

การสร้างความหมายทางสังคมและวัฒนธรรมเกี่ยวกับความรู้สึกเป็นตราบาปในกลุ่มผู้หญิงที่มีบุตรยาก



นางสาว กังสดาล เชาว์วัฒนกุล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสังคมวิทยามหาบัณฑิต

สาขาวิชาสังคมวิทยา ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา


คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2547

ISBN 974-17-6169-4

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE SOCIO-CULTURAL CONSTRUCTION OF STIGMA IN INFERTILE WOMEN



Miss Kangsadan Chaw-wattanakun

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

For the Degree of Master of Arts in Sociology

Department of Sociology and Anthropology

Faculty of Political Science

Chulalongkorn University

Academic Year 2004

ISBN 974-17-6169-4

หัวข้อวิทยานิพนธ์

การสร้างความหมายทางสังคมและวัฒนธรรมเกี่ยวกับความรู้สึกเป็น
ตราบาปในกลุ่มผู้หญิงที่มีบุตรยาก

โดย

นางสาว กังสดาล เชาวน์วัฒนกุล

สาขาวิชา

สังคมวิทยา

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร.ภาวิกา ปิยะมาพรชัย

คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะรัฐศาสตร์
(ศาสตราจารย์ ดร.อมรา พงศาพิชญ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร.อมรา พงศาพิชญ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(อาจารย์ ดร.ภาวิกา ปิยะมาพรชัย)

..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ประสิทธิ์ สวาสดีญาติ)

กัสดาล เชาว์วัฒนกุล : การสร้างความหมายทางสังคมและวัฒนธรรมเกี่ยวกับความรู้สึกเป็นตราบาป
ในกลุ่มผู้หญิงที่มีบุตรยาก. (THE SOCIO-CULTURAL CONSTRUCTION OF STIGMA IN
INFERTILE WOMEN) อ. ที่ปรึกษา : อาจารย์ ดร.ภาวิกา ปิยะมาพรชัย, 195 หน้า. ISBN 974-17-6169-4.

งานวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อบทบาทคาดหวังของผู้หญิง
ในสังคมไทยสมัยปัจจุบัน, กระบวนการเกิด "ความรู้สึกเป็นตราบาป" (Stigma) ของผู้หญิงที่มีบุตรยาก, ความสัมพันธ์
ระหว่างภาวะมีบุตรยากของผู้หญิงกับสภาพความสัมพันธ์ในครอบครัว ตลอดจนวิธีการปรับตัวของผู้หญิงในภาวะมี
บุตรยาก ซึ่งแนวคิดที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แนวคิดบทบาททางเพศ, แนวคิดความรู้สึกเป็นตราบาป, แนวคิด
ภาวะมีบุตรยาก, แนวคิดครอบครัว และแนวคิดการปรับตัวทางสังคม

งานวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งผู้วิจัยใช้การวิจัยแบบกรณีศึกษา (Case study) ด้วยวิธีการสังเกต
การณ์, การศึกษาประวัติชีวิต และการสัมภาษณ์เจาะลึก โดยการเลือกตัวอย่างเป็นแบบเจาะจง จากประชากรที่มารับ
การตรวจวินิจฉัยและรักษาการมีบุตรยาก ณ สถานพยาบาลเจตนิน จำนวน 10 ตัวอย่าง ผลการวิจัยพบว่า ความรู้
สึกเป็นตราบาปในกลุ่มผู้หญิงที่มีบุตรยากเกิดมาจากการสร้างความหมายทางสังคมและวัฒนธรรม ดังนี้

- 1) กระบวนการขัดเกลาทางสังคมของครอบครัวได้สร้างตัวตนทางสังคมให้ผู้หญิงยอมรับและดำเนินตาม
บทบาทคาดหวัง อันได้แก่ บทบาทของบุตรสาว บทบาทของผู้หญิงทำงาน บทบาทของภรรยา และบทบาทของมารดา
- 2) เมื่อผู้หญิงต้องเผชิญกับภาวะมีบุตรยาก และรู้สึกว่าตนเองแตกต่างจากผู้หญิงคนอื่นตรงที่ไม่สามารถ
ตั้งครรภ์และให้กำเนิดบุตรได้ เธอจะเกิดความรู้สึกเป็นตราบาปขึ้น เครียดกังวล รู้สึกผิดต่อตนเองและสามี ขาดความ
มั่นคงในชีวิต รวมทั้งวิตกในผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการที่ไม่สามารถดำเนินตามบทบาทคาดหวังดังกล่าวได้
- 3) ภาวะมีบุตรยากของผู้หญิงยังส่งผลให้ชีวิตของคู่สมรสส่วนใหญ่เกิดความเครียดและขัดแย้งกันบ่อยขึ้น
- 4) ผู้หญิงมีบุตรยากส่วนใหญ่จะมีการปรับตัวในช่วงระหว่างการรักษาและหลังการรักษาเพื่อให้ตนเอง
หลุดพ้นจากความรู้สึกเป็นตราบาปและดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างปกติสุข

ภาควิชา สังคมวิทยาและมานุษยวิทยา

ลายมือชื่อนิสิต

สาขาวิชา สังคมวิทยา

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

ปีการศึกษา 2547

4581103924 : MAJOR SOCIOLOGY

KEY WORD: STIGMA / INFERTILITY / GENDER ROLE / FAMILY / SOCIAL ADJUSTMENT

KANGSADAN CHAW-WATTANAKUN : THE SOCIO-CULTURAL CONSTRUCTION OF STIGMA IN INFERTILE WOMEN. THESIS ADVISOR: PAVIKA PIYAMAPORNCHAI, Ph.D.
195 pp. ISBN 974-17-6169-4.

This study aims to assess the extent to which socio-cultural factors affecting gender roles and the construction of stigma in infertile women. It is a qualitative case study of 10 purposively recruited infertile women who visited Jetanin Institute of Assisted Conception for infertility treatment. Most of the information is obtained through in-depth interviews with these women. However, the researcher also uses the observation technique together with a study of life history to gather other relevant data.

The objectives of this study cover several areas. First of all, it examines the way in which socio-cultural socialization affecting gender role expectation of the contemporary Thai women. Secondly, it intends to investigate processes of stigmatization amongst these infertile women. Moreover, linkages between women's infertility and family relationships are explored. Lastly, the adjustment and coping ability of these women both during and after treatment are observed.

"Stigma", "gender role", "infertility", "the family", and "social adjustment" are interrelated concepts used in this study to fully comprehend the socio-cultural construction of stigma in infertile women.

Major findings are:-

- 1) Socialization processes play a key role in forming "self" of a person.
- 2) Women infertility is a reality clashes with the expected role of being a mother.
- 3) Infertility causes stress and conflicts in a relationship.
- 4) Most women normally adjust themselves to cope with the guilt of being infertile.

Department Sociology and Anthropology Student's signature

Field of study Sociology Advisor's signature

Academic year 2004

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ถือเป็นความภาคภูมิใจประการหนึ่งในชีวิตของผู้เขียน เบื้องหลังความสำเร็จของงานชิ้นนี้เกิดจากแรงสนับสนุน และการให้ความช่วยเหลือจากบุคคลมากมาย อันดับแรก ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ ดร.ภาวีกา ปิยะมาพรชัย อาจารย์ที่ปรึกษาของผู้เขียน ซึ่งคอยแนะนำอย่างใกล้ชิด และดูแลการทำวิทยานิพนธ์ตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งวิทยานิพนธ์เสร็จสมบูรณ์ ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณศาสตราจารย์ ดร.อมรา พงศาพิชญ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ประสิทธิ์ สวาสดิ์ญาติ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ซึ่งคอยชี้แนะแนวทางการค้นคว้าวิจัย ทำให้ผู้เขียนได้พัฒนาความสามารถทางการวิจัยอย่างถูกต้อง ตลอดจนอาจารย์ในภาควิชาทุกท่านที่ให้คำแนะนำต่างๆ เกี่ยวกับการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ผู้เขียนขอขอบคุณคณะแพทย์และพยาบาล ณ สถานพยาบาลเจตนินทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือทั้งทางด้านวิชาการ และการพิจารณาเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ตลอดจนการอำนวยความสะดวกต่างๆ เป็นอย่างดีตลอดระยะเวลา 3 เดือนของการเก็บข้อมูล นอกจากนี้ ผู้เขียนขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทั้ง 10 กรณีศึกษาเป็นอย่างยิ่งที่ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ เจาะลึก ซึ่งนอกจากผู้วิจัยจะได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการศึกษาแล้ว กลุ่มตัวอย่างยังให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในชีวิตประจำวันแก่ผู้เขียนด้วยความรู้สึที่เป็นมิตร ทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ได้ร่วมกันทำให้ผู้เขียนสนุกกับการวิจัย และรู้สึกประทับใจกับการเก็บข้อมูลอย่างยากที่จะลืมเลือน

ผู้เขียนกราบขอบพระคุณ พลตรีศรุต นาควัชร ที่คอยให้คำชี้แนะ ความช่วยเหลือด้านต่างๆ ให้กำลังใจ และเอาใจใส่ผู้เขียนตลอดการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

ผู้เขียนขอขอบคุณ กองทุนบัณฑิตจุฬาฯ 2538 ที่ได้มอบทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ของคณะรัฐศาสตร์ และเจ้าหน้าที่บัณฑิตวิทยาลัยทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับภารกิจในการสอบวิทยานิพนธ์ซึ่งอำนวยความสะดวกตลอดมา

ท้ายสุดนี้ บุคคลสำคัญที่สุดสำหรับผู้เขียน นั่นคือ บิดามารดา และญาติพี่น้องของผู้เขียนเอง ซึ่งดูแลเอาใจใส่ในทุกๆ ด้าน และเป็นกำลังใจสำคัญในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ รวมถึงเพื่อนๆ ทุกคนซึ่งร่วมศึกษา ร่วมสนับสนุนการ และร่วมทำวิทยานิพนธ์กันมา ทำให้ชีวิตทางการศึกษาของผู้เขียนมีความสุขและความสมบูรณ์แบบ ดั่งนั้น ความสำเร็จของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จึงถือเป็นความสำเร็จของทุกท่านเช่นกัน ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณอย่างจริงใจ

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อวิทยานิพนธ์ภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อวิทยานิพนธ์ภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฎ
สารบัญภาพ.....	ฐ

บทที่

1 บทนำ.....	1
1.1 หัวข้อการวิจัย.....	1
1.2 ที่มาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
1.4 ใจหายการวิจัย.....	4
1.5 สมมติฐานการวิจัย.....	4
1.6 ขอบเขตของการวิจัย.....	8
1.7 ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัย.....	8
2 แนวคิด และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	9
2.1 แนวคิดเรื่อง “บทบาททางเพศ” (Gender role).....	10
2.1.1 ระบบสังคมในฐานะที่เป็นกลไกในการกำหนดบทบาทของสมาชิก.....	10
2.1.2 ความหมายของ “เพศ” “บทบาททางเพศ” และ “อัตลักษณ์ทางเพศ”... 14	
2.1.3 การกำหนดบทบาททางเพศสู่บทบาทคาดหวังของผู้หญิงไทย.....	17
2.1.4 การวิเคราะห์บทบาททางเพศในแนวคิดสตรีนิยม.....	22
2.2 แนวคิดเรื่อง “ความรู้สึกเป็นตราบาป” (Stigma).....	25
2.2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเป็นตัวตนและความรู้สึกเป็นตราบาป.. 25	
2.2.2 ประเภทและลักษณะของความรู้สึกเป็นตราบาป.....	27
2.2.3 กระบวนการเกิดความรู้สึกเป็นตราบาป.....	28

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
2.2.4 ความสัมพันธ์ของแนวคิดเรื่อง “ความรู้สึกเป็นตราบาป” ในการวิจัยครั้งนี้.....	30
2.3 แนวคิดเรื่อง “ภาวะมีบุตรยาก” (Infertility).....	31
2.3.1 นิยามของ “ภาวะมีบุตรยาก”	31
2.3.2 สาเหตุของภาวะมีบุตรยาก.....	32
2.3.3 การตรวจวินิจฉัยและการรักษาภาวะมีบุตรยาก.....	34
2.3.4 ผลของการตรวจวินิจฉัยและการรักษาภาวะมีบุตรยาก.....	37
2.3.5 ประเด็นทางสังคมของการรักษาภาวะมีบุตรยาก.....	41
2.3.6 ภาวะมีบุตรยากในสังคมไทย.....	42
2.4 แนวคิดเรื่อง “ครอบครัว” (Family).....	43
2.4.1 นิยามของ “ครอบครัว”	43
2.4.2 บทบาทและหน้าที่ของครอบครัว.....	46
2.4.3 ลักษณะของครอบครัวไทย.....	47
2.4.4 ภาวะครอบครัวอบอุ่น.....	48
2.4.5 ปัญหาการหย่าร้าง.....	50
2.4.6 ความสัมพันธ์ของแนวคิดครอบครัวในการวิจัยครั้งนี้.....	52
2.5 แนวคิดเรื่อง “การปรับตัวทางสังคม” (Social adjustment).....	52
2.5.1 นิยามของคำว่า “การปรับตัวทางสังคม”	52
2.5.2 ปัจจัยที่มีผลต่อ “การปรับตัวทางสังคม”	54
2.5.3 การปรับตัวของผู้หญิงมีบุตรยาก.....	56
2.6 ความสัมพันธ์ของแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้.....	56
2.7 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	58
2.7.1 งานวิจัยต่างประเทศ.....	59
2.7.2 งานวิจัยในประเทศ.....	66

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3	ระเบียบวิธีวิจัย..... 69
3.1	กรอบแนวคิด..... 70
3.2	นิยามเชิงปฏิบัติการ..... 71
3.3	พื้นที่ ประชากร และการเลือกตัวอย่าง..... 72
3.3.1	พื้นที่ และประชากร..... 72
3.3.2	กลุ่มตัวอย่าง และการเลือกตัวอย่าง..... 73
3.4	วิธีการศึกษา..... 74
3.4.1	ประเภท และระดับของงานวิจัย..... 74
3.4.2	บทบาทของผู้วิจัย และผู้ถูกวิจัย..... 75
3.4.3	การตรวจสอบข้อมูล..... 75
3.5	เทคนิคการวิจัยอย่างมีส่วนร่วม..... 76
3.6	การเก็บรวบรวมข้อมูล..... 77
3.7	การวิเคราะห์ข้อมูล..... 80
3.8	ระยะเวลาดำเนินการ..... 83
3.9	ร่างคำถาม..... 84
3.10	ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับพื้นที่วิจัย..... 89
4	ข้อค้นพบจากการวิจัย..... 93
4.1	ลักษณะประชากรในภาพรวม..... 93
4.2	ประวัติชีวิตของกรณีศึกษา..... 107
5	บทวิเคราะห์..... 130
5.1	ความคาดหวังทางสังคมกับภาวะมีบุตรยาก..... 131
5.1.1	กระบวนการขัดเกลาทางสังคมของครอบครัว
	สู่บทบาทคาดหวังของผู้หญิงในสังคมไทย..... 131
5.1.1.1	บทบาทและสถานภาพของผู้หญิงไทยในปัจจุบัน..... 132
5.1.1.2	บทบาทคาดหวังของผู้หญิงในสังคมไทย..... 134
5.1.1.3	สาเหตุที่ทำให้ผู้หญิงรู้สึกที่ตนเองต้องเป็นมารดา..... 135

สารบัญ (ต่อ)

บทที่

หน้า

5.1.1.4	ข้อสังเกตบางประการเกี่ยวกับความต้องการมีบุตร.....	137
5.1.2	“ความเป็นหญิง” และ “ความเป็นมารดา”.....	138
5.1.2.1	บทบาทที่ยากที่สุดของผู้หญิง.....	138
5.1.2.2	การนิยาม “ความเป็นมารดา”	139
5.1.3	ความสำคัญของการมีบุตร.....	140
5.2	ภาวะมีบุตรยากกับความรู้สึกเป็นตราบาป.....	142
5.2.1	การสร้างความหมายทางสังคมและวัฒนธรรมเกี่ยวกับ ความรู้สึกเป็นตราบาปของผู้หญิงที่มีบุตรยาก.....	142
5.2.1.1	ตัวตนทางสังคมของผู้หญิงมีบุตรยาก.....	143
5.2.1.2	มุมมองของผู้หญิงมีบุตรยากต่อผู้หญิงมีบุตรยาก.....	144
5.2.2	การตัดสินใจเข้ารับการตรวจวินิจฉัยภาวะมีบุตรยาก.....	147
5.2.3	ขั้นตอนการรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยในการเจริญพันธุ์.....	148
5.2.4	กระบวนการเกิดความรู้สึกเป็นตราบาป (Stigma).....	150
5.3	การปรับตัวและสภาพความสัมพันธ์ในครอบครัวที่เปลี่ยนไป.....	154
5.3.1	การต่อรองทางเพศของคู่สามีภรรยาระหว่างการเผชิญภาวะมีบุตรยาก.....	154
5.3.2	อิทธิพลของกลุ่มสนับสนุนที่มีต่อสภาพความสัมพันธ์ในครอบครัว.....	155
5.3.3	การวางแผนครอบครัวและสภาพความสัมพันธ์ในครอบครัว ที่เปลี่ยนแปลงไป.....	157
5.4	การปรับตัวของผู้หญิงมีบุตรยาก.....	158
5.4.1	การปรับตัวของผู้หญิงมีบุตรยากในการดำเนินชีวิตประจำวัน.....	159
5.4.2	การนิยามความหมายของ “ความเป็นผู้หญิง” ที่เปลี่ยนไป.....	160
6	บทสรุป ข้อจำกัด จริยธรรมการวิจัย และข้อเสนอแนะ.....	161
6.1	บทสรุป.....	161
6.2	ข้อจำกัด และอุปสรรคในการวิจัยครั้งนี้.....	165
6.3	จริยธรรมการวิจัย.....	167
6.4	ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป.....	169

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
รายการอ้างอิง.....	170
ภาคผนวก.....	179
คำอธิบายเทคนิคการรักษาภาวะมีบุตรยากโดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์.....	180
จดหมายขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลการวิจัย.....	185
จดหมายตอบรับการเก็บข้อมูลการวิจัยจากสถานพยาบาลเจตนิน.....	186
จดหมายขอขอบคุณในความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลการวิจัย.....	187
จดหมายแนะนำตัวของผู้วิจัยสำหรับกลุ่มตัวอย่าง.....	188
หนังสือแสดงความยินยอม (Consent form).....	189
ร่างคำถาม.....	191
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	195

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 แสดงอายุของกลุ่มตัวอย่างและสามี รวมทั้งอายุห่างระหว่างสามีและภรรยา.....	94
2 แสดงอาชีพของกลุ่มตัวอย่างและสามี รวมทั้งรายได้เฉลี่ยของครอบครัว.....	96
3 แสดงระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง.....	97
4 แสดงสถานภาพสมรส และระยะเวลาสมรสของกลุ่มตัวอย่าง.....	98
5 แสดงภูมิลำเนาและสถานที่พักอาศัยในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง.....	99
6 แสดงลักษณะที่พักอาศัยในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง.....	100
7 แสดงลักษณะครอบครัวเดิมของกลุ่มตัวอย่าง.....	102
8 แสดงสาเหตุของภาวะมีบุตรยากของกลุ่มตัวอย่าง.....	104
9 แสดงประสบการณ์เกี่ยวกับวิธีการรักษาภาวะมีบุตรยากของกลุ่มตัวอย่าง.....	105
10 แสดงลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม.....	106

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญภาพ

ภาพประกอบ

หน้า

1	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเป็นตัวตนและโครงสร้างทางสังคม.....	26
2	แสดงกระบวนการเกิดความรู้สึกเป็นตราบาปของ Erving Goffman.....	29
3	แสดงป้ายชื่อด้านหน้าของสถานพยาบาลเจตนิน.....	89
4	แสดงอาคารด้านหน้าของสถานพยาบาลเจตนิน.....	90
5	แสดงขั้นตอนการรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ของสถานพยาบาลเจตนิน.....	91
6	แสดงขั้นตอนการรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ในวิธีการต่างๆ.....	148
7	แสดงกระบวนการเกิดความรู้สึกเป็นตราบาป (Stigma) ของผู้หญิงมีบุตรยาก.....	151

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ในบทที่ 1 นี้ เป็นบทนำที่กล่าวถึงปัญหาการวิจัย ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์การวิจัย โจทย์และสมมติฐานของการวิจัย ขอบเขต ตลอดจนประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งมีลำดับการนำเสนอหัวข้อ คือ

- 1.1 หัวข้อการวิจัย
- 1.2 ที่มาและความสำคัญของปัญหา
- 1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย
- 1.4 โจทย์การวิจัย
- 1.5 สมมติฐานการวิจัย
- 1.6 ขอบเขตของการวิจัย
- 1.7 ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัย

ดังมีรายละเอียด ต่อไปนี้

1.1 หัวข้อการวิจัย

“การสร้างความหมายทางสังคมและวัฒนธรรมเกี่ยวกับความรู้สึกเป็นตราบาปในกลุ่มผู้หญิงที่มีบุตรยาก” (The socio-cultural construction of stigma in infertile women)

1.2 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

มนุษยชาติถูกขัดเกลาและถูกสั่งสอนให้รู้จักกับความสำคัญของ “ครอบครัว” ในฐานะที่เป็นสถาบันที่มีความหมายและผูกพันกับมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนตาย มีหน้าที่สำคัญในการผลิตสมาชิกใหม่ ตลอดจนการเลี้ยงดูด้วยความรัก ความอบอุ่น และความเอาใจใส่แก่สมาชิกจวบจนชั่วชีวิต ในขณะที่ครอบครัวก็ยังทำหน้าที่บำบัดความต้องการทางเพศให้เป็นไปอย่างถูกต้องของคล่อง

ธรรมด้วย คนส่วนใหญ่จึงกล่าวว่าสถาบันครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความสำคัญที่สุดของมนุษย์ จากความสำคัญของสถาบันครอบครัวดังกล่าวทำให้หญิงชายทั้งหลายเกิดความตั้งใจและคาดหวังที่จะสร้างสถาบันครอบครัวของตนให้มีความสุขสมบูรณ์ที่สุดเท่าที่จะทำได้

“การแต่งงาน” นับเป็นจุดเริ่มต้นก้าวสำคัญของการสร้างครอบครัว คู่สมรสทุกคู่ย่อมปรารถนาที่จะสร้างครอบครัวให้มีความสุขสมบูรณ์ตลอดรอดฝั่ง ตลอดจนความคาดหวังในการทำหน้าที่ผลิตสมาชิกใหม่ให้แก่สังคม คู่สมรสส่วนใหญ่มักเชื่อว่า “การให้กำเนิดบุตร” จะเป็นเสมือนใช้ของคลั่งใจให้สามีภรรยามีความรักความผูกพันกันมากยิ่งขึ้น และคาดหวังให้บุตรทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลตนเองในยามแก่เฒ่า นอกจากนี้ การมีบุตรยังนำมาซึ่งความรู้สึกพึงพอใจ ความเป็นภาคภูมิใจ และเพิ่มคุณค่าและความหมายให้กับชีวิต อีกทั้งยังเป็นตัวชี้วัดหนึ่งในการบรรลุเป้าหมายชีวิตครอบครัวที่สมบูรณ์แบบด้วย เมื่อเป็นเช่นนั้น “การมีบุตร” จึงกลายเป็นความคาดหวังและความปรารถนาสำคัญของคู่สามีภรรยา

โดยทั่วไปทางการแพทย์ถือว่าคู่สามีภรรยาที่อยู่ด้วยกันปกติโดยไม่ได้คุมกำเนิดและมีความสัมพันธ์ทางเพศอย่างสม่ำเสมอเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี แล้วยังไม่เกิดการตั้งครรภ์ ก็เรียกว่าคู่สมรสนั้นอยู่ใน “ภาวะมีบุตรยาก” (หทัย เทพพิสัย และอุรุษา เทพพิสัย, 2533) จากการรวบรวมข้อมูลยังพบว่าในปัจจุบันคู่สมรสประมาณร้อยละ 10 - 15 เข้าข่ายภาวะดังกล่าว (จตุพล ศรีสมบูรณ์ และคณะ, 2538) นอกจากนี้ ด้วยสภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ ตลอดจนทัศนคติ ค่านิยมสมัยใหม่ และความพร้อมในการสร้างเนื้อสร้างตัว ทำให้คู่สมรสในปัจจุบันมีแนวโน้มการตัดสินใจที่จะแต่งงานด้วยเกณฑ์อายุเฉลี่ยที่สูงขึ้น ซึ่งอายุของคู่สมรสชายและหญิงที่เพิ่มมากขึ้นนี้เป็นปัจจัยประการสำคัญที่ทำให้คู่สมรสมีโอกาสเผชิญกับภาวะมีบุตรยากสูงขึ้นด้วย กล่าวคือ โดยปกติผู้หญิงอายุ 25 ปีจะมีโอกาสตั้งครรภ์ได้มากกว่าร้อยละ 50 ถึงร้อยละ 75 แต่จะมีโอกาสตั้งครรภ์ได้ยากขึ้นเป็นเท่าตัวเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นทุกๆ 5 ปี ในทางเดียวกัน ผู้ชายก็มีโอกาสใกล้เคียงกับผู้หญิง คือ เมื่ออายุ 25 ปี จะสามารถทำให้ภรรยาตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 75 ภายใน 1 ปี แต่เมื่ออายุ 40 ปีขึ้นไปแล้วจะเหลือโอกาสเพียงร้อยละ 25 เท่านั้น ดังนั้น "ภาวะมีบุตรยาก" จึงไม่ใช่เรื่องไกลตัวสำหรับคนในยุคปัจจุบันเลย

สิ่งที่น่าคิดนั่นคือ เรามักจะพบว่า ในสังคมไทยภาวะมีบุตรยากอันเกิดจากความบกพร่องของฝ่ายชายมักไม่ถูกพูดถึง ในทางกลับกัน ภาวะมีบุตรยากอันเกิดจากความบกพร่องของฝ่ายหญิงกลับกลายเป็นความกดดันที่มักจะทำให้ผู้หญิงถูกพูดถึงในแง่ของความบกพร่องในบทบาทของความเป็นมารดา ทั้งที่ในความเป็นจริง แม้จะไม่มีสถิติที่แน่นอนเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดภาวะมีบุตรยาก แต่ก็พอสรุปได้ว่าเป็นสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันระหว่างฝ่ายชายและฝ่ายหญิงคือ เป็นสาเหตุจากฝ่ายชายร้อยละ 50 และสาเหตุจากฝ่ายหญิงร้อยละ 50 (พนิตยั จิระนันท์ ประวัติ, 2546) หรืออาจเป็นสาเหตุจากฝ่ายชายและฝ่ายหญิงร้อยละ 40 และเป็นสาเหตุร่วมกันร้อยละ 20 (สถานพยาบาลเจตนิน, 2546)

ดังนั้น ผู้หญิงที่มีบุตรยากจึงมักจะเผชิญกับความเครียด ความทุกข์ทรมาน และความกดดัน ด้วยความรู้สึกว่าตนบกพร่อง และไม่สามารถทำหน้าที่ของผู้หญิงได้สมบูรณ์ โดยเฉพาะในบทบาทของความเป็นแม่ ซึ่งเป็นบทบาทคาดหวังที่คู่สมรส และสังคม ตลอดจนผู้หญิงเองคาดหวังไว้ ความเครียดเหล่านี้ส่งผลให้ผู้หญิงส่วนใหญ่ที่อยู่ในภาวะมีบุตรยากพยายามหาทุกวิถีทางเพื่อให้ตนตั้งครรรภ์ ทั้งวิถีทางการแพทย์ ทางไสยศาสตร์ หรือความเชื่อต่างๆ อย่างไรก็ดี สามีภรรยาบางคู่สามารถปรับสภาพยอมรับได้และพยายามสร้างความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจกัน แต่บางคู่ก็ไม่ได้เป็นเช่นนั้น โดยบางกรณีภาวะมีบุตรยากก็ได้กลายเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้หญิงถูกปฏิเสธในบทบาทของความเป็นภรรยาด้วย อันนำไปสู่การเกิดปัญหาความไม่เข้าใจกันของคู่สมรส และจบลงด้วยการหย่าร้างในที่สุด

การศึกษาทัศนคติ ความคาดหวัง และพฤติกรรมของผู้หญิงที่อยู่ในภาวะมีบุตรยาก ซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกเป็น “ตราบาป” ในชีวิตผู้หญิง ตลอดจนทัศนคติทางสังคม และทัศนคติของผู้หญิงเอง ที่มีต่อ “บทบาทคาดหวัง” ในความเป็นมารดา จึงเป็นประเด็นสำคัญที่จะทำให้เราเข้าใจสภาพครอบครัว และสภาพปัญหาครอบครัวที่เกิดขึ้นจริงในสังคมมากขึ้น อันจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนครอบครัว และพัฒนาสังคมต่อไป

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.3.1 เพื่อศึกษาปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อ "บทบาทคาดหวัง" ของผู้หญิงในสังคมไทยสมัยปัจจุบัน

1.3.2 เพื่อศึกษากระบวนการเกิด "ความรู้สึกเป็นตราบาป" (Stigma) ของผู้หญิงที่มีบุตรยากในบริบทของสังคมไทย

1.3.3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง "ภาวะมีบุตรยากของผู้หญิง" กับ "สภาพความสัมพันธ์ในครอบครัว" ในบริบทของสังคมไทยสมัยปัจจุบัน

1.3.4 เพื่อศึกษาวิธีการปรับตัวของผู้หญิงในภาวะมีบุตรยาก

1.4 ใจหายการวิจัย

1.4.1 ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมมีผลต่อการสร้างบทบาทคาดหวังของผู้หญิงในการเป็นมารดาและการเป็นภรรยาอย่างไร

1.4.2 การเกิด "ความรู้สึกเป็นตราบาป" (Stigma) ของผู้หญิงที่มีบุตรยากในบริบทของสังคมไทยมีกระบวนการอย่างไร

1.4.3 ภาวะมีบุตรยากของผู้หญิงมีผลต่อความราบรื่นของชีวิตครอบครัวหรือไม่ และผลต่อสภาพความสัมพันธ์ในครอบครัวอย่างไร

1.4.4 ผู้หญิงมีวิธีการปรับตัวอย่างไรเมื่อต้องเผชิญกับภาวะมีบุตรยาก

1.5 สมมติฐานการวิจัย

1.5.1 ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมย่อมมีผลต่อ "บทบาทคาดหวัง" ของผู้หญิงในสังคมไทยสมัยปัจจุบัน

แนวคิดที่มารองรับสมมติฐานนี้ คือ แนวคิดเรื่องเพศ และบทบาททางเพศ ซึ่งกล่าวว่าบทบาทของสมาชิกในสังคมถูกกำหนดขึ้นจากพื้นฐานของเพศที่แตกต่างกันระหว่างหญิงและชาย และโครงสร้างทางสังคมที่ไม่เท่าเทียมกัน ระบบทางสังคมจึงได้กำหนดบทบาทที่เหมาะสมให้แก่สมาชิกเพื่อให้สังคมโดยรวมสามารถดำรงอยู่ได้ โดยคาดหวังให้หญิงและชายมีบทบาททาง

เพศที่แตกต่างกัน ดังนั้น เมื่อลักษณะทางชีวภาพของผู้หญิงซึ่งสามารถให้กำเนิดบุตรได้ สังคมจึงคาดหวังให้ผู้หญิงมีหน้าที่ในการให้กำเนิดบุตรและทำหน้าที่เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตร จึงเป็นที่มาพื้นฐานในการสร้างความคาดหวังในบทบาทความเป็นมารดาของผู้หญิงจากอดีตจนถึงปัจจุบัน ในทางเดียวกัน ธรรมชาติได้มอบสถานภาพของความเป็นบุตรสาวให้กับผู้หญิงมาโดยกำเนิด และเมื่อเติบโตขึ้นถึงวัยอันควรผู้หญิงก็จะสมรสและมีหน้าที่เป็นภรรยา ประกอบกับกระบวนการขัดเกลาทางสังคมของไทยซึ่งได้รับอิทธิพลทางพุทธศาสนาทำให้ผู้หญิงเรียนรู้ถึงหน้าที่ของความเป็นบุตรและภรรยาที่ดี ผู้หญิงจึงถูกคาดหวังในบทบาทของความเป็นบุตรสาว และบทบาทความเป็นภรรยาที่ดี อย่างไรก็ตาม เมื่อสภาพแวดล้อมทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป เงื่อนไขทางเศรษฐกิจทำให้หญิงและชายต้องช่วยกันทำมาหากิน สังคมเชื้ออำนาจให้ผู้หญิงออกไปทำงานนอกบ้านมากขึ้น รวมทั้งมนุษย์ได้เรียนรู้ว่าผู้หญิงสามารถทำงานที่เกี่ยวข้องกับความละเอียดอ่อนได้ดีกว่าผู้ชาย สังคมจึงปรับเปลี่ยนบทบาทของผู้หญิง โดยเพิ่มความคาดหวังในบทบาทด้านหน้าที่การงานให้ผู้หญิงด้วย บทบาทคาดหวังของผู้หญิงในสังคมไทยจึงถูกกำหนดและปรับเปลี่ยนให้เกิดความเหมาะสมตามลักษณะชีวภาพทางธรรมชาติและสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งงานวิจัยของวันทนี วาลิกะสิน และสุนีย์ เหมะประสิทธิ์ (2541) เรื่อง “ค่านิยมและทัศนคติของสังคมไทยต่อสตรีที่มีผลกระทบต่อสถาบันครอบครัวและสังคม” ชี้ให้เห็นว่า เมื่อสภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป บทบาทและสถานภาพของผู้หญิงก็จะถูกปรับเปลี่ยนไปเช่นกัน ปัจจุบันผู้หญิงมีบทบาทเกี่ยวกับหน้าที่การงานนอกบ้านมากขึ้น แต่บทบาทคาดหวังในความเป็นลูกสาว ความเป็นภรรยา และความเป็นมารดาก็ยังคงอยู่

1.5.2 "ความรู้สึกเป็นตราบาป" (Stigma) ย่อมเกิดขึ้นเมื่อผู้หญิงรับรู้ว่าคุณเองไม่สามารถมีบุตรได้ตามความคาดหวังของสังคม

แนวคิดที่มารองรับสมมติฐานนี้ คือ แนวคิดเรื่องความรู้สึกเป็นตราบาป ซึ่งกล่าวไว้ว่า เมื่อมนุษย์เป็นสมาชิกของสังคม มนุษย์จึงมีหน้าที่ดำเนินตามบทบาทของตนเพื่อให้สังคมอยู่รอด โดยระบบทางสังคมได้กำหนดบทบาทของสมาชิกให้แตกต่างกันตามลักษณะทางเพศและสภาพแวดล้อมของสังคม รวมทั้งคาดหวังให้สมาชิกดำเนินตามบทบาทนั้นเพื่อให้สังคมโดยรวมเกิดความปกติสุข ซึ่งสิ่งที่สังคมคาดหวังต่อสมาชิกนี้เองได้กลายเป็น “บทบาทคาดหวัง” ที่สมาชิกต้องปฏิบัติตาม แต่อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมของมนุษย์ที่ไม่สามารถจะแสดงออกมาตามความคาดหวังทางบทบาทของสังคมได้ ก็จะทำให้มนุษย์เกิดความรู้สึกว่าตนเองบกพร่อง และเกิด

เป็นความรู้สึกเป็นตราบาปขึ้น ในทางเดียวกัน บทบาทคาดหวังของผู้หญิงบทบาทหนึ่งก็คือ บทบาทความเป็นมารดา โดยทั่วไปผู้หญิงจะตั้งครรภ์และให้กำเนิดบุตร แต่ก็ไม่ได้เป็นเช่นนั้นเสมอไป เนื่องจากยังมีผู้หญิงอีกส่วนหนึ่งต้องตกอยู่ในภาวะมีบุตรยาก ซึ่งเธอไม่สามารถให้กำเนิดบุตรได้ ดังนั้น เมื่อผู้หญิงมีบุตรยากต้องรับรู้ว่าคุณเองไม่สามารถเป็นมารดาได้ตามที่สังคมคาดหวังไว้ ผู้หญิงมีบุตรยากย่อมเกิดความรู้สึกเครียดกังวล และเกิดความรู้สึกเป็นตราบาปขึ้นมา ซึ่งงานวิจัยของ Christine Anne Dersney (1996) และ Linda M. Whiteford and Lois Gonzalez (1995) ชี้ให้เห็นชัดเจนว่าภาวะมีบุตรยากส่งผลต่อการเกิดความรู้สึกเป็นตราบาป ทำให้ผู้หญิงมีความเครียดเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Laura Jeanne Shanner (1994) ซึ่งก็พบว่าผู้หญิงมีบุตรยากจะเกิดความรู้สึกเป็นตราบาป รู้สึกว่าคุณเองโดดเดี่ยว ผิดปกติ และโศกเศร้า

1.5.3 “ภาวะมีบุตรยากของผู้หญิง” ย่อมมีผลกระทบต่อ “สภาพความสัมพันธ์ในครอบครัว”

แนวคิดที่มารองรับสมมติฐานนี้ คือ แนวคิดเรื่องครอบครัว ซึ่งคำว่า “ครอบครัว” ถูกนิยามในหลากหลายความหมาย โดยทั่วไปแล้วความหมายของครอบครัวนั้น จะอ้างอิงถึงองค์ประกอบของพ่อ แม่ และลูก ทั้งที่ในความเป็นจริงนิยามของคำว่าครอบครัวนั้นไม่จำเป็นต้องมีลูกก็ได้ แต่กระบวนการขัดเกลาทางครอบครัวและสังคมได้สร้างความคาดหวังต่อการสร้าง “ครอบครัว” ในอุดมคติ ให้มีลักษณะของการให้กำเนิดบุตรเป็นองค์ประกอบสำคัญ คู่สมรสส่วนใหญ่จึงคาดหวังต่อ “การมีบุตร” มาก โดยสร้างภาพของครอบครัวอบอุ่น หรือ ครอบครัวเปี่ยมสุขว่าต้องประกอบไปด้วย พ่อ แม่ และ ลูก เมื่อคู่สมรสต้องเผชิญกับภาวะมีบุตรยากจึงเสมือนเป็นการทำลายความฝันของคู่สมรส อันส่งผลให้ชีวิตสมรสมีความสัมพันธ์ที่ไม่ดี และอาจนำไปสู่ความไม่เข้าใจกัน ในทางตรงกันข้าม สถานการณ์การมีบุตรยากอาจทำให้บางคู่สมรสเห็นอกเห็นใจกันมากขึ้น และพยายามทำความเข้าใจระหว่างกันมากขึ้นก็ได้ แต่อย่างไรก็ดี จะเห็นได้ว่า “ภาวะมีบุตรยาก” ได้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้หญิงที่มีบุตรยากทั้งในทางที่ดีและในทางที่ไม่ดี ซึ่งผลงานของ Albert George Nyland (1999) พบว่าภาวะมีบุตรยากมีผลโดยตรงต่อความพึงพอใจในชีวิตการแต่งงาน และงานของ Rita Diana Benasutti (2002) ชี้ให้เห็นว่า ภาวะมีบุตรยากเป็นประสบการณ์ความเครียดที่มีผลต่อชีวิตการแต่งงาน ชีวิตคู่สมรส ครอบครัว

1.5.4 ผู้หญิงมีบุตรยากย่อมมีการปรับตัวเมื่อรับรู้ว่าคุณเองอยู่ในภาวะมีบุตรยาก

แนวคิดที่มารองรับสมมติฐานนี้ คือ แนวคิดเรื่องภาวะมีบุตรยากและแนวคิดเรื่อง การปรับตัวทางสังคม ซึ่งอธิบายว่า โดยปกติแล้วมนุษย์มีการปรับตัวตลอดเวลาเพื่อสามารถ ดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข ในลักษณะเดียวกัน ผู้หญิงที่ต้องเผชิญกับภาวะมีบุตรยากก็จะมี การปรับตัวอีกรูปแบบหนึ่งเกิดขึ้นเพื่อช่วยให้ผู้หญิงสามารถดำเนินชีวิตต่อไปอย่างราบรื่น โดย ผู้หญิงมีบุตรยากจะมีการปรับตัวทั้งทางด้านพฤติกรรม จิตใจ และทางสังคมตลอดเวลา โดยการ ปรับตัวในลักษณะแรกก็คือการปรับตัวในช่วงของการรักษา และการปรับตัวอีกลักษณะหนึ่งก็คือ การปรับตัวเมื่อทราบว่าไม่สามารถมีบุตรได้ ซึ่งในช่วงของการรักษาภาวะมีบุตรยากน่าจะเป็นช่วง ที่ผู้หญิงต้องปรับตัวมากที่สุด เนื่องจาก การรักษาภาวะมีบุตรยาก เช่น การผสมเทียม การทำเด็ก หลอดแก้ว และการทำอิกซี่ ซึ่งต้องเลี้ยงเชื้อ และฉีดเชื้อกลับเข้าไปในไข่ และรอให้เกิดการปฏิสนธิ ต้องอาศัยกระบวนการที่มีความละเอียดอ่อนสูงมาก ความกระทบกระเทือนทางร่างกายเพียง เล็กน้อยอาจนำไปสู่ความล้มเหลวของการรักษาได้ รวมทั้งในช่วงของการรักษาผู้หญิงมีบุตรยากยัง ต้องระงับความเครียดกังวลซึ่งเป็นปัจจัยที่จะนำไปสู่ความล้มเหลวได้เช่นกัน ผู้หญิงมีบุตรยากจึง ต้องปรับตัวอย่างมากในช่วงระหว่างการรักษา รวมทั้งผู้หญิงมีบุตรยากยังทำปรับทัศนคติของเธอ ให้ยอมรับกับผลที่จะเกิดขึ้นภายหลังการรักษาด้วย ไม่ว่าจะสำเร็จสามารถให้กำเนิดบุตรได้ตามที่ ตั้งใจ หรือประสบความล้มเหลว หรือเกิดผลข้างเคียงจากการรักษา โดยที่เธอไม่อาจทราบได้เลย ว่าผลของการรักษาจะเป็นอย่างไรในขณะที่รักษา ทราบแต่เพียงว่าต้องดูแลตนเองให้ดีที่สุดเท่านั้น เพื่อจะมีโอกาสบรรลุความคาดหวัง ซึ่งแนวคิดเรื่องการปรับตัวทางสังคมได้ชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยที่จะ ทำให้ผู้หญิงมีบุตรยากปรับตัวได้ดี และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข ก็คือ การยอมรับ สภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น เปิดใจรับประสบการณ์ใหม่ที่ตนกำลังเผชิญอยู่ โดยรักษาศรัทธาและ ความเชื่อมั่นในตนเอง ตลอดจนมีทัศนคติที่ดีต่อสังคม และรักษาอารมณ์ให้เป็นปกติอยู่เสมอ ทั้งนี้ ผู้หญิงมีบุตรยากที่เข้าใจยอมรับสภาพความเป็นจริงได้ย่อมทำให้เธอสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ อย่างมีความสุขเช่นกัน ผลงานของ Charlene Elizabeth Miall (1984) ชี้ให้เห็นว่า ความรู้สึกเป็น ทราบทำให้ผู้ที่มิบุตรยากสร้างกลไกขึ้นมาเพื่อเลือกปฏิบัติในการปรับตัว โดยการรับบุตรบุญ ธรรมมาเลี้ยงก็เป็นกลไกอย่างหนึ่ง

1.6 ขอบเขตของการวิจัย

1.6.1 การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อ "บทบาทคาดหวัง" ของผู้หญิงกลุ่มหนึ่งในสังคมไทยสมัยปัจจุบัน โดยมุ่งเน้นศึกษาบทบาทคาดหวังในความเป็นมารดาของผู้หญิงเป็นหลัก

1.6.2 การศึกษาสภาพปัญหาของผู้หญิงมีบุตรยากในงานวิจัยครั้งนี้ มุ่งการศึกษาในกลุ่มผู้หญิงที่ไม่มีบุตรมีชีพ กล่าวคือไม่มีโอกาสเป็นมารดามาก่อน

1.6.3 การวิจัยครั้งนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้หญิงที่มีบุตรยากที่มารับการตรวจวินิจฉัยและรับการรักษา ณ ศูนย์รักษาผู้มีบุตรยาก สถานพยาบาลเจตนิน ถนนเพลินจิต เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร

1.6.4 การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับบทบาทคาดหวังและความรู้สึกที่เป็นตราบาปของผู้หญิงที่มีบุตรยาก โดยทำการรวบรวมข้อมูลจากผู้หญิงที่มีบุตรยากในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนพฤษภาคม พุทธศักราช 2547

1.6.5 การศึกษาเกี่ยวกับการปรับตัวของผู้หญิงมีบุตรยากในการวิจัยนี้ มีข้อจำกัดว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในขั้นตอนของการรักษา การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งเน้นที่การปรับตัวของผู้หญิงมีบุตรยากในช่วงเริ่มต้นของการรักษา

1.7 ประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัย

1.7.1 ทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อการสร้างบทบาทคาดหวังของผู้หญิงในการเป็นภรรยาและการเป็นมารดา

1.7.2 ทำให้เกิดความเข้าใจในกระบวนการเกิด "ความรู้สึกเป็นตราบาป" (Stigma) ของผู้หญิงที่อยู่ในภาวะมีบุตรยากในบริบทของสังคมไทย

1.7.3 ทำให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการปรับตัวของผู้หญิงในภาวะมีบุตรยาก

1.7.4 เป็นช่องทางส่งเสริมปัจจัยทางบวก และลดปัจจัยทางลบของสังคมที่มีต่อ "บทบาทคาดหวัง" ของผู้หญิงในสังคมไทย

1.7.5 เป็นแนวทางการหามาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาคความไม่เข้าใจในครอบครัวที่มีแนวโน้มสู่การหย่าร้าง อันเนื่องมาจากภาวะไม่มีบุตรของครอบครัว

1.7.6 เป็นแนวทางในการจัดสวัสดิการ และแนวทางส่งเสริมให้ผู้หญิงมีบุตรยากเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เพื่อเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้หญิงมีบุตรยาก

บทที่ 2

แนวคิด และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในบทที่ 2 นี้ เป็นการกล่าวถึงแนวคิด และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย อันมีความสำคัญต่อการสร้างกรอบแนวคิด และการออกแบบงานวิจัยที่จะนำไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งแบ่งลำดับการนำเสนอเป็น 2 ส่วน คือ 1) แนวคิดที่เกี่ยวข้อง และ 2) งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

2.1. แนวคิดเรื่อง บทบาททางเพศ (Gender role)

- 2.1.1 ระบบสังคมในฐานะที่เป็นกลไกในการกำหนดบทบาทของสมาชิก
- 2.1.2 ความหมายของ “เพศ” “บทบาททางเพศ” และ “อัตลักษณ์ทางเพศ”
- 2.1.3 การกำหนดบทบาททางเพศสู่บทบาทคาดหวังของผู้หญิงไทย
- 2.1.4 การวิเคราะห์บทบาททางเพศในแนวคิดสตรีนิยม

2.2 แนวคิดเรื่อง “ความรู้สึกเป็นตราบาป” (Stigma)

- 2.2.1 ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความเป็นตัวตนและความรู้สึกเป็นตราบาป
- 2.2.2 ประเภทและลักษณะของความรู้สึกเป็นตราบาป
- 2.2.3 กระบวนการเกิดความรู้สึกเป็นตราบาป
- 2.2.4 ความสัมพันธ์ของแนวคิดเรื่อง “ความรู้สึกเป็นตราบาป” ในการวิจัยครั้งนี้

2.3 แนวคิดเรื่อง “ภาวะมีบุตรยาก” (Infertility)

- 2.3.1 นิยามของ “ภาวะมีบุตรยาก”
- 2.3.2 สาเหตุของภาวะมีบุตรยาก
- 2.3.3 การตรวจวินิจฉัยและการรักษาภาวะมีบุตรยาก
- 2.3.4 ผลของการตรวจวินิจฉัยและการรักษาภาวะมีบุตรยาก
- 2.3.5 ประเด็นทางสังคมของการรักษาภาวะมีบุตรยาก
- 2.3.6 ภาวะมีบุตรยากในสังคมไทย

- 2.4 แนวคิดเรื่อง “ครอบครัว” (Family)
 - 2.4.1 นิยามของ “ครอบครัว”
 - 2.4.2 บทบาทและหน้าที่ของครอบครัว
 - 2.4.3 ลักษณะของครอบครัวไทย
 - 2.4.4 ภาวะครอบครัวอบอุ่น
 - 2.4.5 ปัญหาการหย่าร้าง
 - 2.4.6 ความสัมพันธ์ของแนวคิดเกี่ยวกับครอบครัวในการวิจัยครั้งนี้
- 2.5 แนวคิดเรื่อง “การปรับตัวทางสังคม” (Social adjustment)
 - 2.5.1 นิยามของคำว่า “การปรับตัวทางสังคม”
 - 2.5.2 ปัจจัยที่มีผลต่อ “การปรับตัวทางสังคม”
 - 2.5.3 การปรับตัวของผู้หญิงมีบุตรยาก
- 2.6 ความสัมพันธ์ของแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้
- 2.7 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
 - 2.7.1 งานวิจัยต่างประเทศ
 - 2.7.2 งานวิจัยในประเทศ

ดังมีรายละเอียด ต่อไปนี้

2.1 แนวคิดเรื่องบทบาททางเพศ (Gender role)

2.1.1 ระบบสังคมในฐานะที่เป็นกลไกในการกำหนดบทบาทของสมาชิก

มนุษย์เป็นสัตว์สังคมที่ต้องอาศัยอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่มเพื่อดำรงชีวิตให้อยู่รอด มนุษย์จึงเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Society) โดย Comte (1798-1857) และ Spencer (1820-1903) ซึ่งเป็นนักคิดทางสังคมวิทยายุคต้นได้นำเสนอเกี่ยวกับความหมายทางสังคมในลักษณะที่เป็น ระบบทางสังคม (Social system) ซึ่งเขากล่าวว่าสังคมเปรียบเสมือนสิ่งมีชีวิตหนึ่งซึ่งประกอบด้วยส่วนต่างๆ ที่ทำงานสัมพันธ์ซึ่งกันและกันภายในระบบเดียวกัน บุคคลจึงเป็นเพียงหน่วยหนึ่งของการวิเคราะห์ครอบครัว โดย Comte (1798) นำเสนอว่าโครงสร้างทางสังคมมี 2 ส่วน คือ ส่วนที่เป็นโครงสร้างสังคมสถิต (Social statics) และส่วนที่เป็นการเปลี่ยนแปลง (Social dynamic) ใน

ลักษณะที่คล้ายกันนี้ Durkheim (1858) ก็นำเสนอว่าสังคมประกอบด้วยส่วนที่เป็นโครงสร้าง (Structures) ได้แก่ องค์การบริหาร และกฎหมาย และส่วนที่เป็นแรงขับเคลื่อนของสังคม (Forces) ได้แก่ ศาสนา และวัฒนธรรม โดยโครงสร้างทางสังคม (Social structure) เป็นตัวจัดองค์กรที่ทำให้สังคมดำรงอยู่ได้ ด้วยการพิจารณาการแบ่งงานกันทำตามสถานภาพของบุคคลที่แตกต่างกัน ภายในโครงสร้างทางสังคมจึงเกิดการจัดระเบียบของกลุ่ม (Social organization) ขึ้นตามสถานภาพของบุคคลที่ต่างกัน ความสัมพันธ์ของสมาชิกในสังคมจึงเป็นไปตามลักษณะของการแบ่งงานกัน (George Ritzer, 1992)

ในปัจจุบันยังคงมีข้อถกเถียงระหว่างความหมายที่แตกต่างกันระหว่าง “**โครงสร้างทางสังคม (Social structure)**” และ “**การจัดระเบียบทางสังคม (Social organization)**” ซึ่งบางคนก็เชื่อว่าเป็นสิ่งเดียวกัน และบางคนก็ยังเชื่อว่าเป็นคนละเรื่องกัน ในเรื่องนี้ Boudon (1968: 72) อธิบายว่า **การจัดระเบียบทางสังคม (Social organization)** เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับชนชั้นทางสังคม ซึ่งเกิดการเปลี่ยนแปลงได้โดยที่โครงสร้างทางสังคมไม่ต้องเปลี่ยนแปลง เนื่องจาก โครงสร้างทางสังคม (Social structure) ไม่ใช่หน่วยทางสังคมเพียงหน่วยเดียว แต่มีความหมายที่กว้างกว่า การจัดระเบียบทางสังคม (Social organization) ในขณะที่ George C.Homans (1976) ได้สรุปความหมายของคำว่า **โครงสร้างทางสังคม (Social structure)** จากข้อถกเถียงของนักสังคมวิทยาในอดีตว่า โครงสร้างทางสังคม เป็นการอ้างถึงพฤติกรรมทางสังคม ในลักษณะที่เป็นปรากฏการณ์โดยรวมมากกว่าการอ้างถึงหน่วยย่อยหน่วยใดหน่วยหนึ่งของสังคมเท่านั้น แต่โครงสร้างทางสังคมก็เป็นเพียงส่วนหนึ่งของสังคมทั้งหมด (Social whole) แม้คำกล่าวที่ว่า “การเปลี่ยนแปลงของส่วนหนึ่งภายในโครงสร้างย่อมส่งผลกระทบต่อส่วนอื่นๆ” จะทำให้ความหมายของโครงสร้างทางสังคมมีความทับซ้อนกับคำว่าระบบทางสังคม (Social system) แต่โครงสร้างทางสังคมก็เป็นเพียงส่วนหนึ่งที่มีอิสระและสัมพันธ์กับธรรมชาติส่วนอื่นของระบบทางสังคม (George C.Homans, 1976)

ดังนั้น ทั้ง Social structure และ Social organization ต่างก็เป็นส่วนหนึ่งของระบบทางสังคม (Social system) ที่มีความหมายอ้างถึงการจัดระเบียบความสัมพันธ์ของสมาชิกในสังคม โดย Dictionary of modern sociology (1969) ให้ความหมายของคำว่า โครงสร้างทางสังคม (Social structure) หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างกันที่ค่อนข้างมั่นคง หรือหมายถึงการจัดระเบียบของกลุ่มหรือสถานภาพของกลุ่ม ทั้งนี้ก็เนื่องมาจากเหตุผลที่ว่าคนเราเกิดมามีความ

แตกต่างกัน มีสถานภาพที่ไม่เท่ากัน (สุพัตรา สุภาพ, 2541) ทำให้มนุษย์ได้รับบทบาททางเพศตามมาด้วย ระบบทางสังคมจึงกำหนดบทบาททางเพศที่เหมาะสมให้กับสมาชิกเพื่อให้ระบบสังคมโดยรวมสามารถอยู่รอดได้

อย่างไรก็ดี นับจากอดีตเป็นต้นมา วรรณกรรมเกี่ยวกับบทบาททางเพศปรากฏให้เห็นถึงความแตกต่างทางเพศที่เพศชายมีความเหนือกว่าเพศหญิงในเกือบทุกสังคม (ภัสสร ลิมา นนท์, 2537) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการเริ่มต้นจัดระเบียบทางสังคมทำให้เกิดการแบ่งงานกันทำจากสถานภาพทางเพศที่ต่างกัน โดยสถานภาพทางเพศถือเป็นสถานภาพที่ติดตัวมาโดยกำเนิด ซึ่งทางด้านสตรีระ ผู้ชายมีความได้เปรียบกว่าทำให้ผู้ชายเกิดความเหนือกว่าผู้หญิง ดังนั้น ค่านิยมดั้งเดิมของสังคมจึงเป็นระบบชายเป็นใหญ่ (Patriarchy) ซึ่งมีความหมายถึง ผู้ชายเป็นหัวหน้าในครอบครัว เป็นผู้สืบทอดเชื้อสาย และเป็นผู้สืบทอดสมบัติ (Word IQ, 2004) โดยนักมานุษยวิทยาอธิบายว่า ระบบชายเป็นใหญ่ หมายความว่า ผู้ชายเป็นผู้มีอำนาจครอบงำทั้งในทางสังคมและการเมืองด้วย ซึ่ง David Brown (1991) กล่าวว่า ระบบชายเป็นใหญ่ เป็นลักษณะที่เป็นสากลของมนุษยชาติ ในขณะเดียวกัน แนวคิดสตรีนิยมเสนอว่า ระบบชายเป็นใหญ่ เป็นรากฐานของโครงสร้างสังคมสมัยใหม่ ซึ่งจำเป็นต้องล้มล้างเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกันทางเพศ ซึ่งในสังคมปัจจุบัน ผู้หญิงและผู้ชายควรมีความเสมอภาคกันทางเพศมากกว่า (Word IQ, 2004)

ปัจจุบันมีข้ออภิปรายมากมายเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดความไม่ทัดเทียมทางเพศที่นอกเหนือจากปัจจัยทางธรรมชาติและชีวภาพ ซึ่งพอสรุปได้ว่า นอกเหนือจากปัจจัยด้านชีวภาพแล้ว ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม อันได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางครอบครัว และสิ่งแวดล้อมทางสังคม และวัฒนธรรม ก็เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการกำหนดบทบาททางเพศ

ประการแรก **ปัจจัยทางด้านชีวภาพ** ได้แก่ ความแตกต่างทางโครงสร้างทางร่างกาย อันเป็นผลมาจากโครโมโซม และฮอร์โมนเพศที่แตกต่างกันระหว่างหญิงและชาย ปัจจัยทางด้านชีวภาพนี้ทำให้ผู้ชายมีลักษณะภายนอกและพฤติกรรมแบบชายทั่วไป เช่น มีรูปร่างสูงใหญ่ แข็งแรง มีหนวดเครา และเสียงใหญ่ ส่วนผู้หญิงมีลักษณะภายนอกและพฤติกรรมแบบหญิงทั่วไป เช่น มีรูปร่างบอบบาง มีเต้านม มีประจำเดือน มีการตั้งครรภ์ และมีน้ำนมเลี้ยงลูกได้ รวมทั้งผลจากความแตกต่างทางฮอร์โมนทางเพศทำให้ผู้ชายมีความก้าวร้าวมากกว่าผู้หญิงด้วย ความแตกต่างทางธรรมชาตินี้ทำให้เกิดการแบ่งบทบาทความรับผิดชอบและยอมรับกันว่าเหมาะสมกับ

สรีระของแต่ละเพศ ดังเช่นความเชื่อดั้งเดิมที่เชื่อว่า ผู้ชายควรรับผิดชอบในงานสงคราม การทำอาวุธ การล่าสัตว์ และกิจกรรมนอกบ้านอื่นๆ ที่ต้องอาศัยความแข็งแรงและคล่องตัว ในขณะที่ผู้หญิงต้องมีประจำเดือน ตั้งครรภ์ และเลี้ยงลูก จึงเหมาะที่จะรับผิดชอบเกี่ยวกับงานบ้าน เตรียมอาหาร และการอบรมเลี้ยงดูบุตรภายในบ้าน ความแตกต่างด้านโครงสร้างทางร่างกายทำให้กิจกรรมประเภทการสร้างถาวรวัตถุต่างๆ เป็นงานของผู้ชาย อันก่อให้เกิดความเข้าใจและยอมรับว่าผู้ชายเป็นตัวแทนของมนุษยชาติในฐานะที่เป็นผู้ดัดแปลงธรรมชาติให้กลายเป็นวัฒนธรรมให้กับสังคม (ภัสสร ลิมานนท์, 2542)

นอกจากปัจจัยด้านชีวภาพที่เป็นตัวกำหนดบทบาททางเพศแล้ว **ปัจจัยทางด้านสภาพแวดล้อม** อันได้แก่ ปัจจัยทางด้านครอบครัว และปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม ยังเป็นตัวกำหนดบทบาทและแบบแผนพฤติกรรมของผู้หญิงและผู้ชายด้วย โดยปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางครอบครัว เป็นจุดเริ่มต้นของการรับรู้บทบาททางเพศเริ่มจากสภาพแวดล้อมทางครอบครัว อันเป็นสถาบันแรกที่สร้างบุคลิกภาพของบุคคล ซึ่งการขัดเกลาเลี้ยงดูของพ่อแม่มีความสำคัญเท่าเทียมกันและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเด็ก เด็กจะเรียนรู้บทบาททางเพศจากการสังเกตตัวแบบเพศเดียวกันกับตนเริ่มจากตัวแบบในครอบครัวและต่อไปยังตัวแบบในสังคม โครงสร้างครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการแบ่งงานระหว่างเพศ และเกิดความไม่เสมอภาคทางเพศในระดับครอบครัว ซึ่งความไม่เสมอภาคนี้จะขยายต่อไปในระดับสังคม นอกจากนี้ ในขณะที่เด็กเรียนรู้และเลียนแบบบทบาททางเพศจากการสังเกตตัวแบบในครอบครัวแล้ว เด็กยังเรียนรู้บทบาททางเพศจากสภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมที่แวดล้อมตัวของเขา เช่น สื่อ กลุ่มเพื่อน ครูอาจารย์ สภาพทางการเมือง และสภาพแวดล้อมทางวัฒนธรรม สภาพแวดล้อมเหล่านี้ล้วนแล้วแต่สร้างการเรียนรู้บทบาททางเพศให้กับเด็ก ทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้และเลียนแบบพฤติกรรมทางเพศ

จากแนวคิดที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่าทั้งปัจจัยทางธรรมชาติและปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมได้หล่อหลอมให้เกิดบทบาททางเพศ ทั้งนี้เพราะว่าปัจจัยหนึ่งปัจจัยใดคงไม่อาจหล่อหลอมบทบาททางเพศได้เพียงลำพัง (ภัสสร ลิมานนท์, 2542 และกรแก้ว คงเดชา, 2544) ซึ่ง Stephanie Garrett (1987) ให้ทัศนะว่า ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางชีวภาพ อันส่งผลต่อการพัฒนาบทบาททางเพศของบุคคล

ฟูโก้ นักทฤษฎีผู้ขยายแนวคิดเกี่ยวกับภาพสร้างทางสังคมได้นำแนวคิดเรื่องเพศมาให้ความหมายในเชิงความรู้และอำนาจ ตามแนวคิดของฟูโก้ การกำหนดบทบาททางเพศ เป็นสิ่งที่ถูกกำหนดจากวาทกรรม (Discourse) โดยแต่ละสังคมจะสร้างวาทกรรมเรื่องเพศแตกต่างกันออกไปตามอุดมคติของสังคมนั้นๆ รวมทั้งการสร้างระบบคำเพื่อผลิตซ้ำทางเอกลักษณ์ของสังคมนั้นๆ กระบวนการถ่ายทอด และการดำรงเอกลักษณ์ของความเป็นเพศที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละสังคมด้วย การพัฒนาเรื่องความเป็นเพศจึงมีความซับซ้อนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งพัฒนาการในวัยรุ่นซึ่งถือเป็นช่วงเวลาสำคัญของการเริ่มความสนใจในเรื่องเพศ การสร้าง และการปรับเปลี่ยนความเป็นเพศ

2.1.2 ความหมายของ “เพศ” และ “บทบาททางเพศ”

ดังที่กล่าวมาแล้วถึงกลไกทางสังคมที่นำมาสู่การกำหนดบทบาททางเพศ ซึ่งก่อนอื่นเราจำเป็นต้องเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของคำว่า “เพศ” เสียก่อน โดยคำว่า “Sex” และ “Gender” ซึ่งในภาษาไทยใช้คำว่า “เพศ” แทนความหมายของทั้งสองคำนี้ ในทางสังคมวิทยามีความแตกต่างกันที่สรุปได้ว่า “Sex” หมายถึง เพศที่กำหนดขึ้นโดยธรรมชาติ เป็นข้อกำหนดทางสภาวะชีววิทยาซึ่งเปลี่ยนแปลงไม่ได้ (ยกเว้นการผ่าตัดแปลงเพศ ซึ่งก็ยังสามารถเปลี่ยนแปลงได้เพียงบางส่วน) มีหน้าที่ในการให้กำเนิด และมีบุคลิกภาพที่แตกต่างกัน เช่น มนุษย์เพศหญิงสามารถตั้งครรภ์และคลอดบุตรได้ ในขณะที่เพศชายมีส่วนในการให้กำเนิดโดยเป็นผู้ผลิตอสุจิที่จะผสมกับไข่จากหญิงในการก่อกำเนิดทารก

ความหมายของคำว่า Sex จึงเป็นความหมายเชิงกายภาพ ในขณะที่คำว่า Gender เป็นความหมายที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกและทัศนคติ ซึ่ง R.W.Connell (2002) ได้อธิบายว่า Gender มีรากศัพท์มาจากภาษาอินโดยูโรเปียน (ancient Indo-European) แปลว่า “to produce” ซึ่งเป็นที่มาของคำในภาษาต่างๆ ที่มีความหมายถึง “kind” หรือ “class” ต่อมา ในศตวรรษที่ 19 Oxford English dictionary ได้บัญญัติคำว่า “Gender” หมายถึง ความแตกต่างของเพศ (และไม่ใช่เพศ) ในวัตถุต่างๆ ซึ่งจากนิยามดังกล่าวได้ชี้ให้เห็นว่าคำว่า “Gender” ไม่ได้ใช้กับมนุษย์เท่านั้น และแม้จะมีการให้ความหมายของคำว่า “Gender” แต่ก็ไม่ได้ทำให้เกิดความเข้าใจอย่างแท้จริงได้ นักสังคมวิทยาจึงถกเถียงเพื่อให้ได้ความกระจ่างดังกล่าว ซึ่งพอสรุปได้ว่า “Gender” เป็นการจัดกลุ่มความแตกต่างทางเพศในเชิงสังคม วัฒนธรรม และจิตวิเคราะห์ โดยเริ่ม

จากการแบ่งความแตกต่างทางชีววิทยาซึ่งใช้คำว่า “Sex” แต่ “Gender” มีความหมายกว้างกว่า “Sex” ตรงที่ “Gender” มีพื้นที่สำหรับเพศที่ไม่ใช่ทั้งหญิงและชายด้วย ซึ่งเป็นเรื่องของจิตใจ และความรู้สึกมากกว่า สาระสำคัญของ “Gender” เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับ “ความแตกต่าง” และ “คู่ขัดแย้ง” (“difference” and “dichotomy”) ที่มุ่งเน้นเรื่อง “ความสัมพันธ์” (relations) ระหว่างผู้หญิงและผู้ชาย นักคิดบางคนจึงสรุปว่า “Gender” จึงเป็นโครงสร้างทางสังคมหนึ่ง แต่อย่างไรก็ตาม มีนักคิดอีกส่วนหนึ่งแย้งว่าการสรุปเช่นนี้อาจเกิดความสับสนได้จึงเสนอข้อสรุปว่า “Gender” เป็นโครงสร้างของ ความสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งเป็นศูนย์กลางของการสืบเชื้อสายอันนำมาซึ่งการสร้างสัญชาติญาณจากร่างกายสู่กระบวนการทางสังคม (Gender is the structure of social relations that centres on the reproductive arena, and the set of practices (governed by this structure) that bring reproductive distinctions between bodies into social processes) (R.W.Connell, 2002)

โดยสรุป “Gender” จึงหมายถึง เพศที่ถูกกำหนดโดยเงื่อนไขทางสังคมหรือวัฒนธรรม เป็นการประดิษฐ์ทางสังคมที่ทำให้เกิดการแบ่งแยกระหว่างความเป็นหญิง (Feminine) และ ความเป็นชาย (Masculine) โดยสังคมจะกำหนดบทบาททางเพศของทั้งสองเพศให้แตกต่างกัน อาจเปลี่ยนแปลงได้ตามสภาวะการณ์และเงื่อนไขของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ผู้หญิงอาจต้องเข้ามารับภาระหน้าที่ต่างๆ ซึ่งเคยเป็นงานของชาย และผู้ชายอาจต้องรับบทบาทการดูแลบ้านเรือน เลี้ยงบุตร ซึ่งเคยเป็นหน้าที่ของผู้หญิง บทบาททางสังคมนี้เป็นสิ่งที่บุคคลได้เรียนรู้ผ่านแหล่งต่างๆ มาตั้งแต่เกิดจนกระทั่งกลายเป็นแนวคิดที่ปลูกฝังลึกซึ้งในตัวของคุณคนนั้นๆ บทบาทเพศทางสังคม (Gender role) จึงแตกต่างกันไปในแต่ละสังคม วัฒนธรรม ดังนั้น **บทบาททางเพศ** (Gender role) จึงเป็นการสร้างเอกลักษณ์ทางเพศ ความเสมอภาคทางเพศ และบทบาททางเพศที่ช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคมอย่างสมดุล บทบาททางเพศมีความแตกต่างกันระหว่างวัฒนธรรม แต่บางบรรทัดฐานของสังคมก็มีลักษณะเป็นสากล เช่น ชายเป็นนักรบ หญิงเป็นผู้ดูแลบุตร เป็นต้น การเลียนแบบบทบาททางเพศจึงทำให้เกิดความแตกต่างระหว่างหญิงและชาย นอกจากนี้บทบาทของแต่ละเพศที่สังคมกำหนดยังมีความหมายเกี่ยวพันไปถึงโอกาสในการเข้าถึงและควบคุมทรัพยากรต่างๆ และที่สำคัญก็คือ บทบาททางเพศที่สังคมกำหนดได้ส่งผลกระทบต่อสถานภาพของผู้หญิงและผู้ชายในสังคมนั้นๆ (ภัสสร ลิมานนท์, 2542)

Stephanie Garrett (1987) กล่าวว่า บทบาททางเพศ เป็นชุดของความคาดหวังในพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม อันได้แก่ ความเป็นเพศหญิง (femininity) และ ความเป็นเพศชาย (masculinity) ซึ่งเริ่มสั่งสมการเรียนรู้นับตั้งแต่เกิด และเมื่อกล่าวถึงบทบาททางเพศก็จำเป็นต้องอ้างถึงปัจจัยทางสังคมด้วย ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางชีวภาพ อันมีผลต่อการพัฒนาเอกลักษณ์ทางเพศ (Gender identity) ของบุคคล

แนวคิดทางสังคมวิทยา (Sociology) ได้ให้ความหมายของ **บทบาททางเพศ (Gender role)** ว่าเป็นชุดของแบบแผนทางพฤติกรรมของบุคคล โดยสังคมพยายามที่จะผลักดันให้บุคคลเป็นไปตามแบบแผนนั้นด้วยกระบวนการขัดเกลาทางสังคม ซึ่งการที่บุคคลจะยอมรับแบบแผนทางเพศก็เพราะเขาได้เรียนรู้ถึงเอกลักษณ์ทางเพศและเลือกสรรเอกลักษณ์ทางเพศนั้นมาเป็นแบบแผนทางพฤติกรรมของตน (Word IQ, 2004) ทั้งนี้ **อัตลักษณ์ทางเพศ (Gender identity)** เป็นความรู้สึกตระหนักเกี่ยวกับเพศของตนเองซึ่งเกิดขึ้นในช่วงอายุ 2-3 ปี และเมื่ออายุ 4-5 ปี เด็กจะสามารถแยกแยะความเป็นหญิงและความชายของบุคคลอื่นๆ ได้ เมื่อเด็กเติบโตมีประสบการณ์และวุฒิภาวะมากขึ้น เด็กจะมีความก้าวหน้าและมีพัฒนาการทางจิตใจมากขึ้น เข้าใจความเป็นหญิงและความเป็นชายมากขึ้นด้วย เมื่อกล่าวถึงเรื่องสถานภาพทางเพศ และบทบาททางเพศนั้น องค์ประกอบหนึ่งซึ่งมักจะกล่าวควบคู่ไปด้วยก็คือ ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ (Gender relations) ซึ่งก็ถูกกำหนดและควบคุมโดยบรรทัดฐานและค่านิยมของแต่ละสังคมว่าจะเป็นความสัมพันธ์ในรูปแบบใด โดยที่ปรากฏโดยทั่วไปนั้นพบว่าผู้หญิงมักถูกกำหนดให้มีฐานะด้อยกว่าชายเสมอ (ภัสสร ลิมานนท์, 2542)

ทั้งนี้ บทบาททางเพศ (Gender role) เป็นความแตกต่างกันระหว่างเพศทั้งสองที่มีความหมายมากกว่าความแตกต่างระหว่างความเป็นผู้ชายและความเป็นผู้หญิงทางกายภาพ แต่หมายความถึงความแตกต่างทางความรู้สึกนึกคิด ทศนคติ และบุคลิกภาพ ระหว่างเพศทั้งสองด้วย นักวิชาการที่ให้นิยามในความหมายแนวสังคมวิทยานี้ ได้แก่ Hurlock (1978) อธิบายว่า บทบาททางเพศเป็นรูปแบบพฤติกรรมสำหรับสมาชิกทั้งสองเพศ และ Ward (1978) อธิบายว่า บทบาททางเพศเป็นพฤติกรรมและทัศนคติที่ยอมรับโดยทั่วไปของสังคมและวัฒนธรรมถึงลักษณะความเป็นหญิงและความเป็นชาย

ในขณะเดียวกัน **แนวคิดทางเพศวิทยา (Sexology)** ได้อธิบายความหมายของบทบาททางเพศ (Gender role) ที่แตกต่างไปจากแนวคิดทางสังคมวิทยา โดยกล่าวว่า บทบาททางเพศ (Gender role) เป็นชุดของพฤติกรรมและความรับผิดชอบของบุคคลหรือสังคม ซึ่งรวมถึงการแสดงความรู้สึกนึกคิดตามเอกลักษณ์ทางเพศของบุคคลด้วย แนวคิดทางเพศวิทยานี้มีความเห็นขัดแย้งกับแนวคิดทางสังคมวิทยาโดยเชื่อว่าบทบาททางเพศไม่ใช่แบบแผนหรือบรรทัดฐานทางพฤติกรรม หากแต่ถูกสร้างขึ้นจากอำนาจชอบธรรม (Authority) แล้วมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงลักษณะนิสัยและประเพณีทางสังคม แบบแผนทางพฤติกรรมของมนุษย์เริ่มมาจากความสัมพันธ์ที่ไม่เป็นทางการของสังคม แล้วนักวิจัยทั้งหลายก็พัฒนาให้มีความเป็นทางการมากขึ้นจนกลายเป็นแบบแผนที่เป็นทางการ ซึ่ง John Money (1988) นักเพศวิทยาคนหนึ่งได้อธิบายเหตุผลของการใช้คำว่า gender ก็เนื่องมาจากการกระทำของแต่ละบุคคลตามบทบาทชายหญิงเกิดมาจากความซับซ้อนของกระบวนการทำความเข้าใจในตัวตน และความเข้าใจในความเป็นหญิงและชายจากบุคคลอื่นในสังคม ซึ่งความซับซ้อนทั้งหมดนี้นักเพศวิทยาจึงเรียกว่าบทบาททางเพศ (Gender role)

2.1.3 การกำหนดบทบาททางเพศสู่บทบาทคาดหวังของผู้หญิงไทย

จากสถานภาพทางเพศที่ติดตัวมาโดยกำเนิด ทำให้เกิดการกำหนดบทบาททางเพศที่ต่างกันระหว่างหญิงและชาย ซึ่ง Hurlock (1978 : 463) ได้จำแนกประเภทของบทบาททางเพศไว้ 2 รูปแบบ คือ บทบาททางเพศแบบดั้งเดิม (Traditional gender roles) และ บทบาททางเพศแบบเท่าเทียมกัน (Egalitarian gender roles) ดังนี้

บทบาททางเพศแบบดั้งเดิม ซึ่งมีรากฐานแนวคิดมาจากความแตกต่างโดยธรรมชาติของสรีระของหญิงและชาย เชื่อว่าบทบาทของผู้หญิงและผู้ชายมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนเป็นลักษณะ 2 ขั้ว (Bipolar continuum) ระหว่างลักษณะความเป็นหญิงและความเป็นชาย คือ เมื่อบุคคลใดมีลักษณะใดลักษณะหนึ่งสูงก็จะมีอีกลักษณะหนึ่งต่ำ กล่าวคือ ผู้ชายจะมีลักษณะความเป็นชายสูงลักษณะเดียว และผู้หญิงก็มีลักษณะความเป็นหญิงสูงลักษณะเดียวเท่านั้น ผู้ที่มีลักษณะบทบาทแบบดั้งเดิมนี้อาจแสดงพฤติกรรมและเชื่อในลักษณะตรงตามเพศตามที่สังคมยอมรับเท่านั้น เช่น เชื่อว่าผู้ชายจะต้องมีลักษณะก้าวร้าว พึ่งพิงตนเอง และแข็งแรง เป็นต้น ส่วนผู้หญิงจะต้องมีลักษณะสุภาพ อ่อนโยน เจ้าอารมณ์ เห็นอกเห็นใจ และให้ความอบอุ่น

แก่ผู้ชาย เป็นต้น บทบาททางเพศแบบดั้งเดิมสรุปบทบาทของผู้หญิงไว้ว่าผู้หญิงมีบทบาทที่สำคัญคือการดูแลครอบครัว เป็นผู้ให้บริการในทุกสถานการณ์และปฏิบัติตามความประสงค์ของผู้ชาย ความพึงพอใจในชีวิตเกิดจากความสำเร็จของสมาชิกชายในครอบครัว ดังนั้นผู้ชายเป็นคนตัดสินใจในเรื่องสำคัญเสมอ รวมทั้งผู้หญิงมีบทบาทในการแสดงความรู้สึกที่ก่อให้เกิดความอบอุ่นทั้งในครอบครัวและนอกบ้าน ต้องเสียสละเพื่อผู้อื่นก่อนเสมอ รวมทั้งทำงานนอกบ้านในกรณีที่เป็นที่จำเป็นเท่านั้น และเลือกงานที่คิดว่าเหมาะสมกับผู้หญิง เป็นงานที่ไม่ยุ่งยากแม้จะได้ค่าแรงต่ำหรือไม่ก็เกียรติ นอกจากนี้ผู้หญิงต้องยกภาระรับผิดชอบการหารายได้ให้กับผู้ชาย และยกฐานะทางสังคมของตนเองได้ด้วยการแต่งงานกับผู้มีฐานะทางสังคมสูงกว่าตน

ในขณะที่ **บทบาททางเพศแบบเท่าเทียมกัน** เชื่อว่า บทบาทของผู้หญิงและผู้ชายไม่แตกต่างกัน มีความเท่าเทียมกัน และไม่แบ่งแยกบทบาทระหว่างหญิงชายอย่างชัดเจน ซึ่งเป็นบทบาทที่ไม่ยึดติดกับแบบดั้งเดิม ผู้ที่ยึดบทบาททางเพศแบบสมัยใหม่นี้จะแสดงลักษณะไม่ตรงตามบทบาททางเพศของตน มีอิสระในการกระทำพฤติกรรมต่างๆ โดยไม่ต้องอาศัยมาตรฐานบทบาททางเพศเพียงอย่างเดียวในการทำพฤติกรรมที่พึงปรารถนา ซึ่งจะทำให้สามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้ดี บทบาททางเพศแบบเท่าเทียมกันสรุปบทบาทของผู้หญิงไว้ว่า ผู้หญิงมีอิสระที่จะเลือกกระทำกิจกรรมต่างๆ ที่สนใจ โดยไม่จำกัดว่าสิ่งที่กระทำนั้นเป็นบทบาทของผู้หญิงหรือผู้ชาย สามารถรู้ระดับศักยภาพที่แท้จริงของตนเองในการประกอบกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งควรให้ความสำคัญแก่ตนเองมากขึ้น แสวงหาโอกาสในความก้าวหน้าทางกรงานในตำแหน่งผู้บริหาร และแสวงหาโอกาสที่เท่าเทียมกันกับผู้ชายในการปฏิบัติที่เสมอภาค สามารถตัดสินใจเลือกดำเนินชีวิตของตนเองได้ โดยไม่รู้สึกรว่าตนเองขาดความเป็นผู้หญิงหากประสบความสำเร็จในหน้าที่การงานที่สูงกว่าผู้ชาย และไม่รู้สึกรว่าการเป็นผู้หญิงเป็นอุปสรรคต่อการทำงานในสายงานที่เคยเป็นงานของผู้ชายมาก่อน รวมทั้งไม่รู้สึกรว่าตนเองผิดที่เลือกประกอบอาชีพหรือทำงานที่พอใจมากกว่าการทำงานบ้านหรือเลี้ยงดูบุตร การยึดบทบาททางเพศแบบเท่าเทียมกันจะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่ยืดหยุ่น สามารถปรับตัวได้ และมีสุขภาพจิตที่ดี อันส่งผลให้มีสุขภาพกายที่ดีด้วย โดยเฉพาะในสังคมที่ซับซ้อนและมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา รวมทั้งบุคคลที่มีลักษณะทางเพศแบบเท่าเทียมกันจะมีประสบการณ์อย่างกว้างขวางเกี่ยวกับพฤติกรรมในสถานการณ์ต่างๆ ที่ได้รับการยอมรับจากสังคม มีทักษะในการเลือก และมีทักษะในการแสดงพฤติกรรมที่จะทำให้ประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหาหรือได้รับการเสริมแรงทางบวกจากสังคม ทำให้ประสบความสำเร็จทางสังคมในระดับสูงสามารถปรับตัวในสภาพแวดล้อมต่างๆ ได้ดี และเห็นคุณค่าในตนเองสูงด้วย

สังคมไทยในอดีต บทบาทและการแบ่งงานกันทำระหว่างชายหญิงมีลักษณะคล้ายกับแบบจำลองของ Ruth B. Dixon (1978) ซึ่งอธิบายว่าบทบาทหน้าที่หลักของผู้หญิงคือ การให้กำเนิดบุตร การมีเพศสัมพันธ์ และการอบรมเลี้ยงดูบุตร อันเป็นองค์ประกอบที่รวมอยู่ในสถาบันครอบครัว โดยเป็นบทบาทหน้าที่ของผู้หญิงที่ไม่มีทางเลือกได้ ในขณะที่ผู้ชายมีบทบาทหน้าที่หลักเกี่ยวกับการตัดสินใจทางการเมือง การศึกษา และการผลิตทางเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ให้ผลตอบแทนโดยตรงทั้งทางการเงินและฐานะทางสังคม การได้รับโอกาสที่แตกต่างของหญิงและชายนี้เองที่สร้างความไม่เท่าเทียมกันทางสถานภาพของหญิงและชาย ซึ่งผลก็คือผู้หญิงกลายเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพิงอาศัยผู้ชายทั้งทางสังคมและเศรษฐกิจ ทั้งนี้ เมื่อสภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป โดยเงื่อนไขทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองอยู่ภายใต้การพัฒนาประเทศแนวนิยมอันมีรากเหง้ามาจากประวัติศาสตร์และบริบททางสังคม ทำให้สังคมไทยมีลักษณะเฉพาะ ซึ่งโครงสร้างทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นได้ก่อรูปของชนชั้นทางสังคม และส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสถานะของผู้หญิงไทย ทำให้สถานภาพทางเพศของผู้หญิงไทยในปัจจุบันมีลักษณะแบบเท่าเทียมกัน (Egalitarian gender roles) ตามแนวคิดของ Hurlock (1978) ซึ่งผู้หญิงไทยในปัจจุบันมีบทบาททางเศรษฐกิจมากขึ้น ได้รับโอกาสในหน้าที่การงานมากขึ้น แต่ก็ยังคงมีบทบาทสำคัญในการดูแลเรื่องภายในครัวเรือน (สัญญา ธรรมศักดิ์, 2534)

ทั้งนี้ โครงสร้างของสังคมไทยซึ่งได้รับอิทธิพลจากแนวคิดของพุทธศาสนาทำให้การจัดระเบียบทางสังคม รวมทั้งการกำหนดบทบาททางเพศและหน้าที่ของสมาชิกในสังคมอยู่ภายใต้อิทธิพลของแนวคิดทางพุทธศาสนา โดยเฉพาะในเรื่องทศ 6 ซึ่งกล่าวถึงบุคคลประเภทต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับตัวเรา เสมือนทศทั้ง 6 ทศ ซึ่งได้แก่ ทศเบื้องหน้าคือมารดา บิดา ทศเบื้องขวาคืออาจารย์ ทศเบื้องหลังคือบุตรและภรรยา ทศเบื้องซ้ายคือมิตร ทศเบื้องบนคือสมณพราหมณ์ และทศเบื้องล่างคือทาสกรรมกร โดยเราต้องปฏิบัติต่อบุคคลทั้ง 6 ทศให้มีความเหมาะสมทั้งในบทบาทของตัวเอง และบทบาทที่เราพึงต้องปฏิบัติต่อบุคคลอื่น ซึ่งกระบวนการขัดเกลาทางสังคมของครอบครัวได้ยึดแนวคิดดังกล่าวมาอบรมสั่งสอนสมาชิกให้เรียนรู้ถึงบทบาทหน้าที่เหล่านี้เพื่อให้เกิดคุณลักษณะของความเป็นผู้หญิงและผู้ชายที่ดี

ในทางเดียวกัน สถานภาพของผู้หญิงไทยซึ่งได้รับอิทธิพลมาจากระบบเครือญาติ ระบบศาสนา สถาบันทางการเมือง และสถาบันทางวัฒนธรรม เงื่อนไขทางประวัติศาสตร์อันเป็นที่มาของสถานภาพของผู้หญิงในสังคมไทยสามารถอธิบายได้ว่า สังคมไทยได้รับอิทธิพลจาก

แนวคิดทางพระพุทธศาสนาสูง ประชากรส่วนใหญ่ของประเทศนับถือศาสนาพุทธ ซึ่งอิทธิพลของศาสนาพุทธทำให้ผู้หญิงไทยมีสถานภาพที่ด้อยกว่าผู้ชาย แม้ว่าแนวคิดทางพุทธศาสนาจะให้ความสำคัญและยกย่องสถานภาพความเป็นมารดาของผู้หญิง แต่ก็กีดกันผู้หญิงในการเป็นตัวแทนทางศาสนา และการเป็นพระ ซึ่งได้ส่งผลกระทบต่อผู้หญิงนับตั้งแต่อดีต ทำให้ผู้หญิงในอดีตขาดโอกาสในการศึกษาเล่าเรียน มีเพียงผู้ชายเท่านั้นที่สามารถบวชเรียนได้ เนื่องจากเดิมการศึกษาจะเกิดขึ้นตามวัดต่างๆ ประกอบกับระบอบการเมืองการปกครองแบบเจ้าขุนมูลนายที่ส่งเสริมบทบาทของผู้ชาย ทำให้เรื่องของการศึกษาเป็นเรื่องของผู้ชายมากกว่าผู้หญิง แต่อย่างไรก็ดี เมื่อสภาพสังคมเปลี่ยนแปลงไป ผู้หญิงมีความต้องการในการศึกษามากขึ้น ประกอบกับการเปิดกว้างของผู้ชายทำให้ผู้หญิงได้รับการศึกษาโดยเริ่มจากที่บ้าน และต่อมาจึงเป็นการศึกษาในระบบโรงเรียน ทั้งนี้ แม้ในปัจจุบันผู้หญิงและผู้ชายต่างก็ได้รับโอกาสที่เท่าเทียมกันทางการศึกษา แต่ผู้หญิงก็ยังถูกเอารัดเอาเปรียบ โดยผู้หญิงได้รับบทบาทในทางเศรษฐกิจมากขึ้น แต่อยู่ในฐานะของแรงงานที่สนับสนุนผู้ชายมากกว่า โดยจะเห็นได้ว่า หัวหน้าและผู้บริหารส่วนใหญ่เป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิง (UNDP, 2003) ดังนั้น แม้ผู้หญิงจะทำงานหนักเท่าเทียมผู้ชายในทางเศรษฐกิจ แต่ก็อยู่ในฐานะที่ด้อยกว่าผู้ชาย ในขณะเดียวกัน แม้ระบบเครือญาติ ได้ให้อิสระและเสรีภาพแก่ผู้หญิงไทยปัจจุบันในการดูแลครัวเรือน ผู้หญิงมีสิทธิและอำนาจในการจัดการและแสดงความคิดเห็นเรื่องต่างๆ ภายในครอบครัว แต่อย่างไรก็ดี จากบริบททางศาสนา เศรษฐกิจ การเมืองการปกครอง สังคมและวัฒนธรรม ได้หล่อหลอมให้สถานภาพของผู้หญิงไทยถูกจำกัดในพื้นที่ภายในครอบครัวมากกว่านอกบ้าน ซึ่งบทบาทหน้าที่ของผู้หญิงเป็นความสัมพันธ์ทางสังคมที่อยู่ภายใต้บทบาทของผู้ชายในความเป็นนายจ้าง ความเป็นสามี ความเป็นบิดา และความเป็นพระ ยกเว้นเพียงความเป็นบุตรชายเท่านั้นที่อยู่ภายใต้ความสัมพันธ์ที่เหนือกว่าของความเป็นมารดา (สัญญา ธรรมศักดิ์, 2534)

สำหรับบทบาทและสถานภาพของผู้หญิงไทยในปัจจุบัน วันทนี วาสิกะสิน และสุนีย์ เหมะประสิทธิ์ (2541) ได้ทำการวิจัยเรื่อง “ค่านิยมและทัศนคติของสังคมไทยต่อสตรีที่มีผลกระทบต่อสถาบันครอบครัวและสังคม” ความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาททางสังคมของผู้หญิงในสังคมไทย พบว่า ตั้งแต่สมัยดั้งเดิมมาจนกระทั่งในปัจจุบัน ผู้หญิงในสังคมไทยจะถูกคาดหวังในบทบาทสำคัญ 3 บทบาท ได้แก่ บทบาทความเป็นลูกสาว บทบาทความเป็นภรรยา และบทบาทความเป็นมารดา แม้สภาพสังคมและเศรษฐกิจในปัจจุบันจะเปลี่ยนแปลงไปซึ่งส่งผลให้ผู้หญิงมี

บทบาทเกี่ยวกับหน้าที่การงานนอกบ้านมากขึ้น แต่บทบาทคาดหวังในความเป็นลูกสาว ความเป็นภรรยา และความเป็นมารดา ก็ยังคงอยู่

ทั้งนี้ ผู้หญิงจะเรียนรู้บทบาทคาดหวังผ่านกระบวนการขัดเกลาทางสังคมของครอบครัวเพื่อให้เกิดคุณลักษณะของความเป็นผู้หญิงที่ดี โดยบทบาทแรกของผู้หญิงไทย ได้แก่ **บทบาทความเป็นบุตรสาว** ซึ่งบทบาทหน้าที่ของบุตรในแนวคิดทางพุทธศาสนา คือ การเลี้ยงท่านตอบแทน ช่วยทำกิจของท่าน ดำรงวงศ์สกุล ประพฤติตนให้เหมาะสมกับความเป็นทายาท และทำบุญอุทิศให้เมื่อท่านล่วงลับไป ซึ่งในสังคมไทยคาดหวังให้บุตรสาวต้องรับภาระงานบ้านมากกว่าบุตรชาย และถูกคาดหวังให้ดูแลพ่อแม่ยามแก่เฒ่า บทบาทต่อมา คือ **บทบาทในหน้าที่การงาน** ซึ่งสังคมคาดหวังให้ผู้หญิงมีหน้าที่ดูแลงานบ้านให้เกิดความเป็นระเบียบเรียบร้อย รวมทั้งทำงานนอกบ้านในลักษณะงานที่เหมาะสมเพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระด้านค่าใช้จ่ายของครอบครัว ปัจจุบันผู้หญิงไทยที่แต่งงานแล้วถ้าเลือกที่จะไม่มีบุตรก็ไม่ใช่สิ่งที่น่าตำหนิ แสดงว่าบทบาทของผู้หญิงไม่จำเป็นต้องเป็นแม่เสมอไป ถ้าเลือกที่จะทำหน้าที่ทางการงาน (วันทนีย์ วาสิกะสิน และสุนีย์ เหมะประสิทธิ์, 2541)

นอกจากนี้อีกบทบาทที่สำคัญของผู้หญิงก็คือ **บทบาทความเป็นภรรยา** ซึ่งมักถูกเชื่อมโยงกับ **บทบาทความเป็นมารดา** โดยบทบาทหน้าที่ของภรรยาที่พึงกระทำต่อสามีในแนวคิดทางพุทธศาสนา คือ การดูแลบ้านดูแลครอบครัวของสามี การไม่คิดนอกใจ การรักษาสมบัติที่หามาได้ และขยันไม่เกียจคร้านในงานทั้งปวง สังคมคาดหวังให้ผู้หญิงทำหน้าที่ภรรยาเมื่อถึงวัยอันควร โดยดูแลเอาใจใส่สามีเพื่อให้ชีวิตคู่ราบรื่น ต้องเชื่อฟัง ยินยอมสามี และสนับสนุนส่งเสริมความก้าวหน้าในอาชีพของสามี โดยผู้หญิงไทยในปัจจุบันเห็นว่าภรรยาที่ไม่สามารถมีบุตรได้ไม่ควรถือว่า มีข้อบกพร่อง (วันทนีย์ วาสิกะสิน และสุนีย์ เหมะประสิทธิ์, 2541) และในทางพระพุทธศาสนาเองก็ไม่ได้อ้างถึงหน้าที่ของภรรยาที่สมบูรณ์ว่าจะจำเป็นต้องให้กำเนิดบุตร แต่อย่างไรก็ดี **บทบาทความเป็นมารดา** ซึ่งสังคมยังคงคาดหวังให้ผู้หญิงมีบทบาทสำคัญที่สุดในการทำหน้าที่เลี้ยงดูบุตร อบรมสั่งสอน และขัดเกลาศีลธรรมและวัฒนธรรมที่ดีงามให้แก่บุตร ผู้หญิงในสังคมไทยถูกคาดหวังในบทบาทของภรรยาและมารดาเป็นอย่างยิ่ง ในสังคมไทยผู้หญิงผู้เรียนรู้ที่จะเป็นผู้รับผิดชอบต่อปัญหาทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับมิติของการเจริญพันธุ์ ตั้งแต่เรื่องการคุมกำเนิดไปจนถึงการไม่มีบุตร เมื่อเกิดปัญหาการไม่มีบุตรขึ้น ผู้หญิงจะเป็นฝ่ายยอมรับการตำหนิจากสังคมและเครือญาติ ซึ่งทำให้สถานภาพและความเป็นผู้หญิงด้อยค่าลงไป แม้ว่าสาเหตุ

ของปัญหาการไม่มีบุตรนั้นน่าจะเป็นการร่วมกันรับผิดชอบทั้งฝ่ายชายและฝ่ายหญิง ผู้หญิงมักต้องเป็นผู้รับผิดชอบและยอมเป็นผู้รับผิดชอบต่อปัญหาการไม่มีบุตรถึงแม้ว่าสามีของเธอจะมีเชื้ออสุจิน้อยก็ตาม เหล่านี้เป็นการสะท้อนความเหลื่อมล้ำทางเพศซึ่งผู้หญิงเลือกที่จะอยู่ในสภานั่นเอง นอกจากนี้ยังมีอำนาจครอบงำผู้หญิงโดยการใช้วาทกรรม (Discourse) วาทกรรมทั้งหลายที่เกี่ยวกับปัญหาการมีบุตรยากมักวนเวียนอยู่กับผู้หญิง คำแนะนำต่างๆ สำหรับคู่สมรสที่ไม่มีบุตรมักลงไปที่ตัวผู้หญิง โดยการบอกให้เธอทำอย่างนั้นอย่างนี้เพื่อให้มีบุตร และผู้หญิงก็จะเป็นผู้ถูกประณามอีกเช่นกันเมื่อการรักษาประสบความสำเร็จล้มเหลว เกิดการตั้งข้อสงสัยเกี่ยวกับพฤติกรรมความสามารถ และคุณสมบัติของเธอ (พิมพัลย์ บุญมงคล, นิภรณ์ สันหจรียา และคันสนีย์ เรืองสอน, 2542:130-131)

2.1.4 การวิเคราะห์บทบาททางเพศในแนวคิดสตรีนิยม

ในปัจจุบัน แนวคิดสตรีนิยมถูกนำมาใช้ในการอธิบายปัญหาต่างๆ มากขึ้น ซึ่ง **แนวคิดสตรีนิยม (Feminism)** เป็นองค์ความรู้สาขาหนึ่งที่เกิดจากความพยายามที่จะเข้าใจโลกในมุมมองและวิถีคิดของผู้หญิง หรือเป็นการศึกษาศิลปะและศาสตร์แขนงต่างๆ โดยมีผู้หญิงเป็นศูนย์กลางและพยายามที่จะนำองค์ความรู้นั้นมาใช้เป็นยุทธศาสตร์ในการต่อสู้เพื่อปลดปล่อยผู้หญิงจากการเป็นพลเมืองชั้นสองของสังคมโลก โดยมีสาระสำคัญ คือ การวิพากษ์ทัศนคติเหยียดผู้หญิงและลำดับฐานะสูงต่ำทางเพศ แนวคิดสตรีนิยมเป็นการศึกษาที่จัดวางผู้หญิงไว้ที่ศูนย์กลางของการศึกษา อาจคำนึงถึงความแตกต่างในหมู่ผู้หญิงด้วยตนเอง และการตั้งคำถามว่า “ความเป็นผู้หญิง” นั้นมีอยู่จริงเพียงใด นอกจากนี้การขยายขอบเขตยังรวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงทิศทางของการวิเคราะห์เกี่ยวกับการเมืองและสังคม จากเดิมที่กระแสหลักแบบชายเป็นใหญ่ได้เคยจำกัดและกำหนดเอาไว้ (วารุณี ภูริสินสิทธิ์, 2545)

แนวคิดสตรีนิยมแนวคิดหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ ก็คือ สตรีนิยมแนวการแพทย์ ซึ่งให้ความสนใจเกี่ยวกับร่างกายของผู้หญิง ประสิทธิภาพของการเจ็บไข้ การใช้ปัจจัยทางสังคมในการรักษาโรค และความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างผู้ป่วยและผู้เชี่ยวชาญโรค สตรีนิยมแนวการแพทย์นี้เป็นความพยายามที่จะศึกษาประสิทธิภาพของผู้หญิงเพื่อค้นหาวิถีทางปลดปล่อยผู้หญิงออกจากความไม่เป็นธรรม อันเนื่องมาจากการแบ่งแยกความแตกต่างระหว่างหญิงชายที่เกิดจากวาทกรรมทางวิทยาศาสตร์ และการให้ความหมายทางการแพทย์ ซึ่งอดีตที่ผ่านมา

มาวาทกรรมดังกล่าวได้สร้างความหมายให้ผู้หญิงมีความแตกต่างจากผู้ชาย และมีฐานะที่ด้อยกว่า ทำให้แนวคิดสตรีนิยมพยายามหาวิถีทางปลดปล่อยผู้หญิงออกจากความไม่เป็นธรรม เช่น การพยายามเอาชนะกฎธรรมชาติด้วยการไม่ต้องตั้งครมภ์โดยธรรมชาติ หรือการใช้วิทยาศาสตร์เพื่อลดความเสี่ยงการเสียชีวิตจากการคลอดบุตร เป็นต้น

นอกจากนี้ ลักษณะสำคัญของการศึกษาปรากฏการณ์ทางสังคมด้วยแนวคิดสตรีนิยม ก็คือ การให้ความสำคัญกับ “ความแตกต่าง” โดยย้ำให้ผู้วิจัยได้ตระหนักถึง “ความแตกต่าง” ทั้งหลายในข้อมูลของการวิจัย อันได้แก่ ความแตกต่างระหว่าง ความเชื่อ (beliefs) และ ค่านิยม (values) ของผู้ให้ข้อมูล (Rahel R. Wasserfall: 1997) รวมทั้งการทำความเข้าใจกับความแตกต่างระหว่าง ความเป็นจริง (truth), ความรู้ (knowledge) และ ความแก่นความจริง (essential) เกี่ยวกับร่างกายของเพศหญิง นอกจากนี้วิธีการศึกษาแบบสตรีนิยมยังรวมความถึง “การสะท้อนตัวตน” ด้วยวิธีการแปลความหมายของแต่ละความแตกต่างที่เกิดขึ้น โดยมีความมุ่งหมายเพื่อป้องกันการเพิ่มความคาดหวังและการสร้างข้อสันนิษฐานที่ผิดพลาด (Rahel R. Wasserfall: 1997) ดังนั้น แนวคิดสตรีนิยมจึงมุ่งที่จะให้ผู้ให้ข้อมูลถ่ายทอดประสบการณ์เกี่ยวกับตนเองด้วยตนเอง

ในส่วนของการวิเคราะห์เรื่อง “ภาวะมีบุตรยากในแนวคิดสตรีนิยม” นับเป็นการอธิบายปัญหาอีกมุมมองหนึ่งซึ่งต่างจากแนวคิดเรื่องความรู้สึกเป็นตราบาป ซึ่งมองว่าภาวะมีบุตรยากนั้นนำมาซึ่งความเครียดกังวลจนเกิดเป็นตราบาปสำหรับผู้หญิง ในทางตรงกันข้าม แนวคิดสตรีนิยมแนวเสรีนิยม และแนวหัวรุนแรงกลับชี้ให้เห็นว่าผู้หญิงไม่จำเป็นต้องมีบุตรเสมอไป ภาวะมีบุตรยากไม่ใช่สิ่งที่ทำให้ผู้หญิงต้องเครียดกังวล แต่อย่างไรก็ดี ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยเลือกที่จะใช้แนวคิดความรู้สึกเป็นตราบาปมาเป็นสมมติฐานในการวิจัย เนื่องจาก ผลงานวิจัยของ Peter J. Burke (2003) ได้ชี้ให้เห็นว่า ความเป็นตัวตนของสมาชิกในแต่ละสังคมจะแตกต่างกันตามโครงสร้างทางสังคมที่ต่างกัน ซึ่งการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า สังคมไทยยังมีลักษณะทางโครงสร้างที่เอื้อต่อการสร้างความเป็นตัวตนของผู้หญิงในลักษณะที่ทำให้ผู้หญิงต้องตระหนักถึงบทบาทคาดหวังในความเป็นภรรยาและมารดา เมื่อผู้หญิงต้องเผชิญภาวะมีบุตรยากจึงทำให้เธอรู้สึกเครียดกังวลและเกิดเป็นความรู้สึกเป็นตราบาป

ทั้งนี้ งานวิจัยที่ใช้การวิเคราะห์และวิธีการแนวสตรีนิยมในการศึกษาเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยากได้ถ่ายทอดประสบการณ์ชีวิต การเผชิญปัญหา การเปลี่ยนแปลง และการปรับตัวของผู้มีบุตรยาก โดยงานวิจัยเรื่อง A feminist analysis of women's experiences with infertility : Examining the roles of leisure and conceptualizations of family ของ Diana Catharine Parry (2003) เป็นการศึกษาภาวะมีบุตรยากของผู้หญิงภายใต้บริบททางวัฒนธรรมในกรอบการวิเคราะห์แนวสตรีนิยม ซึ่งให้เห็นว่า ผู้หญิงที่มีบุตรยากต้องเผชิญปัญหาด้านบทบาทในการดำเนินชีวิต และภาวะบุตรยากยังส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพครอบครัว ในลักษณะเดียวกัน Lois Ottinger Gonzalez (1988) ได้ศึกษาความหมายของ “ภาวะมีบุตรยาก” จากโลกทัศน์ของผู้หญิงที่มีบุตรยากเอง พบว่า ภาวะมีบุตรยากเป็นกระบวนการเปลี่ยนผ่านที่ทำให้ผู้หญิงรู้สึกบกพร่องในบทบาทของความเป็นแม่ รู้สึกขาดอำนาจทางเพศ และเกิดเป็นตราบาปที่ไม่สามารถทำหน้าที่ทางสังคมและหน้าที่ตามบรรทัดฐานทางวัฒนธรรมได้อย่างสมบูรณ์ ในขณะที่งานวิจัยของ Irina L.G.Todorova และ Tatyana Kotzeva (2003) พบว่า ผู้หญิงในบัลแกเรียมีการต่อรองทางวาทกรรมเกี่ยวกับการภาวะมีบุตรยาก ซึ่งเป็นการต่อสู้กับความรู้สึกเป็นตราบาป และการรักษาที่ไม่เป็นผล โดยพวกเธอพยายามนำแนวคิด “ภาวะความเป็นผู้หญิง” (womanhood) มาใช้แทนที่ “ภาวะความเป็นมารดา” (motherhood) เพื่อเป็นการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของผู้หญิงที่ไม่สามารถมีบุตรได้ รวมทั้งเพื่อให้สังคมเปลี่ยนแปลงการสร้างความหมายต่อผู้หญิงใหม่ ซึ่งไม่จำเป็นว่าผู้หญิงทุกคนต้องผ่านภาวะความเป็นมารดา เมื่อเป็นเช่นนี้ความรู้สึกเป็นตราบาปก็จะไม่เกิดขึ้นกับผู้หญิงที่มีบุตรยากหรือไม่มีบุตร

งานวิจัยส่วนหนึ่งแสดงให้เห็นถึงประสบการณ์ชีวิตของผู้หญิงมีบุตรยากซึ่งได้รับผลจากความแตกต่างทางเพศ เช่น งานวิจัยของ Nahar Papreen, Anjali Sharma, Keith Sabin, Lutfa Begum, S. Khaled Ahsan and Abdulla H. Baqui (2000) พบว่า ผู้มีบุตรยากจะเกิดความรู้สึกเป็นตราบาป โดยเฉพาะในผู้หญิงซึ่งมักจะถูกพิจารณาเพ่งเล็งไปที่ประวัติชีวิตของเธอ ก่อนแต่งงานโดยเชื่อว่าภาวะมีบุตรยากอาจจะเกิดมาจากการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การเป็นโรคเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ หรือการคบชายหลายคนก่อนแต่งงาน ซึ่งข้อสงสัยต่างๆ ล้วนเป็นความเลื่อมใสที่ตอกย้ำให้พวกเธอรู้สึกเป็นตราบาปและพยายามหาหนทางรักษา ในขณะที่ผู้ชายก็พยายามหาทางออกด้วยวิธีการแต่งงานใหม่ ซึ่ง งานวิจัยของ Ann M. McAllister (2001) ก็พบว่าผู้หญิงที่มีบุตรยากจะเกิดความรู้สึกสูญเสียมากกว่าผู้ชาย เช่นเดียวกับ Daniel Welch McDonald (1998) และ Myra Gail Schneider (2000) ที่พบว่า ผู้หญิงมีความเครียดมากกว่าผู้ชาย โดยผู้หญิงให้

ความสำคัญต่อการตั้งครรภโดยวิธีทางธรรมชาติมากกว่า ในลักษณะเดียวกันงานวิจัยของ Bernice E. Goodwin (2001) ที่ให้เห็นว่าผู้หญิงยังคงให้ความสำคัญต่อการตั้งครรภเองมากกว่าผู้ชายเช่นกัน

Christine Anne Dersney (1996) กล่าวว่า ภาวะมีบุตรยากมีผลโดยตรงกับอัตลักษณ์ทางเพศ (Gender identity) โดย Laura Jeanne Shanner (1994) ที่ให้เห็นว่า ความต้องการมีบุตรนั้นไม่ใช่สิ่งที่เพิ่งสร้างขึ้นในปัจจุบัน แต่เป็นส่วนหนึ่งของ self-image และเป็นการวางแผนชีวิตที่มีมาตั้งแต่วัยเด็กแล้ว ความรู้สึกเป็นตราบาปของผู้หญิงจะยังคงอยู่ต่อไปตราบเมื่อผู้หญิงไม่สามารถตั้งครรภด้วยตนเองได้ ซึ่งงานวิจัยของ Charlene Elizabeth Miall (1984) พบว่า ภาวะมีบุตรยากทำให้ผู้หญิงมีความรู้สึกว่าตนบกพร่องในหน้าที่ทางเพศ

2.2 แนวคิดเรื่อง “ความรู้สึกเป็นตราบาป” (Stigma)

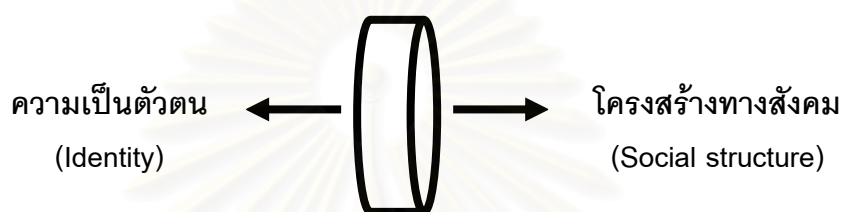
2.2.1 ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ “ความเป็นตัวตน” และ “ความรู้สึกเป็นตราบาป”

จากแนวคิดเรื่องเพศ และบทบาททางเพศ ในหัวข้อ 2.1 ได้ชี้ให้เห็นถึงการปฏิสัมพันธ์กันของสมาชิกในสังคม ซึ่งนอกจากจะนำไปสู่การจัดระเบียบทางสังคม และกำหนดบทบาทของสมาชิกแล้ว ระบบทางสังคมยังให้ “ความเป็นตัวตน” (Identity) กับสมาชิกด้วย ซึ่งความเป็นตัวตน ถือเป็นผลผลิตของสังคมที่เกิดจากการขัดเกลาทางสังคม เป็นการที่บุคคลยอมรับเอาคุณค่าของกลุ่ม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และมีการปรับความต้องการและการกระทำของตนให้เข้ากับกลุ่มตามสิทธิและหน้าที่ที่สังคมกำหนดหรือยอมรับ (สุพัตรา สุภาพ, 2541) ซึ่ง Mead (George Ritzer, 1992) อธิบายการก่อเกิดตัวตนนั้นถูกพัฒนาขึ้นอย่างช้าๆ ในวัยเด็ก จากการสวมบทบาทของผู้อื่น ดังนั้น ตัวตนในความหมายของ Mead จึงเป็นตัวตนทางสังคม ซึ่งเกี่ยวข้องกับการปฏิสัมพันธ์กันของสมาชิกในสังคม โดย Cooley (George Ritzer, 1992) เรียกว่า “Looking-Glass Self” ซึ่งหมายถึงตัวตนของเราที่เกิดจากการเรียนรู้จากสายตาของสังคม

ในทางเดียวกัน ความเป็นตัวตนก็เป็นตัวควบคุมและปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางสังคมด้วย ซึ่งหากกล่าวไปแล้ว ความเป็นตัวตน (Identity) และ โครงสร้างทางสังคม (Social

structure) จึงเปรียบเทียบสองด้านของเหรียญบาทนั่นเอง ผลงานวิจัยของ Peter J. Burke (2003) ได้ชี้ให้เห็นว่า พัฒนาการของความเป็นตัวตนของแต่ละสังคมจะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับวิถีทางของความเป็นตัวตนที่ผูกติดกับโครงสร้างทางสังคมของแต่ละสังคมที่ต่างกัน

แผนภูมิที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเป็นตัวตนและโครงสร้างทางสังคม



เมื่อคนเราเรียนรู้ความเป็นตัวตน จึงเกิดการตระหนักในสิ่งที่ตนเองเป็นและเปรียบเทียบกับสิ่งที่ตนเองควรจะเป็น และสิ่งที่คนอื่นเป็น ซึ่งในสิ่งที่เราควรจะเป็นแต่ไม่สามารถเป็นได้ จึงเกิดเป็นช่องว่างที่ทำให้เครียดกังวล ซึ่งก็คือ “ความรู้สึกเป็นตราบาป” หรือ “Stigma” เช่นเดียวกันกับกรณีของผู้หญิงที่มีบุตรยาก เมื่อสังคมคาดหวังต่อบทบาทความเป็นมารดาของผู้หญิง โดยสร้างบทบาทคาดหวังให้ผู้หญิงตระหนักถึงบทบาทที่เธอควรจะเป็น (ตัวตนทางสังคม) ซึ่งได้แก่ บทบาทของบุตรสาว บทบาทของภรรยา และบทบาทของมารดา เมื่อผู้หญิงไม่สามารถมีบุตรได้ดังเช่นสิ่งที่เธอควรจะเป็นในตัวตนทางสังคม ความรู้สึกเป็นตราบาปจึงเกิดขึ้น

แนวคิดเรื่อง “ความรู้สึกเป็นตราบาป” หรือ “Stigma” นี้ ถูกพูดถึงครั้งแรกโดย Erving Goffman (1963) โดยเขาเชื่อว่า พฤติกรรมของมนุษย์จะแสดงออกมาตามความคาดหวัง (Expectation) ทางบทบาท ซึ่งขึ้นอยู่กับบริบททางโครงสร้างสังคม (Setting) เมื่อบุคคลถูกคาดหวังจากบุคคลอื่น ๆ รอบข้างมีผลให้บุคคลนั้นพยายามแสดงพฤติกรรมตามที่บุคคลอื่นคาดหวังไว้ แต่อย่างไรก็ดี ในบทบาทที่เกิดขึ้นจริงนั้นอาจไม่ได้เป็นไปตามลักษณะพฤติกรรมที่ถูกคาดหวังไว้ ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกเป็นตราบาป (Stigma) ขึ้นมา อันเนื่องมาจากความสามารถแสดงบทบาทตามลักษณะบทบาทคาดหวังที่บุคคลอื่นสร้างไว้ได้

ทั้งนี้ **บทบาทคาดหวัง** (Expected role) เป็นบทบาทที่กำหนดไว้ตามความคาดหวังของบุคคลทั่วไปในสังคมเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติ เป็นแบบฉบับที่สมบูรณ์ ซึ่งผู้ที่มีสถานภาพนั้นๆ ควรกระทำแต่อาจไม่มีใครทำตามนั้นก็ได้ ในขณะที่ **บทบาทที่แสดงออกจริง** เป็นบทบาทที่บุคคลแสดงออกอย่างเป็นจริงในตำแหน่งหรือสถานภาพหนึ่งๆ บทบาทที่แสดงจริงอาจจะตรงกับบทบาทที่คาดหวังหรือไม่ก็ได้

Erving Goffman (1963) ได้อธิบายกระบวนการเกิดความรู้สึกเป็นตราบาป ไว้ว่าการปฏิสัมพันธ์กันของมนุษย์เรานั้น เราจะมีตัวตนทางสังคม (Social identity) ซึ่งเป็นลักษณะแรกๆ ที่ปรากฏแก่สายตาผู้อื่น โดยเราจะพยายามแสดงบทบาทตามตัวตนทางสังคมนั้นให้สมบูรณ์ที่สุด แต่อย่างไรก็ดี บทบาทที่เราแสดงออกจริงตามตัวตนจริงของเรา (Actual social identity) อาจจะไม่ใช่บทบาทตามตัวตนที่เราควรจะเป็น (Virtual social identity) ก็ได้ ซึ่งช่องว่างที่เกิดขึ้นระหว่างตัวตนทั้งสองนี้เป็นกระบวนการที่คนไม่สามารถเป็นไปตามความพอใจของคนอื่นได้ ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นตราบาป (Stigma) ขึ้น ดังนั้น ความรู้สึกเป็นตราบาปจึงเป็นช่องว่างระหว่าง Virtual Social Identity และ Actual Social Identity ความรู้สึกเป็นตราบาปเกิดมาจากพฤติกรรมที่ไม่น่าพึงพอใจจากบุคคลอื่น โดยเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะกับคุณลักษณะที่บุคคลควรจะเป็น (Stereotype)

2.2.2 ประเภทและลักษณะของความรู้สึกเป็นตราบาป

Erving Goffman (1963) ได้แบ่งประเภทของความรู้สึกเป็นตราบาป (stigma) ออกเป็น 2 ประเภท คือ A discredited stigma และ A discreditable stigma (Erving Goffman, 1963 อ้างใน George Ritzer, 1992: 361) ดังนี้

1) **A discredited stigma** คือ ความรู้สึกเป็นตราบาปในความไม่น่าเชื่อถือ ซึ่งเป็นการจัดการความตึงเครียดที่เกิดจากการที่บุคคลอื่นล่วงรู้ถึงข้อมูลเกี่ยวกับความผิดปกติที่เกิดขึ้นหรือการล่วงรู้ของบุคคลอื่นในพฤติกรรมที่เราต่างจากเขา เช่น ความรู้สึกเป็นตราบาปเมื่อบุคคลอื่นต้องรู้ว่าตนเองต้องสูญเสียแขนขาหรือพิการ เป็นต้น

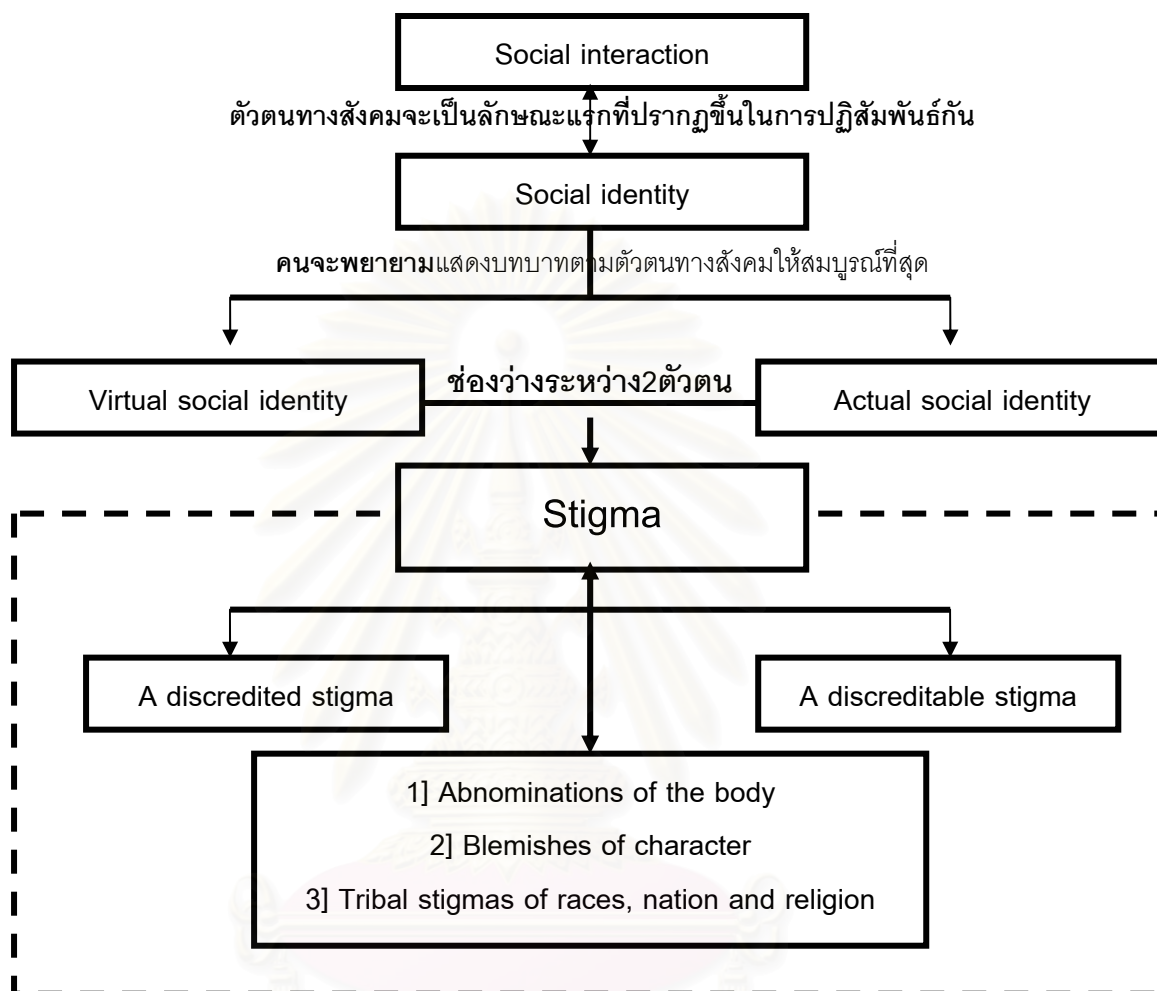
2) A discreditable stigma คือ ความรู้สึกเป็นตราบาปในความอับยศ ซึ่งเป็นการจัดการความตึงเครียดที่เกิดจากการปกปิดข้อมูลบางอย่างที่บุคคลอื่นไม่ควรรับรู้ หรือความเครียดที่ต้องปกปิดข้อมูลลับ เช่น ความรู้สึกของบุคคลที่ไปทำศัลยกรรมมาโดยไม่อยากให้คนอื่นรู้ เป็นต้น

โดยความรู้สึกเป็นตราบาปทั้ง 2 ประเภทข้างต้นเกิดมาจากลักษณะใหญ่ๆ 3 ลักษณะ ได้แก่ ลักษณะแรก คือ ความรู้สึกเป็นตราบาปจากลักษณะร่างกายที่ผิดปกติหรือน่ารังเกียจ (abominations of the body) ลักษณะที่สอง คือ ความรู้สึกเป็นตราบาปจากคุณลักษณะที่บกพร่องของบุคคล (blemishes of character) เช่น ความรู้สึกผิด ความรู้สึกอับยศ ความเชื่อว่าบกพร่อง และความเสื่อมเสียเกียรติต่างๆ และลักษณะสุดท้าย คือ ความรู้สึกเป็นตราบาปจากชาติกำเนิด (tribal stigmas of races, nation and religion) ได้แก่ ความรู้สึกเป็นตราบาปทางเชื้อชาติ สีผิว ชนชั้น เผ่าพันธุ์ และศาสนา เป็นต้น ซึ่งความรู้สึกเป็นตราบาปที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้หญิงมีบุตรยากในงานวิจัยชิ้นนี้เป็นลักษณะความรู้สึกเป็นตราบาปในลักษณะที่สอง คือ ความรู้สึกเป็นตราบาปจากคุณลักษณะที่บกพร่องของบุคคล นั่นคือ ความรู้สึกบกพร่องจากการไม่มีบุตร อย่างไรก็ตาม Erving Goffman ก็ไม่ได้เสนอว่าความรู้สึกเป็นตราบาปเป็นสิ่งที่เลวร้าย หากแต่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ในมนุษย์ทุกคน และมนุษย์ทุกคนย่อมผ่านพ้นประสบการณ์การมีความรู้สึกเป็นตราบาป เช่น ความรู้สึกเป็นตราบาปของคนอ้วนที่มีน้ำหนักมากกว่าบุคคลทั่วไป ความรู้สึกเป็นตราบาปจากการพูดโกหก และความรู้สึกเป็นตราบาปจากความไม่แน่ใจเมื่อตนเองกลายเป็นคนหลงพวกในบางกรณี เป็นต้น (George Ritzer, 1992: 361) ดังนั้น กระบวนการปรับตัวจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยเกิดขึ้นเพื่อให้ผ่านพ้นหรือลดทอนความรู้สึกเป็นตราบาปไปได้ โดยจะกล่าวถึงรายละเอียดในลำดับต่อไป

2.2.3 กระบวนการเกิดความรู้สึกเป็นตราบาป

จากแนวคิดที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยสรุปกระบวนการเกิดความรู้สึกเป็นตราบาปของ Erving Goffman (1963) เป็นแผนภูมิได้ดังนี้

แผนภูมิที่ 2 แสดงกระบวนการเกิดความรู้สึกเป็นตราบาปของ Erving Goffman



จากแผนภูมิ สามารถอธิบายได้ว่า “ตัวตนทางสังคม” จะเกิดขึ้นครั้งแรกเมื่อมนุษย์มีการปฏิสัมพันธ์กัน ซึ่งตัวตนทางสังคม คือ การที่คนเรายอมรับในความคาดหวังของกลุ่มที่มีต่อบทบาทของเรา ทำให้มนุษย์พยายามแสดงบทบาทของตนตามตัวตนทางสังคม อย่างไรก็ตาม ในบางสถานการณ์ที่มนุษย์ไม่สามารถเป็นไปตามบทบาทที่สังคมคาดหวังไว้ นั่นก็คือ บทบาทที่เป็นจริง (Actual social identity) ไม่ใช่บทบาทเดียวกับบทบาทที่ถูกคาดหวัง หรือบทบาทที่ควรจะเป็น (Virtual social identity) ทำให้มนุษย์เกิดความรู้สึกเป็นตราบาป (Stigma) ขึ้น

2.2.4 ความสัมพันธ์ของแนวคิดเรื่อง “ความรู้สึกเป็นตราบาป” ในการวิจัยครั้งนี้

ความสัมพันธ์ของแนวคิดเรื่อง “ความรู้สึกเป็นตราบาป” ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้หญิงที่มีบุตรยากมีช่องว่างระหว่าง “สิ่งที่ตนเองเป็น” กับ “สิ่งที่ควรจะเป็น” ทำให้เธอเกิดความรู้สึกเป็นตราบาปขึ้น และเป็นอุปสรรคในการดำเนินบทบาทความเป็นผู้หญิงต่อไปได้ ซึ่งในที่นี้ “สิ่งที่บุคคลเป็น” ก็คือ ภาวะมีบุตรยาก หรือการไม่ได้แสดงบทบาทมารดา ส่วน “สิ่งที่ควรจะเป็น” ก็คือบทบาทความเป็นมารดาซึ่งเป็นบทบาทคาดหวังที่สังคมคาดหวังต่อผู้หญิง ในการวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งทำความเข้าใจต่อทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้หญิงในกระบวนการการเกิดความรู้สึกตราบาปภายหลังจากที่เธอรับรู้ว่าคุณสมบัติของตนเองอยู่ในภาวะมีบุตรยาก

โดยงานวิจัยจำนวนมากชี้ให้เห็นว่าภาวะมีบุตรยากได้สร้างความรู้สึกเป็นตราบาปให้แก่ผู้ที่เผชิญกับสภาพการณ์ดังกล่าว นับตั้งแต่วันที่พวกเขาทราบว่าตนเองมีบุตรยาก และพวกเขาจะยังคงรู้สึกเช่นนี้ตราบาปที่เธอไม่สามารถมีบุตรได้ งานวิจัยของ Christine Anne Dersney (1996) และ Linda M. Whiteford and Lois Gonzalez (1995) ชี้ให้เห็นชัดเจนว่าภาวะมีบุตรยากส่งผลต่อการเกิดความรู้สึกเป็นตราบาป ทำให้ผู้มีบุตรยากมีความเครียดเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Laura Jeanne Shanner (1994) ซึ่งพบว่าผู้หญิงมีบุตรยากจะเกิดความรู้สึกเป็นตราบาป ซึ่งรู้สึกว่าคุณสมบัติตนเองโดดเดี่ยว หงุดหงิด น่ารำคาญ ผิดหวัง ผิดปกติ โศกเศร้า และรู้สึกลดคุณค่าในตนเองลง

ส่วนงานวิจัยของ Nahar Papreen, Anjali Sharma, Keith Sabin, Lutfu Begum, S. Khaled Ahsan and Abdulla H. Baqui (2000) ก็พบว่า ผู้มีบุตรยากในชุมชนแออัดในประเทศบังกลาเทศจะเกิดความรู้สึกเป็นตราบาป และรู้สึกเสื่อมเสีย นอกจากนี้ Linda L. Millenbach (2001) ยังกล่าวว่า ความรู้สึกเป็นตราบาปจะยังคงอยู่ แม้จนกระทั่งผู้หญิงตัดสินใจที่จะเลิกการรักษาภาวะมีบุตรยากไป สำหรับ Charlene Elizabeth Miall (1984) พบว่าความรู้สึกเป็นตราบาปทำให้ผู้มีบุตรยากสร้างกลไกสำคัญขึ้นมา 3 อย่างเพื่อเลือกปฏิบัติ คือ การปิดเป็นความลับ การรักษา และการป้องกันการมีบุตรยาก โดยการรับบุตรบุญธรรมมาเลี้ยงก็เป็นกลไกทางจิตอย่างหนึ่ง

2.3 แนวคิดเรื่อง “ภาวะมีบุตรยาก” (Infertility)

2.3.1 นิยามของ “ภาวะมีบุตรยาก”

World Health Organization (2004) ได้ให้นิยามของภาวะมีบุตรยาก ว่าหมายถึง คู่สมรสที่อยู่ร่วมกันโดยมีความสัมพันธ์ทางเพศอย่างสม่ำเสมอ (คือประมาณ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์) โดยไม่ได้คุมกำเนิด แต่ไม่ตั้งครรรภ์ให้ถือว่าคู่สมรสนั้นอยู่ในภาวะมีบุตรยาก

ในขณะที่ สมาคมอนามัยเจริญพันธุ์ (ไทย) (2547) ก็ให้นิยามที่มีลักษณะเช่นเดียวกันว่าภาวะมีบุตรยาก หมายถึง การที่คู่สมรสไม่สามารถมีบุตรได้ทั้งที่ไม่ได้คุมกำเนิดและมีเพศสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี

เช่นเดียวกับ นิยามของนักวิชาการไทยอย่าง หทัย เทพพิสัย และ อรุษา เทพพิสัย (2533) และเสเปียง ศรีวรรณบุรณ (2526) ซึ่งได้ให้นิยามของคำว่า “ภาวะมีบุตรยาก” ในลักษณะเช่นเดียวกับนิยามขององค์การอนามัยโลกเช่นกัน โดยหมายถึง คู่สมรสที่ไม่ได้คุมกำเนิดและมีความสัมพันธ์ทางเพศอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปีแล้วไม่ตั้งครรรภ์หรือไม่สามารถทำให้การตั้งครรรภ์ดำเนินต่อไปจนกระทั่งทารกคลอดออกมามีชีวิตได้ แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

1) **ภาวะมีบุตรยากชนิดปฐมภูมิ (Primary infertility)** หมายถึง ภาวะมีบุตรยากที่ฝ่ายหญิงไม่เคยมีครรรภ์เลย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอายุของฝ่ายหญิงเป็นสำคัญ คือ ถ้าฝ่ายหญิงอายุต่ำกว่า 25 ปี ให้ระยะเวลา 2 ปี ถ้าอายุ 25-29 ปี ให้ระยะเวลา 1 ปีครึ่ง ถ้าอายุ 30-35 ปี ให้เวลา 1 ปี และถ้าอายุเกิน 35 ปีขึ้นไปให้ระยะเวลาเพียง 6 เดือน

2) **ภาวะมีบุตรยากชนิดทุติยภูมิ (Secondary infertility)** หมายถึง ภาวะมีบุตรยากที่ฝ่ายหญิงเคยมีครรรภ์มาก่อน อาจจะสิ้นสุดลงด้วยการแท้งหรือการคลอดก็ตาม หลังจากนั้นไม่มีครรรภ์อีกเลยเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 ปี ในกรณีที่ให้ลูกกินนมมารดาจะต้องนับตั้งแต่วันที่สิ้นสุดการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา

ทั้งนี้ ปัจจัยสำคัญที่จำเป็นสำหรับการอยู่ร่วมกันของคู่สมรสเพื่อให้ได้บุตร คือ

ก. ฝ่ายชาย ต้องสามารถผลิตตัวอสุจิที่มีจำนวนเพียงพอ ตัวอสุจิเคลื่อนไหวได้โดยปกติ และสามารถผ่านช่องทางนำอสุจิจนกระทั่งถูกฉีดออกมาสู่ภายนอกได้

ข. ฝ่ายหญิง สามารถผลิตไข่ที่ปกติและผสมพันธุ์ได้ ผ่านเข้าไปในท่อนำไข่ในระยะเวลาเพียง 2-3 ชั่วโมง และผสมกับตัวอสุจิได้ ไข่ที่ผสมแล้วนี้ต้องเคลื่อนเข้าไปในโพรงมดลูกฝังตัวลงบนเยื่อมดลูกที่สมบูรณ์ จากนั้นก็เจริญเติบโตจนกระทั่งครบกำหนดคลอด

ค. ฝ่ายชายและฝ่ายหญิง ในการร่วมเพศ ตัวอสุจิจะถูกหลั่งไว้ในช่องคลอดและสามารถแทรกผ่านมูกที่ปากมดลูกเข้าไปในโพรงมดลูกไปยังท่อนำไข่ในระยะเวลาพอเหมาะที่จะผสมกับไข่ (Thailand Medical Clinic Online, 1998)

2.3.2 สาเหตุของภาวะมีบุตรยาก

ในอดีตพบว่าภาวะมีบุตรยากมีสาเหตุมาจากฝ่ายหญิงร้อยละ 40 – 50 สาเหตุจากฝ่ายชายร้อยละ 30 และสาเหตุร่วมกันทั้งฝ่ายชายและฝ่ายหญิงร้อยละ 20 – 30 (หทัย เทพพิสัย และอุรุษา เทพพิสัย, 2533 และเสปียง ศรีวรรณบุรณ, 2526) แต่ในปัจจุบันสภาวะการเปลี่ยนแปลงไปทำให้ภาวะมีบุตรยากมีสาเหตุมาจากฝ่ายหญิงและฝ่ายชายในสัดส่วนที่เท่ากันคือฝ่ายหญิงร้อยละ 50 และฝ่ายชายร้อยละ 50 (พนิตย จิระนนทประวัตติ, 2546) ทั้งนี้ ยังคงมีข้อถกเถียงเกี่ยวกับสัดส่วนของสาเหตุที่เกิดขึ้นในฝ่ายหญิงและชาย ซึ่งอาจเกิดจากฝ่ายหญิงและชายร้อยละ 40 เป็นสาเหตุร่วมกันทั้งฝ่ายชายและฝ่ายหญิงร้อยละ 20 (สถานพยาบาลเจตนิณ, 2546) แต่อย่างไรก็ดี ในปัจจุบันนักวิชาการส่วนใหญ่ต่างก็สรุปว่าภาวะมีบุตรยากเกิดได้จากสาเหตุหลายประการทั้งสาเหตุโดยตรงและสาเหตุทางอ้อม

ประการแรก คือ สาเหตุโดยตรง สามารถแบ่งได้เป็นสาเหตุจากฝ่ายหญิง สาเหตุจากฝ่ายชาย และสาเหตุที่เกิดจากทั้งสองฝ่ายร่วมกัน โดย สาเหตุจากฝ่ายหญิง ได้แก่ ความผิดปกติเกี่ยวกับการตกไข่ ความผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์ เช่น มดลูก ท่อนำไข่ ปากมดลูก ช่องคลอด เป็นต้น รวมทั้งการติดเชื้อ การได้รับสารเคมี ความผิดปกติทางด้านจิตใจ และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ทำให้มีเพศสัมพันธ์ห่าง เป็นต้น และ สาเหตุจากฝ่ายชาย ได้แก่ ความผิดปกติเกี่ยวกับเชื้ออสุจิ อวัยวะเพศผิดปกติ ความไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ตามปกติได้ เป็นต้น รวมทั้งเป็นสาเหตุร่วมกันทั้งสองฝ่าย ได้แก่ การมีภูมิคุ้มกันต่อต้านเชื้ออสุจิ การแยกกันอยู่ สภาวะ

ทางจิตใจ การขาดความรู้ทางเพศหรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง เป็นต้น นอกจากนี้ ภาวะมีบุตรยากบางกรณีก็ไม่สามารถหาสาเหตุที่แน่นอนได้ ซึ่งอาจเกิดจากความสามารถในการมีบุตรของคู่สมรส หรือเกิดจากปัจจัยทางอ้อมอื่นๆ (หทัย เทพพิสัย และอุรุษา เทพพิสัย, 2533 และเสปียง ศรีวรรณ บุรณ์, 2526)

ประการที่สอง คือ สาเหตุทางอ้อม เป็นปัจจัยทางอ้อมหรือปัจจัยส่งเสริมที่อาจมีผลต่อการเกิดภาวะมีบุตรยาก ซึ่งโดยทั่วไปปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์เร็วหรือช้าสามารถสรุปได้เป็น 4 ปัจจัยใหญ่ คือ อายุของภรรยาและสามี ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ ระยะเวลาของความพยายามตั้งครรภ์ และวิธีการคุมกำเนิด ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1) อายุของผู้ชายและผู้หญิง ในกรณีของผู้หญิง พบว่า ผู้หญิงที่มีอายุ 25 ปี ถ้ามีสามีอายุใกล้เคียงกันจะมีการตั้งครรภ์ได้ง่ายกว่าอายุอื่น ๆ คือ ผู้หญิงจะตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 50 ในระยะเวลา 5 เดือน ร้อยละ 75 ในระยะเวลา 10 เดือน และอายุที่มากขึ้นกว่า 25 ปี ทุก ๆ 5 ปี จะต้องใช้เวลายาวนานขึ้นเกือบเท่า ตัวในการตั้งครรภ์นั่นคือการตั้งครรภ์จะยากขึ้นเรื่อยๆ เมื่ออายุมากขึ้น ในขณะที่กรณีของผู้ชาย พบว่า ผู้ชายที่มีอายุ 25 ปี จะสามารถทำให้ภรรยาตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 75 ภายใน 1 ปี แต่จะทำให้ตั้งครรภ์ได้เพียงร้อยละ 25 ภายในระยะเวลา 1 ปี ถ้าสามีอายุ 40 ปีขึ้นไป (Thailand Medical Clinic Online, 1998)

2) ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ ทางกรแพทย์พบว่า คู่สมรสที่มีเพศสัมพันธ์น้อยกว่า 4 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือมากกว่า 6 ครั้งต่อสัปดาห์ จะทำให้โอกาสในการตั้งครรภ์ลดลง โดยภายในระยะเวลา 6 เดือน ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์จะมีโอกาสต่อการตั้งครรภ์ ดังนี้

ก. การมีเพศสัมพันธ์ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ มีโอกาสตั้งครรภ์ร้อยละ 25

ข. การมีเพศสัมพันธ์ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ มีโอกาสตั้งครรภ์ร้อยละ 33

ค. การมีเพศสัมพันธ์ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ มีโอกาสตั้งครรภ์ร้อยละ 50

ง. การมีเพศสัมพันธ์ 4 ครั้งต่อสัปดาห์ (หรือมากกว่า) มีโอกาสตั้งครรภ์ร้อยละ 60

(Thailand Medical Clinic Online, 1998)

3) ระยะเวลาของการสมรส พบว่าหลังจาก 18 เดือนของการสมรสแล้วไม่ตั้งครรภ์ แสดงว่า น่าจะมีสาเหตุของภาวะมีบุตรยาก ซึ่งต้องดำเนินการตรวจวินิจฉัยและรักษา ทั้งนี้

ระยะเวลาของการสมรสยิ่งนานก็ยิ่งมีโอกาสตั้งครรภ์ภายหลังการรักษาน้อยลง โดยคู่สมรสที่พยายามมีบุตรโดยการมีเพศสัมพันธ์ที่ถี่และสม่ำเสมอ พบว่า มีโอกาสตั้งครรภ์ร้อยละ 15 ในเดือนแรก, ร้อยละ 50 ในระยะเวลา 6 เดือน, ร้อยละ 75 ในระยะเวลา 1 ปี, ร้อยละ 90 ในระยะเวลา 2 ปี และมากกว่าร้อยละ 95 ในระยะเวลา 3 ปี (Thailand Medical Clinic Online, 1998)

4) การคุมกำเนิด วิธีการคุมกำเนิดบางอย่างกระทบกระเทือนต่อการทำงานของระบบสืบพันธุ์ เช่น ฮอโมนฉีดคุมกำเนิดอาจทำให้การตกไข่ล่าช้า การใส่ห่วงอนามัยอาจทำให้เกิดการอักเสบในอุ้งเชิงกราน เป็นต้น (หทัย เทพพิสัย และอุรุษา เทพพิสัย, 2533)

2.3.3 การตรวจวินิจฉัยและการรักษาภาวะมีบุตรยาก

การตรวจวินิจฉัยภาวะมีบุตรยากเพื่อค้นหาปัจจัยที่มีอิทธิพลและ/หรือสาเหตุของภาวะมีบุตรยากนั้น ควรกระทำทั้งในสามีและภรรยาพร้อมกันตั้งแต่แรก สำหรับเวลาที่เหมาะสมในการเริ่มการตรวจวินิจฉัยเพื่อหาสาเหตุการมีบุตรยากนั้น สมาคมการเจริญพันธุ์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Fertility Society) แนะนำให้เริ่มหาสาเหตุอย่างเต็มที่ในคู่สมรสที่อยู่ร่วมกันเป็นเวลา 2 ปีอย่างสม่ำเสมอโดยไม่คุมกำเนิดแล้วยังไม่มีการตั้งครรภ์ ส่วนคู่สมรสที่มีอายุ 30 ปีหรือมากกว่า ควรหาสาเหตุหลังจากการอยู่ร่วมกันเพียงปีเดียว (ชมพูนุท ศรีวิชัย, 2540)

ตามแนวคิดของเบล็นเนอร์, โซอีเนอร์ และ ครายซา (อ้างใน ชมพูนุท ศรีวิชัย, 2540) สามารถแบ่งระยะของการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยากเป็น 3 ระยะ โดยเริ่มจากการตรวจอย่างง่ายจนกระทั่งถึงระยะที่ต้องอาศัยเครื่องมือที่มีความซับซ้อนมากขึ้น โดยระยะแรกคือ ระยะตรวจวินิจฉัยอย่างง่าย เริ่มตั้งแต่คู่สมรสพยายามที่จะมีบุตรด้วยตนเองตามธรรมชาติ แต่ไม่ประสบความสำเร็จ และมาพบแพทย์เพื่อรับคำปรึกษา โดยผู้หญิงที่มีบุตรยากจะได้รับการตรวจร่างกายทั่วไป การซักประวัติ และได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยการวัดอุณหภูมิกายพื้นฐาน การเจาะเลือด การตรวจปัสสาวะ และการตรวจหลังมีเพศสัมพันธ์ ระยะที่ 2 คือ ระยะการตรวจวินิจฉัยขั้นซับซ้อน เป็นการตรวจหลังจากได้รับการตรวจวินิจฉัยอย่างง่ายแล้วแต่ยังไม่ทราบสาเหตุหรือไม่ชัดเจน เช่น การตรวจทางรังสี การส่องกล้องทางหน้าท้อง การใช้อัลตราซาวด์ เป็นต้น และระยะที่ 3 คือ ระยะเริ่มรับการรักษา การรักษามีหลายวิธีขึ้นอยู่กับสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะมีบุตรยาก เช่น การให้ยากระตุ้นการตกไข่ การผ่าตัด การใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ เป็นต้น

ก. การตรวจวินิจฉัยภาวะมีบุตรยาก

ขั้นตอนการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก โดยทั่วไปจะเป็นการตรวจวินิจฉัยที่กระทำต่อฝ่ายหญิงมากกว่าฝ่ายชาย ซึ่งการตรวจที่สำคัญในฝ่ายชายมีอย่างเดียวคือ การตรวจความสมบูรณ์ของเชื้ออสุจิ หากพบว่าผิดปกติก็จะมี การตรวจซ้ำเพื่อความแน่ใจ แต่ถ้าพบว่าผิดปกติเหมือนกันทั้ง 2 ครั้งแล้ว ก็จะตรวจหาสาเหตุของความผิดปกติต่อไป (Thailand Medical Clinic Online, 1998) ในขณะที่ฝ่ายหญิงจะต้องผ่านขั้นตอนการตรวจที่ซับซ้อนกว่า ซึ่งสรุปได้ดังนี้ (หทัย เทพพิสัย และอุรุษา เทพพิสัย, 2533 และเสปียง ศรีวรรณบุรณ์, 2526)

1) การซักประวัติข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นการซักประวัติคู่สมรสทั้งฝ่ายหญิงและฝ่ายชายเกี่ยวกับอายุ อาชีพ ประวัติการมีบุตรจากการแต่งงานครั้งก่อน ระยะเวลาของการแต่งงานครั้งนี้ ระยะเวลาที่พยายามมีบุตร การเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น วัณโรค เบาหวาน เป็นต้น และโรคติดต่อทางกรรมพันธุ์ ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ เช่น ความถี่ การใช้สารหล่อลื่น การสวนล้างช่องคลอด การเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

2) การตรวจร่างกาย ประกอบด้วย การตรวจร่างกายทั่วไปอย่างละเอียด เช่น ชั่ง น้ำหนัก วัดส่วนสูง ความดันโลหิต เป็นต้น และการตรวจภายในดูอวัยวะสืบพันธุ์ เช่น การตรวจดูการเจริญเติบโตของอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ลักษณะของอวัยวะสืบพันธุ์ภายในอวัยวะในอุ้งเชิงกราน เป็นต้น

3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจเลือด การวิเคราะห์น้ำปัสสาวะ การเอกซเรย์ปอด การตรวจหามะเร็งปากมดลูก เป็นต้น

4) การตรวจพิเศษอื่นๆ เพื่อประเมินการทำงานของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ ได้แก่ การวัดอุณหภูมิกายพื้นฐาน การประเมินมูกที่ปากมดลูก การตรวจสอบหลังร่วมเพศ การตรวจโพรงมดลูกและท่อนำไข่ด้วยสารทึบรังสี การส่องกล้องเข้าไปในโพรงมดลูก การส่องกล้องเข้าไปในช่องท้อง การตรวจอัลตราซาวด์ การตรวจระดับฮอร์โมน

ทั้งนี้ สำหรับผู้ที่มาพบแพทย์ที่สถานพยาบาลเจตนินจะได้รับการตรวจหาสาเหตุที่ต่างกัน โดยฝ่ายชายจะได้รับการตรวจคุณภาพของอสุจิ ในกรณีที่มีความผิดปกติของอสุจิก็จะได้รับการตรวจดูระดับฮอร์โมนเพศชาย และบางรายอาจจะได้รับการตัดชิ้นเนื้อบริเวณลูกอัณฑะ

ไปตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ (Testicular biopsy) ในขณะที่ ฝ่ายหญิงจะได้รับการตรวจดูระดับฮอร์โมนเพศเพื่อดูการทำงานของรังไข่ การตรวจท่อนำไข่ว่าอุดตันหรือไม่โดยการฉีดสารทึบแสงเข้าโพรงมดลูกและถ่ายภาพเอ็กซเรย์ (Hysterosalpingogram) การส่องกล้องผ่านทางหน้าท้อง (Laparoscopy) ซึ่งจะช่วยให้เห็นพยาธิสภาพในอุ้งเชิงกราน การส่องกล้องตรวจในโพรงมดลูก (Hysteroscopy) เมื่อแพทย์ตรวจพบความผิดปกติที่เป็นสาเหตุของการมีบุตรยากก็จะให้การรักษาต่อไป (สถานพยาบาลเจตนิน, 2546)

ข. การรักษาภาวะมีบุตรยาก

การรักษาภาวะมีบุตรยากของผู้หญิงขึ้นอยู่กับสาเหตุที่พบจากการตรวจวินิจฉัย ซึ่งสามารถสรุปวิธีการรักษาออกเป็น 2 วิธีใหญ่ๆ คือ วิธีการแรกเป็นการแก้ไขและรักษาความผิดปกติที่เกิดขึ้นในอวัยวะต่างๆ ส่วนวิธีการที่สองคือการรักษาโดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ เช่น การฉีดตัวอสุจิเข้าไปในโพรงมดลูก การผสมเทียมโดยใช้น้ำอสุจิของสามี การผสมเทียมโดยใช้น้ำอสุจิของชายอื่น การปฏิสนธิในหลอดแก้ว (IVF) การทำกิฟท์ (GIFT) การทำซีฟท์ (ZIFT) การทำอิกซี่ (ICSI) (ดูรายละเอียดของเทคนิคการรักษาแต่ละวิธีในภาคผนวกท้ายเล่ม) (สมาคมอนามัยเจริญพันธุ์, 2547)

สำหรับการรักษาที่สถานพยาบาลเจตนิน แพทย์จะใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ซึ่งมีลำดับขั้นตอนที่พอสรุปได้ดังนี้ (สถานพยาบาลเจตนิน, 2536)

- 1) การให้คำปรึกษาแนะนำ
- 2) การกระตุ้นไข่และการติดตามการเจริญเติบโตของไข่
- 3) การเจาะเก็บไข่
- 4) การเก็บและเตรียมเชื้ออสุจิ
- 5) การปฏิสนธิด้วยวิธีปกติ หรือช่วยการปฏิสนธิด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์
- 6) การเลี้ยงตัวอ่อน
- 7) การใส่กลับตัวอ่อนทางโพรงมดลูก อาจมีการช่วยเปิดเปลือกตัวอ่อนเพื่อช่วยการฝังตัวก่อนใส่กลับ หรือ การตรวจความผิดปกติทางโครโมโซมของตัวอ่อนก่อนการใส่กลับ
- 8) การให้ฮอร์โมนช่วยการฝังตัวของตัวอ่อน

2.3.4 ผลของการตรวจวินิจฉัยและการรักษาภาวะมีบุตรยาก

การตรวจวินิจฉัยและการรักษาภาวะมีบุตรยากแม้ว่าจะสามารถช่วยแก้ไขภาวะมีบุตรยากได้บ้าง แต่ขั้นตอนและวิธีการต่างๆ ต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด ซึ่งอาจมีความไม่แน่นอนในผลการรักษา ใช้เวลานาน และเสียค่าใช้จ่ายสูง รวมทั้งอาจส่งผลกระทบต่อผู้หญิงที่มีบุตรยากและสามีได้ ทั้งนี้ผู้ที่รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยากมักเป็นผู้หญิง เนื่องจากเป็นผู้ที่ได้รับความคาดหวังว่าสามารถมีบุตรและได้รับแรงกดดันมากมายทั้งจากภายในตนเอง สามี ครอบครัว และสังคม จึงทำให้ผู้หญิงพยายามแสวงหาการตรวจวินิจฉัยและการรักษาภาวะมีบุตรยากมากกว่าผู้ชาย (หทัย เทพพิสัย และอุรุษยา เทพพิสัย, 2533 และเสปียง ศรีวรรณ บุรณ์, 2526)

Elisabeth Brinkmann ทำการวิจัยเรื่อง Embracing the deficient body: Alternative responses to infertility ในปี 2001 พบว่าภาวะมีบุตรยากเป็นความทุกข์ทรมาน ซึ่งทางออกของผู้มีบุตรยากมีอยู่ 2 ทางเลือก คือ การรอตั้งครรรภ์โดยวิธีทางธรรมชาติ และการใช้เทคโนโลยีเข้าช่วย ซึ่งในวิธีการที่สองนี้มีอัตราความสำเร็จต่ำ และยังนำไปสู่ความทุกข์ทรมานในการรักษา การลู่ค่าความเป็นส่วนตัว การใช้จ่ายสูง รวมทั้งต้องอาศัยทุนทางจิตใจที่สูงมากทีเดียว นอกจากนี้ Elisabeth Brinkmann ยังนำเสนอว่าไม่มีอะไรที่จะมาบรรเทาถึงความเจ็บปวดของผู้ที่มีบุตรยากได้ ซึ่ง Lois Ottinger Gonzalez (1988) ก็มีความเห็นสอดคล้องกันโดยเขากล่าวว่า ภาวะมีบุตรยากนั้นถือเป็นโรคชนิดหนึ่ง เป็นอาการป่วย โดยมุ่งเน้นว่าภาวะมีบุตรยากเป็นการแทรกแซงภาวะทางจิต ทางวัฒนธรรม และเป็นความทุกข์ทรมานด้านจิตใจทั้งทางชีววิทยาและทางกายภาพ ในขณะที่ Yvonne Louise Stoesz (1996) พบว่า ภาวะมีบุตรยากมีลักษณะเป็นวิกฤตของชีวิต นอกจากนี้ Carol Elisabeth Bliss (1999) ยังกล่าวว่า ภาวะมีบุตรยากถือเป็นวิกฤตของชีวิตที่มีผลต่อทางกายและจิตใจ โดยผู้ที่มีบุตรยากจะถูกสังคมวาดภาพไว้ว่าเป็นบุคคลที่เป็นหมัน ทั้งนี้เรื่องของการมีบุตรยากเป็นประเด็นที่ไม่มีพรหมแดนทางเพศ วัฒนธรรม เชื้อชาติ และกลุ่มทางเศรษฐกิจและสังคม พบว่า ในทุกกรณีที่ศึกษานั้นยังขาดโอกาสในการสร้างความรู้เกี่ยวกับภาวะมีบุตรยากและขาดวัฒนธรรมที่มีความละเอียดเพียงพอที่จะเข้าใจภาวะมีบุตรยาก อันส่งผลให้ผู้มีบุตรยากไม่มีข้อมูลพอที่จะใช้ในการแก้ปัญหาของตนได้

มาห์ลสทีดท์ (Mahlstedt, 1985) กล่าวว่า ผู้หญิงที่มีบุตรยากจะมีความรู้สึกสูญเสียหลายอย่าง ได้แก่ ประการแรก คือ การสูญเสียภาวะสุขภาพ การทำหน้าที่ของร่างกาย หรือการสูญเสียการยอมรับตนเองหรือภาพลักษณ์ของตนเอง ผู้ที่มีบุตรยากมองตนเองว่ามีความบกพร่องทางกาย ประการที่สอง คือ การสูญเสียสถานภาพหรือศักดิ์ศรีหรือการยอมรับจากสังคม เพราะคิดว่าตนแตกต่างจากบุคคลอื่น ไม่สามารถเข้ากลุ่มหรือสังคมกับญาติเนื่องจากภาวะมีบุตรยากเป็นสิ่งที่น่ารังเกียจของสังคม จึงพยายามแยกตัวออกจากสังคม ไม่พยายามเข้ากลุ่มใคร เพราะจะสร้างความรู้สึกเจ็บปวดและปมด้อยแก่ตนเองมากยิ่งขึ้น และสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองหรือความภาคภูมิใจในตนเอง จากการทำหน้าที่ที่ไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่ได้ตามที่คาดหวัง ประการต่อมา คือ การสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง หรือความรู้สึกมีความสามารถไม่เพียงพอ หรือการสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง เพราะต้องอยู่ภายใต้การตัดสินใจของแพทย์ทุกอย่าง รวมทั้งสูญเสียความฝันหรือความหวังสำคัญๆ ที่ได้วางแผนไว้ ซึ่งการไม่มีบุตรเปรียบเสมือนความฝันถูกทำลาย และยังอาจทำให้สูญเสียสัมพันธภาพ อาจเกิดจากความไม่เข้าใจในคู่สมรสและญาติ นอกจากนี้ยังสูญเสียความมั่นคงปลอดภัยงานอาชีพ การเงิน สังคม และวัฒนธรรม จากการทำหน้าที่ต้องใช้เวลาและค่าใช้จ่ายในการวินิจฉัยและรักษามาก บางครั้งต้องใช้เวลาเพื่อไปตรวจตามนัด และประการสุดท้าย คือ การไม่มีบุตรเปรียบเสมือนการขาดตัวแทนที่มีคุณค่าของคู่สมรส

ผลกระทบทางตรงและทางอ้อมจากการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยากสรุปได้ดังนี้ (หทัย เทพพิสัย และอุรุษา เทพพิสัย, 2533 และเสปียง ศรีวรรณบุรณ, 2526, และชมพูนุท ศรีวิชัย, 2540)

ก. ผลกระทบทางตรง

1) ผลกระทบทางด้านร่างกาย

ผลกระทบทางด้านร่างกายจากการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยากโดยทั่วไป การตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก ทำให้ร่างกายของผู้หญิงที่มีบุตรยากได้รับความกระทบกระเทือน เกิดความเจ็บปวด ไม่สุขสบาย ในกรณีการตรวจวินิจฉัยเพื่อหาความผิดปกติในห้องทดลองด้วยวิธีการต่างๆ เป็นสิ่งที่กระทำการรุกรานต่อร่างกายของผู้หญิงทำให้เกิดความเจ็บปวด เกิดแผลที่หน้าท้อง และเกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เลือดออก เป็นต้น ส่วนในกรณีที่ไม่มีทราบสาเหตุซึ่งใช้การตรวจและรักษาหลายวิธีและหลายครั้ง

อาจทำให้เกิดอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน เป็นต้น นอกจากนี้ การตรวจวินิจฉัย และการรักษายังมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งที่เต้านมและรังไข่ การมีก้อนเนื้ออก มีสิ่งผิดปกติในโพรงมดลูก มีเยื่อบุมดลูกเจริญผิดตำแหน่ง รวมทั้งยังมีผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ อีกด้วย การตรวจวินิจฉัยและการรักษาทางการแพทย์ไม่ว่าด้วยวิธีการใดๆ ซึ่งเป็นเสมือนการทดลองทางวิทยาศาสตร์ ทำให้ผู้หญิงสูญเสียสุขภาพที่ดีและการทำหน้าที่ที่ดีของร่างกาย มีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของร่างกาย และก่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีความเจ็บป่วยจริง (หทัย เทพพิสัย และอุรุษา เทพพิสัย, 2533 และเสปียง ศรีวรรณบุรณ, 2526 และชมพูนุท ศรีวิชัย, 2540)

2) ผลกระทบทางด้านจิตใจ

ภาวะมีบุตรยากถือเป็นภาวะวิกฤตของชีวิต เนื่องจากไม่สามารถตั้งครภภได้ ตามความคาดหวังของตนเอง ครอบครัว และสังคม และภาวะมีบุตรยากเป็นสิ่งที่บุคคลส่วนใหญ่ไม่คาดคิดว่าจะเกิดขึ้นกับตนเองและเป็นสิ่งที่สังคมรังเกียจ เมื่อผู้หญิงเริ่มตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น จะเริ่มต้นด้วยการพยายามด้วยตนเองก่อน ถ้าไม่ประสบความสำเร็จจึงมารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยากกับแพทย์ ทำให้ผู้หญิงเกิดความหวังที่จะสามารถมีบุตรได้ ซึ่งความหวังจะเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจ และทำให้บุคคลสามารถที่จะต่อสู้ดิ้นรนไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ และยอมรับเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ และถ้าการรักษาไม่ประสบผลสำเร็จทำให้ผู้หญิงที่มีบุตรยากรู้สึกหมดหวัง และจะเป็นวงจรที่เกิดขึ้นได้ทุกระยะของการตรวจวินิจฉัยและรักษา การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์หลายอย่างที่เกิดขึ้น ทำให้รู้สึกเหมือนล้มเหลวในการดำเนินชีวิต เต็มไปด้วยความรู้สึกไม่เพียงพอในชีวิต รู้สึกเปล่าเปลี่ยวและว่างเปล่า สูญเสียความภาคภูมิใจในตัวเอง อาจขาดเป้าหมายในชีวิต บางคนไม่ยอมรับการตรวจวินิจฉัย ทำให้มีการแสวงหาการรักษาหลายแห่ง เช่น ใช้วิธีทางความเชื่อต่างๆ เพื่อให้เกิดการตั้งครภภได้ เป็นต้น (หทัย เทพพิสัย และอุรุษา เทพพิสัย, 2533 และเสปียง ศรีวรรณบุรณ, 2526 และชมพูนุท ศรีวิชัย, 2540)

ข. ผลกระทบทางอ้อม

1) ผลกระทบทางด้านครอบครัว

เมื่อการมีบุตรถือเป็นสิ่งที่สำคัญในชีวิตสมรสและครอบครัว ภาวะมีบุตรยากจึงนำผลกระทบมาสู่ชีวิตครอบครัวไม่น้อย ภาวะมีบุตรยากก่อให้เกิดความกังวลเกี่ยวกับการตรวจสภาพร่างกาย เช่น การนับระยะเวลาไข่ตก การมีประจำเดือน ส่งผลให้การตอบสนองของความ

ต้องการทางเพศไม่สมบุรณ์ และอาจส่งผลให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี ซึ่งนำไปสู่ความขัดแย้งภายในครอบครัวระหว่างคู่สมรสที่ต่างกล่าวหากันว่าเป็นผู้ไร้สมรรถภาพ อันนำไปสู่ปัญหาเกี่ยวกับการหาสามีหรือภรรยาใหม่เพื่อให้กำเนิดบุตร ภาวะมีบุตรยากยังอาจนำไปสู่ความพึงพอใจในชีวิตสมรสน้อยลง สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวอาจลดน้อยลงจากความพยายามแยกตัวออกจากครอบครัว เนื่องจากเห็นว่าเป็นเรื่องส่วนตัวที่ไม่ต้องการให้ผู้อื่นมารับรู้และวิพากษ์วิจารณ์ ทางด้านตัวผู้หญิง ภาวะมีบุตรยากอาจทำให้เกิดการไม่ยอมรับในตัวผู้หญิงที่มีบุตรยาก ผู้หญิงไม่สามารถควบคุมการวิพากษ์วิจารณ์ของบุคคลรอบข้างได้ ทั้งนี้ในกรณีสังคมไทยพบว่าปฏิกิริยาของผู้ชายส่วนใหญ่จะเป็นไปในทางบวก ไม่มีการแสดงถึงการตำหนิติเตียนหรือกล่าวโทษ แต่กลับให้ความเคารพและเข้าใจเมื่อรับการตรวจวินิจฉัยแล้ว แม้การรักษาจะไม่ประสบความสำเร็จก็ตาม เมื่อผู้หญิงมีอายุมากขึ้นก็ยังคงมีสัมพันธภาพที่ดีกับสามี ในภาวะที่สังคมเกิดการเปลี่ยนแปลงและมีความไม่แน่นอนสูง ผู้หญิงที่มีบุตรยากจะยึดพุทธศาสนาในการปรับความรู้สึกให้เกิดคุณค่าในตนเอง อย่างไรก็ตามสังคมไทย ผู้หญิงยอมรับว่าเป็นผู้รับผิดชอบในเรื่องของการเจริญพันธุ์ เมื่อเกิดปัญหามีบุตรยากก็ทำให้ผู้หญิงยอมรับการตำหนิจากเครือญาติและสังคม (หทัย เทพพิสัย และอุรุษยา เทพพิสัย, 2533 และเสปียง ศรีวรรณบุรณ์, 2526 และชมพูนุท ศรีวิชัย, 2540)

2) ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและสังคม

ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจจากการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก สรุปได้ดังนี้

ด้านเศรษฐกิจ การตรวจวินิจฉัยและการรักษาภาวะมีบุตรยาก ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงมาก เกิดผลกระทบต่อความไม่มั่นคงทางการเงิน โดยเฉพาะผู้ที่มิอาจได้ตำหรือปานกลาง นอกจากนี้ระบบประกันสุขภาพและค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการและรัฐวิสาหกิจไม่ได้ครอบคลุมค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรักษาภาวะมีบุตรยากเนื่องจากไม่ใช่เป็นการเจ็บป่วยจึงไม่อาจนำมาเบิกจ่ายได้ รวมทั้งการขออนุญาตตรวจรักษาในเวลาปฏิบัติงาน หากไม่ได้รับการสนับสนุนจากนายจ้างหรือเพื่อนร่วมงาน อาจก่อให้เกิดปัญหาเรื่องการทำงานได้ (หทัย เทพพิสัย และอุรุษยา เทพพิสัย, 2533 และเสปียง ศรีวรรณบุรณ์, 2526 และชมพูนุท ศรีวิชัย, 2540)

ด้านสังคม ผู้ที่มีบุตรยากจะรู้สึกสูญเสียทุกอย่างในชีวิตรวมทั้งสูญเสียสถานภาพทางสังคม เนื่องจากค่านิยมในสังคม การเป็นบิดามารดาเป็นบทบาทที่สำคัญของคู่

สมรส เมื่อไม่สามารถมีบุตรจึงทำให้รู้สึกว่ตนเองถูกตัดขาดจากสังคม ไม่เป็นที่ยอมรับ และไม่สามารถเข้ากับกลุ่มสังคมของผู้ที่มีบุตร

2.3.5 ประเด็นทางสังคมของการรักษาภาวะมีบุตรยาก

แม้ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีจะช่วยสร้างความฝันให้กับผู้มีบุตรยากจำนวนมากได้สมความปรารถนาด้วยเทคโนโลยีการเจริญพันธุ์วิธีการต่างๆ จนกระทั่งผู้มีบุตรยากสามารถตั้งครรภ์และให้กำเนิดบุตรได้ แต่อย่างไรก็ดี เทคโนโลยีทางด้านการเจริญพันธุ์ก็ได้ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกในเรื่องคุณค่า สิทธิ และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ทำให้สังคมเริ่มคำนึงถึงข้อพิจารณาทางจริยธรรม และความเหมาะสมทั้งในด้านกระบวนการ และผลที่เกิดขึ้นภายใต้แนวคิด “ชีวจริยธรรม” ทั้งนี้ “ชีวจริยธรรม” มีความต่างจากคำว่า “จริยธรรมทางการแพทย์” ซึ่งสรุปได้ว่า “จริยธรรมทางการแพทย์” เป็นแนวคิดที่ว่าด้วยแพทย์ควรจะปฏิบัติเช่นไร ในขณะที่ “ชีวจริยธรรม” เป็นแนวคิดที่ว่าด้วยความเกี่ยวพันระหว่างความก้าวหน้าของความรู้ทางด้านพันธุกรรมและการเจริญพันธุ์กับทางด้านสังคม ด้านหนึ่งก็เพื่อเป็นการหาแนวไม่ให้ส่งผลกระทบต่อสังคมจนเกินไป ส่วนอีกด้านหนึ่งก็คือเพื่อให้ประชาชนเข้าใจเกี่ยวกับความรู้ใหม่อันจะนำไปสู่การใช้ประโยชน์อย่างเหมาะสม (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2547)

เทคโนโลยีทางด้านการเจริญพันธุ์เป็นทางเลือกของมนุษย์ในการสรรหาวิธีการให้กำเนิดบุตร รวมทั้งความสามารถในการเลือกลักษณะเพศและหน้าตาของบุตรได้ เพื่อให้ได้ชีวิตใหม่ที่สมบูรณ์ที่สุด ในขณะเดียวกัน การคัดเลือกพันธุกรรม รวมทั้งวิธีการที่ไม่ธรรมชาตินี้ได้นำไปสู่ข้ออภิปรายเกี่ยวกับจริยธรรมของการกำหนดชีวิตมนุษย์ที่ไม่เป็นไปตามกฎของธรรมชาติ ซึ่งพระธรรมปิฎก (ป. อ. ปยุตฺโต) (2547) อธิบายว่า “จริยธรรม” คือการดำเนินชีวิตที่สัมพันธ์กับความจริงของธรรมชาติ ซึ่งการดำเนินชีวิตไปสู่ผลลัพธ์หนึ่งๆ สามารถเกิดขึ้นได้จากเหตุปัจจัยมากมาย ดังนั้น การมองเหตุเพียงด้านใดด้านหนึ่งจึงทำให้เราขาดการพิจารณาถึงผลข้างเคียงของสิ่งที่จะเกิดขึ้น (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2547) เช่นเดียวกับการใช้วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางด้านการเจริญพันธุ์มีความจำเป็นต้องพิจารณาผลดี ผลเสีย และผลข้างเคียงที่จะเกิดขึ้นทั้งต่อตัวผู้ป่วย และผลต่อสังคม

ทั้งนี้ จากการประชุมระดับชาติว่าด้วยชีวจริยธรรมและพันธุกรรมมนุษย์ เมื่อวันที่ 25-26 มิถุนายน 2544 ซึ่งจัดโดยศูนย์พันธุวิศวกรรมและเทคโนโลยีชีวภาพแห่งชาติ ได้ชี้ให้เห็นว่า เทคโนโลยีใหม่ทางพันธุกรรมเป็นเรื่องที่ทุกฝ่ายต้องรับผิดชอบต่อสังคมร่วมกัน จำเป็นต้องกำหนด กฎเกณฑ์ และ การบริหารจัดการที่เหมาะสม อันจะนำไปสู่การพึ่งตนเองโดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีของ ความเป็นมนุษย์ โดยที่ประชุมได้เสนอว่าการดำเนินงานด้านการใช้เทคโนโลยีการเจริญพันธุ์ควร เป็นกระบวนการแบบเครือข่ายโดยทุกฝ่ายต้องร่วมมือกัน คู่สมรสควรได้รับการแนะนำเกี่ยวกับ เรื่องทางพันธุกรรมตั้งแต่ก่อนแต่งงาน ก่อนตั้งครรภ์ ระหว่างตั้งครรภ์ ก่อนคลอด และหลังคลอด เพื่อให้เกิดความเข้าใจและสามารถพิจารณาทางเลือกได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนควรมีการ เผยแพร่ความรู้ทางชีวจริยธรรมให้แก่ประชาชนทั่วไปได้เข้าใจ

ดังนั้น การใช้เทคโนโลยีการเจริญพันธุ์ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การทำเด็กหลอดแก้ว การทำกิ๊ฟท์ และการทำอิกซี่ เป็นต้น ซึ่งเป็นวิธีการให้กำเนิดเด็กโดยการปฏิสนธินอกมดลูก ต่าง จากวิธีทางธรรมชาติ ผู้มีบุตรยากจำเป็นต้องได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นจาก การรักษาด้วยวิธีการต่างๆ เสียก่อน รวมทั้ง มีความจำเป็นที่ประชาชนทั่วไปต้องได้รับความรู้ เหล่านี้ด้วย เพื่อให้ครอบครัวของผู้มีบุตรยาก ตลอดจนสังคมได้ร่วมรับรู้และพิจารณาถึงความ เหมาะสมและคุณค่าของการให้กำเนิดชีวิตด้วยวิธีการดังกล่าว เพราะอย่างไรก็ดี การพัฒนา เทคโนโลยีทางการเจริญพันธุ์ก็สร้างคุณประโยชน์ และเป็นทางเลือกที่สำคัญของผู้มีบุตรยาก รวมทั้งได้ช่วยให้ผู้มีบุตรยากจำนวนมากหลุดพ้นจากภาวะไม่มีบุตรซึ่งต้องเผชิญกับความเครียด กังวลมาเป็นเวลานาน การพัฒนาเทคโนโลยีทางการเจริญพันธุ์จึงยังคงมีความจำเป็นในสังคม ซึ่งต้องได้รับการพัฒนา ศึกษาวิจัย และพิจารณาผลที่มีต่อมนุษย์และสังคมต่อไป

2.3.6 ภาวะมีบุตรยากในสังคมไทย

ในประเทศไทยพบภาวะมีบุตรยากประมาณร้อยละ 10 - 15 (จตุพล ศรีสมบุรณ์ และคณะ, 2538) เป็นภาวะมีบุตรยากแบบปฐมภูมิร้อยละ 2.5 และภาวะมีบุตรยากแบบทุติยภูมิ ร้อยละ 9.9 ของผู้หญิงที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ (สุชน ปัญญาดิлок, ภาวดี ชาญสมร, เรณู ชูนิล และวา สิกา สิงห์โกวินท์, 2541) ในขณะที่สถิติของสมาคมอนามัยเจริญพันธุ์ (ไทย) (2547) อ้างว่า ใน ประเทศไทยมีประชาชนที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ประมาณ 10 ล้านคู่ ปรากฏว่าคู่สมรสประมาณ 1.5 ล้านคู่อยู่ในภาวะมีบุตรยาก ซึ่งเท่ากับพบภาวะมีบุตรยากประมาณร้อยละ 15 นอกจากนี้ การ

สำรวจสถิติเกี่ยวกับการมีบุตรยากในสังคมไทยในปี พ.ศ.2526 โดยนายแพทย์เสปียง ศรีวรรณ บุรณ์ ซึ่งทำการสอบถามผู้หญิง 2,087 คน พบปัญหาการมีบุตรยากร้อยละ 14.6 และการสำรวจล่าสุดในปี พ.ศ.2540 พบปัญหาการมีบุตรยากชนิดปฐมภูมิร้อยละ 2 และปัญหาการมีบุตรยากชนิดทุติยภูมิร้อยละ 5.2-18.6 (สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ กองวางแผนครอบครัวและประชากร,2541)

ทั้งนี้สภาพปัญหาการมีบุตรยากมีความสำคัญเพิ่มมากขึ้นในสังคมไทย และไม่ใช่เรื่องที่เกิดตัวอีกต่อไป เนื่องจากสภาพเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไป ผู้หญิงมีโอกาสทางการศึกษาและหน้าที่การงานที่สูงขึ้น รวมทั้งค่านิยมสมัยใหม่เกี่ยวกับการแต่งงานและการมีบุตร ทำให้ผู้หญิงตัดสินใจแต่งงานช้าลง ซึ่งส่งผลต่อการเผชิญกับภาวะมีบุตรยากเพิ่มมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น นอกจากนี้ ค่านิยมและพฤติกรรมทางเพศของคนในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไป การมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน การเปลี่ยนคู่วမ်းเพศบ่อย การทำแท้ง ส่งผลให้เกิดการอักเสบ และเป็นโรคต่างๆ ที่จะนำไปสู่ปัญหาการมีบุตรยากภายหลังได้

2.4 แนวคิดเรื่อง “ครอบครัว” (Family)

2.4.1 นิยามของ “ครอบครัว”

ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความสำคัญกับมนุษย์อย่างยิ่ง แนวคิดทางสังคมวิทยาถือว่าครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่มีความสำคัญ ซึ่ง Comte (1798) กล่าวว่า ครอบครัวเป็นหน่วยทางสังคมที่เล็กที่สุดแต่มีความสำคัญมากที่สุด (George Ritzer, 1992) โดยทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่ ซึ่งเชื่อว่าสังคมเป็นเสมือนสิ่งมีชีวิตหนึ่งซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบต่างๆ ที่ทำหน้าที่เฉพาะของตน ซึ่งต้องสอดคล้องสัมพันธ์กับระบบอื่นๆ เพื่อให้สิ่งมีชีวิตโดยรวมอยู่รอดได้ ครอบครัวในความหมายของทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่จึงมีฐานะเป็นระบบหนึ่งของสังคมที่มีหน้าที่ในการให้กำเนิดบุตร และเลี้ยงดูสมาชิกให้เติบโตอย่างมีคุณภาพ ซึ่งหากครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ดังกล่าวได้ ย่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบอื่นๆ ของสังคมต่อไป เช่น ระบบทางเศรษฐกิจ ระบบทางการเมือง หรือระบบทางการศึกษาก็ขาดบุคลากรที่มีคุณภาพ ไม่อาจพัฒนาได้อย่างเต็มที่ เมื่อสถาบันครอบครัวไม่สามารถเลี้ยงดูสมาชิกให้เติบโตอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นต้น

นอกจากนี้ มนุษย์เราเกิดมาจะต้องพบกับครอบครัว 2 แบบ คือ ครอบครัวที่ให้กำเนิดเรามา (family of orientation) ซึ่งเลี้ยงดูเรามาจนเราเติบโตขึ้นมา และครอบครัวของเราเอง (family of procreation) ซึ่งเป็นครอบครัวแบบสมัครใจ เกิดจากการสมรส ดังนั้น เมื่อถึงวัยอันควร คนเราก็จะวางแผนที่จะเริ่มต้นครอบครัวแบบที่ 2 นี้ ซึ่งโดยปกติแล้วคู่สมรสก็จะมีความตั้งใจที่จะสร้างครอบครัวที่สมบูรณ์ และคาดหวังการมีบุตร แต่อย่างไรก็ดี ไม่ใช่คู่สมรสทุกคู่ที่สามารถให้กำเนิดบุตรได้ เนื่องจากเขาต้องเผชิญกับภาวะมีบุตรยาก จึงนำไปสู่คำถามว่าครอบครัวที่ไม่มีบุตรจะเป็นครอบครัวที่สมบูรณ์ได้หรือไม่ เราจึงต้องทำความเข้าใจกับนิยามของครอบครัว

จากอดีตจนกระทั่งปัจจุบัน นักวิชาการมากมายพยายามนิยามคำว่า “ครอบครัว” ให้มีความรัดกุม และครอบคลุมเพียงพอในการทำความเข้าใจแนวคิดเกี่ยวกับครอบครัว เมื่อสภาพแวดล้อมทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป นิยามเกี่ยวกับครอบครัวก็เปลี่ยนแปลงไปด้วยเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป การนิยามที่แปรเปลี่ยนไปในแต่ละยุคสมัยนั้นก็เพื่อประโยชน์ในการการศึกษาและการทำวิจัยโดยเฉพาะเมื่อนักวิจัยลงต้องสนามวิจัย คำนิยามที่ชัดเจนย่อมเอื้อประโยชน์ต่อการศึกษายิ่งขึ้น

นิยามของคำว่า “ครอบครัว” พอจะแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ ตามลำดับยุคสมัย คือ กลุ่มแรก ได้แก่ **นิยามครอบครัวแบบดั้งเดิม** (Traditional definition of the family) ซึ่งให้นิยามที่เน้นความสัมพันธ์ของพ่อ แม่ และลูก โดยเป็นสมาชิกที่มีความสัมพันธ์กันทางเพศสัมพันธ์ ในรุ่นพ่อแม่ และการให้กำเนิดและเลี้ยงดูรุ่นลูก เช่น คำนิยามของ George Peter Murdock (1960:1) ซึ่งกล่าวว่า “ครอบครัว” หมายถึง กลุ่มสังคมซึ่งมีลักษณะสำคัญของการอยู่อาศัยร่วมกัน การร่วมมือกันทางเศรษฐกิจ และการทำหน้าที่ผลิตสมาชิกในสังคม โดยอย่างน้อยที่สุดครอบครัวจะต้องประกอบด้วยผู้ใหญ่เพศชายและเพศหญิงคู่หนึ่งที่มีความสัมพันธ์ทางเพศต่อกันโดยการยอมรับของสังคม และชายหญิงคู่นี้จะมีบุตรหนึ่งคนหรือมากกว่าอยู่ด้วย ซึ่งจะเป็นบุตรโดยสายโลหิตหรือเป็นบุตรบุญธรรมก็ได้ ในขณะที่ Hoebel (1966) (อ้างในประสิทธิ์ สวาสดิ์ญาติ. 2535: 52) ได้ให้คำจำกัดความคำว่า “ครอบครัว” ว่าหมายถึง กลุ่มคนอันประกอบด้วยคู่สมรสและบุตรของพวกเขา ซึ่งเป็นนิยามที่ใกล้เคียงกับนิยามของ Carol Ember และ Melvin Ember (1977) (อ้างในประสิทธิ์ สวาสดิ์ญาติ. 2535: 52) ซึ่งกล่าวว่า ครอบครัวเป็นหน่วยสังคมซึ่งอย่างน้อยที่สุดจะประกอบด้วยคู่สมรสคู่หนึ่งและบุตรของคู่สมรสนั้น

นิยามครอบครัวแบบดั้งเดิมนี้อาจมีข้อจำกัดในเรื่องสมาชิกในครอบครัวที่ต้องเป็นความสัมพันธ์ระหว่างพ่อ แม่ และลูก ดังนั้นในยุคต่อมา นักวิชาการส่วนใหญ่จึงยึดค่านิยามในกลุ่มที่ 2 ซึ่งเป็น **นิยามครอบครัวของหน่วยงานสำรวจสำมะโนครัวสหรัฐอเมริกา** (U.S. bureau of the census definition of the family) ซึ่งให้นิยามที่กว้างกว่านิยามแบบดั้งเดิม โดยอ้างถึงสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือด หรือการแต่งงาน หรือการรับมาเลี้ยง โดยถูกต้องตามกฎหมาย นักวิชาการคนสำคัญที่ให้นิยามครอบครัวแบบนี้ ได้แก่ นิยามของ Robin Wolf (1996: 9) ซึ่งกล่าวว่า “ครอบครัว” หมายถึง การอยู่ร่วมกันของบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ซึ่งบุคคลเหล่านั้นอาจมีความเกี่ยวข้องกันทางสายเลือด, ทางการแต่งงาน, จากการรับมาเลี้ยง, ความเกี่ยวข้องทางกฎหมาย หรือความเกี่ยวข้องของบุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกันโดยมีความสัมพันธ์ทางเพศกัน โดยต่อนักวิชาการรุ่นหลังก็นำนิยามนี้ไปขยายต่อ และแตกแขนงนิยามออกไปอีกหลายสาย เช่น Burgess และ Locke (อ้างในสุพัตรา สุภาพ.2541:65) ให้นิยามคำว่า “ครอบครัว” หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มาอยู่ร่วมกันด้วยการสมรส โดยทางสายโลหิตหรือการรับเลี้ยงดู (คือบุตรบุญธรรมก็ได้) มีการตั้งครอบครัวขึ้นและมีความสัมพันธ์ต่อกันในฐานะเป็นสามีภรรยา เป็นพ่อและแม่ เป็นลูกชายลูกสาว เป็นพี่เป็นน้อง โดยมีการรักษาวัฒนธรรมเดิมและอาจจะมีการสร้างสรรค์วัฒนธรรมใหม่เพิ่มขึ้นก็ได้

ในส่วนของสังคมไทยนั้น นิยามส่วนใหญ่ก็มีความกว้างขวางมากขึ้น โดยยึดนิยามในลักษณะที่สองมากกว่า เช่น คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ (กสส.) (อ้างในศรีสว่าง พ่วงศ์แพทย์.2539) ให้นิยามคำว่า “ครอบครัว” หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีความผูกพันกันทางอารมณ์และจิตใจในการดำเนินชีวิตร่วมกัน รวมทั้งการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์ทางกฎหมายและทางสายโลหิต และบางครอบครัวมีลักษณะเป็นช้อยกเว้นบางประการจากที่กล่าวมา ในขณะที่ พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542 (หน้า 220) ให้นิยามที่ไม่กล่าวถึงองค์ประกอบของครอบครัวที่ชัดเจนนัก โดยนิยามคำว่า “ครอบครัว” หมายถึง สถาบันพื้นฐานของสังคมที่ประกอบด้วยสามี ภรรยา และหมายรวมถึงลูกด้วย ซึ่งจากนิยามดังกล่าว จะเห็นได้ว่าเป็นนิยามที่จัดอยู่ในกลุ่มของค่านิยามแบบดั้งเดิม

จากนิยามที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า ทั้งนิยามแบบดั้งเดิมและนิยามแบบใหม่ของหน่วยงานสำรวจสำมะโนครัวสหรัฐอเมริกาต่างก็ให้ความหมายของ “ครอบครัว” ในฐานะที่เป็นหน่วยทางสังคมหน่วยหนึ่งที่มีสมาชิกมาใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน แต่ทั้ง 2 นิยามมีความแตกต่างกันที่

นิยามแบบดั้งเดิมให้ความหมายที่แคบกว่า ซึ่งครอบครัวประกอบด้วยคู่สมรสและบุตร ในขณะที่นิยามแบบใหม่ เป็นนิยามที่กว้างกว่า โดยกล่าวว่า ครอบครัวเกิดจากการอยู่ร่วมกันของคน 2 คน อาจจะแต่งงานหรือไม่ก็ได้ เป็นการตกลงใจกันมากกว่า รวมทั้งจะมีบุตรด้วยหรือไม่ก็ได้ ดังนั้นจากนิยามแบบใหม่นี้ทำให้คู่สมรสที่ไม่มีบุตรก็สามารถเป็นครอบครัวที่สมบูรณ์ได้ และคู่สมรสที่เป็นเลสเบี้ยนก็สามารถเป็นครอบครัวได้เช่นกัน

2.4.2 บทบาทและหน้าที่ของครอบครัว

ตามทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่ ครอบครัวซึ่งเปรียบเสมือนส่วนประกอบหนึ่งของสังคม ที่มีหน้าที่สัมพันธ์กับส่วนประกอบอื่นๆ ของสังคม ได้อ้างถึงหน้าที่ของครอบครัวว่าเป็นหน่วยที่มีหน้าที่ในการให้กำเนิดสมาชิกใหม่แก่สังคม เลี้ยงดู ให้ความรักความอบอุ่นแก่สมาชิกนั้นตั้งแต่เกิดจนตาย อบรมสั่งสอนศีลธรรม ขัดเกลา และถ่ายทอดวัฒนธรรมทางสังคมให้แก่สมาชิก รวมทั้งจัดการให้สมาชิกนั้นสมรสและให้กำเนิดสมาชิกในรุ่นต่อไปเมื่อถึงช่วงวัยอันสมควร ทั้งนี้เพื่อให้สังคมมีสมาชิกที่มีคุณภาพ และมีความสามารถในการทำงานที่สัมพันธ์กับหน่วยอื่นๆ ของสังคมต่อไป ครอบครัวจึงเป็นหน่วยย่อยของสังคมที่มีความสำคัญมากสำหรับมนุษย์ (George Ritzer, 1992) ซึ่ง ไพรัตน์ เดชะรินทร์ (2533) นักวิชาการไทยท่านหนึ่งได้กล่าวถึงบทบาทและหน้าที่ของครอบครัวในเชิงโครงสร้างว่า ครอบครัวต้องทำหน้าที่ผลิตสมาชิกใหม่ให้ชุมชน โดยวิธีการจัดให้บุตรธิดามีการแต่งงานที่ถูกต้อง และครอบครัวต้องทำหน้าที่อบรมให้ความรู้แก่บุตรธิดาตั้งแต่เกิดจนโต รวมทั้งการเลี้ยงดูที่ถูกต้องเพื่อชุมชนจะได้สมาชิกที่มีคุณภาพพร้อมที่จะรับผิดชอบต่อชุมชนต่อไปได้ รวมทั้งต้องรักษาเสถียรภาพและสามารถทำนุบำรุงความเป็นครอบครัวอย่างต่อเนื่อง สมบูรณ์เพื่อให้สถาบันครอบครัวได้ทำหน้าที่อื่นๆ ที่ชุมชนต้องการต่อไป โดยการรักษาเสถียรภาพอย่างสมดุลทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว คือ การให้ความอบอุ่นแก่สมาชิกครอบครัว อันจะส่งผลให้สมาชิกเหล่านั้นเห็นคุณค่าของความเป็นครอบครัว

ในทางเดียวกัน ญัฐไชย สันติสุข (2536) ระบุหน้าที่หลักของครอบครัวไว้ 4 ประการ คือ การให้ความผูกพันรักใคร่ในครอบครัว การหาเลี้ยงครอบครัว การสืบสกุล และการอบรมเลี้ยงดูบุตรให้รู้จักระเบียบสังคม นอกจากนี้ โสภา ขปิลมันท์ และคณะ (2534) ได้รวบรวมหน้าที่ของครอบครัวไว้ เพื่อเป็นแนวทางของครอบครัวในปัจจุบัน โดยกล่าวว่า หน้าที่ของครอบครัวประการแรก คือ การให้กำเนิดทายาทเพื่อสืบสกุล ทั้งนี้สืบเนื่องมาจากความต้องการทางเพศของ

สามีและภรรยา ประการที่สอง คือ การส่งเสริมความเจริญส่วนบุคคลให้แก่ลูกๆ หรือผู้ที่อยู่ในอุปการะด้วยการเลี้ยงดูอย่างถูกต้องดีงาม และให้การอบรมสั่งสอนผู้ที่อยู่ในความอุปการะ ให้รู้จักมารยาทและระเบียบทางสังคม รวมทั้งขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม ตลอดจนการรู้จักใช้เครื่องมือต่างๆ ประการต่อมา คือ หน้าที่ในการให้ความรักความอบอุ่น ความมั่นคงปลอดภัยแก่สมาชิกในครอบครัว สร้างความเป็นปึกแผ่นมั่นคงทั้งทางด้านเศรษฐกิจ และความสัมพันธ์ระหว่างเครือญาติ และให้เสรีแก่สมาชิกของครอบครัวตามขอบเขต รวมทั้ง ปลูกฝังนิสัยที่ดีงาม ให้รู้จักการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นในสังคมอย่างมีความสุข และยังเป็นแหล่งหล่อหลอมให้สมาชิกสามารถดำเนินชีวิตในสังคมด้วยดี นอกจากนี้ ครอบครัวยังมีหน้าที่ในการสร้างอุดมคติและแรงจูงใจในบทบาทของครอบครัวด้วยการเป็นแบบอย่างที่ดี ทำงานต่างๆ ให้ลุล่วงอย่างมีประสิทธิภาพ ยกฐานะ และตำแหน่งให้สูงขึ้น รวมทั้งกำหนดสถานภาพของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งสามารถปรับปรุงให้ดีขึ้นหรือต่ำลงได้ และให้การศึกษาล่าเรียนแก่สมาชิกในครอบครัว

2.4.3 ลักษณะของครอบครัวไทย

จากรายงานแนวโน้มลักษณะครอบครัวทั่วโลกของ UN Program on the family ได้ชี้ให้เห็นว่ามีโครงสร้างของครอบครัวทั่วโลกมีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงไป ดังนี้ (UN, 2003)

- 1) เปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเชิงเดี่ยวมากขึ้น
- 2) ภาวะการเจริญพันธุ์จะลดลง และอัตราการหย่าร้างจะสูงขึ้น
- 3) อายุแรกสมรสจะเพิ่มสูงขึ้นจากการที่ผู้หญิงมีระดับการศึกษาและหน้าที่การงานสูงขึ้น
- 4) คู่สมรสจะมีบุตรเมื่ออายุมากขึ้น และมีบุตรจำนวนน้อยลงกว่าแต่ก่อน

ลักษณะครอบครัวไทยโดยทั่วไปก็มีแนวโน้มในลักษณะที่ใกล้เคียงกับรายงานดังกล่าว นั่นก็คือครอบครัวไทยมีแนวโน้มเป็นครอบครัวเชิงเดี่ยวมากขึ้น คือ เป็นครอบครัวขนาดเล็กที่ประกอบไปด้วย สามี ภรรยา และลูก เนื่องจากเหตุผลทางเศรษฐกิจ คู่สมรสจะแต่งงาน และมีบุตรในช่วงอายุที่มากขึ้น และมีบุตรจำนวนน้อยลงกว่าแต่ก่อน ครอบครัวไทยให้ความสำคัญกับระบบเครือญาติมาก ซึ่งนับได้ถึง 7 ชั่วคน คือถือตนเองเป็นกลางนับขึ้นไป 3 ชั่วคน และนับลงมาอีก 3 ชั่วคน การนับญาติของคนไทยที่แตกต่างไปจากชนชาติอื่น คือ ระบบครอบครัวไทยยอมรับนับถือทั้งญาติฝ่ายพ่อและฝ่ายแม่อย่างเท่าเทียมกัน และให้ความสำคัญแก่ญาติพี่น้องทั้งสองฝ่าย

ทั้งนี้ จากแนวโน้มของการเป็นครอบครัวเชิงเดี่ยวมากขึ้นและยังคงให้ความสำคัญกับระบบเครือญาติมาก ทำให้ครอบครัวไทยให้ความสำคัญกับสมาชิกในครอบครัว สมาชิกภรรยาจะคาดหวังกับการมีบุตร เพื่อให้บุตรเป็นสืบสันตติวงศ์ของครอบครัว และเป็นศูนย์รวมความรักระหว่างเครือญาติ

ความคาดหวังของสังคมไทยต่อสมาชิกในครอบครัวก็ได้รับอิทธิพลจากพุทธศาสนาในเรื่องทิศก (ดูรายละเอียดในบทที่ 2.1.3) โดยกล่าวถึงหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวที่พึงปฏิบัติต่อกัน โดยหน้าที่ภรรยาคือต้องพึงปฏิบัติต่อสามี จัดการบ้านเรือนให้เรียบร้อย ชยัน เอาการงาน และสงเคราะห์ญาติทั้งสองฝ่ายด้วยดี ส่วนหน้าที่ของบุตรธิดานั้นต้องพึงเคารพบิดามารดา เลี้ยงดูท่านยามแก่ชรา ช่วยกิจการงาน ดำรงวงศ์สกุล ประพฤติตนเหมาะสม และทำบุญอุทิศให้ท่านเมื่อท่านล่วงลับไปแล้ว

จากลักษณะและความคาดหวังของสังคมไทยที่มีต่อสมาชิกในครอบครัว ซึ่งได้รับอิทธิพลจากพุทธศาสนาจะเห็นได้ว่า สังคมไทยปลูกฝังให้สมาชิกรับรู้ถึงลักษณะของความเป็นครอบครัวโดยทั่วไปว่าประกอบขึ้นจากสามี ภรรยา และลูก รวมทั้งการขัดเกลาให้สมาชิกในครอบครัวได้พึงปฏิบัติหน้าที่ของความเป็นลูกที่ดี ว่าลูกที่ดีต้องเลี้ยงดูพ่อแม่ยามแก่เฒ่า ดังนั้น ผู้หญิงไทยจึงมีความคาดหวังต่อการสร้างครอบครัวที่สมบูรณ์ว่าต้องเริ่มต้นจากการเป็นลูกที่ดี และเมื่อเป็นภรรยาก็พึงต้องการมีลูกเพื่อให้ลูกเลี้ยงดูตนเองยามแก่เฒ่าเป็นวัฏจักรเช่นนี้

2.4.4 ภาวะครอบครัวอบอุ่น

โดยทั่วไป “ภาวะครอบครัวอบอุ่น” มักถูกอ้างอิงกับ “ลักษณะครอบครัวที่พึงประสงค์” ซึ่งกล่าวถึง สภาพครอบครัวที่สมาชิก อันประกอบไปด้วย พ่อ แม่ และลูก มีความรักใคร่กลมเกลียว สมานฉันท์กัน นโยบายและแผนงานในการพัฒนาสถาบันครอบครัว (2540) สรุปลักษณะของครอบครัวไทยที่พึงประสงค์ไว้ดังนี้

1) สมาชิกทุกคนในครอบครัวมีความรักใคร่กลมเกลียว สมานฉันท์ ช่วยเหลือเกื้อกูล มีความเอื้ออาทรต่อกัน มีการพูดจาให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน และมีการแก้ไขปัญหา ร่วมกันอย่างสร้างสรรค์

2) สมาชิกในครอบครัวมีการทำกิจกรรมร่วมกัน และรู้จักใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์

3) พ่อ แม่ และสมาชิกในครอบครัวมีความรับผิดชอบ ประกอบอาชีพสุจริต รู้จักประหยัดและอดออม ร่วมกันเสริมฐานะของครอบครัวให้มั่นคง

4) พ่อ แม่ หรือหัวหน้าครอบครัวต้องทำตนเป็นแบบอย่างในการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณธรรม ไม่เลือกปฏิบัติ ไม่ทำร้ายกันและกัน อบรมเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัวให้เป็นคนดีและมีประโยชน์ต่อสังคม ปฏิบัติตนตามหลักคุณธรรมของศาสนา

5) พ่อ แม่ หัวหน้าครอบครัว หรือผู้ใหญ่ในครอบครัวถ่ายทอดการเรียนรู้และภูมิปัญญาแก่สมาชิก และส่งเสริมให้ได้รับการศึกษา มีความสนใจใฝ่หาความรู้พัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์และรู้จักใช้เหตุผล

นอกจากนี้ โสภา ซปีลมันท์ (2540) ได้สรุปลักษณะของครอบครัวไทยที่พึงประสงค์ไว้ดังนี้

1) ด้านลักษณะคู่สมรส – ความต้องการในปัจจุบันต้องการให้คู่สมรสเข้ากับพ่อแม่ได้ มีอาชีพที่แน่นอน ช่วยรับภาระครอบครัว มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์

2) ด้านบทบาทของสามีภรรยา – ในปัจจุบันให้ความสำคัญกับบทบาทของสามีภรรยาในแง่ของการแบ่งเบาภาระในครอบครัว โดยช่วยกันอบรมเลี้ยงดู ซึ่งแต่ก่อนสังคมไทยมีค่านิยมที่ผู้ชายต้องเป็นผู้ทำงานหาเลี้ยง ผู้หญิงต้องรับผิดชอบเรื่องลูกและงานบ้าน แต่ในสังคมปัจจุบันค่านิยมเหล่านั้นได้เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากภาวะเศรษฐกิจที่บีบคั้นภรรยาต้องร่วมกันหาเลี้ยงครอบครัวทำให้โอกาสในการทำงานบ้านน้อยลง ดังนั้น เมื่อภาระในการหาเลี้ยงครอบครัวของฝ่ายชายและฝ่ายหญิงมีบทบาทเท่าเทียมกัน การรับผิดชอบงานในบ้านและเลี้ยงดูบุตรจึงเป็นความรับผิดชอบของทั้งสองฝ่ายเท่าๆ กัน

ด้านที่อยู่อาศัย – จากการศึกษาส่วนใหญ่ เมื่อแต่งงานแล้วต้องการแยกออกไปอยู่ต่างหากจากบิดามารดาซึ่งมีลักษณะที่เป็นครอบครัวเดี่ยว ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความต้องการเป็นอิสระส่วนตัว ต้องการอยู่นอกเหนืออิทธิพลของบิดามารดาและญาติพี่น้อง

ด้านจำนวนบุตร – ในปัจจุบันต้องการมีบุตรเพียง 1 – 2 คน

ด้านการเลี้ยงดูบุตร – ในปัจจุบันมีความต้องการที่จะเลี้ยงดูบุตรด้วยตนเอง แต่ยังมีจำนวนไม่น้อยที่ต้องการให้บุตรอยู่กับปู่ย่า ตายาย หรือคู่สมรสฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง

สิ่งที่ต้องการเตรียมไว้สำหรับลูก คือ การศึกษาชั้นสูงสุด รองลงมาคือ บ้านและที่ดิน เงินทอง หาอาชีพให้ทำ ข้าวของเครื่องใช้ และพาหนะตามลำดับ

อาชีพที่ต้องการให้ลูกเลือก คือ แพทย์ พยาบาล วิศวกร สถาปนิก ซึ่งเป็นอาชีพที่เหมาะสมกับประเทศที่กำลังพัฒนาเข้าสู่การเป็นยุคอุตสาหกรรม

ด้านความคาดหวังที่จะให้บุตรดูแลในวัยชรา – ในปัจจุบันส่วนใหญ่ไม่คาดหวัง เพราะเตรียมตัวเตรียมใจไว้แล้ว

2.4.5 ปัญหาการหย่าร้าง

การหย่าร้าง เป็นภาวะที่ไม่มีใครคาดหวังจะเกิดขึ้นกับชีวิตสมรส และมีแนวโน้มจะเกิดขึ้นได้ หากคู่สมรสเผชิญกับภาวะมีบุตรยาก แต่อย่างไรก็ดี การหย่าร้าง ก็เป็นทางออกทางหนึ่งของความขัดแย้ง ความไม่ลงรอยกันของคู่สมรส จากสถิติของ Thailand human development report 2003 ได้ชี้ให้เห็นว่าประเทศไทยมีอัตราการหย่าร้างทั่วประเทศเฉลี่ย 234 คู่ต่อคู่สมรส 1,000 คู่ ซึ่งเป็นประชากรในเขตกรุงเทพฯ สูงที่สุด คือ เฉลี่ย 351 คู่ต่อคู่สมรส 1,000 คู่ รองลงมา คือประชากรในเขตปริมณฑล คือ เฉลี่ย 304 คู่ต่อคู่สมรส 1,000 คู่ (UNDP, 2003) โดยการหย่าร้างนับเป็นปัญหาครอบครัวที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับมิติทางกฎหมายอย่างแยกไม่ออก นักกฎหมายให้ความเห็นไว้ว่า “การหย่าร้าง” หมายถึง การสิ้นสุดของชีวิตคู่ ซึ่งทั้งสองฝ่ายตกลงที่จะไม่ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันอีกทั้งทางพฤตินัยและนิตินัย เนื่องจากไม่สามารถปรับตัวเข้าหากันได้ หรือมีเหตุผลทางสังคมอื่นๆ การหย่าร้างมี 2 แบบ คือ การหย่าโดยความยินยอมทั้งสองฝ่าย และการหย่าโดยการฟ้องหย่า

ผลของการหย่าร้าง คือ นำความผิดหวังมาสู่คู่สมรสและบุตร ทำให้บุคคลเสียบุคลิกภาพ ทุกข์ทรมานใจ การหย่าร้างยังอาจนำไปสู่การเกิดปัญหาสังคม เช่น โสเภณี ปัญหาเด็กและเยาวชน ฯลฯ เกิดความหมางเมินระหว่างความสัมพันธ์ของญาติพี่น้องทั้งสองฝ่าย และฝ่ายหญิงมักประสบปัญหาการดิ้นรนแสวงหาการเลี้ยงชีพและบุตร

จากการศึกษาพบว่า สาเหตุของการหย่าร้างมิได้เกิดขึ้นจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง โดยเฉพาะ แต่เกิดจากปัจจัยหลายประการ ซึ่งมักเกิดจากความขัดแย้งทางด้านความคิดและการกระทำที่ไม่สามารถปรับเข้าหากันได้ เช่น การประพฤตินอกกรอบศีลธรรม ความแตกต่างทางประเพณีวัฒนธรรม การสร้างความคาดหวังซึ่งกันและกันในระดับสูง การขาดความรับผิดชอบในบทบาทของตน เป็นต้น ซึ่งสรุปปัจจัยต่างๆ ได้ดังนี้ (ศิริรัตน์ ศิลอาภรณ์, 2545)

- 1) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ อันเป็นภาวะบีบคั้นนำไปสู่การทะเลาะเบาะแว้ง
- 2) ปัจจัยด้านความประพฤติ เช่น การดูหมิ่น ประชดประชัน ก้าวร้าว หยาบคาย ไม่ซื่อตรง นอกใจ ขาดความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจกัน ขาดความรับผิดชอบ เป็นต้น
- 3) ปัจจัยด้านอารมณ์ และจิตใจ เช่น การเอาแต่ใจตัวเอง ขาดเหตุผล ขาดการควบคุมตนเอง โมโหฉุนเฉียว โกรธง่าย ชอบหึงหวง เป็นต้น
- 4) ปัจจัยด้านสุขภาพอนามัย เช่น คู่สมรสเป็นโรคเจ็บป่วยเรื้อรัง ติดสุรายาเสพติด ร่างกายสกปรก เป็นต้น
- 5) ปัจจัยด้านเพศสัมพันธ์ เช่น การไม่ยอมร่วมหลับนอนด้วย ความจำเจในบทบาทและพฤติกรรมทางเพศ ความเบี่ยงเบนทางเพศ เป็นต้น

การป้องกันปัญหาการหย่าร้างสามารถทำได้โดยการปรับตัวในเรื่องเพศสัมพันธ์ ยกย่องให้เกียรติซึ่งกันและกัน ไม่กล่าววาจาก้าวร้าว วาจาที่ไม่ถนอมจิตใจ ไม่ให้เกียรติ หรือ ถ้อยคำรุนแรงอันจะนำไปสู่โทสะจริต นอกจากนี้คู่สมรสต้องรู้จักประหยัด ขยัน ประกอบอาชีพสุจริต ไม่เสเพลสุรา ไม่เล่นการพนัน ไม่ทำร้ายร่างกายคู่สมรส พยายามรักษาสุขภาพอนามัยให้สะอาด สมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ

แนวทางการแก้ไขปัญหาการหย่าร้าง ได้แก่ ฝ่ายชายควรมีความรับผิดชอบมากขึ้น เมื่อสมรสแล้ว และฝ่ายหญิงควรสำรวจข้อบกพร่องของตนเองเสมอ ทั้งสองฝ่ายควรดูแลเอาใจใส่ ถนอมน้ำใจกันซึ่งกันและกัน ควบคุมอารมณ์ อดทนต่อปัญหา และปรับความเข้าใจเมื่อเกิดปัญหาขึ้น ให้อภัยซึ่งกันและกันเสมอ ขยันทำงาน อดออม เพื่อจะได้ไม่เกิดปัญหาทางการเงิน รวมทั้งการให้เกียรติและเคารพญาติพี่น้องของแต่ละฝ่าย

2.4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดครอบครัวและภาวะมีบุตรยาก

โดยสรุปแล้ว คำว่า “ครอบครัว” ถูกนิยามในหลากหลายความหมาย โดยทั่วไปแล้ว ความหมายของครอบครัวนั้น จะอ้างอิงถึงองค์ประกอบของพ่อ แม่ และลูก ความคาดหวังต่อการสร้าง “ครอบครัว” ในอุดมคติ จึงมีลักษณะของการให้กำเนิดบุตรเป็นองค์ประกอบสำคัญ คู่สมรสส่วนใหญ่คาดหวังต่อ “การมีบุตร” มาก โดยสร้างภาพของครอบครัวอบอุ่น หรือ ครอบครัวเปี่ยมสุขว่าต้องประกอบไปด้วย พ่อ แม่ และ ลูก เมื่อคู่สมรสต้องเผชิญกับภาวะมีบุตรยากจึงเสมือนเป็นการทำลายความฝันอันยิ่งใหญ่ของชีวิตคู่ อันส่งผลให้ชีวิตสมรสมีความสัมพันธ์ที่ไม่ดี และอาจนำไปสู่ความไม่เข้าใจกัน และอาจจบลงด้วยการหย่าร้างในที่สุด

งานวิจัยของ Diana Catharine Parry (2003) ชี้ให้เห็นว่า ผู้หญิงที่มีบุตรยากต้องเผชิญปัญหาด้านบทบาทในการดำเนินชีวิต และภาวะบุตรยากยังส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพครอบครัวด้วย ในขณะที่ Albert George Nyland (1999) พบว่าภาวะมีบุตรยากมีผลโดยตรงต่อความพึงพอใจในชีวิตการทำงาน และ Rita Diana Benasutti (2002) กล่าวว่า ภาวะมีบุตรยากเป็นประสบการณ์ความเครียดที่มีผลต่อชีวิตการทำงาน ชีวิตคู่สมรส ครอบครัว และมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับบุคคลแวดล้อม ดังนั้น การรักษาภาวะมีบุตรยากจำเป็นต้องคำนึงถึงสิ่งเหล่านี้ และอาศัยความละเอียดอ่อนมากด้วย

2.5 แนวคิดเรื่อง “การปรับตัวทางสังคม” (Social adjustment)

เมื่อผู้หญิงมีบุตรยากเกิดความรู้สึกเป็นตราบาปจากการที่ไม่สามารถเป็นไปตามบทบาทคาดหวังของสังคมได้ โดยแนวคิดเรื่อง “ภาวะมีบุตรยาก” ได้ชี้ให้เห็นว่า ภาวะมีบุตรยากได้ส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกาย จิตใจ และครอบครัวของผู้หญิงที่ต้องเผชิญกับภาวะดังกล่าว ดังนั้น ผู้หญิงมีบุตรยากจึงต้องปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์จริงที่เกิดขึ้น เพื่อให้ตนเองสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขในสังคม โดยการเรียนรู้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นมนุษย์จำเป็นต้องมีกระบวนการในการตอบสนองทั้งทางกายและสังคม ซึ่งเรียกว่า “การปรับตัว”

2.5.1 นิยามของคำว่า “การปรับตัวทางสังคม”

แนวคิดในเรื่องของการ “ปรับตัว” ส่วนใหญ่จะถูกกล่าวถึงในสาขาวิชาจิตวิทยา โดยในทางสังคมวิทยาแนวคิดดังกล่าวจะถูกกล่าวถึงในลักษณะของการกลืนกลาย และการบูรณาการเสียมากกว่า ซึ่ง **อุทัย หิรัญโต (2526)** อธิบายว่า การปรับตัว ในทางจิตวิทยา หมายถึง การปรับตัวเพื่อการอยู่รอดของตนเอง เพื่อความปลอดภัย และความพึงพอใจของตนเอง และผู้อื่น สำหรับในทางสังคมวิทยา การปรับตัวของมนุษย์หมายถึง การปรับตัวให้เข้ากับวัฒนธรรมต่างๆ เพื่อให้มีสัมพันธภาพอันดี เป็นที่นับถือของคนอื่นในสังคม อย่างไรก็ตาม **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานศัพท์สังคมวิทยา อังกฤษ-ไทย (2532)** ได้ให้ความหมายของคำว่า “การปรับตัวทางสังคม” (Social adjustment) คือ การที่บุคคลปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่นได้ ในการอยู่ร่วมกันในสังคม ซึ่งจะต้องมีการติดต่อสัมพันธ์หรือแข่งขันกัน คนในสังคมจะสามารถมีชีวิตอยู่ร่วมกันได้โดยการปรับปรุงไม่ให้เกิดความขัดแย้งจนถึงต้องแตกกลุ่มกัน แม้แต่แต่ละคนจะมีนิสัยใจคอหรือผลประโยชน์แตกต่างกัน

ในลักษณะเดียวกันนี้ **นิภา นิธยาน (2530)** ให้นิยามว่า กระบวนการปรับตัว หมายถึง พฤติกรรมต่างๆ ที่คนเรากระทำเพื่อตอบสนองความต้องการทางสรีระ แรงขับ และแรงจูงใจต่างๆ ที่รวมเรียกว่า ข้อเรียกร้องภายใน และข้อเรียกร้องภายนอก กล่าวคือ นอกจากความต้องการทางร่างกายแล้ว สิ่งแวดล้อมและประสบการณ์ทางสังคมยังผลักดันให้เกิดความต้องการหลายอย่าง นอกเหนือจากความต้องการทางด้านร่างกาย อันได้แก่ ความอบอุ่น ความปลอดภัย ความรัก การยอมรับนับถือ และความสำเร็จในชีวิตแล้ว เมื่อความต้องการเหล่านี้ได้รับการตอบสนองจะทำให้บุคคลรู้สึกสบายใจ และมีความสุขในการดำเนินชีวิต ดังนั้น บุคคลจึงต้องพยายามหาหนทาง หรือวิธีการต่างๆ เพื่อขจัดอุปสรรคที่มาขัดขวางความต้องการ หรือเพื่อทำให้ปัญหาต่างๆ เบาบางลงไป อันจะนำมาซึ่งความสุขสบายใจในการดำเนินชีวิตต่อไป โดยวิธีการหรือหนทางที่จะขจัดปัญหาหรืออุปสรรคต่างๆ นั้น จะแสดงออกทางพฤติกรรม แต่อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมก็อาจจะไม่สามารถขจัดอุปสรรคและตอบสนองความต้องการได้ ซึ่งพฤติกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการของตนนั้นเรียกว่า “กระบวนการปรับตัว”

มनुญ ตนะวัฒนา (2526) กล่าวว่า การปรับตัวเป็นความสามารถที่จะสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ ได้อย่างน่าพอใจ คนที่จะปรับตัวได้ดีจะมีความรู้สึกนึกถึงความต้องการของคนอื่น ในขณะที่ **ราตรี พัฒนรังสรรค์ (2527)** กล่าวว่า การปรับตัว หมายถึง การที่บุคคลพยายามจะเปลี่ยนแปลง และปรับปรุงพฤติกรรมของตนให้เข้ากับสภาพแวดล้อม และสถานการณ์ต่างๆ เพื่อระบายความคับข้องใจเมื่อหาทางตอบสนองความต้องการไม่ได้ นอกจากนี้ **สัญญา สัญญาวิวัฒน์ (2536)** กล่าวว่า การปรับตัว เป็นการปรับพฤติกรรมของบุคคลให้เข้ากับพฤติกรรมที่ผู้อื่นคาดหวัง อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากการแสดงบทบาทของผู้อื่น ซึ่ง **อคิน ระพีพัฒน์ (2532)** เชื่อว่า การปรับตัวจะดีแค่ไหนก็ขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัวและแก้ปัญหา นั้น การปรับตัวจึงเป็นกลไกชนิดหนึ่งที่ทำให้มนุษย์และสังคมสามารถอยู่ได้

ในแง่ของพฤติกรรม B. Von Haller Gilmer (1971) เชื่อว่า การปรับตัวเป็นกระบวนการของการพยายามกระทำเพื่อให้เกิดความสมดุลระหว่างความต้องการสิ่งเร้าและโอกาสที่สิ่งแวดล้อมนั้นเสนอให้ การปรับตัวจึงเป็นการกระทำที่ประกอบด้วยพยายามที่จะตอบสนองความต้องการเพื่อให้เกิดความพึงพอใจโดยวิธีการพยายามเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ทั้งที่เป็นปัจจัยภายในและภายนอก และโดยพยายามทำตัวให้กลมกลืนสอดคล้องกับสถานการณ์รอบข้าง การปรับตัวจึงมีอยู่ 2 แนวทาง คือ แนวทางแรก เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเพื่อรักษาไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม และแนวทางที่สอง เป็นความพยายามที่จะบรรลุในสิ่งที่ตนเองต้องการ ดังนั้น การปรับตัวจึงสามารถเรียนรู้ได้จากปัจจัยต่างๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล และจากสัมพันธภาพที่บุคคลนั้นมีต่อบุคคลอื่นและสังคมในฐานะที่บุคคลเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

2.5.2 ปัจจัยที่มีผลต่อ “การปรับตัวทางสังคม”

จากการให้ความหมายของคำว่า “การปรับตัวทางสังคม” ดังที่กล่าวมาแล้ว จะเห็นได้ว่า การปรับตัวของบุคคล นอกจากการปรับตัวทางด้านอารมณ์แล้ว ยังมีการปรับตัวทางสังคมด้วย ทั้งนี้ เพราะการปรับตัวเป็นกระบวนการทางสังคมและทางจิตที่ใช้ในการเผชิญกับปัญหา หรือแรงผลักดันทั้งภายในตนเองและภายนอกเพื่อให้เกิดภาวะสมดุลทางจิตและสามารถเข้ากับสังคมรอบข้างได้ โดย Elizabeth B. Hurlock (1978) ได้ให้ความหมายของ “การปรับตัวทางสังคม” ว่าเป็นความสำเร็จที่บุคคลได้ปรับตัวให้เข้ากับบุคคลทั่วไปและกลุ่ม ซึ่งบุคคลนั้นมีความเหมือนกันในลักษณะเฉพาะ บุคคลที่ปรับตัวได้ดีจะเรียนรู้ทักษะทางสังคมได้ดี เช่น ความสามารถ

ในการเกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นทั้งที่เป็นเพื่อนและบุคคลแปลกหน้า และจะช่วยพัฒนาทัศนคติที่ดีต่อสังคมด้วย ซึ่ง Hurlock ได้กล่าวถึงเกณฑ์ในการปรับตัวทางสังคม ซึ่งได้แก่

- 1) การแสดงออกที่เหมาะสมเป็นไปตามความคาดหวังของกลุ่ม ซึ่งจะทำให้ได้รับการยอมรับจากกลุ่ม
- 2) การปรับตัวให้เข้ากับบุคคลต่างๆ ในกลุ่ม ไม่ว่าจะเป็นผู้อาวุโสกว่า ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า หรือผู้ที่เป็นเพื่อน
- 3) การมีทัศนคติที่ดีต่อบุคคล การเข้าร่วมสังคม และบทบาทของตนเองในสังคม
- 4) ความพึงพอใจในบทบาทของตนเอง ทั้งในการเป็นผู้นำและผู้ตาม

ในขณะเดียวกัน Tindall (1959) ได้อธิบายถึงปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของบุคคลว่าจะดีหรือไม่ ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ดังนี้

- 1) การรักษานูรณ์ภาพของบุคลิกภาพโดยอาศัยความสามารถในการผสมผสานความต้องการของตนกับพฤติกรรมที่แสดงออกเพื่อตอบสนองความต้องการนั้น โดยพฤติกรรมดังกล่าวต้องเข้ากันได้กับสิ่งแวดล้อม
- 2) การปฏิบัติตามบรรทัดฐานของสังคมด้วยความรับผิดชอบ
- 3) การยอมรับ และปรับตัวให้เข้ากับสภาพความเป็นจริง
- 4) ความมั่นคงทางพฤติกรรม และคาดว่าจะสามารถปรับตัวได้
- 5) การมีวุฒิภาวะที่เพียงพอ
- 6) การรักษาอารมณ์ให้อยู่ในภาวะปกติเสมอ

การปรับตัวตามแนวคิดของ Tindall มีความสอดคล้องกับแนวคิดของ Gortow แต่แตกต่างกันที่ Gortow ได้เพิ่มเติมว่า อีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการปรับตัวของบุคคล ก็คือ ผู้ที่จะปรับตัวได้ดีต้องมีทัศนคติที่ดีต่อสังคมและช่วยเหลือสังคมได้ (Gortow, 1968)

นอกจากนี้ Mouly (1968) ได้เพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของบุคคล ว่าการปรับตัวที่ดีควรประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ ดังนี้

- 1) ด้านการรับรู้และสติปัญญา การปรับตัวที่ดีหมายถึงประสิทธิภาพในการจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ โดยอาศัยความสามารถในการเปลี่ยนแปลงบทบาทและ

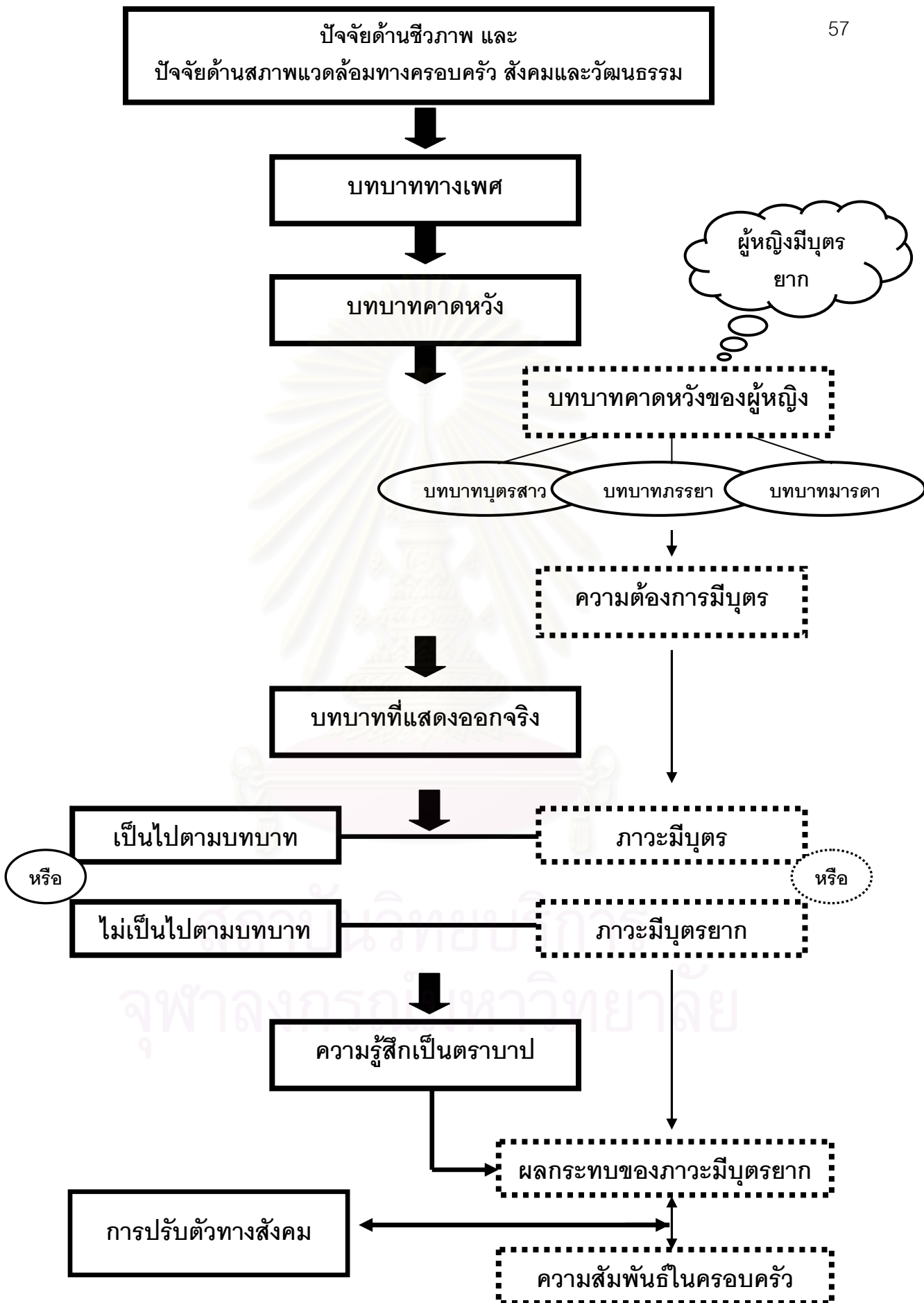
ความสามารถที่จะแยกแยะสิ่งสำคัญออกจากสิ่งที่ไม่สำคัญ การปรับตัวที่ดีจึงสัมพันธ์โดยตรงกับการรับรู้ตามความเป็นจริง โดยเปิดรับประสบการณ์ และการรับรู้โดยปราศจากการบิดเบือน

- 2) บุคคลต้องยอมรับตนเอง และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง
- 3) ด้านสังคม ผู้ปรับตัวได้ดีจะมีความไวในการรับรู้ความรู้สึกของผู้อื่น การคล้อยตามสังคมโดยตั้งอยู่บนรากฐานของเหตุผลและความถูกต้อง
- 4) ด้านอารมณ์ ผู้ปรับตัวได้ดีจะมีความสุข มีความชื่นชมกับชีวิต แจ่มใส เบิกบาน และมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์
- 5) บุคคลที่ปรับตัวได้ดีจะมีแนวโน้มในการพัฒนาตนเองอยู่เสมอ

2.5.3 การปรับตัวของผู้หญิงมีบุตรยาก

แนวคิดเรื่องการปรับตัวทางสังคมได้ชี้ให้เห็นว่า การปรับตัวของผู้หญิงมีบุตรยาก ก็คือการปรับพฤติกรรม อารมณ์ และความรู้สึกของตนเองด้วยการเอาชนะอุปสรรคที่ทำให้ทุกข์ใจ จากการทำไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ นั่นก็คือ การไม่สามารถมีบุตรได้ดังที่ปรารถนา ซึ่งปัจจัยที่จะทำให้ผู้หญิงมีบุตรยากปรับตัวได้ดี และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข ก็คือ การยอมรับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น เปิดใจรับประสบการณ์ใหม่ที่ตนกำลังเผชิญอยู่ โดยรักษาศรัทธา การยอมรับนับถือ และความเชื่อมั่นในตนเอง ตลอดจนมีทัศนคติที่ดีต่อสังคม และรักษาอารมณ์ให้เป็นปกติอยู่เสมอ ทั้งนี้ การปรับตัวของผู้หญิงมีบุตรยากมีความสัมพันธ์โดยตรงกับสามีของเธอ รวมทั้งบุคคลในครอบครัว ผู้หญิงมีบุตรยากที่พอใจยอมรับสภาพความเป็นจริงได้ ย่อมทำให้เธอสามารถดำเนินชีวิตต่อไปอย่างมีความสุขกับครอบครัวของเธอได้เช่นกัน

2.6 ความสัมพันธ์ของแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้



2.7 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

จากการค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยเรื่อง การสร้างความหมายทางสังคมและวัฒนธรรมเกี่ยวกับตราบาปในกลุ่มผู้หญิงมีบุตรยาก (The socio-cultural construction of stigma in infertile women) โดยภาพรวมพบว่า ผลงานวิจัยนับตั้งแต่ปี 1984 เป็นต้นมา ภาวะมีบุตรยากถูกศึกษาในเชิงการแพทย์เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งมุ่งการศึกษาไปที่สาเหตุของภาวะมีบุตรยาก และวิธีการรักษาด้วยวิทยาการสมัยใหม่ในแต่ละยุค จนกระทั่งต่อมาในช่วงปี 1990 เป็นต้นมา งานวิจัยต่างประเทศจึงปรากฏการศึกษาภาวะมีบุตรยากในเชิงสังคมศาสตร์มากขึ้น โดยให้ความสนใจไปที่ความรู้สึก ผลกระทบ การปรับตัว และประสบการณ์ชีวิตของผู้ที่เผชิญกับภาวะมีบุตรยาก โดยงานวิจัยจำนวนมากชี้ให้เห็นว่าผู้หญิงมีบุตรยากต้องเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาป รวมทั้งความเครียดที่มีผลกระทบต่อทางกาย จิตใจ และสภาพความสัมพันธ์ในครอบครัว ทั้งนี้ การวิเคราะห์ทางเพศสถานะ (Gender analysis) พบว่า ความเครียดเกิดในกลุ่มผู้หญิงมีบุตรยากมากกว่าผู้ชาย ด้วยความรู้สึกว่าตนเองถูกคาดหวังในความเป็นมารดาจากคนรอบข้างและจากสังคม

สำหรับงานวิจัยในประเทศ โดยภาพรวมพบว่า ผลงานวิจัยนับตั้งแต่ปี พ.ศ.2537 เป็นต้นมาจนกระทั่งปัจจุบัน งานวิจัยเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยากยังมีจำนวนไม่มากนัก และส่วนใหญ่เป็นผลงานวิจัยของนักวิชาการในสาขาวิชาแพทยศาสตร์ และพยาบาลศาสตร์เกือบทั้งสิ้น ซึ่งเน้นการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมและการเผชิญความเครียด ผลกระทบทางจิตใจ การปรับตัว และปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้มีบุตรยาก โดยเกือบทุกผลงานวิจัยชี้ให้เห็นว่าผู้หญิงมีบุตรยากต้องเผชิญกับความเครียดทั้งความเครียดจากบุคคลรอบข้างและความเครียดที่เกิดจากการรักษา นอกจากนี้ยังพบว่างานวิจัยในประเทศยังไม่ปรากฏงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยากที่นำแนวคิดเรื่องความรู้สึกเป็นตราบาป (Stigma) มาใช้ในการวิเคราะห์

งานวิจัยต่างประเทศและงานวิจัยในประเทศที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยเรื่อง การสร้างความหมายทางสังคมและวัฒนธรรมเกี่ยวกับตราบาปในกลุ่มผู้หญิงมีบุตรยาก (The socio-cultural construction of stigma in infertile women) โดยเรียงลำดับจากปีล่าสุดลงไป สามารถสรุปได้ดังนี้

2.7.1 งานวิจัยต่างประเทศ

Diana Catharine Parry (2003) ทำการวิจัยเรื่อง A feminist analysis of women's experiences with infertility: Examining the roles of leisure and conceptualizations of family เพื่อศึกษาภาวะมีบุตรยากของผู้หญิงภายใต้บริบททางวัฒนธรรม ในกรอบการวิเคราะห์แนวสตรีนิยม โดยใช้การสัมภาษณ์เจาะลึกผู้หญิงที่มีบุตรยาก 32 คน งานวิจัยพบว่า ผู้หญิงที่มีบุตรยากต้องเผชิญปัญหาด้านบทบาทในการดำเนินชีวิต และภาวะบุตรยากยังส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพครอบครัวด้วย

Aditya Bharadwaj (2003) ทำการวิจัยเรื่อง Why adoption is not an option in India: the visibility of infertility, the secrecy of donor insemination, and other cultural complexities พบว่า ในสังคมอินเดีย ผู้มีบุตรยากไม่นิยมการรับเด็กมาเลี้ยง เนื่องจากสภาพทางสังคมและวัฒนธรรมเป็นเงื่อนไขที่ทำให้ผู้มีบุตรยากยังคงแบ่งแยกระหว่าง “สังคมของเด็กที่รับมาเลี้ยง” กับ “สังคมของผู้ปกครอง” ซึ่งพวกเขายังคงไม่เห็นความแตกต่างระหว่าง “การรับเด็กมาเลี้ยง” กับ “การบริจาคเงินช่วยเหลือเด็ก” ผู้มีบุตรยากต้องเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาปโดยมี การรับเด็กมาเลี้ยงเป็นทางเลือกที่ไม่ได้รับความนิยมนอกจากชาวอินเดีย

Irina L.G.Todorova และ Tatyana Kotzeva (2003) ทำการวิจัยเรื่อง Social discourses, women's resistive voices: Facing involuntary childlessness in Bulgaria พบว่าผู้หญิงในบัลแกเรียมีการต่อรองทางวาทกรรมเกี่ยวกับการศึกษาภาวะมีบุตรยาก ซึ่งเป็นการ ต่อสู้กับความรู้สึกเป็นตราบาป และการรักษาที่ไม่เป็นผล โดยพวกเขาพยายามนำแนวคิด “ภาวะ ความเป็นผู้หญิง” (womanhood) มาใช้แทนที่ “ภาวะความเป็นมารดา” (motherhood) เพื่อเป็น การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของผู้หญิงที่ไม่สามารถมีบุตรได้ รวมทั้งเพื่อให้สังคมเปลี่ยนแปลง การสร้างความหมายต่อผู้หญิงใหม่ ซึ่งไม่จำเป็นว่าผู้หญิงทุกคนต้องผ่านภาวะความเป็นมารดา เมื่อเป็นเช่นนั้นความรู้สึกเป็นตราบาปก็จะไม่เกิดขึ้นกับผู้หญิงที่มีบุตรยากหรือไม่มีบุตร

Rita Diana Benasutti (2002) ทำการวิจัยเรื่อง Infertility: Experiences and meanings ซึ่งเป็นกรวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาประสบการณ์และความหมายของภาวะมีบุตร ยากจากมุมมองของผู้มีบุตรยากเอง ด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึกคู่สมรสที่มีบุตรยากจำนวน 6 คู่

พบว่าภาวะมีบุตรยากเป็นประสบการณ์ความเครียดที่มีผลต่อชีวิตการแต่งงาน ชีวิตคู่สมรส ครอบครัว และความสัมพันธ์ของบุคคลทั้งหลาย ดังนั้น การรักษาภาวะมีบุตรยากจำเป็นต้องคำนึงถึงสิ่งเหล่านี้ และอาศัยความละเอียดอ่อนมากด้วย

Bernice E. Goodwin (2001) ทำการวิจัยเรื่อง Infertility: Meaning, marital satisfaction and resolution เพื่อศึกษาผลของการให้ความหมายและความสำคัญกับการเป็นพ่อแม่ที่มีต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาภาวะมีบุตรยากในรูปแบบต่างๆ โดยผู้วิจัยนำเสนอถึงทางเลือกและวิธีการรักษาสสมัยใหม่ที่มีเพิ่มขึ้นและมีความซับซ้อนขึ้นในปัจจุบันซึ่งเป็นทางเลือกที่กว้างมากขึ้นของผู้มีบุตรยาก แต่อย่างไรก็ดีทางเลือกที่เพิ่มมากขึ้นนี้ไม่ใช่ทางเลือกที่ดีสำหรับผู้มีบุตรยาก หากแต่พวกเขาต้องเผชิญกับการตัดสินใจที่จะเข้ารับการรักษาในรูปแบบต่างๆ ซึ่งย่อมมีผลต่อคู่สมรสและความคาดหวังที่จะเกิดขึ้นด้วย ผลการวิจัยชี้ให้เห็นถึงแนวโน้มที่ผู้มีบุตรยากจะให้ความสำคัญต่อปัจเจกบุคคลมากกว่าการตั้งครรภโดยธรรมชาติ และไม่นิยมการรับบริจาคตัวอ่อนมาจากผู้อื่น ในขณะที่ผู้หญิงยังคงให้ความสำคัญต่อการตั้งครรภเองมากกว่าผู้ชาย และทั้งผู้หญิงและผู้ชายต่างก็ยังคงไม่นิยมการรับบริจาคตัวอ่อน และการรับเด็กมาเลี้ยง

Elisabeth Brinkmann (2001) ทำการวิจัยเรื่อง Embracing the deficient body: Alternative responses to infertility พบว่าภาวะมีบุตรยากเป็นทุกข์ทรมาน ซึ่งทางออกของผู้มีบุตรยากมีอยู่ 2 ทางเลือก คือ การรอตตั้งครรภโดยวิธีทางธรรมชาติ และการใช้เทคโนโลยีเข้าช่วย ซึ่งในวิธีการที่สองนี้มีอัตราความสำเร็จต่ำ และยังนำไปสู่ความทุกข์ทรมานในการรักษา การลูกล้ม ความเป็นส่วนตัว การใช้จ่ายสูง รวมทั้งต้องอาศัยทุนทางจิตใจที่สูงมากทีเดียว การใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่จำเป็นต้องทำความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างข้อจำกัดทางร่างกายและเสรีภาพของบุคคลด้วย งานวิจัยชิ้นนี้นำเสนอว่าไม่มีอะไรที่จะมาบรรยายถึงความเจ็บปวดของผู้ที่มีบุตรยากได้ ทางศาสนาคริสต์นิกายเปรียบเทียบความเจ็บปวดที่ผู้มีบุตรยากได้รับนั้นว่าเป็นเช่นเดียวกับความเจ็บปวดที่พระเยซูได้รับโดยที่ไม่มีมีใครอาจจะเข้าใจหรือตีความได้

Ann M. McAllister (2001) ทำการวิจัยเรื่อง Previously infertile married partners: An exploratory study of gender differences in parenting styles used and in continuing sense of loss เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างทางเพศสถานะของผู้มีบุตรหลังจากที่อยู่ในภาวะมีบุตรยากมาก่อน กับผู้มีบุตรยากที่ยังไม่มีบุตร โดยการสัมภาษณ์คู่สมรส

114 คน เป็นชาย 56 คน และหญิง 58 คน ซึ่งมีระดับการศึกษาที่ดี และมีรายได้เฉลี่ยที่จัดว่าเป็นกลุ่มคนชนชั้นกลาง พบว่า ไม่มีความแตกต่างทางเพศในรูปแบบของการแสดงบทบาทความเป็นพ่อแม่ระหว่างคนทั้งสองกลุ่ม และพบว่าผู้หญิงที่มีบุตรยากจะเกิดความรู้สึกสูญเสียมากกว่าผู้ชาย

Linda L. Millenbach (2001) ทำการวิจัยเรื่อง The lived experience of women who quit assisted reproductive technology without the birth of a live child and remained childless เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้หญิงที่ตัดสินใจเลิกการรักษาภาวะมีบุตรยากโดยที่ยังไม่ตั้งครรภ์ ซึ่งนั่นก็หมายความว่าความคาดหวังในการเป็นมารดา และความรู้สึกเป็นตราบาปยังคงอยู่ โดยปกติการรักษาด้วยวิทยาการสมัยใหม่ดำเนินไปด้วยความกดดันทางสังคม และความกดดันในการรักษา ผู้มีบุตรยากที่ตัดสินใจเลิกการรักษาภาวะมีบุตรยากก็เพราะมีเหตุผลที่มากเพียงพอ ซึ่งความเจ็บปวดทางกายและใจในการรักษาด้วยวิทยาการสมัยใหม่อาจจะมีอะไรบางอย่างที่เลวร้ายกว่าภาวะไม่มีบุตรก็ได้ ผู้มีบุตรยากที่เลิกการรักษาได้ทบทวนแล้วว่าตนสามารถที่จะรับฟังประสบการณ์ของคนอื่นๆ ที่สามารถตั้งครรภ์จากการรักษาได้ และยอมยอมรับผลกระทบต่อความสัมพันธ์ภายในครอบครัวจากการเลิกรักษาได้ด้วยเช่นกัน

Myra Gail Schneider (2000) ทำการวิจัยเรื่อง The role of psychosocial factors in stress in infertile couples เพื่อศึกษาเงื่อนไขทางจิตวิทยาสังคมที่มีต่อความเครียดในการรักษาผู้มีบุตรยาก พบว่า ผู้หญิงมีความเครียดมากกว่าผู้ชาย โดยปัจจัยที่มีความสำคัญที่สุดต่อความเครียดคือ self-esteem และการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ ผู้ชายให้ความสำคัญกับปัจจัยสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยสนับสนุนจากคู่สมรสมากกว่า ในขณะที่ผู้หญิงให้ความสำคัญต่อการตั้งครรภ์โดยวิธีทางธรรมชาติมากกว่า

Nahar Papreen, Anjali Sharma, Keith Sabin, Lutfa Begum, S. Khaled Ahsan and Abdulla H. Baqui (2000) ตีพิมพ์ผลงานเรื่อง Living with infertility: Experiences among urban slum populations in Bangladesh ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ศึกษาชีวิตของผู้มีบุตรยากในชุมชนแออัด ในประเทศบังกลาเทศ โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างซึ่งมาจากการเลือกตัวอย่างแบบง่าย เป็นหญิงและชายจำนวนเท่ากัน รวม 120 ตัวอย่าง พบว่า ผู้มีบุตรยากจะเกิดความรู้สึกเป็นตราบาป โดยเฉพาะในผู้หญิงซึ่งมักจะถูกพิจารณาเพ่งเล็งไปที่ประวัติชีวิตของเธอก่อนแต่งงาน โดยเชื่อว่าภาวะมีบุตรยากอาจจะเกิดมาจากการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การเป็นโรคเกี่ยวกับ

เพศสัมพันธ์ หรือการคบชายหลายคนก่อนแต่งงาน ซึ่งข้อสงสัยต่างๆ ล้วนเป็นความเชื่อมโยงที่ตอกย้ำให้พวกเธอรู้สึกเป็นตราบาปและพยายามหาหนทางรักษา ทั้งการรักษาแบบดั้งเดิมและการรักษาด้วยสมุนไพรพื้นบ้าน ในขณะที่ผู้ชายก็พยายามหาทางออกด้วยวิธีการแต่งงานใหม่

Carol Elisabeth Bliss (1999) ทำการวิจัยเรื่อง Narrative constructions of infertility: Voices of ten minority women พบว่า ร้อยละ 15 ของประชากรวัยเจริญพันธุ์ประสบกับภาวะมีบุตรยาก ซึ่งภาวะมีบุตรยากถือเป็นวิกฤตของชีวิตที่มีผลต่อทางกายและจิตใจ โดยผู้ที่มีบุตรยากจะถูกสังคมวาดภาพไว้ว่าเป็นบุคคลที่เป็นหมัน ทั้งนี้เรื่องของการมีบุตรยากเป็นประเด็นที่ไม่มีพรหมแดนทางเพศ วัฒนธรรม เชื้อชาติ และกลุ่มทางเศรษฐกิจและสังคม งานวิจัยนี้ใช้วิธีการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้หญิงมีบุตรยากในอเมริกาจาก 10 วัฒนธรรมที่แตกต่างกัน แต่ไม่ได้นำมาเปรียบเทียบกัน พบว่า ในทุกกรณีที่ศึกษานั้นยังขาดโอกาสในการสร้างความรู้เกี่ยวกับภาวะมีบุตรยากและขาดวัฒนธรรมที่มีความละเอียดเพียงพอที่จะเข้าใจภาวะมีบุตรยาก อันส่งผลให้ผู้มีบุตรยากไม่มีข้อมูลพอที่จะใช้ในการแก้ปัญหาของตนได้

Albert George Nyland (1999) ทำการวิจัยเรื่อง Involuntary childlessness and marital satisfaction and adjustment เพื่อศึกษาความพึงพอใจ ความสามารถในการปรับเปลี่ยนความร่วมมือ และการปรับตัวของผู้มีบุตรยาก โดยการศึกษาเปรียบเทียบคู่สมรสที่มีบุตร จำนวน 50 คู่ กับ คู่สมรสที่ไม่มีบุตร จำนวน 27 คู่ พบว่าภาวะมีบุตรยากเป็นความตึงเครียดที่มีผลต่อทั้งระดับปัจเจกบุคคลและต่อคู่สมรสด้วย ภาวะมีบุตรยากเป็นตัวแปรที่มีผลโดยตรงต่อความพึงพอใจในชีวิตการแต่งงาน และมีผลต่อการปรับตัวของผู้มีบุตรยาก ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันทางเพศ นอกจากนี้ ยังพบว่าวิธีการรักษาในรูปแบบต่างๆ มีผลต่อความพึงพอใจในชีวิตการแต่งงาน และมีผลต่อความร่วมมือเห็นอกเห็นใจกันของคู่สมรสที่แตกต่างกันออกไป

Daniel Welch McDonald (1998) ทำการวิจัยเรื่อง The experiences of couples with infertility: A phenomenological study of infertility treatment participants โดยการสัมภาษณ์คู่สมรสที่มีบุตรยากชาวอเมริกัน 6 คู่ ซึ่งมี 4 คู่ที่กำลังรักษาภาวะมีบุตรยากในคลินิกทางตะวันออกเฉียงใต้ของประเทศสหรัฐอเมริกา โดยกลุ่มตัวอย่างบรรยายถึงสภาพทางกายภาพ ความรู้สึกนึกคิด สภาพสังคม ความโดดเศร้า ความสัมพันธ์ และความเชื่อที่เกี่ยวกับการรักษาภาวะมีบุตรยาก ทั้งนี้งานวิจัยที่ผ่านมาจะไม่ศึกษาในเชิงความแตกต่างทางเพศ ในด้านการ

ตัดสินใจ และแรงจูงใจในการรักษา เมื่อนำความแตกต่างทางเพศมาพิจารณา ก็จะพบว่าผู้หญิงจะได้รับผลกระทบทางลบจากภาวะมีบุตรยากมากกว่าผู้ชาย ซึ่งทำให้ชีวิตประจำวันของผู้หญิงเปลี่ยนแปลงไป

Christine Anne Dersney (1996) ทำการวิจัยเรื่อง The stigma of infertility : An analysis of the psychological correlates of infertility as a felt stigma โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณผสมกัน โดยการใช้แบบสอบถามคู่สมรสที่มีบุตรยาก 32 คน (ผู้หญิง 23 คน, ผู้ชาย 9 คน) ภายในกลุ่มเครือข่ายผู้มีบุตรยากของโรงพยาบาลท้องถิ่นในอเมริกา งานวิจัยพบว่าระดับความเครียดที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับระดับ self-esteem ที่ลดลงและระดับความพึงพอใจของกลุ่มสนับสนุนทางสังคมที่ลดลง ภาวะมีบุตรยากมีผลโดยตรงกับอัตลักษณ์ทางเพศ (Gender identity) นอกจากนี้ยังพบว่าการตกเตียงกันเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยากของบุคคลอื่นไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นตราบาปของผู้มีบุตรยากแต่อย่างใด

Yvonne Louise Stoesz (1996) ทำการวิจัยเรื่อง Social support and infertility: A gender analysis เพื่อศึกษาความเหมือนและความต่างระหว่างหญิงและชายในการได้ตอบกับภาวะมีบุตรยาก โดยศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้เห็นชีวิตและประสบการณ์ที่แท้จริงของผู้ที่มีบุตรยาก วรรณกรรมส่วนใหญ่นำเสนอภาวะมีบุตรยากในลักษณะที่เป็นวิกฤตหรือการสูญเสีย ในขณะที่ทฤษฎีเกี่ยวกับวัฒนธรรม จะเน้นเพศสถานะ (gender) ในผลทางสังคมและวัฒนธรรมของภาวะมีบุตรยาก ผู้มีบุตรยากแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันโดยง่าย และได้รับการแนะนำจากครอบครัว เพื่อน โดยไม่มีใครพิจารณาถึงเรื่องความเป็นส่วนตัวที่ถูกทำให้เป็นเรื่องสาธารณะ ผู้มีบุตรยากพอใจที่แลกเปลี่ยนเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยากทั้งในเครือข่ายที่เป็นทางการและไม่ทางการเพื่อหวังที่จะให้เกิดการช่วยเหลือกันได้

นางหวัง เจียน (1996) ทำการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในหญิงจีนที่มีบุตรยาก เพื่อศึกษา ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดกับปัจจัยส่วนบุคคลของหญิงจีนที่มีบุตรยาก กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงที่มารักษาในคลินิกการมีบุตรยากของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในเมืองเซี่ยงไฮ้ ประเทศจีน จำนวน 100 ราย โดยใช้แบบบันทึกปัจจัยส่วนบุคคล และแบบประเมิน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดของหญิงจีนที่มีบุตรยาก ได้แก่ ปัจจัยภายนอกของบุคคล และไม่มีความสัมพันธ์อย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดกับระยะเวลาของการแต่งงาน ลักษณะของครอบครัว ระดับการศึกษา และระยะเวลาของการรักษาตามลำดับ

นางกัญ เหว่ย (1996) ทำการวิจัยเรื่อง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระหว่างสตรีจีนที่มีบุตรและมีบุตรยาก เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระหว่างผู้หญิงสองกลุ่ม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงที่มีบุตรแล้ว จำนวน 50 คน และกลุ่มผู้หญิงที่มีบุตรยาก จำนวน 50 คน ทำการสำรวจในบริบทเมืองซีอาน ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน การศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของความ รู้สึกมีคุณค่าในตนเองในกลุ่มผู้หญิงที่มีบุตรสูงกว่ากลุ่มผู้หญิงที่มีบุตรยากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Linda M. Whiteford and Lois Gonzalez (1995) ทำการวิจัยเรื่อง Stigma: The hidden burden of infertility เพื่อศึกษาความรู้สึกเป็นตราบาปในกลุ่มผู้หญิงที่มีบุตรยากซึ่งมีประมาณ 5 ล้านคนในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยใช้การสัมภาษณ์ผู้หญิงอเมริกัน 25 คน พบว่า ภาวะมีบุตรยากนำมาสู่การเกิดความรู้สึกเป็นตราบาป โดยย่นวิตกรรมทางการแพทย์เกี่ยวกับการรักษาภาวะมีบุตรยากเป็นทางเลือกสำหรับผู้มีเงินมากเพียงพอที่จะรักษาได้ แต่อย่างไรก็ดี ความรู้สึกทุกข์ทรมานจากภาวะมีบุตรยาก มักจะถูกขยายความต่อไปในระดับสาธารณะ ซึ่งทำให้ความทุกข์ทรมานดังกล่าวกลายเป็นวิกฤตขึ้นมา

Laura Jeanne Shanner (1994) ทำการวิจัยเรื่อง Phenomenology of the child-wish: New reproductive technologies and ethical responses to infertility เพื่อศึกษาความต้องการมีบุตรซึ่งถือเป็นการเติมคุณค่าชีวิตมนุษย์ให้สมบูรณ์ ภาวะมีบุตรยากได้สร้างความตึงเครียดทางใจมากกว่าทางกาย ผู้หญิงมีบุตรยากจะเกิดความรู้สึกเป็นตราบาป ซึ่งรู้สึคว่าตนเองโดดเดี่ยว หงุดหงิด นาละอาย ผิดหวัง ผิดปกติ โศกเศร้า และรู้สึกลดคุณค่าในตนเองลง บรรทัดฐานทางสังคมเป็นข้อจำกัดสำคัญที่ทำให้ภาวะมีบุตรยากกลายเป็นวิกฤตของชีวิต วิทยาการทางการแพทย์สมัยใหม่ๆ แม้จะเป็นอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้มีบุตรยาก แต่ก็ไม้อาจที่จะทำให้ความรู้สึกเป็นตราบาปจางหายไปได้ ทั้งนี้เพราะความต้องการมีบุตรนั้นไม่ใช่สิ่งที่เพิ่งสร้างขึ้นในปัจจุบัน แต่เป็นส่วนหนึ่งของ Self-image และเป็นการวางแผนชีวิตที่มีมาตั้งแต่วัยเด็กแล้ว ความรู้สึกเป็นตราบาปของผู้หญิงจะยังคงอยู่ต่อไปตราบเมื่อผู้หญิงไม่สามารถตั้งครรรภ์ด้วยตนเองได้

Michael Jon Harris (1992) ทำการวิจัยเรื่อง Functional infertility and its relationship to psychogenic attitudes and physiological disturbances ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงปริมาณ โดยใช้การหาค่าสหสัมพันธ์ การคำนวณทางสถิติ งานวิจัยพบว่า ภาวะมีบุตรยากสามารถพิจารณาในเชิงหน้าที่ของผู้หญิงซึ่งจะเป็นเหตุที่ทำให้ผู้หญิงเกิดความเครียดสูงขึ้น โดยผลกระทบของภาวะมีบุตรยากมีความสัมพันธ์ทางจิตมากกว่าความสัมพันธ์ทางกาย

Lois Ottinger Gonzalez (1988) ทำการวิจัยเรื่อง The lived experience of infertility : A phenomenological study of infertile women โดยใช้วิธีการปรากฏการณ์นิยม ทำการสัมภาษณ์ผู้หญิงที่มีบุตรยาก 25 คน เพื่อศึกษาความหมายของ “ภาวะมีบุตรยาก” จากโลกทัศน์ภายในมุมมองของผู้หญิงที่มีบุตรยากเอง งานวิจัยพบว่า ภาวะมีบุตรยากเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้ผู้หญิงรู้สึกบกพร่องในบทบาทของความเป็นแม่ รู้สึกขาดอำนาจทางเพศ และเกิดเป็นตรรกะที่ไม่สามารถทำหน้าที่ทางสังคมและหน้าที่ตามบรรทัดฐานทางวัฒนธรรมได้อย่างสมบูรณ์ นอกจากนี้งานวิจัยยังพบว่าภาวะมีบุตรยากนั้นถือเป็นโรคชนิดหนึ่ง เป็นอาการป่วย โดยมุ่งเน้นว่าภาวะมีบุตรยากเป็นการแทรกแซงภาวะทางจิต ทางวัฒนธรรม และเป็นความทุกข์ทรมานด้านจิตใจทั้งทางชีววิทยาและทางกายภาพ

Charlene Elizabeth Miall (1984) ทำการวิจัยเรื่อง Women and involuntary childlessness: perceptions of stigma associated with infertility and adaptation งานวิจัยนี้มุ่งศึกษาที่ประเด็นการรับรู้ตรรกะธรรมมาเลียงว่าเป็นความพยายามหนึ่งที่จะลดความรู้สึกเป็นตรรกะของผู้ที่มีบุตรยากหรือไม่ โดยใช้กรอบแนวคิดการตีตรา (Self-labelling) ใช้การสัมภาษณ์เจาะลึกผู้หญิงที่มีบุตรยาก 30 คน และการใช้แบบสอบถามผู้หญิงที่มีบุตรยากจำนวน 41 คน งานวิจัยพบว่าความรู้สึกเป็นตรรกะและความรู้สึกว่าตนบกพร่องในหน้าที่ทางเพศทำให้ผู้ที่มีบุตรยากสร้างกลไกสำคัญขึ้นมา 3 อย่างเพื่อเลือกปฏิบัติ คือ การปิดเป็นความลับ การรักษา และการป้องกันการมีบุตรยาก โดยการรับรู้ตรรกะธรรมมาเลียงก็เป็นกลไกทางจิตอย่างหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ที่มีบุตรยากมีบุตรได้

2.7.2 งานวิจัยในประเทศ

วิมลรัตน์ อิศรางกูร ณ อยุธยา (2541) ทำการวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล วิธีการเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกในกลุ่มผู้หญิงที่มีบุตรยาก เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านบุคคล วิธีการเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกในกลุ่มผู้หญิงที่มีบุตรยาก ทำการศึกษาในกลุ่มผู้หญิงที่เข้ารับการตรวจรักษา ณ คลินิกผู้มีบุตรยาก โรงพยาบาลรามธิบดี และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 170 ราย โดยใช้แบบสอบถาม ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ วิธีการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ไข ปัญหา และการสนับสนุนทางสังคม ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระยะเวลาที่เข้ารับการตรวจรักษาและวิธีการเผชิญความเครียดด้านการมุ่งแก้ไขอารมณ์

ชมพูนุท ศรีวิชัย ทำการวิจัยเรื่อง ภาวะไร้อำนาจของสตรีที่มีบุตรยาก (2540) เพื่อศึกษาภาวะไร้พลังอำนาจของผู้หญิงที่มีบุตรยาก ซึ่งเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้หญิงที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่ จำนวน 80 ราย โดยใช้แบบสอบถาม พบว่า ผู้หญิงที่มีบุตรยากมีความรู้สึกไร้พลังอำนาจระดับค่อนข้างต่ำ โดยมีสาเหตุ ได้แก่ การสูญเสียการควบคุมด้านร่างกาย การสูญเสียการควบคุมด้านจิตใจ การสูญเสียการควบคุมด้านสิ่งแวดล้อม และการขาดความรู้

อุดมพร ยิ่งไพบูลย์ (2540) ทำการวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคม กับการปรับตัวของผู้หญิงที่มีบุตรยาก เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยบางประการที่มีต่อการปรับตัวของผู้หญิงที่มีบุตรยาก กลุ่มตัวอย่างคือผู้หญิงที่มีบุตรยากชนิดปฐมภูมิ ซึ่งมารับบริการที่คลินิกผู้มีบุตรยาก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลตำรวจ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 200 ราย โดยใช้แบบประเมิน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีลักษณะทาง เศรษฐกิจ-สังคมค่อนข้างดี ไม่มีโรคประจำตัว มีประสบการณ์ การตรวจรักษาภาวะมีบุตรยากจากสถานอื่น ๆ มาแล้ว โดยใช้วิธีการทั้งทางไสยศาสตร์และวิทยาศาสตร์ ผลการวิจัยสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอำนาจการทำนายสูงสุด รองลงมาคือระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า ควรส่งเสริมให้

ผู้หญิงที่มีบุตรยากได้รับการสนับสนุนทางสังคม และปรับตัวได้มากขึ้น โดยมุ่งเน้นการสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร ด้านเครื่องมือสิ่งของ และการปรับตัวด้านร่างกาย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้หญิงที่ได้ทำการรักษาการมีบุตรยากเป็นเวลานาน

จิราวรรณ ดีเหลือ (2539) ทำการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของคู่สมรสที่มีบุตรยาก เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด และพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของคู่สมรสที่มีบุตรยาก ซึ่งกลุ่มตัวอย่างคือคู่สมรสที่มีบุตรยากฝ่ายหญิงและฝ่ายชายที่มารับบริการในคลินิกผู้มีบุตรยาก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 85 คู่ โดยใช้แบบสอบถาม งานวิจัยพบว่า ปัจจัยภายในตัวบุคคลเป็นด้านที่ก่อให้เกิดความเครียดสูงกว่าด้านปัจจัยภายนอกตัวบุคคล โดยผู้หญิงมีบุตรยากเลือกที่จะจัดการกับความเครียดด้วยการแก้ปัญหาทางอ้อมมากที่สุด ในขณะที่ผู้ชายที่มีบุตรยากเลือกที่จะเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด นอกจากนี้ พบว่า ปัจจัยภายนอกตัวบุคคลด้านคู่สมรสก่อให้เกิดความเครียดแก่คู่สมรสที่มีบุตรยากฝ่ายหญิงสูงกว่าฝ่ายชาย

นารี ช่างสว่าง (2539) ทำการวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตในสตรีที่มีบุตรยาก เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของผู้หญิงที่มีบุตรยากที่มารับการตรวจรักษาในคลินิก ผู้มีบุตรยาก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลตำรวจ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 150 คน โดยใช้แบบสอบถาม จากผลการศึกษาผู้วิจัยเสนอแนะว่า การส่งเสริมให้ผู้หญิงที่มีบุตรยาก เกิดความหวัง โดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง การให้คำแนะนำปรึกษาเมื่อมีปัญหา จะสามารถช่วยให้ผู้หญิงที่มีบุตรยากเกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตในระดับสูงได้ และควรมีการศึกษาติดตามกลุ่มผู้หญิงที่มีบุตรยากในระยะยาว เพื่อค้นปัญหาที่อาจก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจในการดำเนินชีวิตในระยะต่อไป

วิไลวรรณ สวัสดิ์พาณิชย์ (2537) ทำการวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในคู่สมรส กับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของสตรีที่มีบุตรยาก เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในคู่สมรส กับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้หญิงที่มีบุตรยาก โดยการใช้แบบสอบถามในกลุ่มผู้หญิงที่มีบุตรยากที่มารับการตรวจรักษาภาวะมีบุตรยากที่คลินิกผู้มีบุตรยาก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 78 ราย ในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึงเดือน มิถุนายน 2536 โดยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบมีระบบ ผลการวิจัยพบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและสัมพันธภาพในคู่สมรสที่มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับสูงกับพฤติกรรมการเผชิญปัญหา และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเผชิญปัญหา ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและสัมพันธภาพในคู่สมรสมีความสัมพันธ์กันเองในระดับสูง

สุนีรัตน์ อนันท์ทวุฒิิกานนท์ (2534) ทำการวิจัยเรื่อง ปัจจัยด้านจิตใจของสตรีที่มีบุตรยาก ในคลินิกผู้มีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาถึงภาวะจิตใจของผู้หญิงที่มีบุตรยากในด้านต่างๆ ได้แก่ สภาวะทางอารมณ์ การปรับตัวในชีวิตสมรส เอกลักษณะเพศ ความรู้ในเรื่องเพศและบุคลิกภาพ โดยใช้แบบสอบถามจากผู้หญิงที่มาใช้บริการ ณ คลินิกรักษาผู้มีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้หญิงที่มีบุตรยากมีปัญหาเกี่ยวกับสภาวะทางอารมณ์ซึ่งเกี่ยวข้องกับการมีบุตรยาก มีการปรับตัวในชีวิตสมรสไม่ดี มีปัญหาเรื่องเอกลักษณะทางเพศ และ ขาดความรู้ในเรื่องเพศ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้หญิงที่มีบุตรยากมีบุคลิกภาพที่เบี่ยงเบนไปจากค่าปกติ เป็นแบบที่มีความวิตกกังวลและมีความสนใจแคบอยู่เฉพาะเรื่องในปัจจุบัน ปัจจัยด้านจิตใจมีผลกระทบต่อชีวิตสมรสในคู่สมรสที่มีบุตรยากอย่างชัดเจน ดังนั้นในการให้การบำบัดรักษาบุคลากรทางการแพทย์ ต้องคำนึงถึง ทางร่างกายจิตใจ พร้อมทั้งจะเข้าใจในปัญหาของคู่สมรสและสามารถให้ คำแนะนำและการแก้ไข

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

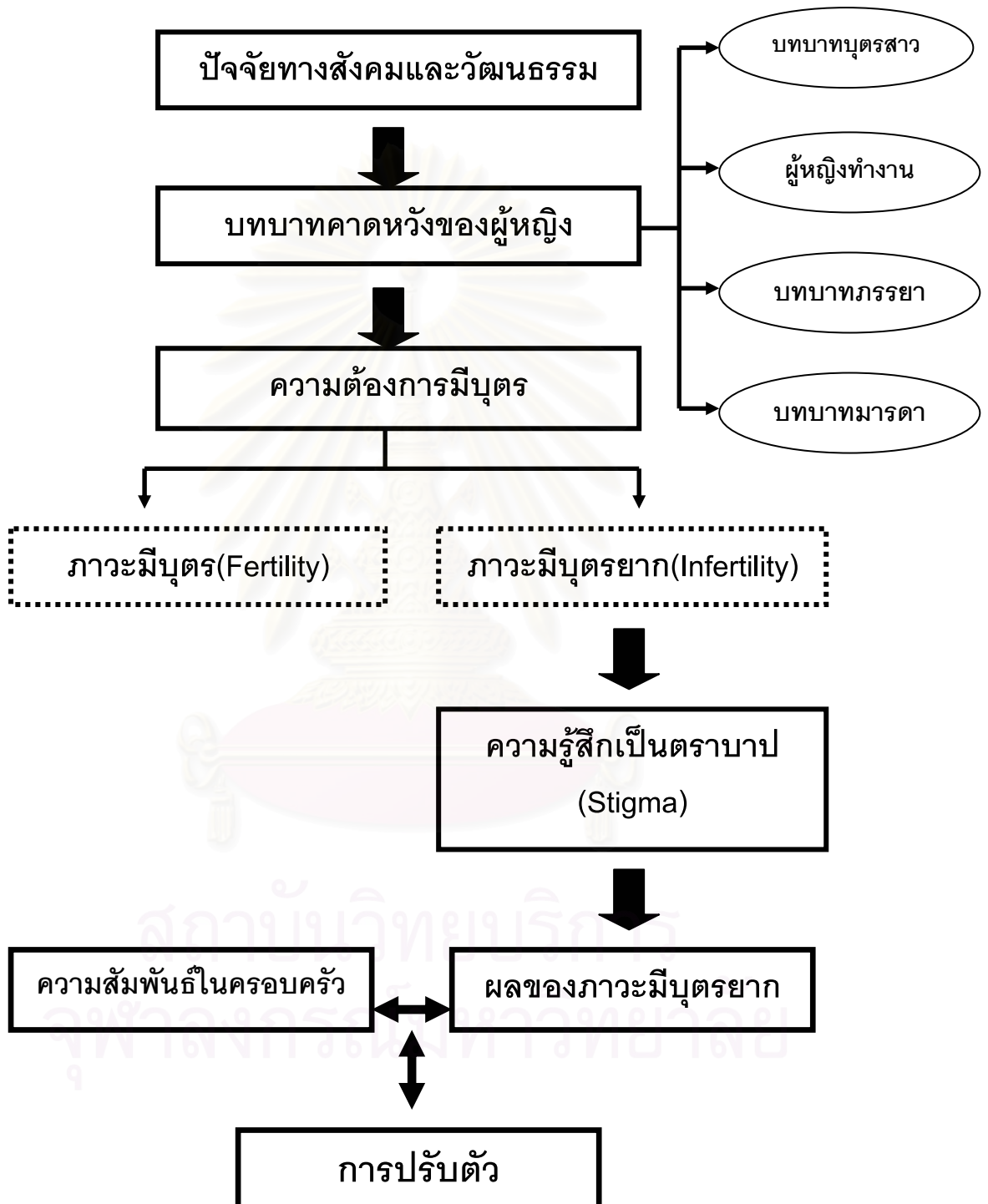
ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเรื่อง “การสร้างความหมายทางสังคมและวัฒนธรรมเกี่ยวกับความรู้สึกเป็นตราบาปในกลุ่มผู้หญิงที่มีบุตรยาก” (The socio-cultural construction of stigma in infertile women) เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เนื่องจาก การศึกษาในเรื่องดังกล่าวไม่มีเจตนาจะวัดหรืออธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรในเชิงตัวเลข ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำการวิจัยเชิงคุณภาพมาใช้เป็นรูปแบบของการศึกษาเพื่อให้ทราบถึงปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อการสร้างบทบาทคาดหวังของผู้หญิงในการเป็นมารดาและการเป็นภรรยา ตลอดจนกระบวนการสร้างความรู้สึกเป็นตราบาปของผู้หญิงที่มีบุตรยาก และผลกระทบจากภาวะมีบุตรยากของผู้หญิงที่มีต่อสภาพความสัมพันธ์ในครอบครัว รวมทั้งการปรับตัวของผู้หญิงในภาวะมีบุตรยาก ซึ่งมีลำดับการนำเสนอ คือ

- 3.1 กรอบแนวคิด
- 3.2 นิยามเชิงปฏิบัติการ
- 3.3 พื้นที่ ประชากร และการเลือกตัวอย่าง
- 3.4 วิธีการศึกษา
- 3.5 เทคนิคการวิจัยอย่างมีส่วนร่วม
- 3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.8 ระยะเวลาดำเนินการ
- 3.9 ร่างคำถาม
- 3.10 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับพื้นที่วิจัย

ดังมีรายละเอียด ต่อไปนี้

3.1 กรอบแนวคิด



3.2 นิยามเชิงปฏิบัติการ

3.2.1 **ผู้หญิงที่มีบุตรยาก (Infertile woman)** หมายถึง ผู้หญิงที่มีสถานภาพแต่งงานแล้ว และอยู่ร่วมกับสามีโดยไม่คุมกำเนิดและมีความสัมพันธ์ทางเพศปกติ เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี แต่ไม่สามารถตั้งครรภ์จนกระทั่งให้กำเนิดทารกที่มีชีวิตได้

3.2.2 **การแต่งงาน (Marriage)** หมายถึง การตัดสินใจที่จะใช้ชีวิตคู่ร่วมกันของคู่สมรส ทั้งนี้การแต่งงานมี 2 ลักษณะสำคัญ คือ การแต่งงานโดยพิธี และการแต่งงานโดยนิติกรรม รวมทั้งการแต่งงานที่ผ่านทั้งพิธีและโดยนิติกรรม ซึ่งถือเป็นลักษณะที่สังคมยอมรับ

3.2.3 **ผู้หญิงในสถานภาพแต่งงานแล้ว (Married woman)** หมายถึง ผู้หญิงที่ใช้ชีวิตคู่ร่วมกับคู่สมรส โดยการแต่งงานในลักษณะหนึ่งลักษณะใด จาก 2 ลักษณะ คือ การแต่งงานโดยพิธี และการแต่งงานโดยนิติกรรม รวมทั้งการแต่งงานที่ผ่านทั้งพิธีและโดยนิติกรรม ซึ่งถือเป็นลักษณะที่สังคมยอมรับ

3.2.4 **ความรู้สึกเป็นตราบาป (Stigma)** หมายถึง ความรู้สึกเครียดกังวล ความตื่นเครียด ความรู้สึกผิด และความรู้สึกไม่ปกติสุข จากการที่ไม่สามารถเป็นไปตามบทบาทคาดหวังของสังคมได้ กรณีนี้ได้แก่ ความรู้สึกเครียดกังวลของผู้หญิงมีบุตรยากเนื่องจากสังคมคาดหวังในบทบาทมารดาของผู้หญิง ซึ่งควรให้กำเนิดบุตร เมื่อผู้หญิงไม่สามารถให้กำเนิดบุตรได้ เธอจึงเกิดความรู้สึกเป็นตราบาปขึ้น

3.2.5 **ตัวตนทางสังคม (Social identity)** หมายถึง การที่บุคคลยอมรับค่านิยมของสังคม และปฏิบัติตามค่านิยมนั้น ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และเกิดการเปรียบเทียบตนเองกับบุคคลอื่น

3.2.6 **ตัวตนตามความคาดหวังของสังคม (Virtual social identity)** หมายถึง บทบาทที่สังคมเชื่อว่าเป็นสิ่งที่ดีและคาดหวังให้สมาชิกในสังคมปฏิบัติตาม สมาชิกในสังคมก็จะพยายามดำเนินชีวิตตามบทบาทคาดหวังดังกล่าว

3.2.7 **ตัวตนทางสังคมที่เป็นจริง (Actual social identity)** หมายถึง บทบาทที่บุคคลได้แสดงออกจริง อาจเป็นไปตามบทบาทคาดหวังหรือไม่เป็นไปตามบทบาทคาดหวังก็ได้

3.2.8 **สภาพความสัมพันธ์ในครอบครัว (Family relations)** หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส ซึ่งได้แก่ สามีและภรรยา

3.3 พื้นที่ ประชากร และการเลือกตัวอย่าง

3.3.1 พื้นที่ และประชากร

พื้นที่ และประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้หญิงที่มีบุตรยาก ซึ่งมารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก ณ ศูนย์รักษาผู้มีบุตรยาก สถานพยาบาลเจตนิณ ซอยชิดลม ถนนเพลินจิต เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร

สาเหตุที่เลือกประชากรในพื้นที่ดังกล่าว เนื่องจาก ศูนย์รักษาผู้มีบุตรยาก สถานพยาบาลเจตนิณ เป็นสถานพยาบาลเอกชนที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคทางสูตินรีเวช โดยเฉพาะ เป็นสถานที่ที่ผู้หญิงผู้อยู่ในภาวะมีบุตรยากหลากหลายลักษณะมารับการตรวจวินิจฉัย และรักษาภาวะมีบุตรยาก ทั้งผู้อยู่ในภาวะมีบุตรยากแบบปฐมภูมิ และทุติยภูมิ ซึ่งทุกกรณีแสดงให้เห็นถึงความต้องการที่จะมีบุตร อีกทั้งคลินิกดังกล่าวยังเป็นสถานที่รวมผู้มีปัญหาบุตรยากทั้งชายและหญิง ซึ่งเป็นโอกาสให้ผู้วิจัยได้ศึกษาเปรียบเทียบภาวะมีบุตรยากในเชิงความสัมพันธ์ระหว่างสองเพศในภาพรวมได้ รวมทั้ง พื้นที่การวิจัยดังกล่าวยังสร้างความเป็นไปได้และความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับผู้วิจัยเนื่องจากพื้นที่อยู่ใกล้กับสถานศึกษา

การติดต่อเพื่อเข้าไปเก็บข้อมูลจากผู้หญิงที่มีบุตรยาก ณ ศูนย์รักษาผู้มีบุตรยาก สถานพยาบาลเจตนิณ ผู้วิจัยมีขั้นตอนของการติดต่อ ดังนี้

ขั้นตอนแรก ผู้วิจัยเข้าไปติดต่อกับเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลเพื่อให้ทราบถึงรายละเอียดและข้อปฏิบัติในการเข้าไปเก็บข้อมูลภายในสถานพยาบาล

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยยื่นหนังสือขออนุญาตถึงผู้อำนวยการสถานพยาบาลเจตนิณ (ดูรายละเอียดในภาคผนวก) เมื่อวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2547

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยได้รับการตอบรับอนุญาตจากสถานพยาบาล

ขั้นตอนที่ 4 ผู้วิจัยยื่นหนังสือขอขอบคุณความอนุเคราะห์ และเข้าไปติดต่อเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาล

ขั้นตอนที่ 5 ผู้วิจัยเข้าไปเก็บข้อมูลภายในสถานพยาบาลภายใต้การดูแลและให้คำแนะนำจากหัวหน้าพยาบาล

ขั้นตอนที่ 6 หัวหน้าพยาบาลมอบหมายให้พยาบาลอีกท่านหนึ่ง ซึ่งดูแลเกี่ยวกับประวัติผู้ป่วยมาเป็นพยาบาลพี่เลี้ยงในการช่วยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่าง และดูแลระหว่างการเก็บข้อมูลในสถานพยาบาล

ขั้นตอนที่ 7 ผู้วิจัยนำร่างคำถาม ตัวอย่างจดหมายและใบยินยอม (Consent Form) สำหรับผู้หญิงที่จะมาร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างส่งให้พยาบาลพี่เลี้ยงทำการตรวจทานและแก้ไข

ขั้นตอนที่ 8 ผู้วิจัยติดต่อ แนะนำตัว และยื่นจดหมายให้แก่ผู้หญิงที่จะมาร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างได้พิจารณา

ขั้นตอนที่ 9 ผู้วิจัยให้ผู้ที่ยินดีร่วมโครงการลงนามในใบยินยอม (Consent Form) และนัดหมายการสัมภาษณ์

ขั้นตอนที่ 10 การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง

3.3.2 กลุ่มตัวอย่าง และการเลือกตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้ได้จากการเลือกตัวอย่างเป็นแบบเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งเป็นการเลือกตัวอย่างตามคุณสมบัติที่ผู้วิจัยตั้งไว้ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรที่มารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาการมีบุตรยาก (Infertility) ณ ศูนย์รักษาผู้มีบุตรยาก สถานพยาบาลเจตนิณ ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลตรงกับความต้องการตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งได้แก่ การศึกษาปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อ "บทบาทคาดหวัง" ของผู้หญิงในสังคมไทย ตลอดจนกระบวนการเกิด "ความรู้สึกเป็นตราบาป" (Stigma) ของผู้หญิงที่มีบุตรยาก ความสัมพันธ์ระหว่าง "ภาวะมีบุตรยาก" กับ "สภาพความสัมพันธ์ในครอบครัว" รวมทั้งวิธีการปรับตัวของผู้หญิงในภาวะมีบุตรยาก

ก. คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างเพื่อใช้ในการเลือกตัวอย่าง ดังนี้

- 1) ผู้วิจัยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงที่อยู่ในสถานภาพแต่งงานแล้ว ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยต้องการศึกษาพฤติกรรมเกี่ยวกับความต้องการมีบุตร ตลอดจนความพยายามในการมีบุตรของผู้หญิงที่มีบุตรยาก ซึ่งสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นตราบาปของผู้หญิง คุณสมบัติข้อนี้จะทำให้ผู้วิจัยสามารถศึกษาทัศนคติและพฤติกรรมต่างๆ ของผู้หญิงที่มีบุตรยากในภาพรวมได้เป็นอย่างดีและมีความคลาดเคลื่อนน้อยลง โดยการควบคุมปัจจัยแทรกที่อยู่นอกเหนือการควบคุม

เช่น ปัจจัยความกังวลของคู่สมรสที่เกิดจากการอยู่ด้วยกันนอกสมรส หรือปัจจัยความไม่พร้อมในการมีบุตรจากสถานภาพนอกสมรส เป็นต้น

2) กลุ่มตัวอย่างต้องเป็นผู้หญิงที่ยังใช้ชีวิตคู่กับคู่สมรสอยู่ ณ ปัจจุบัน ทั้งนี้ เพราะผู้วิจัยต้องการศึกษาพฤติกรรมของผู้หญิงที่มีบุตรยากในแง่มุมมองของการใช้ชีวิตคู่ ซึ่งคุณสมบัติข้อนี้จะทำให้ผู้วิจัยสามารถศึกษาท่าทีของคู่สมรสชายที่มีต่อบทบาทคาดหวังของผู้หญิงที่มีบุตรยากซึ่งเป็นภรรยาของตน

3) กลุ่มตัวอย่างต้องเป็นผู้หญิงที่มีบุตรยาก แต่มีความต้องการมีบุตร โดยมีประวัติที่แสดงถึงความพยายามในการมีบุตร เช่น การเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล เป็นต้น

4) กลุ่มตัวอย่างต้องเป็นผู้หญิงมีบุตรยากที่มีอายุระหว่าง 25 ถึง 45 ปี

ข. จำนวนตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดจำนวนตัวอย่างไว้ คือ กลุ่มตัวอย่างประเภทผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) ที่จะเป็นผู้ให้ข้อมูลเชิงลึกแก่ผู้วิจัย จากการใช้เทคนิควิธีการศึกษาประวัติชีวิต และการสัมภาษณ์เจาะลึกนี้ ผู้วิจัยกำหนดจำนวนตัวอย่างไว้ 10 ตัวอย่าง

3.4 วิธีการศึกษา

3.4.1 ประเภท และระดับของงานวิจัย

การวิจัยเรื่อง “การสร้างความหมายทางสังคมและวัฒนธรรมเกี่ยวกับความรู้สึกเป็นตราบาปในกลุ่มผู้หญิงที่มีบุตรยาก” (The socio-cultural construction of stigma in infertile women) เป็นการวิจัยประเภท การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ใน ระดับข้อมูลเชิงอธิบาย (Explanation) โดยมีวัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังนี้

ระดับที่ 1 - เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อ “บทบาทคาดหวัง” ของผู้หญิงในสังคมไทยสมัยปัจจุบัน

ระดับที่ 2 - เพื่อบรรยายกระบวนการเกิด “ความรู้สึกเป็นตราบาป” ของผู้หญิงที่มีบุตรยาก (Infertility) ในบริบทของสังคมไทย

ระดับที่ 3 - เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่าง “ภาวะมีบุตรยากของผู้หญิง” กับ “สภาพความสัมพันธ์ในครอบครัว” ในบริบทของสังคมไทยสมัยปัจจุบัน

และ - เพื่ออธิบายการปรับตัวของผู้หญิงในภาวะมีบุตรยาก

3.4.2 บทบาทของผู้วิจัย และผู้ถูกวิจัย

วิธีการศึกษาในครั้งนี้ใช้ การวิจัยแบบกรณีศึกษา (Case study) โดยผู้วิจัยและผู้ถูกวิจัยทำการศึกษาร่วมกันด้วยบทบาท ต่อไปนี้

บทบาทของผู้วิจัย ผู้วิจัยเลือกที่จะเปิดเผยตัว โดยแจ้งให้ผู้ถูกวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์, วิธีการ และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัยครั้งนี้

บทบาทของผู้ถูกวิจัย ผู้วิจัยเลือกที่จะให้ผู้ถูกวิจัยอยู่ในบทบาทของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ โดยผู้วิจัยมีความคิดพื้นฐานที่ว่า ผู้ถูกวิจัยเป็นเสมือนครูผู้ให้ความรู้อันมาจากประสบการณ์ตรงของผู้ถูกวิจัย ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมต่อไปได้

3.4.3 การตรวจสอบข้อมูล

วิธีการศึกษาในครั้งนี้ใช้ การวิจัยแบบกรณีศึกษา (Case study) ด้วยวิธีการ Triangulation ซึ่งเป็นการใช้เทคนิควิธี 3 เทคนิค และการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูล 2 แหล่ง เพื่อเป็นการตรวจสอบข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

ก. เทคนิควิธี (Techniques)

- 1) การสังเกตการณ์ (Observation)
- 2) การศึกษาประวัติชีวิต (Life history)
- 3) การสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth interview)

ข. แหล่งข้อมูล (Sources)

- 1) ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants)
- 2) แหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary sources)

3.5 เทคนิคการวิจัยแบบกรณีศึกษา (Case study)

สิ่งที่ศึกษา และเทคนิคการวิจัย

ประเด็น	สิ่งที่ศึกษา	เทคนิคการวิจัยที่ใช้
1) ผู้ถูกศึกษา (Actor)	- ผู้หญิงที่มีบุตรยาก	การศึกษาประวัติชีวิต และ การสัมภาษณ์เจาะลึก
2) กิจกรรม (Activity)	- ศึกษาพฤติกรรมเกี่ยวกับความต้องการมีบุตร ตลอดจนความพยายามในการมีบุตรของผู้หญิงที่มีบุตร ยาก - ศึกษาพฤติกรรมการใช้ชีวิตของผู้หญิงที่มีบุตรยาก - ศึกษาการปรับตัวของผู้หญิงในภาวะมีบุตรยาก	การสังเกตการณ์ การศึกษาประวัติชีวิต และการสัมภาษณ์เจาะลึก
3) พื้นที่ (Place)	- ศึกษาทัศนคติและพฤติกรรมของผู้หญิงที่มีบุตรยาก ณ ศูนย์รักษาผู้มีบุตรยาก สถานพยาบาลเจตนิณ ถนน เพลินจิต เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร	
4) เวลา (Time)	- ศึกษาความเป็นมาของการเกิดความรู้สึกเป็นตราบาป ของผู้หญิงที่มีบุตรยาก ตลอดจนการพลวัตเป็นปัญหา ครอบครัว	การศึกษาประวัติชีวิต และ การสัมภาษณ์เจาะลึก
5) ความสัมพันธ์ (Relationship)	- ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง “บทบาททางเพศ” กับ “บทบาทคาดหวัง” - ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง “การรับรู้บทบาททางเพศ” กับ “ความต้องการมีบุตร” และ “ภาวะมีบุตรยาก” - ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง “ภาวะมีบุตรยาก” กับ “ความรู้สึกเป็นตราบาป” - ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง “ความรู้สึกเป็นตราบาป” ที่มีผลต่อ “ภาวะมีบุตรยาก” และ “สภาพความสัมพันธ์ ในครอบครัว”	การศึกษาประวัติชีวิต และ การสัมภาษณ์เจาะลึก
6) ความหมายของ ปรากฏการณ์ (Meaning)	- ศึกษาความหมาย และสัญลักษณ์ในการเกิด ความรู้สึกเป็นตราบาปของผู้หญิงที่มีบุตรยาก	การศึกษาประวัติชีวิต และ การสัมภาษณ์เจาะลึก

3.6 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลต่างๆ ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ผู้วิจัยได้แบ่งแนวคิดของข้อมูลที่จะรวบรวมในภาคสนามออกเป็น 9 แนวคิด ได้แก่ ข้อมูลส่วนตัว, ประวัติด้านครอบครัว, การรับรู้บทบาททางเพศ, ความสัมพันธ์กับสามี, พฤติกรรมการคุมกำเนิด และพฤติกรรมที่อาจเป็นสาเหตุของภาวะมีบุตรยาก, การเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก ตลอดจนจนกระบวนการเกิดความรู้สึกเป็นตราบาป, ความคาดหวังต่อการมีบุตรทั้งความคาดหวังของสามี ตนเอง และบทบาทของกลุ่มสนับสนุน, ผลกระทบของการไม่มีบุตรในช่วงที่ผ่านมา และการปรับตัวของผู้หญิงมีบุตรยาก และแนวคิดสุดท้าย คือการวางแผนอนาคตเกี่ยวกับการรักษาการมีบุตรยาก ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมทั้งจากแหล่งข้อมูลปฐมภูมิ และแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ โดยแบ่งเป็นขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การรวบรวมข้อมูลโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ

ขั้นตอนที่ 2 การสังเกตการณ์ ณ สถานพยาบาลเจตนิน

ขั้นตอนที่ 3 การศึกษาประวัติชีวิต

ขั้นตอนที่ 4 การสัมภาษณ์เจาะลึก

ขั้นตอนที่ 1 การรวบรวมข้อมูลโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ

เป็นการรวบรวมข้อมูลโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิซึ่งได้มาจาก Medical Records หรือบันทึกทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง เช่น สาเหตุการเกิดภาวะมีบุตรยาก ขั้นตอนการวินิจฉัยภาวะมีบุตรยาก เป็นต้น ซึ่งข้อมูลเหล่านี้รวบรวมได้จากแผนกเวชระเบียนของสถานพยาบาลเจตนิน และข้อมูลสถิติของผู้มารับการรักษาที่ศูนย์รักษาผู้มีบุตรยาก สถานพยาบาลเจตนิน นอกจากนี้ข้อมูลทุติยภูมิยังรวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องด้วย

ขั้นตอนที่ 2 การสังเกตการณ์ ณ สถานพยาบาลเจตนิน

เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยเข้าไปสังเกตการณ์ในสภาพธรรมชาติของกลุ่มที่ศึกษา เช่น การสังเกตพฤติกรรมของผู้มารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก จำนวนผู้มารับบริการเฉลี่ยต่อวัน สัดส่วนชายหญิงที่มารับบริการ เป็นต้น การสังเกตการณ์นี้ยังรวมถึงการสังเกตการณ์

ระหว่างการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญด้วย ซึ่งได้แก่ การสังเกตสีหน้า ท่าทาง น้ำเสียง และ พฤติกรรมอันแสดงถึงความรู้สึกนึกคิดต่างๆ ของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

ขั้นตอนที่ 3 การศึกษาประวัติชีวิต

เป็นข้อมูลที่ได้จากการสอบถามเกี่ยวกับประวัติความเป็นมาของผู้ที่ให้ข้อมูล ซึ่งเกี่ยวกับประวัติชีวิตของผู้ที่ให้ข้อมูลตั้งแต่การคลอดที่เธอได้รับเกี่ยวกับบทบาททางเพศจาก ครอบครัวของตนเอง ความสัมพันธ์กับสามีตั้งแต่ก่อนแต่งงาน ตลอดจนความสัมพันธ์ในปัจจุบัน ความคาดหวังมีบุตร การเผชิญภาวะมีบุตรยาก ความพยายามในการมีบุตร การรักษาภาวะมีบุตรยาก การปรับตัว และการวางแผนในอนาคต การศึกษาประวัติชีวิตในขั้นนี้เป็นการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ณ สถานพยาบาลเจตนิ

ขั้นตอนที่ 4 การสัมภาษณ์เจาะลึก

การสัมภาษณ์เจาะลึกในกลุ่มผู้หญิงมีบุตรยากจำนวน 10 ตัวอย่าง เป็นการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแบบตัวต่อตัว โดยใช้ร่างคำถามที่ผู้วิจัยกำหนดคำถามไว้กว้างๆ ซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้จดบันทึกคำตอบเอง รวมทั้งใช้การบันทึกเทปด้วยในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างอนุญาต ในร่างคำถามจะประกอบไปด้วยแนวคำถาม 9 แนวคิด ได้แก่ ข้อมูลส่วนตัว, ประวัติด้านครอบครัว, การรับรู้บทบาททางเพศ, ความสัมพันธ์กับสามี, พฤติกรรมการคุมกำเนิดและพฤติกรรมที่อาจเป็นสาเหตุของภาวะมีบุตรยาก, การเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก ตลอดจนกระบวนการเกิดความรู้สึกเป็นตราบาป, ความคาดหวังต่อการมีบุตรทั้งความคาดหวังของสามี ตนเอง และบทบาทของกลุ่มสนับสนุน, ผลกระทบของการไม่มีบุตรในช่วงที่ผ่านมา และการปรับตัวของผู้หญิงมีบุตรยาก และแนวคิดสุดท้าย คือการวางแผนอนาคตเกี่ยวกับการรักษาการมีบุตรยาก

ในขั้นตอนนี้เป็นการสัมภาษณ์ที่ต่อเนื่องจากขั้นตอนที่ 3 ซึ่งรวบรวมข้อมูลประวัติชีวิตของผู้ให้ข้อมูลสำคัญไว้ระดับหนึ่งแล้ว ในขั้นตอนที่ 4 นี้จึงเป็นการสัมภาษณ์เจาะลึกข้อมูลมากขึ้น ข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนนี้จะเป็นข้อมูลสำคัญที่สามารถนำมาใช้ประกอบการวิจัย และการตอบโจทย์การวิจัยได้เป็นอย่างดี

การสัมภาษณ์เจาะลึกจะดำเนินการ 2 ครั้ง โดยผู้วิจัยจะชี้แจงและนัดหมายผู้ให้ข้อมูลล่วงหน้า ซึ่งการสัมภาษณ์แต่ละครั้งจะใช้เวลาประมาณ 30 – 50 นาที โดยครั้งที่ 1 ใช้ระยะเวลาห่างจากครั้งที่ 2 ไม่เกิน 14 วัน ทั้งนี้เป็นการนัดหมายล่วงหน้าโดยพิจารณาตามความเหมาะสมของสถานการณ์ ความพร้อมของผู้ให้ข้อมูล ระยะเวลาที่เหมาะสม และความเป็นไปได้ในการสัมภาษณ์ รวมทั้งประสิทธิภาพของข้อมูล ทั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงสภาพความพร้อมของผู้ให้ข้อมูล และการบรรลุวัตถุประสงค์ของการวิจัยเป็นสำคัญ

ขั้นตอนการสัมภาษณ์เจาะลึกแบ่งเป็นการรวบรวมข้อมูล 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การสัมภาษณ์เจาะลึกครั้งที่ 1

เป็นการใช้ร่างคำถามสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ณ สถานพยาบาลเจตนิน ซึ่งเป็นการพบกันครั้งแรกระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัย เพื่อสัมภาษณ์ให้ได้ข้อมูลเบื้องต้น และเป็นการสร้างความคุ้นเคย ความสัมพันธ์อันดีระหว่างกัน การสัมภาษณ์ในระยะนี้ ผู้วิจัยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30 – 50 นาที นอกจากนี้ ยังเป็นขั้นตอนที่ให้ผู้เข้าร่วมโครงการเซ็นสัญญา รับประทานและเข้าร่วมโครงการวิจัย รวมทั้งนัดหมายการสัมภาษณ์ในขั้นตอนต่อไปด้วย

ระยะที่ 2 การสัมภาษณ์เจาะลึกครั้งที่ 2

เป็นการใช้ร่างคำถามสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล ณ สถานพยาบาลเจตนิน หรือสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก ซึ่งผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้นัดเอง การสัมภาษณ์ในระยะนี้ ผู้วิจัยใช้เวลาในการสัมภาษณ์นานกว่าระยะที่ 1 และพยายามสัมภาษณ์ในทุกแนวคำถาม (themes) การสัมภาษณ์ในระยะนี้จะทำให้ผู้วิจัยเกิดความสนิทสนมกับผู้ให้ข้อมูลมากขึ้น และได้ข้อมูลมากขึ้นกว่าระยะที่ 1 ด้วย

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

จากการรวบรวมข้อมูล 9 แนวคิดที่ได้ ผู้วิจัยแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนแรกการวิเคราะห์ข้อมูลประเภทที่ไม่ต้องตีความ เช่น ข้อมูลส่วนบุคคล และประวัติครอบครัว เดิม ใช้วิธีวิเคราะห์แบบง่าย เช่น การแจกแจงความถี่ และส่วนที่สองคือการวิเคราะห์ข้อมูลประเภทที่ต้องตีความ เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกเป็นตราบาป การรับรู้บทบาททางเพศ ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) จากข้อมูลปฐมภูมิ และข้อมูลทุติยภูมิ โดยการวิเคราะห์กลุ่มคำ (Taxonomy analysis) การสร้างข้อสรุปด้วยวิธีการอุปนัย (Analytic induction) และการตีความ (Interpretation) ดังนี้

3.7.1 การวิเคราะห์ข้อมูลประเภทที่ไม่ต้องตีความ

การวิเคราะห์ข้อมูลประเภทที่ไม่ต้องตีความ เป็นการนำเนื้อหาจากการสัมภาษณ์ที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนตัว และประวัติครอบครัวเดิมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการแบบง่าย เช่น การแจกแจงความถี่ และหาค่าเฉลี่ย เพื่อจัดกลุ่มข้อมูล โดยนำเสนอในรูปของตารางและการพรรณนาข้อมูลในแต่ละตาราง ทั้งนี้ เพื่อให้เห็นภาพภูมิหลังทางสังคมโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง เช่น อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัวเดิมของกลุ่มตัวอย่าง เป็นต้น

3.7.2 การวิเคราะห์ข้อมูลประเภทที่ต้องตีความ

การวิเคราะห์ข้อมูลประเภทที่ต้องตีความ เป็นการนำเนื้อหาจากการสัมภาษณ์ที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นตราบาป การรับรู้บทบาททางเพศ ความสัมพันธ์ในครอบครัว และการปรับตัวของผู้หญิงมีบุตรยาก มาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยการวิเคราะห์กลุ่มคำ (Taxonomy analysis) การสร้างข้อสรุปด้วยวิธีการอุปนัย (Analytic induction) และการตีความ (Interpretation) ดังนี้

1) การวิเคราะห์กลุ่มคำ (Taxonomy analysis)

การวิเคราะห์กลุ่มคำ เป็นการนำเนื้อหาจากการสัมภาษณ์มาแยกหมวดหมู่คำ จัดสรรบบจำแนกประเภทคำ โดยหมวดหมู่สำคัญในการจัดกลุ่มคำ กำหนดเบื้องต้นได้ดังนี้

1.1) กลุ่มคำในแนวคิดเรื่อง “การรับรู้บทบาททางเพศ” เช่น

- กลุ่มคำที่แสดงถึง “การรับรู้บทบาทของเพศหญิง” เช่น ผู้หญิงมีหน้าที่
คลอดและเลี้ยงดูบุตร ภรรยาที่ดีควรตั้งครรรค์ เป็นต้น

- กลุ่มคำที่แสดงถึง “การรับรู้บทบาทของเพศชาย” เช่น สามีต้องดูแลเอาใจ
ใส่ภรรยาและลูก ผู้ชายต้องรับผิดชอบครอบครัว เป็นต้น

1.2) กลุ่มคำในแนวคิดเรื่อง “ความสัมพันธ์กับสามี” เช่น

- กลุ่มคำที่แสดงถึง “ความสัมพันธ์ที่ดี” เช่น มีความเข้าใจกันดี คอยเอาใจ
ใส่กัน เป็นห่วงกัน ทั้งคู่จะให้เกียรติกันเสมอ เป็นต้น

- กลุ่มคำที่แสดงถึง “ความสัมพันธ์ที่ไม่ดี” เช่น ทะเลาะกันบ่อย ชัดแย้งกัน
เสมอ บางทีไม่พูดกัน เบื่อหน่ายรำคาญ หงุดหงิดใส่กัน เป็นต้น

1.3) กลุ่มคำในแนวคิดเรื่อง “พฤติกรรมการคุมกำเนิดและพฤติกรรมที่อาจ
เป็นสาเหตุของภาวะมีบุตรยาก” เช่น เคยแท้งบุตรมาก่อน คุมกำเนิดมาเป็นเวลานาน เคยใช้ยา
ที่มีผลข้างเคียง เป็นโรคเกี่ยวกับมดลูกมาก่อน คนในครอบครัวมีประวัติมีบุตรยากเหมือนกัน เป็น
ต้น

1.4) กลุ่มคำในแนวคิดเรื่อง “การเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมี
บุตรยาก ตลอดจนกระบวนการเกิดความรู้สึกเป็นตราบาป” เช่น

- กลุ่มคำที่แสดงถึง “สาเหตุของการเข้ารับการตรวจวินิจฉัย” เช่น อยากรู้ว่า
ทำไมไม่มีลูก สามีให้มาตรวจ เป็นต้น

- กลุ่มคำที่แสดงถึง “ความรู้สึกเป็นตราบาป” เช่น เสียายที่มีลูกไม่ได้ รู้สึก
ผิดที่มีลูกยาก เครียดกังวล รู้สึกเป็นทุกข์ เป็นต้น

1.5) กลุ่มคำในแนวคิดเรื่อง “ความคาดหวังต่อการมีบุตรทั้งความคาดหวังของ
สามี ตนเอง และบทบาทของกลุ่มสนับสนุน” เช่น

- กลุ่มคำที่แสดงถึง “ความต้องการมีบุตรของตนเอง” เช่น อยากตั้งครรภ์ สามีอยากได้ลูก มีลูกไว้จะได้เลี้ยงดูเรายามแก่เฒ่า ปฏิบัติตามคำแนะนำของญาติเพื่อให้ตั้งครรภ์ ใช้วิธีทางไสยศาสตร์เพื่อให้ตั้งครรภ์ เป็นต้น

- กลุ่มคำที่แสดงถึง “ความต้องการมีบุตรของสามี และบุคคลอื่นๆ” เช่น สามีอยากมีลูกมาก แม่สามีอยากมีหลาน แม่สามีเฉยๆ ทุกคนอยากให้มีลูก เป็นต้น

1.6) กลุ่มคำในแนวคิดเรื่อง “ผลกระทบของการไม่มีบุตรในช่วงที่ผ่านมา และการปรับตัวของผู้หญิงมีบุตรยาก” เช่น

- กลุ่มคำที่แสดงถึง “ผลกระทบของการไม่มีบุตรต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว” เช่น พอรู้ว่าไม่มีบุตรก็เครียดกันทั้งคู่ พอไม่มีลูกก็ทำให้เบื่อกันมากขึ้น การไม่มีลูกทำให้เห็นอกเห็นใจกันมากขึ้น สามีโทษว่าเป็นความผิดเรา กลัวว่าสามีจะไปมีเมียคนอื่น เป็นต้น

- กลุ่มคำที่แสดงถึง “การปรับตัวของผู้หญิงมีบุตรยาก” เช่น หยุดงานในช่วงที่รักษา ต้องพยายามปลง ต้องพยายามทำใจให้ได้ เป็นต้น

1.7) กลุ่มคำในแนวคิดเรื่อง “การวางแผนอนาคตเกี่ยวกับการรักษาการมีบุตรยาก” เช่น จะรักษาต่อไปถึงที่สุด อาจจะพักการรักษาไปก่อน อาจรับเด็กมาเลี้ยง ไม่คิดที่จะรับเด็กมาเลี้ยง เป็นต้น

3.7.3 การสร้างข้อสรุปด้วยวิธีการอุปนัย (Analytic induction)

การสร้างข้อสรุปด้วยวิธีการอุปนัย ซึ่งเป็นการนำเนื้อหาที่ได้จากการรวบรวมข้อมูล มาสร้างข้อสรุปด้วยความรู้และประสบการณ์ของผู้วิจัยเอง โดยวิเคราะห์ในกรอบแนวคิดของงานวิจัยเป็นหลัก เช่น จากกลุ่มตัวอย่างพบว่าผู้ที่มาพบแพทย์ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 30 ปี ย่อมแสดงให้เห็นว่าผู้หญิงรู้สึกว่าการเข้าข่ายภาวะมีบุตรยากเมื่ออายุ 30 ปีขึ้นไป

3.7.4 การตีความ (Interpretation)

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการพยายามตีความหมายออกมาจากข้อมูลที่มีอยู่ เป็นการทำความเข้าใจความหมายแฝงที่อยู่ในข้อมูล เพื่อเข้าใจความหมายเชิงลึกของข้อมูลมากขึ้น รวมทั้งนำข้อมูลที่ได้จากส่วนต่างๆ มาตีความในภาพรวม ตลอดจนวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง

ข้อมูลส่วนต่างๆ เช่น จากกลุ่มตัวอย่างพบว่าผู้หญิงมีบุตรยากส่วนใหญ่มองว่าภาวะมีบุตรยากไม่ใช่เรื่องผิดปกติ ไม่น่ากังวลใจ แต่ทุกคนล้วนแสดงความเห็นใจต่อผู้ที่มีบุตรยาก ความหมายแฝงจากข้อความดังกล่าวก็คือ จริงๆ แล้วผู้หญิงมีบุตรยากต้องการมีบุตร และรู้สึกว่าการมีบุตรยากเป็นสิ่งที่ไม่น่าเกิดขึ้น

3.8 ระยะเวลาดำเนินการ

ระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2546 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2547 ดังรายละเอียด ดังนี้

การดำเนินการ	ช่วงเวลาดำเนินการ											
	2546		2547									
	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	
การวางแผนปัญหาการวิจัย	----	----										
การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	----	----										
การออกแบบงานวิจัย		----	----									
การเก็บรวบรวมข้อมูล -การสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม -การศึกษาประวัติชีวิต -การสัมภาษณ์เจาะลึก			----	----	----							
การวิเคราะห์ข้อมูล							----	----	----			
การตรวจสอบและสรุปผลข้อมูล								----	----			
การเขียนรายงานวิจัย									----	----	----	----

3.9 ร่างคำถาม

ร่างคำถาม ประกอบด้วย 9 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ประวัติด้านครอบครัว

ส่วนที่ 3 การรับรู้บทบาททางเพศ

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์กับสามี

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการคุมกำเนิดและพฤติกรรมที่อาจเป็นสาเหตุของภาวะมีบุตรยาก

ส่วนที่ 6 การเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก ตลอดจนกระบวนการ
เกิดความรู้สึกเป็นตราบาป

ส่วนที่ 7 ความคาดหวังต่อการมีบุตรทั้งความคาดหวังของสามี ตนเอง และบทบาท
ของกลุ่มสนับสนุน

ส่วนที่ 8 ผลกระทบของการไม่มีบุตรในช่วงที่ผ่านมา และการปรับตัวของผู้หญิงมีบุตร
ยาก

ส่วนที่ 9 การวางแผนอนาคตเกี่ยวกับการรักษาการมีบุตรยาก

โดยมีคำถาม ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่าน

1. ท่านเกิดที่จังหวัดใด / อายุเท่าใด
2. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพใด / จังหวัดใด
3. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน
4. ใครคือผู้หารายได้ส่วนใหญ่ของครอบครัว
5. ระดับการศึกษาชั้นสูงสุดของท่าน
6. ท่านนับถือศาสนาใด
7. สถานภาพสมรส
8. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่ย่านใด / จังหวัดใด
9. ลักษณะที่พักในปัจจุบัน
10. ปัจจุบันท่านอยู่ร่วมกับใครบ้าง

11. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่
12. สุขภาพส่วนตัวของท่านเป็นอย่างไร
13. ลักษณะนิสัยของท่านเป็นอย่างไร

1.2 ข้อมูลเกี่ยวกับสามีของท่าน

14. สามีเกิดที่จังหวัดใด / อายุเท่าใด
15. ปัจจุบันสามีประกอบอาชีพใด / จังหวัดใด
16. สามีของท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่
17. สุขภาพของสามีเป็นอย่างไร
18. ลักษณะนิสัยของสามีเป็นอย่างไร
19. สามีมีพี่น้องกี่คน เป็นหญิงกี่คน เป็นชายกี่คน สามีเป็นคนที่เท่าใด
20. บิดามารดาของสามีเป็นคนลักษณะเช่นไร

ส่วนที่ 2 ประวัติด้านครอบครัว

1. ท่านมีพี่น้องกี่คน เป็นหญิงกี่คน เป็นชายกี่คน ท่านเป็นคนที่เท่าใด
2. ในวัยเด็กท่านอาศัยอยู่กับใครบ้าง
3. ท่านสนิทกับผู้ใหญ่คนใดในครอบครัวมากที่สุด
4. ลักษณะการเลี้ยงดูในวัยเด็กเป็นอย่างไร (ใครเป็นคนเลี้ยง)
5. บิดาของท่านมีลักษณะนิสัยอย่างไร
6. มารดาของท่านมีลักษณะนิสัยอย่างไร
7. กรณีมีคนอื่นช่วยเลี้ยงดู ลักษณะนิสัยของบุคคลเหล่านั้นเป็นอย่างไร
8. ท่านได้รับการเลี้ยงดูอย่างไร
9. ลักษณะของครอบครัวท่านเป็นอย่างไร
10. ใครเป็นหัวหน้าครอบครัว
11. ใครเป็นผู้มีอำนาจในการตัดสินใจเรื่องต่างๆ ภายในบ้านมากที่สุด
12. ใครเป็นผู้ปกครองของท่าน

ส่วนที่ 3 การรับรู้บทบาททางเพศ

1. ท่านคิดว่า “ลูกสาว” มีหน้าที่อะไรบ้าง
2. ท่านคิดว่า “ภรรยา” มีหน้าที่อะไรบ้าง
3. ท่านคิดว่า “มารดา” มีหน้าที่อะไรบ้าง
4. ท่านคิดว่าบทบาทใด (ลูกสาว / ภรรยา / มารดา) ยากที่สุด เพราะอะไร
5. ท่านคิดว่าตนเองถูกคาดหวังกับบทบาทใด (ลูกสาว / ภรรยา / มารดา) มากที่สุด เพราะอะไร
6. ท่านคิดว่า “ผู้หญิง” กับ “ผู้ชาย” มีหน้าที่ความรับผิดชอบภายในครอบครัวต่างกันอย่างไร
7. ท่านรู้สึกที่ “ผู้หญิง” มีความดีน้อยกว่า “ผู้ชาย” หรือไม่ อย่างไร
8. ท่านคิดว่าผู้หญิงจำเป็นต้องมีลูกหรือไม่
9. ท่านมีความต้องการมีบุตรมากน้อยเพียงใด
10. ท่านมีทัศนคติอย่างไรกับผู้หญิงที่ไม่สามารถมีบุตรได้
11. ความสำคัญของการมีบุตรคืออะไร
12. ท่านมีทัศนคติอย่างไรต่อคำพูดที่ว่า “การมีบุตรทำให้ผู้หญิงได้ทำหน้าที่อย่างสมบูรณ์”
13. ท่านคิดว่า อะไรเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้หญิงเชื่อว่าตนเองมีหน้าที่มีบุตรและเลี้ยงดูบุตร

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์กับสามี

1. ท่านและสามีวางแผนครอบครัวก่อนการใช้ชีวิตร่วมกันหรือไม่ อย่างไร
2. ท่านอยู่ร่วมกับสามีมานานเพียงใด
3. ท่านและสามีเคยแต่งงานมาก่อนหน้านี้หรือไม่ / ลำดับการสมรส
4. ความใกล้ชิดกับสามีในชีวิตประจำวัน
5. ท่านมีปัญหาขัดแย้งกับสามีบ้างหรือไม่ บ่อยเพียงใด
6. ภาวะมีบุตรยากมีผลกระทบต่อชีวิตคู่ของท่านหรือไม่ อย่างไร
7. สถานการณ์มีบุตรยากส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างท่านและสามีอย่างไร

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการคุมกำเนิดและพฤติกรรมที่อาจเป็นสาเหตุของภาวะมีบุตรยาก

1. บิดามารดาหรือบุคคลในครอบครัวมีประวัติการมีบุตรยากหรือไม่
2. มารดาหรือบุคคลในครอบครัวมีประวัติการแท้งบุตรหรือไม่
3. ท่านเคยแท้งบุตรหรือไม่
4. ท่านเคยคุมกำเนิดหรือไม่ ด้วยวิธีการใด เป็นระยะเวลาสั้นเพียงใด
5. ท่านมีประวัติการเป็นโรคเกี่ยวกับมดลูกหรือไม่ อย่างไร

ส่วนที่ 6 การเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก ตลอดจนกระบวนการเกิดความรู้สึกเป็นตราบาป

1. ท่านทราบว่าตนเองอยู่ในภาวะมีบุตรยากมานานเพียงใด
2. ท่านมีสัญญาณใดที่ทำให้คิดว่าตนเองมีบุตรยาก
3. ทำไมจึงตัดสินใจมาตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก
4. ใครเป็นแรงผลักดันสำคัญในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาภาวะมีบุตรยาก
5. ท่านทราบสาเหตุการมีบุตรยากของท่านหรือไม่ อย่างไร
6. ท่านรู้สึกอย่างไรเมื่อทราบเป็นครั้งแรกว่าตนเองมีบุตรยาก
7. แล้วปัจจุบันท่านรู้สึกอย่างไร
8. ท่านรักษามาเป็นเวลานานเพียงใด
9. ท่านเคยพยายามมีบุตรด้วยวิธีการใดบ้าง
10. แนวโน้มเกี่ยวกับการตั้งครรภ์มีมากเพียงใด
11. ท่านมักปรึกษาปัญหาการมีบุตรยากกับใคร
12. ท่านมีคนรอบข้างที่กำลังเผชิญภาวะมีบุตรยากหรือไม่ / ใคร
13. สามีมของท่านเคยตรวจเกี่ยวกับสาเหตุของการมีบุตรยากด้วยหรือไม่ อย่างไร

**ส่วนที่ 7 ความคาดหวังต่อการมีบุตรทั้งความคาดหวังของสามี ตนเอง และบทบาทของ
กลุ่มสนับสนุน**

1. บิดามารดาของท่านคาดหวังต่อการมีบุตรของท่านมากน้อยเพียงใด
2. บิดามารดาของท่านมีปฏิกิริยาอย่างไรเมื่อทราบว่าท่านมีบุตรยาก
3. ความสัมพันธ์ระหว่างท่านและบิดามารดาของสามีเป็นอย่างไร
4. บิดามารดาของสามีคาดหวังต่อการมีบุตรของท่านมากน้อยเพียงใด
5. บิดามารดาของสามีมีปฏิกิริยาอย่างไรเมื่อทราบว่าท่านมีบุตรยาก
6. สามีคาดหวังต่อการมีบุตรมากน้อยเพียงใด
7. สามีของท่านมีปฏิกิริยาอย่างไรเมื่อทราบว่าท่านมีบุตรยาก

**ส่วนที่ 8 ผลกระทบของการไม่มีบุตรในช่วงที่ผ่านมา และการปรับตัวของผู้หญิงมีบุตร
ยาก**

1. ภาวะมีบุตรยากทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างท่านและสามีเปลี่ยนไปหรือไม่ อย่างไร
2. ช่วงใดที่ท่านต้องปรับตัวมากที่สุด
2. ท่านดูแลตนเองอย่างไรภายหลังจากที่ทราบว่าตนเองมีบุตรยาก
3. ท่านปฏิบัติตนอย่างไรระหว่างการรักษา
4. การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร

ส่วนที่ 9 การวางแผนอนาคตเกี่ยวกับการรักษาการมีบุตรยาก

1. ท่านจะเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากอีกหรือไม่ ด้วยวิธีการใด
2. ท่านวางแผนด้านครอบครัวอย่างไร หากไม่มีบุตร
3. ท่านจะรับเด็กมาเลี้ยงหรือไม่ เพราะเหตุใด

3.10 ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับพื้นที่วิจัย

พื้นที่ของการวิจัยในครั้งนี้ คือ สถานพยาบาลเจตนิน ซึ่งตั้งอยู่เลขที่ 5 ถนนเพลินจิต ซอย ซิดลม เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร ด้วยเหตุที่ใช้ชื่อเรียกว่า “สถานพยาบาล” นั้น หัวหน้าพยาบาลท่านหนึ่งอธิบายว่า เนื่องจาก ตัวชี้วัดหนึ่งของการแบ่งกลุ่มโรงพยาบาลและสถานพยาบาล ก็คือ จำนวนเตียงคนไข้ โดยโรงพยาบาลจะต้องมีจำนวนเตียงตั้งแต่ 30 เตียงขึ้นไป ซึ่งเจตนินมีเตียงคนไข้จำนวน 29 เตียง จึงให้เรียกว่า “สถานพยาบาล”

ภาพประกอบที่ 3 แสดงป้ายชื่อด้านหน้าของสถานพยาบาลเจตนิน



สถานพยาบาลเจตนินเปิดทำการทุกวัน ให้การรักษาเฉพาะทางด้านการรักษาผู้ที่มีบุตรยาก ก่อตั้งขึ้นครั้งแรกในปีพุทธศักราช 2539 โดยกลุ่มสตรีนิเวศน์ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาผู้ที่มีบุตรยากและทีมนักวิทยาศาสตร์ผู้เชี่ยวชาญด้านการเลี้ยงตัวอ่อน ปัจจุบัน นพ.จจเจตน์ อวเจนพงษ์ เป็นผู้อำนวยการแพทย์ กลุ่มแพทย์ของสถานพยาบาลเจตนินเป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จจากการรักษาผู้ที่มีบุตรยากด้วยวิธีทำกิ๊ฟเป็นรายแรกของประเทศไทย และประสบความสำเร็จในการช่วยผู้ชายเป็นหมันให้มีบุตรได้ด้วยวิธีการอีกซึ่งเป็นรายแรกของประเทศไทยและของเอเชีย

ภาพประกอบที่ 4 แสดงอาคารด้านหน้าของสถานพยาบาลเจตนิน

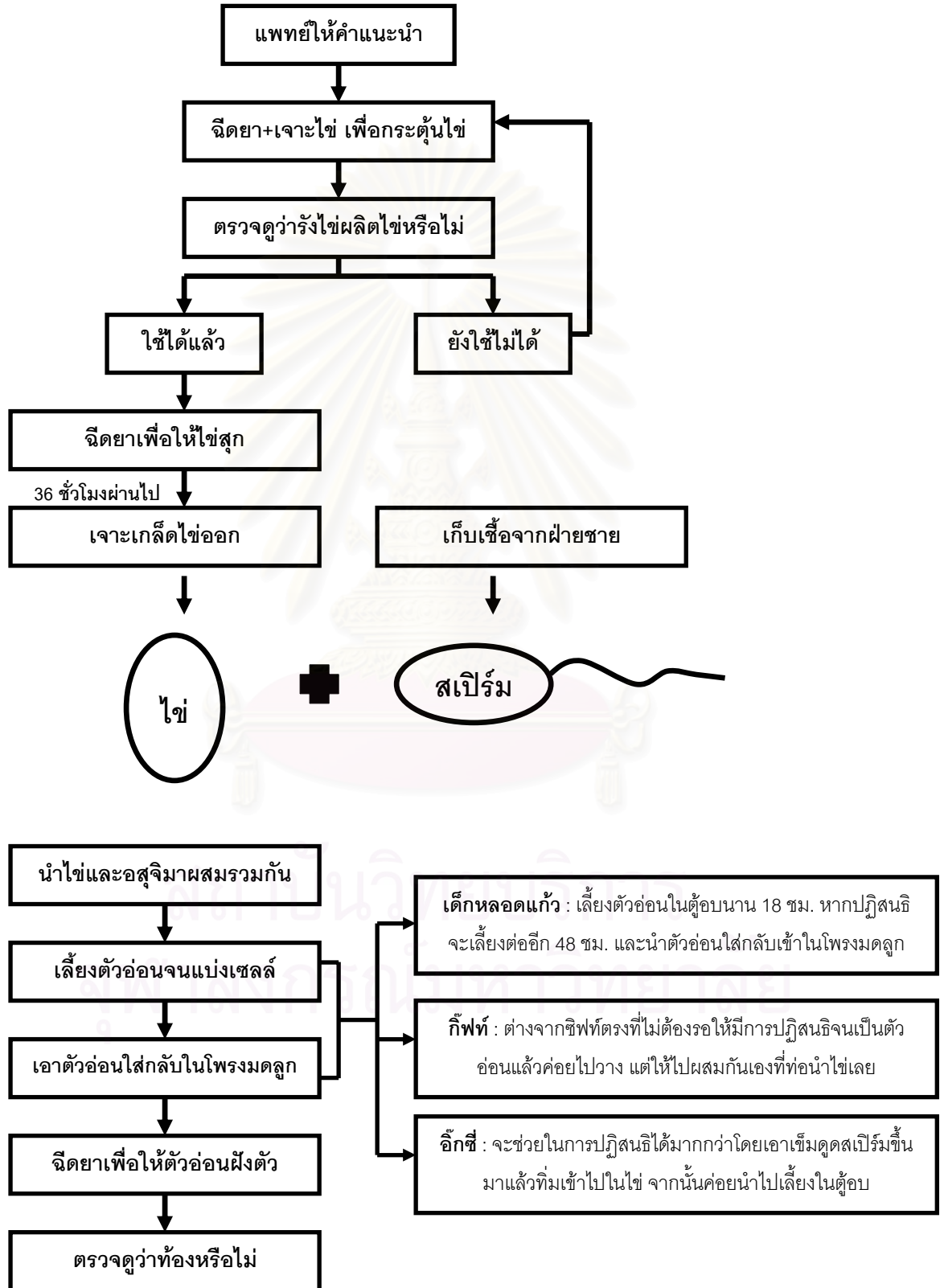


ผู้มีบุตรยากที่มาพบแพทย์ ณ สถานพยาบาลเจตนิน จะได้รับการซักประวัติก่อน เพื่อตรวจหาสาเหตุของการมีบุตรยาก จากนั้นแพทย์จะทำการรักษาตามสาเหตุที่ตรวจพบ ซึ่งอาจจะเริ่มจากดูวันตกไข่ของฝ่ายหญิงแล้วแนะนำให้มีเพศสัมพันธ์กันในชวงนั้น ในกรณีที่มีความผิดปกติของการตกไข่ ก็อาจจะให้ยากระตุ้นการตกไข่ชนิดรับประทานหรือฉีด แต่สำหรับในกรณีที่สาเหตุการมีบุตรยากเกิดจากท่อนำไข่อุดตัน การมีเพศสัมพันธ์กันเองในช่วงตกไข่จะไม่สามารถทำให้ฝ่ายหญิงตั้งครรภ์ได้ จำเป็นต้องใช้วิธีการที่ยุ่งยากมากขึ้น เช่นการผ่าตัด หรือใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ซึ่งมีอยู่หลายวิธี การที่แพทย์จะเลือกใช้วิธีใดก็ขึ้นอยู่กับชนิดและสาเหตุของการมีบุตรยาก ซึ่งจะเป็นการตัดสินใจร่วมกันระหว่างแพทย์กับคนไข้ด้วย

สำหรับขั้นตอนการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์พอจะสรุปได้เป็นลำดับขั้นตอน ตามแผนภาพดังนี้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาพประกอบที่ 5 แสดงขั้นตอนการรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ของสถานพยาบาลเจตนิน



จากแผนภาพ สามารถสรุปขั้นตอนของการรักษา ได้ดังนี้

1. การให้คำปรึกษาแนะนำ
2. การกระตุ้นไข้และการติดตามการเจริญเติบโตของไข้
3. การเจาะเก็บไข้
4. การเก็บและเตรียมไข้ข้อสุจิ
5. การปฏิสนธิ ด้วยวิธีปกติ หรือการช่วยการปฏิสนธิด้วยวิธีอิกซี่ หรือการทำเทเซ / อิกซี่
6. การเลี้ยงตัวอ่อน
7. การใส่กลับตัวอ่อนทางโพรงมดลูก อาจมีการช่วยเปิดเปลือกตัวอ่อนเพื่อช่วยการฝังตัวอ่อนใส่กลับ หรือตรวจความผิดปกติทางโครโมโซมของตัวอ่อนก่อนการใส่กลับ
8. การให้ฮอร์โมนช่วยการฝังตัวของตัวอ่อน



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ข้อค้นพบจากการวิจัย

ในบทที่ 4 นี้ เป็นการกล่าวถึงข้อค้นพบจากการวิจัย ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ประวัติชีวิต และการสัมภาษณ์เจาะลึก ซึ่งแบ่งลำดับการนำเสนอเป็น 2 ส่วน คือ 1) ลักษณะประชากรในภาพรวม และ 2) ประวัติชีวิตของกรณีศึกษา ดังนี้

4.1 ลักษณะประชากรในภาพรวม

กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้เป็นประชากรที่มารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาการมีบุตรยาก ณ ศูนย์รักษาผู้มีบุตรยาก สถานพยาบาลเจตนิน จำนวน 10 กรณีศึกษา โดยมีลักษณะพื้นฐานทางประชากร ได้แก่ อายุของกลุ่มตัวอย่างและสามี อาชีพของกลุ่มตัวอย่างและสามี รายได้ของครอบครัว ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง สถานภาพสมรส ระยะเวลาสมรส ภูมิภาคที่พำนักอาศัยในปัจจุบัน ลักษณะที่พำนักอาศัย ลักษณะครอบครัวเดิม สาเหตุของการมีบุตรยาก ประสบการณ์เกี่ยวกับการรักษาภาวะมีบุตรยากของกลุ่มตัวอย่าง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 แสดงอายุของกลุ่มตัวอย่างและสามี อายุห่างระหว่างสามีและภรรยา รวมทั้งระยะเวลาสมรส

คนที่	อายุของกลุ่มตัวอย่าง (ปี)	อายุของสามี (ปี)	อายุห่างระหว่างสามีและภรรยา (ปี)	ระยะเวลาสมรส
1	37	43	น้อยกว่าสามี 6 ปี	11 ปี
2	37	41	น้อยกว่าสามี 4 ปี	10 ปี
3	30	33	น้อยกว่าสามี 3 ปี	3 ปี
4	34	35	น้อยกว่าสามี 1 ปี	6 ปี
5	36	50	น้อยกว่าสามี 14 ปี	2 ปี
6	34	39	น้อยกว่าสามี 5 ปี	6 เดือน
7	36	56	น้อยกว่าสามี 20 ปี	15 ปี
8	43	40	มากกว่าสามี 3 ปี	6 ปี
9	31	31	เท่ากัน	2 ปี
10	33	37	น้อยกว่าสามี 4 ปี	2 ปี
ค่าเฉลี่ย	35.1	40.5		

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยที่ 35.1 โดยผู้ที่มีอายุน้อยที่สุด คือ 30 ปี และอายุมากที่สุด คือ 43 ปี สามีของเธอมีอายุเฉลี่ยที่ 40.5 โดยสามีที่มีอายุมากที่สุด คือ 56 ปี และสามีที่มีอายุน้อยที่สุด คือ 31 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่าสามี โดยมีเพียง 1 รายเท่านั้นที่มีอายุมากกว่าสามี 3 ปี และอีก 1 รายที่มีอายุเท่ากับสามี นอกจากนี้ ยังพบว่า คู่สมรสทุกคู่อยู่ด้วยกันมานานกว่า 6 เดือน โดยคู่สมรสที่อยู่ด้วยกันนานที่สุด คือ 15 ปี รองลงมา คือ 11 ปี 10 ปี และ 6 ปี ตามลำดับ

จากตารางที่ 1 สามารถวิเคราะห์ได้ว่า ผู้หญิงในกลุ่มตัวอย่างเริ่มคิดว่าตนเองมีบุตรยาก และตัดสินใจมาเข้ารับการตรวจวินิจฉัยภาวะมีบุตรยาก เมื่อเธออายุขึ้นเลข 3 เพราะกลุ่มตัวอย่างไม่มีใครอายุน้อยกว่า 30 ปีเลย ในขณะที่เดียวกัน ผู้หญิงหรือสามีของเธอคิดว่า ผู้ชายที่อายุขึ้นเลข 3 โดยเฉพาะหากมีอายุใกล้เคียงหรือมากกว่า 40 ปี แล้วยังไม่เป็นบุตร ก็เป็นวัยที่ควรเข้ารับการตรวจวินิจฉัยเช่นกัน เนื่องจากสามีของกลุ่มตัวอย่างทุกรายมีอายุมากกว่า 30 ปี และส่วนใหญ่อายุมากกว่า 35 ปี ซึ่งจะเห็นได้ว่า แม้ฝ่ายชายจะมีอายุมากซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งของภาวะมีบุตรยากแต่ก็ได้ส่งผลให้ภรรยาของเขากลายเป็นผู้หญิงมีบุตรยากได้เช่นกัน รวมทั้งผลการวิจัยนี้ยังสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทคาดหวังของสังคมที่มีต่อบทบาทความเป็นมารดาของผู้หญิงด้วย ซึ่งทำให้ผู้หญิงเชื่อว่าตนเองควรจะตั้งครรภ์และให้กำเนิดบุตร ดังนั้นผู้หญิงจึงมีความรู้สึกกังวลใจและตัดสินใจเข้ารับการตรวจวินิจฉัยเมื่อเธอเริ่มอายุมากขึ้นแล้วยังไม่เป็นบุตร

นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบว่าระยะเวลาสมรสที่ทำให้คู่สมรสคิดว่าตนเองเข้าข่ายภาวะมีบุตรยาก คือ การอยู่ร่วมกันมามากกว่า 2 ปี แล้วยังไม่ตั้งครรภ์ แม้จะมีคู่สมรส 1 คู่ที่อยู่ร่วมกันมาเพียง 6 เดือนแต่ตัดสินใจเข้ารับการตรวจวินิจฉัย ในกรณีนี้ก็อาจเป็นเพราะความกังวลในเรื่องของอายุ เนื่องจากฝ่ายหญิงมีอายุ 34 ปี ในขณะที่ฝ่ายชายอายุเกือบ 40 ปีแล้ว

ตารางที่ 2 แสดงอาชีพของกลุ่มตัวอย่างและสามี รวมทั้งรายได้เฉลี่ยของครอบครัว

คนที่	อาชีพของกลุ่มตัวอย่าง	อาชีพของสามี	รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน)
1	ธุรกิจส่วนตัว (ที่ดิน)	ข้าราชการ	50,000 (ส่วนบุคคล)
2	ธุรกิจส่วนตัว (เครื่องครัว)	ธุรกิจส่วนตัว (เครื่องครัว)	40,000
3	ธุรกิจส่วนตัว (ร้านอาหาร)	นักธุรกิจ (บริษัทน้ำมัน)	60,000
4	พนักงานบริษัทเอกชน	พนักงานบริษัทเอกชน	50,000
5	ธุรกิจส่วนตัว (กระดาษ)	ธุรกิจส่วนตัว (กระดาษ)	80,000
6	ธุรกิจส่วนตัว (โรงเรียนอนุบาล)	นักธุรกิจ (บริษัทส่งออก)	200,000
7	แม่บ้าน	ผู้บริหารองค์การระหว่างประเทศ	300,000
8	ข้าราชการ	ข้าราชการทหาร	50,000
9	แม่บ้าน	ธุรกิจส่วนตัว (ตู้ซ่อมรถ)	50,000
10	แม่บ้าน	ธุรกิจส่วนตัว (เหล็กตัด)	50,000

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นถึงอาชีพของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งส่วนใหญ่ทำธุรกิจส่วนตัวจำนวน 5 ราย เป็นแม่บ้าน 3 ราย เป็นข้าราชการ 1 ราย และเป็นพนักงานบริษัทเอกชน 1 ราย ส่วนสามีของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำธุรกิจส่วนตัวเช่นกัน จำนวน 4 ราย เป็นนักธุรกิจระดับผู้บริหาร 2 ราย เป็นข้าราชการ 2 ราย เป็นพนักงานบริษัทเอกชน 1 ราย และเป็นผู้บริหารองค์การระหว่างประเทศ 1 ราย เมื่อรวมรายได้กันระหว่างสามีภรรยาเป็นรายได้เฉลี่ยของครอบครัวพบว่าผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยสูงสุด คือ 300,000 บาทต่อเดือน และผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่ำสุด คือ 40,000 บาทต่อเดือน ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับสถิติรายได้ของประชากร จากการสำรวจของ Thailand Human Development Report ในปี พ.ศ. 2543 พบว่าประชากรมีรายได้ต่อบุคคลเฉลี่ย 3,462 บาทต่อเดือนเท่านั้น (UNDP, 2003) จึงจัดได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจค่อนข้างดีมาก เพราะรายได้เฉลี่ยของครอบครัวดังกล่าวเป็นเพียงการรวมรายได้ของสามีและภรรยา ซึ่งเมื่อหารเป็นรายได้ต่อหัวแล้ว กลุ่มตัวอย่างก็ยังคงมีรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อบุคคล ทั้งนี้ ความ

พร้อมทางด้านเศรษฐกิจซึ่งอยู่ในฐานะที่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้อย่างสบาย ทำให้คู่สมรสต้องการมีบุตร รวมทั้งรายได้ของครอบครัวถือเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถมาเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก ณ สถานพยาบาลเจตนินแห่งนี้ ซึ่งต้องใช้จ่ายค่าน้ำสูง

ตารางที่ 3 แสดงระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง

คนที่	ระดับการศึกษา			
	ป. 6	ม. 6 หรือเทียบเท่า	ปริญญาตรี	ปริญญาโท
1			√	
2			√	
3		√		
4				√
5	√			
6				√
7		√		
8				√
9			√	
10		√		
รวม	1	3	3	3

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นถึงระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีการกระจายตัวค่อนข้างมาก โดยส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมปลายหรือเทียบเท่า โดยสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาโท จำนวน 3 ราย ปริญญาตรี 3 ราย ระดับมัธยมปลายหรือเทียบเท่า 3 ราย และระดับประถมปลาย 1 ราย ทั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบสถิติผู้สำเร็จการศึกษาในปี พ.ศ.2544 พบว่า ประเทศไทยมีสถิติผู้สำเร็จการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายเพียงร้อยละ 8.0 (UNDP, 2003) ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จัดได้ว่าเป็นผู้มีระดับการศึกษาค่อนข้างดี ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอาชีพและรายได้เฉลี่ยครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในระดับสูง

ตารางที่ 4 แสดงสถานภาพสมรส และระยะเวลาสมรสของกลุ่มตัวอย่าง

คนที่	สถานภาพสมรส		ระยะเวลาสมรส
	สมรสโดยพิธี จดทะเบียนสมรส	สมรสโดยพิธี ไม่จดทะเบียนสมรส	
1	√		11 ปี
2		√	10 ปี
3		√	3 ปี
4	√		6 ปี
5		√	2 ปี
6	√		6 เดือน
7	√		15 ปี
8	√		6 ปี
9		√	2 ปี
10	√		2 ปี

ส่วนตารางที่ 4 แสดงให้เห็นถึงสถานภาพสมรสและระยะเวลาสมรสของกลุ่มตัวอย่างและสามี โดยกลุ่มตัวอย่างทุกรายสมรสโดยมีพิธีทั้งสิ้น ซึ่งส่วนใหญ่จดทะเบียนสมรส เป็นจำนวน 6 ราย และไม่จดทะเบียนสมรส 4 ราย จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างและคู่สมรสทุกรายล้วนให้ความสำคัญกับการยอมรับทางสังคม โดยทุกคู่สมรสแบบจัดงานพิธีทั้งสิ้น แต่บางรายก็จดทะเบียนสมรส ในขณะที่บางรายก็ไม่จดทะเบียน เนื่องจากการจดทะเบียนหรือไม่ เป็นสิ่งที่บุคคลภายนอกไม่ได้รับทราบโดยทั่วกัน ทั้งนี้ อาจวิเคราะห์ได้ว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความต้องการมีบุตร โดยคู่สมรสจะคาดหวังต่อการมีบุตรสูง เพื่อให้สังคมได้ชื่นชมกับทายาทของตนเองหลังการแต่งงาน

นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างและสามีสมรสกันมาเป็นระยะเวลา ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ซึ่งผู้ที่มีระยะเวลาสมรสมากที่สุด คือ 15 ปี จำนวน 1 คู่ รองลงมา คือ 11 ปี 10 ปี 6 ปี 3 ปี 2 ปี และ 6 เดือน ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่า โดยปกติระยะเวลาสมรสที่มากกว่า 2 ปีขึ้นไปแล้วยังไม่มีบุตร จะเป็นระยะเวลาที่คู่สมรสคิดว่าตนเองเข้าข่ายภาวะมีบุตรยาก และตัดสินใจเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก

ตารางที่ 5 แสดงภูมิลำเนาและสถานที่พักอาศัยในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง

คนที่	ภูมิลำเนาของกลุ่ม ตัวอย่าง (ภาค/จังหวัด)	ภูมิลำเนาของสามี (ประเทศ หรือ ภาค/จังหวัด)	ที่อยู่ในปัจจุบัน
1	กลาง (กรุงเทพฯ)	กลาง (กรุงเทพฯ)	กลาง (กรุงเทพฯ)
2	ตะวันออก (ชลบุรี)	ตะวันออก (ชลบุรี)	กลาง (ชลบุรี)
3	อีสาน (อุดรธานี)	ประเทศสก๊อตแลนด์	ใต้ (ภูเก็ต)
4	กลาง (กรุงเทพฯ)	กลาง (นครสวรรค์)	กลาง (กรุงเทพฯ)
5	ตะวันตก (ราชบุรี)	กลาง (กรุงเทพฯ)	กลาง (กรุงเทพฯ)
6	กลาง (กรุงเทพฯ)	ประเทศนิวซีแลนด์	กลาง (สมุทรปราการ)
7	อีสาน (อุดรธานี)	ประเทศสวีเดน	กลาง (กรุงเทพฯ)
8	กลาง (กรุงเทพฯ)	กลาง (กรุงเทพฯ)	กลาง (กรุงเทพฯและชลบุรี)
9	กลาง (กรุงเทพฯ)	กลาง (กรุงเทพฯ)	กลาง (กรุงเทพฯ)
10	กลาง (กรุงเทพฯ)	กลาง (กรุงเทพฯ)	กลาง (กรุงเทพฯ)

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นถึงภูมิลำเนาและสถานที่พักอาศัยในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง และสามี ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 6 ราย เป็นชาวอุดรธานีโดยกำเนิด 2 ราย เป็นชาวชลบุรี 1 ราย และเป็นชาวราชบุรี 1 ราย ส่วนสามีของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ก็เป็นคนกรุงเทพฯ โดยกำเนิดเช่นกัน จำนวน 5 ราย เป็นชาวนครสวรรค์ 1 ราย เป็นชาวชลบุรี 1 ราย และเป็นต่างชาติ 3 ราย โดยเกิดที่ประเทศสก๊อตแลนด์ 1 คน ประเทศนิวซีแลนด์ 1 ราย และประเทศสวีเดน 1 ราย เมื่อกลุ่มตัวอย่างและสามีแต่งงานกันแล้วส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ จำนวน 6 ราย อยู่กรุงเทพฯ และชลบุรีสลับกัน 1 ราย อยู่ชลบุรี 1 ราย และอยู่ภูเก็ต 1 ราย

จากตารางที่ 5 สามารถวิเคราะห์ได้ว่า ภาวะมีบุตรยากเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับบุคคลโดยไม่จำกัดพื้นที่ เพราะแม้ว่าสถานพยาบาลเจตนิจะตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพฯ แต่ผู้ที่มาใช้บริการตรวจวินิจฉัยภาวะมีบุตรยากก็ไม่ได้จำกัดเพียงผู้ที่อาศัยในกรุงเทพฯ เท่านั้น หากแต่ผู้ที่อยู่ห่างไกลแต่ได้มารับทราบถึงชื่อเสียงของสถานพยาบาลในการรักษาภาวะมีบุตรยากก็ทำให้ผู้มีบุตรยากตัดสินใจ

เดินทางมารักษาที่นี้ ดังเช่นในกรณีของกลุ่มตัวอย่างคนที่ 3 ซึ่งอาศัยอยู่ในจังหวัดภูเก็ต ก็อุตสาหกรรม
เดินทางโดยเครื่องบินมากรุงเทพฯ เพื่อเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะดังกล่าว

ตารางที่ 6 แสดงลักษณะที่พักอาศัยในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง

คนที่	ที่อยู่หลังการแต่งงาน (รูปแบบของครอบครัว-จำนวนสมาชิกในบ้าน)		
	บ้านสร้างใหม่	บ้านเดิมของฝ่ายหญิง	บ้านเดิมของฝ่ายชาย
1	✓ (ครอบครัวเดี่ยว-2 คน)		
2			✓ (ครอบครัวขยาย-5 คน)
3		✓ (ครอบครัวเดี่ยว-2 คน)	
4		✓ (ครอบครัวขยาย-4 คน)	
5			✓ (ครอบครัวขยาย-4 คน)
6	✓ (ครอบครัวเดี่ยว-2 คน)		
7	✓ (ครอบครัวเดี่ยว-2 คน)		
8	✓ (ครอบครัวเดี่ยว-2 คน)		
9			✓ (ครอบครัวขยาย-11 คน)
10			✓ (ครอบครัวขยาย-4 คน)
รวม	4	2	4

ตารางที่ 6 ได้แสดงให้เห็นถึงลักษณะที่พักอาศัยในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจะเห็นได้ว่า เมื่อแต่งงานกันแล้ว คู่สมรสมักแยกครัวเรือนออกมาสร้างบ้านใหม่ เป็นจำนวน 4 ราย พักอาศัยอยู่ในบ้านเดิมของฝ่ายชาย เป็นจำนวน 4 ราย และพักอาศัยอยู่ในบ้านเดิมของฝ่ายหญิงเพียง 2 ราย คู่สมรสส่วนใหญ่จะอยู่กันลำพังสามีภรรยาซึ่งเป็นลักษณะของครอบครัวเดี่ยวมากที่สุด เป็นจำนวน 5 ราย และพักอาศัยเป็นแบบครอบครัวขยายซึ่งหมายความว่าถึงครอบครัวที่ประกอบไปด้วยสมาชิกที่มากกว่าสามี ภรรยา และบุตรของเขา แต่เป็นสมาชิกในรุ่นบิดามารดา หรือญาติพี่น้องของคู่สมรส โดยกลุ่มตัวอย่างอยู่ร่วมกับสมาชิกของครอบครัวฝ่ายชาย เป็นจำนวน 4 ราย และมีเพียง 1 รายเท่านั้นที่เป็นแบบครอบครัวขยายที่อยู่ร่วมกับสมาชิกของครอบครัวฝ่ายหญิง

จากตารางที่ 6 สามารถวิเคราะห์ได้ว่า กลุ่มสนับสนุน อันได้แก่ ครอบครัวของฝ่ายหญิง และครอบครัวของฝ่ายชาย ยังคงเป็นกลุ่มที่มีบทบาทต่อการตัดสินใจเรื่องต่างๆ ภายในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 ราย ดังจะเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่าง 4 รายอยู่ร่วมกับครอบครัวเดิมของสามี และกลุ่มตัวอย่าง 1 รายอยู่ร่วมกับครอบครัวของฝ่ายหญิง แต่อย่างไรก็ดี กลุ่มตัวอย่าง 4 ราย จาก 5 รายที่เป็นครอบครัวขยายนี้ กลุ่มสนับสนุนจะไม่มีอิทธิพลเหนือการตัดสินใจเรื่องต่างๆ ระหว่างคู่สมรสมากนักเนื่องจากบิดามารดาของคู่สมรสค่อนข้างจะให้เกิดเกียรติและไม่ก้าวร้าวชีวิตของคู่สมรส แต่มีเพียง 1 รายเท่านั้นจาก 5 ราย ซึ่งเป็นครอบครัวขยายที่กลุ่มสนับสนุนยังคงมีบทบาทและมีอิทธิพลเหนือการตัดสินใจของคู่สมรส นั่นก็คือ กรณีของพลับพลึงซึ่งสามีเป็นบุตรชายคนเดียวของครอบครัวคนไทยเชื้อสายจีน โดยบิดามารดาของสามีต้องการให้เธอมีบุตร และสนับสนุนให้เธอเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยากตลอดมา ทั้งที่สาเหตุของภาวะมีบุตรยากเกิดมาจากสามีของเธอเชื้ออ่อน ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างอีก 5 ราย จาก 10 รายจะได้รับอิทธิพลจากกลุ่มสนับสนุนน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มแรก เนื่องจากอยู่กันลำพังสามีภรรยาเท่านั้น อย่างไรก็ตาม “สามี” ก็ยังคงเป็นผู้ที่มีบทบาทและอิทธิพลมากที่สุดต่อความรู้สึก ความกดดัน และการตัดสินใจของผู้หญิงที่มีบุตรยากทุกราย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 แสดงลักษณะครอบครัวเดิมของกลุ่มตัวอย่าง

คนที่	ลักษณะครอบครัวเดิม		ความสัมพันธ์เชิงอำนาจในบ้าน	
	ครอบครัวเดี่ยว	ครอบครัวขยาย	หญิงเป็นใหญ่	ชายเป็นใหญ่
1	√		√	
2	√			√
3	√		√	
4	√		√	
5	√			√
6	√		√	
7	√			√
8	√			√
9		√		√
10		√		√
รวม	8	2	4	6

จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นถึงลักษณะครอบครัวเดิมของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมาจากครอบครัวแบบเดี่ยวมากที่สุด คือ 8 ราย และมาจากครอบครัวขยายเพียง 2 ราย ซึ่งความเป็นครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยายมีความหมาย ดังนี้

ครอบครัวเดี่ยว หมายถึง ครอบครัวที่ประกอบไปด้วยสมาชิกคู่สมรส และ/หรือ บุตรของพวกเขาเท่านั้น ในขณะที่ **ครอบครัวขยาย** หมายความว่าถึง ครอบครัวที่ประกอบไปด้วยสมาชิกที่มากกว่าคู่สมรส และ/หรือ บุตรของพวกเขา แต่มีสมาชิกอื่น ๆ อันได้แก่ ปิตามารดา ญาติ หรือพี่น้องของคู่สมรสฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง หรือทั้งสองฝ่าย อยู่ร่วมกันในบ้าน

นอกจากนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมาจากครอบครัวที่มีความสัมพันธ์เชิงอำนาจในบ้านแบบชายเป็นใหญ่มากที่สุด คือ 6 ราย และหญิงเป็นใหญ่ในบ้าน 4 ราย ทั้งนี้ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์การจัดกลุ่มความสัมพันธ์เชิงอำนาจแบบชายเป็นใหญ่ และหญิงเป็นใหญ่ คือ อำนาจ

เด็ดขาดในการตัดสินใจเรื่องต่างๆ ภายในครอบครัว สถานะของหัวหน้าครอบครัวตามที่ระบุในทะเบียนบ้าน และบทบาทการเป็นผู้ปกครองของบุตร ดังนี้

ประการแรก การชี้วัดจากอำนาจเด็ดขาดในการตัดสินใจเรื่องต่างๆ ภายในครอบครัว ซึ่งกำหนด ว่าหากครอบครัวใดที่อำนาจเด็ดขาดในการตัดสินใจเรื่องต่างๆ ภายในครอบครัวเป็นของฝ่ายชาย เช่น สามี หรือบิดา ให้ถือว่า ครอบครัวนั้นมีลักษณะของชายเป็นใหญ่ ในทางตรงกันข้าม หากครอบครัวใดที่ผู้หญิง เช่น ภรรยา หรือมารดา มีอำนาจเด็ดขาดในการตัดสินใจเรื่องต่างๆ ภายในครอบครัว ให้ถือว่าครอบครัวนั้นมีลักษณะของหญิงเป็นใหญ่ แต่หากอำนาจเด็ดขาดในการตัดสินใจเรื่องต่างๆ ภายในครอบครัว เป็นของฝ่ายชายและหญิงเท่าๆ กัน หรือกลุ่มตัวอย่างไม่แน่ใจ ให้ใช้ตัวชี้วัดที่สองต่อไป

ประการที่สอง ในกรณีที่ตัวชี้วัดแรกไม่สามารถจัดกลุ่มลักษณะของความสัมพันธ์ในครอบครัวเชิงอำนาจได้ ผู้วิจัยจะใช้การชี้วัดจากสถานะของหัวหน้าครอบครัวตามที่ระบุในทะเบียนบ้าน ซึ่งครอบครัวที่ระบุให้ฝ่ายชาย เช่น สามี หรือบิดา เป็นหัวหน้าครอบครัว ให้ถือว่าครอบครัวนั้นมีลักษณะชายเป็นใหญ่ ในทางตรงกันข้าม หากครอบครัวนั้นระบุให้ฝ่ายหญิง เช่น ภรรยา หรือมารดา เป็นหัวหน้าครอบครัว ให้ถือว่าครอบครัวนั้นมีลักษณะของหญิงเป็นใหญ่

ลักษณะของครอบครัวเดี่ยว ครอบครัวขยาย และลักษณะความสัมพันธ์เชิงอำนาจภายในครอบครัวข้างต้นแสดงให้เห็นถึงสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการขัดเกลาทางครอบครัว และสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีผลต่อการเรียนรู้บทบาททางเพศของหญิงและชาย จากตารางพบว่า โดยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างได้รับการเลี้ยงดูอบรมสั่งสอนโดยบิดามารดาเป็นหลัก ทั้งนี้ บิดามารดาซึ่งเป็นตัวแทนโดยตรงของกลุ่มตัวอย่างได้ถ่ายทอดค่านิยมของความสัมพันธ์เชิงอำนาจในครอบครัวแบบชายเป็นใหญ่ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ดังนั้น อิทธิพลแรกที่กลุ่มตัวอย่างได้รับจากกระบวนการขัดเกลาทางครอบครัวก็คือการให้อำนาจการตัดสินใจและภาวะผู้นำของครอบครัวแก่ผู้ชาย อย่างไรก็ตาม ค่านิยมดังกล่าวอาจเปลี่ยนแปลงไปจากกระบวนการขัดเกลาทางสังคม และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมอื่น ทำให้กลุ่มตัวอย่างอาจเปลี่ยนแปลงทัศนคติและค่านิยมชายเป็นใหญ่ได้เช่นกัน

ตารางที่ 8 แสดงสาเหตุของภาวะมีบุตรยากของกลุ่มตัวอย่าง

คนที่	สาเหตุของภาวะมีบุตรยาก		
	สาเหตุจากฝ่ายหญิง	สาเหตุจากฝ่ายชาย	ไม่ทราบสาเหตุ
1		เชื้ออ่อน	
2		เชื้ออ่อน	
3			✓
4			✓
5	พบเนื้องอกที่มดลูก	เชื้ออ่อน	
6	ปัญหาเรื่องการตกไข่		
7	เคยแท้งบุตร	เชื้ออ่อน	
8	พบเนื้องอกที่มดลูก		
9	พบพังพืดที่โพรงมดลูก		
10			✓

จากตารางที่ 8 แสดงให้เห็นถึงสาเหตุเบื้องต้นของภาวะมีบุตรยากในกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งพบว่าเป็นสาเหตุที่เกิดจากฝ่ายหญิง อันได้แก่ ปัญหาเกี่ยวกับมดลูก เช่น การพบเนื้องอกที่มดลูก 2 ราย การพบพังพืดที่โพรงมดลูก 1 ราย เป็นปัญหาเรื่องการตกไข่ 1 ราย และปัญหาจากประสบการณ์การแท้งบุตร 1 ราย ในขณะที่เดียวกัน ปัญหาที่เกิดจากฝ่ายชายโดยตรงมีเพียงเหตุผลเดียว คือ เชื้ออ่อน ซึ่งมีมากถึง 4 ราย ซึ่งสาเหตุดังที่กล่าวมานี้เป็นสาเหตุที่เกิดร่วมกันระหว่างฝ่ายหญิงและฝ่ายชาย จำนวน 2 ราย รวมทั้งยังไม่ทราบสาเหตุอีก 3 ราย

จากตารางที่ 8 จะเห็นได้ว่า แม้ฝ่ายชายจะเชื้ออ่อนและเป็นสาเหตุที่ทำให้คู่สมรสต้องเผชิญภาวะมีบุตรยาก โดยเฉพาะในกรณีของกลุ่มตัวอย่างคนที่ 1 และคนที่ 2 ซึ่งสาเหตุเกิดจากฝ่ายชายเท่านั้นซึ่งฝ่ายหญิงเป็นปกติดี แต่อย่างไรก็ตาม สาเหตุของภาวะมีบุตรยากที่เกิดจากฝ่ายชายดังกล่าวก็ส่งผลให้ฝ่ายหญิงกลายเป็นผู้หญิงมีบุตรยากซึ่งต้องรับการรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยวิธีการต่างๆ โดยนำเชื้ออ่อนของฝ่ายชายไปพยายามทำให้เกิดการปฏิสนธิกับไข่ที่แข็งแรงของฝ่ายหญิงเพื่อให้กำเนิดบุตรในลำดับต่อไป

ตารางที่ 9 แสดงประสบการณ์เกี่ยวกับการรักษาภาวะมีบุตรยากของกลุ่มตัวอย่าง

คนที่	ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา	วิธีการที่เคยรับการรักษา
1	8 ปี	การฉีดเชื้อ, การทำอิกซี่, การทำกิฟท์
2	5 - 6 ปี	การฉีดเชื้อ, การทำอิกซี่, การผสมเทียม
3	น้อยกว่า 6 เดือน	ยังไม่เคยรับการรักษา
4	3 - 4 ปี	การฉีดเชื้อ, เด็กหลอดแก้ว
5	1 ปี	การฉีดเชื้อ
6	น้อยกว่า 6 เดือน	การทานยา, การฉีดยา
7	7 ปี	การทานยา, การฉีดเชื้อ, การทำอิกซี่
8	3 ปี	การทานยา, การฉีดเชื้อ, เด็กหลอดแก้ว
9	2 - 3 ปี	การฉีดเชื้อ
10	น้อยกว่า 6 เดือน	ยังไม่เคยรับการรักษา

จากตารางที่ 9 แสดงให้เห็นถึงประสบการณ์เกี่ยวกับการรักษาภาวะมีบุตรยากของกลุ่มตัวอย่าง อันได้แก่ ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา และวิธีการที่กลุ่มตัวอย่างเคยใช้ในการรักษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้ารับการรักษามานานกว่า 1 ปี โดยผู้ที่มีระยะเวลาที่เข้ารับการรักษามานานที่สุด คือ 8 ปี จำนวน 1 ราย รองลงมา คือ 7 ปี 5-6 ปี และ 3-4 ปี ตามลำดับอย่างละ 1 ราย และผู้ที่รักษามาเป็นระยะเวลาสั้นที่สุด คือ น้อยกว่า 6 เดือน มีจำนวน 3 ราย อย่างไรก็ตาม ผู้ที่รักษามาเป็นเวลา 7-8 ปีดังกล่าว ไม่ใช่ลักษณะของการรักษาอย่างต่อเนื่อง แต่มีการพักรักษาไปเป็นระยะๆ ทั้งนี้ วิธีการที่กลุ่มตัวอย่างเคยใช้ในการรักษาที่ผ่านมา มีหลากหลายวิธีการ ได้แก่ การทานยา การฉีดเชื้อ การทำอิกซี่ การทำเด็กหลอดแก้ว การทำกิฟท์ และการผสมเทียม (ดูรายละเอียดเทคนิคการรักษาในแต่ละวิธีในภาคผนวก) ซึ่งทุกวิธีการที่ผ่านมา ยังไม่มีกลุ่มตัวอย่างคนใดประสบความสำเร็จเลยเป็นเหตุนำมาสู่การรักษาต่อที่สถานพยาบาลแห่งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์การรักษามากกว่า 1 วิธีการ และมีเพียง 1 รายเท่านั้นที่ยังไม่เคยรับการรักษาด้วยวิธีการใดเลย

ลักษณะพื้นฐานทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมสามารถแสดงเป็นแผนภูมิตาราง ได้ดังนี้

ตารางที่ 10 แสดงลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม

คนที่	อายุ ฝ่าย หญิง	อายุ ฝ่าย ชาย	ระยะ เวลา สมรส	อาชีพของ ฝ่ายหญิง	อาชีพของ ฝ่ายชาย	รายได้ ครอบครัว ต่อเดือน	ระดับ การศึกษา	สถานภาพ สมรส	ลักษณะ ครอบครัว เดิม	ที่อยู่ ปัจจุบัน	ลักษณะที่ พักอาศัย ปัจจุบัน	สาเหตุมีบุตร ยาก	ระยะเวลา ที่รักษา	วิธีการที่เคยรับ การรักษา
1	37	43	11 ปี	ธุรกิจ ส่วนตัว	ข้าราชการ	50,000	ปริญญาตรี	จดทะเบียน	หญิงเป็นใหญ่	กรุงเทพฯ	แยก ครัวเรือน	ฝ่ายชายเชื้ออ่อน	8 ปี	ฉีดเชื้อ, ทำอีกซี่, ทำกิฟท์
2	37	41	10 ปี	ธุรกิจ ส่วนตัว	ธุรกิจ ส่วนตัว	40,000	ปริญญาตรี	ไม่จดทะเบียน	ชายเป็นใหญ่	ชลบุรี	แต่งเข้าบ้าน ชาย	ฝ่ายชายเชื้ออ่อน	5 - 6 ปี	ฉีดเชื้อ, ทำอีกซี่, ผสมเทียม
3	30	33	3 ปี	ธุรกิจ ส่วนตัว	นักธุรกิจ	60,000	ม.6	ไม่จดทะเบียน	หญิงเป็นใหญ่	ภูเก็ต	แต่งเข้าบ้าน หญิง	ไม่ทราบสาเหตุ	<6เดือน	ยังไม่เคยรับการ รักษา
4	34	35	6 ปี	บริษัท เอกชน	บริษัท เอกชน	50,000	ปริญญาโท	จดทะเบียน	หญิงเป็นใหญ่	กรุงเทพฯ	แต่งเข้าบ้าน หญิง	ไม่ทราบสาเหตุ	3 - 4 ปี	ฉีดเชื้อ, เด็ก หลอดแก้ว
5	36	50	2 ปี	ธุรกิจ ส่วนตัว	ธุรกิจ ส่วนตัว	80,000	ป.6	ไม่จดทะเบียน	ชายเป็นใหญ่	กรุงเทพฯ	แต่งเข้าบ้าน ชาย	เนื้องอกที่มดลูก + ฝ่ายชายเชื้ออ่อน	1 ปี	ฉีดเชื้อ
6	34	39	6 เดือน	ธุรกิจ ส่วนตัว	นักธุรกิจ	200,000	ปริญญาโท	จดทะเบียน	หญิงเป็นใหญ่	สมุทร ปราการ	แยก ครัวเรือน	ปัญหาการตกไข่	<6เดือน	ทานยา, ฉีดยา
7	36	56	15 ปี	แม่บ้าน	ผู้บริหาร	300,000	ปวช.	จดทะเบียน	ชายเป็นใหญ่	กรุงเทพฯ	แยก ครัวเรือน	ฝ่ายชายเชื้ออ่อน	7 ปี	ทานยา, ฉีดเชื้อ, ทำอีกซี่
8	43	40	6 ปี	ข้าราชการ	ข้าราชการ	50,000	ปริญญาโท	จดทะเบียน	ชายเป็นใหญ่	กรุงเทพฯ / ชลบุรี	แยก ครัวเรือน	เนื้องอกที่มดลูก	3 ปี	ทานยา, ฉีดเชื้อ, เด็กหลอดแก้ว
9	31	31	2 ปี	แม่บ้าน	ธุรกิจ ส่วนตัว	50,000	ปริญญาตรี	ไม่จดทะเบียน	ชายเป็นใหญ่	กรุงเทพฯ	แต่งเข้าบ้าน ชาย	พังพีที่โพรง มดลูก	2 - 3 ปี	ฉีดเชื้อ
10	33	37	2 ปี	แม่บ้าน	ธุรกิจ ส่วนตัว	50,000	ม.6	จดทะเบียน	ชายเป็นใหญ่	กรุงเทพฯ	แต่งเข้าบ้าน ชาย	ไม่ทราบสาเหตุ	<6เดือน	ยังไม่เคยรับการ รักษา

4.2 ประวัติชีวิตของกรณีศึกษา

ประวัติชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (ช่วงเดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม พ.ศ.2547) ทั้ง 10 กรณีศึกษา ซึ่งจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลในบทต่อไป มีรายละเอียด ดังนี้

คนที่ 1 พุดตาน

พุดตาน (นามสมมติ) เป็นผู้หญิงที่เชื่อมั่นในตนเองสูง มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ใจเย็น ใจดี คล่องแคล่ว มีอำนาจ และมีการตัดสินใจที่เด็ดขาด เธอเป็นคนกรุงเทพฯ โดยกำเนิด ปัจจุบันอายุ 37 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี เธอประกอบธุรกิจให้เขาที่ดิน ซึ่งมีรายได้ส่วนตัวประมาณ 50,000 บาทต่อเดือน เธอและสามีแยกกันใช้จ่ายคนละครึ่งเป้า สามีของเธอเป็นข้าราชการ อายุ 43 ปี ทั้งคู่แต่งงานโดยจดทะเบียนสมรสและอยู่ร่วมกันมาเป็นเวลา 11 ปี พุดตานเล่าให้ฟังว่าเธอและสามีทะเลาะกันเล็กๆ น้อยๆ เป็นประจำเหมือนฟันบนกับฟันล่างมากกว่าลิ้นกับฟัน ปัจจุบันทั้งคู่พักอาศัยอยู่ด้วยกัน 2 คนในบ้านซึ่งสร้างใหม่ โดยแยกครัวเรือนออกมาจากบ้านเดิมของพุดตาน ในลักษณะบ้านหลายหลังในพื้นที่ใหญ่เดียวกันในพื้นที่ย่านฝั่งธนบุรี

สามีของพุดตานเป็นคนใจร้อน เจ้าอารมณ์ และทำทางนิ่งขริม เขาเป็นพี่ชายคนโต โดยมีน้องชายหนึ่งคน ในขณะที่พุดตานเป็นพี่สาวคนโต โดยมีน้องสาวอีกคนหนึ่ง ทั้งคู่รู้จักกันจากการติดต่อกันเกี่ยวกับธุรกิจที่ดินของพุดตาน หลังจากแต่งงานกันแล้ว สามีก็ย้ายเข้ามาอยู่ในครอบครัวของพุดตาน พุดตานจึงไม่ค่อยสนิท และไม่ค่อยมีโอกาสไปมาหาสู่กับญาติทางฝ่ายสามี ดังนั้น บิดามารดาและญาติทางฝ่ายสามีจึงไม่มีอิทธิพลต่อชีวิตคู่ของพุดตาน

พุดตานมาจากครอบครัวที่ผู้หญิงเป็นใหญ่ มารดาเป็นหัวหน้าครอบครัว และเป็นผู้มีอำนาจเด็ดขาดเกี่ยวกับการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ เกือบทุกด้าน พุดตานถูกเลี้ยงดูอย่างเข้มงวดในทุกเรื่อง ทั้งการคบเพื่อน การแต่งกาย การศึกษา และการตัดสินใจเรื่องต่างๆ ในช่วงวัยรุ่น เธอเล่าให้ฟังว่าเธอไม่เคยได้รับอนุญาตให้ไปเที่ยวไหนกับเพื่อนเลย ในช่วงวัยเด็กมารดาของเธอจ้างหลานคนหนึ่งมาช่วยเลี้ยงดูเธอและน้องสาว พี่เลี้ยงคนนี้เป็นคนอารมณ์ดี สนุกสนาน ช่างพูด และใจดี ในขณะที่มารดาของเธอเป็นคนดุ คล่องแคล่ว ใจร้อน ส่วนบิดาจะเป็นคนใจเย็น นิ่งเฉย และ

ประนีประนอมมากกว่ามารดา พุดตานได้รับอิทธิพลจากมารดาอย่างมากเกี่ยวกับบทบาททางเพศ เธอเชื่อมั่นว่าหน้าที่ในครอบครัวของผู้หญิงและผู้ชายนั้นไม่ต่างกันเลย โดยผู้หญิงและผู้ชายต้องช่วยกัน ทั้งเรื่องการทำงานในบ้านและการทำงานนอกบ้าน แต่อย่างไรก็ดี เธอเชื่อว่าในสังคมไทย ผู้หญิงก็ยังด้อยกว่าผู้ชายมาก เพราะตัวผู้หญิงเองมักจะคิดเช่นนั้น และทำตัวให้ด้อยกว่าผู้ชาย แต่สำหรับตัวเธอเองแล้ว เธอไม่คิดว่าตัวเองด้อยกว่าผู้ชายเลย

“ที่คิดว่าบทบาทที่ผู้หญิงทำได้ดีที่สุดก็คือการเป็นแม่ แต่ผู้หญิงที่มีบุตรไม่ได้ก็ไม่ใช่เพราะเขามีกรรม หรือจะกลายเป็นคนที่ไม่มีโอกาสทำหน้าที่ผู้หญิงได้สมบูรณ์แบบ เพราะความสมบูรณ์แบบของชีวิตผู้หญิงไม่มีอะไรมาจำกัดความได้ คนที่รับเด็กมาเลี้ยง เขาก็เป็นแม่ที่สมบูรณ์ได้ ก็ไม่เห็นต้องท้อเองเลย หรือบางคนก็ประสบความสำเร็จ และได้ดีในหน้าที่การงานก็ถือว่าเป็นชีวิตที่สมบูรณ์แบบก็ได้” (พุดตานกล่าว)

แม้พุดตานจะเชื่อมั่นว่าผู้หญิงไม่จำเป็นต้องมีบุตรเสมอไป แต่ตัวเธอก็มีความต้องการมีบุตรค่อนข้างมาก เธอเข้ารับการตรวจวินิจฉัยครั้งแรกเมื่อ 8 ปีที่แล้ว หลังจากใช้ชีวิตร่วมกับสามีมาเป็นระยะเวลา 3 ปีแล้วยังไม่ตั้งครรภ์ เธอตรวจวินิจฉัยและรักษาที่เจตนิมาโดยตลอด เธอไม่พบความผิดปกติของตัวเองแต่อย่างใด แต่พบว่าสามีของเธอมีอสุจิไม่แข็งแรง ดังนั้น ความรู้สึกแรกของเธอเมื่อทราบเช่นนี้ก็คือ เธอทำใจทันทีเพราะเธอเองทราบดีว่าหนทางที่เธอจะตั้งครรภ์ได้นั้น เธอคงต้องยอมเจ็บตัวจากการรักษาที่ช่วยให้อสุจิเข้าไปผสมในไข่ได้ เธอทำใจอยู่เกือบ 4 ปี จึงตัดสินใจทำการฉีดเชื้อ แต่ไม่ประสบความสำเร็จ ในอีกหนึ่งเดือนต่อมา เธอตัดสินใจทำกิ๊ฟท์ ซึ่งผลก็คือประสบความสำเร็จแล้ว ในครั้งนี้เธอกลับมาที่เจตนิมาเพื่อที่จะหารือกับคุณหมอมองในการทำอีกซึ่งซึ่งเป็นการตัดสินใจของเธอเองที่มาจากคำแนะนำของเพื่อนสมัยเรียน โดยเพื่อนของเธอคนนี้เคยอยู่ในภาวะไม่มีบุตรเช่นเดียวกับเธอ แต่ปัจจุบันเพื่อนของเธอมีบุตรแล้วหลังจากทำอีกขึ้นมา 6 ครั้ง

สำหรับพุดตานแล้ว สามีของเธอมีอิทธิพลเพียงเล็กน้อยเท่านั้นในการตัดสินใจเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาภาวะมีบุตรยาก โดยจะเป็นเพียงการหารือความเห็นชอบในสิ่งที่เธอคิดมาแล้วว่าเห็นด้วยหรือไม่เท่านั้น สามีของเธอต้องการมีบุตรแต่ไม่มีท่าทีมากมายเท่าใดนัก ส่วนบิดามารดาของสามีก็อยากจะมีหลานแต่ก็ไม่ได้เข้ามาทักท้วงอะไร เนื่องจากไม่ค่อยสนิทกันและต่างคนต่างอยู่จึงเกรงใจลูกสะใภ้มาก เธอจึงไม่ได้รับความกดดันจากสามีและครอบครัวของสามี ในขณะที่บิดามารดาของพุดตานเองก็ต้องการมีหลานเช่นกัน เพราะตอนนี้อยู่ในบ้าน (ซึ่งหมายความว่า

ถึงบ้านที่อยู่ในวันเดียวกัน) มีเพียงหลานสาวซึ่งเป็นบุตรของน้องสาวของพุดตานเพียงคนเดียวเท่านั้น มารดาของเธอคอยแนะนำวิธีการต่างๆ รวมทั้งการแนะนำให้ไปสักการะสิ่งศักดิ์สิทธิ์ในสถานที่ต่างๆ แต่อย่างไรก็ดี มารดาของเธอก็เห็นใจเธอมากกว่าเมื่อทราบว่าการศึกษาในแต่ละครั้งต้องเจ็บปวดมาก

ภาวะมีบุตรยากไม่มีผลในทางลบต่อความสัมพันธ์ระหว่างพุดตานและสามี เนื่องจากสามีของเธอค่อนข้างให้ความสนใจต่อเธอมาก อีกทั้งทราบว่าสาเหตุมีบุตรยากเกิดจากอสุจิของตนไม่แข็งแรง ดังนั้นก่อนที่จะทั้งคู่จะทราบว่า มีบุตรยากเคยรักกันอย่างไร ปัจจุบันก็ยังเป็นเช่นนั้น อาจจะมีการเห็นอกเห็นใจกันมากขึ้น และในบางครั้งก็ตีตื้นกันบ้าง เธอจะดูแลตนเองเป็นพิเศษในช่วงที่ทำการรักษา โดยดูแลเรื่องการรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง และไม่ดื่มน้ำเย็นตามความเชื่อที่เคยได้ยินมา

ทั้งคู่วางแผนที่จะรักษาภาวะมีบุตรยากอีกสักระยะ หากอายุมากขึ้นก็ไม่คิดจะรักษาต่อ เพราะคิดว่าเป็นการเสียเวลาเปล่า และมีโอกาสน้อย และอย่างไรก็ดี ทั้งคู่ไม่คิดจะรับเด็กมาเลี้ยง เพราะไม่เชื่อมั่นในสายเลือดของคนอื่น แต่อาจจะรับหลานมาเลี้ยงชั่วคราว

คนที่ 2 พลับพลึง

พลับพลึง (นามสมมติ) เป็นคนไทยเชื้อสายจีน อายุ 37 ปี เธอเป็นคนจังหวัดชลบุรีโดยกำเนิด จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ปัจจุบันอาศัยอยู่บ้านของสามี ร่วมกับบิดามารดา และน้องสาวของสามี รวมสมาชิก 5 คน สามีของพลับพลึงเป็นคนไทยเชื้อสายจีน อายุ 41 ปี เป็นคนจังหวัดชลบุรีโดยกำเนิดเช่นกัน ครอบครัวยุคของเธอประกอบธุรกิจเครื่องครัว ซึ่งมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวประมาณ 40,000 บาทต่อเดือน

พลับพลึงเป็นบุตรคนสุดท้องในบรรดาพี่น้องทั้งหมด 10 คน ซึ่งเป็นผู้หญิง 8 คน และเป็นผู้ชาย 2 คน คือ พี่คนที่ 6 และ 7 เธอเติบโตในครอบครัวที่ชายเป็นใหญ่ ซึ่งเธอถูกเลี้ยงดูอย่างเข้มงวด เธอไม่ค่อยสนิทกับบิดามารดาสักเท่าไรแต่จะสนิทกับพี่สาวมากกว่า ซึ่งพี่สาวจะทำหน้าที่ช่วยแม่เลี้ยงน้อง โดยพี่สาวคนโตอายุห่างกับเธอถึง 23 ปี เธอสนิทกับพี่สาวคนที่ 5 มากที่สุด ปัจจุบันพี่สาวคนที่ 5 นี้ไม่ได้แต่งงาน และเป็นผู้พาเธอมาพบแพทย์ที่เจตนิน ซึ่งผู้วิจัยมีโอกาสได้

คุยกับพี่สาวคนที่ 5 นี้ด้วย เธอเป็นคนท่าทางใจดีและใจเย็นกว่าน้องสาวของเธอมาก เธอเล่าให้ฟังว่า น้องสาวของเธอเป็นคนใจร้อน และค่อนข้างเครียดมาก โดยเฉพาะเครียดกับปัญหาไม่มีบุตร ซึ่งเธอก็พยายามพาน้องสาวของเธอไปตรวจรักษาและให้วุ้นสังกะสีดีลิตีในสถานที่ต่างๆ เสมอ ปัจจุบันบิดาของเธอเสียชีวิตไปแล้ว เหลือเพียงมารดาซึ่งไม่ค่อยเห็นด้วยกับการรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยวิธีทางการแพทย์ แม้ว่าอยากจะได้หลานก็ตาม

ส่วนสามีของพลับพลึงเป็นบุตรชายคนเดียวของครอบครัว ดังนั้น สามีจึงคาดหวังการมีบุตรชายไว้สืบสกุล พลับพลึงเล่าให้ฟังว่าสามีของเธอเป็นคนหน้าเครียด ขี้หงุดหงิด เจ้าอารมณ์ ใจร้อน ไม่ค่อยยิ้ม และแม้จะหน้าดู แต่ลึกๆ แล้วเขาเป็นคนใจดี ทั้งคู่แต่งงานโดยไม่ได้จดทะเบียนสมรส (แต่งงานโดยพิธี) มาเป็นเวลา 10 ปีแล้ว โดยการรู้จักกันจากการแนะนำของผู้ใหญ่ซึ่งเข้าใจลักษณะของการคลุมถุงชน ทั้งคู่มีปัญหาขัดแย้งกันบ่อยพอสมควร ดังนั้น เธอพยายามทุกวิถีทางเพื่อให้มีบุตร โดยเชื่อว่าการมีบุตรจะทำให้สภาพความสัมพันธ์ภายในครอบครัวดีขึ้น และเชื่อว่าการมีบุตรก็ทำให้สามีหงุดหงิดน้อยลง และเกิดความสมานฉันท์ในครอบครัวมากขึ้น

เธอค่อนข้างเครียดและกดดันจากภาวะไม่มีบุตรเป็นอย่างมาก ซึ่งในกรณีของเธอภาวะมีบุตรยากมีสาเหตุมาจากฝ่ายชาย โดยสามีของเธอเคยตรวจวินิจฉัยซึ่งพบว่าสามีของเธอมีอสุจิไม่แข็งแรง เมื่อไม่สามารถมีบุตรได้ สามีของเธอมักจะพาล หงุดหงิด และชวนทะเลาะบ่อยครั้ง ทางฝ่ายครอบครัวของสามีต่างก็รู้ว่าสาเหตุนั้นมาจากฝ่ายชาย แต่อย่างไรก็ดี เรื่องการให้กำเนิดเด็กยังเป็นเรื่องที่พวกเขาไม่เข้าใจ และเป็นเรื่องที่ยังอธิบายให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับวิชาการทางการแพทย์ได้ยาก โดยพวกเขาเชื่อว่าความสามารถของผู้หญิงมีความสำคัญต่อการมีบุตรมากกว่า ดังนั้น สามี และบิดามารดาของสามีจึงพยายามให้เธอมารักษา

“ตัวพี่เข้าใจสิ่งที่หมอพูด ว่าฝ่ายชายเชื้ออ่อนทำให้มีบุตรยาก แต่ฝ่ายที่บ้านบอกไปก็รู้ว่าเชื้ออ่อน รู้แต่ก็ไม่เข้าใจกันหรือกว่าเป็นยังไง ก็เลยพยายามให้เราทำอีกซี่” (พลับพลึงกล่าว)

เธอเริ่มเข้ารับการรักษาครั้งแรกที่เจตนิน เมื่อ 4-5 ปีที่แล้ว (พ.ศ.2542-2543) เป็นการผสมเทียม แต่ไม่ประสบความสำเร็จ เธอจึงตัดสินใจทำอีกซี่ต่ออีก 3 ครั้ง ที่โรงพยาบาลนวนบุตร โรงพยาบาลพญาไท และที่คลินิกแห่งหนึ่งในเมืองชลบุรี ซึ่งก็พบกับความล้มเหลว ในครั้งนี้เธอจึงกลับมารักษาอีกครั้งที่เจตนิน ซึ่งตั้งใจที่จะใช้วิธีการทำเด็กหลอดแก้ว นอกจากการรักษาตามที่กล่าว

มาแล้ว ช่วงระหว่างที่รอผลการวินิจฉัยในแต่ละครั้ง เธอจะไปสักการะสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายตามที
คนอื่น ๆ แนะนำเสมอ

“ใครแนะนำให้ไปไหว้อะไร หรือบอกว่าที่ไหนดี มีความหวังเล็กๆ น้อยๆ ก็ไปหมดนั่น
แหละ” (พลับพลึงกล่าว)

ปัจจัยสนับสนุนหลักที่มีอิทธิพลต่อเธอก็คือ สามี เพราะบิดามารดาของสามีแม้จะคาดหวัง
การมีหลานแต่ก็ค่อนข้างเกรงใจ ไม่ค่อยกล้าเข้ามายุ่งเรื่องภายในครอบครัว มักจะใช้การกดดัน
ผ่านทางสามีมากกว่า อีกทั้งพอจะทราบอยู่บ้างว่าสาเหตุมาจากบุตรชายของตนเอง ในขณะที่
ฝ่ายมารดาและพี่น้องของพลับพลึง แม้จะคาดหวังการมีหลาน แต่ก็อยาก让她หยุดการผสม
เทียม หรือทำอีกซีได้ๆ อีก เนื่องจากสงสารเธอ

“แม่ไม่เห็นด้วยเลย เขาก็ไม่ยอมให้ทำหรอก เขารู้ว่าเจ็บมาก เขาสงสาร ไม่อยากให้ทำ
อีก” (พลับพลึงกล่าว)

พลับพลึงทราบว่าความเครียดเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อภาวะมีบุตรยาก แต่เธอก็
พยายามที่จะไม่เครียด ซึ่งเธอก็ยอมรับว่าเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก รวมทั้งเธอบอกอย่างมั่นใจว่าเธอ
คงพยายามด้วยวิธีการใดๆ ก็ตามต่อไปให้ถึงที่สุดเพื่อให้มีลูก

“พี่ก็รู้ว่า ความเครียดมีผลโดยตรงเลย ทุกวันนี้ก็พยายามไม่เครียด แต่ก็ทำได้ยากมาก”
(พลับพลึงกล่าว)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คนที่ 3 ราตรี

ราตรี (นามสมมติ) เป็นคนจังหวัดอุดรธานีโดยกำเนิด จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมปีที่ 6 ปัจจุบันอายุ 30 ปี เธอเป็นเจ้าของร้านอาหารที่จังหวัดภูเก็ต เธอมีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 60,000 บาทต่อเดือน โดยรายได้หลักมาจากสามีซึ่งเป็นชาวสกอตแลนด์ สามีของเธอมีอายุ 33 ปี ทำงานในบริษัทน้ำมันแห่งหนึ่งซึ่งมีบริษัทแม่อยู่ในประเทศแอฟริกา เขาจึงต้องเดินทางติดต่อระหว่างประเทศบ่อยครั้ง โดยการมาติดต่อธุรกิจในประเทศไทยเมื่อประมาณ 4 ปีที่แล้ว ทำให้ทั้งคู่ได้รู้จักกัน และแต่งงานโดยไม่ได้จดทะเบียนสมรส (แต่งงานโดยพิธี) มาเป็นเวลา 3 ปี บ้านที่พักอาศัยในปัจจุบันเป็นบ้านของราตรี ในจังหวัดภูเก็ต ซึ่งอยู่กันลำพังสามีภรรยา

ราตรีเป็นบุตรคนโตในบรรดาพี่น้องทั้งหมด 5 คน เป็นหญิง 2 คน และชาย 3 คน ในวัยเด็ก มารดาเป็นผู้เลี้ยงดู เธอถูกเลี้ยงดูแบบอิสระเสรี เธอต้องทำงานหนักตั้งแต่วัยเด็กเนื่องจากฐานะที่บ้านที่ไม่ดี ครอบครัวของเธอมีลักษณะผู้หญิงเป็นใหญ่ โดยมารดาเป็นหลักในการหาเลี้ยงครอบครัวและตัดสินใจเรื่องต่างๆ ซึ่งแม้ว่าบิดาจะถูกระบุว่าเป็นหัวหน้าครอบครัวก็ตาม ราตรีเล่าให้ฟังว่าบิดาของเธอติดสุราและขาดความรับผิดชอบในครอบครัว พี่น้องของเธอจึงต้องช่วยมารดาทำงานหลังเลิกเรียน เมื่อประมาณอายุ 15 ปี เธอตามน้ำสาวของเธอมาทำงานในร้านอาหารที่ภูเก็ต จากนั้นก็ทำงานรับจ้างเรื่อยมาจนกระทั่งเมื่อ 4 ปีที่แล้ว เธอได้พบกับสามีของเธอและแต่งงานกัน หลังจากแต่งงานกันแล้วสามีของเธอจึงเปิดกิจการร้านอาหารให้เธอ ในปัจจุบันเธอไม่มีโอกาสได้ติดต่อกับญาติพี่น้องของเธอเลย เนื่องจากต้องเดินทางช่วยสามีติดต่อธุรกิจทั้งในและต่างประเทศตลอด ในขณะที่เดียวกัน เธอก็ยังไม่มีโอกาสได้รู้จักกับครอบครัวของสามีเช่นกัน

จากชีวิตในวัยเด็กที่ผ่านมา ทำให้ราตรีเชื่อมั่นว่าผู้หญิงไม่มีความด้อยกว่าผู้ชายเลย และความคิดที่ว่าผู้หญิงด้อยกว่าผู้ชายจะเป็นที่มาของปัญหาภายในครอบครัว แต่อย่างไรก็ดี เธอก็เชื่อว่าผู้หญิงและผู้ชายนั้นมีความรับผิดชอบภายในครอบครัวที่ต่างกันมาก โดยหน้าที่หลักของผู้ชายจะเกี่ยวกับการตัดสินใจในเรื่องใหญ่ๆ แต่รายละเอียดทั้งหลายในบ้านเป็นหน้าที่ของผู้หญิง

“ไม่คิดว่าผู้หญิงด้อยกว่าผู้ชายเลย ถ้าคิดว่าด้อยกว่าจะเป็นสิ่งที่ทำให้ครอบครัวมีปัญหา ผู้หญิงและผู้ชายควรจะเท่ากัน ครอบครัวจะได้ไม่มีปัญหา” (ราตรีกล่าว)

“ผู้หญิงกับผู้ชายต่างกันมาก คิดต่างกัน ผู้ชายเด็ดขาดกว่า แต่ผู้หญิงละเอียดกว่ามาก เรื่องใหญ่ๆ จึงต้องยกให้ผู้ชาย แต่เรื่องรายละเอียดต้องให้ผู้หญิง” (ราตรีกล่าว)

ลักษณะนิสัยโดยทั่วไป เธอเป็นคนใจร้อน เจ้าระเบียบ คล่องแคล่ว และช่างพูด ในขณะที่สามีของเธอใจเย็น คล่องแคล่ว ช่างพูด อารมณ์ขัน และใจดี ราตรีใช้ภาษาอังกฤษได้ดีในการสื่อสารกับสามีแต่ก็ไม่เข้าใจกันบ่อยครั้ง แต่เป็นความไม่เข้าใจกันทางภาษาไม่ใช่ความขัดแย้ง

การมาพบแพทย์ที่เจตนิฐนี่เป็นการมาตรวจวินิจฉัยภาวะมีบุตรยากเป็นครั้งแรก หลังจากเธอและสามีอยู่ร่วมกันมา 3 ปี เธอต้องการมีบุตรมาก โดยเธอเชื่อว่าผู้หญิงจำเป็นต้องมีบุตรและเธอก็ต้องการมีบุตรระดับมากด้วย เธอแสดงทัศนคติว่าผู้หญิงที่มีบุตรยากเป็นคนที่โชคไม่ดี

“ผู้หญิงมีบุตรยาก คือ คนที่โชคไม่ดี เพราะคนส่วนใหญ่ก็มักอยากจะมีลูกกันทั้งนั้น เขาเป็นคนที่น่าสงสารมาก” (ราตรีกล่าว)

ราตรีต้องการมีบุตรเพื่อให้สามีดีใจ รวมทั้งเป็นการยึดเหนี่ยวจิตใจสามีของเธอด้วย เธอเชื่อมั่นว่าการมีบุตรจะช่วยส่งเสริมความสัมพันธ์ภายในครอบครัวให้ดีขึ้น ในขณะที่สามีของเธอรู้สึกเฉยๆ กับความต้องการมีบุตร เธอมีความคิดว่าการมีบุตรจะเป็นโช่ของคลั่งใจของสามีภรรยา ซึ่งจะช่วยให้สามีภรรยาผูกพันกันมากขึ้น รวมทั้งเชื่อว่าบุตรจะเป็นหลักความมั่นคงของชีวิตครอบครัว

“ถ้ามีบุตรก็ดีกว่า เพราะชีวิตคู่จะรวมตัวได้มากขึ้น เราจะได้แบ่งเวลากลับมาใช้ชีวิตในบ้านมากขึ้น เพราะทุกวันนี้พี่กับแฟนเดินทางตลอด” (ราตรีกล่าว)

ในขั้นแรกนี้เธอต้องการทราบสาเหตุของการไม่มีบุตรเสียก่อนว่าเกิดจากความบกพร่องใดหรือไม่ และตั้งใจว่าจะใช้วิธีการคิดเช็ก่อน ซึ่งตอนนี้ยังไม่ได้วางแผนเกี่ยวกับการใช้วิธีการอื่นๆ

คนที่ 4 เฟื่องฟ้า

เฟื่องฟ้า (นามสมมติ) เป็นผู้หญิงอารมณ์ดี พุดเก่ง และบางครั้งค่อนข้างจริงจังกับชีวิต เป็นคนกรุงเทพฯ โดยกำเนิด เธอจบการศึกษาระดับปริญญาโท จากมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ ปัจจุบันอายุ 34 ปี เธอเป็นพนักงานของบริษัทเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ เธอทำงานที่เดียวกับสามี ซึ่งสถานที่ทำงานแห่งนี้ยังเป็นสถานที่ที่ทั้งคู่พบกันครั้งแรกด้วย สามีของเธออายุ 35 ปี เป็นคนจังหวัดนครสวรรค์ ทั้งคู่คบหาและแต่งงานโดยจดทะเบียนสมรสมาเป็นเวลา 6 ปีแล้ว มีรายได้เฉลี่ยของเธอและสามีรวมกันประมาณ 50,000 บาทต่อเดือน ปัจจุบันทั้งคู่พักอาศัยในบ้านเดิมของเฟื่องฟ้า ซึ่งประกอบไปด้วยบิดามารดาของเฟื่องฟ้า เฟื่องฟ้า และสามี รวมสมาชิก 4 คน

เฟื่องฟ้าเป็นผู้หญิงที่เติบโตมาจากครอบครัวที่ผู้หญิงเป็นใหญ่ มารดามีอำนาจในการตัดสินใจเรื่องสำคัญต่างๆ ภายในบ้าน แม้ว่าบิดาจะถูกระบุว่าเป็นหัวหน้าครอบครัวก็ตาม เธอเป็นบุตรคนเดียวซึ่งถูกเลี้ยงดูอย่างตามใจ เธอเชื่อว่าสังคมไทยมีลักษณะบทบาททางเพศที่พิเศษกว่าสังคมอื่นๆ ซึ่งแม้ว่าผู้ชายจะเป็นหัวหน้าครอบครัว เป็นผู้นำ แต่อย่างไรก็ดีผู้ชายไทยเกรงใจผู้หญิงมาก รวมทั้งการแบ่งงานกันทำระหว่างเพศก็ไม่ชัดเจน เช่น งานบ้านก็ช่วยกันทำ บางครอบครัวภรรยา มีอำนาจในการแบ่งงานซึ่งให้ผู้ชายเป็นผู้ทำงานทั้งในและนอกบ้าน โดยผู้หญิงมีบทบาทในการส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวมากกว่า

“สังคมไทยก็คงเหมือนกันทุกบ้าน ใครถามก็บอกว่าพ่อเป็นหัวหน้าครอบครัว แต่บทบาทและอำนาจจริงๆ ก็เป็นของผู้หญิงทั้งนั้น” (เฟื่องฟ้ากล่าว)

สำหรับเฟื่องฟ้าแล้ว เธอเชื่อว่าผู้หญิงควรมีบุตร แต่ก็ไม่ใช่เรื่องจำเป็น เธอเชื่อว่าการมีบุตรไม่ใช่ปัจจัยที่จะทำให้คู่สมรสรักกันมากขึ้นหรือน้อยลง และการไม่มีบุตรก็ไม่ได้ทำให้ชีวิตของผู้หญิงถูกลดคุณค่าลงไป รวมทั้งเธอยังเสนอว่าคุณค่าของผู้หญิงน่าจะวัดกันที่ความสำเร็จในหน้าที่การงาน หรือความสำเร็จด้านใดๆ ก็ตามที่ผู้หญิงปรารถนา แต่การมีบุตรไม่ใช่ตัวชี้วัดความสำเร็จของชีวิตผู้หญิง

“การมีลูกอาจจะทำให้ชีวิตผู้หญิงบางคนสมบูรณ์ แต่ก็ไม่ใช่ผู้หญิงทั้งหมด เพราะคนที่ไม่มีลูกบางคนก็ประสบความสำเร็จในหน้าที่การงานของเขาได้เช่นกัน แล้วการมีลูกก็ไม่เกี่ยวอะไรเลยกับความรักระหว่างสามีภรรยา” (เฟื่องฟ้ากล่าว)

เฟื่องฟ้าเป็นลูกคนเดียวของครอบครัว ซึ่งเธอตั้งข้อสงสัยว่ามารดาของเธออาจจะเป็นผู้มีบุตรยากก็ได้ เนื่องจากมารดาไม่เคยคุมกำเนิดเลยแต่ก็มีเธอเพียงคนเดียวเท่านั้น อย่างไรก็ตาม เธอก็ไม่มีความกดดันมาก เช่นเดียวกับผู้มีบุตรยากคนอื่นๆ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะเธอเติบโตมาในสภาพแวดล้อมของเครือญาติที่มีลูกหลานกันไม่มาก เครือญาติใกล้ชิดของเธอมิ่ทั้งคนที่ไม่แต่งงาน และคนที่แต่งงานก็มีลูกหลานกันไม่มาก รวมทั้งเธอไม่ได้รับความกดดันจากครอบครัวของฝ่ายสามีเลย เนื่องจากบิดามารดาของสามีเสียชีวิตไปแล้ว ปัจจุบันสามีของเธอจึงต่างคนต่างอยู่กับบรรดาญาติพี่น้อง ดังนั้นแม้ว่าเธอต้องการมีบุตรแต่ถ้าทำยที่สุดไม่มี เธอก็ไม่กดดันมากนัก

เธอเริ่มปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับภาวะมีบุตรยากครั้งแรกในช่วงปีที่ 3 ของชีวิตการแต่งงาน เธอกล่าวว่าเธอและสามีอยู่ร่วมกันมาโดยไม่มีการคุมกำเนิดเป็นเวลา 2 ปีกว่าแล้ว ไม่มีหวั่นไหวของการตั้งครรภ์ จึงเริ่มปรึกษาแพทย์ และเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลเจตนิทนเท่านั้นเรื่อยมา เธอและสามีต่างก็เข้ารับการตรวจวินิจฉัย และปรากฏว่าไม่พบความผิดปกติในทั้งคู่ ดังนั้น เธอจึงเริ่มความพยายามมีบุตรด้วยวิธีการต่างๆ โดยเชื่อว่าตนเองและสามีไม่ได้เป็นผู้มีบุตรยาก เพียงแต่ยังไม่มีบุตรเท่านั้น

“พี่ไม่คิดว่าตัวเองเป็นผู้มีบุตรยาก เพราะหมอก็ไม่ได้บอกว่าผิดปกติอะไร เราปกติดีกันทั้งคู่ เพียงแต่ยังไม่มีบุตรตอนนี้เท่านั้นเอง” (เฟื่องฟ้ากล่าว)

เฟื่องฟ้ามีเพื่อนรุ่นพี่ที่เคยเรียนที่เดียวกันเป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับภาวะไม่มีบุตร เนื่องจากเพื่อนนั้นก็ประสบปัญหาเช่นเดียวกันกับเธอ เธอและพี่คนดังกล่าวจะแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับภาวะไม่มีบุตร และการเข้ารับรักษาในที่ต่างๆ ซึ่งการมาพบแพทย์ที่เจตนิทนก็เกิดจากการแนะนำจากพี่คนดังกล่าวนั่นเอง

เพื่อฟ้าเริ่มต้นความพยายามด้วยวิธีการฉีดเชื้อ ซึ่งหลังจากไม่เป็นผลจึงเริ่มใช้วิธีทำเด็กหลอดแก้ว โดยการมาเจตนินครั้งนี้จะเป็นความพยายามฝังตัวอ่อนครั้งที่ 3 ซึ่งยังไม่มีแนวโน้มว่าเธอจะตั้งครรภ์สำเร็จ เธอและสามีวางแผนที่จะเข้ารับการรักษาครั้งนี้เป็นครั้งสุดท้ายแล้ว โดยเชื่อว่า หากไม่สำเร็จก็คงเป็นเพราะโชคชะตาที่จะให้เธอและสามีใช้ชีวิตร่วมกัน 2 คนมากกว่า ซึ่งเธอและสามีปรึกษากันแล้วว่าทั้งคู่ต้องการเก็บเงินไว้ใช้มากกว่าการใช้จ่ายเพื่อการมีบุตร

“ที่คงจะทำหลอดแก้วครั้งนี้เป็นครั้งสุดท้ายแล้ว ถ้ายังไม่มีอีกก็คงเลิก ไม่มีลูกก็ไม่เป็นอะไร ให้ทำหลอดแก้วอีกก็คงคิดหนักเพราะค่าใช้จ่ายสูงมาก และก็เจ็บตัวด้วย” (เพื่อฟ้ากล่าว)

คนที่ 5 ดาวเรือง

ดาวเรือง (นามสมมติ) เป็นคนจังหวัดราชบุรี อายุ 36 ปี ปัจจุบันอาศัยอยู่กับสามี มารดา และน้องสาวของสามี ย่านลาดพร้าว เธอจบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 หลังจากแต่งงานก็ย้ายเข้ามาอยู่กรุงเทพฯ ช่วยสามีดูแลธุรกิจของครอบครัว ซึ่งเป็นธุรกิจเกี่ยวกับอุตสาหกรรมกระดาษ สามีอายุ 50 ปี ทั้งคู่แต่งงานกันโดยไม่ได้จดทะเบียนสมรส (แต่งงานโดยพิธี) มาเป็นเวลาประมาณ 2 ปี ทั้งคู่มีรายได้ไม่ต่ำกว่า 80,000 บาทต่อเดือน ทั้งคู่ช่วยกันดูแลกิจการ ซึ่งต่างก็ทำงานค่อนข้างหนักมากจนแทบจะไม่มีเวลาพักผ่อน

ดาวเรืองมาจากครอบครัวที่มีลักษณะชายเป็นใหญ่ในครอบครัว เธอมีพี่น้อง 4 คน เป็นหญิง 2 คน และเป็นชาย 2 คน โดยเธอเป็นพี่คนโต ในครอบครัวของเธอถูกผู้หญิงจะสนิทกับมารดา และถูกผู้ชายจะสนิทกับบิดามากกว่า บิดาของเธอเป็นผู้มีอำนาจสูงสุดในบ้าน และเป็นหัวหน้าครอบครัว ทั้งบิดาและมารดาเป็นคนนิ่งเฉยและพูดน้อย บิดาจะค่อนข้างดุและมารดาค่อนข้างใจดี เธอถูกเลี้ยงดูอย่างเข้มงวดมาก ไม่เคยได้ไปเที่ยวกับเพื่อน และเธอก็ไม่เคยกลับบ้านดึกด้วย ดาวเรืองและพี่น้องต้องช่วยบิดามารดาทำงานหลังเลิกเรียนเพื่อช่วยหาเลี้ยงครอบครัว เธอเชื่อว่าผู้หญิงและผู้ชายต่างก็ต้องช่วยกันทำงานทั้งในบ้านและนอกบ้านเหมือนกัน และถึงแม้ว่าในปัจจุบันผู้หญิงจะไม่ด้อยไปกว่าผู้ชาย แต่อย่างไรผู้หญิงก็ควรยอมให้ผู้ชายเป็นผู้นำเนื่องจากผู้ชายมีความเด็ดขาดกว่า เธอให้ความเคารพสามีมาก ทั้งนี้เธอให้เหตุผลว่า ไม่ใช่เป็นเพราะสามีเป็นผู้ชาย แต่เคารพที่เขาเป็นสามีและเป็นผู้นำครอบครัว ซึ่งเธอมักจะคล้อยตามสามีในเกือบทุกเรื่อง

“ผู้ชายตัดสินใจเด็ดขาดกว่า เขาเป็นใหญ่กว่าในบ้าน บางทีก็ต้องคล้อยตาม” (ดาวเรียงกล่าว)

เธอเชื่อว่าผู้หญิงจำเป็นต้องมีบุตร เพราะครอบครัวส่งสอนมาเช่นนั้น และเธอก็ต้องการมีบุตรมาก เธอเชื่อว่าการมีบุตรจะเพิ่มคุณค่าให้ชีวิตผู้หญิงสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และทำให้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวดีขึ้นด้วย

การมาพบแพทย์ที่เจตนินไม่ใช่การมาตรวจภาวะมีบุตรยากครั้งแรกของเธอ เธออยู่ร่วมกับสามีมาเป็นเวลาเกือบ 2 ปี (เธอแต่งงานช่วงเดือนมิถุนายน 2545) ช่วงกลางปี 2546 เธอเข้ารับการผ่าตัดเนื้องอกที่มดลูก อันเป็นสัญญาณเตือนให้เธอรู้ว่าเธอมีปัญหาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ หลังจากนั้นเธอได้รับการฉีดเชื้อมาก่อนแล้วถึง 3 ครั้งที่โรงพยาบาลนวบุตร แต่ก็ยังไม่ตั้งครรภ์ ดังนั้น ในครั้งนี้เธอตั้งใจจะทำเด็กหลอดแก้วที่เจตนิน เนื่องจากแพทย์แนะนำว่าเป็นวิธีการเดียวในตอนนี้อย่างที่จะทำให้เธอมีบุตรได้

เธอและสามีเป็นคนไม่ช่างพูดทั้งคู่ ต่างก็คาดหวังที่จะมีบุตร แต่อย่างไรก็ดี เธอและสามีไม่ค่อยเครียดกับการไม่มีบุตรสักเท่าไรหรอก เนื่องจากทั้งคู่ใช้เวลาส่วนใหญ่กับการทำงานหนัก ไม่มีเวลาแม้กระทั่งจะทะเลาะกัน สามีของเธอต้องการมีบุตรเนื่องจากเกรงว่าตนอายุมากแล้วและจะมีบุตรยากขึ้นเรื่อยๆ จึงให้ดาวเรียงรีบมารับปรึกษาแพทย์ ในขณะที่สามีของดาวเรียงเองก็มาพบแพทย์อยู่เรื่อยๆ ซึ่งก็พบว่าปกติดี แต่ในช่วงหลังๆ มา สามีของเธอมีเชื้ออ่อนเนื่องจากพักผ่อนไม่เพียงพอ

ดาวเรียงไม่ได้รับความกดดันจากมารดาและครอบครัวของสามี เนื่องจาก สามีของเธอมีพี่น้องหลายคน โดยเขาเป็นลูกชายคนที่ 4 จากพี่น้องทั้งหมด 6 คน ซึ่งเป็นชาย 4 คน และเป็นหญิง 2 คน มารดาของเขาจึงมีหลานมากมาย ดังนั้น เธอจึงไม่คาดหวังการมีบุตรต่อดาวเรียง

เธอวางแผนชีวิตไว้ว่า หากการทำเด็กหลอดแก้วครั้งนี้ไม่สำเร็จอีก เธอจะพยายามต่อไปอีกสักระยะ หากไม่ได้ก็คงหยุด และใช้ชีวิตกับสามีโดยไม่รับเด็กมาเลี้ยงแน่นอน เนื่องจากก่อนหน้านี้เธอมีความคิดที่จะรับเด็กมาเลี้ยง แต่สามีของเธอคัดค้าน และเห็นว่าเธอไม่มีบุตรเป็นของ

ตัวเองก็อยู่กันเองโดยไม่มีบุตรดีกว่า ในขณะที่ดาวเรื่องสนใจที่จะรับเด็กมาเลี้ยงเพราะเธอกลัวว่าชีวิตในยามแก่เฒ่าคงจะเหงาหากไม่มีบุตร แต่อย่างไรก็ตามเธอก็จะเชื่อสามีที่จะไม่รับเด็กมาเลี้ยง

“ถ้าส่วนตัว ก็อยากรับเด็กมาเลี้ยง เพราะคิดว่า ตอนอายุ 40-50 ปีคงเหงา แต่แฟนที่ไม่ชอบเลย เขาสั่งไว้ว่าไม่เด็ดขาด ถ้าหากก็เอาหลานมาอยู่ด้วย เขาไม่อยากให้เอาลูกคนอื่นมาเลี้ยง คือเขาไม่ได้จำเป็นว่าต้องมีลูก ไม่มีเขาก็ไม่ว่าอะไร เพียงแต่ตอนนี้เขากลัวแก่มากกว่า” (ดาวเรื่องกล่าว)

คนที่ 6 กรรณิการ์

กรรณิการ์ (นามสมมติ) เป็นผู้หญิงอารมณ์ดี รักความสนุกสนาน ช่างพูด คล่องแคล่ว ใจเย็น และมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีมาก เธอจบการศึกษาระดับปริญญาโท เป็นคนกรุงเทพฯ โดยกำเนิด ปัจจุบันอายุ 34 ปี เธอเป็นเจ้าของโรงเรียนอนุบาลแห่งหนึ่งย่านสมุทรปราการ ซึ่งสามีของเธอเป็นผู้ลงทุนเปิดให้ไม่นานมานี้ ในขณะที่สามีของเธอเป็นชาวนิวซีแลนด์ ซึ่งเป็นเจ้าของธุรกิจส่งออกแห่งหนึ่งในประเทศไทย เขาอายุ 39 ปี ทั้งคู่แต่งงานโดยจดทะเบียนสมรสเป็นเวลา 6 เดือนมาแล้ว โดยพบกันครั้งแรกจากการทำงานด้วยกันในฐานะของผู้จัดการกับเลขานุการเมื่อ 12 ปีที่แล้ว หลังจากคบหาดูใจและแต่งงานกันแล้ว สามีของเธอปลูกบ้านหลังใหม่เพื่อใช้เป็นเรือนหอ พร้อมกับการเริ่มต้นกิจการโรงเรียนอนุบาลซึ่งให้กรรณิการ์เป็นผู้บริหาร ในขณะที่เขายังคงดำเนินธุรกิจส่งออกต่อไป ทั้งคู่มีรายได้เฉลี่ย มากกว่า 200,000 บาทต่อเดือน

กรรณิการ์เป็นบุตรคนที่ 2 โดยมีพี่สาวและน้องชาย ในขณะที่สามีของเธอมีพี่น้องรวมตนเอง 3 คน โดยเขาเป็นน้องชายคนสุดท้อง แม้ว่าเขาจะสนิทกับพี่น้อง แต่หลังจากการเดินทางมาประกอบธุรกิจในประเทศไทย เขาก็ไม่ได้ติดต่อกับครอบครัวเดิมเท่าใดนัก รวมทั้งกรรณิการ์เองก็ไม่เคยติดต่อหรือเดินทางไปพบครอบครัวเดิมของสามีเลย ในขณะที่สามีของเธอกลายเป็นที่รักในครอบครัวของกรรณิการ์มาก บิดามารดาของกรรณิการ์รักและประทับใจในความอ่อนน้อมถ่อมตน ช่างพูด อารมณ์ขัน และความใจดีของสามีกรรณิการ์มาก พวกเขาไปเยี่ยมบิดามารดาของกรรณิการ์ทุกสัปดาห์

กรรมกริมาจากรอบครัวที่ผู้หญิงเป็นใหญ่ในบ้าน แม้ว่าบิดาจะเป็นหัวหน้าครอบครัวก็ตาม แต่บิดาก็จะเกรงใจมารดามาก อย่างไรก็ตามมารดาก็มักจะหาหรือเรื่องต่างๆ ให้เกียรติ และยกการตัดสินใจเรื่องใหญ่ๆ บางเรื่องให้แก่กับบิดาของกรรมกริมาเสมอ กรรมกริมาสนิทกับมารดามากกว่าบิดา เธอถูกเลี้ยงดูอย่างเข้มงวดมาก มารดาให้เธออยู่โรงเรียนประจำตั้งแต่เรียนชั้นประถมจนกระทั่งถึงระดับชั้นมัธยมศึกษา เธอไม่ได้รับอนุญาตให้คบเพื่อนชายเลยในครั้งที่ยังเรียนอยู่ บิดามารดาของเธอเป็นคนใจเย็นทั้งคู่ ซึ่งเธอบอกกับผู้วิจัยว่ามารดาของเธอเป็นคนเงียบขี้อายแต่ใจดีมาก เธอจะกลัวบิดามากกว่ามารดา สำหรับกรรมกริมาแล้ว เธอคิดว่าผู้หญิงกับผู้ชายมีบทบาทที่แตกต่างกันมาก โดยผู้ชายมีบทบาทสำคัญในงานนอกบ้าน ในขณะที่ผู้หญิงมีบทบาทโดยตรงเกี่ยวกับงานภายในบ้านทั้งหมด ทั้งนี้ เธอเชื่อว่าผู้หญิงด้อยกว่าผู้ชายด้วยลักษณะทางชีวภาพที่ไม่เอื้อให้ผู้หญิงทำงานหลายๆ อย่างได้ แต่อย่างไรก็ตาม เธอก็ไม่เห็นว่าคุณค่าด้อยกว่าจะเป็นสิ่งที่สร้างความทุกข์ให้กับผู้หญิง สังคมครอบครัวและสังคมโรงเรียนที่แวดล้อมเธอในวัยเด็กสอนให้เธอเชื่อว่า การที่ผู้หญิงด้อยกว่าผู้ชายทำให้ผู้ชายคอยดูแลและช่วยเหลือผู้หญิงมากกว่า การเอาเปรียบกัน ผู้เป็นภรรยาสามารถทำอะไรก็ได้โดยจะมีสามีคอยสนับสนุนและให้เกียรติเสมอ ในขณะที่ผู้หญิงก็ควรเอาใจใส่และให้เกียรติผู้ชายเช่นกัน

“ผู้หญิงด้อยกว่าผู้ชายอยู่แล้ว มันเป็นเรื่องทาง physical แต่ก็ไม่เห็นจะเป็นอะไร เพราะคุณอย่างคุณแม่ของพี่ จะทำอะไรก็ได้ตามใจ ถ้าอะไรทำไม่ไหวก็ให้คุณพ่อช่วยเพราะพ่อแข็งแรงกว่าแม่อีกด้อยกว่าพ่อนะ ก็ไม่เห็นเป็นอะไร คุณพ่อก็ยังเกรงใจจะตาย แต่เขาก็เกรงใจและให้เกียรติกันนะคะ” (กรรมกริมา กล่าว)

เธอเชื่อว่าผู้หญิงจำเป็นต้องบุตร เพราะการมีบุตรจะทำให้ความสัมพันธ์ในครอบครัวดีขึ้น และสามีภรรยาจะรักกันมากขึ้น เธอเชื่อว่าในชีวิตผู้หญิงมี 3 เรื่องที่จะทำให้ผู้หญิงทำหน้าที่ได้สมบูรณ์ ก็คือ การรับปริญญา การแต่งงาน และการมีบุตร ซึ่งเธอก็ปรารถนาเช่นนั้น

“การมีลูกเป็นการทำให้คนสองคนรู้สึกว่าได้เป็นเจ้าของสิ่งเดียวกัน ทำให้ครอบครัวมีความรักความเข้าใจกันมากขึ้น คนสองคนจะภูมิใจกับการมีสมบัติร่วมกัน วันนี้เราเลี้ยงดูเขา พอเขาโตขึ้น เขาก็จะเลี้ยงดูเรายามเราแก่ด้วย”

ภรรยาเป็นผู้หญิงที่มีปัญหาเรื่องการมีประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอตั้งแต่แรก ในช่วงวัยรุ่นเธอเคยพบแพทย์ ซึ่งแพทย์ก็แจ้งให้ทราบว่าเธอไม่มีความผิดปกติแต่เธอจะมีบุตรยาก ซึ่งเธอก็ทราบมาโดยตลอด แต่ไม่คิดอะไรจนกระทั่งถึงวันที่เธอต้องการมีบุตรขึ้นมา เธอจึงต้องเดินทางมาพบแพทย์ แพทย์วางแผนการรักษาให้เธอ โดยเริ่มจากการทานยาฮอร์โมนกระตุ้นการตกไข่ หลังจากนั้นเมื่อประจำเดือนมาวันที่ 3 ก็จะทานยากระตุ้นวันละ 2 เม็ดจนครบ 5 วัน จึงทำการอัลตราซาวด์ดูความสมบูรณ์ของไข่ เพื่อนัดวันให้มีเพศสัมพันธ์ แต่เนื่องจากผลการอัลตราซาวด์ของเธอพบว่าไข่ยังไม่สมบูรณ์ แพทย์จึงต้องฉีดยากระตุ้นก่อน หลังจากแพทย์นัดวันให้มีเพศสัมพันธ์กันแล้ว 2 สัปดาห์ เธอต้องอัลตราซาวด์อีกครั้งเพื่อตรวจดูว่าเธอตั้งครรภ์หรือไม่ เธอรักษาในวงจรดังกล่าวครบ 1 รอบแล้วซึ่งพบว่าไม่สำเร็จ เธอจึงต้องเริ่มการรักษาในวงจรเดิมอีกครั้ง เธอคาดการณ์เกี่ยวกับแนวโน้มการตั้งครรภ์ของตนเองว่าเป็นไปได้ยาก แต่อย่างไรก็ดี เธอและสามีพยายามไม่เครียดและเชื่อว่าปัญหาที่มีบุตรยากของทั้งคู่เป็นเรื่องที่แก้ไขได้ ไม่ใช่ปัญหาที่น่าเครียด เพียงแต่ทั้งคู่เร่งการมีบุตรเนื่องจากเกรงเรื่องอายุที่เพิ่มขึ้นมากกว่า

ภรรยาไม่ได้รับความกดดันจากคนรอบข้างมากนัก เนื่องจากเธอไม่ได้ติดต่อกับบิดามารดาของสามี ส่วนบิดามารดาของตนเองก็ไม่คาดหวังต่อการบุตรของเธอมากเท่าใดเนื่องจากพี่สาวของเธอให้กำเนิดบุตรมาแล้ว 2 คน ในขณะที่เธอและสามีต้องการมีบุตรมากในขณะนี้โดยวางแผนที่จะมีบุตร 2 – 3 คนซึ่งเธออยากได้บุตรสาวทุกๆ ที่ชอบเด็กผู้ชายมากกว่าเพราะเชื่อว่าการมีบุตรสาวดีกว่าบุตรชาย ในทางเดียวกันสามีก็ต้องการบุตรสาวมากกว่าเพราะเขามีแต่พี่น้องผู้ชายและเชื่อว่าเด็กผู้หญิงลูกครั้งจะต้องน่ารักมากทีเดียว

ภาวะมีบุตรยากทำให้ภรรยาวิตกกังวลตัวเองมากเป็นพิเศษเธอไปพบทั้งแพทย์ไทยและแพทย์จีนเพื่อรับยามาทานบำรุง ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงมาก สามีช่วยดูแลสุขภาพของเธอและเอาใจใส่เธอมากเป็นพิเศษ รวมทั้งการดูแลตนเองและทานวิตามินเสมอ ทั้งคู่วางแผนที่จะพยายามรักษาภาวะมีบุตรยากต่อไปอีกสักระยะ หากทำที่สุดไม่สามารถมีบุตรได้ก็จะใช้ชีวิตร่วมกัน 2 คน โดยไม่คิดจะรับเด็กมาเลี้ยงแต่อย่างใด

คนที่ 7 เบญจมาศ

เบญจมาศ (นามสมมติ) แม่บ้านวัย 36 ปี เป็นคนจังหวัดอุดรธานีโดยกำเนิด เธอจบ การศึกษาระดับ ปวช. เคยทำงานในบริษัทเอกชนแห่งหนึ่ง เมื่อมีโอกาสเดินทางไปติดต่อกาน ต่างประเทศก็ได้พบกับสามีของเธอเป็นครั้งแรก เขาเป็นชาวสวีตเซอร์แลนด์ ทำงานเป็นผู้บริหาร ใหญ่ขององค์กรระหว่างประเทศแห่งหนึ่ง ทั้งคู่ดูใจกันไม่นานก็ตัดสินใจแต่งงานโดยจดทะเบียน สมรสมาเป็นระยะเวลา 15 ปีแล้ว สามีปลูกบ้านย่านรังสิตให้เธอและจ้างแม่บ้านคอยดูแลความ เรียบร้อยอีก 1 คน ปัจจุบันสามีของเธออายุ 56 ปี ทั้งคู่จะใช้ชีวิตร่วมกันเฉพาะวันเสาร์หรือวัน อาทิตย์เท่านั้น เนื่องจากงานของเขาต้องเดินทางไปยังประเทศต่างๆ ซึ่งเขาพาเธอไปด้วยในบาง โอกาส ทั้งคู่มีรายได้ของครอบครัวไม่ต่ำกว่า 300,000 บาทต่อเดือน โดยรายได้ทั้งหมดมาจากสามี ของเธอเท่านั้น

เบญจมาศเป็นบุตรคนที่ 4 ในบรรดาพี่น้องผู้หญิงทั้งหมดรวมตัวเธอ 5 คน ในขณะที่สามี ของเธอมีพี่ชาย 1 คนและตัวเขาเป็นน้องชายคนสุดท้าย เธอมาจากครอบครัวที่ผู้ชายเป็นใหญ่ บิดาเป็นหัวหน้าครอบครัว เธอถูกเลี้ยงดูแบบอิสระ บิดามารดาไม่เข้มงวดกับเธอเลย เธอสนิทกับ พี่น้องของเธอมาก ซึ่งปัจจุบันเธอยังไปมาหาสู่กับพี่น้องของเธอ โดยเธอให้การช่วยเหลือทาง การเงินบ้างเป็นครั้งคราวเนื่องจากเธอมีฐานะที่ดีกว่าบรรดาพี่น้องคนอื่นๆ พี่สาวและน้องสาวของ เธอทุกคนแต่งงานหมดแล้ว ซึ่งพบว่าพี่สาวคนที่ 1 และ 3 มีบุตรแล้ว แต่พี่สาวคนที่ 2 แท้งบุตรมา หลายครั้ง รวมทั้งตัวเธอเองและน้องสาวคนสุดท้ายยังไม่มีบุตร และกำลังรักษาภาวะมีบุตรยาก ด้วยกัน

เบญจมาศมีโอกาสได้พบกับบิดามารดาของสามีที่ประเทศสวีตเซอร์แลนด์ ซึ่งมีความสัมพันธ์ในทิศทางที่ดี และค่อนข้างให้เกียรติกันมาก เธอเล่าให้ฟังว่าบิดามารดาของสามี ต้องการมีหลาน โดยเชื่อว่าหลานลูกครึ่งจะน่ารัก แต่ก็ไม่มีอิทธิพลกดดันเธอแต่อย่างใดเนื่องจาก ไม่ค่อยพบกัน ผู้วิจัยมีโอกาสได้คุยกับสามีของเธอ เขาบอกกับผู้วิจัยว่าเขาไม่ต้องการมีบุตร และค่อนข้างเฉยๆ มากกว่าเนื่องจากเขาอายุมากแล้วและคงไม่มีเวลาดูแลบุตรเท่าใดนัก แต่ภรรยา ของเขาต้องการมีบุตรมากกว่า ในขณะที่เบญจมาศบอกกับให้ผู้วิจัยว่าเธอไม่ค่อยแน่ใจว่าสามีของ เธอต้องการบุตรหรือไม่ แต่เธอต้องการมีบุตรมากๆ เพราะเชื่อว่าจะทำให้เขามาหาเธอบ่อยขึ้น รัก เธอมากขึ้น รวมทั้งเกรงว่าสามีจะไปมีบุตรกับผู้หญิงคนอื่น

“ผู้หญิงปกติ ถ้าแต่งงานก็ต้องอยากมีลูก ถ้าใครไม่อยากไม่มีลูกก็คงผิดปกติ มันเป็นเรื่อง
ชาตญาณของผู้หญิง” (เบญจมาศกล่าว)

“มีลูกทำให้รักกันมากขึ้นแน่นอน ทำให้ผูกพันกันมากขึ้น ถ้ามีลูกก็ทำให้เขาอยากกลับบ้าน
บ้านมากขึ้น เพื่อเขาอยู่นอกบ้านแล้วมีลูกข้างนอกจะทำอย่างไร” (เบญจมาศกล่าว)

เธอตัดสินใจเข้ารับการตรวจวินิจฉัยครั้งแรกที่เจตนิตั้งแต่เธออายุ 29 ปี (เมื่อ 7 ปีที่แล้ว)
เนื่องจากเธอสงสัยว่ามดลูกของเธออาจไม่แข็งแรง แต่แพทย์ยืนยันว่าปกติดี แต่เนื่องจากเธอเป็น
คนใจร้อนและต้องการมีบุตรมาก เธอจึงตัดสินใจไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลนวนุตรเพื่อที่จะฉีดเชื้อ
และทำอิกซี่ แต่ก็ประสบความสำเร็จ เธอกลับมารักษาพยาบาลระหว่างโรงพยาบาลนวนุตรและเจตนิ
ตลอด 7 ปีที่ผ่านมา โดยรักษาด้วยการทานยากระตุ้นการตกไข่ การฉีดเชื้อ การทำอิกซี่รวม 5 ครั้ง
มาแล้ว ซึ่งทันทีที่เธอทราบว่าผลการทำอิกซี่ในแต่ละครั้งไม่สำเร็จ เธอจะรีบมาพบแพทย์เพื่อให้
แพทย์นำเชื้อที่เธอฝากไว้มาทำอิกซี่ในครั้งต่อไปทันที ปรากฏว่าเธอเคยตั้งครรภ์ 1 ครั้ง (เมื่อ 4 ปีที่
แล้ว) แต่โชคไม่ดีที่เธอแท้งบุตรเสียก่อน (เมื่อครรภ์มีอายุได้ประมาณ 2 เดือน) เธอบรรยายถึง
ความรู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจ ความโศกเศร้า และผิดหวัง เมื่อเธอต้องรับรู้ข่าวร้ายจากแพทย์หลังการอิกซี่
ที่ผ่านมามีทั้งหมด 5 ครั้ง (ซึ่งรวมถึงการตั้งครรภ์ 1 ครั้งแต่แท้งบุตร)

“พีคิดว่าทำไมเราถึงมีไม่ได้ เห็นคนอื่นมีลูกก็จะคิดว่าทำไมเรามีไม่ได้ มันยากอะไร ก็มี
น้อยใจบ้าง พีจะเครียดมากช่วงหลังการทำอิกซี่แล้วไม่ติด แต่สัก 2-3 วันก็หาย พอทำอิกซี่อีก ไม่
ติดอีก ก็เครียดอีก พีไม่รู้เลยนะว่าเจ็บหรือเปล่า จำไม่ได้ หรือชินแล้วมั้ง แต่เจ็บใจมากกว่าที่ไม่ท้อง
สักที” (เบญจมาศกล่าว)

เธอพยายามทำทุกวิธีทางตามที่แพทย์แนะนำ เดินทางไปไหว้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ทุกอย่าง เพื่อให้
เธอมีบุตร ทั้งนี้สามีของเธอเคยเข้ารับการตรวจซึ่งแพทย์วินิจฉัยว่าเขามีเชื้ออสุจิไม่แข็งแรง แต่
อย่างไรก็ดี เบญจมาศไม่ค่อยสนใจกับผลการตรวจวินิจฉัยนี้สักเท่าใด เธอมักจะโทษตัวเอง
มากกว่า และเชื่อว่าการตั้งครรภ์เป็นภาระหน้าที่ของฝ่ายหญิง

“หมอบอกว่าพี่ปกติดี ตรวจก็ทีก็ว่าแบบนี้ แต่ก็ไม่เห็นท้องสักที แฟนพี่เขาก็เคยตรวจ แต่หมอก็คแค่บอกว่าเชื้ออ่อน หมอให้ทำอะไร ใครแนะนำอย่างไร ก็ทำหมดแล้ว ก็ยังไม่ท้องสักที” (เบญจมาศกล่าว)

เธอดูแลตนเองอย่างดีในช่วงระหว่างการรักษา ซึ่งเธอก็บอกว่าเป็นช่วงที่กดดันมากที่สุดแล้ว แต่ก็พยายามจะไม่เครียด เนื่องจากเธอไม่สามารถทำอะไรได้เลยในช่วงนี้ เกรงว่าเชื้อจะหลุด

“พี่ได้แต่กินๆ นอนๆ จะเครียดก็เครียดไม่ได้ ทำอะไรไม่ได้เลย จะขึ้นบันไดยังต้องอุ้มขึ้นไปเลย ต้องทานอาหารที่มีคุณภาพมากๆ เพราะถ้าท้องเสียก็จบ แปลว่าหลุดแน่นอน” (เบญจมาศกล่าว)

ภาวะมีบุตรยากส่งผลกระทบต่อสภาพความสัมพันธ์ของครอบครัวเธอพอสมควร เธอเชื่อว่าภาวะไม่มีบุตรทำให้เธอและสามีขัดแย้งกันมากขึ้นกว่าเดิม และทำให้รู้สึกตึงเครียดกันมากขึ้น ซึ่งสถานการณ์เช่นนี้ยิ่งทำให้เธอต้องการมีบุตรเร็วขึ้นอีก

ผลการทำอีกซี่ครั้งนี้มีแนวโน้มว่าเธอคงต้องพบกับความล้มเหลวอีก เนื่องจากเธอมีอาการเลือดออก เธอจึงมาตรวจให้แน่ใจ ซึ่งเธอวางแผนไว้ว่า หากผลการตรวจครั้งนี้พบว่าล้มเหลว เธอตั้งใจจะใช้วิธีการอุ้มบุญ โดยให้พี่สาวคนที่ 3 ตั้งครรภ์แทนเธอ ซึ่งในเรื่องนี้เธอได้ปรึกษากับพี่สาวของเธอเรียบร้อยแล้ว

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คนที่ 8 ผกากรอง

ผกากรอง (นามสมมติ) เป็นผู้หญิงเรียบร้อย พุดน้อย และใช้ชีวิตเรียบง่าย เป็นคนกรุงเทพฯ อายุ 43 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาโท ปัจจุบันเธอรับราชการอยู่ในจังหวัดชลบุรี ส่วนสามีของเธอรับราชการทหารในกรุงเทพฯ เขาอายุ 40 ปี เป็นคนใจร้อน พุดน้อย และมีอำนาจ เขาเป็นคนกรุงเทพฯ โดยกำเนิดเช่นกัน ทั้งคู่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวประมาณ 50,000 บาทต่อเดือน ทั้งคู่แต่งงานโดยจดทะเบียนสมรสมาเป็นเวลา 6 ปีแล้ว

ผกากรองมีพี่น้องรวมตนเอง 7 คน เป็นผู้หญิง 4 คน และผู้ชาย 3 คน โดยเธอเป็นบุตรคนที่ 6 ซึ่งเธอสนิทกับพี่สาวคนที่ 5 มากที่สุด ในขณะที่สามีของเธอมีพี่น้องทั้งหมด 5 คนและเขาเป็นบุตรชายคนสุดท้ายของครอบครัวคนเดียวเท่านั้น บิดามารดาของผกากรองเสียชีวิตหมดแล้วปัจจุบันเธออาศัยอยู่กับสามี โดยมีบ้านของบิดามารดาอยู่ใกล้กับบ้านเธอ แต่อย่างไรก็ดีเธอใช้ชีวิตกับสามีเพียงวันเสาร์ อาทิตย์เท่านั้น เนื่องจากในวันทำงานเธอจะพักอาศัยในบ้านพักข้าราชการใกล้ที่ทำงานของเธอในจังหวัดชลบุรี ดังนั้น ครอบครัวของสามีจึงมีอิทธิพลต่อชีวิตคู่ของผกากรองอยู่น้อย

ผกากรองเติบโตมาจากครอบครัวที่ผู้ชายเป็นใหญ่ในบ้าน เธอได้รับการเลี้ยงดูแบบไม่ค่อยเข้มงวด เพราะโดยส่วนตัว เธอเป็นคนรักสงบและไม่ชอบไปเที่ยวเตร่ไกล หรือไปไหนกับเพื่อนอยู่แล้ว บิดาของเธอเป็นคนใจร้อนขณะที่มารดาเป็นคนใจเย็น พี่น้องของเธอทุกคนต่างก็มีอุปนิสัยเรียบร้อย และพุดน้อยเหมือนกันหมด ผกากรองมีทัศนคติที่ไม่ต่างจากคนส่วนใหญ่ที่เชื่อว่าผู้หญิงกับผู้ชายมีความแตกต่างกันเกี่ยวกับภาระหน้าที่ในครอบครัว โดยผู้ชายมีบทบาทสำคัญภายนอกบ้านมากกว่า ในขณะที่ผู้หญิงมีบทบาทสำคัญเกี่ยวกับเรื่องภายในบ้าน แต่เธอเชื่อว่าแม้ผู้หญิงและผู้ชายจะมีความแตกต่างกันแต่ก็ไม่ได้อยู่ไปกว่ากัน แต่เป็นเรื่องของการแบ่งงานกันมากกว่า เธอคิดว่าผู้หญิงจะจำเป็นต้องมีบุตรหรือไม่ขึ้นอยู่กับจำนวนลูกหลานภายในครอบครัวมากกว่า หากครอบครัวที่มีลูกหลานมากมายอยู่แล้วก็ไม่จำเป็นต้องมีบุตรก็ได้ แต่ถ้าครอบครัวนั้นไม่มีลูกหลานก็ทำให้ผู้หญิงจำเป็นต้องมีบุตร นอกจากนี้เธอเชื่อว่าการมีบุตรจะสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวดีขึ้น เพิ่มสีสันให้แก่ครอบครัว เพิ่มคุณค่าให้ชีวิตผู้หญิง และยังเป็นทายาทสืบสกุลด้วย แต่การมีบุตรไม่มีผลต่อความรักที่มากขึ้นหรือน้อยลงของคู่สมรสแต่อย่างใด

“ถ้าพี่น้องคนอื่นมีลูกหลานแล้ว เราก็ไม่จำเป็นต้องมีบุตรก็ได้ ผู้หญิงก็ไม่จำเป็นต้องมีบุตรเลย แต่ถ้ายังไม่มีใครมีลูกหลานสืบสกุลเลย ผู้หญิงก็จำเป็นต้องมีลูก แต่มีหรือไม่มีก็ไม่เกี่ยวกับว่าสามีจะรักหรือไม่รักเราหรอก เพราะถ้าใครรักกันดี มีลูกหรือไม่มีลูกก็รักเราทั้งนั้น” (ผกากรองกล่าว)

เธอเคยตั้งครรภ์แล้วแท้งบุตร (ในขณะที่ครรภ์มีอายุ 2 เดือนครึ่ง) ก่อนที่เธอจะมาทราบภายหลังว่าเธอมีก้อนเนื้อผิดปกติที่มดลูก ทำให้เธอต้องเข้ารับการรักษา ซึ่งในขณะนั้นเธอมีความกังวลมากด้วยความกลัวว่าจะเป็นเนื้อร้าย รวมทั้งกลัวว่าตนเองจะโดนตัดมดลูกทิ้ง ผลการรักษ พบว่าเป็นก้อนเนื้อธรรมดาซึ่งเธอไม่จำเป็นต้องตัดมดลูก แต่มีผลให้เธอตกอยู่ในภาวะมีบุตรยาก

“ตอนนั้นยังไม่กลัวอย่างอื่น แต่กลัวว่าจะเป็นเนื้อร้ายมากกว่า กลัวว่าจะโดนตัดมดลูกด้วย” (ผกากรองกล่าว)

เธอเข้ารับการรักษาภาวะมีบุตรยากครั้งแรกเมื่อ 3 ปีที่แล้วที่เจตนิน แพทย์ให้เธอทานยากระตุ้นการตกไข่ และฉีดยาบำรุงความแข็งแรงของไข่ แต่ประสบความสำเร็จล้มเหลว หลังจากนั้นเธอตัดสินใจทำเด็กหลอดแก้วครั้งหนึ่ง ซึ่งก็ไม่ประสบความสำเร็จเช่นกัน เธอหยุดการรักษาไปช่วงหนึ่งเนื่องจากมารดาไม่สบาย ครั้งนี้เธอกลับมารักษาอีกครั้งซึ่งเธอตั้งใจว่าจะเป็นการรักษาครั้งสุดท้ายเนื่องจากอายุมากแล้ว

ผกากรองได้รับความกดดันจากครอบครัวมากพอสมควร สามี และบิดามารดาของเขาคาดหวังต่อการมีบุตรของเธอมาก เนื่องจากสามีของเธอเป็นบุตรชายเพียงคนเดียวของครอบครัว แต่อย่างไรก็ดี เธอเริ่มทำใจแล้วและคิดว่าโอกาสที่จะมีบุตรมีน้อยมาก เธอทำใจที่จะยอมรับชะตากรรม มากกว่าการเจ็บตัวด้วยความหวังริบหรี่ เธอยอมรับว่าในช่วง 2 ปีที่ผ่านมาเธอค่อนข้างเครียดมาก เธอเกรงว่าสามีจะมีภรรยาใหม่ และเกรงว่าสามีจะมีบุตรกับผู้หญิงคนอื่น ซึ่งเธอก็พบว่ายิ่งเธอเครียดก็ยิ่งไม่มีอะไรดีขึ้นมา ในช่วงที่มารดาของเธอล้มป่วยและเสียชีวิตเมื่อปีที่แล้ว (พ.ศ.2546) สามีของเธอก็มีพฤติกรรมนอกใจ เธอประสบกับภาวะเครียดมาก ในที่สุดเธอเริ่มปลงและเชื่อว่าการมีบุตรไม่มีผลต่อความสัมพันธ์ของคู่สมรส เพราะหากสามีจะนอกใจหรือรักเธอน้อยลง แม้จะมีบุตรก็คงช่วยอะไรไม่ได้ เมื่อเธอคิดเช่นนี้ เธอจึงพยายามทุ่มเทในการทำงานมาก

ขึ้น เธอต้องการมีบุตรให้เป็นเพื่อนในยามเธอแก่เฒ่า อย่างไรก็ตาม เธอก็ยังแอบคาดหวังว่าการมีบุตร จะทำให้ครอบครัวของเธออบอุ่นมากขึ้น

คนที่ 9 ลีลาวดี

ลีลาวดี (นามสมมติ) เป็นผู้หญิงหน้าตาดี ยิ้มแย้ม และมีอุปนิสัยใจร้อน เธอเป็นคนกรุงเทพฯ โดยกำเนิด จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ปัจจุบันเธอเป็นแม่บ้าน อายุ 31 ปี สามีของเธอเป็นคนไทยเชื้อสายจีน เป็นคนกรุงเทพฯ โดยกำเนิด และอายุ 31 ปีเช่นกัน ปัจจุบันเขาเป็นเจ้าของกิจการตู้ซ่อมรถ มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 50,000 บาท ทั้งคู่แต่งงานกันโดยมีพิธีแต่ไม่จดทะเบียนสมรสมาเป็นเวลา 2 ปี ซึ่งก่อนหน้านี้ทั้งคู่อยู่ร่วมกันมาก่อนแล้ว 3 ปี หลังจากแต่งงาน ลีลาวดีย้ายเข้ามาอาศัยกับสามีในบ้านบิดามารดาของสามี ซึ่งเป็นครอบครัวใหญ่รวมสมาชิก 11 คน ประกอบด้วยบิดามารดาของสามี ครอบครัวของพี่ชายคนโตซึ่งประกอบด้วยภรรยาและบุตร 3 คน รวมทั้งพี่ชาย และพี่สาวของสามีอีก 2 คนที่ยังไม่ได้แต่งงาน ทั้งนี้สามีของลีลาวดีมีพี่น้องรวม 8 คน เป็นชาย 3 คน และหญิง 5 คน โดยสามีของเธอเป็นน้องชายคนสุดท้อง ครอบครัวของสามีเธอจะนิยมแต่งงานเข้าบ้านฝ่ายชาย ซึ่งพี่สาว 4 คนของสามีแต่งงานแล้วย้ายออกไปอยู่บ้านฝ่ายชาย ลีลาวดีกลับไปเยี่ยมบิดามารดาของตนเองนานๆ ครั้งเท่านั้น

ลีลาวดีมีพี่น้องรวมตนเอง 3 คน เป็นผู้หญิงทั้งหมด โดยเธอเป็นน้องสาวคนสุดท้อง เธอมาจากครอบครัวขยาย ซึ่งผู้ชายเป็นใหญ่ในบ้าน เธอสนิทกับคุณปู่มากที่สุด ซึ่งคุณปู่เป็นคนเลี้ยงดูเธอในวัยเด็ก เธอเล่าให้ฟังว่าคุณปู่ของเธอใจดีมากๆ และตามใจเธอ เธอจึงถูกเลี้ยงดูแบบไม่ค่อยเข้มงวดเท่าใดนัก คุณพ่อของเธอเป็นหัวหน้าครอบครัวซึ่งใจเย็นมาก แต่คุณแม่จะใจร้อนและค่อนข้างดุ สำหรับเธอแล้วเธอเชื่อว่าผู้หญิงและผู้ชายมีความแตกต่างกัน โดยผู้ชายควรมีหน้าที่เกี่ยวกับการประกอบอาชีพเลี้ยงดูครอบครัว ควรเป็นผู้นำของครอบครัว ในขณะที่ผู้หญิงมีหน้าที่รับผิดชอบเรื่องต่างๆ ภายในบ้าน แต่การตัดสินใจเรื่องสำคัญควรยกให้เป็นหน้าที่ของหัวหน้าครอบครัว

เธอเชื่อว่าการมีบุตรจะทำให้คู่สมรสรักกันมากขึ้น โดยเฉพาะถ้าคู่สมรสที่คุยกันแล้วมีความต้องการบุตรด้วยกันทั้งคู่ ผู้หญิงก็จำเป็นต้องมีบุตร บุตรจะเป็นสีสันของครอบครัวทำให้คู่สมรสมีความสนใจร่วมกัน เธอและสามีต้องการมีบุตรมากในขณะที่บิดามารดาของทั้งคู่ก็ต้องการ

มีหลานเช่นกัน แต่ก็ไม่ได้ทำให้ลีลาวดีได้รับความกดดัน เนื่องจากครอบครัวของตนเองก็ไม่ได้มีอิทธิพลอะไรในชีวิตการแต่งงานเพราะถือว่าแต่งงานออกจากบ้านเดิมมาแล้ว ในขณะที่เดียวกันบิดามารดาของสามีก็อยากมีหลานแต่ไม่คาดหวังมาก เพราะในบ้านมีหลานมากมาย ปัจจุบันมีหลานในบ้าน 3 คนซึ่งถือกำเนิดจากพี่ชาย และหลานอีก 5 คนซึ่งถือกำเนิดจากพี่สาวผู้ซึ่งอยู่คนละบ้านแต่ในรั้วเดียวกัน ประกอบกับลีลาวดีเป็นสะใภ้คนเล็กของครอบครัวซึ่งไม่ได้รับความสนใจโดดเด่นตั้งแต่แรก จึงไม่ได้ถูกคาดหวังอะไรมากมาย รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างเธอและครอบครัวของสามีเป็นไปในลักษณะกลางๆ แต่ความกดดันของเธอมาจากสามีและตนเองมากกว่า ซึ่งทั้งคู่ต้องการมีบุตรมาก สามีของเธอหงุดหงิดทุกครั้งที่ทราบว่าการฉีดเชื้อไม่ประสบผลสำเร็จ แต่ก็พยายามไม่หงุดหงิดกับเธอ เนื่องจากเกรงว่าเธอจะเครียดอันจะมีผลกระทบต่อการทำงานที่ตั้งครรภ์ ซึ่งในลักษณะเดียวกันเธอก็หงุดหงิด และอดที่จะเครียดไม่ได้

ลีลาวดีต้องการมีบุตรมาก โดยเธอมาปรึกษาแพทย์ครั้งแรกตั้งแต่เริ่มแต่งงานใหม่ๆ ซึ่งแพทย์ก็แนะนำให้รอตั้งครรภ์ตามธรรมชาติไปก่อน แต่เมื่อเธอเห็นว่าอายุเริ่ม 30 ปีแล้ว จึงตัดสินใจมาพบแพทย์อีกครั้งซึ่งแพทย์พบความผิดปกติที่มดลูก เธอจึงเข้ารับการผ่าตัดรักษาพังพืดที่มดลูกเมื่อ 3 ปีที่แล้วที่โรงพยาบาลนวนุตร และต่อด้วยการรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยการฉีดเชื้อนับครั้งไม่ถ้วนที่โรงพยาบาลแห่งเดิมตลอด 2 ปีกว่าที่ผ่านมา ในครั้งนี้เป็นการมาพบแพทย์ที่เจตนินเป็นครั้งแรกจากการแนะนำของเพื่อนสมัยเรียนซึ่งอยู่ในภาวะมีบุตรยากเช่นกัน เพื่อนของเธอตั้งครรภ์แต่จบลงด้วยการแท้งบุตรมาแล้ว 5 ครั้ง เธอและเพื่อนคนดังกล่าวหารือเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยากกันเรื่อยมา ในครั้งนี้ลีลาวดีตั้งใจที่จะปรึกษาแพทย์เพื่อทำเด็กหลอดแก้ว ซึ่งเธอและสามีมั่นใจว่าต้องสำเร็จแน่นอน และไม่เคยวางแผนเกี่ยวกับอนาคตที่ไม่มีบุตรเลย ทั้งคู่เชื่อว่าการรักษาทางการแพทย์จะช่วยให้ทั้งคู่มีบุตรได้ โดยเธอจะพยายามให้ถึงที่สุด

“เสียเงินเยอะนะคะในการพบหมอแต่ละครั้ง ถ้าลองตัดสินใจมารักษาแบบนี้แล้ว ก็แปลว่าต้องการมีลูก และก็แปลว่ายังไงก็จะพยายามให้ถึงที่สุด เชื่อว่าสมัยนี้แล้วยังไงหมอก็ช่วยหาทางให้เรา มีลูกได้” (ลีลาวดีกล่าว)

คนที่ 10 ชวนชม

ชวนชม (นามสมมติ) เป็นผู้หญิงเรียบร้อย และพุดน้อย จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 เป็นคนกรุงเทพฯ โดยกำเนิด ปัจจุบันเธอเป็นแม่บ้าน อายุ 33 ปี สามีของเธอเป็นคนนิ่งเฉย ใจเย็น และใจดี มาจากครอบครัวคนจีน มีอายุ 37 ปี เป็นเจ้าของกิจการเหล็กดัด ทั้งคู่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวประมาณ 50,000 บาทต่อเดือน ปัจจุบันทั้งคู่อาศัยในบ้านของบิดามารดาสามี ร่วมกับน้องสาวที่ยังไม่แต่งงานอีกหนึ่งคนของสามี รวมมีสมาชิกในบ้าน 4 คน มารดาของสามีค่อนข้างเกรงใจชวนชมมาก เนื่องจากชวนชมมาจากครอบครัวเชื้อสายจีนที่มีฐานะทางครอบครัวค่อนข้างดีมาก ซึ่งประกอบกิจการในวงการเหล็กดัดเช่นกัน ทั้งคู่ถูกแนะนำให้รู้จักกัน เริ่มคบหาและแต่งงานโดยจดทะเบียนสมรสกันเมื่อ 2 ปีที่แล้ว ครอบครัวของทั้งคู่ค่อนข้างสนิทและเกรงใจกันมาก

ชวนชมมีพี่น้องรวมตัวเอง 5 คน เป็นหญิง 3 คน และชาย 2 คน โดยเธอเป็นพี่สาวคนโต เช่นเดียวกับสามีของเธอซึ่งเป็นพี่ชายคนโต โดยมีน้องสาวอีกคนหนึ่ง ปัจจุบันชวนชมจะกลับไปเยี่ยมบิดามารดาของเธอเดือนละประมาณ 2 ครั้ง ชวนชมมาจากครอบครัวขยาย ซึ่งประกอบด้วย ปู่ ย่า ลุง ป้า พ่อแม่ ตัวเธอ และพี่น้องของเธอ รวมทั้งบุตรของลุงและป้า ซึ่งทุกคนค่อนข้างสนิทกัน ครอบครัวของเธอเป็นลักษณะผู้ชายเป็นใหญ่ในบ้าน เธอถูกเลี้ยงดูอย่างเข้มงวดในวัยเด็ก เธอสนิทกับย่ามากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากเธอเป็นหลานสาวคนโต ซึ่งเป็นหลานคนโปรดของย่า คุณย่าจึงค่อนข้างตามใจมาก เธอเชื่อว่าผู้หญิงและผู้ชายมีความแตกต่างกันทางบทบาทหน้าที่ในครอบครัว โดยงานภายในบ้านเป็นเรื่องที่ต้องช่วยกันดูแล ในขณะที่ผู้ชายควรดูแลงานนอกบ้าน และการหาเลี้ยงครอบครัว เธอเชื่อว่าผู้หญิงจำเป็นต้องมีบุตรเพื่อเป็นทายาทสืบสกุล ทั้งนี้ แม้เธอจะเชื่อมั่นว่าการมีบุตรไม่ได้มีผลต่อความสัมพันธ์ของคู่สมรส แต่เธอก็ต้องการมีบุตร การมาพบแพทย์ครั้งนี้เป็นการมาปรึกษา และตรวจวินิจฉัยครั้งแรก ซึ่งแพทย์แจ้งให้เธอทราบว่าทั้งคู่ไม่มีความผิดปกติใด รวมทั้งอายุยังไม่มากในเกณฑ์ที่จะต้องหวั่นวิตก ดังนั้น แพทย์จึงแนะนำให้รอการตั้งครรภ์โดยธรรมชาติไปก่อน แต่ถึงอย่างไรหากทั้งคู่ต้องการรับการรักษา แพทย์อาจจะใช้วิธีการฉีดเชื้อ ซึ่งทั้งคู่มีความต้องการจะรับการรักษาเช่นนั้น

ทั้งคู่ คาดหวังต่อการมีบุตรค่อนข้างมาก ความกดดันของชวนชมมาจากตัวเธอเองมากกว่า ซึ่งแม้บิดามารดาของสามีคาดหวังต่อการมีหลาน เนื่องจากสามีเป็นบุตรชายคนเดียว แต่อย่างไรก็ดี บิดามารดาของสามีค่อนข้างใจดี และไม่กดดันเธอเลย โดยให้กำลังใจต่อเธอมากกว่า และพยายามช่วยดูแล หายาจีนที่ดีมาให้เธอทาน รวมทั้งบอกเธอว่าถ้าไม่มีบุตรก็ไม่ใช่เป็นอะไร แต่เธอนั้นก็ต้องการมีบุตรให้บิดามารดาของสามีสมหวัง

“พ่อแม่สามีเป็นคนใจดีมากๆ เราก็รักเขาเหมือนพ่อแม่เราเอง เขาก็บอกว่าไม่เป็นไร ไม่มีลูกก็ไม่ใช่เป็นอะไร แต่ยิ่งพูดแบบนี้ ตัวเราก็ยิ่งอยากให้พ่อแม่เราสมหวังนะ เพราะหลานก็เป็นความสุขของคนแก่” (ชวนชมกล่าว)

อย่างไรก็ดี การมาพบแพทย์นี้ไม่ใช่สิ่งที่บิดามารดาของสามี รวมทั้งบิดามารดาของเธอเห็นด้วยมากนัก เนื่องจากผู้ใหญ่ล้วนแต่มีความเชื่อว่าการมีบุตรด้วยตนเอง ซึ่งเป็นการใช้วิถีทางธรรมชาติมากกว่า พวกเขาไม่ต้องการให้เธอทำเด็กหลอดแก้ว หรือสิ่งที่เรียกว่าการผสมเทียม

“พ่อแม่ของพี่เองก็เหมือนกัน เขารักเรา ก็กลัวว่าเราจะเจ็บ อีกอย่างหนึ่ง คือ ผู้ใหญ่ยังไม่เข้าใจว่าการผสมเทียม หรือเด็กหลอดแก้ว จริงๆ เป็นอย่างไร เขาก็อยากให้มีลูกเองมากกว่า” (ชวนชมกล่าว)

ส่วนสามีของเธอก็ค่อนข้างให้เกียรติและเกรงใจเธอมากเช่นกัน เธอทราบดีว่าสามีของเธอต้องการมีบุตร ซึ่งเธอก็ปรารถนาเช่นนั้น ทั้งคู่จึงเป็นที่ปรึกษาซึ่งกันและกันเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก ขณะนี้ทั้งคู่ยังไม่พบสาเหตุของภาวะไม่มีบุตร ซึ่งทั้งคู่อาจต้องรอเวลาสักกระยะเพื่อการตั้งครรภ์โดยธรรมชาติก่อน อย่างไรก็ตาม ทั้งคู่วางแผนที่จะรักษาไปอีกสักพักใหญ่ๆ ไม่มีกำหนด โดยยังไม่ได้วางแผนถึงอนาคตที่จะไม่มีบุตรไว้ในตอนนี้

บทที่ 5

บทวิเคราะห์

ในบทที่ 5 นี้ เป็นการนำข้อค้นพบจากการวิจัยมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ เพื่อตอบโจทย์การวิจัยทั้ง 4 ข้อ อันได้แก่

1) ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมมีผลต่อการสร้างบทบาทคาดหวังของผู้หญิงในการเป็นมารดาและการเป็นภรรยาอย่างไร

2) การเกิด "ความรู้สึกเป็นตราบาป" (Stigma) ของผู้หญิงที่มีบุตรยากในบริบทของสังคมไทยมีกระบวนการอย่างไร

3) ภาวะมีบุตรยากของผู้หญิงมีผลต่อความราบรื่นของชีวิตครอบครัวหรือไม่ และผลต่อสภาพความสัมพันธ์ในครอบครัวอย่างไร

4) ผู้หญิงมีวิธีการปรับตัวอย่างไรเมื่อต้องเผชิญกับภาวะมีบุตรยาก

ในบทวิเคราะห์นี้ ผู้วิจัยได้แบ่งหัวข้อการนำเสนอเป็น 4 ส่วน ซึ่งมีลำดับการนำเสนอ ดังนี้

5.1 ความคาดหวังทางสังคมกับภาวะมีบุตรยาก

5.2 ภาวะมีบุตรยากกับความรู้สึกเป็นตราบาป

5.3 ภาวะมีบุตรยากกับสภาพความสัมพันธ์ในครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป

5.4 การปรับตัวของผู้หญิงมีบุตรยาก

โดยมีรายละเอียด ดังนี้

สถาบันวิจัยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

5.1 ความคาดหวังทางสังคมกับภาวะมีบุตรยาก

ความคาดหวังทางสังคมกับภาวะมีบุตรยาก มีความสืบเนื่องมาจากกระบวนการขัดเกลาทางสังคมของครอบครัวทำให้ผู้หญิงได้รับรู้บทบาททางเพศระหว่างหญิงและชาย โดยสังคมไทยได้สร้างบทบาทคาดหวังของผู้หญิงในบทบาทสำคัญ 3 บทบาท ได้แก่ บทบาทความเป็นบุตรสาว บทบาทความเป็นภรรยา และบทบาทความเป็นมารดา ซึ่งปัจจัยทางชีวภาพและสิ่งแวดล้อมทางสังคมได้หล่อหลอมให้ผู้หญิงดำเนินชีวิตตามบทบาทคาดหวังดังกล่าว และต้องการมีบุตรเพื่อให้ตนได้ทำหน้าที่ของความเป็นภรรยาและมารดาที่ดี ซึ่งการวิเคราะห์ในส่วนนี้มีลำดับการนำเสนอเป็นหัวข้อ คือ

5.1.1 กระบวนการขัดเกลาทางสังคมของครอบครัวสู่บทบาทคาดหวังของผู้หญิงในสังคมไทย

5.1.1.1 บทบาทและสถานภาพของผู้หญิงไทยในปัจจุบัน

5.1.1.2 บทบาทคาดหวังของผู้หญิงในสังคมไทย

5.1.1.3 สาเหตุที่ทำให้ผู้หญิงรู้สึกที่ตนเองต้องเป็นมารดา

5.1.1.4 ข้อสังเกตบางประการเกี่ยวกับความต้องการมีบุตร

5.1.2 “ความเป็นหญิง” และ “ความเป็นมารดา”

5.1.2.1 บทบาทที่ยากที่สุดของผู้หญิง

5.1.2.2 การนิยาม “ความเป็นมารดา”

5.1.3 ความสำคัญของการมีบุตร

ดังมีรายละเอียด ต่อไปนี้

5.1.1 กระบวนการขัดเกลาทางสังคมของครอบครัวสู่บทบาทคาดหวังของผู้หญิงในสังคมไทย

ตามแนวคิดบทบาททางเพศ ปัจจัยทางชีวภาพอธิบายถึงความแตกต่างทางธรรมชาติทำให้เกิดการแบ่งบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบตามสรีระของแต่ละเพศ โดยผู้หญิงมักจะได้รับบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบเกี่ยวกับเรื่องภายในครอบครัว ตั้งแต่การตั้งครรภ์

จนกระทั่งการดูแลบุตรและสมาชิกในครอบครัว ผู้หญิงส่วนใหญ่ยอมรับในความแตกต่างทางสรีระที่ต่างกันของหญิงและชาย โดยกระบวนการขัดเกลาทางสังคมของครอบครัว ซึ่งผู้หญิงมีบุคลิกภาพส่วนใหญ่มาจากครอบครัวที่มีลักษณะความสัมพันธ์เชิงอำนาจแบบชายเป็นใหญ่ ซึ่งมีบิดามารดาเป็นตัวแบบสำคัญของการถ่ายทอดค่านิยมและการเรียนรู้บทบาททางเพศ ทำให้เกิดการยอมรับในความแข็งแรงทางร่างกาย และอุปนิสัยความเป็นผู้นำของผู้ชาย แต่อย่างไรก็ดี กระบวนการขัดเกลาทางสังคม และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมก็มีอิทธิพลต่อการสร้างค่านิยมของผู้หญิงในการเรียนรู้ความแตกต่างทางเพศ

5.1.1.1 บทบาทและสถานภาพของผู้หญิงไทยในปัจจุบัน

ผู้หญิงมีบุคลิกภาพมีทัศนคติต่อสถานภาพของผู้หญิงไทยในปัจจุบันเกี่ยวกับความแตกต่างในบทบาทหน้าที่ของผู้หญิง และโอกาสทางสังคมของผู้หญิงเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ชาย โดยจำแนกได้ 3 ลักษณะ ได้แก่

กลุ่มที่ 1 ผู้ที่เชื่อว่า “ผู้หญิงและผู้ชายไม่แตกต่างกันเลย”

กลุ่มที่ 2 ผู้ที่เชื่อว่า “ผู้หญิงและผู้ชายมีความแตกต่างแต่เท่าเทียม”

กลุ่มที่ 3 ผู้ที่เชื่อว่า “ผู้หญิงและผู้ชายมีความแตกต่างและไม่เท่าเทียมกัน”

ลักษณะแรก คือ กลุ่มที่เชื่อว่า “ผู้หญิงและผู้ชายไม่แตกต่างกันเลย” ผู้หญิงจำนวน 4 ราย จาก 10 ราย เชื่อว่าผู้หญิงและผู้ชายมีบทบาทหน้าที่ทางครอบครัว ทางเศรษฐกิจ และทางสังคมเหมือนกัน เป็นลักษณะของการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีสิทธิ และโอกาสทางสังคมเท่าเทียมกัน ไม่มีใครด้อยกว่าใคร แม้สรีระจะเป็นหญิงและชายไม่เหมือนกันแต่ก็ไม่ได้ทำให้ผู้หญิงเสียโอกาสทางสังคม หากแต่สรีระที่ต่างกันได้มอบข้อดีและข้อเสียที่ทำให้ไม่มีใครด้อยกว่าใคร ในกลุ่มนี้เชื่อว่า สมัยปัจจุบันทั้งหญิงและชายต้องช่วยกัน เมื่อผู้หญิงก็ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ผู้ชายก็ต้องกลับมาช่วยทำงานในบ้านเช่นกัน ดังตัวอย่างบทสนทนาตอนหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

“เดี๋ยวนี้ผู้หญิงผู้ชายก็ไม่แตกต่างกันแล้ว ก็ต้องช่วยๆ กันทำงาน และก็ไม่ได้คิดว่าผู้หญิงด้อยกว่าด้วย เพราะทั้งผู้หญิงผู้ชายก็มีสิทธิเท่ากัน มีการศึกษาและมีงานทำเหมือนกัน สมัยนี้ผู้หญิงก็มีโอกาสเป็นผู้บริหารเยอะแยะแล้วแต่ความสามารถ” (เฟื่องฟ้ากล่าว)

“บ้านเดียวกันก็ต้องรับผิดชอบร่วมกัน ช่วยกันดูแล บางครั้งผู้ชายจะตัดสินใจเด็ดขาดกว่า บางทีก็ต้องคล้อยตาม ถือว่าเป็นเรื่องให้เกียรติกันมากกว่า แต่ไม่ใช่เพราะว่าความเป็นผู้ชาย ” (ดาวเรืองกล่าว)

ลักษณะที่สอง คือ กลุ่มที่เชื่อว่า “ผู้หญิงและผู้ชายมีความแตกต่างแต่เท่าเทียม” ผู้หญิงจำนวน 4 ราย จาก 10 ราย เชื่อว่า ผู้หญิงและผู้ชายมีความแตกต่างกันทางสรีระ จึงเหมาะกับงานที่แตกต่างกัน แต่ก็มีสิทธิและโอกาสทางสังคมเท่าเทียมกัน กลุ่มตัวอย่างยอมรับว่าในอดีตผู้หญิงและผู้ชายอาจแตกต่างและไม่เท่าเทียมกัน แต่เมื่อสภาพสังคมเปลี่ยนแปลงไปทำให้ผู้หญิงได้รับโอกาสทางสังคมเท่าเทียมกับผู้ชาย ดังตัวอย่างบทสนทนาตอนหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

“ผู้หญิงกับผู้ชายต่างกันมาก คิดต่างกัน ผู้ชายเด็ดขาดกว่า แต่ผู้หญิงละเอียดกว่ามาก เรื่องใหญ่ๆ จึงต้องยกให้ผู้ชาย แต่เรื่องรายละเอียดต้องให้ผู้หญิง แต่เดี๋ยวนี้ทั้งหญิงและชายมีสิทธิเสรีภาพเท่ากันแล้ว” (ราตรีกล่าว)

ลักษณะสุดท้าย คือ กลุ่มที่เชื่อว่า “ผู้หญิงและผู้ชายมีความแตกต่างและไม่เท่าเทียมกัน” ผู้หญิงจำนวน 2 ราย จาก 10 ราย กลับเชื่อว่าผู้หญิงยังคงด้อยกว่าผู้ชาย มีสิทธิและโอกาสทางสังคมน้อยกว่าผู้ชาย แต่ทั้งสองกลุ่มหลังต่างก็เชื่อคล้ายกันว่าผู้หญิงและผู้ชายมีความแตกต่างกันในบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ โดยเชื่อว่าความรับผิดชอบภายในครอบครัวเป็นของผู้หญิง ส่วนความรับผิดชอบในเรื่องอื่นๆ นอกบ้านควรเป็นของผู้ชาย สิ่งที่น่าสังเกต นั่นก็คือ ผู้ที่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีขึ้นไปส่วนใหญ่จะเชื่อในความแตกต่างเช่นนี้ เนื่องจากพวกเขาเชื่อว่า แม่หญิงและชายต้องช่วยกันทำงาน แบ่งเบาภาระกัน แต่ก็ควรมีการแบ่งแยกและมอบหมายความรับผิดชอบที่ชัดเจนระหว่างสามีและภรรยา ว่าเรื่องใดควรเป็นของใครโดยนำเพศมาเป็นตัวชี้วัดพื้นฐานเพื่อความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านและสังคม ดังตัวอย่างบทสนทนาตอนหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

“ผู้หญิงด้อยกว่าผู้ชายอยู่แล้ว มันเป็นเรื่องทาง physical แต่ก็ไม่เห็นจะเป็นอะไร เพราะดูอย่างคุณแม่ของพี่ จะทำอะไรก็ได้ตามใจ ถ้าอะไรทำไม่ไหวก็ให้คุณพ่อช่วยเพราะพ่อ

แข็งแกร่งกว่า แม่ก็ด้อยกว่าพ่อนะ ก็ไม่เห็นเป็นอะไร คุณพ่อก็ยังเกรงใจจะตาย แต่เขาก็เกรงใจและให้เกียรติกันนะคะ” (กรรณิการ์กล่าว)

“ผู้ชายกับผู้หญิงต่างกันแน่นอน ธรรมชาติสร้างมาให้ต่างกันอยู่แล้ว ซึ่งเราก็ต้องยอมรับว่าผู้ชายเป็นเพศที่แข็งแกร่งกว่า เหมาะแก่การเป็นผู้นำครอบครัวมากกว่า” (พลับพลึงกล่าว)

5.1.1.2 บทบาทคาดหวังของผู้หญิงในสังคมไทย

การขัดเกลาในครอบครัวและการขัดเกลาทางสังคมมีอิทธิพลสำคัญที่ทำให้ผู้หญิงเรียนรู้บทบาทของผู้หญิงในการเป็นบุตรสาว การเป็นภรรยา และการเป็นมารดา ผู้หญิงส่วนใหญ่จะถูกอบรมสั่งสอนให้เรียนรู้ถึงลักษณะทางอุดมคติของความเป็นผู้หญิง ซึ่งต้องเป็นผู้ที่มีความอ่อนโยน เสียสละ ดูแลครัวเรือน รวมทั้งมีหน้าที่ความรับผิดชอบในบทบาทของบุตรสาว ภรรยา หน้าที่การงาน และบทบาทมารดา โดยกระบวนการขัดเกลาทางสังคมของครอบครัวนับเป็นปัจจัยสำคัญที่ผลต่อการรับรู้บทบาททางเพศ ซึ่งบทบาทคาดหวังของผู้หญิงไทยในปัจจุบันสรุปได้ดังนี้

1) บทบาทหน้าที่ของ “บุตรสาว” ที่ดี มีลักษณะสำคัญ คือ การดูแลสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ การดูแลบิดามารดา ช่วยดูแลน้อง ดูแลคนแก่ในบ้าน รวมทั้งช่วยทำงานบ้าน แบ่งเบาภาระงานบ้านของมารดา ผู้หญิงมีบุตรยากเชื่อว่าบุตรสาวเป็นผู้ที่มีบทบาทในการรวมตัวสมาชิกของครอบครัวให้มีปฏิสัมพันธ์กัน เป็นผู้ส่งเสริมความสัมพันธ์อันดีในบ้าน

2) บทบาทหน้าที่ของ “ผู้หญิงทำงาน” ที่ดี มีลักษณะสำคัญ คือ ผู้หญิงควรทำงานเพื่อนำรายได้มาช่วยเหลือฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว โดยในปัจจุบันผู้หญิงส่วนใหญ่จะถูกคาดหวังให้ประสบความสำเร็จในหน้าที่การงานและชีวิตครอบครัว ดังนั้น การทำงานนอกบ้านจึงเป็นอีกบทบาทสำคัญของผู้หญิงในปัจจุบัน แต่อย่างไรก็ดี หน้าที่การงานของผู้หญิงอาจมีการปรับเปลี่ยนเมื่อเธอแต่งงาน เพื่อให้เกิดความเหมาะสมในการดำเนินชีวิตคู่ด้วย เธออาจจะเปลี่ยนงานมาช่วยกิจการของคู่สมรสฝ่ายชายหลังจากแต่งงาน หรือกลายเป็นแม่บ้านในกรณีที่สามีมีฐานะที่ดีและต้องการให้เธอดูแลบ้านเท่านั้น

3) บทบาทหน้าที่ของ “ภรรยา” ที่ดี มีลักษณะสำคัญ คือ การดูแลสามีปรนนิบัติ เป็นเพื่อนคู่คิด ให้กำลังใจ และคอยสนับสนุนเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องภารกิจหน้าที่การงานของสามี รวมทั้งการดูแลงานบ้านต่างๆ จัดการเกี่ยวกับความเรียบร้อยในบ้าน

4) บทบาทหน้าที่ของ “มารดา” ที่ดี มีลักษณะสำคัญ คือ การดูแลสามีและบุตรเลี้ยงดูบุตร และให้การศึกษามุมบุตร และส่งเสริมให้ครอบครัวเกิดบรรยากาศแห่งความรักความอบอุ่น รวมทั้งดูแลความเรียบร้อยของบ้าน

ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาบทบาทคาดหวังของผู้หญิงข้างต้นแล้ว จะเห็นได้ว่าไม่ว่าผู้หญิงจะอยู่ในบทบาทใดก็ตาม ผู้หญิงก็มักจะได้รับบทบาทหน้าที่ที่สำคัญคล้ายๆ กัน 2 ประการก็คือ การดูแลสมาชิกในครอบครัว และการดูแลงานบ้าน กล่าวคือ เมื่อเป็นบุตรสาวก็มีหน้าที่คอยดูแลบิดามารดาและช่วยเลี้ยงน้อง เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ต้องทำงานและคอยดูแลสามี และท้ายที่สุดเมื่อเธอเป็นมารดาก็ต้องคอยดูแลสามีและบุตรอีก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะธรรมชาติของผู้หญิงมีความละเอียดอ่อน อ่อนโยน คอยเป็นห่วงเป็นใย ดูแลผู้อื่น และเหมาะแก่การทำหน้าที่ประสานความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกทั้งหญิงและชาย จึงทำให้ผู้หญิงได้รับความคาดหวังให้ทำหน้าที่ดังกล่าว ทั้งนี้บทบาทหน้าที่ได้นำไปสู่ความรับผิดชอบตามมา ผู้หญิงมีบุตรยากส่วนใหญ่จึงเชื่อว่า ผู้หญิงมีบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบเรื่องต่างๆ ภายในครัวเรือน และเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสมาชิกของครอบครัวดังนั้น ภาระหน้าที่เกี่ยวกับการให้กำเนิดบุตรจึงเป็นส่วนหนึ่งในความรับผิดชอบของผู้หญิง

5.1.1.3 สาเหตุที่ทำให้ผู้หญิงรู้สึกว่าตนเองต้องเป็นมารดา

ดังที่กล่าวมาข้างต้นถึงลักษณะนิสัยโดยทั่วไปของผู้หญิงซึ่งเป็นผู้ที่มีความละเอียดอ่อน คอยเป็นห่วงเป็นใย ดูแลผู้อื่น เมื่อผู้หญิงแต่งงาน เธอก็จะปรนนิบัติสามี และพยายามทำสิ่งที่ดีที่สุดเพื่อครอบครัว ทั้งนี้ผู้หญิงส่วนใหญ่ต้องการมีบุตร โดยเชื่อว่าการมีบุตรเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ครอบครัวสมบูรณ์ จากการวิจัยพบว่า ผู้หญิงมีบุตรยากส่วนใหญ่เชื่อว่าความต้องการมีบุตรเกิดมาจากสาเหตุสำคัญ 2 ประการ ดังนี้

ประการแรก สัญชาตญาณของความเป็นมารดาที่มีอยู่ในธรรมชาติของผู้หญิง ทำให้ผู้หญิงต้องการตั้งครรรค์ และให้กำเนิดบุตร โดยผู้หญิงเกือบทุกรายเชื่อว่ารู้สึกต้องการเป็นมารดาเกิดมาจากสัญชาตญาณ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติ เนื่องจากนับตั้งแต่บรรพกาลมาแล้วมนุษยชาติก็ต่างคนต่างอยู่เป็นชนเผ่า เป็นกลุ่มย่อย ไม่มีการเรียนการสอนที่เป็นกิจจะลักษณะ แต่ผู้หญิงก็ต้องการมีบุตรเหมือนกัน ทั้งๆ ที่ผู้หญิงเองก็รับรู้ว่าที่ตั้งครรรค์จะต้อง

เผชิญกับความเจ็บปวดก็ตาม แต่ผู้หญิงในทุกยุคทุกสมัยก็ยังต้องการมีบุตร และผู้หญิงส่วนใหญ่ก็ยังต้องการที่จะตั้งครรภ์ด้วยตนเอง แม้ว่าในปัจจุบันจะมีวิธีการคุมกำเนิดแล้วก็ตาม ดังตัวอย่างบทสนทนาตอนหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

“ผู้หญิงปกติ ถ้าแต่งงานก็ต้องอยากมีลูก ถ้าใครไม่อยากไม่มีลูกก็คงผิดปกติ มันเป็นสัญชาตญาณของผู้หญิง” (เบญจมาศกล่าว)

“โดยปกติแล้ว พอผู้หญิงแต่งงานก็คงอยากมีลูกกันเป็นธรรมดา ก็คิดว่าคงเป็นเพราะสัญชาตญาณของผู้หญิงมากกว่า” (พลับพลึงกล่าว)

“สัญชาตญาณทำให้ผู้หญิงอยากมีลูก และส่วนตัวก็อยากมีลูกเองด้วย เพราะการท้องจะทำให้ผู้หญิงได้ความรู้สึกของความเป็นแม่อย่างแท้จริง” (ราตรีกล่าว)

ดังนั้น แม้การรักษาภาวะมีบุตรจะต้องผ่านขั้นตอนการรักษาที่มีผลกระทบต่อสภาพจิตใจ และผลต่อความเจ็บปวดทางกาย ก็ไม่ทำให้ผู้หญิงส่วนใหญ่ย่อท้อ เธอไม่คำนึงถึงความเจ็บปวดมากไปกว่าความสามารถมีบุตรได้ ทั้งหมดนี้ก็เพื่อความสุขสมบูรณ์ของครอบครัวนั่นเอง

ประการที่ 2 การขัดเกลาทางสังคมของครอบครัวก็เป็นอีกเหตุผลสำคัญที่ทำให้ผู้หญิงมีค่านิยมที่ต้องการเป็นมารดาและรู้สึกต้องการมีบุตร การอบรมสั่งสอน และตัวแบบจากครอบครัวทำให้ผู้หญิงได้เรียนรู้ว่า การมีบุตรจะทำให้บิดามารดาของเธอดีใจและตื่นเต็นกับ “การได้เป็นตายาย” รวมทั้งสามีจะรักและผูกพันกับครอบครัวมากขึ้น มีความรับผิดชอบต่อครอบครัวมากขึ้น เมื่อเขาได้เป็น “พ่อคน” เมื่อเป็นเช่นนี้ การมีบุตรจึงเสมือนเป็นการนำความสุขมาให้กับครอบครัว ทั้งต่อบิดามารดา และสามี รวมทั้งตัวของเธอเองด้วย นอกจากนี้ การเรียนรู้ผ่านทางสถาบันต่างๆ เช่น สถาบันการศึกษา ตัวแบบของเพื่อน และสื่อต่างๆ ยังได้สร้างภาพของ “ครอบครัวในอุดมคติ” ซึ่งประกอบไปด้วยบิดา มารดา และบุตร ทำให้ผู้หญิงต้องการมีบุตรเพื่อสร้างครอบครัวที่สมบูรณ์ตามรูปแบบของครอบครัวในอุดมคติ

5.1.1.4 ข้อสังเกตบางประการเกี่ยวกับความต้องการมีบุตร

นอกจากครอบครัวได้สั่งสอนและการปลูกฝังค่านิยมเกี่ยวกับความต้องการมีบุตรแล้ว ลักษณะของครอบครัวก็ยังมีผลต่อลักษณะความต้องการมีบุตรด้วยเช่นกัน ซึ่งจากการวิจัยพบว่า จำนวนและเพศของพี่น้องมีผลต่อลักษณะความต้องการมีบุตรที่ต่างกัน กล่าวคือ ผู้ที่มาจากครอบครัวเดิมซึ่งมีพี่น้องหลายคนจะมีความเคยชินต่อการมีสมาชิกในบ้านหลายคน ดังนั้นกลุ่มคนที่มาจากครอบครัวที่มีจำนวนพี่น้องหลายคนจะมีความต้องการมีบุตรมาก แต่ในขณะเดียวกัน แม้จะมีความต้องการมีบุตรสูง แต่ก็อาจมีความกดดันต่ำ เนื่องจากไม่ค่อยได้รับความกดดันจากกลุ่มผู้สนับสนุน เพราะการมีพี่น้องมากทำให้ผู้เป็นบิดามารดามีหลานซึ่งเกิดจากบุตรคนอื่นๆ นอกจากนี้ เพศของพี่น้องมีผลต่อความต้องการเพศบุตรที่ต่างกัน โดยพบว่า คู่สมรสส่วนใหญ่ต้องการบุตรเพศตรงข้ามกับเพศของพี่น้องตนเอง โดยเฉพาะผู้ที่พี่น้องเป็นผู้หญิงทั้งหมด และผู้ชายทั้งหมด

นอกจากนี้ จากการวิจัยยังพบว่า แนวคิดที่เชื่อว่าหน้าที่ความรับผิดชอบต่างๆ เกี่ยวกับครอบครัวเป็นภาระหน้าที่ของผู้หญิง ทำให้ความรู้ที่ว่า “การให้กำเนิดบุตรต้องอาศัยทั้งปัจจัยจากผู้ชายและผู้หญิง” เป็นเรื่องที่ประชาชนอีกจำนวนมากไม่เข้าใจ ยังมีคนอีกมากที่เข้าใจว่าลำพังเพียงความสมบูรณ์ของผู้หญิงเป็นปัจจัยที่เพียงพอต่อการให้กำเนิดเด็กได้ ยังมีความเชื่อที่ว่าผู้หญิงมีหน้าที่ตั้งครรภ์ ธรรมชาติสร้างให้ผู้หญิงตั้งครรภ์ ผู้ชายเป็นเพียงผู้ให้เชื้อมาก็เพียงพอที่จะตั้งครรภ์ได้แล้ว ซึ่งความเป็นจริงการตั้งครรภ์จะเกิดขึ้นได้เมื่อเชื้อทั้งฝ่ายหญิงและชายมีความสมบูรณ์และแข็งแรงทั้งคู่ ยิ่งไปกว่านั้น แม้ตัวผู้หญิงเองจะเข้าใจหลักธรรมชาติของการให้กำเนิดทารก แต่เมื่อเกิดภาวะมีบุตรยากขึ้น ผู้หญิงก็มักไม่มีท่าทีได้ตอบโต้ นอกจากพยายามหาวิธีให้ตนเองตั้งครรภ์ แม้ว่าเธอจะรู้ดีว่าสาเหตุมาจากความบกพร่องของฝ่ายชายก็ตาม ดังตัวอย่างของผู้หญิงมีบุตรยากรายหนึ่ง ซึ่งเธอก้าวในบทสนทนาตอนหนึ่งดังนี้

“จริงๆ แล้ว กรณีของพี่สาเหตุเป็นเพราะฝ่ายชายเชื้ออ่อน ตอนที่มาหาหมอลแล้วรู้ว่าเขาเชื้ออ่อน พอกลับบ้านก็ไปเล่าให้พ่อแม่ของแฟนฟัง (อยู่บ้านเดียวกับบิดามารดาของสามี) เขาก็จะรู้แค่ว่าลูกชายของเขาเชื้ออ่อน แต่จริงๆ แล้วก็ไม่เข้าใจหรอก และก็ให้พี่มารักษาตลอด” (พลับพลึงกล่าว)

“จริงๆ แล้ว พี่ปกติดีทุกอย่าง แต่แม่ของแฟนก็พยายามหายามามำรุงตัวพี่ บอกให้ไปรักษาที่นั่นที่นี้ ทำทุกวิธี เพราะแฟนพี่เป็นลูกชายคนเดียวด้วย แต่แม่ของตัวพี่เองไม่ยอมให้รักษาแล้วเพราะสงสาร ก็ไม่ยอมให้เราเจ็บตัวมากไปกว่านี้” (พลับพลึงกล่าว)

5.1.2 “ความเป็นหญิง” และ “ความเป็นมารดา”

ในสังคมไทย ผู้หญิงเชื่อว่า ความเป็นผู้หญิงที่สมบูรณ์แบบประกอบไปด้วย บทบาทสำคัญ 4 บทบาท คือ บทบาทความเป็นบุตรสาว บทบาทความเป็นแรงงานหญิงที่มีคุณภาพ บทบาทความเป็นภรรยา และบทบาทความเป็นมารดา โดยผู้หญิงถูกปลูกฝังให้เรียนรู้ว่า เหตุการณ์สำคัญ 3 เหตุการณ์ในชีวิตของผู้หญิงที่จะนำความภาคภูมิใจมาสู่บุพการีและตนเอง ก็คือ การสำเร็จการศึกษาหรือได้รับพระราชทานปริญญาบัตร การแต่งงานเป็นฝั่งเป็นฝา และการมีบุตรให้บิดามารดาและสามีได้ชื่นชม

5.1.2.1 บทบาทที่ยากที่สุดของผู้หญิง

จากบทบาทของผู้หญิงทั้ง 4 บทบาทที่ได้กล่าวมา ผู้หญิงมีบุตรยากส่วนใหญ่ (จำนวน 7 ราย จาก 10 ราย) เชื่อว่าบทบาทที่ยากที่สุดนั้น คือ **บทบาทของความเป็นมารดา** โดยมีเหตุผลต่างๆ ซึ่งสรุปได้ ดังนี้

ประการแรก พวกเธอรู้สึกว่ “มารดา” เป็นบทบาทที่มีภาระหน้าที่อันยิ่งใหญ่ เธอต้องรับผิดชอบชีวิตใหม่อีกหนึ่งชีวิตโดยพยายามมอบสิ่งที่ดีที่สุดให้กับบุตรของเธอ ซึ่งการรับผิดชอบชีวิตใหม่นี้เป็นเรื่องที่ยิ่งใหญ่ การเลี้ยงดูบุตรที่ดีจะมีผลต่ออนาคตของบุตร รวมทั้งเป็นการให้กำเนิดอีกหนึ่งชีวิตที่มีความผูกพันทางสายเลือดกับตัวเธอ

ประการต่อมา ก็คือ ในบทบาทความเป็นมารดาดังกล่าวเป็นบทบาทใหม่ที่เธอยังไม่เคยเป็นมาก่อนในชีวิต ทำให้คาดการณ์ได้ลำบากกว่าเธอควรต้องทำอะไร ซึ่งต่างจากการเตรียมตัวเป็นภรรยา เพราะอย่างน้อยการเป็นภรรยา เธอยังมีโอกาสได้รู้จักกับสามีของเธอก่อนที่จะใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน ทำให้คาดการณ์ได้ว่าเธอควรวางตัวอย่างไรเพื่อให้เป็นภรรยาที่ดีของสามี

แต่อย่างไรก็ดี ผู้หญิงมีบุตรยากอีกจำนวนหนึ่ง (จำนวน 3 ราย จาก 10 ราย) กลับเชื่อว่า**บทบาทของความเป็นภรรยา**เป็นบทบาทที่ทำให้เธอหนักใจและเป็นบทบาทที่ยากที่สุด ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่าผู้หญิงในกลุ่มที่เชื่อเช่นนี้เป็นกลุ่มผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรีทั้งสิ้น โดยเธอให้เหตุผลว่า มารดาและบุตรนั้นมีความผูกพันกันทางสายเลือดอยู่แล้ว อย่างไรก็ตามตัดไม่ขาด ความผูกพันจะเป็นไปโดยธรรมชาติและสัญชาตญาณ แต่ความสัมพันธ์ของสามีภรณยานั้นเป็นสิ่งที่ต้องใช้ความพยายามในการทำความเข้าใจซึ่งกันและกันตลอดทั้งชีวิต ไม่มีสายใยของความผูกพันทางธรรมชาตินอกจากความรักเท่านั้น ดังนั้น บทบาทของภรรยาจึงเป็นบทบาทที่น่าหนักใจและยากที่สุด ซึ่งภรรยาต้องคอยเอาใจสามีและครอบครัวของสามี ต้องคอยปรับตัวเข้าหากันตลอดเวลา และพยายามรักษาความสัมพันธ์ให้ปกติสุขเสมอ

5.1.2.2 การนิยาม “ความเป็นมารดา”

โดยทั่วไปบทบาทคาดหวังต่อภาวะความเป็นมารดา ประกอบด้วย การตั้งครุภัก การมีบุตร และการเลี้ยงดูบุตร การขาดส่วนประกอบใดส่วนประกอบหนึ่งไปจะทำให้ผู้หญิงเกิดความรู้สึกติดค้าง และยังคงคิดว่าตนเองทำหน้าที่ได้ไม่สมบูรณ์ ดังนั้นจึงไม่น่าแปลกใจที่ผู้หญิงมีบุตรยากส่วนใหญ่จะปฏิเสธวิธีการรักษาด้วยการอุ้มบุญ โดยทุกรายจะพยายามตั้งครุภักด้วยตนเองก่อนจนถึงที่สุด รวมทั้งยังพบว่าคนส่วนใหญ่ไม่คิดที่จะนำเด็กมาเลี้ยงเป็นบุตรบุญธรรมในกรณีที่ไม่สามารถมีบุตรได้ในท้ายที่สุด เพราะอย่างไรก็ตามพวกเขายังให้ความสำคัญกับเรื่องของสายเลือด โดยถือว่าบุตรบุญธรรมนั้นเป็นเลือดเนื้อเชื้อไขของผู้อื่นไม่ใช่สายเลือดของตนเอง

จากการวิจัยพบว่า ผู้หญิงมีบุตรยากจำนวน 5 ราย จาก 10 ราย เชื่อว่าผู้หญิงมีความจำเป็นต้องมีบุตร ในขณะที่ผู้หญิงมีบุตรยากจำนวน 2 ราย จาก 10 ราย กลับเชื่อว่าผู้หญิงไม่จำเป็นต้องมีบุตรก็ได้ และผู้หญิงจำนวน 3 ราย จาก 10 ราย ไม่แน่ใจ และมีทัศนคติว่าความจำเป็นของการมีบุตรขึ้นอยู่กับความต้องการมีบุตรของสามี รวมทั้งครอบครัวของคู่สมรส กล่าวคือ หากสามี หรือครอบครัวไม่ได้ต้องการมีบุตร ผู้หญิงก็ไม่จำเป็นต้องมีบุตรก็ได้ แต่หากสามี หรือครอบครัวต้องการมีบุตร ก็ทำให้ผู้หญิงจำเป็นต้องมีบุตร อย่างไรก็ตาม ผู้หญิงมีบุตรยากทุกรายมีความต้องการมีบุตรทั้งสิ้น

5.1.3 ความสำคัญของการมีบุตร

ผู้หญิงมีบุตรยากส่วนใหญ่เชื่อว่า “การมีบุตร” นั้นจะทำให้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวดีขึ้น เมื่อคู่สมรสแต่งงานกันระยะหนึ่งแล้ว ครอบครัวต้องการเด็กเล็กเพื่อดึงความสนใจของสมาชิกในครอบครัวให้กลับมาเป็นหนึ่งเดียวกันอีกครั้ง โดย “บุตร” จะกลายเป็นสีสันของบ้านที่ช่วยเพิ่มบรรยากาศให้บ้านมีความรักความอบอุ่นมากขึ้น ในกรณีศึกษาหลายรายยังเชื่อว่าการมีบุตรจะทำให้ชีวิตของผู้หญิงมีความหมายมากขึ้น มีความสมบูรณ์แบบ และยังส่งผลให้สามีเห็นคุณค่าของเธอและรักเธอมากขึ้นด้วย ซึ่งผู้วิจัยสามารถสรุปความสำคัญของการมีบุตรได้ดังนี้

ประการแรก ผู้หญิงจำนวน 5 ราย จาก 10 ราย เชื่อว่า **การมีบุตรจะช่วยส่งเสริมความสัมพันธ์ภายในครอบครัวให้ดีขึ้นได้** บุตรจะกลายเป็นศูนย์รวมความสนใจของสมาชิกในบ้าน ให้สมาชิกในครอบครัวมีกิจกรรมร่วมกัน มีเวลาในการปฏิสัมพันธ์กันมากขึ้น และบุตรจะสร้างความผูกพันให้กับสมาชิกในครอบครัวมากขึ้น

ประการที่สอง ผู้หญิงจำนวน 4 ราย จาก 10 ราย เชื่อว่า **การมีบุตรจะช่วยเพิ่มบรรยากาศและสีสันให้แก่บ้าน** เมื่อคู่สมรสอยู่ร่วมกันมาเป็นระยะเวลาหนึ่งแล้ว การมีบุตรจะเป็นสีสันใหม่ให้แก่ครอบครัว ทำให้ครอบครัวมีความครื้นเครง มีเรื่องน่าสนใจแปลกใหม่เกิดขึ้น เด็กเล็กจะกลายเป็นสีสันของบ้านที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความตื่นเต้นและกลายเป็นเรื่องใหม่ของครอบครัว

ประการที่สาม ผู้หญิงจำนวน 3 ราย จาก 10 ราย เชื่อว่า **การมีบุตรจะทำให้สามีรักครอบครัวมากขึ้น** คู่สมรสจะรู้สึกว่าการมีบุตรทำให้สามีภรรยาเสมือนมีสมบัติร่วมกันที่ต้องช่วยกันดูแล สามีจะกลับบ้านมากขึ้น และเอาใจใส่ครอบครัวมากขึ้นด้วย

ประการที่สี่ ผู้หญิงจำนวน 2 ราย จาก 10 ราย เชื่อว่า **ความสำคัญของการมีบุตรคือ ทำให้ครอบครัวมีทายาทสืบสกุล**

และประการสุดท้าย ผู้หญิงจำนวน 2 ราย จาก 10 ราย เชื่อว่า การมีบุตรยังเป็น การเพิ่มคุณค่าให้ชีวิตผู้หญิง ทำให้ผู้หญิงได้แสดงบทบาทความเป็นมารดา ซึ่งทำให้ชีวิตผู้หญิง มีความสมบูรณ์แบบด้วย

ทั้งนี้ ผู้หญิงมีบุตรยากได้ถ่ายทอดความรู้สึกเกี่ยวกับความสำคัญของการมีบุตร ดังตัวอย่างของบทสนทนาต่อไปนี้

“การมีลูกเป็นการทำให้คนสองคนรู้สึกว่าได้เป็นเจ้าของสิ่งเดียวกัน ทำให้ ครอบครัวมีความรักความเข้าใจกันมากขึ้น คนสองคนจะภูมิใจกับการมีสมบัติร่วมกัน วันนี้เรา เลี้ยงดูเขา พอเขาโตขึ้น เขาก็จะเลี้ยงดูเรายามเราแก่ด้วย” (กรรณิการ์กล่าว)

“ถ้ามีบุตรก็ดีกว่า เพราะชีวิตคู่จะรวมตัวได้มากขึ้น เราจะได้แบ่งเวลากลับมาใช้ ชีวิตในบ้านมากขึ้น เพราะทุกวันนี้พี่กับแฟนเดินทางตลอด” (ราตรีกล่าว)

“การมีลูกทำให้สามีภรรยารักกันมากขึ้นแน่นอน เพราะการมีลูกทำให้สามีภรรยา รู้สึกผูกพันกับชีวิตลูกของเราที่เกิดขึ้นมาอีกชีวิตหนึ่ง” (ลีลาวดีกล่าว)

“การมีลูกอาจจะทำให้ชีวิตผู้หญิงบางคนสมบูรณ์ แต่ก็ไม่ใช่ผู้หญิงทั้งหมด เพราะ คนที่ไม่มีลูกบางคนก็ประสบความสำเร็จในหน้าที่การงานของเขาได้เช่นกัน แล้วการมีลูกก็ไม่เกี่ยว อะไรเลยกับความรักระหว่างสามีภรรยา” (เฟื่องฟ้ากล่าว)

“มีลูกทำให้รักกันมากขึ้นแน่นอน ทำให้ผูกพันกันมากขึ้น ถ้ามีลูกก็ทำให้เขาอยาก กลับบ้านมากขึ้น เพื่อเขาอยู่นอกบ้านแล้วมีลูกข้างนอกจะทำอย่างไร” (เบญจมาศกล่าว)

5.2 ภาวะมีบุตรยากกับความรู้สึกเป็นตราบาป

การวิเคราะห์ในส่วนนี้ มีลำดับการนำเสนอเป็นหัวข้อ คือ

5.2.1 การสร้างความหมายทางสังคมและวัฒนธรรมเกี่ยวกับความรู้สึกเป็นตราบาปของผู้หญิงที่มีบุตรยาก

5.2.1.1 ตัวตนทางสังคมของผู้หญิงมีบุตรยาก

5.2.1.2 มุมมองของผู้หญิงมีบุตรยากต่อผู้หญิงมีบุตรยาก

5.2.2 การตัดสินใจเข้ารับการตรวจวินิจฉัยภาวะมีบุตรยาก

5.2.3 ขั้นตอนการรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยในการเจริญพันธุ์

5.2.4 กระบวนการเกิดความรู้สึกเป็นตราบาป (Stigma)

ดังมีรายละเอียด ต่อไปนี้

5.2.1 การสร้างความหมายทางสังคมและวัฒนธรรมเกี่ยวกับความรู้สึกเป็นตราบาปของผู้หญิงมีบุตรยาก

เมื่อมนุษย์เป็นสมาชิกของสังคมซึ่งมีการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิกในสังคม มนุษย์จะถูกกำหนดบทบาทหน้าที่ให้ดำเนินตามบทบาทคาดหวังของสังคม รวมทั้งได้เรียนรู้เกี่ยวกับ “ความเป็นตัวตน” ซึ่งก็คือการที่บุคคลยอมรับค่านิยมของกลุ่มทำให้บุคคลดำเนินไปตามบทบาทคาดหวังของสังคม ซึ่งโครงสร้างทางสังคมไทยมีลักษณะที่เอื้อต่อการก่อเกิดตัวตนของผู้หญิงในลักษณะที่ทำให้ผู้หญิงตระหนักถึงบทบาทคาดหวังในความเป็นภรรยาและมารดา เมื่อผู้หญิงต้องเผชิญภาวะมีบุตรยากจึงทำให้เธอรู้สึกเครียดกังวลและเกิดเป็นความรู้สึกเป็นตราบาปขึ้นมา

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าความรู้สึกเป็นตราบาปจะเกิดขึ้นเมื่อผู้หญิงตระหนักในความเป็นตัวตน โดยนำตนเองไปเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น เช่น ในกรณีของกลุ่มตัวอย่างรายหนึ่งได้ถ่ายทอดความรู้สึกเครียดกังวลจากภาวะมีบุตรยากอันเกิดขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่น ดังตัวอย่างในบทสนทนาตอนหนึ่ง ดังนี้

“บางทีพี่ก็โมโหตัวเองที่ไม่ยอมท้องสักที ยิ่งพอเห็นผู้หญิงคนอื่น ๆ มีลูกได้ ก็จะมี คิดว่าทำไมเราถึงมีลูกไม่ได้แบบเขา ทั้งๆ ที่ตัวเองก็เป็นผู้หญิงเหมือนกัน ก็จะทำให้พี่เครียด แต่จะ รู้สึกโมโหตัวเอง และเจ็บใจมากกว่า” (ราตรีกล่าว)

ดังนั้น เมื่อสังคมคาดหวังต่อบทบาทความเป็นมารดาของผู้หญิง โดยสร้างบทบาท คาดหวังให้ผู้หญิงตระหนักถึงบทบาทที่เธอควรจะเป็น (ตัวตนทางสังคม) ซึ่งได้แก่ บทบาทของ บุตรสาว บทบาททางหน้าที่การงาน บทบาทของภรรยา และบทบาทของมารดา เมื่อผู้หญิงไม่ สามารถมีบุตรได้ดังเช่นสิ่งที่เธอควรจะเป็นในตัวตนทางสังคม “ความรู้สึกเป็นตราประทับ” หรือ “Stigma” จึงเกิดขึ้น

5.2.1.1 ตัวตนทางสังคมของผู้หญิงมีบุตรยาก

ดังที่กล่าวมาในส่วนที่ 5.1 เกี่ยวกับบทบาทคาดหวังของผู้หญิงในสังคมไทย ซึ่ง แสดงให้เห็นว่าผู้หญิงไทยในปัจจุบันยังคงถูกคาดหวังในความเป็นภรรยา และมารดา อันเกิดมา จากการตระหนักใน ความเป็นตัวตน ซึ่งทำให้ผู้หญิงยอมรับในค่านิยมของสังคม และดำเนินไป ตามบทบาทคาดหวังของสังคมดังกล่าว อย่างไรก็ตาม ตัวตนทางสังคมของผู้หญิงมีบุตรยาก ก็ยังคง เป็นตัวตนของผู้หญิงที่คาดหวังว่าตนเองจะสามารถเป็นมารดา โดยตั้งครรภ และให้กำเนิดบุตรได้ ทั้งนี้ เนื่องจาก กระบวนการขัดเกลาทางสังคมของครอบครัวได้ถ่ายทอดค่านิยม หล่อหลอม และ ทำให้ผู้หญิงซึมซับในบทบาทคาดหวังของความเป็นมารดา ซึ่งผู้หญิงมีบุตรยากยังคงตระหนักอยู่ เสมอว่า เธอไม่ใช่ผู้ที่ไม่สามารถมีบุตรได้ เพราะภาวะมีบุตรยาก ไม่ใช่ภาวะที่มีบุตรไม่ได้ ดัง ตัวอย่างบทสนทนาของกลุ่มตัวอย่างตอนหนึ่งดังนี้

“นี่หมอก็คงไม่ได้บอกว่าพี่มีบุตรยาก หรือมีบุตรไม่ได้อะไร เพียงแต่ตอนนี้ยังไม่มี บุตรเท่านั้นเอง” (เฟื่องฟ้ากล่าว)

นอกจากนี้ ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของภาวะมีบุตรยากของกลุ่มตัวอย่างจากตาราง ที่ 8 ในบทที่ 4 ซึ่งพบว่าเป็นสาเหตุที่เกิดจากฝ่ายชายเชื้ออ่อมมีจำนวนถึง 4 รายจาก 10 ราย แต่ก็ ทำให้ฝ่ายหญิงกลายเป็นผู้ตกอยู่ในภาวะมีบุตรยากเช่นกัน แสดงให้เห็นว่าตัวตนทางสังคมของ

ผู้หญิงมีบุตรยากนั้นก็เป็นตัวตนที่เกี่ยวข้องกับการแบกรับความรับผิดชอบเกี่ยวกับปัญหาการเจริญพันธุ์ที่ไม่สามารถให้กำเนิดบุตรได้เนื่องจากสามีของเธอเชื่ออ่อนจนเป็นสาเหตุของภาวะมีบุตรยากด้วย

5.2.1.2 มุมมองของผู้หญิงมีบุตรยากต่อผู้หญิงมีบุตรยาก

ผู้หญิงมีบุตรยากส่วนใหญ่จะมีทัศนคติต่อ “ผู้ที่มีบุตรยาก” จากมุมมองตนเอง และมุมมองผู้อื่นต่างกัน

ก. **ทัศนคติที่มีต่อตนเอง** พบว่า ผู้หญิงมีบุตรยากแสดงทัศนคติว่าการที่ตนเองมีบุตรยากนั้น แม้เธอจะเครียดกังวลบ้าง แต่ก็ยังคิดว่าไม่ผิดปกติอะไรตราบใดที่เธอยังคงมีหนทางรักษาได้ ผู้วิจัยแบ่งทัศนคติที่ผู้หญิงมีบุตรยากมีต่อตนเองเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1) กลุ่มที่เชื่อว่า “ภาวะมีบุตรยากไม่ใช่เรื่องผิดปกติ” โดยผู้หญิงมีบุตรยากจำนวน 5 ราย จาก 10 ราย เชื่อว่า การที่ตนเองอยู่ในภาวะมีบุตรยาก ไม่ถือว่าเป็นเรื่องผิดปกติ หรือเป็นเรื่องที่ไม่ดี ดังตัวอย่างในบทสนทนาตอนหนึ่ง ดังนี้

“จริงๆ แล้วมีลูกไม่ได้ไม่ผิดปกติอะไร แต่ขึ้นอยู่กับว่าคนอื่นมองอย่างไรมากกว่า พอคนอื่น ๆ พูดมากเข้า เปรียบเทียบกับคนมีลูกบ้าง มันก็ทำให้คนที่ไม่มีลูกรู้สึกแยะ รู้สึกผิด ทั้งที่จริงๆ แล้วมันไม่ใช่ความผิดปกติอะไร” (ผลการรองกล่าว)

2) กลุ่มที่เชื่อว่า “ภาวะมีบุตรยากเป็นเรื่องผิดปกติ” โดยผู้หญิงมีบุตรยากอีก 3 ราย จาก 10 ราย เชื่อว่า การที่ตนเองอยู่ในภาวะมีบุตรยากเป็นเรื่องผิดปกติ รู้สึกว่าภาวะมีบุตรยากทำให้ตนเองต่างจากผู้หญิงคนอื่น ๆ ดังตัวอย่างในบทสนทนาตอนหนึ่ง ดังนี้

“ที่คิดว่าทำไมเราถึงมีไม่ได้ เห็นคนอื่นมีลูกก็จะคิดว่าทำไมเรามีไม่ได้ มันยากอะไร ก็มีน้อยใจบ้าง พี่จะเครียดมากช่วงหลังการทำอีกซี่แล้วไม่ติด แต่สัก 2-3 วันก็หาย พอทำอีกซี่อีก ไม่ติดอีก ก็เครียดอีก พี่ไม่รู้เลยนะว่าเจ็บหรือเปล่า จำไม่ได้ หรือชินแล้วมั้ง แต่เจ็บใจมากกว่าที่ไม่ท้องสักที” (เบญจมาศกล่าว)

3) กลุ่มที่เชื่อว่า “ตนเองยังไม่ใช่มีบุตρυยาก” โดยผู้หญิงมีบุตρυยากจำนวน 2 ราย จาก 10 ราย ยังคงเชื่อว่า ตนเองไม่ใช่ผู้มีบุตρυยาก เพียงแต่ยังไม่มีการพบเจอเท่านั้น ดังตัวอย่างในบทสนทนาตอนหนึ่ง ดังนี้

“พี่ไม่คิดว่าตัวเองเป็นผู้มีบุตρυยาก เพราะหมอกก็ไม่ได้บอกว่าผิดปกติอะไร เราปกติดีกันทั้งคู่ เพียงแต่ยังไม่มีการพบเจอเท่านั้นเอง” (เฟื่องฟ้ากล่าว)

ข. ทักษะที่มีต่อผู้หญิงมีบุตρυยากคนอื่น พบว่า เมื่อผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างแสดงทักษะต่อผู้หญิงมีบุตρυยากคนอื่นๆ กลับพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่แสดงความเห็นใจต่อผู้ที่มีบุตρυยากในฐานะที่ภาวะมีบุตρυยากเป็นความไม่ปกติ ซึ่งแบ่งได้ 2 กลุ่ม ดังนี้

1) กลุ่มที่เชื่อว่า “ภาวะมีบุตρυยากเป็นเรื่องผิดปกติ” โดยผู้หญิงมีบุตρυยากจำนวน 7 ราย จาก 10 ราย กลับแสดงความเห็นใจต่อผู้หญิงที่เผชิญชะตากรรมเดียวกับตนเอง โดยรู้สึกว่าการมีบุตρυยากนั้นเป็นกรรม เป็นโชคไม่ดี และเป็นเรื่องที่ไม่น่ายินดีที่จะเกิดขึ้นในชีวิตของผู้หญิง ดังตัวอย่างในบทสนทนาตอนหนึ่ง ดังนี้

“ผู้หญิงมีบุตρυยาก คือ คนที่โชคไม่ดี เพราะคนส่วนใหญ่ก็มักอยากจะมีลูกกันทั้งนั้น เขาเป็นคนที่น่าสงสารมาก” (ราตรีกล่าว)

“มีลูกไม่ได้ก็คือความโชคร้าย” (พลับพลึงกล่าว)

“มีบุตρυไม่ได้ คือ ความไม่ดี เป็นความผิดปกติ” (เบญจมาศกล่าว)

2) กลุ่มที่เชื่อว่า “ภาวะมีบุตρυยากไม่ใช่เรื่องผิดปกติ” โดยผู้หญิงมีบุตρυยากอีก 3 ราย จาก 10 ราย ยังคงเชื่อว่าการไม่มีบุตρυ ไม่ใช่เรื่องน่าเศร้า หรือเป็นความผิดปกติ ดังตัวอย่างในบทสนทนาตอนหนึ่ง ดังนี้

“ผู้ที่มีบุตρυยากเป็นคนที่น่าสงสาร แต่ก็ไม่เป็นไรหรอกสมัยนี้แล้ว ขึ้นอยู่กับว่าแฟนของเขา และที่บ้านของเขาว่าอะไรหรือเปล่า อยากให้มีลูกหลานมากแค่ไหน ถ้าคาดหวังกันมากก็น่าสงสารมาก เพราะจะทำให้ผู้หญิงรู้สึกเครียดกังวลมาก” (ชวชนมกล่าว)

“สมัยนี้ก็เป็นเรื่องที่ไม่ถือว่าผิดปกตินะ แต่ก็น่าเห็นใจมาก” (ลีลาวดี กล่าว)

แม้บางรายจะพยายามนำเสนอคุณค่าของผู้หญิงในบทบาทอื่นๆ เพื่อชี้ให้เห็นว่าการมีบุตรยากไม่ใช่ปัญหา หรือกล่าวถึงความโชคดีของการไม่มีบุตรซึ่งจะไม่เป็นภาระให้กับตนเอง แต่อย่างไรก็ดี ผู้หญิงเกือบทุกรายก็จะจบด้วยการสรุปว่าผู้มีบุตรยากนั้นเป็นผู้ที่น่าเห็นใจ ดังตัวอย่างบทสนทนาตอนหนึ่ง ดังนี้

“ความจริง คนที่ไม่มีลูกเป็นคนที่ไม่มีกรรมต่างหาก เพราะถ้ามีลูกก็ต้องลำบาก เป็นภาระที่ต้องเลี้ยงให้โตอีก ให้เป็นคนดีอีก กว่าจะโตก็เหนื่อยยาก ตอนเด็กๆ ก็อาจจะดูว่าน่ารักนะ แต่ถ้าโตแล้วไม่ดี ไม่เชื่อฟังก็น่าปวดหัว แต่พอเห็นลูกคนอื่น ๆ แล้วก็อยากมีลูกมากกว่า เพราะมันก็ควรจะเป็นวัฏจักรมากกว่า ที่พ่อแม่เลี้ยงเรามา เราก็ต้องเลี้ยงลูกเราต่อไป” (พุดตาน กล่าว)

ทั้งนี้ อาจวิเคราะห์ได้ว่าเหตุที่ทัศนคติของผู้หญิงมีบุตรยากที่มีต่อตนเอง และต่อผู้อื่นมีความแตกต่างกัน โดยทัศนคติต่อผู้หญิงมีบุตรยากคนอื่นจะถูกมองว่าเป็นความผิดปกติมากกว่า ในขณะที่มองว่าตนเองที่กำลังเผชิญภาวะมีบุตรยากนั้นไม่ผิดปกติ เนื่องจาก ก่อนหน้านั้นเธออาจจะไม่เคยคิดอะไร หรือไม่ก็มองว่าภาวะมีบุตรยากเป็นความผิดปกติ แต่เมื่อเธอต้องมาเผชิญกับภาวะดังกล่าวเสียเอง ทำให้ทัศนคติของเธอเปลี่ยนแปลงไป เธอคิดว่าภาวะมีบุตรยากที่แท้จริงเป็นความโชคไม่ดี ไม่น่ายินดี นอกจากนี้ ผู้หญิงมีบุตรยากที่มาเข้ารับการรักษา พวกเธอยังคงมีความหวังที่จะให้กำเนิดบุตรได้ และยังไม่มีความมั่นใจที่แน่นอนว่าเธอเป็นผู้มีบุตรยาก ทั้งนี้เนื่องจาก โดยปกติแพทย์จะไม่มีคำถามต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าเธอถูกวินิจฉัยให้เป็นผู้มีบุตรยาก แต่จะพยายามแนะนำวิธีการรักษาที่เหมาะสมให้มากกว่า ดังนั้น トラバโดที่ยังคงมีการรักษา ย่อมทำให้เห็นผู้หญิงคาดหวังว่าเธอก็ยังมีโอกาสจะมีบุตรได้ อย่างไรก็ตาม ภาวะมีบุตรยากก็ได้สร้างความรู้สึกเครียดกังวลให้กับผู้หญิงเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะเมื่อผู้หญิงเปรียบเทียบตนเองกับผู้มีบุตรคนอื่น ๆ ซึ่งทัศนคติเหล่านี้นำมาซึ่งความรู้สึกเครียด กัดดัน และรู้สึกเป็นトラバโด

5.2.2 การตัดสินใจเข้ารับการตรวจวินิจฉัยภาวะมีบุตรยาก

เหตุผลสำคัญที่สุดที่ทำให้ผู้มีบุตรยากทั้งกลุ่มที่คิดว่าตนเองเป็นปกติ ไม่ต่างจากผู้หญิงคนอื่น และกลุ่มที่คิดว่าตนเองต้องเผชิญกับชะตากรรมที่โศกเศร้าจากภาวะไม่มีบุตร มาเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก ก็คือ “ความต้องการมีบุตร” โดยมีสัญญาณสำคัญที่เป็นฉนวนให้ผู้มีบุตรยากตัดสินใจมาพบแพทย์ ได้แก่

- 1) ผู้หญิงมีประวัติความผิดปกติของอวัยวะในระบบสืบพันธุ์ เช่น พบอาการประจำเดือนมาผิดปกติ มีเลือดออกทางช่องคลอด หรือพบก้อนเนื้อผิดปกติ เป็นต้น ความผิดปกติเหล่านี้มักจะส่งผลให้เกิดภาวะมีบุตรยากตามมา ดังนั้น เมื่อผู้หญิงที่มีประวัติดังกล่าวอายุมากขึ้น และสมรรถนะระยะเวลาหนึ่งแล้วไม่มีบุตร จึงตัดสินใจเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก เนื่องจากสงสัยว่าประวัติความผิดปกติของอวัยวะในระบบสืบพันธุ์จะเป็นสาเหตุของภาวะมีบุตรยากได้
- 2) ผู้หญิงต้องการเข้ารับการตรวจวินิจฉัยเอง เป็นแรงผลักดันในตัวเองซึ่งเกิดจากความต้องการมีบุตร
- 3) สามีของเธอต้องการให้เธอเข้ารับการตรวจวินิจฉัยเพื่อทราบสาเหตุว่าเหตุใดเธอจึงไม่ตั้งครรภ์ หลังจากการอยู่ร่วมกับสามีมาระยะเวลาหนึ่งแล้ว

5.2.3 ขั้นตอนการรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยในการเจริญพันธุ์

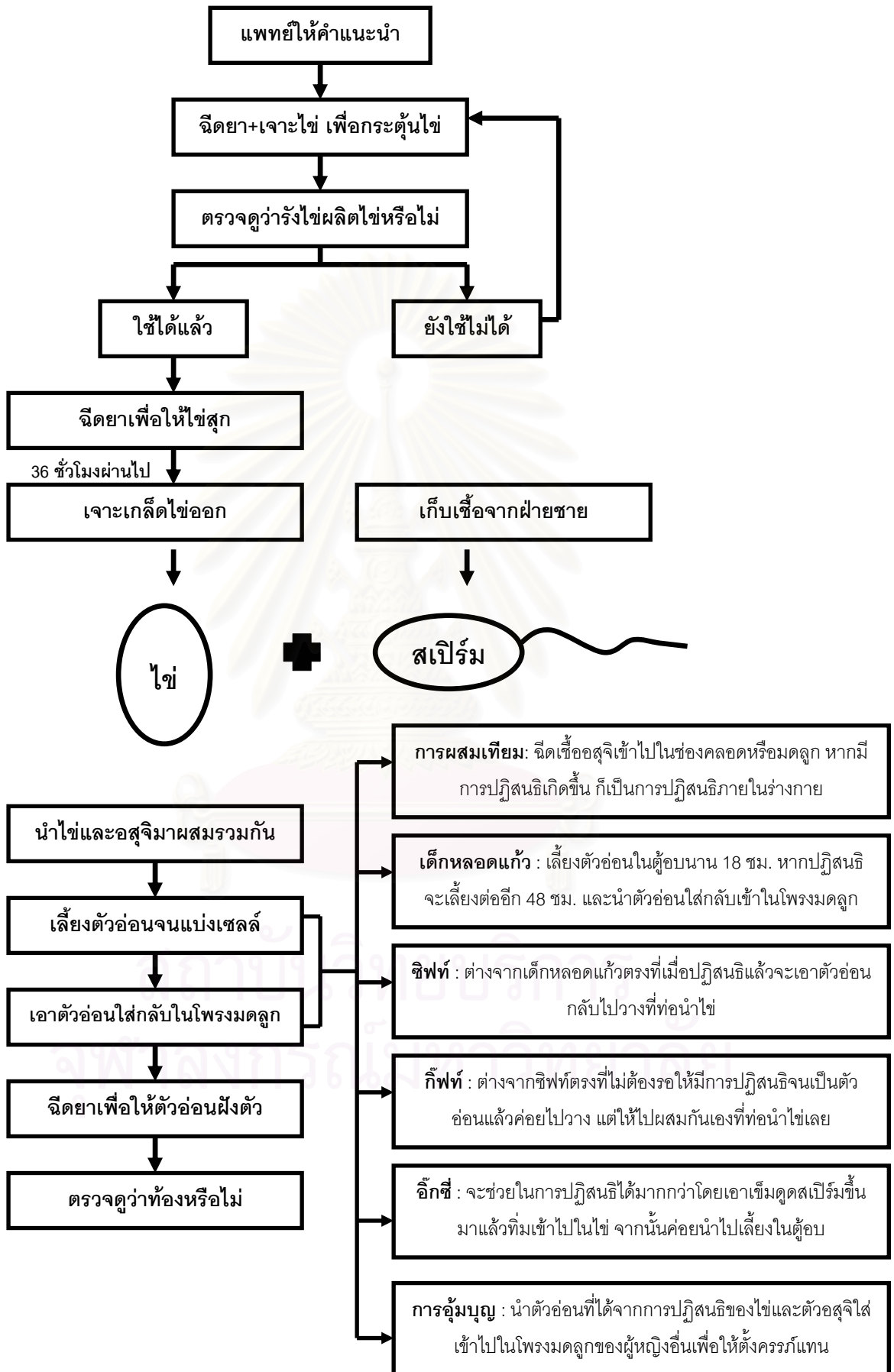
ผู้หญิงที่มารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยากที่สถานพยาบาลเจตนิญจะมีขั้นตอนของการเข้ารับการตรวจรักษาที่คล้ายๆ กับการรักษาในสถานพยาบาลอื่นๆ กล่าวคือ ในขั้นของการตรวจวินิจฉัยก็จะเป็นการซักประวัติเพื่อหาสาเหตุ และแพทย์จะพิจารณาถึงสาเหตุเบื้องต้นของภาวะมีบุตรยาก และแนะนำวิธีการรักษาที่เหมาะสมตามแต่กรณีไป ซึ่งโดยทั่วไปจะเป็นการรักษาที่ให้เกิดการตั้งครรภ์ด้วยวิธีทางธรรมชาติก่อน จากนั้นหากยังไม่ได้ผลก็จะใช้การรักษาด้วยเทคโนโลยีช่วยในการเจริญพันธุ์ (Assisted Reproductive Technology หรือ A.R.T) มาช่วย โดยระบบการใช้เทคโนโลยีช่วยในการเจริญพันธุ์นั้น ในปัจจุบันนิยมใช้อยู่ 3 วิธีการ คือ การทำเด็กหลอดแก้ว การทำกิฟท์ การทำอิกซี่ ซึ่งแต่ละวิธีการมีความคล้ายคลึงในขั้นตอนของการรักษา และมีความแตกต่างกันในลักษณะบางประการของการรักษา ในที่นี้ผู้วิจัยได้สรุปวิธีการ

รักษาในรูปแบบอื่นๆ ด้วย เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์การรักษาโดยผ่านขั้นตอนของการเจาะไข และฉีดยากระตุ้นเพื่อรอกการปฏิสนธิมาแล้ว ซึ่งผู้หญิง 7 ราย จาก 10 ราย มีประสบการณ์ได้รับการฉีดเชื้อมาแล้วในวิธีการรักษาที่ต่างกัน แต่ทุกกรณียังไม่มีใครเคยประสบความสำเร็จในการตั้งครรภ์เลย ดังแผนภาพของการรักษาซึ่งสรุปได้ดังนี้

แผนภูมิที่ 6 แสดงขั้นตอนของการรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยในการเจริญพันธุ์ในวิธีการต่างๆ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



จากแผนภูมิ แสดงให้เห็นว่า หลักการโดยทั่วไปของการรักษาผู้มีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีช่วยในการเจริญพันธุ์มีอยู่ 11 ขั้นตอน คือ

- 1) แพทย์ให้คำปรึกษาแนะนำ
- 2) ฉีดยาและเจาะไข่เพื่อกระตุ้นไข่
- 3) ติดตามการเจริญเติบโตของไข่
- 4) ฉีดยาให้ไข่สุก
- 5) เจาะเกล็ดไข่ออก
- 6) การเก็บและเตรียมเชื้ออสุจิจากฝ่ายชาย
- 7) การปฏิสนธิ โดยนำอสุจิมาผสมกับไข่ หรือปล่อยให้ผสมกันเอง
- 8) การเลี้ยงตัวอ่อนจนกระทั่งแบ่งเซลล์
- 9) การใส่กลับตัวอ่อนทางโพรงมดลูก อาจมีการช่วยเปิดเปลือกตัวอ่อนเพื่อช่วยการฝังตัวก่อนใส่กลับ หรือ การตรวจความผิดปกติทางโครโมโซมของตัวอ่อนก่อนการใส่กลับ
- 10) การฉีดยา หรือให้ฮอร์โมนช่วยการฝังตัวของตัวอ่อน
- 11) ตรวจสอบว่าท้องหรือไม่

5.2.4 กระบวนการเกิดความรู้สึกเป็นตราบาป (Stigma)

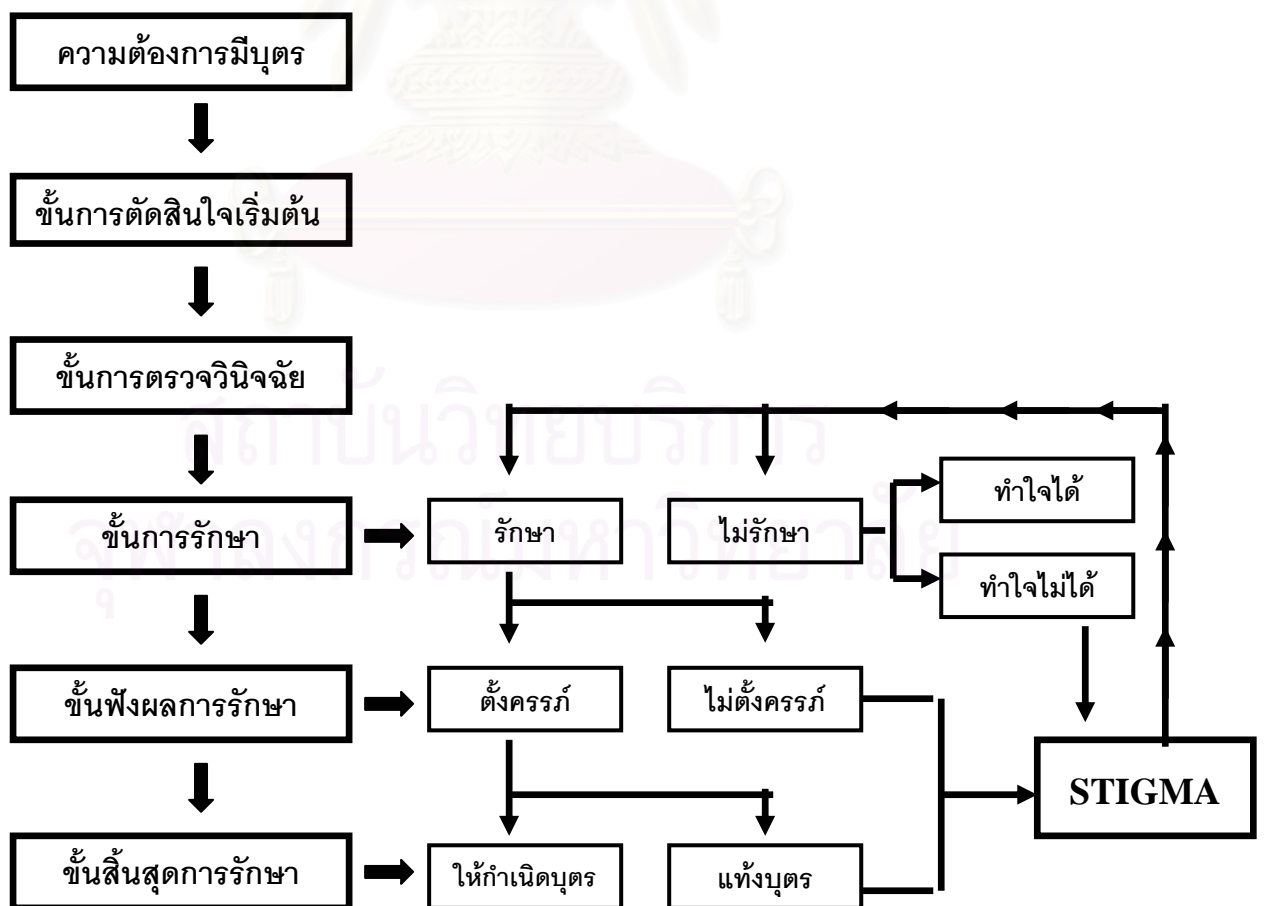
จากการวิจัยพบว่า ผู้ที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความรู้สึกเป็นตราบาปของผู้หญิงมีบุตรยากมากที่สุด ก็คือ สามีของเธอ ผู้ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้หญิงมีบุตรยากเกิดความเครียด กัดดัน และวิตกกังวล ผู้หญิงมักเกิดความรู้สึกกลัวว่าตนจะเป็นภรรยาที่ไม่ดี โดยเธอกลัวว่าสามีจะไม่รัก หากเธอมีบุตรไม่ได้ กระบวนการเกิดความรู้สึกเป็นตราบาปจึงก่อตัวขึ้นครั้งแรกเมื่อผู้หญิงรู้สึกว่าตนเองแตกต่างจากผู้หญิงอื่นโดยไม่สามารถเป็นไปตามบทบาทคาดหวังของสังคมได้ นั่นก็คือ ไม่สามารถตั้งครรภ์และให้กำเนิดบุตร เธอจึงเกิดความรู้สึกเครียดกังวล เกรงว่าการที่ไม่สามารถเป็นไปตามบทบาทคาดหวังของสังคมได้นั้นจะเป็นความผิด และหวั่นวิตกในผลกระทบต่างๆ ที่จะตามมา เช่น สามีจะไม่รัก เกรงว่าตนเองจะเป็นภรรยาที่ไม่ดี พ่อแม่จะผิดหวัง เป็นต้น ทั้งนี้ ความรู้สึกที่ตนเองแตกต่างจากผู้หญิงอื่นอาจเกิดขึ้นก่อนการเข้ารับการตรวจวินิจฉัย หรือเมื่อเข้ารับการตรวจวินิจฉัยก็ได้

แต่อย่างไรก็ดี การวิจัยพบว่า ผู้เป็นบิดามารดาทั้งของฝ่ายหญิงหรือฝ่ายชายส่วนใหญ่มิได้มีอิทธิพลมากนักที่จะทำให้ผู้หญิงมีบุตรยากเกิดความกดดัน เนื่องจาก บิดามารดาค่อนข้างเกรงใจและให้เกียรติสูงเกินไป แต่อย่างไรก็ดี ครอบครัวคนไทยเชื้อสายจีนในปัจจุบันยังปรากฏอิทธิพลของบิดามารดาฝ่ายชายที่กดดันผู้หญิงมีบุตรยาก แต่พวกเขาก็ไม่มีอิทธิพลมากนักเนื่องจากสภาพสังคมและวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้หญิงค่อนข้างมีแนวคิดไม่ยอมให้ใครมาข่มเหง เพราะเธอมีความสามารถในการทำงานเลี้ยงดูตัวเองได้

นอกจากนี้ ผู้หญิงมีบุตรยากบางคนมีความกังวลเมื่อเธอรู้สึกว่าเธอไม่สามารถตั้งครรภ์ด้วยตนเอง ผู้หญิงส่วนใหญ่ไม่ได้ต้องการเพียงแค่มีบุตรแต่ต้องการเป็นผู้ตั้งครรภ์เองด้วย

ผู้วิจัยสรุปกระบวนการเกิดความรู้สึกเป็นตราบาป (Stigma) ของผู้หญิงมีบุตรยาก ดังแผนภูมิดังนี้

แผนภูมิที่ 7 แสดงกระบวนการเกิดความรู้สึกเป็นตราบาป (Stigma) ของผู้หญิงมีบุตรยาก



จากแผนภูมิ สามารถอธิบายได้ดังนี้

1) ความมุ่งหมายสูงสุดของการรักษา คือ การมีบุตร

2) การเริ่มต้นการรักษา คือ การเริ่มต้นของกระบวนการเกิดความรู้สึกเป็นตราบาปที่ชัดเจน ซึ่งภายหลังจากที่แพทย์วินิจฉัยว่าเขาเป็นผู้มีบุตรยาก และผู้หญิงเข้าสู่กระบวนการรักษา (ซึ่งเป็นการตอกย้ำว่าเขาเป็นผู้มีบุตรยาก) จะเป็นการเพิ่มความรู้สึกเป็นตราบาปมากขึ้น

ในกรณีของเฟื่องฟ้า เธอไม่รู้สึกรู้ว่าตนบกพร่อง และยืนยันว่าตนเองปกติดี ไม่ใช่ผู้มีบุตรยาก เพราะแพทย์ไม่สามารถแจ้งสาเหตุที่ชัดเจนได้ รวมทั้งแพทย์ก็ยังไม่ได้เรียกว่าเธอเป็นผู้มีบุตรยาก เพียงแต่เธอยังไม่มีบุตรเท่านั้นเอง ในระยะเวลาดังกล่าวเธอยังไม่มีความรู้สึกเป็นตราบาป เพราะยังไม่คิดว่าตนเองแตกต่างจากผู้หญิงคนอื่นๆ แต่ทันทีที่เธอเข้ารับการรักษาภาวะมีบุตร ช่วงเวลาของการรักษาทำให้เธอเกิดความรู้สึกเป็นตราบาปขึ้น เนื่องจาก เธอรู้สึกว่า การรักษาเป็นเรื่องของผู้ป่วยซึ่งมีความอ่อนแอ เธอถูกปฏิบัติเหมือนผู้ป่วย ซึ่งได้รับการฉีดยา และการดูแลเป็นพิเศษ เธอจึงเกิดความรู้สึกไม่ปกติ กังวลเกี่ยวกับผลของการรักษา และเป็นทุกข์ที่ไม่สามารถมีบุตรได้โดยธรรมชาติจึงเป็นเหตุให้ต้องมาเสียเงินเสียทองในการรักษาครั้งนี้

เช่นเดียวกับในทุกกรณีศึกษา ผู้หญิงจะรู้สึกกดดันเมื่อเธอรู้คำวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้มีบุตรยาก ซึ่งการตีตราว่าเป็นผู้มีบุตรยากจากแพทย์นั้นอาจไม่ใช่การตีตราด้วยวาจา แต่อาจเป็นด้วยพฤติกรรมอื่นๆ เช่น การใช้วิธีการรักษาสำหรับผู้มีบุตรยาก เช่น การฉีดเชื้อ การทานฮอร์โมน การฉีดยากระตุ้นไข่ เป็นต้น นั่นหมายความว่า เมื่อผู้หญิงคนหนึ่ง ไม่ว่าจะในความเป็นจริงเธอจะเป็นผู้มีบุตรยากหรือไม่ใช่ก็ตาม แต่เธอได้รับการปฏิบัติด้วยวิธีการอย่างคนที่ผู้มีบุตรยาก เธอก็จะรู้สึกเป็นตราบาปเช่นเดียวกับคนที่ผู้มีบุตรยาก

3) ความรู้สึกเป็นตราบาป (Stigma) จะดำรงอยู่ตลอดในช่วงของการรักษา เมื่อการรักษาบรรลุผล ซึ่งหมายความว่า “มีบุตร” นั่นก็คือ การสิ้นสุดความรู้สึกเป็นตราบาป (Stigma) ด้วย แต่หากการรักษาไม่บรรลุผล และผู้มีบุตรยากพยายามดำเนินการรักษาต่อ กระบวนการเกิดความรู้สึกเป็นตราบาป (Stigma) ก็将继续ต่อไป โดยความรู้สึกเป็นตราบาปจะยังคงอยู่ในวงจรของการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยากตราบาปเท่าที่ผู้หญิงยังไม่สามารถมีบุตรได้ ยกเว้นเพียงแต่เธอสามารถทำใจยอมรับความเป็นจริง เกิดความรู้สึกปลง และยุติการรักษาแล้วแม้จะไม่มี

บุตร ซึ่งนับว่ากระบวนการเกิดความรู้สึกเป็นตราบาปได้จบลง ดังบทสนทนาตอนหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

“ต้องทำใจอย่างเดียว ถ้าปลงได้เมื่อไหร่ก็จะเป็นทุกข์ ก็จะเลิกความพยายามมารักษาให้เสียเงินและก็ไม่ต้องเจ็บตัวด้วย” (พูดตลกแล้ว)

4) เมื่อยังไม่บรรลุนิติภาวะ ทั้งผู้มีบุตรยากที่ทำได้ และทำไม่ได้ ซึ่งตัดสินใจยุติการรักษา อาจกลับมาเข้ารับการรักษาอีกในอนาคต ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ เช่น ในอนาคต ผู้หญิงอาจจะต้องการพยายามมีบุตรอีกครั้ง สามีต้องการให้มารักษาอีกครั้ง หรือผู้หญิงมีอาการคล้ายจะตั้งครรภ์โดยธรรมชาติแต่ไม่บรรลุนิติภาวะ แต่ก็กลายเป็นความคาดหวังใหม่ที่ทำให้ตัดสินใจเข้ารับการรักษาอีกครั้ง เป็นต้น ดังบทสนทนาตอนหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

“บางทีพี่ก็ต้องดูก่อน เพราะการรักษาใช้งบประมาณสูง อาจจะพักการรักษาไปก่อน แล้วถ้าอยู่ดีๆ วันหนึ่งอยากจะมีลูกขึ้นมาหลายๆ แล้วยังไม่มีการรักษาอีก” (เฟื่องฟ้า กล่าว)

“ไม่แน่คะ ถ้าวันหนึ่งเกิดเหมาๆ ครอบครัวเราเกิดอยากจะมีเด็กเล็ก ก็อาจมารักษาใหม่ ในกรณีที่ยังไม่มีลูกเองอีกนะคะ” (กรรณิการ์ กล่าว)

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าการเกิดขึ้นของ “ความรู้สึกเป็นตราบาป” ถูกสร้างขึ้นจากปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมของผู้หญิงมีบุตรยากที่ต่างกัน กล่าวคือ ในบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่สร้างสำนึกให้ผู้หญิงรู้สึกว่าตนเองแตกต่างจากผู้หญิงคนอื่นจะทำให้ผู้หญิงเกิดความรู้สึกเป็นตราบาปได้ง่าย ในขณะที่ผู้หญิงมีบุตรยากที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่กดดัน โดยเธอไม่รู้สึกว่าตนเองแตกต่างจากผู้หญิงคนอื่น ไม่ถูกคาดหวังว่าจะต้องมีบุตร เธอได้รับการปฏิบัติจากสามีและครอบครัวซึ่งไม่ทำให้เธอรู้สึกว่าเธอผิดปกติ หรือแตกต่างจากผู้หญิงคนอื่น เธอก็จะไม่มีความรู้สึกเป็นตราบาป หรือเกิดความรู้สึกเป็นตราบาปได้ยากกว่า

5.3 ภาวะมีบุตรยากกับสภาพความสัมพันธ์ในครอบครัวที่เปลี่ยนไป

การวิเคราะห์ในส่วนนี้ เป็นกล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาวะมีบุตรยากที่ส่งผลต่อสภาพความสัมพันธ์ในครอบครัวที่เปลี่ยนไป ซึ่งลำดับการนำเสนอเป็นหัวข้อ คือ

- 5.3.1 การต่อรื่องทางเพศของคู่สามีภรรยาระหว่างการเผชิญภาวะมีบุตรยาก
- 5.3.2 อิทธิพลของกลุ่มสนับสนุนที่มีต่อสภาพความสัมพันธ์ในครอบครัว
- 5.3.3 การวางแผนครอบครัวและสภาพความสัมพันธ์ในครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป

ดังมีรายละเอียด ต่อไปนี้

ภาวะมีบุตรยากเริ่มส่งผลกระทบต่อผู้หญิงและครอบครัวของเธอ เมื่อผู้หญิงตระหนักในความเป็นตัวตนของเธอที่ไม่สามารถเป็นมารดาได้ตามบทบาทคาดหวังของสังคม ทั้งนี้ก็สืบเนื่องมาจากการเปรียบเทียบตนเองกับผู้หญิงคนอื่นๆ ของสังคม ดังนั้น ทันทิที่ผู้หญิงมีบุตรยากเริ่มรู้สึกว่ตนเองต่างจากผู้หญิงคนอื่นๆ ในสังคม เธอก็ยอมได้รับผลกระทบจาก “ภาวะมีบุตรยาก” ซึ่งทำให้ชีวิตของเธอต้องเริ่มปรับเปลี่ยนทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งผลที่จะเกิดขึ้นต่อความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของเธอด้วย นอกจากนี้ “ภาวะมีบุตรยาก” ยังเป็นภาวะที่ทำให้ผู้หญิงขาดความมั่นคงในชีวิต ซึ่งแม้เธอจะมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต แต่ผู้หญิงส่วนใหญ่ก็ยังคงระแวงและเกรงว่าสามีของเธอจะนอกใจได้

5.3.1 การต่อรื่องทางเพศของคู่สามีภรรยาระหว่างการเผชิญภาวะมีบุตรยาก

ผู้หญิงมีบุตรยากส่วนใหญ่ที่เข้ามารับการรักษาว่จะผ่านกระบวนการตัดสินใจภายใต้อิทธิพลของบุคคลรอบข้างมากมาย โดย “สามี” จะเป็นผู้ที่มีอิทธิพลสูงสุด ทั้งนี้แม้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่จะเป็นผู้หญิงที่มีระดับการศึกษาสูง ฐานะทางเศรษฐกิจดี ได้รับอำนาจในการตัดสินใจเรื่องต่างๆ ภายในครอบครัว แต่พบว่าอำนาจการต่อรื่องระหว่างสามีภรรยาในเรื่องการรักษาว่มีบุตรยากเป็นเรื่องที่มีความซับซ้อนมาก แม้ผู้หญิงมีบุตรยากส่วนใหญ่จะกล่าวว่สามีของตนเองจะไม่ว่อะไรหากเธอไม่สามารถมีบุตรได้จริงๆ แต่หากเธอรู้ว่ สามีของเธอต้องการมีบุตร ผู้หญิงมีบุตรยากเกือบทุกรายจะอยากร่มีบุตรทันที รวมทั้งเธอก็จะพยายาม

ทุกวิถีทางเพื่อให้มีบุตร แม้จะต้องทรมานกายมากเพียงใดก็ตาม ซึ่งสิ่งที่เป็นเป้าหมายแฝง หรือ อาจเป็นเป้าหมายหลักของผู้หญิงบางคน ในความต้องการมีบุตร ก็คือ ความต้องการให้สามีรักเธอ มากขึ้น หรือ ไม่ต้องการให้สามีมีภรรยาบ่อย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะค่านิยมของสังคมที่ผู้หญิงถูก อบรมสั่งสอนจากกระบวนการขัดเกลาทางสังคมของครอบครัวให้ตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ที่ สำคัญของภรรยา ซึ่งมีหน้าที่สำคัญในการดูแลสามี ปรนนิบัติสามี และพยายามทำให้ครอบครัวมี ความสงบสุข อีกทั้งการเรียนรู้ถึงลักษณะครอบครัวในอุดมคติซึ่งประกอบไปด้วย บิดามารดา และ บุตร ทำให้ผู้หญิงต้องการมีบุตร และเมื่อสามีต้องการมีบุตร เธอก็ต้องการเอาใจสามี และเชื่อว่าการมีบุตรตามใจสามีนับเป็นหน้าที่หนึ่งของภรรยาที่ดีด้วย ดังตัวอย่างในบทสนทนาตอนหนึ่งของ กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

“ลื้ๆ แล้วเขาก็คงอยากมีลูก เพียงแต่เขาไม่แสดงออกมา ด้วยความที่เราเป็นผู้หญิงก็อยากทำหน้าที่ของภรรยาให้ดีที่สุด ก็อยากมีลูก ดูแลครอบครัว ดูแลสามี และก็ดูแลลูกให้ ดี” (ชวนชมกล่าว)

“ที่บ้านมีหลานเยอะ แต่แฟนก็อยากมีลูกชาย พี่ก็อยากมีลูกชายให้เขาเพราะเขาคงจะดีใจมาก พี่คิดว่าการมีลูกก็เป็นสิ่งที่ทำให้สามีรักครอบครัวมากขึ้นได้” (ลีลาวดีกล่าว)

5.3.2 อิทธิพลของกลุ่มสนับสนุนที่มีต่อสภาพความสัมพันธ์ในครอบครัว

ปัจจุบันสังคมไทย ลักษณะการสร้างครอบครัวใหม่มีความหลากหลายและ ซับซ้อนมากขึ้น มีทั้งการแยกครัวเรือนออกไปอยู่ลำพังสามีภรรยา การแต่งงานแบบย้ายครัวเรือน เข้าบ้านฝ่ายหญิง และการแต่งงานแบบย้ายครัวเรือนเข้าบ้านฝ่ายชาย แต่อย่างไรก็ดี ผู้ชายไทยจะ มีความเกรงใจบิดามารดาของฝ่ายหญิงมาก ในขณะที่บิดามารดาของทั้งฝ่ายหญิงและฝ่ายชายจะ มีความเกรงใจบุตรเขยและบุตรสะใ้สูงเช่นกัน ดังนั้น บิดามารดาของทั้งสองฝ่ายจะไม่เข้ามาก้าว ก้าวชีวิตคู่ของบุตรเท่าใดนัก จึงพบว่าอิทธิพลของกลุ่มสนับสนุนของคู่สมรสอย่างบิดามารดา พี่ น้อง เพื่อน และญาติของทั้งสองฝ่ายไม่ค่อยมีอิทธิพลเหนือการตัดสินใจเรื่องต่างๆ ภายใน ครอบครัวของคู่สมรส

โครงสร้างทางสังคมได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของหญิงชายในครอบครัวให้มีความแตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตาม โครงสร้างของสังคมไทยได้เอื้อให้บทบาทของหญิงและชายมีความยืดหยุ่นในบทบาทและหน้าที่ดังกล่าว โดยหญิงและชายจะไม่มีใครมีอำนาจเบ็ดเสร็จภายในครอบครัว ดังตัวอย่างของครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างซึ่งพบว่าลักษณะความสัมพันธ์เชิงอำนาจภายในครอบครัวของหญิงและชายไม่มีความชัดเจนเท่าใดนัก หัวหน้าครอบครัวและผู้ที่มีอำนาจเด็ดขาดในการตัดสินใจเรื่องต่างๆ ในบ้านอาจเป็นคนละคนกัน รวมทั้งบุคคลที่เป็นผู้ปกครองของบุตรก็อาจเป็นคนละคนกับผู้ที่ยกย่องบุตร ผู้หญิงมีบุตรยากส่วนใหญ่กล่าวถึงครอบครัวของตนเองว่า แม้ครอบครัวของตนเองจะเข้าข่ายลักษณะของความสัมพันธ์เชิงอำนาจแบบชายเป็นใหญ่ แต่อำนาจที่แท้จริงมักเป็นของมารดามากกว่า ดังตัวอย่างบทสนทนาตอนหนึ่งดังนี้

“ก็อย่างที่รู้กัน บ้านของพี่มีพ่อเป็นหัวหน้าครอบครัวก็จริง แต่ถ้าแม่พูดอะไร พ่อก็ต้องฟัง คนในบ้านจะฟังแม่มากกว่า” (ดาวเรืองกล่าว)

“พ่อเป็นหัวหน้าครอบครัวตามกฎหมาย แต่ที่บ้านก็เป็นแบบครอบครัวในสังคมไทยบ้านอื่นๆ คือ พ่อกลัวแม่ อำนาจในบ้านจริงๆ ก็เลยเป็นของคุณแม่มากกว่า” (เฟื่องฟ้ากล่าว)

“คุณพ่อกับคุณแม่มีอะไรจะหารื้อกันมากกว่า คุณพ่อเป็นหัวหน้าครอบครัว แต่ทั้งพ่อและแม่ก็มีอำนาจเท่าๆ กัน จะเกรงใจกันมากกว่า คุณพ่อก็เกรงใจคุณแม่มากกว่า” (กรรณิการ์กล่าว)

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าอิทธิพลของกลุ่มสนับสนุนไม่ค่อยมีอิทธิพลเหนือการตัดสินใจเรื่องต่างๆ ภายในครอบครัวของคู่สมรส คู่สมรสจะหารื้อกัน และเป็นผู้มีอิทธิพลซึ่งกันและกันเกี่ยวกับเรื่องต่างๆ ภายในครอบครัวมากกว่า

5.3.3 การวางแผนครอบครัวและสภาพความสัมพันธ์ในครอบครัวที่เปลี่ยนแปลง

ไป

คู่สามีภรรยาที่พบว่าตนเองไม่สามารถมีบุตรได้ หรือโอกาสในการมีบุตรนั้นน้อยมาก คู่สามีภรรยาส่วนใหญ่จะเริ่มเปลี่ยนแปลงทัศนคติใหม่เกี่ยวกับความหมายของครอบครัว ว่าองค์ประกอบของครอบครัวนั้นไม่จำเป็นต้องมีบุตรก็ได้ ทั้งนี้เพื่อให้ตนเองรู้สึกดีขึ้น แม้ว่าจะยังคงรู้สึกต้องการมีบุตรตลอดเวลา คู่สามีภรรยาส่วนใหญ่พยายามที่จะหันกลับมาใช้ชีวิตคู่ที่ทำความเข้าใจกันเองมากขึ้น เห็นอกเห็นใจกันมากขึ้น และวางแผนชีวิตในบั้นปลายซึ่งอยู่กันลำพัง โดยส่วนใหญ่จะหันไปให้ความสำคัญกับความสำเร็จในชีวิตด้านอื่นๆ โดยเฉพาะด้านหน้าที่การงาน พวกเขาจะทุ่มเทกับการทำงาน และวางแผนท่องเที่ยวกันเป็นส่วนใหญ่ ในขณะที่บางกรณีภาวะมีบุตรยากก็ส่งผลให้คู่สมรสรู้สึกตึงเครียดมากขึ้น เป้อหนายกันมากขึ้น และขัดแย้งกันบ่อยขึ้น ซึ่งจากการวิจัยพบว่า **สถานการณ์มีบุตรยากส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส ดังนี้**

1) **ความสัมพันธ์เชิงบวก** พบว่า คู่สมรส 3 ราย จาก 10 ราย ภาวะมีบุตรยากทำให้เห็นอกเห็นใจกันมากขึ้น มีความเข้าใจกันมากขึ้น

2) **ความสัมพันธ์เชิงลบ** พบว่า คู่สมรส 4 ราย จาก 10 ราย ภาวะมีบุตรยากทำให้รู้สึกตึงเครียดมากขึ้น และคู่สมรส 3 ราย จาก 10 ราย ภาวะมีบุตรยากทำให้เป้อหนายกันมากขึ้น และขัดแย้งกันบ่อยขึ้น ในกลุ่มนี้ ภาวะมีบุตรยากเป็นสถานการณ์ที่สร้างความตึงเครียดให้กับสมาชิกในครอบครัว บรรยากาศในครอบครัวแยลง สมาชิกไม่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และพบการทะเลาะเบาะแว้งกันมากขึ้น ผู้หญิงมีบุตรยากที่เผชิญสถานการณ์ในลักษณะนี้จึงเป็นผู้ที่มีแนวโน้มสู่การหย่าร้างมากกว่ากลุ่มแรก

อย่างไรก็ตาม สัมพันธภาพก่อนแต่งงานมีผลต่อสภาพความสัมพันธ์ในครอบครัวที่จะเปลี่ยนแปลงไปจากภาวะมีบุตรยาก พบว่า คู่สมรสที่มีความรักความเข้าใจกันดีก่อนแต่งงานอยู่แล้ว ก็มีแนวโน้มที่เขาจะยังคงรักกัน โดยภาวะมีบุตรยากไม่มีผลต่อความรักของคู่สมรสที่รักกันมากกว่าก่อนหน้านี้ ในทางตรงกันข้ามคู่ที่เริ่มต้นชีวิตการแต่งงานอย่างกระท่อนกระแท่น มีความขัดแย้งกันก่อนอยู่แล้ว หรืออย่างเช่นในกรณีคู่สมรสที่มาจากครอบครัวคลุ้มคลั่ง ก็มีแนวโน้มว่าสภาพภาวะมีบุตรยากจะกลายเป็นเงื่อนไขของความขัดแย้งที่เพิ่มมากขึ้นทันที เช่นในกรณีของพลับพลึงซึ่งแต่งงานกับสามีโดยการแนะนำกันของญาติ โดยไม่ได้ทำความรู้จักและสนิทสนมกันก่อน

แต่งงาน ภาวะมีบุตรยากทำให้เธอกดดันมาก เธอและสามีขัดแย้งกันมากขึ้น และเบื่อกันมากขึ้น

แม้ว่าการรับเด็กมาเลี้ยงจะเป็นที่นิยมในสังคมตะวันตกสำหรับคู่สมรสที่ไม่มีบุตร แต่การวิจัยนี้พบว่า ผู้มีบุตรยากทุกรายไม่มีใครวางแผนเกี่ยวกับการรับเด็กมาเลี้ยงเป็นบุตรบุญธรรม เนื่องจากยังคงยึดติดในเรื่องของสายเลือด มีเพียงบางกรณีเท่านั้นที่สนใจจะรับหลานซึ่งเป็นบุตรของพี่น้องมาเลี้ยงเป็นบุตรบุญธรรม ทั้งนี้สาเหตุของการไม่รับเด็กมาเลี้ยง สรุปได้ 2 ประการ ดังนี้

ประการแรก **ความเชื่อว่าเด็กไม่ใช่สายเลือดของตนเอง** โดยคู่สมรส 7 ราย จาก 10 ราย เชื่อว่าเด็กไม่ใช่สายเลือดของตนเอง ไม่รู้ว่าบิดามารดาที่แท้จริงเป็นใคร เมื่อเด็กเติบโตขึ้นกลัวว่าจะกลายเป็นปัญหา และไม่ยักนำเด็กที่เป็นสายเลือดของคนอื่นมาเลี้ยง

ประการที่สอง **ความเชื่อที่ว่าตนเองก็ยังสามารถมีบุตรได้** โดยคู่สมรสอีก 3 ราย จาก 10 ราย เชื่อว่าตนเองสามารถมีบุตรได้ และจะยังคงใช้เทคโนโลยีทางแพทย์ต่อไปจนถึงที่สุด

5.4 การปรับตัวของผู้หญิงมีบุตรยาก

การวิเคราะห์ในส่วนนี้ เป็นการกล่าวถึงการปรับตัวของผู้หญิงมีบุตรยากหลังจากที่เธอต้องเผชิญกับภาวะไม่มีบุตร ซึ่งโดยปกติแล้วการปรับตัวเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดชีวิตของมนุษย์ ในทางเดียวกัน ในกรณีของผู้หญิงมีบุตรยาก การปรับตัวเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในช่วงของการรักษาและหลังการรักษาภาวะมีบุตรยาก เพื่อให้ผู้หญิงมีบุตรยากสามารถลดทอนความรู้สึกเป็นตราบาป และสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างปกติสุข โดยในส่วนนี้จะกล่าวถึงการปรับตัวของผู้หญิงมีบุตรยากใน 2 ลักษณะ คือ การปรับตัวในช่วงระหว่างการรักษาซึ่งมีความหวังว่าจะมีบุตรได้ และการปรับตัวหลังการรักษาเมื่อรู้ว่าไม่มีบุตร ซึ่งการปรับตัวดังกล่าวส่งผลโดยตรงต่อทั้งตัวของผู้หญิงมีบุตรยากเอง และครอบครัวของเธอ โดยมีลำดับการนำเสนอเป็นหัวข้อ คือ

5.4.1 การปรับตัวของผู้หญิงมีบุตรยากในการดำเนินชีวิตประจำวัน

5.4.2 การนิยามความหมายของ “ความเป็นผู้หญิง” ที่เปลี่ยนไป

ดังมีรายละเอียด ต่อไปนี้

5.4.1 การปรับตัวของผู้หญิงมีบุตรยากในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ผู้หญิงมีบุตรยากจะมีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป โดยหน้าที่การงานของผู้หญิงและคู่สมรสเป็นเงื่อนไขสำคัญของสภาพชีวิตที่จะเปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือ ผู้หญิงมีบุตรยากที่เป็นเจ้าของกิจการจะพักงานไว้ชั่วคราวในช่วงของการรักษา ซึ่งเธอมีโอกาสในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาได้มากกว่ากลุ่มผู้หญิงที่ต้องทำงานในบริษัทซึ่งต้องขอลาพักงาน

การปรับตัวของผู้หญิงมีบุตรยากสรุปได้ 2 ลักษณะสำคัญ คือ การปรับตัวในช่วงระหว่างการรักษาซึ่งมีความหวังว่าจะมีบุตรได้ และการปรับตัวหลังการรักษาเมื่อรู้ว่าไม่มีบุตร ซึ่งการศึกษาเกี่ยวกับการปรับตัวของผู้หญิงมีบุตรยากในลักษณะที่สองนี้มีข้อจำกัดว่ากลุ่มตัวอย่างของการวิจัยนี้อยู่ในขั้นตอนของการรักษา จึงมีข้อมูลเรื่องการปรับตัวย่อย เพราะบางคนยังมีความหวังในการมีบุตรอยู่

ลักษณะแรก การปรับตัวในช่วงระหว่างการรักษาซึ่งมีความหวังว่าจะมีบุตรได้ ผู้หญิงมีบุตรยากจะมีการปรับตัวมากในช่วงระหว่างการรักษา ซึ่งเป็นการปรับตัวทางกายและจิตใจ เช่น ช่วงที่เธอทำอีกซี่ การผสมเทียม หรือฉีดยากระตุ้น เนื่องจากช่วงเวลาดังกล่าว เธอต้องดูแลตนเองอย่างดีมาก ห้ามได้รับความกระทบกระเทือนแม้แต่น้อย การเดินหรือการนั่งต้องเป็นไปอย่างนุ่มนวลที่สุด ในภาวะนี้เธอเสี่ยงต่อความล้มเหลวได้ในทุกขณะ ในทุกรายพบว่าเธอต้องหยุดงาน แทบจะทำอะไรไม่ได้เลย ไม่สามารถวิ่ง เดินเร็ว เดินโดยลงน้ำหนักที่เท้าไม่สม่ำเสมอ ก้มตัว ยกของ เคลื่อนตัวอย่างเร็ว ขึ้น-ลงบันไดบ้าน ทานอาหารที่เสี่ยงต่อการท้องเสีย เนื่องจากอาจนำไปสู่ความล้มเหลวของการตั้งครรภ์ได้ ซึ่งในภาวะนี้เองที่สร้างความเครียดและความกดดันให้แก่ผู้หญิงมีบุตรยากเป็นอย่างมาก รวมทั้งเธอไม่มีโอกาสที่จะคิดว่าจะเครียดได้เลย เพราะเธอย่อมทราบดีว่าความเครียดก็จะเป็นสาเหตุของความล้มเหลวเช่นกัน ดังตัวอย่างบทสนทนาตอนหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

“พี่ได้แต่กินๆ นอนๆ จะเครียดก็เครียดไม่ได้ ทำอะไรไม่ได้เลย จะขึ้นบันไดยังต้องอ้อมขึ้นไปเลย ต้องทานอาหารที่มีคุณภาพมากๆ เพราะถ้าท้องเสียก็จบ แปลว่าหลุดแน่นอน” (เบญจมาศกล่าว)

“ช่วงรักษาก็ต้องหยุดงานเลย พี่คิดว่าถ้าเริ่มรักษาก็จะลางาน เพราะต้องดูแลตัวเองเป็นพิเศษ กระทบกระเทือนอะไรไม่ได้” (เฟื่องฟ้ากล่าว)

ลักษณะที่สอง การปรับตัวหลังการรักษาเมื่อรู้ว่าไม่มีบุตร เป็นการปรับตัวในช่วงหลังจากการรักษาสิ้นสุดลง และเธอรับรู้ว่าตนเองไม่สามารถมีบุตรได้ ซึ่งการปรับตัวในช่วงเวลาดังกล่าวเป็นการปรับตัวทางจิตใจและการปรับเปลี่ยนทัศนคติมากกว่าการปรับตัวทางกาย โดยแนวคิดเรื่องการปรับตัวทางสังคมได้ชี้ให้เห็นว่า ผู้ที่จะปรับตัวได้ดีก็คือผู้ที่ทำใจยอมรับสภาพความเป็นจริงได้ พยายามมองโลกในแง่ดี เห็นคุณค่าของตนเอง และพยายามทำงานเพื่อสังคมมากขึ้น ดังนั้น ผู้หญิงมีบุตรยากที่มีการปรับตัวได้ดีที่สุด และสามารถลดความรู้สึกเป็นตราบาปของตนเอง ก็คือผู้หญิงที่สามารถยอมรับสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้น โดยยังคงศรัทธา และเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง รวมทั้งเชื่อในความสามารถด้านอื่นๆ ที่จะทำให้เธอประสบความสำเร็จในชีวิตได้ ซึ่งนอกจากจะส่งผลให้ตัวผู้หญิงมีบุตรยากเองรู้สึกคลายกังวล ยังส่งผลให้ความสัมพันธ์ระหว่างเธอและสามีดีขึ้นด้วย

5.4.2 การนิยามความหมายของ “ความเป็นผู้หญิง” ที่เปลี่ยนไป

จากเดิมที่ผู้หญิงส่วนใหญ่จะนิยามความหมายของความเป็นผู้หญิงที่สมบูรณ์แบบว่าต้องประกอบไปด้วยการประสบความสำเร็จในภาระหน้าที่ความรับผิดชอบทั้ง 4 บทบาท อันได้แก่ บทบาทของความเป็นบุตรสาว บทบาทของผู้หญิงทำงาน บทบาทความเป็นภรรยา และ บทบาทความเป็นมารดา อย่างไรก็ตาม เมื่อผู้หญิงมีบุตรยากไม่อาจที่จะเป็นมารดาได้ เนื่องจากความสามารถในการมีบุตร ดังนั้น เธอจะพยายามเปลี่ยนแปลงทัศนคติใหม่ต่อความหมายของผู้หญิง โดยผู้หญิงมีบุตรยากส่วนใหญ่จะนำบทบาทในหน้าที่การงานมาทดแทนหน้าที่ของความเป็นมารดา โดยพยายามเชื่อว่าความเป็นผู้หญิงที่สมบูรณ์แบบนั้นไม่จำเป็นต้องมีบทบาททั้ง 4 บทบาทให้ครบ หากแต่คุณค่าของผู้หญิงสามารถวัดได้จากความสำเร็จในบทบาทอื่นๆ ได้ โดยเฉพาะด้านหน้าที่การงาน ผู้หญิงมีบุตรยากบางรายเชื่อว่าเพียงบทบาทของการเป็นบุตรสาวที่ดี และเป็นภรรยาที่ดีก็สามารถทำให้เธอมีคุณค่าไม่ด้อยลงได้เช่นกัน ดังตัวอย่างในบทสนทนาตอนหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

“ผู้หญิงที่ไม่มีลูกก็อาจประสบความสำเร็จในชีวิตได้ ผู้หญิงเก่งที่ได้รับการยอมรับในสังคม เขาไม่มีลูกก็เยอะเยอะ พี่คิดว่าผู้หญิงที่ไม่มีลูกก็เป็นผู้หญิงที่สมบูรณ์ได้” (พุดตานกล่าว)

บทที่ 6

บทสรุป ข้อจำกัด จริยธรรมการวิจัย และข้อเสนอแนะ

ในบทที่ 6 นี้ เป็นการกล่าวถึงบทสรุป ข้อจำกัดของงานวิจัย และข้อเสนอแนะในการ
ทำงานวิจัยต่อไป ซึ่งมีลำดับการนำเสนอหัวข้อ คือ

- 6.1 บทสรุป
- 6.2 ข้อจำกัด และอุปสรรคในการวิจัยครั้งนี้
- 6.3 จริยธรรมการวิจัย
- 6.4 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

6.1 บทสรุป

การวิจัยเรื่อง “การสร้างความหมายทางสังคมและวัฒนธรรมเกี่ยวกับความรู้สึกเป็นตรา
บาปในกลุ่มผู้หญิงที่มีบุตรยาก” (The socio-cultural construction of stigma in infertile
women) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อบทบาทคาดหวังของ
ผู้หญิงในสังคมไทยสมัยปัจจุบัน, กระบวนการเกิด “ความรู้สึกเป็นตราบาป” (Stigma) ของผู้หญิงที่
มีบุตรยาก, ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะมีบุตรยากกับสภาพความสัมพันธ์ในครอบครัวในบริบท
ของสังคมไทย ตลอดจนวิธีการปรับตัวของผู้หญิงในภาวะมีบุตรยาก ซึ่งแนวคิดที่นำมาใช้ในการ
วิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แนวคิดเรื่อง บทบาททางเพศ (Gender role), แนวคิดเรื่อง ความรู้สึกเป็นตราบาป
(Stigma), แนวคิดเรื่อง ภาวะมีบุตรยาก (Infertility), แนวคิดเรื่อง ครอบครัว (Family) และแนวคิด
เรื่อง การปรับตัวทางสังคม (Social adjustment) ผลการวิจัยสรุปได้ว่า **เป็นไปตามสมมติฐาน
ของการวิจัยทุกข้อ** อันได้แก่

- 1) ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมมีผลต่อ “บทบาทคาดหวัง” ของผู้หญิงในสังคมไทย
สมัยปัจจุบัน

- 2) "ความรู้สึกเป็นตราบาป" (Stigma) เกิดขึ้นเมื่อผู้หญิงรับรู้ว่าคุณเองไม่สามารถมีบุตรได้ตามความคาดหวังของสังคม
- 3) "ภาวะมีบุตรยากของผู้หญิง" มีผลกระทบต่อ "สภาพความสัมพันธ์ในครอบครัว"
- 4) ผู้หญิงมีบุตรยากมีการปรับตัวเมื่อรับรู้ว่าคุณเองอยู่ในภาวะมีบุตรยาก

โดยสรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

ประการแรก **ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อบทบาทคาดหวังของผู้หญิงในสังคมไทยสมัยปัจจุบัน** พบว่า กระบวนการขัดเกลาทางสังคมของครอบครัวได้หล่อหลอมให้ผู้หญิงไทยเรียนรู้เกี่ยวกับบทบาทคาดหวังของผู้หญิงในบทบาทสำคัญ 4 บทบาท คือ บทบาทของบุตรสาว ผู้หญิงทำงาน บทบาทภรรยา และบทบาทมารดา ซึ่งผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าผู้หญิงยังคงถูกคาดหวังในบทบาทของมารดาเสมอ เนื่องจากเมื่อกลุ่มตัวอย่างอายุขึ้นเลข 3 แล้วยังไม่มีการตั้งครรภ์จะเริ่มกังวลและตัดสินใจเข้ารับการตรวจวินิจฉัยเกี่ยวกับภาวะที่ยังไม่มีบุตร นอกจากนี้ในทุกบทบาทของผู้หญิง ผู้หญิงจะมีหน้าที่หลักในการดูแลสมาชิกของครอบครัวและดูแลงานในบ้าน โดยผู้หญิงไทยยังมีทัศนคติที่หลากหลายเกี่ยวกับความแตกต่างและความเท่าเทียมกันทางเพศระหว่างหญิงชายในสังคมไทย บางคนเชื่อว่าผู้หญิงไทยมีความแตกต่างแต่เท่าเทียมกับบุรุษ บางคนเชื่อว่าผู้หญิงไทยไม่มีความแตกต่างและมีความเท่าเทียมกับบุรุษ ในขณะที่บางคนก็เชื่อว่าผู้หญิงไทยยังไม่มีความแตกต่างและไม่เท่าเทียมกับบุรุษ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะสังคมไทยเป็นสังคมที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ผู้หญิงได้รับการอบรมจากครอบครัวที่มีวัฒนธรรมต่างกัน บางคนมาจากครอบครัวที่มีความสัมพันธ์เชิงอำนาจในครอบครัวแบบชายเป็นใหญ่ บางคนมาจากครอบครัวที่มีลักษณะหญิงเป็นใหญ่ บางคนมาจากครอบครัวคนไทยเชื้อสายจีน ในขณะที่บางคนมาจากครอบครัวขยายที่มีปู่ย่าเป็นผู้เลี้ยงดู ผู้หญิงไทยจึงได้รับการปฏิบัติทางเพศที่ต่างกัน จึงทำให้ผู้หญิงมีทัศนคติเกี่ยวกับบทบาททางเพศที่แตกต่างกันไป

นอกจากนี้ ผู้หญิงไทยส่วนใหญ่ยอมรับว่ากระบวนการขัดเกลาทางสังคมของครอบครัวรวมทั้งสัญชาตญาณความเป็นมารดาเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้หญิงรู้สึกว่าคุณเองต้องการตั้งครรภ์และให้กำเนิดบุตร รวมทั้งผู้หญิงส่วนใหญ่ก็เชื่อว่า "บทบาทความเป็นมารดา" เป็นบทบาทที่ยากที่สุดสำหรับผู้หญิง เนื่องจาก "มารดา" เป็นบทบาทที่มีภาระหน้าที่อันยิ่งใหญ่ในการให้กำเนิดชีวิต ดูแลเลี้ยงดู ให้ความรักความอบอุ่น และรับผิดชอบชีวิตนั้นให้ดีที่สุด รวมทั้งเป็น

บทบาทที่ผู้หญิงมีบุตรยากยังไม่เคยเป็นมาก่อนในชีวิตด้วย โดยผู้หญิงให้นิยามคำว่า “มารดา” มีความหมายถึง ผู้ที่ตั้งครรภ์ ให้กำเนิด และเลี้ยงดูบุตร ซึ่งองค์ประกอบจากนิยามดังกล่าวส่งผลให้ผู้หญิงมีบุตรยากต้องการตั้งครรภ์ และให้กำเนิดบุตรด้วยตนเอง ดังนั้น การรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยวิธีการอุ้มบุญจึงเป็นทางเลือกนอกสายตาของผู้หญิงมีบุตรยาก ในขณะเดียวกัน ผู้หญิงมีบุตรยากก็เชื่อว่าการมีบุตรจะช่วยส่งเสริมความสัมพันธ์อันดีระหว่างสมาชิกในบ้าน บุตรจะเป็นสีสันของครอบครัว เป็นทายาทสืบสกุล รวมทั้งผู้หญิงมีบุตรยากบางคนก็เชื่อว่าการมีบุตรจะทำให้สามีรักตนเองและครอบครัวมากขึ้นด้วย

ประการที่สอง กระบวนการเกิด “ความรู้สึกเป็นตราบาป” (Stigma) ของผู้หญิงที่มีบุตรยากเป็นกระบวนการทางสังคมและวัฒนธรรม พบว่า การตระหนักใน “ความเป็นตัวตน” ทำให้ผู้หญิงยอมรับบทบาทคาดหวังของสังคมในความเป็นภรรยาและมารดา เมื่อผู้หญิงต้องเผชิญกับภาวะมีบุตรยากซึ่งเป็น “บทบาทที่เป็นจริง” อันแตกต่างจาก “บทบาทคาดหวัง” ทำให้ผู้หญิงมีบุตรยากเกิดความรู้สึกเครียดกังวล เป็นทุกข์ และเกิดความรู้สึกเป็นตราบาปขึ้น จากการที่ไม่สามารถเป็นไปตามบทบาทคาดหวังของสังคมได้ โดยความรู้สึกเป็นตราบาปจะเกิดขึ้นครั้งแรกเมื่อผู้หญิงมีบุตรยากตระหนักว่าตนเองแตกต่างจากผู้หญิงคนอื่นๆ และเข้ารับการรักษาภาวะมีบุตรยาก และความรู้สึกเป็นตราบาปจะดำเนินต่อไปตราบเท่าที่เธอยังคงรักษาและไม่มีบุตร โดยผู้ที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกเป็นตราบาปของผู้หญิงมีบุตรยากมากที่สุด ก็คือ สามีของเธอ ซึ่งภาวะไม่มีบุตรทำให้ผู้หญิงรู้สึกว่าตนเองอาจจะเป็นภรรยาที่ไม่ดี สามีจะรักเธอน้อยลง รวมทั้งความสัมพันธ์ในครอบครัวอาจจะแย่งจากภาวะไม่มีบุตร นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังชี้ให้เห็นว่า ตัวตนทางสังคมของผู้หญิงมีบุตรยากเป็นตัวตนที่สัมพันธ์โดยตรงกับสามีของเธอ โดยข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของภาวะมีบุตรยากของกลุ่มตัวอย่างชี้ให้เห็นว่าผู้หญิงต้องแบกรับความรับผิดชอบเกี่ยวกับปัญหาการเจริญพันธุ์ที่ไม่สามารถให้กำเนิดบุตรได้เนื่องจากสามีของเธอเชื่ออ่อนจนเป็นสาเหตุของภาวะมีบุตรยากด้วย

ประการสุดท้าย ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะมีบุตรยากกับสภาพความสัมพันธ์ในครอบครัวในบริบทของสังคมไทย ตลอดจนวิธีการปรับตัวของผู้หญิงในภาวะมีบุตรยาก พบว่า ผู้ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาภาวะมีบุตรยาก ตลอดจนเป็นผู้ที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความรู้สึกเป็นตราบาปของผู้หญิงมากที่สุด ก็คือ สามีของเธอ ด้วยเหตุที่ผู้หญิงในสังคมไทยถูกขัดเกลาและอบรมสั่งสอนให้รู้จักหน้าที่ของผู้หญิงในการดูแลสมาชิกในครอบครัว

เมื่อแต่งงานไปแล้วก็ต้องปรนนิบัติสามี การขัดเกลาดังกล่าวทำให้ผู้หญิงตระหนักว่าหน้าที่ของภรรยา นั้นต้องคอยเอาใจสามี เมื่อสามีต้องการมีบุตร เธอก็ต้องการมีบุตรให้สามีพึงพอใจ ทั้งนี้ ปัจจัยทางด้านการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจ ก็ไม่ได้มีอิทธิพลเหนืออำนาจการต่อรองระหว่างชายและหญิง ซึ่งแม้ผู้หญิงที่มีระดับการศึกษาสูง และมีอำนาจการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ภายในบ้าน แต่เธอก็จะยอมรับในบทบาทของภรรยาที่ดีว่าควรจะมีบุตรให้สามีได้พึงพอใจ ดังนั้น “ภาวะมีบุตรยาก” เป็นภาวะที่ทำให้ผู้หญิงขาดความมั่นคงในชีวิต ซึ่งแม้เธอจะมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต แต่ผู้หญิงส่วนใหญ่ก็ยังคงระแวงและเกรงว่าสามีของเธอจะนอกใจ หรือรักเธอน้อยลง และอาจนำไปสู่การหย่าร้างได้ ทั้งนี้พบว่า ผู้หญิงมีบุตรยากที่สามารถยอมรับกับสภาพความเป็นจริงได้จะช่วยให้เธอปรับตัวได้ดีที่สุด และช่วยลดทอนความรู้เป็นตราบาปของเธอลงได้

ในทางเดียวกัน ภาวะมีบุตรยากส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยา ซึ่งส่วนใหญ่คู่สมรสจะรู้สึกเครียดกังวล บางกรณีจะเห็นอกเห็นใจกันมากขึ้น ในขณะที่บางกรณีก็จะเบื่อหน่ายและขัดแย้งกันมากขึ้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ของคู่สมรสก่อนแต่งงานเป็นสำคัญ นอกจากนี้ คู่สมรสที่ต้องเผชิญภาวะมีบุตรยากส่วนใหญ่จะไม่ได้วางแผนอนาคตของการมีบุตร หรือไม่มีบุตรไว้ชัดเจน ส่วนใหญ่ตั้งใจที่จะรักษาให้ถึงที่สุดก่อน โดยทุกกรณีคาดหวังว่าตนเองมีโอกาสนำกำเนิดบุตรได้ แต่อย่างไรก็ดี คู่สมรสทุกกรณีไม่มีใครวางแผนเกี่ยวกับการรับเด็กมาเลี้ยงเลย เนื่องจากการยึดติดในสายเลือด และเกรงว่าจะก่อให้เกิดปัญหาในอนาคตได้

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงสรุปได้ว่า **ความรู้สึกเป็นตราบาปในกลุ่มผู้หญิงที่มีบุตรยากเกิดมาจากการสร้างความหมายทางสังคมและวัฒนธรรม** โดยเริ่มต้นมาจากกระบวนการขัดเกลาทงสังคมของครอบครัว ซึ่งได้สร้างสำนึกในความเป็นตัวตนขึ้นมา ทำให้ผู้หญิงยอมรับและดำเนินตามบทบาทคาดหวังของสังคมในบทบาทความเป็นผู้หญิง ซึ่งประกอบด้วย การเป็นบุตรที่ดี การเป็นผู้หญิงทำงาน การเป็นภรรยา และการเป็นมารดา เมื่อต้องเผชิญกับภาวะมีบุตรยาก โดยผู้หญิงรู้สึกว่าตนเองแตกต่างจากผู้หญิงคนอื่นตรงที่ตนเองไม่สามารถตั้งครมร์และให้กำเนิดบุตรได้ตามที่สังคมคาดหวัง ทำให้ผู้หญิงรู้สึกเป็นตราบาป เครียดกังวล รู้สึกผิดต่อตนเอง สามี และครอบครัว ขาดความมั่นคงในชีวิต รวมทั้งวิตกในผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการที่ตนเองไม่สามารถดำเนินตามบทบาทคาดหวังดังกล่าวได้ ทั้งนี้ การปรับตัวซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดชีวิตของมนุษย์จึงเกิดขึ้นในช่วงของการรักษาและหลังจากการรักษา

ภาวะมีบุตรยากเพื่อให้ผู้หญิงมีบุตรยากหลุดพ้น หรือลดทอนความรู้สึกเป็นตราบาป จากการปรับพฤติกรรม และทัศนคติในการยอมรับสภาพความเป็นจริงเพื่อให้ดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างปกติสุข

6.2 ข้อจำกัด และอุปสรรคในการวิจัยครั้งนี้

งานวิจัยชิ้นนี้มีข้อจำกัดด้านต่างๆ ซึ่งมีผลต่อข้อมูลที่ได้รับ ซึ่งผู้วิจัยแบ่งข้อจำกัดได้ 4 ประการ ดังนี้

6.2.1 ข้อจำกัดด้านพื้นที่

พื้นที่ของการศึกษาในงานวิจัยนี้ คือ สถานพยาบาลเจตนิน ซึ่งเป็นสถานพยาบาลเอกชน ที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาค่อนข้างสูง ข้อจำกัดทางด้านพื้นที่ดังกล่าวมีผลกระทบโดยตรง คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (ซึ่งจะกล่าวในลำดับต่อไป) รวมทั้งสถานพยาบาลเจตนินเป็นสถานพยาบาลที่มีชื่อเสียงในด้านการรักษาภาวะมีบุตรยากโดยวิธีการทำกิ๊ฟท์ และอีกข้อ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษา หรือมีแนวโน้มที่จะได้รับการรักษาด้วยวิธีการดังกล่าวมากกว่าวิธีการอื่นๆ

6.2.2 ข้อจำกัดด้านกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลจากผู้ที่มาเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลเจตนิน ซึ่งเป็นสถานพยาบาลเอกชน ที่มีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จึงเป็นผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจในระดับค่อนข้างดีมาก ซึ่งมีผลต่อลักษณะของการเกิดความรู้สึกเป็นตราบาปที่แตกต่างไปจากกลุ่มผู้มีบุตรยากโดยทั่วไป (อาจจะต้องการมีบุตรสูงมากจากความพร้อมทางเศรษฐกิจ แต่มีความกดดันจากผู้สนับสนุนน้อยเนื่องจากมีความเกรงใจกันสูงมาก)

6.2.3 ข้อจำกัดด้านเวลา

การวิจัยนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในระยะเวลาไม่เกิน 3 เดือน ซึ่งเป็นข้อจำกัดที่ทำให้ผลการศึกษาไม่สามารถความเป็นมาเกี่ยวกับพัฒนาการในการรักษาทั้งหมดได้ ซึ่งต้องใช้เวลานานนับปี ซึ่งผู้หญิงแต่ละคนก็จะใช้ระยะเวลาที่ต่างกันมากด้วย ดังนั้นด้วยข้อจำกัดทางด้านเวลา ข้อมูลในงานวิจัยนี้จึงเป็นมุ่งเน้นข้อมูลในช่วงเริ่มต้นของการรักษาเท่านั้น รวมทั้งการศึกษาเกี่ยวกับการปรับตัวของผู้หญิงมีบุตรยากในการวิจัยนี้ มีข้อจำกัดว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในขั้นตอนของการรักษาจึงมีข้อมูลเรื่องการปรับตัวน้อย เพราะผู้หญิงยังมีความหวังในการมีบุตรอยู่

6.2.4 ข้อจำกัดและอุปสรรคในการเข้าถึงข้อมูล

การลงนามเก็บข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยพบอุปสรรคในการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ เจาะลึกในช่วงแรกเป็นอย่างมาก เนื่องจากข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลที่ค่อนข้างส่วนบุคคล ผู้หญิงมีบุตรยากต้องถ่ายทอดความรู้สึกนึกคิดจริงซึ่งไม่ได้เป็นความรู้สึกที่น่ายินดีเท่าใดนักให้กับผู้วิจัย โดยเฉพาะในช่วงแรกของการเลือกตัวอย่างและขออนุญาตสัมภาษณ์ ซึ่งผู้หญิงมีบุตรยากที่ ให้สัมภาษณ์เกือบทุกรายต้องรอการพิจารณาจากสามีเสียก่อน รวมทั้งบางรายขอเวลาในการตัดสินใจร่วมโครงการโดยการกลับไปปรึกษากับครอบครัวของเธอเสียก่อน เนื่องจากเกรงว่าข้อมูล จะทำให้ครอบครัวของเธอเสียหาย บางรายขอถอนตัวจากการสัมภาษณ์เนื่องจากสามีของเธอไม่ ยอยากให้นำเรื่องราวในครอบครัวมาถ่ายทอดให้ผู้ฟัง นอกจากนี้ บางรายก็ขอถอนตัวไปโดยไม่ มาตามนัดในการนัดสัมภาษณ์ครั้งแรก

ในการสัมภาษณ์ช่วงแรก สามีของผู้หญิงมีบุตรยากหลายรายนั่งฟังการให้สัมภาษณ์ ด้วย และมีการขัดภรรยาของเขาทันทีที่มีการวิจารณ์ หรือกล่าวถึงสภาพความสัมพันธ์ในครอบครัว จากอดีตจนถึงปัจจุบันในทางลบ สามีของกลุ่มตัวอย่างบางรายดูผู้วิจัย และแสดงความไม่พอใจ เมื่อผู้วิจัยซักถามภรรยาของเขาเกี่ยวกับสภาพความสัมพันธ์ในครอบครัว รวมทั้งบางรายตำหนิ ภรรยาของตนเองเมื่อเธอเล่าถึงประวัติครอบครัวที่เขาคิดว่าเป็นข้อมูลที่ลึกลงไป ผู้วิจัยจึงขออนัด สัมภาษณ์ในครั้งต่อไป และเลือกคุยประเด็นความสัมพันธ์ในครอบครัวช่วงวันที่สามีของเธอไม่อยู่

นอกจากนี้ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์นั้น ผู้วิจัยต้องใช้การสัมภาษณ์ในประเด็น เดิมแต่เปลี่ยนคำถามใหม่หลายครั้งเพื่อตรวจสอบข้อมูล ทั้งนี้ เนื่องจากผู้วิจัยพบว่า ผู้หญิงมีบุตร ยากส่วนใหญ่พยายามจะให้ข้อมูลที่เป็นการสร้างภาพครอบครัวเปี่ยมสุข ไร้ปัญหา และไม่มี ความกดดันใดๆ แต่เมื่อผู้วิจัยและผู้ให้สัมภาษณ์สนิทสนมกันมากขึ้น ผู้ให้สัมภาษณ์ไว้วางใจในตัวผู้วิจัย มากขึ้น ประกอบกับการถามซ้ำในประเด็นเดิมทำให้ผู้ให้สัมภาษณ์เล่าให้ฟังถึงประวัติชีวิต ความรู้สึกนึกคิด และทัศนคติต่างๆ ตามความเป็นจริงมากขึ้น

6.3 จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ทักษะ และความรู้สึกนึกคิดที่มีความลึกซึ้งและละเอียดอ่อน ผู้วิจัยจึงได้พิจารณาถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อกลุ่มตัวอย่างจากการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งก่อนการสัมภาษณ์ตลอดจนช่วงการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ดำเนินการต่างๆ ที่ควรกระทำเพื่อประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่าง และลดผลกระทบทางลบที่อาจจะเกิดขึ้นต่อผู้ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ดังนี้

6.3.1 การติดต่อกับสถานพยาบาล

หลังจากที่ผู้วิจัยหาข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับสถานพยาบาล และเลือกสถานพยาบาลเจตนิเป็นพื้นที่การวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของสถานพยาบาลในการติดต่อเพื่อขอเก็บข้อมูลภายในสถานพยาบาล โดยผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล ส่งร่างคำถาม รวมทั้งรายละเอียดของจดหมายและใบยินยอม (Consent form) ให้เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลได้พิจารณา ซึ่งสรุปขั้นตอนต่างๆ ในการดำเนินการได้ดังนี้

ขั้นตอนแรก ผู้วิจัยเข้าไปติดต่อกับเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลเพื่อให้ทราบถึงรายละเอียดและข้อปฏิบัติในการเข้าไปเก็บข้อมูลภายในสถานพยาบาล

ขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยยื่นหนังสือขออนุญาตด้วยตนเองถึงผู้อำนวยการสถานพยาบาลเจตนิ (ดูรายละเอียดในภาคผนวก) เมื่อวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2547

ขั้นตอนที่ 3 ผู้วิจัยได้รับการตอบรับอนุญาตจากสถานพยาบาล (ดูรายละเอียดในภาคผนวก) หลังจากที่ได้ยื่นหนังสือขออนุญาตไว้เป็นเวลา 3 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 4 ผู้วิจัยยื่นหนังสือขอบคุณความอนุเคราะห์ และเข้าไปติดต่อกับเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาล

ขั้นตอนที่ 5 ผู้วิจัยเข้าไปเก็บข้อมูลภายในสถานพยาบาลภายใต้การดูแลและให้คำแนะนำจากหัวหน้าพยาบาล

ขั้นตอนที่ 6 หัวหน้าพยาบาลมอบหมายให้พยาบาลอีกท่านหนึ่ง ซึ่งดูแลเกี่ยวกับประวัติผู้ป่วยมาเป็นพยาบาลพี่เลี้ยงในการช่วยผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่าง และดูแลระหว่างการเก็บข้อมูลในสถานพยาบาล

ขั้นตอนที่ 7 ผู้วิจัยนำร่างคำถาม ตัวอย่างจดหมายและใบยินยอม (Consent form) (ดูรายละเอียดในภาคผนวก) สำหรับผู้หญิงมีบุตรยากที่มาร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างส่งให้พยาบาลพี่เลี้ยงทำการตรวจทานและแก้ไข

ขั้นตอนที่ 8 ผู้วิจัยติดต่อ แนะนำตัว และยื่นจดหมายให้แก่ผู้ที่จะมาร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างได้พิจารณา

ขั้นตอนที่ 9 ผู้วิจัยให้ผู้ที่ยินดีร่วมโครงการลงนามในใบยินยอม (Consent form) และนัดหมายการสัมภาษณ์

ขั้นตอนที่ 10 การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง

6.3.2 การติดต่อกับกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากที่ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลในสถานพยาบาลเจตนิน รวมทั้งร่างคำถาม ตัวอย่างจดหมายและใบยินยอม (Consent form) ได้รับการพิจารณาแล้วว่ามีความเหมาะสม ผู้วิจัยได้แนะนำตัวกับผู้หญิงมีบุตรยากที่มีแนวโน้มจะเข้าร่วมโครงการ จากนั้นจึงอธิบายถึงวัตถุประสงค์ในการสัมภาษณ์ ตลอดจนอธิบายถึงวิธีการเก็บข้อมูลของผู้วิจัย ซึ่งการอธิบายเกี่ยวกับการวิจัยนี้ ก็เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้พิจารณาประกอบการตัดสินใจ ก่อนที่จะตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ โดยเมื่อกลุ่มตัวอย่างพิจารณาตอบรับเข้าร่วมโครงการ กลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัยลงนามร่วมกันในใบยินยอม (Consent form) จากนั้น ผู้วิจัยได้นัดหมายการสัมภาษณ์ครั้งแรกต่อไป ซึ่งระหว่างการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ประวัติชีวิตและการสัมภาษณ์เจาะลึก ผู้วิจัยได้ดำเนินการต่างๆ ที่ผู้วิจัยพึงกระทำ ดังนี้

- 1) ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ความเป็นมา ขั้นตอน และวิธีการเก็บข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบโดยละเอียด
- 2) ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างได้ลงนามร่วมกันในใบยินยอม (Consent form)
- 3) ผู้วิจัยให้ความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่างว่าจะไม่มีการเปิดเผยชื่อ-นามสกุลจริงของกลุ่มตัวอย่างเด็ดขาด โดยระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยไม่ถามชื่อ-นามสกุลจริงของกลุ่มตัวอย่าง
- 4) ผู้วิจัยขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างก่อนทุกครั้ง หากผู้วิจัยต้องการบันทึกเทป
- 5) ผู้วิจัยนัดสัมภาษณ์ในสถานที่และช่วงเวลาของกลุ่มตัวอย่างสะดวกเสมอ นั่นก็คือช่วงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างต้องมาพบแพทย์ที่สถานพยาบาลเจตนิน โดยผู้วิจัยได้ขอข้อมูลจาก

พยาบาลและแจ้งพยาบาลก่อนเสมอเกี่ยวกับเวลาที่กลุ่มตัวอย่างต้องพบแพทย์ ซึ่งทำให้ผู้วิจัยได้เวลาที่แน่นอน และไม่รบกวนช่วงเวลาของแพทย์และพยาบาลเมื่อต้องเรียกกลุ่มตัวอย่างเข้าไปรักษา

6) ผู้วิจัยได้ให้ของขวัญเป็นการตอบแทนกลุ่มตัวอย่างที่เสียสละเวลาเพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย

อย่างไรก็ดี แม้ผู้วิจัยจะให้ความสำคัญและพิจารณาถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อกลุ่มตัวอย่างจากการสัมภาษณ์ แต่ด้วยข้อจำกัดต่างๆ ประกอบกับความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ของผู้วิจัย ทำให้ผู้วิจัยได้ดำเนินการที่เผชิญต่อปัญหาจริยธรรมเช่นกัน อันได้แก่ การสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้สึกของผู้หญิงต่อภาวะมีบุตรยาก ซึ่งการสัมภาษณ์ของผู้วิจัยกลายเป็นการตอกย้ำภาวะมีบุตรยากของกลุ่มตัวอย่างในบางกรณี บางรายเกิดความกังวลเกี่ยวกับผลของการรักษา บางรายเกิดความไม่แน่ใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างเธอและสามี เป็นต้น ซึ่งผู้วิจัยก็ได้ให้กำลังใจ และเปลี่ยนบรรยากาศการสัมภาษณ์สู่เรื่องอื่นๆ ที่คลายความตึงเครียดไป อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยตระหนักเสมอว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเสมือนคนผู้ให้ข้อมูลสำคัญแก่ผู้วิจัย ซึ่งผู้วิจัยให้เกียรติและพยายามดำเนินการต่างๆ ให้เกิดผลกระทบน้อยที่สุดต่อกลุ่มตัวอย่างเสมอ

6.4 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากการวิจัยครั้งนี้ ทำให้ผู้วิจัยพบข้อสังเกตบางประการเกี่ยวกับประวัติของครอบครัวที่มีผลต่อลักษณะความต้องการมีบุตร ซึ่งเป็นประเด็นที่น่าสนใจในโอกาสต่อไป ได้แก่

- 1) จำนวนพี่น้องของผู้หญิงและผู้ชายมีผลต่อความต้องการมีบุตร
- 2) จำนวนพี่สาวและน้องสาวมีผลต่อความต้องการมีบุตร เพราะบางคนความต้องการมีบุตรแบบเลือกเพศเป็นพิเศษ เช่นว่าคนที่พี่ผู้หญิงทั้งหมด มีความต้องการมีลูกสาวมาก ในขณะที่ไม่ได้มีความต้องการมีบุตรชายเลย
- 3) จำนวนเด็กเล็กในครอบครัวมีผลต่อความคาดหวังของบทบาทผู้สนับสนุน

ในการวิจัยครั้งต่อไป หากได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างมากกว่านี้จะทำให้มองเห็นปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อการเกิดความรู้สึกเป็นตราบาปของผู้หญิงมีบุตรยากที่ชัดเจนยิ่งขึ้น นอกจากนี้ การวิจัยควรให้ความสำคัญต่อการพิจารณาเลือกพื้นที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเนื่องจากมีผลต่อคุณลักษณะสำคัญบางประการของกลุ่มตัวอย่าง

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กุ่ม เหว่ย. **ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระหว่างสตรีจีนที่มีบุตรและมีบุตรยาก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลแม่และเด็ก). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. บัณฑิตวิทยาลัย. 2539.
- จตุพล ศรีสมบุญ. **เบนสันและเพอร์นอลล์ คู่มือสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา**. กรุงเทพฯ: แมคกรอ-ฮิล อินเทอร์เน็ตเนชั่นแนล เอ็นเตอร์ไพรส์ อิงค์, 2538.
- จันทร์รัตน์ ระเบียบโลก, ภาวดี ชาญสมร และสิริมน วิไลรัตน์. **บทบาทหญิงชายกับงานอนามัยการเจริญพันธุ์**. นนทบุรี: กองวางแผนครอบครัวและประชากร กรมอนามัย, 2544.
- จิราวรรณ ดีเหลือ. **ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญความเครียด ของคู่สมรสที่มีบุตรยาก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลแม่และเด็ก). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. บัณฑิตวิทยาลัย. 2539.
- ชวนชม สกนธวัฒน์. **โครงการให้ความรู้สู่ประชาชนเรื่องการตั้งครรภ์นอกมดลูก**. **ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย**, 2547. แหล่งที่มา: [<http://obgyn.md.kku.ac.th/people.htm>]
- ธีระ ทองสง, จตุพล ศรีสมบุญ และอภิชาติ ไสพารัตนชัย. **นรีเวชวิทยา (ฉบับสอบบอร์ด)**. กรุงเทพฯ: พี.อี. ฟอเรน บুকส์, 2539.
- นารี ช่วงสว่าง. **ความสัมพันธ์ระหว่างความหวังกับความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตในสตรีที่มีบุตรยาก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. (พยาบาลศาสตร์). มหาวิทยาลัยมหิดล. บัณฑิตวิทยาลัย. 2539.
- นิภา นิธยาน. **การปรับตัวและบุคลิกภาพ: จิตวิทยาเพื่อการศึกษา และชีวิต**. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์, 2530.
- ประสิทธิ์ สวัสดิ์ญาติ. **ระบบเครือญาติและการจัดระเบียบสังคม**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
- ประสิทธิ์ สวัสดิ์ญาติ. **รายงานผลการวิจัย ครอบครัวและเครือญาติในกรุงเทพมหานคร**. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, สิงหาคม 2526.
- ปราณี วงษ์เทศ. **เพศและวัฒนธรรม**. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์, 2544.
- พนิตย์ จิระนนท์ประวัติ. **กลัวเป็นหมัน**. นิตยสาร fitness. (10,102). แหล่งที่มา: [<http://www.geocities.com/Tokyo/Harbor/2093/>]

พรรณทิพย์ ศีวีวรรณบุศย์. **จิตวิทยาครอบครัว**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.

พวงเพ็ญ ริมดุสิต (บรรณาธิการ). **ความก้าวหน้าในหลักการและวิธีการแก้ไขปัญหามีบุตรยาก**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง, 2533.

พิมพ์วัลย์ บุญมงคล, นิภรณ์ สันตหจรียา และคันสนีย์ เรืองสอน (บรรณาธิการ). **รื้อสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ**. กรุงเทพฯ: เจนเดอร์เพรส, 2542.

ภัสสร ลิมานนท์. **บทบาททางเพศ สถานภาพสตรี กับการพัฒนา**. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.

มัลลิกา มัติโก. ไม่มีลูก: ถูกสังคมตีตรา. **สังคมศาสตร์การแพทย์**, 8(2), 6-12.

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. สนทนาธรรม: ชีวิต จริยธรรม กับการวิจัยทางการแพทย์ วันที่ 7 มิถุนายน 2547. **โครงการชีวจริยธรรมกับการวิจัยทางการแพทย์สมัยใหม่ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ศูนย์พันธุวิศวกรรมและเทคโนโลยีชีวภาพแห่งชาติ**, 2547.

มูลนิธิอิทธิธรรมมูลนิธิ. **ทิศหก**. แหล่งที่มา: [<http://www.abhidhamonline.org>] [9 กันยายน 2547]

ยุพา พูนขำ และกอบกาญจน์ มหัทธโน. เพศศึกษา: ภูมิคุ้มกันที่วัยรุ่นต้องได้รับ. **กองวางแผนครอบครัวและประชากร กรมอนามัย**. แหล่งที่มา:

[<http://www.anamai.moph.go.th/factsheet/academic/242/24202.html>]

ราชบัณฑิตยสถาน. **พจนานุกรมศัพท์สังคมวิทยา**. กรุงเทพฯ: ราชบัณฑิตยสถาน, 2532.

ราตรี พัฒนรังสรรค์. **จิตวิทยาแนะแนว**. กรุงเทพฯ: วรุณการพิมพ์, 2527.

ลักขณา สิริรัตนพลกุล. เทคโนโลยีการเจริญพันธุ์. **ส่งเสริมเทคโนโลยี**, 25 (142), 2542, 57-61.

วันทนี วาสิกะสิน และสุนีย์ เหมะประสิทธิ์. **สังคมไทยคาดหวังอย่างไรกับผู้หญิง**. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2541.

วารุณี บิณฑสันต์. **จิตวิทยาครอบครัวและสวัสดิภาพเด็ก**. กรุงเทพฯ: สังคมสงเคราะห์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2515.

วารุณี ภูริสินสิทธิ์. **สตรีนิยม: ขบวนการอุดมคติแห่งศตวรรษที่ 20**. กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์คบไฟ, 2545.

วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์. **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในคู่สมรส กับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของสตรี ที่มีบุตรยาก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. วิทยาศาสตร์ (การพยาบาลและครอบครัว). มหาวิทยาลัยขอนแก่น. บัณฑิตวิทยาลัย. 2537.

ศรีสว่าง พัววงศ์แพทย์. **ศรีสังคม : แนวความคิด หลักการ วิธีการ งานพัฒนาและสวัสดิการ**

สังคม. กรุงเทพฯ: กองเอกชนสัมพันธ์ สำนักงานคณะกรรมการวัฒนธรรมแห่งชาติ,
2539.

ศิริรัตน์ ศิลอาภรณ์. **“การหย่าร้าง”.** กรุงเทพฯ: รร.สุวรรณารามวิทยาคม, แหล่งที่มา:

[<http://www.school.net.th/library/create-web/10000/generality/10000-4322.html>]. [17 มีนาคม 2545]

สถานพยาบาลเจตนิน. **ภาวะมีบุตรยาก.** แหล่งที่มา: [<http://www.jetanin.com>]. [28 ธันวาคม 2546]

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และกองวางแผนครอบครัวและประชากร. **คู่มือการให้บริการเบื้องต้นสำหรับผู้มีบุตรยาก.** นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2541.

สมศักดิ์ ตั้งตระกูล (บรรณาธิการ). **นรีเวชวิทยาและการวางแผนครอบครัว.** กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง, 2534.

สมาคมอนามัยเจริญพันธุ์ (ไทย). **Reproductive Health Society (Thai).** แหล่งที่มา:

[http://www.thairhs.org/public/006_5.html]. [1999-2001]

สัญญา สัญญาวิวัฒน์. **หลักสังคมวิทยา.** กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2536.

สุคนธ์ ไขแก้ว. ความหวังใหม่ในการมีบุตรของคู่สมรสที่เป็นหมัน. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์,** 15(3), 2540.

สุนีรัตน์ อนันท์ทฤฎิกานนท์. **ปัจจัยด้านจิตใจของสตรีที่มีบุตรยาก ในคลินิกผู้มีบุตรยาก**

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. แพทยศาสตร์ (สุขภาพจิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. บัณฑิตวิทยาลัย. 2534.

สุภัตรา สุภาพ. **สังคมและวัฒนธรรมไทย : ค่านิยม ครอบครัว ศาสนา ประเพณี.** กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช (พิมพ์ครั้งที่ 9), 2541.

สุภัตรา สุภาพ. **สังคมวิทยา.** กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช (พิมพ์ครั้งที่ 20), 2541.

สุวชัย อินทรประเสริฐ, แสงชัย พงุทธิพันธุ์ และจิตติมา มโนนัย (บรรณาธิการ). **อนามัยการเจริญ**

พันธุ์ในประเทศไทย: สิ่งท้าทายและความคาดหวังในทศวรรษหน้า. กรุงเทพฯ: บริษัทสำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง, 2543.

เสบียง ศรีวรรณบุรณ. **คู่มือการตรวจและบำบัดรักษาผู้มีบุตรยาก**. [ม.ป.ท. : ม.ป.ป.], 2520.

โสภา ชปิลมันน์, สมบัติ สุพพัตชัย และประกายรัตน์ สุขุมาลชาติ. **รูปแบบครอบครัวไทยที่พึง**

ปรารถนาในสังคมเมืองในประเทศไทย. [ม.ป.ท. : ม.ป.ป.], 2534.

หทัย เทพพิสัย และอุรุษา เทพพิสัย. **การมีบุตรยาก**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2533.

หวัง เจียน. **ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในหญิงจีนที่มีบุตรยาก**. วิทยานิพนธ์ปริญญา

มหาบัณฑิต. พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลแม่และเด็ก). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. บัณฑิต

วิทยาลัย. 2539.

อดิน ระพีพัฒน์. **บทบาทของคนภายนอกต่อชุมชนในการพัฒนาเพื่อให้เกิดการพึ่งตนเอง**.

(Self Reliant Development) ร่างเสนอในการประชุมองค์การพัฒนาชนบท เรื่องการ

พึ่งพาตนเองของชุมชนระหว่างวันที่ 28-29 เมษายน 2526 ณ สวนสามพราน นครปฐม.

(อัดสำเนา).

อุดมพร ยิ่งไพบูลย์สุข. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคม กับ**

การปรับตัวของสตรีที่มีบุตรยาก. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. พยาบาลศาสตร์

(การพยาบาลแม่และเด็ก). มหาวิทยาลัยมหิดล. บัณฑิตวิทยาลัย. 2540.

อุทัย หิรัญโต. **สารานุกรมศัพท์ทางสังคมวิทยา-มานุษยวิทยา**. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์, 2526.

เอนก อารีพรอค และประมวล วีรุตมเสน (บรรณาธิการ). **การมีบุตรยาก**. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสูติ

ศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2531.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาษาอังกฤษ

- A. M. Braverman, A. S. Boxer, S. L. Corson, C. Coutifaris and A. Hendrix. Characteristics and attitudes of parents of children born through the assisted reproductive technologies. **Fertility and sterility**. 68, 1 (22 August 1997): 26.
- Aditya Bharadwaj. Why adoption is not an option in India: the visibility of infertility, the secrecy of donor insemination, and other cultural complexities. **Social science & medicine**. 56, 9 (May 2003): 1867-1880.
- Ann M., McAllister, PhD. **Previously infertile married partners: An exploratory study of gender differences in parenting styles used and in continuing sense of loss**. Tulane University, 2001.
- Arthur L., Greil. Infertility and psychological distress: A critical review of the literature. **Social science & medicine**. 45, 11 (December 1997): 1679-1704.
- B. Von Haller Gilmer. **Applied psychology: Adjustment in living and work**. U.S.A.: McGraw-Hill Inc., 1975.
- Barbara J., Berg, John F. Wilson and Paul J. Weingartner. Psychological sequelae of infertility treatment: The role of gender and sex-role identification. **Social science & medicine**. 33, 9 (1991): 1071-1080.
- Benasutti, Rita Diana, PhD. **Infertility: Experiences and meanings**. Nova Southeastern University, 2002.
- Bernice E., Goodwin, PsyD. **Infertility: Meaning, marital satisfaction and resolution**. The Wright Institute. 2001.
- Bertrand, Alvin L. **Rural Sociology: An analysis of contemporary rural life**. New York: McGraw-Hill, 1969.
- Beth B., Hess, and Myra Marx Ferree. **Analyzing gender: a handbook of social science research**. Newbury Park, California: Sage, 1987.
- Bird, Chloe. **Gender, paid work and housework : the division of labor within couples, perceived role quality, and depression**. Providence, Rhode Island: Population Studies and Training Center, Brown University, 1997.

- Blau, Peter M. **Approaches to the study of social structure**. London: American Sociological Association, 1976.
- Bliss, Carol Elisabeth, PhD. **Narrative constructions of infertility: Voices of ten minority women**. University of Denver, 1999.
- Brettell, Caroline B. and Sargent, Carolyn F. **Gender in cross-cultural perspective**. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 2001.
- Brinkmann, Elisabeth, PhD. **Embracing the deficient body: Alternative responses to infertility**. Boston College, 2001.
- Brown, Robert. **Human universals**. Philadelphia: Temple University Press, 1991.
- Burke, Peter J. **Identities and social structure: 2003 Cooley-Mead award address**. University of California, 2003.
- Darsney, Christine Anne, PhD. **The stigma of infertility: An analysis of the psychological correlates of infertility as a felt Stigma**. Boston College, 1996.
- Darunee Tantiwiranond. **By women, for women: A study of women's organizations in Thailand**. Singapore: Institute of Southeast Asian Studies, 1991.
- Dhara Sukhavachana. **Infertility in Thailand, from third national population seminar of Thailand**. Bangkok: Office of the Prime Minister/National Research Council, 1968.
- Encyclopædia Britannica. **Encyclopædia britannica online** (2004) Source: [http://www.britannica.com] [24 June 2004]
- Garrett, Stephanie. **Gender**. London and New York: Tavistock Publications, 1987.
- Goffman, Erving. **Stigma: Notes on the management of spoiled identity**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1963.
- Goffman, Erving. **The Presentation of self in everyday life**. City Garden, NY: Doubleday, 1959.
- Gonzalez, Lois Ottinger, PhD. **The lived experience of infertility: A phenomenological study of infertile women**. University of South Florida, 1988.

- Gregory M., Herek. **Stigma and sexual orientation: understanding prejudice against lesbians, gay men, and bisexuals**. Thousand Oaks, California: Sage, 1998.
- Harris, Michael Jon, PhD. **Functional infertility and its relationship to psychogenic attitudes and physiological disturbances (infertility)**. United States International University, 1992.
- Hurlock, Elizabeth B. **Child development**. Auckland: McGraw-Hill Book Company, 1978.
- Irina L.G., Todorova, and Tatyana Kotzeva. Social discourses, women's resistive: facing involuntary childlessness in Bulgaria. **Women's studies international forum**. 26, 2 (March-April 2003): 139-151.
- John Money. **Gay, straight, and in-between: The sexology of erotic orientation**. Oxford: Oxford University Press, 1988.
- Linda L., Millenbach, PhD. **The lived experience of women who quit assisted reproductive technology without the birth of a live child and remained childless**. Adelphi University, 2001.
- Linda M., Whiteford, and Lois Gonzalez. Stigma: The hidden burden of infertility. **Social Science & medicine**. 40, 1 (January 1995): 27-36.
- Mahlstedt, P.P. The psychological component of infertility. **Fertility and sterility**. 43 (1985): 335-346.
- Marshall, John. **The infertile period: Principles and practice**. Baltimore: Helicon Press, 1967.
- McDonald, Daniel Welch, PhD. **The experiences of couples with infertility: A phenomenological study of infertility treatment participants**. Tennessee State University, 1998.
- Miall, Charlene Elizabeth, PhD. **Women and involuntary childlessness: Perceptions of stigma associated with infertility and adaptation**. York University (Canada), 1984.
- Mouly, George J. **Psychology for effective teaching**. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1968.

- Murdock, George Peter. **Social structure**. New York: The Macmillan Company, 1960.
- Nahar Papreen, Anjali Sharma, Keith Sabin, Lutfa Begum, S. Khaled Ahsan and Abdulla H. Baqui. Living with infertility: Experiences among urban slum populations in Bangladesh. **Reproductive health matters**. 8, 15 (May 2000) 33-44.
- National Center for Genetic Engineering and Biotechnology (BIOTEC). **Biotechnology policy study program: BIOTEC**,2001. Available from:
[<http://policy.biotec.or.th/?sw=topicview&id=567>]. [23 September, 2004]
- Nyland, Albert George, PhD. **Involuntary childlessness and marital satisfaction and adjustment**. University of Southern California, 1999.
- Pashigian, Melissa Joy, PhD. **Conceiving the 'happy family': Infertility, gender and reproductive experience in Northern Vietnam**. University of California, Los Angeles, 2002.
- Parry, Diana Catharine, PhD. **A feminist analysis of women's experiences with infertility: Examining the roles of leisure and conceptualizations of family**. University of Illinois at Urbana-Champaign, 2003.
- Principia Cybernetica. **Principia cybernetica web** (2004) Source:
[http://pespmc1.vub.ac.be/ASC/SOCIAL_SYSTE.html] [28 June 2004]
- R. W. Cornell. **Gender**. New York : Policy, 2002.
- Ritzer, George. **Sociological theory**. Singapore: McGraw-Hill (Third Edition), 1992.
- RJ Pepperell, Bryan Hudson, Carl Wood. **Infertile couple**. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1987.
- Rosanna Hertz, Editor. **Reflexivity & voice**. California: SAGE Publications, 1997.
- Ruth B., Dixon. **Rural women at work: strategies for development in South Asia**. Baltimore: Published for Resources for the Future by the Johns Hopkins Press, 1978.
- Schneider, Myra Gail, PhD. **The role of psychosocial factors in stress in infertile couples**. University of South Florida, 2000.

- Shanner, Laura Jeanne, PhD. **Phenomenology of the child-wish: New reproductive technologies and ethical responses to infertility.** (Volumes I and II). Georgetown University, 1994.
- Stoesz, Yvonne Louise. **Social support and infertility: A gender analysis.** MSW The University of Manitoba (Canada), 1996.
- Thailand Medical Clinic Online. Medical Bible: Obstetrics-Gynecology (1 July 1998)
Source: [<http://www.thaiclinic.com/>]
- United Nations Development Programme. **Thailand human development report 2003.** Data Tables, 2003.
- United Nations Programme on the Family. **Families in the process of development: Major trends affecting families world-wide.** Division for social policy and development. United Nations, 2003.
- Wolf, Robin. **Marriages and families in a diverse society.** New York: Harper Collins College Publishers, 1996.
- Word IQ. **Online encyclopedia** (2004) Source: [<http://www.wordiq.com/encyclopedia.html>] [24 June 2004]

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำอธิบายศัพท์ : เทคนิคการรักษาภาวะมีบุตรยากโดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์

การผสมเทียม (IUI)

หมายถึง การใช้เครื่องมือฉีดเชื้ออสุจิเข้าไปภายในอวัยวะสืบพันธุ์ของสตรีในช่วงที่มีการตกไข่เพื่อให้เกิดการปฏิสนธิระหว่างตัวอสุจิกับไข่ของสตรีนั้น เชื้ออสุจิอาจเป็นของสามีหรือของผู้บริจาค ทั้งนี้ขึ้นกับสาเหตุ

การผสมเทียมมักทำในกรณีที่น้ำเชื้ออสุจิของฝ่ายชายมีคุณภาพต่ำกว่ามาตรฐาน มีปัญหาเกี่ยวกับการร่วมเพศ หลังน้ำอสุจิในช่องคลอดฝ่ายหญิงไม่ได้ น้ำอสุจีย้อนกลับเข้าไปในกระเพาะปัสสาวะ มีภูมิต้านทานต่อตัวอสุจิในมูกที่ปากมดลูก ปากมดลูกแคบมาก เป็นต้น

วิธีการผสมเทียมมีหลายวิธีแต่วิธีที่นิยมแพร่หลายและมีอัตราความสำเร็จในเกณฑ์ดี คือ การฉีดเชื้ออสุจิเข้าโพรงมดลูก ซึ่งเชื้ออสุจิที่จะฉีดจะต้องผ่านการล้างเอาเชื้อแบคทีเรียและสารต่างๆ ออก และคัดเฉพาะเชื้ออสุจิที่แข็งแรง การผสมเทียมนี้เป็นวิธีที่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อย ผลของการผสมเทียมพบว่าอัตราการตั้งครรภ์จะมีประมาณร้อยละ 10-20 ต่อรอบเดือน ซึ่งโดยปกติการผสมเทียมมักจะประสบผลสำเร็จภายใน 3-6 รอบเดือนของการรักษา ถ้ายังไม่ตั้งครรภ์ควรประเมินหาสาเหตุซ้ำเพื่อวางแผนการรักษาต่อไป

การทำก๊อฟ (GIFT – Gamete Intra Fallopian Transfer)

การทำก๊อฟ เป็นวิธีการพื้นฐานของเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ หลักการคือการนำไข่และเชื้ออสุจิใส่กลับเข้าไปในหลอดมดลูก โดยหวังว่าไข่และเชื้ออสุจิจะสามารถปฏิสนธิในหลอดมดลูกเป็นตัวอ่อน และเดินทางจากหลอดมดลูกเข้าไปฝังตัวในโพรงมดลูกได้ ดังนั้นการทำก๊อฟจะต้องมีหลอดมดลูกที่ปกติอย่างน้อยหนึ่งข้าง

วิธีการทำก๊อฟนั้นเริ่มจากการกระตุ้นให้ไข่สุกหลายใบ แล้วใส่กลับเข้าหลอดมดลูก โดยจะใส่ประมาณ 3-4 ใบ หลังจากเริ่มกระตุ้นไข่แล้วจะมีการตรวจติดตามการเจริญเติบโตของไข่ ซึ่งมักจะใช้วิธีการเจาะเลือดตรวจหาระดับฮอร์โมนเอสโตรเจน และการตรวจด้วยเครื่องคลื่นเสียงความถี่สูงทางช่องคลอด เมื่อฟองไข่โตถึงขนาดและระดับของฮอร์โมนเอสโตรเจนสัมพันธ์กับขนาดของฟองไข่ก็จะให้ฮอร์โมนเอชซีจี (hCG) เพื่อให้ไข่สุก หลังจากนั้น 34-36 ชม. ก็ทำการเก็บไข่ทางช่องคลอด หรือเก็บไข่โดยการใส่กล้องส่องทางหน้าท้อง นำเชื้ออสุจิที่ได้ล้างเตรียมไว้รวมกับไข่ใส่กลับเข้าไปทางปลายหลอดมดลูก โดยผ่านกล้องส่องทางหน้าท้องหรือทางช่องคลอด อัตราการตั้งครรภ์จากการทำก๊อฟแต่ละ

ครั้งประมาณร้อยละ 25-36 ขึ้นอยู่กับอายุและพยาธิสภาพในอุ้งเชิงกรานของฝ่ายหญิง และคุณภาพความแข็งแรงของอสุจิในฝ่ายชาย เป็นวิธีที่ค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง เราเลือกทำก็พีในรายที่มีบุตรยากโดยไม่ทราบสาเหตุ ทำการผสมเทียมหลายครั้งแล้วไม่สำเร็จ (3 ครั้ง) ภาวะเยื่อโพรงมดลูกเจริญในอุ้งเชิงกรานที่ไม่รุนแรง (Mild pelvic endometriosis) คู่สมรสที่จะทำวิธีนี้เชื้ออสุจิฝ่ายชายต้องมีคุณภาพดีพอใช้ หลอดมดลูกต้องดีอย่างน้อยหนึ่งข้างและไม่มีพังผืดในอุ้งเชิงกรานมากเกินไป

การปฏิสนธิ นอกอวัยวะ (IVF-In Vitro Fertilization)

คือ การนำไข่และเชื้ออสุจิมาผสมให้เกิดการปฏิสนธิกลายเป็นตัวอ่อนในห้องทดลอง หลังจากนั้นจึงนำตัวอ่อนที่เกิดขึ้นใส่กลับเข้าหลอดมดลูกหรือโพรงมดลูกเพื่อให้เกิดการตั้งครรภ์

การทำซีฟ หรือ พรอสท์ (ZIFT or PROST)

คือ การใส่ตัวอ่อนที่ปฏิสนธิแล้วระยะที่เริ่มแบ่งเซลล์ คือ ตัวอ่อนระยะ 1 เซลล์เข้าหลอดมดลูก อาจใส่ผ่านทางช่องคลอดหรือการเจาะหน้าท้อง

การทำเทสต์ (TEST)

คือ การใส่ตัวอ่อนระยะตั้งแต่สองเซลล์ขึ้นไปเข้าหลอดมดลูกด้วยวิธีการเดียวกับการทำ ZIFT

การทำให้เด็กหลอดแก้ว (IVF-ET)

คือ การใส่ตัวอ่อนระยะตั้งแต่สี่เซลล์ขึ้นไป จนถึงบลาสโตซิสต์เข้าโพรงมดลูก วิธีการปฏิสนธินอกอวัยวะหลักการคือ การกระตุ้นไข่ติดตามการเจริญเติบโตของฟองไข่และเก็บไข่ หลังจากนั้นนำไข่มาผสมกับเชื้ออสุจิในห้องทดลองเพื่อให้เกิดการปฏิสนธิ โดยต้องควบคุมอุณหภูมิความชื้น ปริมาณก๊าซต่างๆในบรรยากาศให้เหมาะสม และใช้น้ำยาเลี้ยงตัวอ่อนที่เตรียมไว้เป็นพิเศษประมาณ 16-18 ชั่วโมง หลังการปฏิสนธิจะเริ่มเกิดการแบ่งตัวเป็นตัวอ่อน หลังจากนั้นอีก 24 ชั่วโมง จะมีการแบ่งตัวเป็นตัวอ่อนระยะ 2-4 เซลล์ และเป็นตัวอ่อนระยะ 8-12 เซลล์ในอีก 24 ชั่วโมงต่อมา ถ้าเลี้ยงต่อจนวันที่ 5 ก็จะได้ถึงบลาสโตซิสต์ตัวอ่อนที่ได้จะถูกใส่กลับเข้าหลอดมดลูกหรือโพรงมดลูก เพื่อให้เกิดการตั้งครรภ์ต่อไป อัตราการตั้งครรภ์ของการปฏิสนธินอกอวัยวะแต่ละครั้งประมาณ ร้อยละ 20-25 เราเลือกใช้วิธีการปฏิสนธินอกอวัยวะในรายที่ เชื้ออสุจิฝ่ายชายคุณภาพไม่ดี ทำ

การผสมเทียมและก๊อปปี้แล้วไม่สำเร็จ หลอดมดลูกตีบหรือตันทั้งสองข้าง หรือมีพังผืดในช่องท้องมากจนทำก๊อปปี้ไม่ได้

จะเห็นได้ว่าในกระบวนการที่ใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ มักจะต้องมีการกระตุ้นไข่ออกด้วย ซึ่งผลที่ตามมาคือ การได้จำนวนไข่หลายๆ ใบ แต่โดยปกติจะใช้ไข่หรือตัวอ่อนเพียง 2-3 ตัวอ่อนต่อการทำหนึ่งครั้ง ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีกระบวนการแช่แข็งตัวอ่อน เพื่อรองรับไข่ที่เหลือจากการทำตามวิธีการรักษา โดยจะนำไข่ที่เหลือมาปฏิสนธิกับเชื้ออสุจิในห้องทดลอง จนเป็นตัวอ่อน ระยะแรกแล้วแช่แข็งตัวอ่อนในถังไนโตรเจนเหลวที่อุณหภูมิ - 196 องศาเซลเซียส ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ควบคุมอุณหภูมิ กระบวนการแช่แข็งตัวอ่อน จะมีประโยชน์คือ ทำให้สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายต่อการอบการรักษาลงได้มาก ผู้รักษาจะเจ็บตัวน้อยกว่าเนื่องจาก ไม่จำเป็นต้องฉีดยากระตุ้นไข่ และเก็บไข่ซ้ำ เป็นการเพิ่มอัตราการตั้งครรภ์ต่อการเก็บไข่แต่ละครั้งในกระบวนการแช่แข็งตัวอ่อน สิ่งก็ตามมาก็คือการย้ายฝากตัวอ่อนกลับเข้าสู่มดลูก ในปัจจุบันสามารถย้ายฝากตัวอ่อนแช่แข็งในรอบเดือนได้ 3 ชนิด คือ รอบเดือนธรรมชาติ รอบเดือนที่มีการกระตุ้นไข่ รอบเดือนที่มีการใช้ยาฮอร์โมนเตรียมเยื่อบุโพรงมดลูก

การเลือกใช้นั้นขึ้นอยู่กับประสบการณ์และลักษณะรอบเดือนของผู้รักษา ในกรณีที่รอบเดือนมาสม่ำเสมอและอายุน้อย อาจย้ายฝากตัวอ่อนในรอบเดือนธรรมชาติ แต่ในกรณีที่รอบเดือนมาไม่สม่ำเสมอเนื่องจากไม่มีไข่ตก ก็ควรใส่ในรอบเดือนที่มีการกระตุ้นไข่หรืออาจใส่ในรอบเดือนที่มีการใช้ฮอร์โมนเตรียมเยื่อบุโพรงมดลูก ซึ่งวิธีหลังเป็นวิธีที่สะดวกและสามารถกำหนดเวลาการย้ายฝากตัวอ่อนได้แน่นอน โดยการให้ฮอร์โมนเอสโตรเจนซึ่งจะมีการเพิ่มและลดขนาดของยาเลียนแบบรอบเดือนธรรมชาติ และมีการเพิ่มฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนในช่วยครึ่งหลังของรอบเดือน

การบริจาคไข่ ตัวอสุจิ หรือตัวอ่อน

ในกรณีที่ภรรยาไม่สามารถผลิตไข่ได้ เช่น อายุมาก รังไข่เสื่อม ไม่มีรังไข่ หรือมีโรคติดต่อทางพันธุกรรม คู่สามีภรรยาอาจหาสตรีอื่นมาบริจาคเซลล์ไข่แทนได้ แล้วผ่านกระบวนการเด็กหลอดแก้วโดยปฏิสนธิกับตัวอสุจิสามี

ในกรณีที่สามีเชื้ออสุจิคูณภาพไม่ใช่อ่างมาก หรือไม่มีเชื้ออสุจิ หรือมีโรคติดต่อทางพันธุกรรม คู่สามีภรรยาอาจหาชายอื่นมาบริจาคเชื้ออสุจิหรือใช้เชื้ออสุจิจากธนาคารอสุจิของโรงพยาบาล แล้วผ่านกระบวนการผสมเทียมหรือเด็กหลอดแก้วแล้วแต่กรณี

ในกรณีที่ทั้งสามีและภรรยาไม่สามารถผลิตไข่และตัวอสุจิได้หรือมีโรคทางพันธุกรรมที่ต้องหลีกเลี่ยง อาจขอบริจาคตัวอ่อนจากคู่สามีภรรยาอื่นที่มีเหลือเก็บแช่แข็งไว้แล้วใส่กลับเข้าไปในมดลูกของฝ่ายภรรยา เพื่อให้ตั้งครรภ์

ธนาคารอสุจิ (Sperm Bank)

คือ การที่เราเก็บรักษาเชื้ออสุจิไว้ที่อุณหภูมิ - 196 องศาเซลเซียส ทำให้สามารถเก็บรักษาเชื้ออสุจิไว้เป็นเวลานานนับสิบปีได้ เพื่อเป็นแหล่งเก็บสะสมเชื้ออสุจิจากผู้บริจาค และนำมาบริจาคให้คู่สมรสที่ต้องการได้ ผู้บริจาคจำเป็นต้องได้รับการตรวจร่างกายและตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างละเอียด เพื่อให้แน่ใจว่ามีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์

การทำอิกซี่ (ICSI – Intracytoplasmic Sperm Injection)

คือการฉีดตัวอสุจิเพียงตัวเดียวเข้าไปในไข่ โดยไม่รอให้เกิดปฏิสนธิกันเอง ทำให้ช่วยเพิ่มอัตราการปฏิสนธิ ส่วนขั้นตอนอื่นเหมือนกับการทำเด็กหลอดแก้ว การทำดังกล่าวต้องทำผ่านเครื่องมือพิเศษที่ประกอบด้วยกล้องจุลทรรศน์ และเข็มขนาดเล็กมากเพื่อจับไข่และฉีดตัวอสุจิเข้าไปในไข่ ด้วยการเคลื่อนไหวที่ละเอียดอ่อนนุ่มนวลมาก เป็นวิธีที่เลือกใช้ในรายที่เชื้ออสุจิฝ่ายชายคุณภาพไม่ดีอย่างมาก ไข่กับเชื้ออสุจิไม่สามารถปฏิสนธิกันเองในหลอดทดลอง เช่น เปลือกไข่หนาเหนียวในสตรีอายุมาก โอกาสตั้งครรภ์ต่อการทำ 1 ครั้งประมาณร้อยละ 25-30

ในบางกรณีที่ฝ่ายชายไม่มีตัวอสุจิออกมาในน้ำเชื้อจากการหลั่งเอง เช่น ทำหมันชาย หรือการไม่มีตัวอสุจิจากสาเหตุต่างๆ เราอาจนำเอาตัวอสุจิออกมาใช้ในขบวนการอิกซี่ได้โดยวิธีการต่อไปนี้

ปีซ่า (PESA = Percutaneous Epididymal Sperm) คือ การใช้เข็มแทงผ่านผิวหนังบริเวณอัณฑะเข้าไปในท่อพักน้ำเชื้อ แล้วดูดตัวอสุจิออกมา

มีซ่า (MESA = Microsurgical Epididymal Sperm Aspiration) คือ การผ่าตัดเข้าไปหาท่อพักน้ำเชื้อส่วน epididymis แล้วจึงใช้เข็มแทงเข้าไปและดูดตัวอสุจิออกมา

ทีซ่า (TESA = Testicular Sperm Aspiration) คือ การใช้เข็มแทงผ่านผิวหนังบริเวณอัณฑะเข้าไปในลูกอัณฑะ แล้วดูดตัวอสุจิออกมา

ทีซี (TESE = Testicular Biopsy Sperm Extraction) คือ การผ่าตัดเอาเนื้ออัณฑะออกบางส่วนแล้วแยกตัวอสุจิที่ค้างอยู่ในเนื้ออัณฑะออกมา

ทั้งหมดนี้จำเป็นต้องอาศัยเทคโนโลยีขั้นพื้นฐานสนับสนุน คือ การปฏิสนธิภายนอกร่างกาย และเลี้ยงตัวอ่อนได้ดี (In Vitro Fertilization) รวมทั้งความชำนาญในการจับและฉีดอสุจิเข้าเซลล์ไข่ (ICSI) ได้ดี และหวังผลได้

การอุ้มบุญ (Surrogate Mother)

คือ การนำตัวอ่อนที่ได้จากการปฏิสนธิของไข่และตัวอสุจิของคู่สามีภรรยาใส่เข้าไปในโพรงมดลูกของสตรีอื่นเพื่อให้ตั้งครรภ์แทน เนื่องจากฝ่ายภรรยาในปัจจุบันที่ไม่เหมาะสมต่อการตั้งครรภ์ เช่น เนื้องอกมดลูก ไม่มีมดลูก หรือมีโรคประจำตัวทางร่างกายที่ไม่สามารถตั้งครรภ์เองได้

การตรวจทางพันธุกรรมของตัวอ่อนก่อนการฝังตัว (Preimplantation Genetic Diagnosis)

ปัจจุบันเราสามารถแยกเอาเซลล์เพียงเซลล์เดียวจากตัวอ่อนระยะ 8 เซลล์ ที่เลี้ยงในหลอดทดลองของกระบวนการเด็กหลอดแก้ว หรืออีคซี เพื่อนำมาตรวจหาความผิดปกติทางพันธุกรรม เช่น โรคธาลัสซีเมีย, Down's Syndromes เมื่อพบว่าตัวอ่อนไม่มีความผิดปกติทางพันธุกรรมจึงใส่กลับตัวอ่อนนั้นเข้าไปในโพรงมดลูก เพื่อให้เจริญเป็นทารกต่อไป

โดยสรุปการดูแลรักษาคู่สมรสที่มีบุตรยากจะต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ตั้งแต่คู่สมรสเองซึ่งต้องมีความอดทนและเข้าใจวิธีการรักษาของแพทย์ จนถึงแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งต้องมีความรู้ความชำนาญทางด้านนี้เป็นพิเศษ เพื่อให้การดูแลรักษาประสบผลสำเร็จสูงสุด โดยเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด

ที่มา: สมาคมนามัยเจริญพันธุ์ (ไทย) Reproductive Health Society (Thai) (1999-2001)

คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ถนนอังรีดูนังต์ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มีนาคม 2547

เรื่อง ขออนุญาตเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน

ดิฉัน นางสาวกังสดาล เชาว์วัฒนกุล นิสิตปริญญาโท ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อยู่ในระหว่างการทำวิจัยประกอบวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัญหาการมีบุตรยากของผู้หญิงในสังคมไทย” การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหา กระบวนการปรับตัวของผู้หญิง และผลกระทบของภาวะมีบุตรยากที่มีต่อสภาพความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้หญิงที่มีบุตรยากในสังคมไทย โดยทำการวิจัยแบบกรณีศึกษา (Case Study) เก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสังเกตการณ์ การศึกษาประวัติ และการสัมภาษณ์ ผู้หญิงที่มารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก ณ สถานพยาบาลเจตนิณ จำนวน 10 ราย และเลือกศึกษาตัวอย่างแบบเจาะจง การรวบรวมข้อมูลและนำเสนอข้อมูลจากการวิจัยทั้งหมดนี้จะไม่มีการเปิดเผยชื่อนามสกุล และฐานะทางสังคมของผู้ให้ข้อมูลแต่อย่างใด เพราะในการตอบคำถาม ผู้วิจัยจะใช้รหัสตัวเลขแทน และนำรหัสนั้นมาแปรข้อมูลตามระเบียบวิธีวิจัย ข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ จะได้รับการจัดพิมพ์เป็นวิทยานิพนธ์ จัดเก็บเป็นข้อมูลเชิงวิชาการ ณ ห้องสมุดของสถาบัน และนำไปประยุกต์ใช้เพื่อการจัดสวัสดิการแก่ผู้มีบุตรยาก รวมทั้งใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและมาตรการทางสังคมต่อไป

ผู้วิจัยใคร่ขออนุญาตจากท่านก่อนที่จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลดังกล่าว เมื่อท่านตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจแล้ว ผู้วิจัยจะขอสัมภาษณ์ท่าน 2 ครั้ง แต่แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยครั้งแรกผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ท่านทันทีหลังจากที่ท่านลงนามอนุญาตให้สัมภาษณ์ ณ สถานพยาบาลเจตนิณ และนัดหมายการสัมภาษณ์ครั้งที่สองไม่เกิน 14 วันหลังจากการสัมภาษณ์ครั้งแรก ณ สถานพยาบาลเจตนิณ หรือสถานที่อื่นที่ท่านสะดวกในการให้สัมภาษณ์

คำถามในการสัมภาษณ์ได้แก่ คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติด้านครอบครัว ความสัมพันธ์กับสามี ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก การปรับตัวของท่าน อิทธิพลของกลุ่มสนับสนุนที่มีต่อท่าน และการวางแผนอนาคต โดยคำถามในการสัมภาษณ์นี้ผู้วิจัยได้พิจารณาและตระหนักถึงผลกระทบทางจิตใจ และความสามารถของผู้ให้สัมภาษณ์เป็นอย่างดี

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยตระหนักดีว่า ท่านเปรียบเสมือนกุญแจสำคัญที่ให้ความรู้จากประสบการณ์ตรงของท่าน ซึ่งจะเป็นข้อมูลที่สามารถนำไปประยุกต์ให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมได้ ผู้วิจัยจึงใคร่ขอขอบพระคุณท่านเป็นอย่างยิ่ง ไว้ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวกังสดาล เชาว์วัฒนกุล)

โทรศัพท์ : กังสดาล เชาว์วัฒนกุล 01-890 5066

ข้อมูลพื้นฐาน และ ใบบินยอมเข้าร่วมโครงการ

1. คำชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “ปัญหาการมีบุตรยากของผู้หญิงในสังคมไทย” เป็นงานวิจัยเพื่อจัดทำวิทยานิพนธ์ของ นางสาวกังสดาล เชาวน์วัฒนกุล นิสิตปริญญาโท ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาการมีบุตรยากของผู้หญิงในสังคมไทย กระบวนการปรับตัวของผู้หญิง และผลกระทบของภาวะมีบุตรยากที่มีต่อสภาพความสัมพันธ์ในครอบครัว การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกรณีศึกษา (Case Study) โดยใช้วิธีการสังเกตการณ์ การศึกษาประวัติชีวิต และการสัมภาษณ์เจาะลึก ผู้วิจัยกำหนดให้ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 10 ตัวอย่าง จากการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง จากผู้หญิงมีบุตรยากที่มารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก ณ สถานพยาบาลเจตนิน

ข้อมูลจากการวิจัยทั้งหมดนี้จะไม่มีการเปิดเผยชื่อจริง นามสกุลจริง และฐานะทางสังคมของผู้ให้ข้อมูลแต่อย่างใด ในการตอบคำถาม ท่านไม่จำเป็นต้องใส่ชื่อ เพราะผู้วิจัยจะใช้รหัสตัวเลขแทน และนำห้านั้นมาแปรข้อมูลตามระเบียบวิธีวิจัย อย่างไรก็ตามหากจำเป็นต้องมีการนำเสนอข้อมูล ผู้วิจัยจะขออนุญาตจากท่านก่อนที่จะทำการเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว

ข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะนำไปจัดพิมพ์เป็นวิทยานิพนธ์ ซึ่งจัดเก็บและเผยแพร่เป็นข้อมูลเชิงวิชาการ ณ ห้องสมุดของสถาบัน นอกจากนี้ ในทางนโยบาย ข้อมูลจะถูกนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดสวัสดิการแก่ผู้มีบุตรยาก รวมทั้งการวางนโยบายและมาตรการทางสังคมต่อไป

2. คำชี้แจงเกี่ยวกับขั้นตอน, วิธีการ, ผลข้างเคียง และประโยชน์ที่จะได้รับ

ผู้วิจัยจะอธิบายวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย ตลอดจนอธิบายวิธีการเก็บข้อมูลของผู้วิจัย ข้อดี ข้อเสีย และประโยชน์ที่ท่านจะได้รับ ผู้วิจัยจะอธิบายอย่างละเอียดโดยปราศจากการปิดบัง หรือบิดเบือนข้อมูล เพื่อให้ท่านได้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจก่อนเข้าร่วมโครงการ

เมื่อท่านตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะขอสัมภาษณ์ท่านเป็นจำนวน 2 ครั้ง ซึ่งใช้เวลาครั้งละประมาณ 30 นาที โดยครั้งแรกผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ท่านทันทีหลังจากที่ท่านลงนามอนุญาตให้สัมภาษณ์ ณ สถานพยาบาลเจตนิน และนัดหมายการสัมภาษณ์ครั้งที่สองไม่เกิน 14 วันหลังจากการสัมภาษณ์ครั้งแรก ณ สถานพยาบาลเจตนิน หรือสถานที่อื่นที่ท่านสะดวกในการให้สัมภาษณ์

คำถามในการสัมภาษณ์เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล เช่น อายุ ระดับการศึกษา รายได้ เป็นต้น ประวัติด้านครอบครัว ความสัมพันธ์กับสามี ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก การปรับตัว อิทธิพลของกลุ่มสนับสนุนที่มีต่อท่าน เช่น อิทธิพลของบิดามารดา อิทธิพลของสามี เป็นต้น และการวางแผนอนาคต โดยคำถามในการสัมภาษณ์นี้ผู้วิจัยได้พิจารณาและตระหนักถึงผลกระทบทางจิตใจ และความสามารถของผู้ให้สัมภาษณ์เป็นอย่างดี

อย่างไรก็ดี ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านอาจต้องเสียเวลาในการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย และอาจถูกละเมิดความเป็นส่วนตัวในการขอข้อมูลจากผู้วิจัย แต่จะไม่มีการบังคับ ข้อมูลที่ได้รับเกิดขึ้นจากความสมัครใจเท่านั้น รวมทั้งข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ และไม่มีเปิดเผยข้อมูลเป็นอันขาดหากไม่ได้รับอนุญาตจากท่าน นอกจากนี้ท่านมีสิทธิจะยกเลิกการร่วมโครงการทันที หากพบว่ากรร่วมโครงการทำให้ท่านได้รับผลกระทบทางลบอันมีผลร้ายแรงต่อตัวท่านและครอบครัวของท่าน

การริเริ่มโครงการศึกษานี้ คณะผู้วิจัยมีความคิดพื้นฐานที่ว่า ท่านเปรียบเสมือนกุญแจสำคัญที่จะให้ความรู้อันมาจากประสบการณ์ตรงของท่าน ซึ่งข้อมูลเหล่านี้สามารถนำไปประยุกต์ให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมต่อไป

3. คำยินยอมของท่าน

ข้าพเจ้าได้อ่านและทำความเข้าใจในข้อความทั้งหมดของใบยินยอมครบถ้วนดีแล้ว ทั้งนี้ข้าพเจ้ายินยอมที่จะให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย ด้วยความสมัครใจ โดยไม่มี การบังคับหรือให้อามิสสินจ้างใดๆ

สถานที่ ()

วันที่ ()

ลงนามผู้ให้ข้อมูล

สถานที่ ()

วันที่ ()

ลงนามผู้วิจัย

4. การนัดหมาย

การนัดสัมภาษณ์ครั้งแรก คือ วันที่ 2547 เวลา น.

สถานที่นัดหมาย สถานพยาบาลเจตนิน

การนัดสัมภาษณ์ครั้งที่สอง คือ วันที่ 2547 เวลา น.

สถานที่นัดหมาย คือ สถานพยาบาลเจตนิน สถานที่อื่นๆ ระบุ

หมายเลขโทรศัพท์ที่ใช้ในการนัดหมาย



ร่างคำถาม

เรื่อง บทบาทคาดหวังของผู้หญิงมีบุตรยาก

โดย นางสาวกังสดาล เชาว์วัฒนกุล

นิสิตปริญญาโท ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ร่างคำถามชุดนี้ ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล
- ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีต่อบทบาทคาดหวังของผู้หญิง
- ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก
- ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ในครอบครัว
- ส่วนที่ 5 การปรับตัวของผู้หญิงมีบุตรยาก

แบบสอบถามนี้ต้องการทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทคาดหวังของผู้หญิงในสังคมไทย รวมทั้งสภาพปัญหา และผลกระทบจากภาวะมีบุตรยาก ตลอดจนการปรับตัวของผู้หญิงมีบุตรยาก โดยคำตอบในแบบสอบถามไม่มีคำตอบแทนใดที่ถือว่าถูกหรือผิด ดังนั้นโปรดตอบตามความรู้สึกที่แท้จริงของท่าน คำตอบที่ได้รับจากท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการทำความเข้าใจภาวะการมีบุตรยากของผู้หญิงในสังคมไทยปัจจุบัน และหาแนวทางในการตอบสนองความต้องการและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นต่อไป

อนึ่ง ผู้วิจัยรับรองว่า ข้อมูลที่ได้มานำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น โดยชื่อและนามสกุลจริงของท่าน และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวของท่านจะถูกแทนด้วยรหัสทั้งสิ้น และเมื่อเสร็จสิ้นการทำวิจัย ข้อมูลจะถูกทำลาย

ดังนั้น ข้าพเจ้าจึงขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านเป็นอย่างสูงค่ะ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่าน

1. ท่านเกิดที่จังหวัดใด / อายุเท่าใด
2. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพใด / จังหวัดใด
3. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน
4. ใครคือผู้หารายได้ส่วนใหญ่ของครอบครัว
5. ระดับการศึกษาขั้นสูงสุดของท่าน
6. ท่านนับถือศาสนาใด
7. สถานภาพสมรส
8. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่ย่านใด / จังหวัดใด
9. ลักษณะที่พักในปัจจุบัน
10. ปัจจุบันท่านอยู่ร่วมกับใครบ้าง
11. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่
12. สุขภาพส่วนตัวของท่านเป็นอย่างไร
13. ลักษณะนิสัยของท่านเป็นอย่างไร

ข้อมูลเกี่ยวกับสามีของท่าน

14. สามีเกิดที่จังหวัดใด / อายุเท่าใด
15. ปัจจุบันสามีประกอบอาชีพใด / จังหวัดใด
16. สามีของท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่
17. สุขภาพของสามีเป็นอย่างไร
18. ลักษณะนิสัยของสามีเป็นอย่างไร
19. สามีมีพี่น้องกี่คน เป็นหญิงกี่คน เป็นชายกี่คน สามีเป็นคนที่เท่าใด
20. บิดามารดาของสามีเป็นคนลักษณะเช่นไร

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อบทบาทคาดหวังของผู้หญิงไทยในปัจจุบัน

ปัจจัยด้านครอบครัวเดิม

1. ท่านมีพี่น้องกี่คน เป็นหญิงกี่คน เป็นชายกี่คน ท่านเป็นคนที่เท่าใด
2. ในวัยเด็กท่านอาศัยอยู่กับใครบ้าง
3. ท่านสนิทกับผู้ใหญ่คนใดในครอบครัวมากที่สุด
4. ลักษณะการเลี้ยงดูในวัยเด็กเป็นอย่างไร (ใครเป็นคนเลี้ยง)
5. บิดาของท่านมีลักษณะนิสัยอย่างไร
6. มารดาของท่านมีลักษณะนิสัยอย่างไร

7. กรณีมีคนอื่นช่วยเลี้ยงดู ลักษณะนิสัยของบุคคลเหล่านั้นเป็นอย่างไร
8. ท่านได้รับการเลี้ยงดูอย่างไร
9. ลักษณะของครอบครัวท่านเป็นอย่างไร
10. ใครเป็นหัวหน้าครอบครัว
11. ใครเป็นผู้มีอำนาจในการตัดสินใจเรื่องต่างๆ ภายในบ้านมากที่สุด
12. ใครเป็นผู้ปกครองของท่าน
13. บิดามารดาหรือบุคคลในครอบครัวมีประวัติการมีบุตรยากหรือไม่
14. มารดาหรือบุคคลในครอบครัวมีประวัติการแท้งบุตรหรือไม่
15. ท่านคิดว่า “ลูกสาว” มีหน้าที่อะไรบ้าง
16. ท่านคิดว่า “ภรรยา” มีหน้าที่อะไรบ้าง
17. ท่านคิดว่า “มารดา” มีหน้าที่อะไรบ้าง
18. ท่านคิดว่าบทบาทใด (ลูกสาว / ภรรยา / มารดา) ยากที่สุด เพราะอะไร
19. ท่านคิดว่าตนเองถูกคาดหวังกับบทบาทใด (ลูกสาว / ภรรยา / มารดา) มากที่สุด เพราะอะไร
20. ท่านคิดว่า “ผู้หญิง” กับ “ผู้ชาย” มีหน้าที่ความรับผิดชอบภายในครอบครัวต่างกันอย่างไร
21. ท่านรู้สึกที่ “ผู้หญิง” มีความดีน้อยกว่า “ผู้ชาย” หรือไม่ อย่างไร
22. ท่านคิดว่าผู้หญิงจำเป็นต้องมีลูกหรือไม่
23. ท่านมีความต้องการมีบุตรมากน้อยเพียงใด
24. ท่านมีทัศนคติอย่างไรกับผู้หญิงที่ไม่สามารถมีบุตรได้
25. ความสำคัญของการมีบุตรคืออะไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
26. ท่านมีทัศนคติอย่างไรต่อคำพูดที่ว่า “การมีบุตรทำให้ผู้หญิงได้ทำหน้าที่อย่างสมบูรณ์”
27. ท่านคิดว่า อะไรเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้หญิงเชื่อว่าตนเองมีหน้าที่มีบุตรและเลี้ยงดูบุตร

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก

1. ท่านทราบว่าตนเองอยู่ในภาวะมีบุตรยากมานานเพียงใด
2. ท่านมีสัญญาณใดที่ทำให้คิดว่าตนเองมีบุตรยาก
3. ทำไมจึงตัดสินใจมาตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก
4. ใครเป็นแรงผลักดันสำคัญในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก
5. ท่านทราบสาเหตุการมีบุตรยากของท่านหรือไม่ อย่างไร
6. ท่านรู้สึกอย่างไรเมื่อทราบเป็นครั้งแรกว่าตนเองมีบุตรยาก
7. แล้วปัจจุบันท่านรู้สึกอย่างไร
8. ท่านรักษามาเป็นเวลานานเพียงใด
9. ท่านเคยพยายามมีบุตรด้วยวิธีการใดบ้าง

10. แนวโน้มเกี่ยวกับการตั้งครรภ์มีมากเพียงใด
11. ท่านมักปรึกษาปัญหาการมีบุตรยากกับใคร
12. ท่านมีใครรอบข้างที่กำลังเผชิญภาวะมีบุตรยากหรือไม่ / ใคร
13. บิดามารดาของท่านคาดหวังต่อการมีบุตรของท่านมากน้อยเพียงใด
14. บิดามารดาของสามีคาดหวังต่อการมีบุตรของท่านมากน้อยเพียงใด
15. สามีคาดหวังต่อการมีบุตรมากน้อยเพียงใด
16. สามีของท่านเคยตรวจเกี่ยวกับสาเหตุของการมีบุตรยากด้วยหรือไม่ อย่างไร

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

1. ท่านและสามีวางแผนครอบครัวก่อนการใช้ชีวิตร่วมกันหรือไม่ อย่างไร
2. ท่านอยู่ร่วมกับสามีมานานเพียงใด
3. ความใกล้ชิดกับสามีในชีวิตประจำวัน
4. ความสัมพันธ์ระหว่างท่านและบิดามารดาของสามีเป็นอย่างไร
5. ท่านมีปัญหาขัดแย้งกับสามีบ้างหรือไม่ บ่อยเพียงใด
6. สามีของท่านมีปฏิกิริยาอย่างไรเมื่อทราบว่าท่านมีบุตรยาก
7. บิดามารดาของสามีมีปฏิกิริยาอย่างไรเมื่อทราบว่าท่านมีบุตรยาก
8. บิดามารดาของท่านมีปฏิกิริยาอย่างไรเมื่อทราบว่าท่านมีบุตรยาก
9. ภาวะมีบุตรยากมีผลกระทบต่อชีวิตคู่ของท่านหรือไม่ อย่างไร
10. สถานการณ์มีบุตรยากส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างท่านและสามีอย่างไร

ส่วนที่ 5 การปรับตัวของผู้หญิงมีบุตรยาก

1. ท่านดูแลตนเองอย่างไรภายหลังจากที่ทราบว่าตนเองมีบุตรยาก
2. การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร
3. ช่วงใดที่ท่านต้องปรับตัวมากที่สุด
4. ท่านดูแลตนเองอย่างไรภายหลังจากที่ทราบว่าตนเองมีบุตรยาก
5. ท่านปฏิบัติตนอย่างไรระหว่างการรักษา
6. ท่านจะเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากอีกหรือไม่ ด้วยวิธีการใด
7. ท่านวางแผนด้านครอบครัวอย่างไร หากไม่มีบุตร
8. ท่านจะรับเด็กมาเลี้ยงหรือไม่ เพราะเหตุใด

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว กังสดาล เชาวร์วัฒนกุล เกิดเมื่อวันที่ 30 กันยายน พุทธศักราช 2522

ประวัติการศึกษา

- ปริญญารัฐศาสตรบัณฑิต สาขาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา เอกวิชาการวิจัย คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 24 เมษายน พุทธศักราช 2545
- มัธยมศึกษาตอนปลาย จากโรงเรียนเซนต์โยเซฟ บางนา เมื่อวันที่ 13 มีนาคม พุทธศักราช 2541

ประวัติการทำงาน

- ผู้ช่วยสอน (Teacher Assistant :TA) วิชาสัมมนาทฤษฎีสังคมวิทยา (Seminar in Sociological Theory) คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีพุทธศักราช 2546

ประวัติกิจกรรมทางสังคมและรางวัลที่ได้รับ

1. นายกลโมสรไลออนส์แคมป์สุภาพฯ ภาค 310 อี ปีบริหาร 2546-2548
2. เยาวชนต้นแบบกรุงเทพมหานคร สำนักพัฒนาชุมชน กรุงเทพมหานคร ปีพุทธศักราช 2545
3. ประธานค่ายอาสาสมัครบูรณะ พลเอกเปรม ติณสูลานนท์ ปีการศึกษา 2544
4. ประธานเชียร์ งานฟุตบอลประเพณีสุภาพฯ – ธรรมศาสตร์ ครั้งที่ 58 ปีการศึกษา 2544
5. ที่ปรึกษา นายกองดีการบริหารสโมสรนิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2544
6. หัวหน้านิสิตภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2544
7. รองประธานกรรมการบัณฑิตสุภาพฯ ปีการศึกษา 2544
8. หัวหน้าวิทยากร โครงการฝึกอบรมเยาวชนสัมพันธ์ด้านยาเสพติด ตำบลวังแฉ่ม อำเภอมะขาม จังหวัดจันทบุรี ร่วมกับ อบต.วังแฉ่ม และสำนักงาน ปปส. ปีการศึกษา 2544
9. ผู้สื่อข่าวพิเศษ สังกัดวิทยุสุภาพฯ ในการเลือกตั้งสมาชิกวุฒิสภา ปีพุทธศักราช 2543
10. ประธานชมรมค่ายอาสาสมัคร สโมสรนิสิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (สจม.) ปีการศึกษา 2543
11. กรรมการนิสิตคณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2542