอกได้ถึง การติดเชื้อ ดังนั้น การใช้ยาฆ่าเชื้อก็เป็นการรักษาการติดเชื้อที่เหมาะสม แต่ไม่ได้รับรักษาภาวะมีบุตรยาก

การรักษาปัญหาในการมีเพศสัมพันธ์

ปัญหาที่พบบ่อยในกลุ่มนี้ คือ การไม่แข็งตัวของอวัยวะเพศชาย การหลั่งเร็ว ซึ่งการรักษาภาวะเหล่านี้สามารถช่วยเพิ่มอัตราของการตั้งครรภ์ได้ การรักษาสามารถทำได้โดยการให้คำปรึกษา และอาจใช้ยาร่วมด้วยในบางราย

ยารักษาต้านฮอโมน

ในผู้รับการรักษาที่มีภาวะมีบุตรยากเนื่องจากความผิดปกติของฮอโมนบางตัวอาจมีการใช้ยารักษาหรือการให้ฮอโมนทดแทน เพื่อปรับฮอโมนให้กลับมาอยู่ในระดับปกติก็สามารถรักษาภาวะมีบุตรยากได้

การฉีดน้ำเชื้อเข้าสู่โพรงมดลูก (Intrauterine insemination; IUI)

การหลั่งน้ำอสุจิหนึ่งครั้งจะมีจำนวนอสุจิที่ผ่านเข้าไปถึงโพรงมดลูกได้เพียงเล็กน้อย ดังนั้นหากฉีดตัวอสุจิที่มีคุณภาพดีเข้าไปสู่โพรงมดลูกโดยตรงก็จะส่งผลให้น้ำเชื้อเข้าไปถึงตัวไข่ได้มากขึ้น การฉีดน้ำเชื้อเข้าสู่โพรงมดลูก (IUI) ทำได้โดยการเก็บน้ำอสุจิแล้วนำมาล้างและผ่านกระบวนการคัดเลือกเอาแต่ตัวอสุจิที่มีคุณภาพดีนำมาฉีดเข้าสู่โพรงมดลูกโดยตรง ซึ่งเมื่อใช้วิธีนี้ร่วมกับการกระตุ้นการตกไข่ในฝ่ายหญิงจะช่วยเพิ่มโอกาสในการตั้งครรภ์มากขึ้น ซึ่งวิธีการนี้เหมาะสำหรับรายที่มีความผิดปกติของโครงสร้างอสุจิเพียงเล็กน้อย หรือมีปริมาณน้อย

การผ่าตัด

การผ่าตัดเพื่อรักษาภาวะมีบุตรยากใช้ในรายที่มีเส้นเลือดอุดตันที่อัณฑะ หรือการอุดตันของท่อนำอสุจิ

การใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ Assisted reproductive technologies; ART)

อิกซี่ (Intracytoplasmic Sperm Injection; ICSI)

ก่อนที่จะมีเทคนิคนี้ การรักษาภาวะมีบุตรยากจากฝ่ายชายสามารถทำได้เพียงการฉีดอสุจิเข้าสู่โพรงมดลูกโดยตรง และการใช้อสุจิบริจาคเท่านั้น แต่ในปัจจุบันหากฝ่ายชายมีปัญหาการอุดตันของท่อนำอสุจิก็สามารถเก็บอสุจิจากอัณฑะโดยตรงได้ โดยใช้วิธีใช้เข็มเจาะดูดหรืออาจใช้วิธีตัดชิ้นเนื้ออัณฑะปริมาณเล็กน้อย แต่อย่างไรก็ตามการใช้วิธีการเก็บอสุจิจากการผ่าตัด (Surgical sperm retrieval; SSR) นี้อาจจะไม่ได้ตัวอสุจิที่โตเต็มที่ที่จะสามารถปฏิสนธิกับไข่ได้เสมอไป

อิกซี่ (ICSI) ถือเป็นเทคนิคที่ปฏิวัติการรักษาภาวะมีบุตรยากในฝ่ายชาย โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความผิดปกติอย่างมากของอสุจิ การทำอิกซี่ คือ การฉีดอสุจิเข้าไปในเซลล์ไข่โดยตรง ซึ่งจะท่าภายใต้กล้องขยายกำลังสูง การฉีดอสุจิเข้าไบนั้นความจริงเป็นการฉีดแต่ส่วนหัวของอสุจิเข้าไปเนื่องจากเป็นส่วนที่มีสารทางพันธุกรรมที่จะส่งต่อสู่ลูก (ส่วนตัวและหางของอสุจิเป็นส่วนใหญ่ที่เซลล์อื่นแหวนเท่านั้นจึงไม่จำเป็นต้องฉีดเข้าไปด้วย) ซึ่งหลังจากเซลล์ไข่ถูกฉีดอสุจิเข้าไปจะเกิดการปฏิสนธิเป็นตัวอ่อนขึ้น เนื่องจากวิธีนี้ทำให้อสุจิไม่ต้องว่ายน้ำหาไข่ ไม่ต้องเจาะผนังเซลล์ไข่เองทำให้อสุจิที่ไม่แข็งแรงสามารถปฏิสนธิกับไข่ได้ จึงสามารถทำให้เกิดการตั้งครรภ์ได้แม้ในรายที่มีปริมาณอสุจิน้อยกว่า 100 ตัว ดังนั้นอิกซี่จึงเป็นวิธีที่เหมาะสมกับผู้ที่ปัญหาจำนวนอสุจิน้อยมาก หรืออสุจิมีโครงสร้างผิดปกติมาก

ผลกระทบของการมีบุตรยาก⁽³³⁾

1. ผลกระทบต่อการสร้างความพึงพอใจและการปรับตัวที่จะอยู่ร่วมกันของสามีภรรยา

ครอบครัวที่มีบุตรยากจะเกิดความรู้สึกว่าครอบครัวของตนล้มเหลว ซึ่งมักจะเชื่อมโยงกับความคิดว่า

ตนเองเป็นผู้ที่ย่อนสมรรถภาพทางเพศ โดยผู้ชายมักจะไม่อยากปรึกษาเรื่องนี้กับใคร ส่วนผู้หญิงนั้นจะมีความรู้สึก ว่าบทบาทหน้าที่ในการเป็นภรรยาของตนขาดตกบกพร่อง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อความพึงพอใจและสัมพันธภาพของ ชีวิตสมรส

2. ผลกระทบต่อการสร้างความสัมพันธ์กับญาติแต่ละฝ่าย

ญาติของแต่ละฝ่ายนั้นมักจะคาดหวังให้ครอบครัวจะต้องมีบุตรเพื่อที่จะสืบสกุลต่อไป แต่เมื่อไม่สามารถมี ได้ก็จะส่งผลให้เกิดปัญหาความสัมพันธ์กับญาติของตน และอาจทำให้กระทบต่อความสัมพันธ์ของคู่สามีภรรยาจน นำไปสู่การหย่าร้างได้

3. ผลกระทบต่อการวางแผนครอบครัว

ครอบครัวที่มีบุตรยากจะเกิดการขาดการเติบโตเต็มของการมีบุตร ทำให้ไม่ได้รับการตอบสนองความพึง พพอใจ ความสุขและกำลังใจจากบุตร ซึ่งแตกต่างไปจากครอบครัวปกติที่สามารถมีบุตรได้และวางแผนครอบครัวให้ ดำเนินไปได้แบบปกติ

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซิมเศร่าในหญิงมีบุตรยาก

Crawford M⁽³⁴⁾ และคณะได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการที่หญิงมีบุตรยากตรวจพบว่ามีภาวะซิมเศร่ามักมี โอกาสน้อยที่จะมารับการรักษาภาวะมีบุตรยาก โดยทำการศึกษาในหญิงที่มารับการรักษาภาวะมีบุตรยากที่ University of North Carolina Fertility ซึ่งเป็นคนไข้ใหม่ และได้ถูกคัดกรองว่ามีภาวะโรคทางสุขภาพจิตจาก คนไข้ใหม่ทั้งหมด 959 คน เหลือเพียง 416 คน ที่พบว่ามีภาวะทางสุขภาพจิต เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองคือ NIH PROMIS ซึ่งผลที่ได้คิดเป็น 41% จากการวิเคราะห์โดยใช้ Multivariate Analysis พบว่า ผู้หญิงที่มีคะแนนของ ภาวะซิมเศร่า และเพิ่งเริ่มต้นรักษาภาวะมีบุตรยาก มีอัตราการมารักษาอยู่ที่ 0.55 ครั้ง (95% CI: 0.31 - 0.95) ส่วน ในผู้หญิงที่มีภาวะซิมเศร่า และมารักษาในระยะเวลา 4 เดือน มีอัตราการมารักษาอยู่ที่ 0.58 ครั้ง (95% CI: 0.31 - 0.95) ผู้หญิงที่ตรวจคัดกรองพบภาวะซิมเศร่ามักไม่มีโอกาสได้รับการรักษาทั้งการทานยา และการทำ In Vitro Fertilisation (IVF) ($P = 0.01$ และ $P = 0.03$ ตามลำดับ) เมื่อเทียบกับหญิงที่ไม่มีภาวะซิมเศร่า

Li H⁽³⁵⁾ และคณะทำการสำรวจเรื่องปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อภาวะซิมเศร่าในหญิงที่มี บุตรยากในมณฑลหูหนานของจีน การศึกษานี้เป็นแบบ Cross - sectional study กลุ่มประชากรคือหญิงที่มีบุตร ยากในประเทศจีนจำนวน 211 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ Disease - related information questionnaire, Self - rating depression scale (SDS) และ Social support rating scale (SSRS) ผลของ การศึกษาพบว่า หญิงจำนวน 107 คน ซึ่งคิดเป็น 50.71% ถูกจัดว่ามีภาวะซิมเศร่าจากการประเมินโดย SDS ค่า คะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 50.06 ± 10.59 จากการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ ANOVA, Pearson correlation และ

Multivariable regression analysis พบว่าประเภทของครอบครัว ความรู้สึกผิด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกอับอาย และความกดดันเรื่องการเงินที่ไม่สามารถมีบุตรได้ มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

Xu H⁽³⁶⁾ และคณะทำการศึกษาเรื่องผลของความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่มีผลต่อการรักษาภาวะมีบุตรยากโดยใช้วิธีทำเด็กหลอดแก้วในประเทศจีน กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงจำนวน 842 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ Self - rating anxiety scale (SAS) และ Self - rating depression scale (SDS) การวิเคราะห์ตัวแปรเดียวใช้ในการเปรียบเทียบตัวแปรระหว่างกลุ่ม SAS 3 กลุ่ม และกลุ่ม SDS 3 กลุ่ม ผลการวิเคราะห์พบว่า ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้ามีทั้ง 21.3% ของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 35 ปีมักจะมีอาการมากกว่า คะแนน SDS จะสัมพันธ์กับปัจจัยในด้านการศึกษาที่ต่ำกว่าและภาวะมีบุตรยากของหญิงหรือคู่สมรส ขณะที่คะแนน SAS จะสัมพันธ์กับภาวะมีบุตรยากของหญิงหรือคู่สมรส ส่วนในคนที่มียาคุมคะแนน SDS จะสัมพันธ์กับภูมิหลังทางการศึกษาที่ต่ำกว่าและการมีบุตรยากมากขึ้น ในขณะที่คะแนน SAS จะสูงกว่าในกลุ่มที่มีพื้นฐานการศึกษาต่ำกว่า ในกลุ่ม SAS 1 - 3 ความพร้อมในการเลี้ยงลูกด้วยนมเท่ากับ 5.0 (3.0 - 8.0), 5.0 (3.0 - 8.0) และ 3.0 (2.0 - 4.5) ($P = 0.013$) และอัตราการปฏิสนธิเท่ากับ 91.9, 90.4, และ 81.8% ($P < 0.001$) ตามลำดับ สรุปได้ว่าผู้หญิงที่ไม่มีบุตรมีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในระหว่างการรักษา IVF โดยเฉพาะในสตรีอายุต่ำกว่า 35 ปี ในคนที่มียาคุมความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าจะน้อยกว่าในคนที่มีการศึกษาที่สูงและรักษาภาวะมีบุตรยากมายาวนาน ความวิตกกังวลมีผลต่ออัตราการปฏิสนธิ และความพร้อมของตัวอ่อน

Kaya Y⁽³⁷⁾ และคณะทำการศึกษาเรื่องของวิถีการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อสุขภาพในการรักษาภาวะมีบุตรยากซึ่งไม่ทราบสาเหตุ โดยทำการศึกษาในหญิงจำนวน 64 คน ที่ถูกวินิจฉัยว่ามีภาวะมีบุตรยากโดยไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งทำการแยกออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพ และกลุ่มที่เป็นกลุ่มควบคุมซึ่งจะไม่ได้รับการดูแล เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน คือ Risk Factors Questionnaire (BMI, Smoking, Alcohol, Stress, Exercise, Caffeine), Depression, Anxiety and Stress Scale และ Health - Promoting Lifestyle Profile II ผลการศึกษาพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับเฉลี่ยของตัวแปรทั้งสี่ BMI ($P < 0.001$) - ความเครียด ($P < 0.001$) - การบริโภคคาเฟอีน ($P < 0.001$) - การออกกำลังกายลดลง ($P < 0.001$) นอกจากนี้ปัจจัยเสี่ยงที่หญิงมีระหว่างการสัมผัสภยันตรายครั้งที่ 1 และครั้งที่ 3 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ อัตราการตั้งครรภ์หลังการรักษาด้วยวิธี Assisted Reproductive medicine (ART) เท่ากับ 12 (46.1%) และ 5 (19.2%) ในกลุ่มควบคุมและการศึกษา ($P = 0.02$) สรุปได้ว่าการส่งเสริมและให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพมีประสิทธิภาพในการลดปัจจัยเสี่ยงในการดำเนินชีวิตของภาวะมีบุตรยากและเพิ่มอัตราความสำเร็จในการรักษาโดยการแก้ไขปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้

Terzioglu F⁽³⁸⁾ และคณะทำการศึกษาเรื่องผลความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในคู่สมรสที่ได้รับการดูแลรักษาภาวะมีบุตรยากต่อผลของการตั้งครรภ์ การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในคู่สมรสจำนวน 217 คู่ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ State - Trait Anxiety Inventory (STAI) และ Beck Depression Inventory

(BDI) STAI and BDI จะประเมินคู่สมรสเมื่อเริ่มการรักษาแบบ Assisted Reproductive medicine (ART) ส่วน anxiety scores จะประเมินอีกทีหลังจากทำ Embryo transfer (ET) ผลการศึกษาพบความสัมพันธ์ระหว่างคะแนน ซึมเศร้ากับผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ ($P < 0.05$) คะแนนความกังวลของทั้งชายและหญิงสูงกว่าก่อนการรักษาด้วยวิธี ART แต่คะแนนความกังวลลดลงหลังจากการ ET ($P < 0.05$) คู่สมรสของหญิงที่ตั้งครรภ์ไม่สำเร็จมีค่าคะแนนกังวล ที่สูง ($P > 0.05$) และค่าคะแนนซึมเศร้าต่ำกว่าคู่สมรสที่ฝ่ายหญิงตั้งครรภ์สำเร็จ ($P > 0.05$) สรุปได้ว่าคะแนนความวิตกกังวลและซึมเศร้าของคู่สมรสที่ประสบผลสำเร็จในการรักษาภาวะมีบุตรยากจะต่ำกว่าคู่ที่ล้มเหลวในการรักษา

Sezgin H⁽³⁹⁾ และคณะทำการศึกษาเรื่องโรคทางจิตเวชและคุณภาพชีวิตของหญิงมีบุตรยากในประเทศ ตุรกี การวิจัยเป็นการศึกษาแบบ Cross - sectional study โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงมีบุตรยากจำนวน 100 คน ที่มาทำการรักษาที่ the Obstetrics and Gynecology Department of the Rize Education and Research Hospital และมีกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มหญิงที่สามารถมีบุตรได้ปกติจำนวน 100 คน เพื่อศึกษาเปรียบเทียบกัน ระหว่าง 2 กลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย คือ Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Brief Disability Questionnaire (BDQ) และ Short Form Health Survey (SF - 36) ผลของการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนของความกังวลและซึมเศร้าในหญิงมีบุตรยากมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม สัดส่วนของคะแนนความกังวลสูงกว่าในสตรีมีบุตรอย่างมีนัยสำคัญ ($31\% \text{ v. } 17\%, \chi^2 = 5.37, P = 0.020$) แต่คะแนนของซึมเศร้าไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ ($43\% \text{ v. } 33\%, \chi^2 = 2.12, P = 0.145$) ค่าคะแนนของ SF - 36 ในกลุ่มหญิงมีบุตรยากสูงกว่า การประเมินด้านสุขภาพ ชีวิตทั่วไป การทำงาน สุขภาพจิต ในกลุ่มหญิงมีบุตรยากมีคะแนนต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และเมื่อเทียบกับในกลุ่มระหว่างหญิงมีบุตรได้ตามปกติที่มีงานทำและไม่มีการทำ พบว่าหญิงที่มีงานทำมีความกังวลและซึมเศร้าน้อยกว่าและมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า

Yangin H⁽⁴⁰⁾ และคณะทำการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจทางเพศและอาการซึมเศร้า ระหว่างภาวะมีบุตรยาก การศึกษานี้เป็นแบบ Cross - sectional study โดยทำการศึกษาคู่สมรสที่มีบุตรยาก จำนวน 102 คู่ ในประเทศตุรกี เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ Beck Depression Inventory (BDI) ซึ่งผล การศึกษาพบว่าค่าคะแนนซึมเศร้าในหญิงมีบุตรยากมีความสัมพันธ์กับการศึกษาและรายได้ของตน และนอกจากนี้ ยังมีเรื่องของการสมรส การเกิดภาวะมีบุตรยาก ระยะเวลาที่ทำการรักษาภาวะมีบุตรยาก และจำนวนวิธีการรักษา ซึ่งจากการศึกษาจะพบว่าเพศหญิงมีปัญหาความบกพร่องทางเพศมากกว่าเพศชายจึงทำให้ได้รับผลกระทบที่มากกว่า

Casu G⁽⁴¹⁾ และคณะทำการศึกษาเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองภาวะเครียดที่เกี่ยวข้องกับภาวะมีบุตรยาก และการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก การศึกษาเป็นแบบ Cross - sectional study ทำการศึกษา ในเดือน มกราคม - ธันวาคม ในปี 2013 โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงมีบุตรยากชาวอิตาลีจำนวน 597 คน ซึ่งได้ทำแบบ ประเมิน Infertility - Related Stress Scale ซึ่งคัดกรองเหลือ 200 คน โดยจะถูกคัดกรองอีกครั้งจากการทำแบบ

ประเมิน Self - reports of anxiety and depression จนเหลือเพียง 40 คน ซึ่งจะต้องประเมิน Infertility - Related Stress Scale อีกครั้งหลังจากได้รับการรักษาไปได้ 4 เดือน จากผลการวิเคราะห์ที่ปัจจัยพบว่าภาวะมีบุตรยาก ส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและชีวิตส่วนตัว ผู้ป่วยมีเกณฑ์ของระดับความเครียดและซึมเศร้าสูง

Yusuf L⁽⁴²⁾ ทำการศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวลและความเครียดในผู้ป่วยหญิงที่มีภาวะมีบุตรยาก กลุ่มตัวอย่างจะแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มหญิงมีบุตรยากทั่วไปจำนวน 100 คน และกลุ่มควบคุม คือ หญิงมีบุตรยากที่ทำการสุ่มจากคลินิก Arif Memorial Teaching Hospital จำนวน 100 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะไม่รวมหญิงที่มีบุตรยากโดยมีสาเหตุจากฝ่ายชาย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ Validated Urdu version of depression, anxiety, stress scale (DASS) ผลการศึกษาพบว่าพบระดับความชุกที่สูงของภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียดในกลุ่มหญิงที่มีบุตรยาก เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ($P < 0.05$) ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคะแนน

Sethi P⁽¹¹⁾ และคณะทำการศึกษาความชุกของโรคทางจิตเวชในหญิงที่มีบุตรยาก การศึกษาเป็นแบบ Cross-sectional study กลุ่มตัวอย่าง คือ คู่สมรสจำนวน 50 คู่ ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะมีบุตรยาก เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ General Health Questionnaire (GHQ - 12) และมีการสัมภาษณ์และการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์ ผลการศึกษาพบความชุกของโรคทางจิตเวชในฝ่ายหญิงมากกว่าโดยพบที่ 54% โรคที่พบมากที่สุด คือ โรคซึมเศร้าหลัก ซึ่งระดับความชุกอยู่ที่ 18% รองลงมา คือ โรควิตกกังวลพบความชุกที่ 16% ส่วนในฝ่ายชายโรคที่พบมากที่สุด คือ Adjustment Disorder พบความชุกที่ 26% โรคอื่น ๆ เช่น Dysthymia และ ซึมเศร้าหลักพบที่ 6% ซึ่งกลุ่มที่พบความชุกของโรคทางจิตเวชในการศึกษานี้จะมีอายุระหว่าง 20 - 29 ปี

Karac N⁽⁴³⁾ และคณะ ได้ทำการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตและสภาวะทางอารมณ์ของคู่สมรสที่มีบุตรยาก โดยทำการศึกษาจากคู่ที่เคยล้มเหลวในการรักษาภาวะมีบุตรยากอย่างน้อย 1 ครั้ง จำนวน 64 คู่ (กลุ่ม 1) และเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีประวัติความล้มเหลวทางการรักษาจำนวน 56 คู่ (กลุ่ม 2) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ FertiQoL International, Hospital Anxiety (HAD - A) และ Depression scale (HAD - D) ผลจากการศึกษาพบว่า ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในกลุ่มแรกสูงกว่ากลุ่มที่สอง ($P = 0.009$) ระดับของความวิตกกังวลและซึมเศร้าในสองกลุ่มไม่ต่างกัน แต่ระดับของภาวะซึมเศร้าจะมีมากในกลุ่มที่มีภาวะมีบุตรยากต่ำกว่า 5 ปี ในทั้ง 2 กลุ่ม ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มที่ 2 ($P = 0.011$) ระดับคะแนนซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับชนิดของครอบครัวของกลุ่มที่ 2 ($P = 0.009$) ครอบครัวเดี่ยวจะมีคะแนนของซึมเศร้าที่สูงกว่าครอบครัวแบบดั้งเดิม สรุปผลได้ว่าความล้มเหลวในการรักษาไม่ได้เพิ่มระดับความวิตกกังวลในขณะที่ผลกระทบต่อคะแนนภาวะซึมเศร้าเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาของภาวะมีบุตรยาก

Al-Asadi N⁽⁴⁴⁾ และคณะ ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของโรคซึมเศร้าและปัจจัยเสี่ยงในผู้หญิงที่มีบุตรยากในประเทศอิรัก ซึ่งเป็นการศึกษาในแบบ Cross - sectional กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงที่มีบุตรยากจำนวน

251 คน การศึกษาจะใช้การสัมภาษณ์และเกณฑ์การคัดกรองโรคซึมเศร้าจะอ้างอิงตาม (ICD - 10) ซึ่งผลที่ออกมาพบว่ามีความซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างถึง 68.9% โดยพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ ชนิดของการมีบุตรยาก ช่วงระยะเวลาที่ไม่มีบุตร และการที่สามีนุ่ว่าจะหย่าร้างหากไม่มีบุตร

Verma P⁽⁴⁵⁾ และคณะทำการศึกษาเรื่องความผิดปกติทางจิตเวชในหญิงที่มีบุตรยากที่อยู่ในระยะที่สามของการทำการรักษาภาวะมีบุตรยาก กลุ่มประชากรตัวอย่างมีทั้งหมด 280 คน ซึ่งในการศึกษาได้ทำการแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มหญิงมีบุตรยากที่มาทำการรักษาจำนวน 140 คน ส่วนอีกกลุ่ม คือ กลุ่มหญิงที่มาจากคลินิกที่เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว จำนวน 140 คน โดยทำการศึกษาเปรียบเทียบกันระหว่าง 2 กลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ Hospital Anxiety and Depression scale (HADS) , Becks Depression Inventory (BDI) และ Brief COPE Inventory ที่มีการนำมาปรับเปลี่ยนเพื่อประเมินเรื่องของการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยซึมเศร้า ผลการศึกษาพบภาวะซึมเศร้าในหญิงมีบุตรยาก 56.4% (79/140) ส่วน 68.9% (96/140) พบทั้งความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ในการประเมินการเผชิญปัญหาในหญิงที่มีภาวะซึมเศร้าวิธีที่ใช้มากที่สุด คือ การระบาย 72.2% (57/79) ตามมาด้วยการปลดปล่อยพฤติกรรม 70.9% (56/79) ส่วนวิธีเผชิญปัญหาที่หญิงที่มีทั้งภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าใช้มากที่สุด คือ การปลดปล่อยพฤติกรรม 71.9% (69/96)

Sejbaek S⁽⁴⁶⁾ และคณะทำการศึกษาเรื่องการรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีการเจริญพันธุ์ซ้ำ ๆ และปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าแบบชั่วคราว ในหญิงมีบุตรยาก กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงมีบุตรยากที่มาทำการรักษาที่ The Danish National ART - Couple (DANAC) ตั้งแต่ 1 มกราคม 1994 ถึง 30 กันยายน 2009 ซึ่งมีจำนวน 41,050 คน ส่วนข้อมูลด้านโรคซึมเศร้าชั่วคราวจะได้มาจากการประเมินจาก the Danish Psychiatric Central Research Register ผลการศึกษาพบว่า หญิงจำนวน 552 คน ถูกวินิจฉัยว่ามีภาวะซึมเศร้าแบบชั่วคราว และพบว่าหญิงที่ได้รับการรักษาแบบ Assisted Reproductive medicine (ART) มีภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าหญิงที่ตั้งครรภ์และคลอดบุตร ซึ่งมีความเสี่ยงการเกิดโรคในช่วงหลังคลอด 0 - 42 วัน ซึ่งสรุปได้ว่าการรักษาแบบ ART ไม่ได้ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าแบบชั่วคราว

Biringer E⁽⁴⁷⁾ และคณะทำการศึกษาว่าภาวะมีบุตรยากมีความสัมพันธ์กับระดับความทุกข์ทางใจของประชากรหญิงในประเทศนอร์เวย์หรือไม่ กลุ่มประชากรในการศึกษาเป็นหญิงมีบุตรยากจำนวน 12,584 คน ซึ่งมีอายุระหว่าง 19 - 45 ปี การศึกษานี้เริ่มศึกษาในปี 1995 - 1997 เครื่องมือที่ใช้ คือ Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ผลจากการศึกษาพบว่าระดับคะแนนความวิตกกังวลอยู่ที่ (B = 0.25 (95% confidence interval (CI) = 0.04 - 0.47)) ส่วนระดับภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ (B = - 0.05 (95% CI = - 0.50 ถึง - 0.21)) อย่างไรก็ตามผู้หญิงที่มีภาวะมีบุตรยากชนิดปฐมภูมิและทุติยภูมิมีระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างจากมารดาที่ไม่มีภาวะมีบุตรยาก

Wu G⁽⁴⁸⁾ และคณะได้ทำการศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้าและการเผชิญปัญหาของหญิงมีบุตรยากในประเทศจีน ระหว่างการทำกรักษาภาวะมีบุตรยากโดยวิธี In Vitro Fertilisation (IVF) กลุ่มประชากรในการศึกษามีจำนวน 288 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าแบบย่อ และ Brief COPE Inventory นอกจากนี้ ยังมี ข้อมูลประชากร ระดับของฮอร์โมนที่ถูกทดสอบ และจำนวนไข่ที่มีการตกไข่ ผลการศึกษาพบความชุกของภาวะซึมเศร้าอยู่ที่ 22.6% ซึ่งพบมากในหญิงที่มีการแต่งงานมากกว่า 8 ปี มีปัญหา มีบุตรยากมากกว่า 6 ปี และครอบครัวมีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3000 CNY ต่อปี ระดับของ follicle stimulating hormone ที่สูง จำนวนของการตกไข่ และการเผชิญปัญหาแบบปฏิเสธไม่ยอมรับความจริงนั้นมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคซึมเศร้าได้สูง ส่วนระดับของ oestradiol ที่สูง และการใช้สารเสพติดนั้นมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคซึมเศร้าในระดับต่ำ

Erdem K⁽⁴⁹⁾ และคณะได้ทำการศึกษาหญิงที่มีบุตรยากในประเทศตุรกีโดยศึกษาเรื่องของความสัมพันธ์ ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมว่ามีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในหญิงมีบุตรยากหรือไม่ ซึ่งได้ทำการศึกษาที่ในหญิง ที่มารับการรักษาแบบ In Vitro Fertilisation (IVF) ณ Centre of Firat University Re- search Hospital โดย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมาจำนวน 238 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ Beck Depression Inventory (BDI) และ The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) ระหว่างการศึกษามีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 9 คน ที่ออกจากการศึกษา ซึ่งผลคะแนนไม่ได้ถูกนำมาวิเคราะห์ ผลจากการศึกษาพบคะแนนของภาวะ ซึมเศร้าอยู่ระหว่าง 12.55 ± 8.07 ส่วนคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนอยู่ที่ระหว่าง 15.75 ± 8.53 คะแนนแรงสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ที่ระหว่าง 21.52 ± 8.20 และแรงสนับสนุนจากบุคคลพิเศษอื่น ๆ อยู่ที่ ระหว่าง 15.62 ± 8.45 ส่วนคะแนนรวมทั้งชุดจะอยู่ที่ 52.89 ± 21.75 สรุปได้ว่า ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนน ซึมเศร้าและคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.596, P < 0.01$) อาการซึมเศร้าจะลดลงเมื่อได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้น

Sut K⁽⁵⁰⁾ และคณะได้ศึกษาในเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิต ความวิตกกังวลและภาวะ ซึมเศร้าในหญิงมีบุตรยากที่มารับการรักษาภาวะมีบุตรยาก การศึกษาเป็นแบบ Cross - sectional study โดย ทำการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 89 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ FertiQoL scale และ Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ซึ่งผลจากการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ที่ระหว่าง 66.0 ± 14.5 ซึ่งมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการรักษา คุณภาพชีวิต และคะแนนความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า สรุป ได้ว่าภาวะมีบุตรยากมีผลต่อคุณภาพชีวิตที่ต่ำลงและมีผลต่อความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น

Alhassan A⁽⁵¹⁾ และคณะได้ทำการสำรวจภาวะซึมเศร้าในหญิงที่มีบุตรยากในประเทศกานา เนื่องจาก ประเทศในทวีปแอฟริกาที่มีการที่มีบุตรจะส่งผลทำให้ได้รับการยอมรับจากสังคม โดยทำการศึกษาจากหญิงที่มี ภาวะมีบุตรยากจำนวน 100 คน ที่มารับการรักษาที่ the Tamale Teaching Hospital, Tamale/Ghana เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถาม Beck Depression Inventory และยังมีการรวบรวมข้อมูลอื่น ๆ ด้วย ได้แก่ อายุ

รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาของการมีบุตรยาก สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา จำนวนบุตรที่เคยมีก่อนหน้านี้ ศาสนา และอาชีพ ผลจากการศึกษาพบว่า 62% มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งสัมพันธ์กับปัจจัยของ อายุ ระยะเวลาที่ไม่มีบุตร การไม่ได้รับการศึกษาหรือมีการศึกษาต่ำ การว่างงาน และหญิงที่มีภาวะมีบุตรยากแบบปฐมภูมิจะมีระดับคะแนน ซึมเศร้าที่มากกว่า ผลจากการศึกษาสรุปได้ว่าภาวะซึมเศร้าในหญิงมีบุตรยากจะพบในหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 26 ปีขึ้นไป ซึ่งสัมพันธ์กับปัจจัยเรื่องของการศึกษาที่ต่ำ การถูกวินิจฉัยว่ามีภาวะมีบุตรยากชนิดปฐมภูมิซึ่งมีภาวะนี้มาเป็น ระยะเวลามากกว่า 3 ปี

Lewis M ⁽⁵²⁾ และคณะทำการศึกษาเรื่องอาการซึมเศร้าของผู้หญิงก่อนที่จะเข้ารับการรักษาแบบ In Vitro Fertilisation (IVF) เพื่อนำผลมาเปรียบเทียบกับกลุ่มที่สามารถมีบุตรได้และกลุ่มหญิงที่เป็นซึมเศร้าหลังคลอด กลุ่ม ตัวอย่าง คือ หญิงมีบุตรยากจำนวน 321 คน อายุระหว่าง 19 - 45 ปี เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ Patient Health Questionnaire - 9 (PHQ - 9) และมีการตรวจวินิจฉัยทางคลินิกเพื่อหาโรคซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มหญิงมีบุตรยากที่รักษาด้วยวิธี IVF มีระดับของโรคซึมเศร้าในระดับที่ต่ำ ส่วนหญิงที่กำลังเตรียมตัวเพื่อรักษา ภาวะมีบุตรยาก พบว่ามีอาการของซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย

Zaig I ⁽⁵³⁾ และคณะได้ทำการศึกษาว่าอาการทางจิตเวชนั้นส่งผลต่อการรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยวิธี In Vitro Fertilisation (IVF) หรือไม่ กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงมีบุตรยากที่มาทำการรักษาด้วยวิธี IVF ครั้งแรกจำนวน 108 คน โดยจะมีการสัมภาษณ์และให้ทำแบบประเมิน ได้แก่ Center for Epidemiologic Studies Depression scale, State Trait Anxiety Inventory และ Brief Symptom Inventory ผลการศึกษาพบว่า ผู้หญิงที่มีโรคทาง อารมณ์หรือมีอาการวิตกกังวลก่อนการรักษา IVF มีอัตราความสำเร็จในการตั้งครรภ์มากกว่าผู้หญิงที่ไม่ได้รับการ วินิจฉัย (57 % เปรียบเทียบกับ 38 %)

Ogawa M ⁽⁵⁴⁾ และคณะได้ทำการศึกษาหญิงมีบุตรยากในประเทศญี่ปุ่น โดยศึกษาว่ามีปัจจัยใดบ้างที่ เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในหญิงที่มีบุตรยาก ซึ่งทำการเก็บข้อมูลจากหญิงที่มาได้รับการรักษาที่ the Reproduction Center of the Tokyo Dental College Ichikawa General Hospital ในระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ถึงเดือนเมษายน 2008 โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 83 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ Self - rating Depression Scale (SDS) test และ Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) นอกจากนี้ยังมีการเก็บ ข้อมูลส่วนตัว เช่น อายุ ประวัติการตั้งครรภ์ การทำงาน ระยะเวลาที่มีบุตรยาก การรักษาภาวะมีบุตรยาก และ ปัจจัยการมีบุตรยากจากฝ่ายชาย ผลการศึกษาพบว่า ผู้หญิงที่มีอายุมากจะมีคะแนนของ HADS และคะแนนซึมเศร้า ที่สูงขึ้น แต่คะแนนไม่ได้มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาของการมีบุตรยาก อีกปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้อง คือ สาเหตุการมี บุตรยากที่มาจากฝ่ายชาย

Aarts W ⁽⁵⁵⁾ และคณะศึกษาเรื่องการดูแลคุณภาพชีวิตและระดับความวิตกกังวลและซึมเศร้าในหญิงมี บุตรยาก การศึกษาเป็นแบบ Cross - sectional study กลุ่มตัวอย่างหญิงมีบุตรยากจำนวน 427 คน เครื่องมือ

ที่ใช้ในการศึกษา คือ FertiQoL, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) และ Patient - centredness questionnaire (PCQ) - infertility ผลการศึกษาพบว่าจากการวิเคราะห์แบบ Multilevel regression analysis แสดงถึงระดับของคะแนน PCQ, FertiQoL scale ($B = 0.25$) และ HADS subscales ($B = -0.22$ และ -0.18) ที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความแปรปรวนของประสบการณ์ของผู้ป่วย 13% ($= R^2$) สามารถอธิบายได้จากการรับรู้ QoL ของพวกเขา โดย 12% จากความวิตกกังวลและ 10% จากภาวะซึมเศร้า สรุปได้ว่า การดูแลภาวะเจริญพันธุ์ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยมีความเกี่ยวข้องกัน การให้ความสนใจกับตัวแปรเหล่านี้่ออาจนำไปสู่ประสบการณ์การดูแลที่ดีและการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น

Al-Homaidan T⁽⁵⁶⁾ ทำการศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้าในหญิงที่มีภาวะมีบุตรยากชนิดปฐมภูมิ ที่มารับการรักษาที่ Infertility Clinic in Riyadh ในประเทศซาอุดีอาระเบีย โดยศึกษาถึงความรุนแรงและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การศึกษานี้เป็นแบบ Cross - sectional study โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงที่มาทำการรักษาที่ In - Vitro Fertilization Clinic จำนวน 91 คน และหญิงที่มีบุตรได้ปกติที่คลินิก Well Baby Clinic จำนวน 94 คน เพื่อศึกษาเปรียบเทียบกันระหว่าง 2 กลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ Beck Depression Inventory (BDI) และการเก็บข้อมูลของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาของการมีบุตรยาก แรกกดันจากครอบครัว การแต่งงาน และการสนับสนุนจากสามี ผลการศึกษาพบว่า หญิงมีบุตรยาก 49 คน (53.8%) และหญิงที่มีบุตรได้ตามปกติ 35 คน (37.2%) มีภาวะซึมเศร้า ค่า mean ของคะแนนซึมเศร้าวาง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ในกลุ่มหญิงมีบุตรยากพบภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงมากกว่า ($P = 0.014$) และหญิงมีบุตรยากที่ได้รับแรงกดดันจากครอบครัวจะมีภาวะซึมเศร้าที่มากกว่าหญิงที่ไม่โดนกดดัน ($P = 0.001$)

Chiaffarino F⁽⁵⁷⁾ และคณะทำการศึกษาค้นคว้าความชุกของความวิตกกังวลและโรคซึมเศร้าในคู่สมรสชาวอิตาลีที่ทำกรรักษาภาวะมีบุตรยากที่ Italian infertility department กลุ่มตัวอย่าง คือ คู่สมรสที่มาทำการรักษาที่คลินิกครั้งแรก จำนวน 1000 คู่ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ Self - rating Zung Depression Scale (ZDS) และ Zung Anxiety Scale (ZAS) และทำการเก็บข้อมูลส่วนบุคคลรวมถึงประวัติจากเวชระเบียนของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบอาการวิตกกังวลของผู้หญิงอยู่ที่ 14.7% และภาวะซึมเศร้าวาง 17.9% ส่วนในผู้ชายพบอาการวิตกกังวลอยู่ที่ 4.5% และภาวะซึมเศร้าวาง 6.9% ผู้หญิงที่มีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าจะพบในหญิงที่อายุน้อย และมีคู่สมรสที่มีความวิตกกังวลและมีประวัติมีบุตรยากมาก่อน ส่วนในผู้ชายที่มีความวิตกกังวลและซึมเศร้าวางจะมีปัญหาเรื่องการทำงาน และการมีคู่สมรสที่เป็นคนวิตกกังวล สรุปได้ว่าหญิงสาวและคู่สมรสที่มีประวัติว่ามีบุตรยากหรือการรักษาที่มีความล้มเหลวก่อนหน้านี้ ส่งผลต่อการเกิดอาการวิตกกังวลและซึมเศร้า

Kazandi M⁽⁵⁸⁾ และคณะทำการศึกษาศาถนการณ์ของโรควิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในคู่สมรสที่มีบุตรยากชาวตุรกี การศึกษาเป็นแบบ Cross - sectional study กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงมีบุตรยาก จำนวน 248 คน และผู้ชายที่มีบุตรยาก จำนวน 96 คน และผู้หญิงจำนวน 51 คน และชาย 40 คน ที่สามารถมีบุตรได้ตามปกติ เพื่อ

มาทำการศึกษาเปรียบเทียบกัน เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย คือ Beck Depression Inventory และ State - Trait Anxiety Inventory ผลการศึกษาพบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของคะแนนความกังวลของสองกลุ่ม ($P < 0.001$) ในขณะที่คะแนนซึมเศร้าไม่พบความแตกต่างกัน

Klemetti R⁽⁵⁹⁾ และคณะทำการศึกษาเรื่องภาวะมีบุตรยากและการเกิดความผิดปกติทางจิต กลุ่มประชากรเป็นหญิงมีบุตรยากในประเทศฟินแลนด์จำนวน 338 คน อายุระหว่าง 30 - 44 ปี เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ Beck Depression Inventory (BDI), General health questionnaire, GHQ - 12 และการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่าประมาณ 20% ของผู้หญิง และ 9% ของผู้ชาย ที่เคยประสบกับภาวะมีบุตรยาก ผู้หญิงที่ไม่เคยตั้งครรภ์ได้เลยมีความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นในการปรับตัว การเกิด Dysthymia (OR 3.41, 95% CI, 1.01 - 11.5) และความวิตกกังวล (2.67, 1.00 - 7.12) เมื่อเทียบกับผู้หญิงที่ไม่มีภาวะมีบุตรยาก ผู้หญิงที่มีบุตรยาก แต่สามารถตั้งครรภ์ได้ในปัจจุบันมีความเสี่ยงในการเกิดโรค panic เพิ่มขึ้น (2.58, 1.11 - 6.01) ส่วนผู้ชายมีบุตรยากมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าคนที่ไม่มีความมีบุตรยาก

Drosdzol A⁽⁶⁰⁾ และคณะทำการศึกษาค้นหาความชุกของภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลของคู่สมรสที่มีบุตรยากในประเทศโปแลนด์ การศึกษาเป็นแบบ Cross - sectional study โดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีบุตรยากซึ่งเป็นหญิง 206 คน และชาย 188 คน กับกลุ่มที่สามารถมีบุตรได้ จำนวน 190 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ Beck Depression Inventory และ Beck Anxiety Inventory ผลการศึกษาพบว่าคะแนนของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มหญิงมีบุตรยากอยู่ที่ 35.44% หญิงที่มีบุตรคะแนนอยู่ที่ 19.47% ส่วนคะแนนความกังวลของกลุ่มหญิงมีบุตรยากอยู่ที่ 15.53% ส่วนปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในหญิงที่มีภาวะมีบุตรยาก ได้แก่ เพศหญิง อายุที่เกิน 30 ปี ระดับการศึกษาต่ำ การขาดกิจกรรม การงาน การวินิจฉัยภาวะมีบุตรยากของฝ่ายชาย และระยะเวลาการมีบุตรยาก 3 - 6 ปี

Farzadi L⁽⁶¹⁾ และคณะศึกษาเรื่องปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าในหญิงที่มีบุตรยาก การศึกษาเป็นแบบ Cross - sectional study กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงมีบุตรยาก จำนวน 193 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ Beck Depression Inventory และการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 27.3 ± 5.6 ปี แต่งงานมาได้ประมาณ 5.6 ± 5.3 ระยะเวลาที่ทำการรักษาภาวะมีบุตรยาก คือ 4.1 ± 3.01 ปี ความชุกของภาวะซึมเศร้าอยู่ที่ 72.54% ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า คือ การรับรู้ความรู้สึกของครอบครัวและแรงกดดันจากญาติ

Karlidere T⁽⁶²⁾ และคณะศึกษาเรื่องอิทธิพลของอารมณ์ที่มีผลต่อการรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยวิธี In Vitro Fertilisation (IVF) และ Intracytoplasmic sperm injection (ICSI) กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงที่มีบุตรยากชนิดปฐมภูมิ จำนวน 104 คน และมีกลุ่มเปรียบเทียบ คือ หญิงที่สามารถตั้งครรภ์ได้ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ The Beck Depression Inventory, State - Trait Anxiety Inventory และ Social Support scales ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มหญิงมีบุตรยากมีอาการทางอารมณ์ที่มากกว่าแม้ว่าจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับที่

เท่ากับกลุ่มที่ตั้งครรภ์ได้ นอกจากนี้ระดับความรุนแรงที่เพิ่มขึ้นของอาการซึมเศร้า และระดับความวิตกกังวลที่ก็เป็นผลจากการคาดการณ์อัตราการตั้งครรภ์ที่ต่ำ

Tan S⁽⁶³⁾ และคณะทำการศึกษาเรื่องผลกระทบทางจิตใจที่เกิดขึ้นในสตรีที่มีบุตรยากซึ่งเป็นโรควิตกกังวล น้ำรังไข่หลายใบ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีจำนวน 115 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ 36 - item short - form health survey, SF - 36, Beck Depression Inventory, Symptom Check List 90, SCL - 90 - R, Visual analogue scales และแบบสอบถามความปรารถนาในการมีบุตร (FKW) ผลการศึกษาพบว่า 76.1% มีความวิตกกังวลต่อการไม่สามารถมีบุตรได้ในอนาคต 51.3% มีความปรารถนาที่จะตั้งครรภ์ในปัจจุบัน ส่วนคะแนนภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำและปานกลางพบที่ 23.9% และ 25.2% มีภาวะที่เข้าเกณฑ์ของการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า นอกจากนี้คะแนนคุณภาพชีวิตทั้งหมดลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับข้อมูลเชิงบรรทัดฐาน ($P < 0.001$) สรุปได้ว่า โรคนี้อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญสำหรับปัญหาทางจิตสังคมและอารมณ์ แต่ในกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยในการศึกษานี้พบว่าภาวะมีบุตรยากไม่เป็นปัจจัยหลักในการกำหนดปัญหาทางจิตใจ

Nelson J⁽⁶⁴⁾ และคณะทำการศึกษาความชุกและการคาดการณ์ปัญหาทางเพศ ความเครียด ความสัมพันธ์และภาวะซึมเศร้าในคู่สมรสที่มีบุตรยาก กลุ่มตัวอย่าง คือ คู่สมรสที่มีบุตรยากจำนวน 121 คู่ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาของฝ่ายหญิง คือ Female Sexual Function Index (FSFI) และ Self - Esteem and Relationship (SEAR) Questionnaire ฉบับปรับปรุง ส่วนฝ่ายชาย คือ Self - Esteem and Relationship (SEAR) Questionnaire และ International Index of Erectile Function (IIEF) ส่วนแบบประเมินที่คู่สมรสจะต้องทำเหมือนกัน คือ Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES - D) for depression เพื่อวัดภาวะซึมเศร้า และ Short Form - 36 (SF - 36) เพื่อวัดคุณภาพชีวิต ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยอายุของคู่สมรสทั้งชายและหญิงจะอยู่ที่ 32 ± 5 และ 35 ± 7 ตามลำดับ ระยะเวลาที่คบกันและแต่งงานอยู่ที่ 6.4 ± 3.9 และ 3.8 ± 3.2 9 ตามลำดับ คะแนนระดับซึมเศร้าของเพศหญิง 19% อยู่ในระดับปานกลาง และ 13% อยู่ในระดับที่รุนแรง ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในเพศหญิงอยู่ที่ 47.8 ($P < 0.05$) ค่าเฉลี่ยคะแนน FSFI อยู่ที่ 28 ± 7 จากคะแนนเต็ม 36 คะแนน คะแนน FSFI มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคะแนน IIEF ของฝ่ายชาย ($r = 0.37, P < 0.01$) และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคะแนน CES - D ของฝ่ายหญิง ($r = - 0.16, P < 0.06$) สรุปผล คือ พบภาวะซึมเศร้าและปัญหาความผิดปกติทางเพศในกลุ่มหญิงที่มีบุตรยาก ซึ่งปัญหาทางเพศของผู้หญิงมีความสัมพันธ์กับปัญหาทางเพศของฝ่ายชาย

Klerk C⁽⁶⁵⁾ และคณะทำการศึกษาเรื่องผลกระทบทางจิตใจที่เกิดขึ้นหลังจากความล้มเหลวในการทำการรักษาภาวะมีบุตรยากแบบ In Vitro Fertilisation (IVF) ตั้งแต่สองครั้งหรือมากกว่านั้นในหญิงมีบุตรยาก โดยเปรียบเทียบระหว่างวิธีที่ไม่รุนแรงและวิธีมาตรฐาน กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาจะแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้หญิงได้รับการสุ่มให้ได้รับการกระตุ้นรังไข่แบบวิธีที่ไม่รุนแรง (รวมถึงการรักษาด้วย GnRH antagonist - co - treatment)

และการย้ายตัวอ่อน จำนวน 197 คน และ กลุ่มที่รักษาด้วย GnRH แบบวิธีมาตรฐานในระยะยาวและกระตุ้นด้วยการถ่ายโอนตัวอ่อน จำนวน 194 คน กลุ่มอาสาสมัครจะต้องทำแบบประเมิน Hospital Anxiety and Depression Scale ก่อนเริ่มเข้ารับการรักษา 1 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าผู้หญิงที่รักษาด้วยวิธี IVF แบบไม่รุนแรงจะมีภาวะของอาการซึมเศร้า 1 สัปดาห์ หลังจากสิ้นสุดการรักษาเมื่อเปรียบเทียบกับผู้หญิงที่ทำการรักษาด้วยวิธีแบบมาตรฐาน

Gulseren L⁽⁶⁶⁾ และคณะได้ทำการศึกษาระดับของความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในหญิงมีบุตรยากในประเทศตุรกี โดยศึกษาว่ามีความสัมพันธ์กับโรคทางจิตเวช การรักษา และวัฒนธรรมหรือไม่ ซึ่งทำการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง โดยได้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มหญิงที่มีสุขภาพดีจำนวน 63 คน และกลุ่มหญิงที่มีภาวะมีบุตรยากซึ่งไม่เคยตั้งครรภ์มาก่อนจำนวน 107 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ Hospital Anxiety Depression Scale และนำผลมาเปรียบเทียบกัน ซึ่งหลังจากทำการศึกษาระยะเวลา 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่าระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าใน 2 กลุ่ม ไม่ได้มีความแตกต่างกัน แต่ความรุนแรงของอาการทางจิตจะมากขึ้นในกลุ่มของหญิงที่มีบุตรยากเนื่องจากได้รับแรงกดดันจากครอบครัว นอกจากนี้ยังสัมพันธ์กับปัจจัยในด้าน ความสัมพันธ์กับคู่สมรสที่ไม่ดี

Ramezanzadeh F⁽⁶⁷⁾ และคณะทำการสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและระยะเวลาของภาวะมีบุตรยาก กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงมีบุตรยากจำนวน 370 คน ที่มีสาเหตุของการมีบุตรยากแตกต่างกันไป เครื่องมือที่ใช้ คือ Beck Depression Inventory (BDI) และ Cattle questionnaires เพื่อใช้ประเมินภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า และนอกจากนี้ยังมีการเก็บข้อมูลส่วนตัวอื่น ๆ เช่น อายุ ระดับการศึกษา สถานะทางการเงิน การประกอบอาชีพ และข้อมูลของคู่สมรส ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ที่ 17 - 45 ปี ระยะเวลาที่มีบุตรยากอยู่ที่ 1 - 20 ปี และพบว่า 151 คน (40.8%) มีภาวะซึมเศร้า และ 321 คน (86.8%) มีอาการของความวิตกกังวล ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ สาเหตุของภาวะมีบุตรยาก ระยะเวลาของการมีบุตรยาก ระดับการศึกษา และหน้าที่การงานของตนเอง ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับความวิตกกังวล คือ ระยะเวลาที่มีบุตรยาก และระดับการศึกษา คะแนนของความวิตกกังวลและซึมเศร้าจะพบมากในหญิงที่มีภาวะมีบุตรยากมาเป็นระยะเวลา 4 - 6 ปี ส่วนระดับภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงจะพบในหญิงที่มีภาวะมีบุตรยากมาเป็นเวลา 7 - 9 ปี

Matsubayashi H⁽⁶⁸⁾ และคณะทำการศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้นในหญิงมีบุตรยากชาวญี่ปุ่นที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามี และศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้ระดับความวิตกกังวลและความเครียดเพิ่มขึ้น กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นหญิงมีบุตรยากจำนวน 101 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) และแบบสอบถามข้อมูลที่เกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก จำนวน 22 ข้อ ผลจากการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลและซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการขาดการสนับสนุนจากสามี และความรู้สึกเครียด

Jacob L⁽⁶⁹⁾ และคณะทำการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความผิดปกติในการปรับตัวของสตรีที่มีภาวะแท้งในประเทศเยอรมนี การศึกษาในครั้งนี้เป็นแบบ Retrospective cohort study กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นหญิงที่มีอายุระหว่าง 16 - 45 ปี โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เคยมีประวัติการแท้งบุตร และกลุ่มที่ไม่เคยแท้งบุตร ผลจากการศึกษาพบว่ากลุ่มที่เคยแท้งบุตรมีแนวโน้มที่จะมีความผิดปกติทางจิตเวชมากกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (HR : 95% CI = 1.53 (1.42 - 1.64))

Tsevat G⁽⁷⁰⁾ และคณะทำการศึกษาเรื่องของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และภาวะมีบุตรยาก พบว่าการเกิดภาวะมีบุตรยากส่วนใหญ่สาเหตุมักเกิดจากปัจจัยจากท่อนำไข่ ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาก็จะยิ่งลุกลามและเกิดการอักเสบซึ่งส่งผลต่อระบบสืบพันธุ์ ผลของการติดเชื้อแบคทีเรีย Chlamydia trachomatis และ Neisseria gonorrhoeae ก่อให้เกิดโรคที่เกี่ยวกับความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์รวมทั้งภาวะมีบุตรยากของท่อน้ำเหลืองและโรคเกี่ยวกับกระดูกเชิงกรานอักเสบ มีหลักฐานทางการแพทย์ที่พบว่าเชื้อที่ติดต่อทางเพศอื่น ๆ ได้แก่ Mycoplasma genitalium, Trichomonas vaginalis และจุลินทรีย์อื่น ๆ ภายใน Microbiome ในช่องคลอดซึ่งอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพของภาวะมีบุตรยาก การตรวจสอบเพิ่มเติมเกี่ยวกับจุลินทรีย์ในช่องคลอดและเชื้อโรคที่เป็นไปได้อื่น ๆ จึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อระบุสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ของภาวะมีบุตรยาก การตรวจคัดกรองทางคลินิกที่ดีขึ้น และการป้องกันการติดเชื้อที่น้อยลงอาจช่วยแก้ปัญหาภาวะมีบุตรยากได้

Park T⁽⁷¹⁾ และคณะศึกษาเรื่องลักษณะทางคลินิกของการติดเชื้อ Chlamydia บริเวณอวัยวะเพศในผู้ป่วยโรคกระดูกเชิงกราน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงรวมทั้งการตั้งครรภ์นอกมดลูก, ภาวะมีบุตรยากที่เกิดจากท่อนำไข่, Fitz - Hugh - Curtis syndrome และการเป็นฝีในหลอดรังไข่ (TOA) การศึกษานี้เปรียบเทียบข้อมูลทางคลินิกและห้องปฏิบัติการระหว่าง Pelvic inflammatory disease ที่มี และไม่มีอาการติดเชื้อ Chlamydia ผลการศึกษาพบว่าการติดเชื้อ Chlamydia ใน Pelvic inflammatory disease เชียบพลันมีความสัมพันธ์กับระดับการอักเสบที่เพิ่มขึ้น

Shen C⁽⁷²⁾ และคณะทำการศึกษาความเสี่ยงของความผิดปกติทางจิตเวชที่เกี่ยวกับอาการอักเสบของกระดูกเชิงกราน โดยเป็นการศึกษาแบบ Retrospective cohort study โรคเกี่ยวกับกระดูกเชิงกรานอักเสบเป็นโรคติดเชื้อในผู้หญิงที่มีความผิดปกติอย่างมากและเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะมีบุตรยาก ความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุที่ชัดเจนระหว่าง Pelvic inflammatory disease และความผิดปกติทางจิตเวชยังไม่ได้รับการยอมรับกันดี จึงได้มีการทำการศึกษาเรื่องนี้ในประเทศไต้หวัน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เป็น Pelvic inflammatory disease และไม่ได้เป็น ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่เป็น Pelvic inflammatory disease มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรค Bipolar disorder, Depressive disorder, Anxiety disorder และ Sleep disorder อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (HR: 2.671, 2.173, 2.006 และ 2.251 ตามลำดับ) มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เป็น ดังนั้น Pelvic inflammatory disease สามารถเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางจิตเวชได้

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) ได้แก่ ผู้หญิงที่มีภาวะมีบุตรยาก

ประชากรตัวอย่าง (Sample Population) ได้แก่ ผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษาภาวะมีบุตรยากทั้งหมดในคลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) ได้แก่ ผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษาภาวะมีบุตรยากทั้งหมดในคลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในช่วงที่ทำการเก็บข้อมูล

ขนาดตัวอย่าง (Sample Size)

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณในการวิจัยเชิงพรรณนา

$$n = \frac{z^2 a p q}{d^2}$$

n = ขนาดตัวอย่าง

Z^2 = ค่าปกติมาตรฐานที่ได้จากตารางการแจกแจงแบบปกติของระดับความเชื่อมั่นที่

ร้อยละ 95 ($Z_{\alpha} = 1.96$)

p = 0.62 คืออัตราความชุกของภาวะซึมเศร้า (อ้างอิงจากงานวิจัยของ Alhassan A และคณะ, 2014)⁽⁵¹⁾

q = $1 - p = 1 - 0.62 = 0.38$

d = ความคลาดเคลื่อนของโอกาสที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.1

$$\text{แทนค่า } n = \frac{(1.96)^2 \times (0.62) \times (1-0.62)}{(0.1)^2} = 90.5$$

ดังนั้นขนาดตัวอย่าง = 91 คน

จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 91 คน แต่เนื่องจากผู้วิจัยสามารถเก็บข้อมูลได้รวดเร็วกว่าที่วางแผนเอาไว้ จึงสามารถเก็บกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งสิ้นเท่ากับ 111 คน (เก็บทุกรายโดยไม่มีการสุ่ม)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามชนิดตอบเองจำนวน 4 ชุด ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน แบ่งเป็น 2 ตอน ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลบุคคลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพหลัก รายได้ส่วนตัวเฉลี่ยต่อเดือน ศาสนาของผู้ป่วย ศาสนาของสามี

โรคประจำตัวทางกายของผู้ป่วย โรคประจำตัวทางกายของสามี โรคประจำตัวทางจิตเวชของผู้ป่วย โรคประจำตัวทางจิตเวชของสามี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วย โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสามี การจดทะเบียนสมรส ระยะคบกันก่อนแต่งงาน ระยะเวลาอยู่ร่วมกันฉันท์สามีภรรยา รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ การพักอาศัย การตั้งครุกรรมสำเร็จจนถึงคลอด และประวัติการแท้งบุตร

ตอนที่ 2 ปัจจัยของภาวะมีบุตรยาก ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ภายใต้คำแนะนำจากสูติ-นรีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านภาวะมีบุตรยาก จำนวน 18 ข้อ ได้แก่ ระยะเวลาของการมีบุตรยาก การคุมกำเนิด ความสม่ำเสมอของรอบเดือน จำนวนวันที่มีรอบเดือน อาการปวดรอบเดือน อาการปวดท้องน้อยเรื้อรัง การผ่าตัดทางนรีเวช อาการตกขาว การมีเพศสัมพันธ์ อาการเจ็บปวดเวลามีเพศสัมพันธ์ สาเหตุการมีบุตรยากตามความเข้าใจของผู้ป่วย ระยะเวลาที่ได้ทำการรักษา วิธีการที่เคยได้รับการรักษา ยาที่ใช้เป็นประจำ การดื่มชา/กาแฟ การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า Beck Depression Inventory - IA ของ Beck (1979) แปลแบบสอบถามเป็นภาษาไทยโดย รศ. มุกดา ศรียงค์ ทดสอบค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity) รวมทั้งตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่างเพศหญิง 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Crobach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.82 ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 21 ข้อ ซึ่งแบ่งเป็นคำถามอาการทางจิต 15 ข้อ และอาการทางร่างกาย 6 ข้อ แต่ละข้อคำถามมี 4 ตัวเลือก ซึ่งระดับคะแนนจะแบ่งเป็น 0, 1, 2, 3 โดยเริ่มตั้งแต่ไม่มีอาการไปจนถึงอาการรุนแรงตามลำดับ

การแปลผล ระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้ามีค่าคะแนนจะอยู่ระหว่าง 0 - 63 คะแนน ซึ่งแบ่งภาวะซึมเศร้าเป็น 5 ระดับ ดังนี้

0 - 9 คะแนน	ปกติ (Normal range)
10 - 15 คะแนน	มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย (Mild - depression)
16 - 19 คะแนน	มีอาการซึมเศร้าปานกลาง (Mild - moderate depression)
20 - 29 คะแนน	มีอาการซึมเศร้ามาก (Moderate - severe depression)
30 - 63 คะแนน	มีอาการซึมเศร้ารุนแรง (Severe depression)

โดยงานวิจัยนี้กำหนดให้ผู้ที่มิ่ระดับคะแนนซึมเศร้าตั้งแต่ 10 คะแนนเป็นต้นไป (มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย) ถือเป็นกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า

ส่วนที่ 3 แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส

แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส Dyadic Adjustment Scale ของ Spanier (1976)⁽⁷³⁾

ผศ.ดร.สุพรรณิ สุ่มเล็ก⁽⁷⁴⁾ ได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยใช้กับกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ปกติที่มีอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ขึ้นไปจำนวน 200 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบวัดทั้งหมด เท่ากับ 0.91 ความเห็นพ้องต้องกันของคู่สมรส เท่ากับ 0.82 ความพึงพอใจในคู่สมรส เท่ากับ 0.86 ความกลมเกลียวของคู่สมรส เท่ากับ 0.76 การแสดงความรัก เท่ากับ 0.54 ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตสมรสและความสัมพันธ์อื่น ๆ ที่คล้ายคลึงกันจำนวน 28 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ

ด้านที่ 1 ความเห็นพ้องต้องกันของคู่สมรส (Dyadic consensus) มี 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1,2,3,5,7,8,9,10,11 และ 12

ด้านที่ 2 ความพึงพอใจในคู่สมรส (Dyadic satisfaction) มี 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 13,14,15,16, 17,18,19,27 และ 28

ด้านที่ 3 ความกลมเกลียวของคู่สมรส (Dyadic cohesion) มี 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 20,21,22,23 และ 24

ด้านที่ 4 การแสดงความรัก (Affectional expression) มี 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4,6,25 และ 26

ข้อความที่ใช้ในแบบวัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสนี้ ประกอบด้วยข้อความที่มีความหมายด้านบวก จำนวน 21 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 - 12, 15 - 16, 20 - 24, 27 - 28

ข้อความที่มีความหมายด้านลบจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 13,14,17,18,19,25 และ 26 โดยให้ประเมินด้วยตนเองว่าข้อความในแต่ละข้อคำถามนั้นตรงกับความคิดเห็นของตนเองมากน้อยเพียงใด ลักษณะคำตอบเป็นมาตรฐานส่วนประมาณค่า 5 อันดับ

เกณฑ์ในการให้คะแนนข้อความที่มีความหมายด้านบวก ให้คะแนนดังนี้ บ่อยมากที่สุดให้คะแนนเป็น 5 บ่อยมากให้คะแนนเป็น 4 บ่อยให้คะแนนเป็น 3 บางครั้งให้คะแนนเป็น 2 ไม่เคยเลยให้คะแนนเป็น 1

เกณฑ์ในการให้คะแนนข้อความที่มีความหมายด้านลบ ให้คะแนนดังนี้ บ่อยมากที่สุดให้คะแนนเป็น 1 บ่อยมากให้คะแนนเป็น 2 บ่อยให้คะแนนเป็น 3 บางครั้งให้คะแนนเป็น 4 ไม่เคยเลยให้คะแนนเป็น 5

คะแนนรวมทั้งหมดของแบบวัดอยู่ระหว่าง 28 - 140 คะแนน การศึกษาครั้งนี้ใช้ ควอไทล์ (quartile) แบ่งคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสเป็น 3 ระดับ ดังนี้

28 - 56 คะแนน หมายถึง มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสอยู่ในระดับไม่ดี

57 - 112 คะแนน หมายถึง มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสอยู่ในระดับปานกลาง

113 - 140 คะแนน หมายถึง มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสอยู่ในระดับดี

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม

แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม ฉบับปรับปรุงภาษาไทย (A revised Thai version of Multidimensional Scale of Perceived Social Support (r-T-MSPSS))

พัฒนาโดย Zimet, Dehnam และ Farley (1988) ซึ่ง Erdem K และคณะ⁽⁴⁹⁾ ได้นำมาใช้ในการศึกษาหญิงที่มีบุตรยากในประเทศตุรกีโดยศึกษาเรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมว่ามีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในหญิงมีบุตรยากหรือไม่ ส่วนในประเทศไทยนั้นได้ทำการแปลโดยผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทยโดย ศ.นพ.ทินกร และ ศ.พญ.ณัททัย วงศ์ปการันย์⁽⁷⁵⁾ ซึ่งประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 12 ข้อ คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 7 อันดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน จนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 7 คะแนน แบบสอบถามความรู้สึกลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคมแบ่งการประเมินการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับอย่างเพียงพอจากครอบครัวในข้อคำถามที่ 3, 4, 8, 9 และ 11
 2. การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับอย่างเพียงพอจากเพื่อนในข้อคำถามที่ 6, 7, และ 12
 3. การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับอย่างเพียงพอจากบุคคลพิเศษในข้อคำถามที่ 1, 2, 5 และ 10
- การแปลความหมายใช้คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 12 - 84 คะแนน โดยจะแบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ
- 12 - 36 คะแนน หมายถึง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ
 - 37 - 61 คะแนน หมายถึง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง
 - 62 - 84 คะแนน หมายถึง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้แปลได้ทำการทดสอบกับกลุ่มนักศึกษาแพทยมหาวิทาลัยเชียงใหม่ จำนวน 486 คน และหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Crobach's alpha coefficient) พบว่าได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งชุดอยู่ที่ 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาจากเอกสาร โดยศึกษาจากหนังสือ วารสาร งานวิจัย วิทยานิพนธ์ รายงานการประชุม เอกสารราชการ และเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
2. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลยื่นต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และหัวหน้าคลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. เข้าพบหัวหน้าคลินิกมีบุตรยากและเจ้าหน้าที่เพื่อขอความยินยอมในการเก็บข้อมูล
4. ขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยให้คำอธิบาย ตอบข้อสงสัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจอย่างอิสระในการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

- การเก็บข้อมูลผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ซึ่งใช้ระยะเวลาประมาณ 2 เดือน โดยผู้วิจัยจะทำการศึกษารายชื่อของผู้หญิงที่มารับการรักษาปัญหาการมีบุตรยากในแต่ละวันจากรายชื่อของทางคลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จากนั้นผู้วิจัยจะเข้าไปพูดคุยกับอาสาสมัครระหว่างรอตรวจ โดยทำการ

ขอความยินยอมจากอาสาสมัครในการให้ข้อมูลอธิบาย และชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยอย่างละเอียด ตลอดจนขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย ความเสี่ยงและประโยชน์ ตอบข้อสงสัยให้แก่ผู้ป่วยเข้าใจ โดยให้เวลาในการตัดสินใจก่อนที่จะลงนามให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย และออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้

- มีการจัดสถานที่ที่เป็นส่วนตัวเพื่อตอบแบบสอบถามซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบหรือไม่ตอบแบบสอบถามข้อใดก็ได้ และเมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จแล้วให้กลุ่มตัวอย่างนำแบบสอบถามคืนแก่ผู้วิจัยซึ่งไม่สามารถระบุถึงตัวผู้ตอบแบบสอบถามได้

- ให้กลุ่มตัวอย่างทำการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองจำนวน 4 ชุด ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ฉบับภาษาไทย
3. แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ฉบับภาษาไทย
4. แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม ฉบับ

ปรับปรุงภาษาไทย

- เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามจะใช้เวลาประมาณ 20 - 30 นาที ขึ้นอยู่กับกลุ่มตัวอย่าง โดยจะให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในช่วงเวลาที่รอตรวจ ณ คลินิกมีบุตรยากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและคำตอบเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ซึ่งจะนำข้อมูลที่ได้มาคิดคะแนนและวิเคราะห์ หากตรวจพบผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับที่รุนแรงผู้วิจัยจะทำการส่งต่ออาสาสมัครไปปรึกษาจิตแพทย์ (อาจารย์ที่ปรึกษาหรือจิตแพทย์ท่านอื่น) ในหน่วยงานทางจิตเวชเพื่อรับการรักษาต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่รวบรวมทั้งหมดจะถูกนำมาตรวจสอบความถูกต้องพร้อมลงรหัสและบันทึกข้อมูล จากนั้นจะถูกนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม IBM SPSS Statistics Version 21.0 ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency), ค่าร้อยละ (Percentage), ค่าเฉลี่ย (Mean), ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation), ค่ามัธยฐาน (Median)
2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inference Statistics) ได้แก่ Chi square test, t-test, Fisher's exact test และ Mann Whitney test เป็นต้น เพื่อสรุปผลของประชากร และดูความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
3. ใช้ Multivariate Analysis เพื่อหาปัจจัยทำนายของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 111 คน ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิจัย โดยแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยของภาวะมีบุตรยาก

ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยทางจิตสังคม

- ความสัมพันธ์กับคู่สมรส

- แรงสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา
ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ส่วนที่ 6 ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุของผู้ป่วย (ปี) (N = 111)		
น้อยกว่า 30 ปี	10	9.0
30 - 34 ปี	44	40.0
35 - 39 ปี	47	42.0
มากกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี	10	9.0
Mean = 34.76, S.D. = 4.14		
(Min = 24.00, Max = 49.00)		

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุของสามี (ปี) (N = 111)		
น้อยกว่า 30 ปี	9	8.0
30 - 34 ปี	29	26.0
35 - 39 ปี	43	39.0
มากกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี	30	27.0
Mean = 36.54, S.D. = 5.25		
(Min = 23.00, Max = 51.00)		
ความแตกต่างกันระหว่างอายุผู้ป่วยและสามี (ปี) (N = 111)		
Median (IQR) : Min - Max = 3.00 (1.00 - 5.00)		
(Min = 0.00, Max = 13.00)		
วุฒิการศึกษาสูงสุดของผู้ป่วย (N = 110)		
ประถมศึกษา	3	2.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	0.9
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	8	7.3
ปวส.	13	11.8
ปริญญาตรี	68	61.8
ปริญญาโท	17	15.5
จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาของผู้ป่วย (N = 110)		
Mean = 15.45, S.D. = 2.27		
(Min = 6, Max = 18)		

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
วุฒิการศึกษาสูงสุดของสามี (N = 110)		
ประถมศึกษา	3	3.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	9	8.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	13	12.0
ปวส.	17	15.5
ปริญญาตรี	51	46.0
ปริญญาโท	17	15.5
จำนวนปีที่ได้รับการศึกษาของสามี (ปี) (N = 110)		
Mean = 14.68, S.D. = 2.86		
(Min = 6, Max = 18)		
อาชีพของผู้ป่วย (N = 110)		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6	5.5
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	11	10.0
วิชาชีพเฉพาะทาง	7	6.4
ธุรกิจส่วนตัว	21	19.0
ลูกจ้าง	64	58.2
อื่น ๆ	1	0.9
อาชีพของสามี (N = 110)		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	0	0.0
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	10	9.2
วิชาชีพเฉพาะทาง	15	13.6
ธุรกิจส่วนตัว	25	22.7
ลูกจ้าง	58	52.7
อื่น ๆ	2	1.8

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ตำแหน่งงานของผู้ป่วย (N = 110)		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6	5.5
เจ้าหน้าที่ฝ่ายปฏิบัติการ	71	64.5
ผู้บริหาร/เจ้าของกิจการ	33	30.0
ตำแหน่งงานของสามี (N = 110)		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	0	0.0
เจ้าหน้าที่ฝ่ายปฏิบัติการ	70	63.6
ผู้บริหาร/เจ้าของกิจการ	40	36.4
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ป่วย (บาท) (N = 102)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15,000	21	20.6
15,001 - 30,000	51	50.0
30,001 - 45,000	11	10.8
มากกว่าหรือเท่ากับ 45,001	19	18.6
Median (IQR) : Min - Max = 25,000 (17,875 - 40,000)		
(Min = 0, Max = 300,000)		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของสามี (บาท) (N = 102)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 15,000	10	9.8
15,001 - 30,000	43	42.2
30,001 - 45,000	19	18.6
มากกว่าหรือเท่ากับ 45,001	30	29.4
Median (IQR) : Min - Max = 30,000 (20,000 - 50,000)		
(Min = 10,000, Max = 500,000)		

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยรวมต่อเดือนของครอบครัว (บาท) (N = 103)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50,000	45	43.7
50,001 - 100,000	39	37.9
มากกว่า 100,000	19	18.4
Median (IQR) : Min - Max = 60,000 (40,000 - 100,000)		
(Min = 5,000, Max = 700,000)		
ความเพียงพอของรายได้ (บาท) (N = 111)		
รายได้เพียงพอและมีเหลือเก็บ	68	61.3
รายได้เพียงพอแต่ไม่มีเหลือเก็บ	37	33.3
รายได้ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน	3	2.7
รายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	3	2.7
ปริมาณหนี้สิน (บาท) (N = 4)		
Median (IQR) : Min - Max = 600,000 (150,000 - 975,000)		
(Min = 100,000.00, Max = 1,000,000.00)		
ศาสนาของผู้ป่วย (N = 111)		
พุทธ	105	94.6
คริสต์	1	0.9
อิสลาม	5	4.5
อื่น ๆ	0	0.0
ศาสนาของสามี (N = 111)		
พุทธ	96	86.5
คริสต์	7	6.3
อิสลาม	5	4.5
อื่น ๆ (ไม่มีศาสนา)	3	2.7

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัวทางด้านร่างกายของผู้ป่วย (N = 111)		
ไม่มี	93	83.8
มี	18	16.2
ได้แก่		
โรคโลหิตจาง	2	1.8
โรคธาลัสซีเมีย	2	1.8
โรคซีสตีในรังไข่	2	1.8
โรคไทรอยด์	2	1.8
โรคภูมิแพ้	1	0.9
โรคภูมิแพ้ผิวหนัง	1	0.9
โรคไขมันในเลือดสูง	1	0.9
โรคเยื่อบุโพรงเจริญผิดปกติ	1	0.9
โรคกรดไหลย้อน	1	0.9
โรคไวรัสตับอักเสบบี	1	0.9
โรคไฮโปไทรอยด์	1	0.9
โรคถุงน้ำในรังไข่	1	0.9
โรคไทรอยด์เป็นพิษ	1	0.9
ไม่สมัครใจตอบ	1	0.9
โรคประจำตัวทางด้านร่างกายของสามี (N = 111)		
ไม่มี	100	90.1
มี	11	9.9
ได้แก่		
โรคเก๊าท์	3	2.7
โรคไวรัสตับอักเสบบี	1	0.9
โรคไขมันพอกตับ	1	0.9
โรคความดัน	1	0.9
โรคพาร์กินสัน	1	0.9



ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
โรคหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ	1	0.9
โรคเบาหวานและความดัน	1	0.9
โรคภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD และเบาหวาน	1	0.9
ไม่สมัครใจตอบ	1	0.9
โรคประจำตัวทางด้านจิตเวชของผู้ป่วย (N = 111)		
ไม่มี	110	99.1
มี	1	0.9
ได้แก่		
โรคซึมเศร้าและวิตกกังวล	1	0.9
โรคประจำตัวทางด้านจิตเวชของสามี (N = 111)		
ไม่มี	111	100.0
มี	0	0.0
ประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วย (N = 111)		
ไม่มี	110	99.1
มี	1	0.9
ได้แก่		
โรคเริมที่อวัยวะเพศ	1	0.9
ประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสามี (N = 111)		
ไม่มี	111	100.0
มี	0	0.0
การจดทะเบียนสมรส (N = 111)		
ไม่มี	23	20.7
มี	88	79.3

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่คบหากับสามีก่อนแต่ง (ปี) (N = 106)		
Median (IQR) : Min - Max = 4.00 (2.00 - 7.00)		
(Min = 0.25 , Max = 17.00)		
ระยะเวลาที่อยู่กินกันฉันท์ภรรยาสามีก่อนเข้ารับการรักษามีบุตรยาก (ปี) (N = 110)		
Median (IQR) : Min - Max = 4.25 (2.00 - 7.00)		
(Min = 0.25, Max = 20.00)		
การพักอาศัย (N = 111)		
อยู่คนเดียว	3	2.7
อยู่กับสามีเป็นครอบครัวเดียว	74	66.7
อยู่กับสามี และครอบครัวฝ่ายผู้ป่วย	19	17.1
อยู่กับสามี และครอบครัวฝ่ายสามี	14	12.6
อื่น ๆ	1	0.9
ได้แก่		
อยู่สลับกัน	1	0.9
ประวัติการตั้งครรภ์สำเร็จจนถึงคลอด (N = 111)		
ไม่เคย	100	90.1
เคย	11	9.9
ได้แก่		
จำนวน 1 ครั้ง	11	9.9
ประวัติการแท้งบุตร (N = 111)		
ไม่เคย	83	74.8
เคย	28	25.2
ได้แก่		
1 ครั้ง	19	67.9

ตารางที่ 1 (ต่อ) แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
2 ครั้ง	6	21.4
3 ครั้ง	3	10.7
Mean = 1.43, S.D. = 0.69		
(Min = 1, Max = 3)		

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 34.76 ปี สามีอายุเฉลี่ย 36.54 ปี ความแตกต่างกันระหว่างอายุของผู้ป่วยและสามีมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 3 ปี ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีวุฒิการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 61.8 ส่วนสามีส่วนใหญ่มีวุฒิการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 46 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพลูกจ้าง ร้อยละ 58.2 ส่วนสามีส่วนใหญ่ประกอบอาชีพลูกจ้าง ร้อยละ 52.7 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีตำแหน่งเจ้าหน้าที่ฝ่ายปฏิบัติการ ร้อยละ 64.5 ส่วนสามีส่วนใหญ่มีตำแหน่งเจ้าหน้าที่ฝ่ายปฏิบัติการ ร้อยละ 63.6 รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วยมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 25,000 บาท ส่วนรายได้ต่อเดือนของสามีมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 30,000 บาท รายได้รวมต่อเดือนของครอบครัวมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 60,000 บาท ส่วนใหญ่รายได้เพียงพอและมีเหลือเก็บ ร้อยละ 61.3 ผู้ป่วยส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 94.6 ส่วนสามีส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 86.5 มีผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวทางด้านร่างกาย ร้อยละ 16.2 สามีมีโรคประจำตัวร่างกาย ร้อยละ 9.9 มีผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวทางด้านจิตเวช ร้อยละ 0.9 ส่วนสามีไม่มีโรคประจำตัวทางด้านจิตเวช มีผู้ป่วยที่มีโรคทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 0.9 ส่วนสามีไม่มีโรคทางด้านเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่มีการจดทะเบียนสมรส ร้อยละ 79.3 ระยะเวลาที่คบหากับสามีก่อนแต่งงานมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 4 ปี ระยะเวลาที่อยู่กินกันฉันท์ภรรยาสามีก่อนเข้ารับการรักษา มีบุตรยากมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 4.25 ปี ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับสามีเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 66.7 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่เคยตั้งครรภ์ได้ ร้อยละ 90.1 มีผู้ป่วยที่เคยมีประวัติการแท้งบุตร ร้อยละ 25.2

ส่วนที่ 2 ข้อมูลของปัจจัยของภาวะมีบุตรยาก

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยของภาวะมีบุตรยาก

ปัจจัยภาวะมีบุตรยาก	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่พยายามจะมีบุตร (ปี) (N = 109)		
Median (IQR) : Min - Max = 3.00 (1.75 - 5.00)		
(Min = 0.33, Max = 10.00)		
ประวัติการคุมกำเนิด (N = 111)		
ไม่เคย	56	50.5
เคย	55	49.5
ได้แก่		
ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด	37	33.3
ใช้ถุงยางอนามัย	7	6.3
ฉีดยาคุมกำเนิด	3	2.7
ใช้วิธีหลังข้างนอก	2	1.8
ไม่มีเพศสัมพันธ์เพราะเป็นซิสต์ในรังไข่	1	0.9
ไม่สมัครใจตอบ	5	4.5
ระยะเวลาการคุมกำเนิด (ปี) (N = 45)		
Median (IQR) : Min - Max = 3.00 (1.00 - 5.00)		
(Min = 0.08, Max = 10.00)		
ความสม่ำเสมอของรอบเดือน (N = 111)		
ไม่สม่ำเสมอ	29	26.1
สม่ำเสมอ	82	73.9
จำนวนวันที่มีรอบเดือน (วัน) (N = 107)		
Mean = 4.14, S.D. = 1.27		
(Min = 1.00, Max = 7.00)		

ตารางที่ 2 (ต่อ) แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยของภาวะมีบุตรยาก

ปัจจัยภาวะมีบุตรยาก	จำนวน	ร้อยละ
ระยะห่างของรอบเดือน (วัน) (N = 103)		
Mean = 28.96, S.D. = 3.59		
(Min = 20.00, Max = 45.00)		
อาการปวดรอบเดือน (N = 111)		
ไม่มี	40	36.0
มี	71	64.0
จำนวนวันที่มีอาการปวดรอบเดือน (วัน) (N = 70)		
Mean = 1.58, S.D. = 0.74		
(Min = 1.00, Max = 4.00)		
อาการปวดท้องน้อยโดยไม่เกี่ยวกับรอบเดือน (วัน) (N = 111)		
ไม่มี	95	85.6
มี	11	14.4
จำนวนวันที่มีอาการปวดท้องน้อยโดยไม่เกี่ยวกับรอบเดือน (วัน) (N = 8)		
Mean = 2.75, S.D. = 1.41		
(Min = 1.00, Max = 4.50)		
ประวัติการผ่าตัดทางนรีเวช (N = 111)		
ไม่เคย	79	71.2
เคย	32	28.8
ได้แก่		
ผ่าตัดซีสตีในรังไข่	9	8.1
การผ่าตัดส่องกล้องมดลูก	7	6.3
ผ่าตัดการตั้งครรภ์นอกมดลูก	3	2.7
ผ่าตัดหลอดบุตร	2	1.8

ตารางที่ 2 (ต่อ) แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยของภาวะมีบุตรยาก

ปัจจัยภาวะมีบุตรยาก	จำนวน	ร้อยละ
ผ้าตัดมดลูกทางหน้าท้อง	1	0.9
ผ้าตัดมะเร็งปากมดลูก	1	0.9
การขูดมดลูก	1	0.9
ตัดปีกมดลูก	1	0.9
ผ่าซีสตีไนปีกมดลูก	1	0.9
ผ่าเนื้องอกในมดลูก	1	0.9
ส่องกล้องตรวจปากมดลูกและผ่าซีสตีไนรังไข่	1	0.9
ไม่สมัครใจตอบ	4	3.6
อาการตกขาว (N = 111)		
ไม่มี	49	44.1
มี	62	55.9
ความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ต่อ 1 สัปดาห์ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา (ครั้ง) (N = 108)		
Mean = 2.01, S.D. = 1.13		
(Min = 0, Max = 6)		
อาการเจ็บหรือปวดเวลามีเพศสัมพันธ์ (N = 111)		
ไม่มี	89	80.2
มี	22	19.8
ได้แก่		
เจ็บบริเวณท้องน้อย	10	9.0
ปากมดลูก	1	0.9
ไม่สมัครใจตอบ	11	9.9

ตารางที่ 2 (ต่อ) แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยของภาวะมีบุตรยาก

ปัจจัยภาวะมีบุตรยาก	จำนวน	ร้อยละ
สาเหตุของภาวะมีบุตรยาก (ตามความเข้าใจของผู้ป่วย)		
ความผิดปกติของอสุจิ (N = 111)		
ไม่ใช่	66	59.5
ใช่	45	40.5
ท่อนำไข่อุดตัน (N = 111)		
ไม่ใช่	66	59.5
ใช่	45	40.5
พังผืดในอุ้งเชิงกราน (N = 111)		
ไม่ใช่	86	77.5
ใช่	25	22.5
ความผิดปกติของปากมดลูก (N = 111)		
ไม่ใช่	94	84.7
ใช่	17	15.3
เนื้องอกในมดลูก (N = 111)		
ไม่ใช่	93	83.8
ใช่	18	16.2
ภาวะรังไข่หยุดทำงานก่อนกำหนด (N = 111)		
ไม่ใช่	94	84.7
ใช่	17	15.3
เยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่ (N = 111)		
ไม่ใช่	81	73.0
ใช่	30	27.0

ตารางที่ 2 (ต่อ) แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยของภาวะมีบุตรยาก

ปัจจัยภาวะมีบุตรยาก	จำนวน	ร้อยละ
อื่น ๆ (N = 111)		
ไม่ใช่	84	75.7
ใช่	27	24.3
ได้แก่		
ภาวะไข่ไม่ตก	4	3.6
PCOS	3	2.7
DNA	1	0.9
ฮอร์โมน	1	0.9
ไม่มีเพศสัมพันธ์	1	0.9
ชีสตีในรังไข่	1	0.9
อุ้งเชิงกรานหย่อน	1	0.9
ปวดท้องน้อย	1	0.9
ใช้ยาคุมมาเป็นเวลานาน	1	0.9
พังผืดในโพรงมดลูก	1	0.9
ภาวะช่องคลอดแห้ง	1	0.9
ไม่แน่ใจ	11	9.9
ประวัติการได้รับการรักษาภาวะมีบุตรยาก (N = 111)		
ยังไม่เคยได้รับการรักษา	70	63.1
เคยได้รับการรักษา	41	36.9
ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาภาวะมีบุตรยาก (ปี) (N = 40)		
Median (IQR) : Min - Max = 1.00 (0.50 - 2.83)		
(Min = 0.08, Max = 5.00)		

ตารางที่ 2 (ต่อ) แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยของภาวะมีบุตรยาก

ปัจจัยภาวะมีบุตรยาก	จำนวน	ร้อยละ
วิธีที่เคยได้รับการรักษา		
การฉีดสีเอ็กเซอร์เพื่อต่อนำไข่ (N = 111)		
ไม่ใช่	97	87.4
ใช่	14	12.6
การผ่าตัดส่องกล้องหน้าท้องเพื่อวินิจฉัยอวัยวะในอุ้งเชิงกราน (N = 111)		
ไม่ใช่	107	96.4
ใช่	4	3.6
การใช้อาหารกระตุ้นรังไข่และกำหนดวันร่วมเพศ (N = 111)		
ไม่ใช่	89	80.2
ใช่	22	19.8
การวัดปรอทและกำหนดวันร่วมเพศ (N = 111)		
ไม่ใช่	104	93.7
ใช่	7	6.3
การทำเด็กหลอดแก้ว (N = 111)		
ไม่ใช่	108	97.3
ใช่	3	2.7
อื่น ๆ (N = 111)		
ไม่ใช่	97	87.4
ใช่	14	12.6
ได้แก่		
ได้รับคำปรึกษา	6	5.4
ฉีดเชื้อเข้าโพรงมดลูก	4	3.6
เตรียมตัวทำเด็กหลอดแก้ว	1	0.9

ตารางที่ 2 (ต่อ) แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยของภาวะมีบุตรยาก

ปัจจัยภาวะมีบุตรยาก	จำนวน	ร้อยละ
ผ่าตัดส่องกล้อง	1	0.9
การตรวจวิเคราะห์น้ำอสุจิ	1	0.9
ฉีดเชื้อเข้าโพรงมดลูกและทานยารักษา PCOS	1	0.9
ยาที่ใช้เป็นประจำ (N = 111)		
ไม่มี	98	88.3
มี	13	11.7
ได้แก่		
Folic acid	3	2.7
ยารักษาไทรอยด์	3	2.7
ยาลดกรด	1	0.9
ยาแก้ปวดประจำเดือน	1	0.9
วิตามิน Elvit	1	0.9
ยาโรคเบาหวาน	1	0.9
ยารักษาไมเกรนและยาแก้ปวดประจำเดือน	1	0.9
ไม่สมัครใจตอบ	2	1.8
การดื่มชา/กาแฟ หรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนในปัจจุบัน (N = 111)		
ไม่ดื่ม	35	31.5
ดื่ม	76	68.5
ความถี่ในการดื่ม (วัน/สัปดาห์) (N = 75)		
Mean = 4.18, S.D. = 2.31		
(Min = 0.03, Max = 7.00)		
ปริมาณที่ดื่ม (แก้ว/ครั้ง) (N = 74)		
Mean = 1.15, S.D. = 0.48		
(Min = 1.00, Max = 4.00)		

ตารางที่ 2 (ต่อ) แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยของภาวะมีบุตรยาก

ปัจจัยภาวะมีบุตรยาก	จำนวน	ร้อยละ
การดื่มแอลกอฮอล์ในปัจจุบัน (N = 111)		
ไม่ดื่ม	99	89.2
ดื่ม	12	10.8
ความถี่ในการดื่ม (วัน/สัปดาห์) (N = 9)		
Median (IQR) : Min - Max = 1.00 (0.51 - 1.25)		
(Min = 0.01, Max = 3.50)		
ปริมาณที่ดื่ม (แก้ว/ครั้ง) (N = 11)		
Median (IQR) : Min - Max = 1.50 (1.00 - 2.00)		
(Min = 1.00, Max = 5.00)		
การสูบบุหรี่ (N = 111)		
ไม่สูบ	109	98.2
สูบ	2	1.8
การใช้สารเสพติดชนิดอื่น ๆ (N = 111)		
ไม่ใช้	100	100.0
ใช้	0	0.0

จากตารางที่ 2 พบว่าระยะเวลาที่ผู้ป่วยพยายามจะมีบุตรมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 3 ปี มีผู้ป่วยที่เคยคุมกำเนิด ร้อยละ 49.5 ระยะเวลาคุมกำเนิดมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 3 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรอบเดือนสม่ำเสมอ ร้อยละ 73.9 จำนวนวันที่มีรอบเดือนเฉลี่ย 4.14 วัน ระยะห่างของรอบเดือนเฉลี่ย 28.96 วัน มีผู้ป่วยที่มีอาการปวดรอบเดือน ร้อยละ 64 จำนวนวันที่มีอาการปวดรอบเดือนเฉลี่ย 1.58 วัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการปวดท้องน้อยเรื้อรังโดยไม่เกี่ยวกับรอบเดือน ร้อยละ 85.6 จำนวนวันที่มีอาการปวดท้องน้อยเรื้อรังโดยไม่เกี่ยวกับรอบเดือนเฉลี่ย 2.75 วัน มีผู้ป่วยเคยผ่าตัดทางนรีเวช ร้อยละ 28.8 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการตกขาว ร้อยละ 55.9 ความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ต่อ 1 สัปดาห์ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาเฉลี่ย 2.01 ครั้ง มีผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหรือปวดเวลามีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 19.8 มี

ผู้ป่วยเข้าใจว่าความผิดปกติของสุจิและท่อนำไข่อุดตันเป็นสาเหตุของภาวะมีบุตรยาก ร้อยละ 40.5 มีผู้ป่วยที่เคยได้รับการภาวะมีบุตรยาก ร้อยละ 36.9 ระยะเวลาที่ทำกรรักษามีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 1 ปี ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเคยรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยวิธีฉีดสเปิร์มเพื่อท่อนำไข่ ร้อยละ 12.6 มีผู้ป่วยที่มียาที่ใช้ประจำ ร้อยละ 11.7 มีผู้ป่วยที่ดื่มชา/กาแฟ หรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ร้อยละ 68.5 ปริมาณเฉลี่ยที่ดื่มชา/กาแฟหรือคาเฟอีนใน 1 สัปดาห์อยู่ที่ 4.18 วันต่อสัปดาห์ ปริมาณเฉลี่ยที่ดื่มชา/กาแฟหรือคาเฟอีนในแต่ละครั้งอยู่ที่ 1.15 แก้วต่อครั้ง มีผู้ป่วยที่ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 10.8 ปริมาณที่ดื่มแอลกอฮอล์ใน 1 สัปดาห์มีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 1 วันต่อสัปดาห์ ปริมาณเฉลี่ยที่ดื่มแอลกอฮอล์ในแต่ละครั้งมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 1.50 แก้วต่อครั้ง มีผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 1.8 ไม่มีผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด



ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยทางจิตสังคม

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนร้อยละของปัจจัยทางจิตสังคม

ปัจจัยทางจิตสังคม	จำนวน	ร้อยละ
คะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (N = 111)		
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสอยู่ในระดับไม่ดี	1	0.9
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสอยู่ในระดับปานกลาง	110	99.1
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสอยู่ในระดับดี	0	0.0
Mean = 82.96, S.D. = 11.06 (Min = 55.00 , Max = 108.00)		
คะแนนความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (N = 110)		
การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ	1	0.9
การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง	34	30.9
การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง	75	68.2
Mean = 65.03, S.D. = 11.57 (Min = 14.00, Max = 84.00)		
คะแนนความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคมด้านต่าง ๆ (N = 110)		
ด้านการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว		
Mean = 29.05, S.D. = 4.77 (Min = 7.00, Max = 35.00)		
ด้านการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน		
Mean = 15.56, S.D. = 3.51 (Min = 3.00, Max = 21.00)		
ด้านการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลพิเศษ		
Mean = 20.41, S.D. = 6.29 (Min = 4.00, Max = 28.00)		

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 99.1 รองลงมาคือคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 0.9 และมีคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสอยู่ในระดับดี ร้อยละ 0.0 คะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสอยู่ที่ ร้อยละ 82.96

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ร้อยละ 68.2 รองลงมาคือคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ร้อยละ 30.9 และมีคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ ร้อยละ 0.9 คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมทุกด้านอยู่ที่ ร้อยละ 65.03 คะแนนเฉลี่ยด้านการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวอยู่ที่ ร้อยละ 29.05 คะแนนเฉลี่ยด้านการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนอยู่ที่ ร้อยละ 15.56 คะแนนเฉลี่ยด้านการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลพิเศษอยู่ที่ ร้อยละ 20.41



ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซีมเศร้าในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับภาวะซีมเศร้า

ภาวะซีมเศร้า	จำนวน	ร้อยละ
จำแนกตามระดับภาวะซีมเศร้า (N = 111)		
ระดับปกติ	87	78.4
ระดับซีมเศร้าเล็กน้อย	20	18.0
ระดับซีมเศร้าปานกลาง	2	1.8
ระดับซีมเศร้ามาก	2	1.8
ระดับซีมเศร้ารุนแรง	0	0.0
Mean = 5.82, S.D. = 4.74		
(Min = 0.00, Max = 24.00)		

จากตารางที่ 4 พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนภาวะซีมเศร้าในระดับปกติ ร้อยละ 78.4 รองลงมามีภาวะซีมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 18.0 มีภาวะซีมเศร้าปานกลาง ร้อยละ 1.8 มีภาวะซีมเศร้ามาก ร้อยละ 1.8 และมีภาวะซีมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 0.0 ตามลำดับ ค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซีมเศร้าอยู่ที่ ร้อยละ 5.82

ซึ่งถ้าอิงตามคำนิยามเชิงปฏิบัติการที่กำหนดให้ผู้ที่มิระดับคะแนนซีมเศร้าตั้งแต่ 10 คะแนนเป็นต้นไป (มีอาการซีมเศร้าเล็กน้อย) ถือเป็นกลุ่มที่มีภาวะซีมเศร้า จะพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซีมเศร้า 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.6

ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ Chi-square โดยกำหนดให้ผู้ที่มีระดับคะแนนซึมเศร้าตั้งแต่ 10 คะแนนเป็นต้นไป เป็นกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยส่วนบุคคล	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (N = 87)		มีภาวะซึมเศร้า (N = 24)		χ^2	P value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุของผู้ป่วย (ปี) (N = 111)					2.352	0.125
< 35 ปี	39	72.2	15	27.8		
≥ 35 ปี	48	84.2	9	15.8		
อายุของสามี (ปี) (N = 111)					0.145	0.703
< 35 ปี	29	76.3	9	23.7		
≥ 35 ปี	58	79.5	15	20.5		
ระยะเวลาที่ศึกษาของผู้ป่วย (ปี) (N = 110)					3.815	0.051
< 16 ปี	16	64.0	9	36.0		
≥ 16 ปี	70	82.4	15	17.6		
ระยะเวลาที่ศึกษาของสามี (ปี) (N = 110)					3.323	0.068
< 16 ปี	29	69.0	13	31.0		
≥ 16 ปี	57	83.8	11	16.2		
การประกอบอาชีพของผู้ป่วย (N = 110)					2.868	0.090
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/วิชาชีพเฉพาะทาง	34	87.2	5	12.8		
ไม่ประกอบอาชีพ/ลูกจ้าง/อื่น ๆ	52	73.2	19	26.8		

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

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

ปัจจัยส่วนบุคคล	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (N = 87)		มีภาวะซึมเศร้า (N = 24)		χ^2	P value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	ตำแหน่งงานของผู้ป่วย (N = 110)					
ผู้บริหาร/เจ้าของกิจการ	24	72.7	9	27.3		
ไม่ได้ทำงาน/จนท.ระดับปฏิบัติการ	62	80.5	15	19.5		
การประกอบอาชีพของสามี (N = 110)					0.783	0.376
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/วิชาชีพเฉพาะทาง	41	82.0	9	18.0		
ไม่ประกอบอาชีพ/ลูกจ้าง/อื่น ๆ	45	75.0	15	25.0		
ตำแหน่งงานของสามี (N = 110)					2.467	0.116
ผู้บริหาร/เจ้าของกิจการ	28	70.0	12	30.0		
ไม่ได้ทำงาน/จนท.ระดับปฏิบัติการ	58	82.9	12	17.1		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ป่วย (บาท) (N = 102)					4.920	0.027*
< 30,000	44	72.1	17	27.9		
≥ 30,000	37	90.2	4	9.8		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของสามี (บาท) (N = 102)					0.453	0.501
< 30,000	32	76.2	10	23.8		
≥ 30,000	49	81.7	11	18.3		
ศาสนาของผู้ป่วย (N = 111)						0.337 ^a
พุทธ	81	77.1	24	22.9		
อื่น ๆ	6	100.0	0	0.0		

a = Fisher's exact test, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

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

ปัจจัยส่วนบุคคล	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า		χ^2	P value
	(N = 87)		(N = 24)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ศาสนาของสามี (N = 111)						1.000 ^a
พุทธ	75	78.1	21	21.9		
อื่น ๆ	12	80.0	3	20.0		
โรคประจำตัวทางด้านร่างกายของผู้ป่วย (N = 111)						0.352 ^a
ไม่มี	71	76.3	22	23.7		
มี	16	88.9	2	11.1		
โรคประจำตัวทางด้านร่างกายของสามี (N = 111)						0.117 ^a
ไม่มี	76	76.0	24	24.0		
มี	11	100.0	0	0.0		
โรคประจำตัวทางด้านจิตเวชของผู้ป่วย (N = 111)						1.000 ^a
ไม่มี	86	78.2	24	21.8		
มี	1	100.0	0	0.0		
ประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วย (N = 111)						1.000 ^a
ไม่มี	86	78.2	24	21.8		
มี	1	100.0	0	0.0		
การจดทะเบียนสมรส (N = 111)					14.254	0.778 ^a
ไม่มี	19	82.6	4	17.4		
มี	68	77.3	20	22.7		

a = Fisher's exact test, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

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

ปัจจัยส่วนบุคคล	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า		χ^2	P value
	(N = 87)		(N = 24)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความเพียงพอของรายได้ (บาท) (N = 111)						<0.001**
เพียงพอ	86	81.9	19	18.1		
ไม่เพียงพอ	1	16.7	5	83.3		
การพักอาศัย (N = 111)					0.239	0.625
อยู่กับสามีเป็นครอบครัวเดียว	57	77.0	17	23.0		
อื่น ๆ	30	81.1	7	18.9		
ประวัติการตั้งครรภ์สำเร็จจนถึงคลอด (N = 111)						0.701 ^a
ไม่เคย	79	79.0	21	21.0		
เคย	8	72.7	3	27.3		
ประวัติการแท้งบุตร (N = 111)					13.598	<0.001**
ไม่เคย	72	86.7	11	13.3		
เคย	15	53.6	13	46.4		

a = Fisher's exact test, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

จากตารางที่ 5 เมื่อกำหนดให้ผู้ที่มิระดับคะแนนซึมเศร้าตั้งแต่ 10 คะแนนเป็นต้นไปเป็นกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า และได้ทำการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ Chi-square พบว่า

รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ($P < 0.05$)

ความเพียงพอของรายได้ ประวัติการแท้งบุตรมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ($P < 0.01$)

ส่วนอายุของผู้ป่วย อายุของสามี ระยะเวลาที่ศึกษาของผู้ป่วย ระยะเวลาที่ศึกษาของสามี การประกอบอาชีพของผู้ป่วย ตำแหน่งงานของผู้ป่วย การประกอบอาชีพของสามี ตำแหน่งงานของสามี รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของสามี ศาสนาของผู้ป่วย ศาสนาของสามี โรคประจำตัวด้านทางร่างกายของผู้ป่วย โรคประจำตัวทางร่างกายของสามี โรคประจำตัวทางด้านจิตเวชของผู้ป่วย ประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของผู้ป่วย การจดทะเบียนสมรส การพักอาศัย ประวัติการตั้งครรภ์สำเร็จจนถึงคลอด ไม่มีมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า



ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภาวะมีบุตรยากกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ Chi-square

ปัจจัยภาวะมีบุตรยาก	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (N = 87)		มีภาวะซึมเศร้า (N = 24)		χ^2	P value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	ประวัติการคุมกำเนิด (N = 111)					
ไม่เคย	46	82.1	10	17.9		
เคย	41	74.5	14	25.5		
ความสม่ำเสมอของรอบเดือน (N = 111)					0.147	0.702
ไม่สม่ำเสมอ	22	75.9	7	24.1		
สม่ำเสมอ	65	79.3	17	20.7		
อาการปวดรอบเดือน (N = 111)					0.421	0.516
ไม่มี	30	75.0	10	25.0		
มี	57	80.3	14	19.7		
อาการปวดท้องน้อยโดยไม่เกี่ยวกับรอบเดือน (วัน) (N = 111)						0.186 ^a
ไม่มี	72	75.8	23	24.2		
มี	15	93.8	1	6.3		
ประวัติการผ่าตัดทางนรีเวช (N = 111)					0.303	0.582
ไม่เคย	63	79.7	16	20.3		
เคย	24	75.0	8	25.0		
อาการตกขาว (N = 111)					6.748	0.009**
ไม่มี	44	89.8	5	10.2		
มี	43	69.4	19	30.6		

a = Fisher's exact test, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

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

ปัจจัยภาวะมีบุตรยาก	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (N = 87)		มีภาวะซึมเศร้า (N = 24)		χ^2	P value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	อาการเจ็บหรือปวดเวลามีเพศสัมพันธ์ (N = 111)					
ไม่มี	71	79.8	18	20.2		
มี	16	72.7	6	27.3		
สาเหตุของภาวะมีบุตรยาก (ตามความเข้าใจของผู้ป่วย)						
ความผิดปกติของอสุจิ (N = 111)					0.660	0.417
ไม่ใช่	50	75.8	16	24.2		
ใช่	37	82.2	8	17.8		
ท่อนำไข่อุดตัน (N = 111)					6.126	0.013*
ไม่ใช่	57	86.4	9	13.6		
ใช่	30	66.7	15	33.3		
พังผืดในอุ้งเชิงกราน (N = 111)					9.535	0.002**
ไม่ใช่	73	84.9	13	15.1		
ใช่	14	56.0	11	44.0		
ความผิดปกติของปากมดลูก (N = 111)						0.197 ^a
ไม่ใช่	76	80.9	18	19.1		
ใช่	11	64.7	6	35.3		
เนื้องอกในมดลูก (N = 111)						0.535 ^a
ไม่ใช่	74	79.6	19	20.4		
ใช่	13	72.2	5	27.8		

a = Fisher's exact test, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

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

ปัจจัยภาวะมีบุตรยาก	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (N = 87)		มีภาวะซึมเศร้า (N = 24)		χ^2	P value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	ภาวะรังไข่หยุดทำงานก่อนกำหนด (N = 111)					
ไม่ใช่	77	81.9	17	18.1		
ใช่	10	58.8	7	41.2		
เยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่ (N = 111)					0.617	0.432
ไม่ใช่	65	80.2	16	19.8		
ใช่	22	73.3	8	26.7		
สาเหตุอื่น ๆ (N = 111)					3.887	0.049*
ไม่ใช่	63	74.1	22	25.9		
ใช่	24	92.3	2	7.7		
การรักษาภาวะมีบุตรยาก (N = 111)					5.401	0.020*
ยังไม่เคยรักษา	50	71.4	20	28.6		
เคยทำรักษา	37	90.2	4	9.8		
วิธีที่เคยรักษาภาวะมีบุตรยาก						
การฉีดสีเอ็กซ์เรย์เพื่อดูท่อนำไข่ (N = 111)					0.730 ^a	
ไม่ใช่	75	77.3	22	22.7		
ใช่	12	85.7	2	14.3		
การผ่าตัดส่องกล้องหน้าท้องเพื่อวินิจฉัยอวัยวะในอุ้งเชิงกราน (N = 111)					0.575 ^a	
ไม่ใช่	83	77.6	24	22.4		
ใช่	4	100.0	0	0.0		

a = Fisher's exact test, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

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

ปัจจัยภาวะมีบุตรยาก	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (N = 87)		มีภาวะซึมเศร้า (N = 24)		χ^2	P value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	การใช้ยากระตุ้นรังไข่และกำหนดวันร่วมเพศ (N = 111)					
ไม่ใช่	67	75.3	22	24.7		
ใช่	20	90.9	2	9.1		
การวัดปรอทและกำหนดวันร่วมเพศ (N = 111)					1.000 ^a	
ไม่ใช่	81	77.9	23	22.1		
ใช่	6	85.7	1	14.3		
การทำเด็กหลอดแก้ว (N = 111)					1.000 ^a	
ไม่ใช่	84	77.8	24	22.2		
ใช่	3	100.0	0	0.0		
วิธีการอื่น ๆ (N = 111)					0.037 ^{a*}	
ไม่ใช่	73	75.3	24	24.7		
ใช่	14	100.0	0	0.0		
ยาที่ใช้เป็นประจำ (N = 111)					0.730 ^a	
ไม่มี	76	77.6	22	22.4		
มี	11	84.6	2	15.4		
การดื่มชา/กาแฟ หรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน (N = 111)					0.505	0.477
ไม่ดื่ม	26	74.3	9	25.7		
ดื่ม	61	80.3	15	19.7		

a = Fisher's exact test, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

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

ปัจจัยภาวะมีบุตรยาก	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า		χ^2	P value
	(N = 87)		(N = 24)			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การดื่มแอลกอฮอล์ (N = 111)					0.720 ^a	
ไม่ดื่ม	78	78.8	21	21.2		
ดื่ม	9	75.0	3	25.0		
การสูบบุหรี่ (N = 111)					1.000 ^a	
ไม่สูบ	85	78.0	24	22.0		
สูบ	2	100.0	0	0.0		

a = Fisher's exact test, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

จากตารางที่ 6 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภาวะมีบุตรยากกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ Chi-square พบว่า

สาเหตุของภาวะมีบุตรยาก(ตามความเข้าใจของผู้ป่วย) ได้แก่ ท่อนำไข่อุดตัน สาเหตุอื่น ๆ การรักษาภาวะมีบุตรยาก และวิธีการรักษาอื่น ๆ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ($P < 0.05$)

อาการตกขาว สาเหตุของภาวะมีบุตรยาก(ตามความเข้าใจของผู้ป่วย) ได้แก่ พังผืดในอุ้งเชิงกราน มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ($P < 0.01$)

ส่วนประวัติการคุมกำเนิด ความสม่ำเสมอของรอบเดือน อาการปวดรอบเดือน อาการปวดท้องน้อยโดยไม่เกี่ยวกับรอบเดือน ประวัติการผ่าตัดทางนรีเวช อาการเจ็บหรือปวดเวลามีเพศสัมพันธ์ สาเหตุของภาวะมีบุตรยาก (ตามความเข้าใจของผู้ป่วย) ได้แก่ ความผิดปกติของอสุจิ ความผิดปกติของปากมดลูก เนื้องอกในมดลูก ภาวะรังไข่หยุดทำงานก่อนกำหนด เยื่อBUMดลูกเจริญผิดที่ วิธีที่เคयरักษาภาวะมีบุตรยาก ได้แก่ การฉีดสเปิร์มเข้าเพื่อดูท่อนำไข่ การผ่าตัดส่องกล้องหน้าท้องเพื่อวินิจฉัยอวัยวะในอุ้งเชิงกราน การใช้ยากระตุ้นรังไข่และกำหนดวันร่วมเพศ การวัดปรอทและกำหนดวันร่วมเพศ การทำเด็กหลอดแก้ว ยาที่ใช้เป็นประจำ การดื่มชา/กาแฟ หรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 7 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ t-test และ Mann Whitney U test

ปัจจัยส่วนบุคคล	ไม่มีภาวะซึมเศร้า		มีภาวะซึมเศร้า		t / U	P value
	(N = 87)		(N = 24)			
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
อายุของผู้ป่วย (N = 111)	34.94	3.96	34.12	4.76	0.855	0.395
อายุของสามี (N = 111)	36.58	4.61	36.41	7.22	0.109	0.914
ความแตกต่างกันระหว่างอายุผู้ป่วย และสามี (N = 111)	1.64	4.12	2.29	6.23	- 0.481	0.634
ระยะเวลาที่ศึกษาของผู้ป่วย (N = 110)	15.66	2.13	14.67	2.61	1.922	0.057
ระยะเวลาที่ศึกษาของสามี (N = 110)	14.95	2.67	13.71	3.34	1.681	0.103
รายได้ของผู้ป่วย (N = 102)	36,203.02	37,421.71	25,476.19	20,014.04	597.000	0.035 ^{a*}
รายได้ของสามี (N = 102)	56,821.23	81,597.35	35,809.52	25,537.46	735.500	0.340 ^a
รายได้ของครอบครัว (N = 103)	100,358.02	112,219.01	58,454.55	44,611.26	600.000	0.019 ^a
หนี้สิน (N = 4)	100,000.00	-	733,333.33	378,593.88	0.000	0.500 ^a
ระยะเวลาที่คบก่อนแต่ง (N = 106)	4.75	3.59	3.87	2.47	1.118	0.266
ระยะเวลาที่อยู่กันก่อนฉันทภรรยาสามีก่อนรักษาภาวะมีบุตรยาก (N = 110)	5.39	3.93	5.75	4.37	- 0.393	0.695

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

^a วิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann Whitney U test

จากตารางที่ 7 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปัจจัยส่วนบุคคลกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ t-test และ Mann Whitney U test พบว่า รายได้ของผู้ป่วย และรายได้ของครอบครัว มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ส่วนอายุของผู้ป่วย อายุของสามี ความแตกต่างกันระหว่างอายุผู้ป่วยและสามี ระยะเวลาที่ศึกษาของ
ผู้ป่วย ระยะเวลาที่ศึกษาของสามี รายได้ของสามี หนี้สิน ระยะเวลาที่คบก่อนแต่ง ระยะเวลาที่อยู่กินกันฉันท์ภรรยา
สามีก่อนรักษาภาวะมีบุตรยาก ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



ตารางที่ 8 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปัจจัยภาวะมีบุตรยากกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ t-test

ปัจจัยภาวะมีบุตรยาก	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (N = 87)		มีภาวะซึมเศร้า (N = 24)		t	P value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
	ระยะเวลาที่พยายามมีบุตร (N = 109)	3.60	2.32	3.27		
ระยะเวลาที่คุมกำเนิด (N = 45)	3.74	3.25	2.86	2.77	0.810	0.422
จำนวนวันที่มีรอบเดือน (N = 107)	4.22	1.23	3.86	1.41	1.170	0.245
ระยะห่างของรอบเดือน (N = 103)	28.61	3.21	30.22	4.58	1.888	0.062
จำนวนวันที่ปวดรอบเดือน (N = 70)	1.59	0.80	1.53	0.49	0.278	0.782
จำนวนวันที่ปวดท้องน้อยเรื้อรัง (N = 8)	3.00	1.32	1.00	-	1.414	0.207
ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ (N = 108)	2.01	1.19	2.05	1.11	- 0.116	0.908
ระยะเวลาที่รักษาภาวะมีบุตรยาก (N = 40)	1.55	1.38	1.40	1.22	0.214	0.832
ปริมาณที่ดื่มชา/กาแฟหรือคาเฟอีนใน 1 สัปดาห์ (N = 75)	4.30	2.16	3.68	2.83	0.785	0.443
ปริมาณที่ดื่มชา/กาแฟหรือคาเฟอีนใน แต่ละครั้ง (N = 74)	1.14	0.49	1.20	0.46	- 0.46	0.646
ปริมาณที่ดื่มแอลกอฮอล์ใน 1 สัปดาห์ (N = 9)	0.79	0.56	2.26	1.77	- 1.151	0.447
ปริมาณที่ดื่มแอลกอฮอล์ใน แต่ละครั้ง (N = 11)	2.11	1.43	1.50	0.00	0.579	0.577

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

จากตารางที่ 8 เมื่อทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปัจจัยภาวะมีบุตรยากกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหญิง
ที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ t-test พบว่า

ระยะเวลาที่พยายามมีบุตร ระยะเวลาที่คุมกำเนิด จำนวนวันที่มีรอบเดือน ระยะห่างของรอบเดือน
จำนวนวันที่ปวดรอบเดือน จำนวนวันที่ปวดท้องน้อยเรื้อรัง ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ ระยะเวลาที่รักษาภาวะมี
บุตรยาก ปริมาณที่ดื่มชา/กาแฟหรือคาเฟอีนใน 1 สัปดาห์ ปริมาณที่ดื่มชา/กาแฟหรือคาเฟอีนในแต่ละครั้ง ปริมาณ
ที่ดื่มแอลกอฮอล์ใน 1 สัปดาห์ ปริมาณที่ดื่มแอลกอฮอล์ในแต่ละครั้ง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 9 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปัจจัยทางจิตสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ t-test

ปัจจัยทางจิตสังคม	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (N = 87)		มีภาวะซึมเศร้า (N = 24)		t	P value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
	- คะแนนสัมพันธภาพระหว่าง คู่สมรส (N = 111)	81.72	11.47	87.45		
- คะแนนความรู้สึกหลากหลายมิติ เกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (N = 110)	67.10	9.29	57.62	15.55	2.847	0.027*
- คะแนนด้านการสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว (N = 110)	29.80	3.70	26.37	6.91	2.337	0.018*
- คะแนนด้านการสนับสนุนทางสังคม จากเพื่อน (N = 110)	16.15	2.72	13.45	5.03	2.521	0.020*
- คะแนนด้านการสนับสนุนทางสังคม จากบุคคลพิเศษ (N = 110)	21.15	6.09	17.79	6.41	2.361	0.008*

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

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

จากตารางที่ 9 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของปัจจัยทางจิตสังคมกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ t-test พบว่า คะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และคะแนนความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

ส่วนที่ 6 ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตารางที่ 10 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยใช้สถิติ Logistic Regression Analysis แบบ Binary Logistic Regression ด้วยวิธีคัดเลือกตัวแปรแบบ Forward Stepwise (Likelihood Ratio)

ปัจจัย	Adjusted OR	95% CI	P value
ความเพียงพอของรายได้**	3.261	2.019 - 336.476	0.012*
ประวัติการแท้งบุตร	1.959	2.141 - 23.498	0.001**
สาเหตุการมีบุตรยากจากพังผืดในอุ้งเชิงกราน	1.357	1.122 - 13.454	0.032*
การสนับสนุนทางสังคม	- 0.057	0.896 - 0.995	0.033*

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

** ค่า 95% CI ที่มีความกว้างเนื่องจากข้อจำกัดของขนาดตัวอย่าง

จากตารางที่ 10 เมื่อนำตัวแปรจากปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้ป่วย รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ประวัติการแท้งบุตร ปัจจัยภาวะมีบุตรยาก ได้แก่ อาการตกขาว สาเหตุของภาวะมีบุตรยาก(ตามความเข้าใจของผู้ป่วย) ได้แก่ ท่อนำไข่อุดตัน พังผืดในอุ้งเชิงกราน สาเหตุอื่น ๆ การรักษาภาวะมีบุตรยาก วิธีการรักษาอื่น ๆ และปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ คะแนนสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส และคะแนนความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม มาวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Logistic Regression Analysis พบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้แก่

ความเพียงพอของรายได้ ถ้าผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยากมีรายได้ไม่เพียงพอจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า คิดเป็น 3.261 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยากที่มีรายได้เพียงพอ

ประวัติการแท้งบุตร ถ้าผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยากเคยแท้งบุตร ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า คิดเป็น 1.959 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยากที่ไม่เคยแท้งบุตร

สาเหตุการมีบุตรยากจากพังผืดในอุ้งเชิงกราน ถ้าผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยากเข้าใจว่า พังผืดในอุ้งเชิงกรานเป็นสาเหตุของภาวะมีบุตรยาก จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซิมเศร้า คิดเป็น 1.357 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยากที่คิดว่าสาเหตุอื่นเป็นสาเหตุของภาวะมีบุตรยาก

การสนับสนุนทางสังคม ถ้าผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยากได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซิมเศร้าลดลง คิดเป็น 0.057 เปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยากที่ได้รับสนับสนุนทางสังคมต่ำ



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) โดยศึกษาที่ ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการศึกษา โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สามารถอ่าน เขียนภาษาไทยได้ และให้ความร่วมมือในการวิจัยโดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง จำนวน 111 คน เก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือน สิงหาคม ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ.2560

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า แบบวัดสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส และแบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) เพื่ออธิบาย ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ได้แก่ ค่าความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) และค่ามัธยฐาน (median) สถิติเชิงอนุมาน (inference statistics) ได้แก่ Chi square test, t-test, Fisher's exact test และ Mann Whitney test เพื่อศึกษา ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า และใช้สถิติ Logistic Regression Analysis แบบ Binary Logistic Regression ด้วยวิธีคัดเลือกตัวแปรแบบ Forward Stepwise (Likelihood Ratio) เพื่อหาปัจจัย ทำนายของภาวะซึมเศร้า

สรุปผลการวิจัย

ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 34.76 ปี สามียายุเฉลี่ย 36.54 ปี ความแตกต่างกันระหว่างอายุของผู้ป่วยและสามีมี ค่ามัธยฐานอยู่ที่ 3 ปี ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีวุฒิการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 61.8) ส่วนสามีส่วนใหญ่มีวุฒิ การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 46) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพลูกจ้าง (ร้อยละ 58.2) ส่วนสามีส่วนใหญ่ประกอบอาชีพลูกจ้าง (ร้อยละ 52.7) ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีตำแหน่งเจ้าหน้าที่ฝ่ายปฏิบัติการ (ร้อยละ 64.5) ส่วน สามีส่วนใหญ่มีตำแหน่งเจ้าหน้าที่ฝ่ายปฏิบัติการ (ร้อยละ 63.6) รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วยมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 25,000 บาท ส่วนรายได้ต่อเดือนของสามีมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 30,000 บาท รายได้รวมต่อเดือนของครอบครัวมี ค่ามัธยฐานอยู่ที่ 60,000 บาท ส่วนใหญ่รายได้เพียงพอและมีเหลือเก็บ (ร้อยละ 61.3) ผู้ป่วยส่วนใหญ่นับถือศาสนา พุทธ (ร้อยละ 94.6) ส่วนสามีส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 86.5) มีผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวทางด้านร่างกาย (ร้อยละ 16.2) ได้แก่ โรคโลหิตจาง 2 คน, โรคธาลัสซีเมีย 2 คน, โรคซิสทีไนรั้งไข่ 2 คน, โรคไทรอยด์ 2 คน, โรค

ภูมิแพ้ 1 คน, โรคภูมิแพ้ผิวหนัง 1 คน, โรคไขมันในเลือดสูง 1 คน, โรคเยื่อบุโพรงเจริญผิดปกติ 1 คน, โรคกรดไหลย้อน 1 คน, โรคไวรัสตับอักเสบบี 1 คน, โรคไฮโปไทรอยด์ 1 คน, โรคถุงน้ำในรังไข่ 1 คน, โรคไทรอยด์เป็นพิษ 1 คน, ไม่สมัครใจตอบ 1 สามมีโรคประจำตัวทางด้านร่างกาย (ร้อยละ 9.9) ได้แก่ โรคเก๊าท์ 3 คน, โรคไวรัสตับอักเสบ บี 1 คน, โรคไขมันพอกตับ 1 คน, โรคความดัน 1 คน, โรคพาร์กินสัน 1 คน, โรคหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ 1 คน, โรคเบาหวานและความดัน 1 คน, โรคภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD และเบาหวาน 1 คน, ไม่สมัครใจตอบ 1 คน มีผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวทางด้านจิตเวช (ร้อยละ 0.9) ได้แก่ โรคซึมเศร้าและวิตกกังวล 1 คน ส่วนสามมีไม่มีโรคประจำตัวทางด้านจิตเวช มีผู้ป่วยที่มีโรคทางเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 0.9) ได้แก่ โรคเริมที่อวัยวะเพศ 1 คน ส่วนสามมีไม่มีโรคทางเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่มีการจดทะเบียนสมรส (ร้อยละ 79.3) ระยะเวลาที่คบหากับสามีก่อนแต่งงานมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 4 ปี ระยะเวลาที่อยู่กินกันฉันท์ภรรยาสามีก่อนเข้ารับการรักษา มีบุตรยากมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 4.25 ปี ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับสามีเป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 66.7) มีผู้ป่วยที่ยังไม่เคยตั้งครรภ์ (ร้อยละ 90.1) มีผู้ป่วยที่มีประวัติการแท้งบุตร (ร้อยละ 25.2)

ในแง่ข้อมูลทางคลินิกพบว่าระยะเวลาที่ผู้ป่วยพยายามที่จะมีบุตรมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 3 ปี มีผู้ป่วยที่เคยคุมกำเนิด (ร้อยละ 49.5) วิธีที่ใช้ ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด 37 คน, ถุงยางอนามัย 7 คน, ฉีดยาคุมกำเนิด 3 คน, หลั่งนอก 2 คน, ไม่มีเพศสัมพันธ์เนื่องจากเป็นซีสต์ในรังไข่ 1 คน, ไม่สมัครใจตอบ 5 คน ระยะเวลาคุมกำเนิดมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 3 ปี ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีรอบเดือนสม่ำเสมอ (ร้อยละ 73.9) จำนวนวันที่มีรอบเดือนเฉลี่ย 4.14 วัน ระยะห่างของรอบเดือนเฉลี่ย 28.96 วัน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีอาการปวดรอบเดือน (ร้อยละ 64) จำนวนวันที่มีอาการปวดรอบเดือนเฉลี่ย 1.58 วัน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดท้องน้อยเรื้อรังโดยไม่เกี่ยวกับรอบเดือน (ร้อยละ 85.6) จำนวนวันที่มีอาการปวดท้องน้อยเรื้อรังโดยไม่เกี่ยวกับรอบเดือนเฉลี่ย 2.75 วัน มีผู้ป่วยเคยผ่าตัดทางนรีเวช (ร้อยละ 28.8) ได้แก่ ผ่าตัดซีสต์ในรังไข่ 9 คน, การผ่าตัดส่องกล้องมดลูก 7 คน, ผ่าตัดการตั้งครรภ์นอกมดลูก 3 คน, ผ่าคลอดบุตร 2 คน, ผ่าตัดมดลูกทางหน้าท้อง 1 คน, ผ่าตัดมะเร็งปากมดลูก 1 คน, การขูดมดลูก 1 คน, ส่องกล้องตรวจปากมดลูกและผ่าซีสต์ในรังไข่ 1 คน, ตัดปีกมดลูก 1 คน, ผ่าซีสต์ในปีกมดลูก 1 คน, ผ่าเนื้องอกในมดลูก 1 คน, ไม่สมัครใจตอบ 4 คน มีผู้ป่วยที่มีอาการตกขาว (ร้อยละ 55.9) ความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ต่อ 1 สัปดาห์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาเฉลี่ย 2.01 ครั้ง มีผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหรือปวดเวลามีเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 19.8) บริเวณที่เจ็บ ได้แก่ ท้องน้อย 10 คน, ปากมดลูก 1 คน, ไม่สมัครใจตอบ 11 คน มีผู้ป่วยเข้าใจว่าความผิดปกติของอสุจิและท่อนำไข่อุดตันเป็นสาเหตุของภาวะมีบุตรยาก (ร้อยละ 40.5) เข้าใจว่าพังผืดในอุ้งเชิงกรานเป็นสาเหตุของภาวะมีบุตรยาก (ร้อยละ 22.5) เข้าใจว่าความผิดปกติของปากมดลูกเป็นสาเหตุของภาวะมีบุตรยาก (ร้อยละ 15.3) เข้าใจว่าเนื้องอกในมดลูกเป็นสาเหตุของภาวะมีบุตรยาก (ร้อยละ 16.2) เข้าใจว่าภาวะรังไข่หยุดทำงานก่อนกำหนดเป็นสาเหตุของภาวะมีบุตรยาก (ร้อยละ 15.3) เข้าใจว่าเยื่อบุมดลูกเจริญผิดปกติที่เป็นสาเหตุของภาวะมีบุตรยาก (ร้อยละ 27) เข้าใจว่ามีสาเหตุอื่น ๆ เป็นสาเหตุของภาวะมีบุตรยาก (ร้อยละ 24.3) ได้แก่ ไม่แน่ใจ 11 คน, ภาวะไข่ไม่ตก 4 คน, Pcos 3 คน, ฮอร์โมน 1 คน, ไม่มีเพศสัมพันธ์ 1 คน, ซีสต์ในรังไข่ 1 คน, อุ้งเชิงกรานหย่อน 1 คน, พังผืดใน

โพรงมดลูก 1 คน, ไข้ยาคุมมาเป็นเวลานาน 1 คน, ปวดท้องน้อย 1 คน, ภาวะช่องคลอดแห้ง 1 คน, DNA 1 คน มีผู้ป่วยที่เคยได้รับการภาวะมีบุตรยาก (ร้อยละ 36.9) ระยะเวลาที่ทำการรักษามีบุตรยากมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 1 ปี ส่วนใหญ่เคยรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยวิธีฉีดสเปิร์มเพื่อดูท่อไข่ (ร้อยละ 12.6) รักษาภาวะมีบุตรยากด้วยวิธีผ่าตัดส่องกล้องหน้าท้องเพื่อวินิจฉัยอวัยวะในอุ้งเชิงกราน (ร้อยละ 3.6) รักษาภาวะมีบุตรยากด้วยวิธีใช้ยากระตุ้นรังไข่ และกำหนดวันร่วมเพศ (ร้อยละ 19.8) รักษาภาวะมีบุตรยากด้วยวิธีวัดปรอทและกำหนดวันร่วมเพศ (ร้อยละ 6.3) รักษาภาวะมีบุตรยากด้วยวิธีทำเด็กหลอดแก้ว (ร้อยละ 2.7) รักษาภาวะมีบุตรยากด้วยวิธีอื่น ๆ (ร้อยละ 12.6) ได้แก่ ขอคำปรึกษา 6 คน, ฉีดเชื้อเข้าโพรงมดลูก 4 คน, ฉีดเชื้อเข้าโพรงมดลูกและทานยารักษา Pcos 1 คน, เตรียมตัวทำเด็กหลอดแก้ว 1 คน, ผ่าตัดส่องกล้อง 1 คน, การตรวจวิเคราะห์น้ำอสุจิ 1 คน มีผู้ป่วยที่มียาที่ใช้ประจำ (ร้อยละ 11.7) ได้แก่ Folic 3 คน, ยารักษาไทรอยด์ 3 คน, ยาลดกรด 1 คน, ยาแก้ปวดประจำเดือน 1 คน, วิตามิน Elvit 1 คน, ยาโรคเบาหวาน 1 คน, ยารักษาไมเกรนและยาแก้ปวดประจำเดือน 1 คน, ไม่สมัครใจตอบ 2 คน มีผู้ป่วยที่ดื่มชา/กาแฟ หรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน (ร้อยละ 68.5) ปริมาณเฉลี่ยที่ดื่มชา/กาแฟหรือคาเฟอีนใน 1 สัปดาห์อยู่ที่ 4.18 วัน ปริมาณเฉลี่ยที่ดื่มชา/กาแฟหรือคาเฟอีนในแต่ละครั้งอยู่ที่ 1.15 แก้ว มีผู้ป่วยที่ดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 10.8) ปริมาณที่ดื่มแอลกอฮอล์ใน 1 สัปดาห์มีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 1 วัน ปริมาณเฉลี่ยที่ดื่มแอลกอฮอล์ในแต่ละครั้งมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 1.50 แก้ว มีผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 1.8) ไม่มีผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด

ในแง่ข้อมูลทางจิตสังคมพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 99.1) รองลงมาคือคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสอยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 0.9) และมีคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 0.0) คะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (ร้อยละ 82.96)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง (ร้อยละ 68.2) รองลงมาคือคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง (ร้อยละ 30.9) และมีคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ ร้อยละ (0.9) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมทุกด้าน (ร้อยละ 65.03) เมื่อแบ่งคะแนนเป็นด้านต่าง ๆ พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (ร้อยละ 29.05) คะแนนเฉลี่ยด้านการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน (ร้อยละ 15.56) คะแนนเฉลี่ยด้านการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลพิเศษ (ร้อยละ 20.41)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าในระดับปกติ (ร้อยละ 78.4) รองลงมาคือภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (ร้อยละ 18.0) มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (ร้อยละ 1.8) มีภาวะซึมเศร้ามาก (ร้อยละ 1.8) และมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (ร้อยละ 0.0) ตามลำดับ ค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 5.82)

เมื่อแบ่งกลุ่มคะแนนภาวะซึมเศร้าออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า กับกลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า พบว่ามี 12 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ รายได้ของผู้ป่วย ($U = 597.000, P = 0.035$) รายได้

ของครอบครัว ($U = 600.000, P = 0.019$) ความเพียงพอของรายได้ ($x^2 = 14.254, P = < 0.001$) ประวัติการแท้งบุตร ($x^2 = 13.598, P = < 0.001$) อาการตกขาว ($x^2 = 6.748, P = 0.009$) สาเหตุของภาวะมีบุตรยาก (ตามความเข้าใจของผู้ป่วย) ได้แก่ ท่อนำไข่อุดตัน ($x^2 = 6.126, P = 0.013$) ฟังผิดในอุ้งเชิงกราน ($x^2 = 9.535, P = 0.002$) สาเหตุอื่น ๆ ($x^2 = 3.887, P = 0.049$) การรักษาภาวะมีบุตรยาก ($x^2 = 5.401, P = 0.020$) การรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยวิธีอื่น ๆ ($P = 0.037$) คะแนนสัมพันธ์ภาวะระหว่างคู่สมรส ($t = -2.290, P = 0.024$) คะแนนความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม ($t = 2.847, P = 0.008$) และเมื่อทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Logistic Regression Analysis พบว่าเหลือเพียง 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ ($OR = 3.261, 95\% CI = 2.019 - 336.476, P = 0.012$) ประวัติการแท้งบุตร ($OR = 1.959, 95\% CI = 2.141 - 23.498, P = 0.001$) สาเหตุการมีบุตรยากจากฟังผิดในอุ้งเชิงกราน ($OR = 1.357, 95\% CI = 1.122 - 13.454, P = 0.032$) และการสนับสนุนทางสังคม ($OR = -0.057, 95\% CI = 0.896 - 0.995, P = 0.033$)

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหญิงที่มีภาวะมีบุตรยากจำนวน 111 คน พบว่า ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีชีวิตครอบครัวที่ยังไม่สมบูรณ์เนื่องจากมีภาวะมีบุตรยาก แต่กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมทางด้านเศรษฐกิจและมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี จึงส่งผลทำให้มีภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำ อยู่ที่ร้อยละ 21.6 แต่ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Al-Asadi N และคณะ⁽⁴⁴⁾ ที่ได้ทำการศึกษาภาวะซึมเศร้าในหญิงมีบุตรยากในประเทศอิรัก ผลการศึกษาพบว่า มีความชุกของภาวะซึมเศร้าอยู่ที่ร้อยละ 68.9% และการศึกษาของ Alhassan A และคณะ⁽⁵¹⁾ ที่ทำการสำรวจภาวะซึมเศร้าในหญิงที่มีบุตรยากในประเทศกานา ผลออกมาพบความชุกอยู่ที่ 62% แต่การศึกษาในครั้งนี้มีความใกล้เคียงกับการศึกษาของ Biringer E และคณะ⁽⁴⁷⁾ ที่ทำการศึกษาว่าภาวะมีบุตรยากมีความสัมพันธ์กับระดับความทุกข์ทางใจของประชากรหญิงในประเทศนอร์เวย์หรือไม่ ผลออกมาพบว่าระดับภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ ($B = -0.05 (95\% CI = -0.50 \text{ ถึง } -0.21)$) และนอกจากนี้ยังพบว่าผู้หญิงที่มีภาวะมีบุตรยากชนิดปฐมภูมิและทุติยภูมิมีระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างจากมารดาที่ไม่มีภาวะมีบุตรยาก

ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้แก่

รายได้ของผู้ป่วย รายได้ของครอบครัว และความเพียงพอของรายได้ จากการศึกษาของ Wu G⁽⁴⁸⁾ และคณะที่ทำการศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้าและการเผชิญปัญหาของหญิงมีบุตรยากในประเทศจีนระหว่างการทำการรักษาภาวะมีบุตรยากโดยวิธี In Vitro Fertilisation (IVF) ผลการศึกษาพบว่าหนึ่งในปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ การที่ครอบครัวมีรายได้น้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yangin H⁽⁴⁰⁾ และคณะที่ทำการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์

ระหว่างความพึงพอใจทางเพศและอาการซึมเศร้าระหว่างภาวะมีบุตรยาก ซึ่งผลจากศึกษาพบว่าค่าคะแนนซึมเศร้าในหญิงมีบุตรยากมีความสัมพันธ์กับเรื่องของรายได้ และจากการศึกษาของ Sareen J⁽⁷⁶⁾ และคณะ เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของครอบครัวกับความผิดปกติทางจิตพบว่า ครอบครัวที่มีรายได้ต่ำมีความสัมพันธ์กับการเกิดความผิดปกติทางจิตและการฆ่าตัวตาย การลดลงของรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของการเกิดความผิดปกติทางจิต สาเหตุที่ปัญหาทางการเงินมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า เนื่องจากภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบันประสบปัญหาของค่าครองชีพที่สูงซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตเพราะรายจ่ายไม่เพียงพอกับรายรับที่ได้มาจนนำมาสู่ความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการอุปโภคบริโภคของครอบครัว⁽⁷⁷⁾ ซึ่งปัญหาต่าง ๆ ที่เข้ามากระทบอาจนำไปสู่ความเครียดสะสมจนก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้⁽⁷⁸⁾

ประวัติการแท้งบุตร จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าการแท้งบุตรเป็นสาเหตุที่ส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้เป็นมารดาอย่างมาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Jacob L และคณะ⁽⁶⁹⁾ ที่ทำการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความผิดปกติในการปรับตัวของสตรีที่มีภาวะแท้งในประเทศเยอรมนี โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เคยมีประวัติการแท้งบุตร และกลุ่มที่ไม่เคยแท้งบุตร ผลจากการศึกษาพบว่ากลุ่มที่เคยแท้งบุตรมีแนวโน้มที่จะมีความผิดปกติทางจิตเวชมากกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม การแท้งบุตรส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความผิดปกติในการปรับตัวซึ่งมีแนวโน้มของการที่จะเกิดโรคทางจิตเวชในหญิงที่เคยมีประวัติการแท้งบุตรมากกว่าหญิงที่ไม่เคยแท้งบุตรเพราะเนื่องจากหญิงที่แท้งบุตรต้องเผชิญกับความรู้สึกต่าง ๆ ทางอารมณ์มากมายไม่ว่าจะเป็นความรู้สึกโศกเศร้าเสียใจต่อการสูญเสียบุตรอันเป็นที่รัก ความรู้สึกโกรธและความรู้สึกผิดหวัง⁽⁷⁹⁾ ซึ่งการสูญเสียถือเป็นปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าตาม⁽⁸⁰⁾ และอาจส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลต่อการตั้งครรภ์ในครั้งต่อไปได้⁽⁸¹⁾

สาเหตุการมีบุตรยากจากอาการตกขาว พบว่าอาการตกขาวสามารถมีสาเหตุมาจากการอักเสบ, การติดเชื้อ, เนื้องอก, การแพ้สารเคมีและยา การบาดเจ็บของอวัยวะสืบพันธุ์ และ fistula⁽⁸²⁾ ซึ่งส่งผลทำให้หญิงที่มีอาการตกขาวเกิดความวิตกกังวล และทำให้ขาดความมั่นใจในตัวเองได้ เพราะ อาการของตกขาว มักจะทำให้เกิดกลิ่น และเป็นกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์⁽⁸³⁾ นอกจากนี้ยังมีการระคายเคืองซึ่งอาจมีอาการคันหรือแสบร้อนหรือทั้งสองอย่าง อาการคันอาจมีได้ทุกช่วงเวลาของวัน ซึ่งอาการเหล่านี้อาจรบกวนการใช้ชีวิตประจำวันและทำให้รู้สึกวิตกกังวลกับอาการที่เกิดขึ้นได้⁽⁸⁴⁾

สาเหตุการมีบุตรยากจากท่อนำไข่อุดตัน จากการศึกษาของ Tsevat G⁽⁷⁰⁾ และคณะทำการศึกษาเรื่องของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และภาวะมีบุตรยาก พบว่าการเกิดภาวะมีบุตรยากส่วนใหญ่สาเหตุมักเกิดจากปัจจัยจากท่อนำไข่ ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาก็จะยิ่งลุกลามและเกิดการอักเสบซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบสืบพันธุ์ และนอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Park T⁽⁷¹⁾ และคณะที่ศึกษาเรื่องลักษณะทางคลินิกของการติดเชื้อ Chlamydia บริเวณอวัยวะเพศในผู้ป่วยโรคกระดูกเชิงกราน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับภาวะมีบุตรยากที่เกิดจากท่อนำไข่ ประมาณหนึ่งในสี่ของการมีบุตรยากเกิดจากการอุดตันของท่อนำไข่ บางครั้งอาจจะมีอาการเจ็บปวดที่เกิดขึ้นในช่องท้องร่วมด้วย นอกจากนี้ยังมีอาการผิดปกติบางอย่าง เช่น ปวดประจำเดือนหนักมากจนทนไม่ไหว หรือ มีประจำเดือนมามากผิดปกติ และยังทำ

ให้รู้สึกไม่สบายตัวและเจ็บปวดระหว่างมีเพศสัมพันธ์⁽⁸⁵⁾ ซึ่งปัญหานี้นอกจากจะเป็นปัญหาทางด้านร่างกายแล้วยังเป็นปัญหาด้านจิตใจด้วย⁽⁸⁶⁾ เพราะสามารถก่อให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลจากอาการเจ็บปวดซึ่งรบกวนการใช้ชีวิตประจำวันจนนำไปสู่การเกิดอาการซึมเศร้าได้

สาเหตุการมีบุตรยากจากพังผืดในอุ้งเชิงกราน จากการศึกษาของ Tsevat G และคณะ⁽⁷⁰⁾ ที่ทำการศึกษารื่องของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และภาวะมีบุตรยาก ซึ่งพบว่าโรคเกี่ยวกับกระดูกเชิงกรานอักเสบเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพของการเกิดภาวะมีบุตรยาก และจากการศึกษาของ Shen และคณะ⁽⁷²⁾ ที่ทำการศึกษาค่าความเสี่ยงของความผิดปกติทางจิตเวชที่เกี่ยวกับอาการอักเสบของกระดูกเชิงกราน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่เป็น Pelvic inflammatory disease มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรค Bipolar disorder, Depressive disorder, Anxiety disorder และ Sleep disorder อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (HR: 2.671, 2.173, 2.006 และ 2.251 ตามลำดับ) มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เป็น เหตุผลเนื่องจากหญิงที่ป่วยเป็นโรคจากพังผืดในอุ้งเชิงกรานต้องเผชิญกับอาการเจ็บปวดเรื้อรังบริเวณอุ้งเชิงกราน และท้องน้อยซึ่งรบกวนต่อการใช้ชีวิตประจำวันเป็นอย่างมากซึ่งสามารถนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้⁽⁸⁷⁾ อีกทั้งการอักเสบของระบบประสาทส่วนกลางและส่วนปลายที่เกิดขึ้นมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการทำงานของเซลล์ประสาทซึ่งนำไปสู่การเกิดอาการซึมเศร้าได้เช่นกัน⁽⁸⁸⁾

การยังไม่ได้รักษาภาวะมีบุตรยาก จากการศึกษาของ Terzioğlu F⁽³⁸⁾ และคณะที่ได้ทำการศึกษารื่องผล ความความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในคู่สมรสที่มีบุตรยาก ซึ่งผลจากการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลและซึมเศร้าของคู่สมรสที่ประสบผลสำเร็จในการรักษาภาวะมีบุตรยากจะต่ำกว่าคู่ที่ล้มเหลวในการรักษา นอกจากนี้ยังมี การศึกษาของ Lewis M⁽⁵²⁾ และคณะทำการศึกษารื่องอาการซึมเศร้าของผู้หญิงก่อนที่จะเข้ารับการรักษาแบบ In Vitro Fertilisation (IVF) เพื่อนำผลมาเปรียบเทียบกับกลุ่มที่สามารถมีบุตรได้และกลุ่มหญิงที่เป็นซึมเศร้าหลังคลอด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มหญิงที่มีบุตรยากที่รักษาด้วยวิธี IVF มีระดับของโรคซึมเศร้าในระดับที่ต่ำกว่าหญิงที่กำลังเตรียมตัวเพื่อรักษาภาวะมีบุตรยาก เป็นเรื่องปกติที่จะรู้สึกเศร้าเมื่อต้องเผชิญกับภาวะมีบุตรยาก ภาวะมีบุตรยาก เป็นภาวะความเครียดที่มีผลกระทบต่อชีวิต เพศ ความสัมพันธ์ ความรู้สึกของตนเอง และการใช้ชีวิตประจำวัน หากไม่ได้รับการรักษาเป็นเวลานานอาจก่อให้เกิดความเครียดสะสมจนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าอาจส่งผลเสียต่อภาวะการเจริญพันธุ์อีกด้วย⁽⁸⁹⁾

สัมพันธ์ภาวะระหว่างคู่สมรสที่ไม่ดี จากการศึกษาของ Al-Asadi N⁽⁴⁴⁾ และคณะ ได้ทำการศึกษารื่องเกี่ยวกับ ความชุกของโรคซึมเศร้าและปัจจัยเสี่ยงในผู้หญิงที่มีบุตรยากในประเทศอิรัก จากการศึกษาพบว่าหนึ่งในปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า คือ การที่สามีเชื่อว่าจะหย่าร้างหากไม่มีบุตร นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Nelson J⁽⁶⁴⁾ และคณะทำการศึกษาค่าความชุกและการคาดการณ์ปัญหาทางเพศ ความเครียด ความสัมพันธ์และภาวะซึมเศร้าในคู่สมรสที่มีบุตรยาก ผลการศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสอดคล้องกับปัญหาความผิดปกติทางเพศในกลุ่มหญิงที่มีบุตรยาก ซึ่งปัญหาทางเพศของผู้หญิงมีความสัมพันธ์กับปัญหาทางเพศของฝ่ายชาย ส่วนการศึกษาของ Gulseren L⁽⁶⁶⁾ และคณะได้ทำการศึกษารื่องถึงระดับของความกังวลและภาวะซึมเศร้าในหญิงมีบุตรยากในประเทศตุรกี ผล

การศึกษาพบว่าหนึ่งในปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีมเศร้า คือ ความสัมพันธ์กับคู่สมรสที่ไม่ดี และการศึกษาของ Matsubayashi H⁽⁶⁸⁾ และคณะทำการศึกษากวาระซีมเศร้าและความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้นในหญิงมีบุตรยากชาวญี่ปุ่นที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสามี และศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้ระดับความกังวลและความเครียดเพิ่มขึ้น ผลการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลและซีมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการขาดการสนับสนุนจากสามี ความขัดแย้งเป็นสิ่งที่คู่สมรสไม่ได้คาดหวัง หรือปรารถนาให้เกิดขึ้น⁽⁹⁰⁾ ซึ่งปัญหาเหล่านั้นจะค่อย ๆ กัดเซาะความสัมพันธ์ของคนในครอบครัว จนทำให้เกิดรอยร้าวในที่สุด ผลของความขัดแย้งหากสั่งสมไปนาน ๆ โดยไม่ได้มีการปรับความเข้าใจกัน จะส่งผลต่อปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสและปัญหาทางอารมณ์ เกิดความเครียด⁽⁹¹⁾ จนนำไปสู่การเกิดภาวะซีมเศร้าขึ้นได้

การสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาของ Li H และคณะ⁽³⁵⁾ เรื่องของปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อภาวะซีมเศร้าในหญิงที่มีบุตรยากในมณฑลหูหนานของจีนพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีมีส่วนช่วยทำให้การเกิดภาวะซีมเศร่าลดลงได้ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Erdem K และคณะ⁽⁴⁹⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมว่ามีผลต่อการเกิดภาวะซีมเศร้าในหญิงมีบุตรยากหรือไม่ ผลออกมาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนซีมเศร้าและคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กันอย่างมากมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.596, P < 0.01$) ส่วนการศึกษาของ Al-Homaidan T⁽⁵⁶⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่องภาวะมีบุตรยากในหญิงที่มีภาวะมีบุตรยากชนิดปฐมภูมิ ที่มารับการรักษาที่ Infertility Clinic in Riyadh ในประเทศซาอุดีอาระเบีย โดยศึกษาถึงความรุนแรงและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาพบว่าหญิงมีบุตรยากที่ได้รับแรงกดดันจากครอบครัวจะมีภาวะซีมเศร้าที่มากกว่าหญิงที่ไม่โดนกดดัน ($P = 0.001$) และการศึกษาของ Farzadi L⁽⁶¹⁾ และคณะที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะซีมเศร้าในหญิงที่มีบุตรยาก ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซีมเศร้า คือ การรับรู้ความรู้สึกของครอบครัวและแรงกดดันจากญาติ อาการซีมเศร่าจะลดลงเมื่อได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้น แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยในการเผชิญปัญหาของหญิงที่ประสบความเครียดจากการมีบุตรยาก⁽⁹²⁾ แม้ว่าอาจจะไม่สามารถช่วยขจัดความเครียดได้แต่ก็มีส่วนช่วยให้มองโลกในแง่ดีขึ้นโดยการช่วยลดระดับความวิตกกังวล⁽⁹³⁾ หากขาดแรงสนับสนุนทางสังคมที่ีดีอาจทำให้รู้สึกต้องเผชิญปัญหาเพียงลำพัง ขาดที่พึ่งและผู้ทีคอยให้คำปรึกษาซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซีมเศร่าตามมา⁽⁹⁴⁾

เมื่อทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Logistic Regression Analysis แบบ Binary Logistic Regression ด้วยวิธีคัดเลือกตัวแปรแบบ Forward Stepwise (Likelihood Ratio) พบว่าเหลือเพียง 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีมเศร้า ได้แก่

ความเพียงพอของรายได้ ถ้าผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยากมีรายได้ไม่เพียงพอจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซีมเศร้า คิดเป็น 3.261 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยากที่มีรายได้เพียงพอ ($B = 3.261$ (95% CI = 2.019 ถึง 336.476))

ประวัตการแท้งบุตร ถ้าผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยากเคยแท้งบุตร ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซีมเศร่า คิดเป็น 1.959 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยากที่ไม่เคยแท้งบุตร ($B = 2.003$ (95% CI = 2.3 ถึง 23.6))

สาเหตุการมีบุตรยากจากพังผืดในอุ้งเชิงกราน ถ้าผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยากเข้าใจว่าพังผืดในอุ้งเชิงกรานเป็นสาเหตุของภาวะมีบุตรยาก จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซีมเศร่า คิดเป็น 1.357 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยากที่คิดว่าสาเหตุอื่น ๆ เป็นสาเหตุของภาวะมีบุตรยาก ($B = 1.357$ (95% CI = 1.122 ถึง 13.454))

การสนับสนุนทางสังคม ถ้าผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยากได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซีมเศร่าลดลง คิดเป็น 0.057 เปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยากที่ไม่ได้รับสนับสนุนทางสังคมต่ำ ($B = -0.057$, 95% CI = 0.896 ถึง 0.995))

จากการศึกษาในครั้งนี้ไม่พบว่าอายุของหญิงมีบุตรยากมีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร่า ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Alhassan A⁽⁵¹⁾ และคณะที่ได้ทำการสำรวจภาวะซีมเศร่าในหญิงที่มีบุตรยากในประเทศกานา ซึ่งพบว่าหนึ่งในปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีมเศร่า คือ อายุ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Drosdzol A⁽⁶⁰⁾ และคณะที่ทำการศึกษาหาความชุกของภาวะซีมเศร่าและความวิตกกังวลของคู่สมรสที่มีบุตรยากในประเทศโปแลนด์ ผลการศึกษาพบว่าอายุที่เกิน 30 ปีของหญิงมีบุตรยากเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงของภาวะซีมเศร่าและความวิตกกังวล สาเหตุที่การศึกษาในครั้งนี้มีความแตกต่างอาจมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีอายุที่แตกต่างกันทำให้มีการกระจายของข้อมูลมาก อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ไม่ได้มีมากเท่ากับการศึกษาในครั้งก่อน ๆ และส่วนใหญ่มารับการรักษาเร็วกว่าซึ่งอาจจะทำให้ไม่พบความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร่าเหมือนการศึกษาก่อนหน้า

ปัจจัยด้านการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร่า ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Alhassan A⁽⁵¹⁾ และคณะที่ได้ทำการสำรวจภาวะซีมเศร่าในหญิงที่มีบุตรยากในประเทศกานา ซึ่งพบว่าหนึ่งในปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีมเศร่า คือ การไม่ได้รับการศึกษาหรือมีการศึกษาในระดับต่ำ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Drosdzol A⁽⁶⁰⁾ และคณะทำการศึกษาหาความชุกของภาวะซีมเศร่าและความวิตกกังวลของคู่สมรสที่มีบุตรยากในประเทศโปแลนด์ ซึ่งพบว่า ระดับการศึกษาต่ำ เป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะซีมเศร่าและความวิตกกังวลในหญิงที่มีบุตรยาก ส่วนการศึกษาของ Gulseren L⁽⁶⁶⁾ และคณะที่ได้ทำการศึกษาถึงระดับของความกังวลและภาวะซีมเศร่าในหญิงมีบุตรยากในประเทศตุรกีก็พบว่า การไม่ได้รับการรักษา เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซีมเศร่า และจากการศึกษาของ Ramezanzadeh F⁽⁶⁷⁾ และคณะที่ทำการสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ภาวะซีมเศร่าและระยะเวลาของภาวะมีบุตรยาก พบว่าหนึ่งในปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร่า คือ ระดับการศึกษา แต่จากการศึกษาของ Yusuf L⁽⁴²⁾ ที่ทำการศึกษาเรื่องภาวะซีมเศร่า ความวิตกกังวลและความเครียดในผู้ป่วยหญิงที่มีภาวะมีบุตรยาก ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับระดับคะแนนของภาวะซีมเศร่า ซึ่งเหมือนกับการศึกษาในครั้งนี้ สาเหตุที่ปัจจัยเรื่องการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีมเศร่าในการศึกษานี้ อาจจะมาจากการ

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ 77.3% ได้รับการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไปจึงส่งผลทำให้ผลการศึกษาแตกต่างกันกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ส่วนใหญ่กลุ่มหญิงมีบุตรยากจะมีการศึกษาในระดับที่ต่ำ ซึ่งจากการที่หญิงมีบุตรยากส่วนใหญ่มีการศึกษาที่สูงทำให้ไม่พบความสัมพันธ์กับภาวะซิมเศร่า

ระยะเวลาของการมีบุตรยากไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเศร่า ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Karac N⁽⁴³⁾ และคณะที่ได้ทำการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตและสภาวะทางอารมณ์ของคู่สมรสที่มีบุตรยาก โดยเปรียบเทียบระหว่างคู่ที่เคยล้มเหลวในการรักษาภาวะมีบุตรยากอย่างน้อย 1 ครั้ง กับคู่ที่ไม่มีประวัติความล้มเหลวทางการรักษา ผลการศึกษาพบว่า ผลกระทบต่อคะแนนภาวะซิมเศร่าเปลี่ยนแปลงไปตามระยะเวลาของภาวะมีบุตรยาก ส่วนการศึกษาของ Al-Asadi N⁽⁴⁴⁾ และคณะที่ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของโรคซิมเศร่าและปัจจัยเสี่ยงในผู้หญิงที่มีบุตรยากในประเทศอิรัก ผลการศึกษาพบว่าหนึ่งในปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ ระยะเวลาที่ไม่มีบุตร นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Wu G⁽⁴⁸⁾ และคณะทำการศึกษาเรื่องภาวะซิมเศร่าและการเผชิญปัญหาของหญิงมีบุตรยากในประเทศจีนระหว่างการทำกรักษาภาวะมีบุตรยากโดยวิธี In Vitro Fertilisation (IVF) ผลการศึกษาพบความชุกของภาวะซิมเศร่าอยู่ที่ 22.6% ซึ่งพบมากในหญิงที่มีการแต่งงานมากกว่า 8 ปี และมีปัญหาบุตรยากมากกว่า 6 ปี นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Alhassan A⁽⁵¹⁾ และคณะที่ได้ทำการสำรวจภาวะซิมเศร่าในหญิงที่มีบุตรยากในประเทศกาณา ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยของ ระยะเวลาที่ไม่มีบุตร เป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเศร่า และจากการศึกษาของ Ramezanzadeh F⁽⁶⁷⁾ และคณะที่ทำการการสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ภาวะซิมเศร่าและระยะเวลาของภาวะมีบุตรยากก็พบว่า ระยะเวลาของการมีบุตรยาก เป็นหนึ่งในปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซิมเศร่า คะแนนของความวิตกกังวลและซิมเศร่าจะพบมากในหญิงที่มีภาวะมีบุตรยากมาเป็นระยะเวลา 4 - 6 ปี ส่วนระดับภาวะซิมเศร่าที่รุนแรงจะพบในหญิงที่มีภาวะมีบุตรยากมาเป็นเวลา 7 - 9 ปี แต่จากการศึกษาของ Ogawa M⁽⁵⁴⁾ และคณะที่ได้ทำการศึกษาหญิงมีบุตรยากในประเทศญี่ปุ่น โดยศึกษาว่ามีปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับความกังวลและภาวะซิมเศร่าในหญิงที่มีบุตรยากพบว่า คะแนนของภาวะซิมเศร่าไม่ได้มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาของการมีบุตรยากซึ่งเหมือนกับการศึกษาในครั้งนี้ สาเหตุที่ระยะเวลาของการมีบุตรยากไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเศร่าในการศึกษาครั้งนี้ อาจจะมาจากรยะเวลาที่น้อยกว่าการศึกษาที่ผ่านมา และผู้ป่วยบางคนมารับการรักษาเร็ว อีกทั้งจำนวนกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาในครั้งนี้ไม่ได้มีจำนวนมากเท่ากับการศึกษาก่อนหน้า จึงอาจทำให้มีการกระจายของข้อมูลมากส่งผลทำให้ไม่พบความสัมพันธ์กับภาวะซิมเศร่าได้

ระยะเวลาที่ทำการรักษาภาวะบุตรยากไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเศร่า ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Yangin H⁽⁴⁰⁾ และคณะที่ทำการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจทางเพศและอาการซิมเศร่าในหญิงที่มีภาวะมีบุตรยาก หนึ่งในปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเศร่า คือ ระยะเวลาที่ทำการรักษาภาวะมีบุตรยาก สาเหตุที่ปัจจัยของระยะเวลาที่ทำการรักษาภาวะมีบุตรยากไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซิมเศร่าอาจจะมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เพิ่งมารับการรักษาได้ไม่นาน มีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 1 ปี ซึ่งอาจจะต่างจากการศึกษาก่อนหน้าที่กลุ่มตัวอย่างทำการรักษามาระยะเวลานานกว่า อีกทั้งมีผู้ที่เคยรับการรักษาจำนวนน้อยซึ่งอาจจะส่งผลทำให้ไม่พบ

ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าได้

นอกจากนี้ปัจจัยของการมีบุตรยากจากฝ่ายชายก็ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Ogawa M⁽⁵⁴⁾ และคณะที่ได้ทำการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในประเทศญี่ปุ่น โดยจากการศึกษาพบว่าปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า คือ สาเหตุการมีบุตรยากที่มาจากฝ่ายชาย และจากการศึกษาของ Drosdzol A⁽⁶⁰⁾ และคณะที่ทำการศึกษาค้นคว้าหาความชุกของภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลของคู่สมรสที่มีบุตรยากในประเทศโปแลนด์ ผลการศึกษาพบว่าหนึ่งในปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า คือ การวินิจฉัยภาวะมีบุตรยากของชาย สาเหตุที่ปัจจัยจากฝ่ายชายไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะมีบุตรยากในการศึกษาครั้งนี้ อาจมาจากการที่ตัวผู้ป่วยหญิงเป็นผู้ตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ทำให้ไม่ได้ข้อมูลจากทางฝ่ายชาย อีกทั้งข้อคำถามที่ถามถึงปัจจัยจากฝ่ายชายมีเพียงข้อเดียวซึ่งอาจจะทำให้ไม่พบความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าได้

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งการศึกษานี้ อาจจะไม่สามารถเป็นตัวแทนของผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยากทั้งหมดได้ เนื่องจากปัจจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าอาจมีความแตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาลรัฐ และโรงพยาบาลเอกชนอื่น ๆ รวมทั้งภาวะเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ค่านิยม และ สื่อต่าง ๆ ทำให้มีผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าที่ต่างกัน
2. ในการศึกษาต่อไปควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก และผู้ป่วยชายที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก รวมทั้งผู้หญิงและผู้ชายทั่วไปที่สมรสแล้วเพื่อที่จะได้ข้อมูลเพิ่มเติมถึงความแตกต่างในด้านปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

รายการอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 4 ทศวรรษ การสมรสของคนไทย. 2552.
2. ทำไมผู้หญิงไม่แต่งงาน: ผู้ชายหายไปไหน [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 28 พฤศจิกายน 2559]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr/AnnualConference/ConferenceX/Download/Articles/434-A02-Why-women-not-married.pdf>.
3. รายงานสถานการณ์ประชากรไทย พ.ศ. 2558 โฉมหน้าครอบครัวไทยยุคเกิดน้อยอายุยืน [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 28 พฤศจิกายน 2559]. เข้าถึงได้จาก: http://countryoffice.unfpa.org/thailand/drive/ebook_th-1.pdf.
4. 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.
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(2):73-80.
6. ปราโมทย์ ประสาทกุล, ปัทมา ว่าพัฒนวงศ์. สุขภาพคนไทย. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล 2555.
7. Snick HK, Snick TS, Evers JL, Collins JA. The spontaneous pregnancy prognosis in untreated subfertile couples: the Walcheren primary care study. *Hum Reprod* 1997.1582-8.
8. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 30 พฤศจิกายน 2559]. เข้าถึงได้จาก: www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/nhes4.pdf.
9. กลัวเป็นหมัน [อินเทอร์เน็ต]. นิตยสาร fitness. เข้าถึงได้จาก: <http://geocities.com/Tokyo/Harbor/2093>.
10. กังสตาล เขาวัดพัฒนกุล. การสร้างความหมายทางสังคมและวัฒนธรรมเกี่ยวกับความรู้สึกเป็นตราบาปในกลุ่มผู้หญิงที่มีบุตรยาก [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]: คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
11. Sethi P, Sharma A, Goyal LD, Kaur G. Prevalence of Psychiatric Morbidity in Females amongst Infertile Couples - A Hospital Based Report. *J Clin Diagn Res*. 2016;10(7).
12. Beck AT. *Cognitive therapy of Depression*. The Guilford Press; New York 1979.
13. Beck AT, et al. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 4:53-63.
14. มุกดา ศรียงค์. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory IA [BDI-IA]). 2522.
15. อเนก อารีพรรค, ประมวล วีรุฒมเสน. การมีบุตรยาก. กรุงเทพมหานคร: เขียวบุ๊ค; 2531.
16. สมบูรณ์ คุณาธิคม. ภาวะมีบุตรยากและเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์. กรุงเทพมหานคร: พี.เอ. สีพี วิ่ง; 2545.
17. Biddle SJH, Mutrie N. *Psychology of Physical Activity: Determinants, Well-being, and Interventions*. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 2011.
18. สมภพ เรื่องตระกูล. โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์; 2543.
19. ดวงใจ กสานติกุล. โรคซึมเศร้ารักษาหายได้. กรุงเทพมหานคร: นำอักษร; 2542.

20. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: ด่านสุทธา; 2554.
21. สมพร บุชราทิจ. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย จิตเวชทันยุค 2550 psychiatry update 2007. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2549.
22. คณาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล. จิตเวช ศิริราช DSM-5. กรุงเทพมหานคร: ประยูรสาส์นไทย การพิมพ์; 2558.
23. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, พีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย. การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพลส; 2553.
24. หทัย เทพพิสัย, อรุษา เทพพิสัย. การมีบุตรยาก. กรุงเทพมหานคร: ยูนิตี้; 2533.
25. Cwikel J, Gidron Y. Psychological interactions with infertility among women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2004;117:126-31.
26. Damti OB, Sarid O, Sheiner E, Zilberstien T, Cwikel J. Stress and distress in infertility among women. *Harefuah*. 2008;147(3):256-60.
27. Stephens EH, Chandra A. Updated projection of infertility in the United States: 1995-2025;1998.70:30-4.
28. สมชัย นิรุตติศาสน์ และคณะ. ตำรานรีเวชวิทยา. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
29. พวงเพ็ญ ริมดุสิต. ความก้าวหน้าในหลักการและวิธีแก้ไขปัญหามีบุตรยาก. กรุงเทพมหานคร: ข้าวฟ่าง; 2533.
30. สุภักดี จุลวิจิตรพงษ์. ความก้าวหน้าทางเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์. กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยสูติศาสตร์นรีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2555.
31. การรักษาคู่สมรสมีบุตรยาก ประสบการณ์ในศูนย์รักษาผู้มีบุตรยากโรงพยาบาลวิชัยยุทธ VSIVF [อินเทอร์เน็ต]. 2547 [เข้าถึงเมื่อ 31 พฤศจิกายน 2560]. เข้าถึงได้จาก: www.vichaiyut.co.th/ju/30_01-2548/30_01-2548_P71-77.pdf.
32. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลครอบครัวในการดูแลคู่สมรสที่มีบุตรยาก [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 10 มิถุนายน 2560]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/viewFile/3180/2729>.
33. หลักการรักษามภาวะมีบุตรยาก [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 30 มิถุนายน 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.kullapat.com/index.php?page=pagepreview&pagetype=1&pageids=15>.
34. Crawford NM, Hoff HS, Mersereau JE. Infertile women who screen positive for depression are less likely to initiate fertility treatments. *Hum Reprod*. 2017;32(3):582-7.
35. Li H, Lei J, Xu F, Yan C, Guimerans M, Xing H, et al. A study of sociocultural factors on depression in Chinese infertile women from Hunan Province. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2017;38(1):12-20.
36. Xu H, Ouyang N, Li R, Tuo P, Mai M, Wang W. The effects of anxiety and depression on in vitro fertilisation outcomes of infertile Chinese women. *Psychol Health Med*. 2017 22(1):37-43.

37. Kaya Y, Kizilkaya BN, Aydin Y, Hassa H. The effect of health-promoting lifestyle education on the treatment of unexplained female infertility. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2016;207:109-14.
38. Terzioglu F, Turk R, Yucel C, Dilbaz S, Cinar O, Karahalil B. The effect of anxiety and depression scores of couples who underwent assisted reproductive techniques on the pregnancy outcomes. *Afr health sci.* 2016;16(2):441-50.
39. Sezgin H, Hocaoglu C, Guvendag-Guven ES. Disability, psychiatric symptoms, and quality of life in infertile women: a cross-sectional study in Turkey. *Shanghai Arch Psychiatry.* 2016;28(2):86-94.
40. Yangin H, Kukulu K, Gulşen S, Aktaş M, Sever B. A survey on the correlation between sexual satisfaction and depressive symptoms during infertility. *Health Care Women Int.* 2016;37(10):1082-95.
41. Casu G, Gremigni P. Screening for infertility-related stress at the time of initial infertility consultation: psychometric properties of a brief measure. *J Adv Nurs.* 2016;72(3):693-706.
42. Yusuf L. Depression, anxiety and stress among female patients of infertility; A case control study. *Pak J Med Sci.* 2016;32(6):1340-3.
43. Karac N, Karabulut A, Ozkan S, Aktun H, Oregul F, Yilmaz R, et al. Effect of IVF failure on quality of life and emotional status in infertile couples. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2016:158-63.
44. Al-Asadi JN, Hussein ZB. Depression among infertile women in Basrah, Iraq: Prevalence and risk factors. *J Chin Med Assoc.* 2015;78(11):673-7.
45. Verma P, Rastogi R, Sachdeva S, Gandhi R, Kapoor R, Sachdeva S. Psychiatric Morbidity in Infertility Patients in a Tertiary Care Setup. *J Clin Diagn Res.* 2015;9(9):VC01-VC6.
46. Sejbaek CS, Pinborg A, Hageman I, Forman JL, Hougaard CØ, Schmidt L. Are repeated assisted reproductive technology treatments and an unsuccessful outcome risk factors for unipolar depression in infertile women? *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2015;94(10):1048-55.
47. Biringier E, Howard LM, Kessler U, Stewart R, Mykletun A. Is infertility really associated with higher levels of mental distress in the female population? Results from the North-Trøndelag Health Study and the Medical Birth Registry of Norway. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2015;36(2):38-45.
48. 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. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2014;183:155-8.

49. Erdem K, Ejder AS. A Sectional Study: The Relationship between Perceived Social Support and Depression in Turkish Infertile Women. *Int J Fertil Steril*. 2014;8(3):303-14.
50. Sut HK, Kaplan PB. Quality of life in women with infertility via the FertiQoL and the Hospital Anxiety and Depression Scales. *Women's Health*. 2015:84-9.
51. Alhassan A, Ziblim AR, Muntaka S. A survey on depression among infertile women in Ghana. *BMC Womens Health*. 2014;14(1).
52. Lewis AM, Liu D, Stuart SP, Ryan G. Less depressed or less forthcoming? Self-report of depression symptoms in women preparing for in vitro fertilization. *Arch Womens Ment Health*. 2013;16(2):87-92.
53. Zaig I, Azem F, Schreiber S, Gottlieb-Litvin Y, Meiboom H, Bloch M. Women's psychological profile and psychiatric diagnoses and the outcome of in vitro fertilization: is there an association? *Arch Womens Ment Health*. 2012;15(5):353-9.
54. Ogawa M, Takamatsu K, Horiguchi F. Evaluation of factors associated with the anxiety and depression of female infertility patients. *Biopsychosoc Med*. 2011;5(1).
55. Aarts JW, Huppelschoten AG, van Empel IW, Boivin J, Verhaak CM, Kremer JA, et al. How patient-centred care relates to patients' quality of life and distress: a study in 427 women experiencing infertility. *Hum Reprod*. 2012;27(2):488-95.
56. Al-Homaidan HT. Depression among Women with Primary Infertility attending an Infertility Clinic in Riyadh, Kingdom of Saudi Arabia: Rate, Severity, and Contributing Factors. *Int J Health Sci (Qassim)*. 2011;5(2):108-15.
57. Chiaffarino F, Baldini MP, Scarduelli C, Bommarito F, Ambrosio S, D'Orsi C, et al. Prevalence and incidence of depressive and anxious symptoms in couples undergoing assisted reproductive treatment in an Italian infertility department. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2011;158(2):235-41.
58. Kazandi M, Gunday O, Mermer TK, Erturk N, Ozkinay E. The status of depression and anxiety in infertile Turkish couples. *Iran J Reprod Med*. 2011;9(2):99-104.
59. Klemetti R, Raitanen J, Sihvo S, Saarni S, Koponen P. Infertility, mental disorders and well-being--a nationwide survey. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010;89(5):677-82.
60. Drosdzol A, Skrzypulec V. Depression and anxiety among Polish infertile couples--an evaluative prevalence study. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2009;30(1):11-20.
61. Farzadi L, Ghasemzadeh A. Two main independent predictors of depression among infertile women: an Asian experience. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2008;47(2):163-7.
62. Karlidere T, Bozkurt A, Ozmenler KN, Ozsahin A, Kucuk T, Yetkin S. The influence of emotional distress on the outcome of in-vitro fertilization (IVF) and/or intracytoplasmic

- sperm injection (ICSI) treatment among infertile Turkish women. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2008;45(1):55-64.
63. Tan S, Hahn S, Benson S, Janssen OE, Dietz T, Kimmig R, et al. Psychological implications of infertility in women with polycystic ovary syndrome. *Hum Reprod.* 2008;23(9):2064-71.
64. Nelson CJ, Shindel AW, Naughton CK, Ohebshalom M, Mulhall JP. Prevalence and predictors of sexual problems, relationship stress, and depression in female partners of infertile couples. *J Sex Med.* 2008;5(8):1907-14.
65. Klerk C, Macklon NS, Heijnen EM, Eijkemans MJ, Fauser BC, Passchier J, et al. The psychological impact of IVF failure after two or more cycles of IVF with a mild versus standard treatment strategy. *Hum Reprod.* 2007;22(9):2554-8.
66. Gulseren L, Cetinay P, Tokatlioglu B, Sarikaya OO, Gulseren S, Kurt S. Depression and anxiety levels in infertile Turkish women. *J Reprod Med.* 2006;51(5):421-6.
67. Ramezanzadeh F, Aghssa MM, Abedinia N, Zayeri F, Khanafshar N, Shariat M, et al. A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC Womens Health.* 2004;4(1).
68. Matsubayashi H, Hosaka T, Izumi S, Suzuki T, Kondo A, Makino T. Increased depression and anxiety in infertile Japanese women resulting from lack of husband's support and feelings of stress. *Gen Hosp Psychiatry.* 2004;26(5):398-404.
69. Jacob L, Polly I, Kalder M, Kostev K. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorders in women with spontaneous abortion in Germany - A retrospective cohort study. *Psychiatry Res.* 2017.
70. Tsevat DG, Wiesenfeld HC, Parks C, Peipert JF. Sexually transmitted diseases and infertility. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;216(1):1-9.
71. Park ST, Lee SW, Kim MJ, Kang YM, Moon HM, Rhim CC. Clinical characteristics of genital chlamydia infection in pelvic inflammatory disease. *BMC Womens Health.* 2017;17(1).
72. Shen CC, Yang AC, Hung JH, Hu LY, Chiang YY, Tsai SJ. Risk of psychiatric disorders following pelvic inflammatory disease: a nationwide population-based retrospective cohort study. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2016;37(1):6-11.
73. Spanier G, Thomson L. A confirmatory analysis of The Dyadic Adjustment Scale. *Journal of Marriage and the Family.*44:731-8.
74. สุพรรณณี สุ่มเล็ก. รูปแบบเชิงสาเหตุของความสมารถในการดำรงบทบาทมารดาเป็นครั้งแรก: วิทยานิพนธ์ปริญญาโท บัณฑิตบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2538.
75. Wongpakaran N, Wongpakaran T. A revised Thai Multi-Dimensional Scale of Perceived Social Support. *Span J Psychol.* 2012;15(3):1503-9.

76. Sareen J, McMillan KA, Asmundson GJ, Afifi TO. Relationship between household income and mental disorders: findings from a population-based longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;4:419-27.
77. ครงขวัญ รอดหมวน. ค่าครองชีพสูงสวนทางรายได้ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 กุมภาพันธ์ 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaipost.net/home>.
78. มาโนช หล่อตระกูล. โรคซึมเศร้า [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 กุมภาพันธ์ 2561]. เข้าถึงได้จาก: <https://med.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/general/09042014-1017>.
79. Erica Cirino. Depression After a Miscarriage [Internet]. 2016 [cited 3 November 2017]. Available from: <https://www.healthline.com/health/depression/miscarriage-depression#1>.
80. Beutel M, Deckardt R, Rad MV, Wejner H. Grief and Depression After Miscarriage: Their Separation, Antecedents, and Course. *Psychosomatic Medicine* 1995;57:517-26
81. Armstrong DS. Emotional distress and prenatal attachment in pregnancy after a perinatal loss. *Journal of Nursing Scholarship*. 2002;34:339-45.
82. ชัยเลิศ พงษ์นริศร. ภาวะตกขาว (Vaginal Discharge) [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 3 มกราคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com_content&view=article&id=413:leukorrhoea&catid=42&Itemid=479.
83. รู้ทันอาการตกขาว ปัญหาสุขภาพของผู้หญิง [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 3 มกราคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: <https://mahosot.com/%E0%B8%95%E0%B8%81%E0%B8%82%E0%B8%B2%E0%B8%A7.html>.
84. VAGINAL INFECTIONS – YEAST OR BACTERIAL? [Internet]. [cited 3 January 2018]. Available from: <https://www.immunophen.com/blogs/news/vaginal-infections-yeast-or-bacterial>.
85. การอุดตันของท่อนำไข่ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 กุมภาพันธ์ 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://allbeautyone.ru/th/beremennost/neproxodimost-matochnyx-trub/>.
86. ความเครียดกับภาวะมีบุตรยาก [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 กุมภาพันธ์ 2561]. เข้าถึงได้จาก: http://www.jetanin.com/th/service/archive_detail/13.
87. Pelvic inflammatory disease [Internet]. [cited 3 November 2017]. Available from: <https://www.nhs.uk/conditions/pelvic-inflammatory-disease-pid/complications/>.
88. Graziottin A, Skaper SD, Fusco M. Inflammation and Chronic Pelvic Pain: A Biological Trigger for Depression in Women? *J Depress Anxiety*. 2013;3.
89. Gurevich R. Depression-Related Infertility Causes and Treatment [Internet]. 2018 [cited 26 February 2017]. Available from: <https://www.verywellfamily.com/infertility-and-depression-101-1959977>.
90. ปัญหาครอบครัว และวิธีแก้ปัญหาคือครอบครัว [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 กุมภาพันธ์ 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://thaihealthlife.com/ปัญหาครอบครัว/>.


91. ทองไพบร่า สถาวรินทุ. เมื่อ...ความเครียด...มาเยือนครอบครัว [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 กุมภาพันธ์ 2561].
เข้าถึงได้จาก: <http://oknation.nationtv.tv/blog/nareera409/2010/06/28/entry-1>.
92. Slade P, et al. The relationship between perceived stigma, disclosure patterns, support and distress in new attendees at an infertility clinic. *Hum Reprod* 2007. 2007;22:2309-17.
93. Eren N. The impact of the levels of perceived social support in infertile couples on stress related with infertility and marital adjustment. 2008.
94. Social Support [Internet]. 2011 [cited 4 November 2017]. Available from:
<http://www.heretohelp.bc.ca/visions/social-support-vol6/social-support>.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0
			หน้า 1/6

ชื่อโครงการวิจัย ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ผู้สนับสนุนการวิจัย ไม่มี

ผู้ทำวิจัยหลัก


ชื่อ นางสาวสุธาสินี วิมลนิตย์
ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย ตึกธนาคารกรุงเทพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
ถนนพระราม 4 เขต ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
เบอร์โทรศัพท์ทำงาน 02-256-4298, 02-256-4346
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 089-764-3384

ผู้วิจัยร่วม (อาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย)

ชื่อ ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงชุดิมา หุุ่มเรืองวงษ์
ที่อยู่ทำงานหรือสถานศึกษาของผู้วิจัย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย ตึกธนาคารกรุงเทพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330
เบอร์โทรศัพท์ทำงาน 02-256-4298, 02-256-4346
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 089-129-0021

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ป่วยหญิงที่มารับบริการ ณ คลินิกมีบุตรยาก
แผนกสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย
ดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการวิจัยในครั้งนี้

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0
			หน้า 2/6


นี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่าน

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาเพียงพอในการตัดสินใจอย่างอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

ในปัจจุบันเนื่องจากภาวะทางเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งประชากรที่ได้รับการศึกษาสูงขึ้นกว่าในสมัยก่อน ทำให้มีแนวโน้มการแต่งงานเมื่อมีอายุมากขึ้น อายุเฉลี่ยเมื่อสมรสครั้งแรกของหญิงเพิ่มสูงขึ้นจาก 22 ปี ใน พ.ศ. 2513 เป็น 24 ปี ใน พ.ศ. 2543 ซึ่งการยืดอายุสมรสของหญิงย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะเจริญพันธุ์ โดยยิ่งเลื่อนอายุการแต่งงานไปมากขึ้นเท่าใด ช่วงเวลาของโอกาสที่จะมีบุตรก็จะยิ่งน้อยลงเท่านั้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อปัญหาของอัตราการเจริญพันธุ์ โดยพบว่าคู่สมรสที่อายุมากขึ้น มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะมีบุตรยากมากขึ้น จำนวนบุตรเฉลี่ยที่สตรีคนหนึ่งจะมีตลอดด้วยเจริญพันธุ์อยู่ที่ประมาณ 6 คน ใน พ.ศ. 2513 ลดลงเหลือเพียงแค่ 1.6 คนเท่านั้น ใน พ.ศ. 2556 และมีการคาดการณ์ว่าจำนวนบุตรเฉลี่ยของผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์จะลดลงไปอย่างต่อเนื่องจนเหลือเพียง 1.3 คน ภายในปี พ.ศ. 2583 ทำให้ภาวะมีบุตรยากเริ่มเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ พบได้ประมาณ 4-14% จากทั่วโลก โดยพบในประเทศที่กำลังพัฒนาประมาณ 3.5-16% แต่ในบางประเทศพบถึง 30-40% โดยเฉพาะในประเทศแถบทวีปแอฟริกา ส่วนการสำรวจในประเทศไทยพบว่าอัตราการเพิ่มของประชากรได้ลดลงจากในช่วงระหว่างปี 2533-2543 ที่จากเดิมมีการเพิ่มจำนวนประชากรต่อปีอยู่ที่ 2.7 ล้านคน ลดลงเหลือเพียง 0.77 ล้านคนต่อปี ในช่วงปี 2543-2553 ซึ่งการมีบุตรยากก็เป็นหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้้ออัตราการเกิดลดต่ำลง โดยจากการสำรวจประชากรไทยอายุระหว่าง 15-59 ปีทั่วประเทศในปี พ.ศ.2552 พบว่ามีคู่สมรสที่มีปัญหาการมีบุตรยากอยู่ที่ประมาณ 11% และเพศหญิงมีปัญหามากกว่าเพศชาย โดยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีปัญหาภาวะมีบุตรยากสูงกว่าภาคอื่น ๆ ซึ่งอยู่ที่ 13.1% สำหรับกรุงเทพมหานครพบที่ 8.5%

ภาวะมีบุตรยากนั้นถือเป็นวิกฤตการณ์ที่สำคัญอย่างหนึ่งของชีวิตคู่ โดยเฉพาะผู้หญิงจะมีปฏิกริยาทางอารมณ์มากกว่าผู้ชาย ผู้หญิงที่มีบุตรยากต้องเผชิญกับความเครียดและความกดดันด้วยความรู้สึกที่ว่าตนนั้นมีความบกพร่องในบทบาทของความเป็นมารดาและไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ ซึ่งนำไปสู่ปัญหาทางจิตเวชอื่น ๆ ตามมา ดังนั้นการดูแลสุขภาพจิตของผู้หญิงที่มีภาวะมีบุตรยากจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง และการศึกษาครั้งนี้ยังมี

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0
			หน้า 3/6

การศึกษาจำนวนน้อย และยังไม่มีการศึกษาในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก เพื่อนำไปสู่แนวทางในการพัฒนาองค์ความรู้ในสาขาสุขภาพจิต และงานวิจัยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 100 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หากท่านตกลงเข้าร่วมการวิจัยจะมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาให้ท่าน ซึ่งท่านจะต้องเป็นผู้ตอบแบบสอบถามและประเมินด้วยตนเอง แบบสอบถามประกอบด้วย

ส่วนที่ 1. แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน แบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 20 ข้อ
 ตอนที่ 2 ปัจจัยการมีบุตรยาก จำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 2. แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ฉบับภาษาไทย จำนวน 21


ส่วนที่ 3. แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ฉบับภาษาไทย จำนวน 28 ข้อ

ส่วนที่ 4. แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม ฉบับภาษาไทย จำนวน 12 ข้อ

โดยตลอดระยะเวลาที่ท่านอยู่ในโครงการวิจัย คือ ประมาณ 20 นาที ท่านมีสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมครั้งนี้ รวมถึงสิทธิ์ในการเลือกที่จะไม่ตอบแบบสอบถามในข้อที่ทำให้ท่านรู้สึกไม่สบายใจ และบอกเลิกการวิจัยได้ทันที

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จผู้วิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากท่านโดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัยอย่างเคร่งครัดรวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้ทราบ

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0
			หน้า 4/6

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ความเสี่ยงจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีความเสี่ยงเพียงเล็กน้อย คือ อาจจะทำให้ท่านเสียเวลาหรือไม่สะดวกระหว่างที่ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ผู้วิจัยจะส่งต่ออาสาสมัครที่ระดับของภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับไม่ดีไปปรึกษาจิตแพทย์ (อาจารย์ที่ปรึกษาหรือจิตแพทย์ท่านอื่น) ในหน่วยงานทางจิตเวช และผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการนำไปสู่แนวทางในการให้ข้อมูลการวางแผน ส่งเสริม ป้องกัน และดูแลผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ต่อไป

วิธีการและรูปแบบการรักษาอื่น ๆ ซึ่งมีอยู่สำหรับอาสาสมัคร

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่ เนื่องจากมีแนวทางการรักษาอื่น ๆ หลายแบบสำหรับรักษาโรคของท่านได้ ดังนั้นจึงควรปรึกษาแนวทางการรักษาวิธีอื่น ๆ กับแพทย์ผู้ให้การรักษาท่านก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย


ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งผู้ทำวิจัยทราบถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย

หากท่านพบอันตรายเกิดจากการทำวิจัยท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันทีหากพิสูจน์ว่าท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัยแล้ว ผู้ทำวิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัย คือ นางสาวสุธาสินี วิมลนิตย์ ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0
			หน้า 5/6

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมวิจัย

ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ในการเข้าร่วมการวิจัย

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัย

การเข้าร่วมและสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้วสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอลงนามออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่จะไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยเฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน


จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้ตรวจสอบการวิจัย และหน่วยงานควบคุมระเบียบกฎหมาย สามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม โดยไม่ละเมิดสิทธิของท่านในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายและระเบียบกฎหมายอนุญาตไว้

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดที่เกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ของท่านให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

การยกเลิกการให้ความยินยอม

หากท่านต้องการยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ นางสาวสุธาสินี วิมลนิตย์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกธนาคารกรุงเทพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะ

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับ ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	AF 09-04/5.0
			หน้า 6/6

ไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้ในการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก


สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิในการตัดสินใจดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยของการวิจัยในครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงเกี่ยวกับความไม่สบายที่ท่านจะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อใดก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมวิจัยในโครงการวิจัยสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านจะได้รับโอกาสในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับ ช่มชู้หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการ ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2256-4493 ในเวลาราชการ หรือ e-mail : medchulairb@chula.ac.th

ขอขอบพระคุณในการให้ความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 09-05/5.0
			หน้า 1/2

การวิจัยเรื่อง ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วันที่ให้คำยินยอม วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....

ได้รายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....และ

ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ


ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และวันที่พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางการรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าเข้าใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการทำการวิจัยดังกล่าว ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ ซึ่งจะไม่ส่งผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานคณะกรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลของผู้ร่วมวิจัย ทั้งนี้จะต้องกระทำเพื่อวัตถุประสงค์ในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ ของข้าพเจ้าเพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร	AF 09-05/5.0
			หน้า 2/2

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้า และสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในรูปแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในรูปแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

..... ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอม ตัวบรรจง
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

..... ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

..... ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

แบบสอบถามสำหรับงานวิจัย

เรื่อง ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

คำชี้แจง แบบสอบถามทั้งหมดมี 4 ชุด ซึ่งประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวนทั้งหมด 38 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยของภาวะมีบุตรยาก จำนวน 18 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ฉบับภาษาไทย (Beck Depression Inventory – IA) จำนวน 21 ข้อ

ชุดที่ 3 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ฉบับภาษาไทย The Spinner Dyadic Adjustment Scale (DAS) จำนวน 28 ข้อ

ชุดที่ 4 แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม ฉบับปรับปรุงภาษาไทย
(A revised Thai version of Multidimensional Scale of Perceived Social Support
(r-T-MSPSS) จำนวน 12 ข้อ

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในตารางหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ตามความเป็นจริง

หัวข้อ	ท่าน	สามีของท่าน
1. อายุปีปี
2. ระดับการศึกษาสูงสุด
3. อาชีพหลัก (อาชีพที่ใช้ระยะเวลาในการทำงานมากที่สุด)	อาชีพ..... ตำแหน่ง.....	อาชีพ..... ตำแหน่ง.....
4. รายได้ส่วนตัวเฉลี่ยต่อเดือนบาท/เดือนบาท/เดือน

5. ท่านนับถือศาสนาใด

พุทธ 1คริสต์ 2อิสลาม 3อื่น ๆ (ระบุ)..... 4

6. สามีของท่านนับถือศาสนาใด

พุทธ 1คริสต์ 2อิสลาม 3อื่น ๆ (ระบุ)..... 4

7. โรคประจำตัวทางกายของท่าน
- ไม่มี 1
- มี (ระบุ)..... 2
8. โรคประจำตัวทางกายของสามีท่าน
- ไม่มี 1
- มี (ระบุ)..... 2
9. โรคประจำตัวทางด้านจิตเวชของท่าน
- ไม่มี 1
- มี (โปรดระบุชื่อโรค/อาการ)..... 2
10. โรคประจำตัวทางด้านจิตเวชของสามีท่าน
- ไม่มี 1
- มี (โปรดระบุชื่อโรค/อาการ)..... 2
11. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของท่าน
- ไม่มี 1
- มี (โปรดระบุชื่อโรค)..... 2
12. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสามีท่าน
- ไม่มี 1
- มี (โปรดระบุชื่อโรค)..... 2
13. ท่านและสามีได้มีการจดทะเบียนสมรสใช่หรือไม่
- ใช่ 1
- ไม่ใช่ 2
14. ระยะเวลาที่ท่านคบหากับสามีก่อนแต่งงาน.....(เดือน/ปี)
15. ระยะเวลาที่ท่านอยู่กินฉันท์ภรรยาสามีก่อนเข้ารับการรักษาภาวะมีบุตรยาก.....(เดือน/ปี)
16. รายได้โดยเฉลี่ยของทั้งครอบครัวรวมกัน (จากทุกแหล่งรวมกันที่เป็นตัวเงิน).....บาท/เดือน
17. ความเพียงพอของรายได้
- รายได้เพียงพอและมีเหลือเก็บ 1
- รายได้เพียงพอแต่ไม่มีเหลือเก็บ 2
- รายได้ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน 3
- รายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน 4
- (ระบุจำนวนหนี้สิน).....บาท

18. ปัจจุบันท่านพักอาศัยอยู่กับ

- อยู่คนเดียว 1
- อยู่กับสามีเป็นครอบครัวเดียว 2
- อยู่กับครอบครัวฝ่ายท่าน 3
- อยู่กับครอบครัวฝ่ายสามี 4
- อื่น ๆ (โปรดระบุ)..... 5

19. ท่านเคยตั้งครุฑสำเร็จ (จนถึงคลอด) หรือไม่

- ไม่เคย 1
- เคย 2
- (โปรดระบุจำนวนครั้งที่ตั้งครุฑสำเร็จจนถึงคลอด).....ครั้ง

20. ท่านเคยแท้งบุตรหรือไม่

- ไม่เคย 1
- เคย 2
- (โปรดระบุจำนวนครั้งที่เคยแท้ง).....ครั้ง

ส่วนที่ 2 ปัจจัยของภาวะมีบุตรยาก

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในช่องว่างหรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ตามความเป็นจริง

1. ท่านได้พยายามที่จะมีบุตรมานาน.....ปี.....เดือน

2. ท่านเคยคุมกำเนิดหรือไม่

- ไม่เคย 1
- เคย 2
- ชนิดของการคุมกำเนิด.....ระยะเวลา.....

3. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา รอบประจำเดือนของท่านมีความสม่ำเสมอหรือไม่

- สม่ำเสมอ 1
- ไม่สม่ำเสมอ 2

4. โดยทั่วไปท่านมีประจำเดือน.....วัน และในแต่ละรอบเดือนมีระยะเวลาห่างกันนาน.....วัน

5. ท่านมีอาการปวดรอบเดือนหรือไม่

- ไม่มี 1
- มี 2

โดยมีอาการปวด.....วัน ในแต่ละรอบเดือน

6. ท่านมีอาการปวดท้องน้อยเรื้อรัง (โดยไม่เกี่ยวกับรอบเดือน) หรือไม่
- ไม่มี 1
- มี 2
- โดยมีอาการปวดจำนวน.....วัน/เดือน
7. ท่านเคยได้รับการผ่าตัดทางนรีเวช
- ไม่เคย 1
- เคย 2
- ชนิดของการผ่าตัด.....ระยะเวลา.....
8. ท่านมีการตกขาวหรือไม่
- ไม่มี 1
- มี 2
- โปรดระบุ.....
9. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านและคู่สมรสมีความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์.....ครั้ง/สัปดาห์
10. ท่านมีอาการเจ็บหรือปวดเวลามีเพศสัมพันธ์หรือไม่
- ไม่มี 1
- มี 2
- โปรดระบุตำแหน่งที่มีอาการเจ็บหรือปวด.....
11. ตามความเข้าใจของท่าน ภาวะมีบุตรยากของท่านเกิดจากสาเหตุอะไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ความผิดปกติของอสุจิ 1
- ท่อนำไข่อุดตัน 2
- พังผืดในอุ้งเชิงกราน 3
- ความผิดปกติของปากมดลูก 4
- เนื้องอกในมดลูก 5
- ภาวะรังไข่หยุดทำงานก่อนกำหนด 6
- เยื่อมดลูกเจริญผิดที่ 7
- อื่น ๆ (โปรดระบุ)..... 8
12. ระยะเวลาที่ท่านได้ทำการรักษาการมีบุตรยาก
- ยังไม่เคยได้รับการรักษาใด ๆ 1 → ไปข้อ 14
- เคยทำการรักษา 2
- โปรดระบุระยะเวลา.....ปี.....เดือน

13. ที่ผ่านมา ท่านเคยได้รับการรักษาจากรพ.จุฬาลงกรณ์และสถานพยาบาลอื่นก่อนหน้านี้ ด้วยวิธีใดบ้าง (ตอบได้ มากกว่า 1 ข้อ)

- การฉีดสีเอ็กซเรย์เพื่อดูท่อน้ำไข ผล..... 1
- การผ่าตัดส่องกล้องหน้าท้องเพื่อวินิจฉัยอวัยวะในอุ้งเชิงกราน ผล..... 2
- การใช้ยากระตุ้นรังไข่และกำหนดวันร่วมเพศ ผล..... 3
- การวัดปรอทและกำหนดวันร่วมเพศ ผล..... 4
- การทำเด็กหลอดแก้ว ผล..... 5
- อื่น ๆ ระบุ..... 6

14. ท่านมียาที่ใช้เป็นประจำหรือไม่

- ไม่มี 1
- มี 2
- โปรดระบุชื่อยา.....

15. ท่านดื่มชา/กาแฟหรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนหรือไม่

- ไม่ดื่ม 1
- ดื่ม 2
- โดยเฉลี่ยใน 1 สัปดาห์ ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน (โปรดระบุ)..... วัน
- ปริมาณการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนในแต่ละครั้ง (โปรดระบุ)..... แก้ว

16. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่

- ไม่ดื่ม 1
- ดื่ม 2
- โดยเฉลี่ยใน 1 สัปดาห์ ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กี่วัน (โปรดระบุ)..... วัน
- ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ในแต่ละครั้ง (โปรดระบุ)..... แก้ว

17. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่

- ไม่สูบบุหรี่ 1
- สูบบุหรี่ 2
- ความถี่ในการสูบบุหรี่ของท่านใน 1 สัปดาห์.....วัน
- โดยเฉลี่ยท่านสูบบุหรี่ครั้งละกี่มวน (โปรดระบุ).....มวน

18. ท่านเคยใช้สารเสพติดชนิดอื่น ๆ หรือไม่

- ไม่ใช่ 1
- ใช่ 2

โปรดระบุปริมาณที่ใช้ใน 1 สัปดาห์.....วัน



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ชุดที่ 2 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า ใช้ของ Beck Depression Inventory – IA ฉบับภาษาไทย

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ถามเกี่ยวกับความรู้สึกทั่วไปของท่านใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีทั้งหมด 21 ข้อ ให้ท่านอ่าน

ทุกข้อโดยละเอียดก่อนตัดสินใจตอบ โดย ✓ ในช่อง □ ที่อยู่หลังคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

โปรดตอบทุกข้อ

- | | | | |
|----|--|--------------------------|---|
| 1. | ฉันไม่รู้สึกซึมเศร้า | <input type="checkbox"/> | 0 |
| | ฉันรู้สึกซึมเศร้า | <input type="checkbox"/> | 1 |
| | ฉันรู้สึกซึมเศร้าตลอดเวลาและไม่สามารถลืมมันได้ | <input type="checkbox"/> | 2 |
| | ฉันรู้สึกซึมเศร้าจนทนต่อไปไม่ได้อีกแล้ว | <input type="checkbox"/> | 3 |
| 2. | ฉันไม่ค่อยรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต | <input type="checkbox"/> | 0 |
| | ฉันรู้สึกท้อแท้ต่ออนาคต | <input type="checkbox"/> | 1 |
| | ฉันรู้สึกว่าไม่มีอะไรจะต้องคิดหรือมุ่งหวังต่อไป | <input type="checkbox"/> | 2 |
| | ฉันรู้สึกไม่มีความหวังในอนาคตและไม่สามารถทำให้มันดีขึ้นได้ | <input type="checkbox"/> | 3 |
| 3. | ฉันไม่รู้สึกว่าทำอะไรแล้วล้มเหลว | <input type="checkbox"/> | 0 |
| | ฉันรู้สึกว่าทำอะไรแล้วล้มเหลวมากกว่าคนอื่น ๆ | <input type="checkbox"/> | 1 |
| | เมื่อฉันมองย้อนไปในอดีต สิ่งที่ฉันทำได้ คือ ความล้มเหลวทั้งหมด | <input type="checkbox"/> | 2 |
| | ฉันรู้สึกว่าฉันเป็นคนที่ทำอะไรแล้วล้มเหลวมาโดยตลอด | <input type="checkbox"/> | 3 |
| 4. | ฉันมีความพึงพอใจในทุกสิ่งทุกอย่างเสมอ | <input type="checkbox"/> | 0 |
| | ฉันรู้สึกว่าไม่พอใจในทุกสิ่งทุกอย่างดังเช่นเคย | <input type="checkbox"/> | 1 |
| | ฉันไม่ได้รับความพอใจอย่างแท้จริงจากทุกสิ่งทุกอย่างอีกต่อไป | <input type="checkbox"/> | 2 |
| | ฉันรู้สึกไม่พอใจและเบื่อหน่ายต่อทุกอย่าง | <input type="checkbox"/> | 3 |
| 5. | ฉันไม่เคยรู้สึกผิด | <input type="checkbox"/> | 0 |
| | ฉันรู้สึกผิดบางครั้ง | <input type="checkbox"/> | 1 |
| | ฉันรู้สึกผิดเกือบตลอดเวลา | <input type="checkbox"/> | 2 |
| | ฉันรู้สึกผิดตลอดเวลา | <input type="checkbox"/> | 3 |

6. ฉันไม่รู้สึกรู้สึกว่าถูกลงโทษ 0
 ฉันรู้สึกว่าคุณอาจถูกลงโทษ 1
 ฉันคาดว่าจะถูกลงโทษ 2
 ฉันรู้สึกว่าคุณถูกลงโทษ 3
7. ฉันไม่รู้สึกรู้สึกผิดหวังในตนเอง 0
 ฉันรู้สึกผิดหวังในตนเอง 1
 ฉันรู้สึกสะอิดสะเอียนในตนเอง 2
 ฉันเกลียดตัวเอง 3
8. ฉันไม่รู้สึกรู้สึกว่าฉันเร็วกว่าคนอื่น 0
 ฉันชอบวิเคราะห์ตนเองเกี่ยวกับความอ่อนแอและความผิดพลาด 1
 ฉันตำหนิตนเองตลอดเวลาสำหรับสิ่งที่ทำผิด 2
 ฉันตำหนิตนเองสำหรับทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้น 3
9. ฉันไม่เคยคิดฆ่าตัวตาย 0
 ฉันคิดฆ่าตัวตายแต่ไม่ทำจริง 1
 ฉันอยากฆ่าตัวตายเหลือเกิน 2
 ฉันจะฆ่าตัวตายเมื่อมีโอกาส 3
10. ฉันไม่ร้องไห้โดยไม่จำเป็น 0
 ฉันร้องไห้มากกว่าที่เคย 1
 ทุกวันนี้ฉันร้องไห้เสมอ 2
 ฉันเคยร้องไห้ แต่เดี๋ยวนี้ร้องไห้ไม่ออกแม้จะต้องการร้องไห้ 3
11. ฉันไม่รู้สึกรู้สึกเฉื่อยโกร่ง่าย 0
 ฉันเป็นคนเฉื่อยโกร่ง่ายกว่าเมื่อก่อน 1
 ฉันเป็นคนขี้รำคาญและโกร่ง่ายเกือบตลอดเวลา 2
 ฉันรู้สึกโกร่ง่ายตลอดเวลา 3

12. ฉันยังให้ความสนใจผู้อื่นเสมอ 0
 ฉันให้ความสนใจผู้อื่นน้อยลงกว่าที่เคย 1
 ฉันเลิกสนใจคนอื่นเป็นบางเวลา 2
 ฉันเลิกสนใจคนอื่นโดยสิ้นเชิง 3
13. ฉันตัดสินใจอะไรได้เหมือนอย่างที่เคยทำ 0
 ฉันพยายามหลีกเลี่ยงการตัดสินใจมากกว่าที่เคย 1
 ฉันมีความยากลำบากยิ่งในการตัดสินใจมากกว่าที่เคย 2
 ฉันไม่สามารถตัดสินใจอะไรได้อีกเลย 3
14. ฉันไม่รู้สึกว่าฉันแตกต่างไปจากเมื่อก่อน 0
 ฉันวิตกว่าฉันดูแก่และไม่เป็นที่น่าสนใจ 1
 ฉันรู้สึกที่มีความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในอิริยาบถของฉันที่ทำให้ฉันไม่น่ามองอีกต่อไป 2
 ฉันเชื่อว่าฉันเป็นคนที่น่าเกลียดมาก 3
15. ฉันสามารถทำงานได้เหมือนเคย 0
 ฉันต้องใช้ความพยายามเพิ่มขึ้นกว่าจะเริ่มทำงานบางสิ่งบางอย่าง 1
 ฉันต้องผลักดันตนเองอย่างมากที่จะทำงานอะไร ๆ 2
 ฉันไม่สามารถทำงานอะไรได้เลย 3
16. ฉันนอนได้ตามปกติ 0
 ฉันนอนไม่หลับเหมือนอย่างเคย 1
 ฉันตื่นก่อนปกติ 1-2 ชั่วโมง และเป็นการยากที่จะนอนต่อได้อีก 2
 ฉันบ่อยกว่าที่เคยและไม่สามารถจะนอนหลับได้อีก 3
17. ฉันไม่รู้สึกละอายใจกว่าปกติ 0
 ฉันรู้สึกเหนื่อยง่ายกว่าแต่ก่อน 1
 ฉันรู้สึกเหนื่อยจากการทำสิ่งต่าง ๆ 2
 ฉันรู้สึกเหนื่อยเกินกว่าจะทำอะไรได้ 3

18. ฉันรับประทานอาหารได้ตามปกติ 0
 ฉันรับประทานอาหารไม่ได้มากอย่างเคย 1
 ฉันรับประทานอาหารไม่ค่อยลง 2
 ฉันไม่อยากจะรับประทานอาหารใด ๆ เลย 3
19. น้ำหนักของฉันไม่ลดลง 0
 น้ำหนักของฉันลดลงประมาณ 2 กิโลกรัม 1
 น้ำหนักของฉันลดลงประมาณ 4 กิโลกรัม 2
 น้ำหนักของฉันลดลงประมาณ 6 กิโลกรัม 3
20. ฉันไม่วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าปกติ 0
 ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น ความเครียด ปวดท้อง หรือท้องผูก 1
 ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพและยากที่จะคิดถึงสิ่งอื่น 2
 ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายจนไม่สามารถคิดถึงสิ่งอื่นได้ 3
21. ความสนใจทางเพศของฉันยังปกติ 0
 ฉันสนใจเรื่องทางเพศน้อยกว่าที่เคย 1
 ฉันสนใจเรื่องทางเพศน้อยลงมาก 2
 ฉันไม่สนใจเรื่องทางเพศอีกเลย 3

ชุดที่ 3 แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ใช้ของ The Spinner Dyadic Adjustment Scale (DAS) ฉบับภาษาไทย

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ต้องการทราบเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างท่านและสามีในช่วงผ่านมามีเป็นอย่างไร โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างให้ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อ 1-12 ในระยะเวลาที่ผ่านมา ท่านและสามีของท่านมีความเห็นพ้องต้องกันในเรื่องต่าง ๆ ต่อไปนี้บ่อยครั้งเพียงใด

ข้อ	ข้อความ	บ่อยมากที่สุด	บ่อยมาก	บ่อย	บางครั้ง	ไม่เคยเลย
1.	การจัดการค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว					
2.	การพักผ่อนหย่อนใจ					
3.	การเชื่อในศาสนา					
4.	ความห่วงใยและการเอาใจใส่					
5.	การคบเพื่อนฝูง					
6.	ความสัมพันธ์ทางเพศ					
7.	การวางแผนครอบครัว (เช่น จำนวนบุตร การคุมกำเนิด)					
8.	การปฏิบัติต่อพ่อแม่ของตนและของสามี					
9.	จุดมุ่งหมายและสิ่งสำคัญในชีวิต					
10.	การใช้เวลาอยู่ด้วยกัน					
11.	การตัดสินใจในเรื่องสำคัญ					
12.	การแบ่งหน้าที่และภาระงานบ้านต่าง ๆ					

ข้อ 13-26 ในระยะเวลาที่ผ่านมา เหตุการณ์หรือความรู้สึกเหล่านี้เกิดขึ้นกับท่านและสามีของท่านมีบ่อยครั้งเพียงใด

ข้อ	ข้อความ	บ่อยมาก ที่สุด	บ่อยมาก	บ่อย	บางครั้ง	ไม่เคยเลย
13.	ความคิดหรือการพูดที่จะหย่าหรือแยก ทางกับสามี					
14.	ท่านหรือสามีออกจากบ้านไปหลังจาก โต้เถียงกัน					
15.	ท่านและสามีเข้ากันได้ดี					
16.	ท่านเชื่อใจสามีของท่าน					
17.	ท่านคิดเสียใจที่แต่งงานหรืออยู่ร่วมกับ สามี					
18.	ท่านและสามีทะเลาะกัน					
19.	ท่านและสามีพูดยั่วโทสะกัน					
20.	ความพอใจกับการมีกิจกรรมนอกบ้าน กับ สามี (ดูภาพยนตร์ เดินศูนย์การค้า ไปวัด ไปเที่ยวตามสวนสาธารณะ รับประทานอาหารนอกบ้านและอื่น ๆ)					
21.	การปรึกษาหารือกับสามี					
22.	การหัวเราะด้วยกันกับสามี					
23.	การถกเถียงเรื่องบางอย่างกับสามี โดยใช้เหตุผลและใจเย็น					
24.	การวางแผนการต่าง ๆ ร่วมกันกับสามี (การอบรมเลี้ยงดูลูก การสร้างฐานะ งาน และอาชีพอื่น ๆ)					
25.	ท่านและสามีเหนียวมากเกินกว่าจะมี เพศสัมพันธ์					
26.	สามีไม่แสดงออกให้รู้ว่ามีความรักใคร่					

27. โปรดเขียนวงกลมล้อมรอบตัวเลขที่ท่านเห็นว่า เป็นตัวแทนความสุขในชีวิตสมรสของท่านได้ดีที่สุด

1	2	3	4	5

ไม่มี ความสุขเลย	มีความสุข เล็กน้อย	มีความสุข ปานกลาง	มีความสุข มาก	มีความสุข มากที่สุด
---------------------	-----------------------	----------------------	------------------	------------------------

28. โปรดเขียนวงกลมล้อมรอบตัวอักษรหน้าข้อความที่ท่านเห็นด้วย แทนการอธิบายสัมพันธภาพในอนาคตระหว่างท่านและสามี ได้ตรงกับความรู้สึก และความคาดหวังของท่านมากที่สุด

ก. ฉันต้องการให้สัมพันธภาพราบรื่นมากที่สุด และจะทำทุกอย่างไม่ว่าจะใช้ความพยายามมากแค่ไหนก็ได้ เพื่อให้เป็นผลสำเร็จ

ข. ฉันต้องการให้สัมพันธภาพราบรื่นอย่างมาก และจะทำทุกอย่างเพื่อให้เป็นผลสำเร็จ

ค. ฉันต้องการให้สัมพันธภาพราบรื่นอย่างมาก และจะทำเท่าที่คิดว่าทำได้เพื่อให้เป็นผลสำเร็จ

ง. ฉันคิดว่าจะเป็นที่ดี ถ้าสัมพันธภาพราบรื่น แต่ฉันไม่สามารถจะทำอะไรได้มากกว่าที่ฉันทำในขณะนี้ อีกแล้ว

จ. ฉันคิดว่าสัมพันธภาพระหว่างฉันและสามีไม่มีทางที่จะราบรื่น และไม่มีประโยชน์อะไรที่จะรักษา สัมพันธภาพนั้นให้ยังคงดำเนินต่อไป

ชุดที่ 4 แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม ฉบับปรับปรุงภาษาไทย
(A revised Thai version of Multidimensional Scale of Perceived Social Support (r-T-MSPSS))

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างให้ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โปรดอ่านแต่ละข้อความอย่างตั้งใจและบอกว่าคุณรู้สึกอย่างไรในข้อความแต่ละข้อ (**บุคคลพิเศษ หมายถึง บุคคลที่นอกเหนือจากเพื่อนหรือครอบครัว) ✓ ในช่อง “1” ถ้าคุณ ไม่เห็นด้วยอย่างมาก ✓ ในช่อง “5” ถ้าคุณ ค่อนข้างเห็นด้วย
✓ ในช่อง “2” ถ้าคุณ ไม่เห็นด้วย ✓ ในช่อง “6” ถ้าคุณ เห็นด้วย
✓ ในช่อง “3” ถ้าคุณ ค่อนข้างไม่เห็นด้วย ✓ ในช่อง “7” ถ้าคุณ เห็นด้วยอย่างมาก
✓ ในช่อง “4” ถ้าคุณ เฉย ๆ

ข้อ	ข้อความ	1	2	3	4	5	6	7
1.	มีบุคคลพิเศษที่คอยช่วย หากฉันต้องการความช่วยเหลือขึ้นมา							
2.	มีบุคคลพิเศษที่สามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขกับฉันได้							
3.	ครอบครัวของฉันพยายามช่วยฉันจริง ๆ							
4.	ฉันได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือทางด้านจิตใจจากครอบครัวตามที่ฉันต้องการ							
5.	ฉันมีบุคคลพิเศษซึ่งเป็นผู้ที่ให้ความสบายใจจริง ๆ แก่ฉัน							
6.	เพื่อนของฉันพยายามช่วยฉันจริง ๆ							
7.	ฉันสามารถพึ่งพาอาศัยเพื่อนได้เมื่อมีปัญหาขึ้นมา							
8.	ฉันสามารถเล่าปัญหาของฉันให้ครอบครัวฟังได้							
9.	ฉันมีเพื่อนผู้ซึ่งสามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขกับฉันได้							
10.	มีบุคคลพิเศษในชีวิตที่คอยห่วงใยความรู้สึกของฉัน							
11.	ครอบครัวของฉันเต็มใจที่จะช่วยฉันในการตัดสินใจ							
12.	ฉันสามารถเล่าปัญหาของฉัน给朋友ฟังได้							

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ-นามสกุล	นางสาว สุธาสินี วิมลนิตย์
วัน เดือน ปีเกิด	23 กุมภาพันธ์ 2533 จังหวัด นครปฐม ปัจจุบันอายุ 27 ปี
พ.ศ. 2556	สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี วิทยาลัยดุริยางคศิลป์ สาขาวิชาปฏิบัติดนตรีคลาสสิก มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2557	ทำงานในตำแหน่ง อาจารย์สอนดนตรี สถานที่ทำงาน โรงเรียนดนตรีเอื้ออารีย์ และ โรงเรียนดนตรียามอำ เซ็นทรัลศาลายา
ปัจจุบัน	เข้าศึกษาต่อในระดับมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2559