บทที่ 4

ผลการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล

ผลจากการศึกษาสตรีที่มีบุตรยากเฉพาะรายใหม่ ซึ่งมารับการตรวจรักษาที่คลินิกรักษาผู้มีบุตรยากแผนกสูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในระหว่างเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม 2534 จำนวน 100 ราย ทำการศึกษาโดย Self Reporting ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นหมวด ๆ ดังนี้

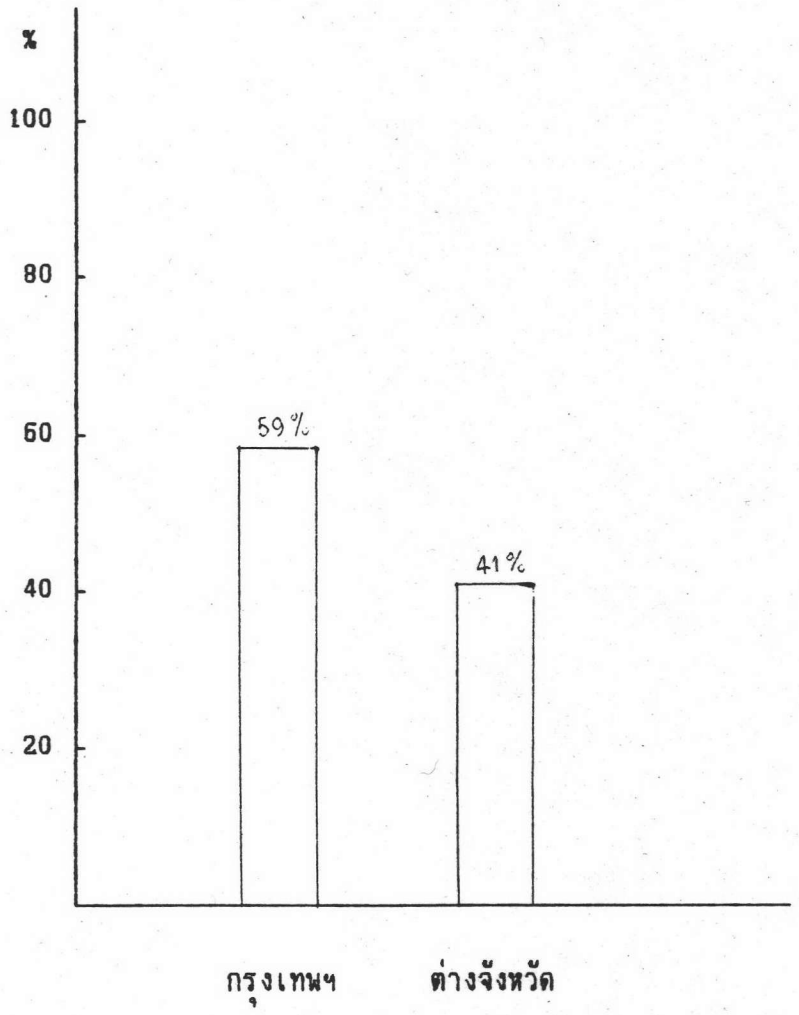
หมวดที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของคู่สมรส

หมวดที่ 2 ปัจจัยด้านจิตใจของสตรีที่มีบุตรยาก

หมวดที่ 3 บุคลิกภาพของสตรีที่มีบุตรยาก

หมวดที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของคู่สมรส

คู่สมรสที่มีบุตรยากจำนวน 100 คู่ มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร 59 คู่ อยู่ต่างจังหวัด 41 คู่ ที่เป็นดังนี้อาจเนื่องมาจากสถานที่ให้บริการอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร จึงพบว่า มีผู้มารับบริการจากกรุงเทพมหานครมากกว่าต่างจังหวัด



รูปที่ 1 แสดงภูมิลำเนาคู่สมรสที่มารับบริการ

ระดับอายุ ดังตารางที่ 1 ร้อยละ 10 ของเพศหญิง มีอายุระหว่าง 20-24 ปี ร้อยละ 26 มีอายุระหว่าง 25-29 ปี ร้อยละ 40 มีอายุระหว่าง 30-34 ปี ร้อยละ 22 มีอายุระหว่าง 35-39 ปี และร้อยละ 2 มีอายุระหว่าง 40-44 ปี อายุเฉลี่ยของเพศหญิง 31.0 ปี

ตารางที่ 1 แสดงอายุของเพศหญิง

อายุ	เพศหญิง	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
20-24 ปี	10	10
25-29 ปี	26	26
30-34 ปี	40	40
35-39 ปี	22	22
40-44 ปี	2	2
45-49 ปี	-	-
รวม	100	100
	อายุเฉลี่ย ($\bar{x}$)	31.0 ปี

ตารางที่ 2 แสดงอายุของเพศชาย

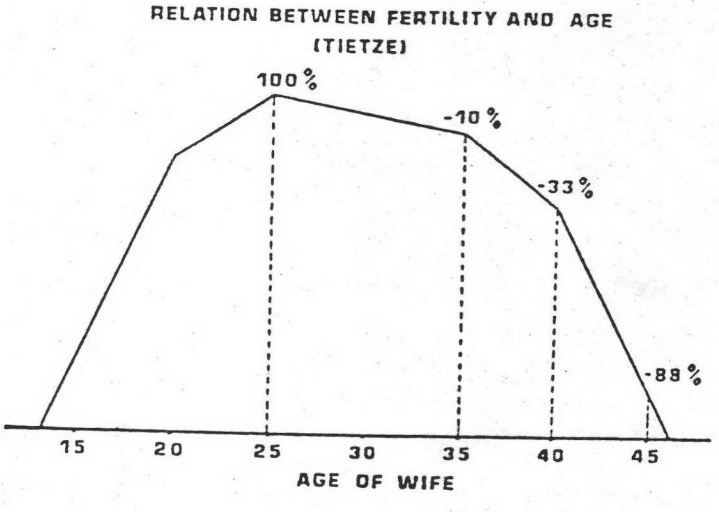
อายุ	เพศชาย	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
20-24 ปี	2	2
25-29 ปี	14	14
30-34 ปี	22	22
35-39 ปี	42	42
40-44 ปี	16	16
45-49 ปี	4	4
รวม	100	100
	อายุเฉลี่ย (x)	35.4 ปี

จากตารางที่ 2 ร้อยละ 2 ของเพศชายมีอายุระหว่าง 20-24 ปี ร้อยละ 14 มีอายุระหว่าง 25-29 ปี ร้อยละ 22 มีอายุระหว่าง 30-34 ปี ร้อยละ 42 มีอายุระหว่าง 35-39 ปี ร้อยละ 16 มีอายุระหว่าง 40-44 ปี และร้อยละ 4 มีอายุระหว่าง 45-49 ปี อายุเฉลี่ยของเพศชาย 35.4 ปี

อายุ ซึ่งเป็นสาเหตุส่งเสริมของภาวะการมีบุตรยากนั้น ในกลุ่มคู่สมรสที่ทำการศึกษาพบว่า เพศหญิงส่วนใหญ่จะมีอายุ 30 ปีขึ้นไป (ตารางที่ 1) ซึ่งมีจำนวนมากถึงร้อยละ 64 และมีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 24 และในจำนวนนี้พบว่าอายุน้อยที่สุดที่มารับ

บริการคือ 22 ปี มีจำนวน 2 ราย และอายุมากที่สุดคือ 42 ปีมีจำนวน 2 ราย จากข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงโอกาสการตั้งครรภ์ซึ่งลดน้อยลง สำหรับเพศชายจากการศึกษาพบว่ามีอายุมากกว่า 35 ปี (ตารางที่ 2) จำนวนร้อยละ 62 และอายุมากกว่า 40 ปี พบร้อยละ 20 และในจำนวนนี้พบว่าอายุของสามีน้อยที่สุดที่มารับบริการคือ 24 ปีมีจำนวน 2 ราย อายุมากที่สุด คือ 47 ปี มีจำนวน 2 ราย ซึ่งอายุที่มากของสามีทำให้โอกาสการตั้งครรภ์ของภรรยาลดน้อยลงไป เหตุที่เป็นเช่นนี้กล่าวได้ว่าอาจเนื่องจาก ช่วงอายุ 30 ปีขึ้นไป เป็นช่วงเวลาที่คู่สมรสมีความพร้อมที่จะมีบุตรแล้ว หลังจากที่ได้เตรียมการมาระยะเวลาหนึ่ง จากการสร้างฐานะของตนเอง หรือการวางแผนครอบครัว (รูปที่ 6) ฉะนั้นเมื่อยุติการวางแผนครอบครัวแล้วไม่สามารถมีบุตรได้ดังปรารถนา (รูปที่ 7) ทำให้ต้องมาปรึกษาแพทย์เช่นเดียวกับ หะทัย เทพนิสัย และ อุรุษา เทพนิสัย(2523) และ Moghissi KS. (1979) ซึ่งถือว่าอายุประมาณ 24-25 ปีในสามี และ 21-24 ปีในภรรยา เป็นช่วงเวลาที่สามารถตั้งครรภ์ได้มากที่สุด หลังจากนั้นก็จะค่อย ๆ ลดลง

โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางฝ่ายภรรยาจะลดลงอย่างรวดเร็วหลังอายุ 35 ปี Tietze C. (1957) กล่าวว่า พออายุถึง 35 ปี ความสามารถในการตั้งครรภ์ก็จะถูกลดลงไป ร้อยละ 10 พออายุถึง 40 ปี ความสามารถในการตั้งครรภ์จะถูกลดลงไปร้อยละ 33 และพออายุถึง 45 ปี ความสามารถในการตั้งครรภ์จะถูกลดลงไปร้อยละ 88 (รูปที่ 2)

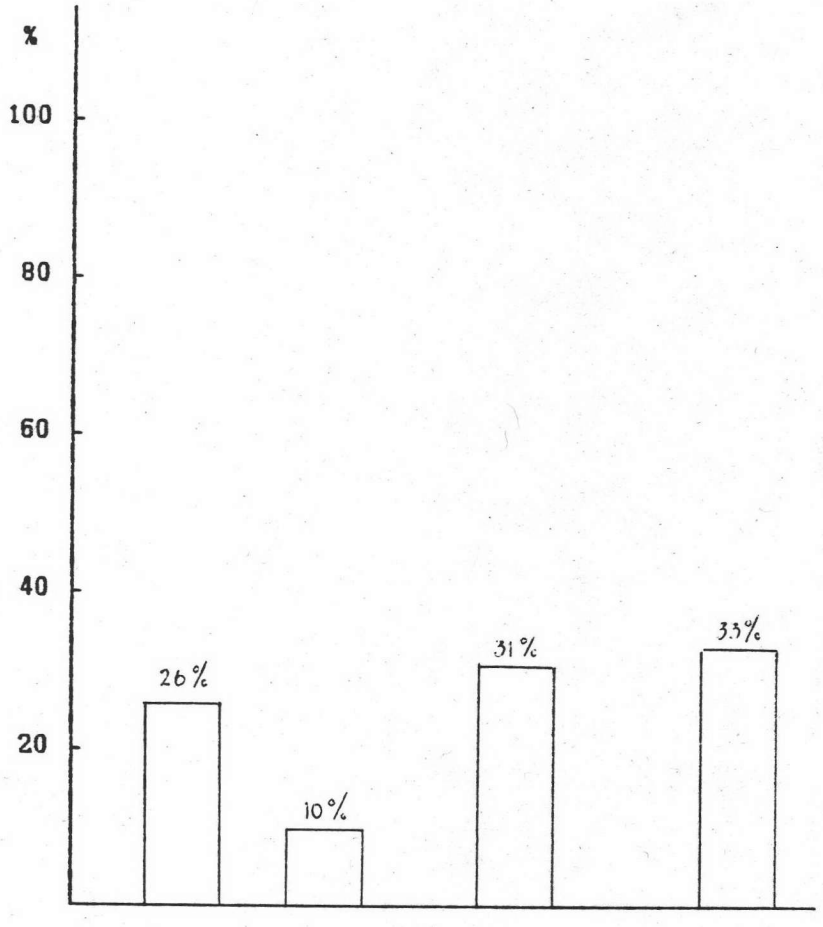


รูปที่ 2 กราฟแสดงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการตั้งครรภ์กับอายุ

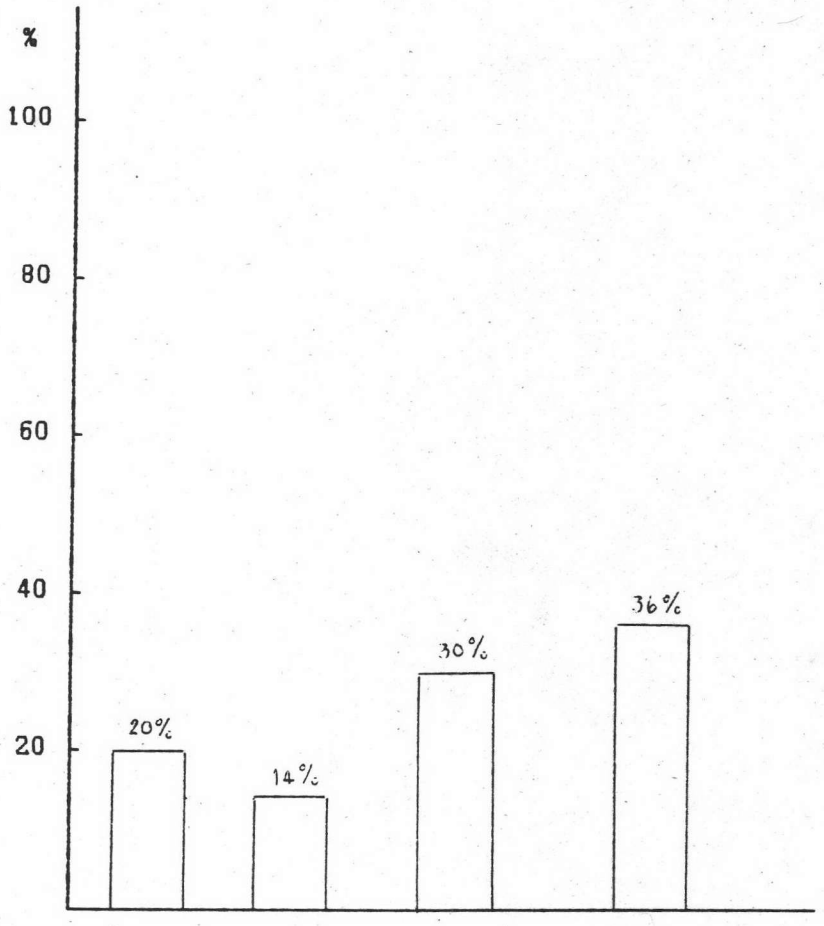
Tietze C., 1957)

สำหรับฝ่ายสามีก็ทำนองเดียวกัน กล่าวคือ เมื่ออายุผ่านพ้น 25 ปีไปแล้วก็จะทำให้อัตราการตั้งครรภ์ของภรรยาลดน้อยลงไปบ้าง แต่เมื่ออายุย่างเข้า 35 ปีไปแล้วจะเห็นว่าอัตราการตั้งครรภ์ในภรรยาถูกลดลงไปอย่างมาก (หะทัย เทพพิสัย และ อุรุษา เทพพิสัย, 2523) (Wheeler JM. and Polan ML., 1988)

ระดับการศึกษา คู่สมรสเพศหญิงส่วนใหญ่ มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาถึงมหาวิทยาลัย (ปริญญาตรี) ร้อยละ 74 การศึกษาในระดับประถมศึกษาร้อยละ 26 (รูปที่ 3) คู่สมรสเพศชายส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาถึงมหาวิทยาลัย (ปริญญาตรี) ร้อยละ 80 การศึกษาในระดับประถมศึกษาร้อยละ 20 (รูปที่ 4)



รูปที่ 3 แสดงระดับการศึกษาาของคู่สมรสเพศหญิง



รูปที่ 4 แสดงระดับการศึกษาของคู่สมรสเพศชาย

จากรูปที่ 3-4 จะเห็นได้ว่า คู่สมรสส่วนมากมีระดับการศึกษาอยู่ในเกณฑ์ดีคือในระดับมหาวิทยาลัย การที่คู่สมรสมีการศึกษาดี ทำให้สนใจที่จะมารับบริการ เพื่อแก้ไขภาวะการมีบุตรยากจากวิทยาการสมัยใหม่

การประกอบอาชีพ

ตารางที่ 3 แสดงอาชีพ

อาชีพ	เพศหญิง		เพศชาย	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	15	15	-	-
รับราชการ	25	25	32	32
รับจ้าง				
– บริษัทรัฐวิสาหกิจ	32	32	56	56
– ตัดเย็บเสื้อผ้า	10	10	-	-
ค้าขาย	16	16	10	10
เกษตรกร	2	2	2	2
รวม	100	100	100	100

รายได้ของคู่สมรส

ตารางที่ 4 แสดงรายได้ของคู่สมรส

รายได้ (บาท/เดือน)	เพศหญิง		เพศชาย	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ต่ำกว่า 1,000 บาท	8	8	-	-
1,000-1,999 บาท	5	5	2	2
2,000-2,999 บาท	10	10	5	5
3,000-3,999 บาท	23	23	21	21
4,000-4,999 บาท	8	8	8	8
มากกว่า 5,000 บาท	46	46	64	64
รวม	100	100	100	100

รายได้ของคู่สมรส (คิดเป็นจำนวนบาทต่อเดือน) ทั้งคู่สมรสเพศหญิงและเพศชายมีรายได้อยู่ในเกณฑ์สูง เมื่อเทียบกับรายได้ประชาชาติ ซึ่งมีค่าเท่ากับ 3,034 บาทต่อคนต่อเดือน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี ฉบับ พ.ศ.2533) จากตารางที่ 4 คู่สมรสเพศหญิง ร้อยละ 46 มีรายได้มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือน และคู่สมรสฝ่ายชาย ร้อยละ 64 มีรายได้มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือนและมีรายได้รวมของครอบครัวมากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน

จากตารางที่ 3 และตารางที่ 4 ซึ่งแสดงถึงลักษณะอาชีพและรายได้ของคู่สมรส จะเห็นได้ว่าคู่สมรสส่วนใหญ่มีการประกอบอาชีพที่มั่นคง มีรายได้อยู่ในเกณฑ์สูง ทั้งสองสิ่งนี้

เป็นปัจจัยเสริมให้เห็นว่า คู่สมรสเหล่านี้ไม่มีปัญหาทางด้านการเงิน และมีความสามารถทางด้านเศรษฐกิจที่จะเลี้ยงดูบุตรที่เกิดมาได้เป็นอย่างดี ดังนั้นเมื่อเกิดภาวะของการมีบุตรยากจึงมาขอรับบริการและการช่วยเหลือจากแพทย์

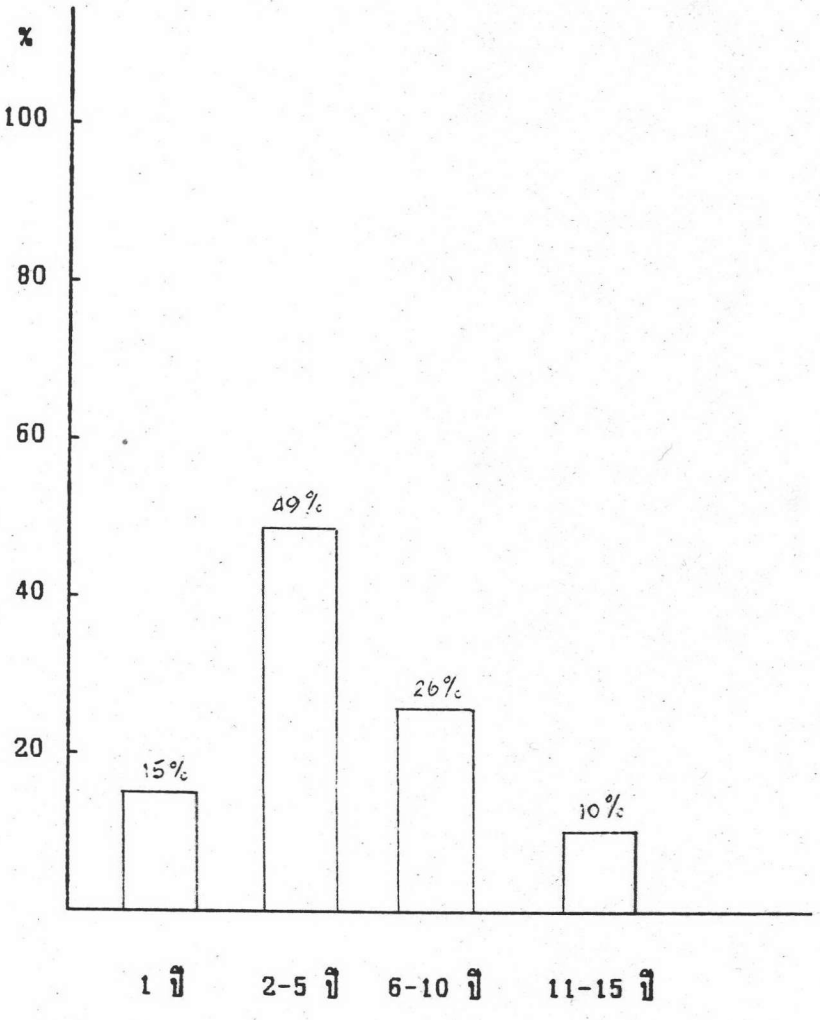
จะเห็นได้ว่าจากข้อมูลดังกล่าวมาแล้วซึ่งได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ และรายได้แสดงให้เห็นว่ากลุ่มประชากรที่ศึกษาส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไป มีการศึกษาอยู่ในระดับสูง และมีรายได้อยู่ในเกณฑ์ดี

อายุแรกสมรส เป็นสาเหตุส่งเสริมให้คู่สมรสประสบปัญหามีบุตรยากอีกประการหนึ่ง การสมรสเมื่ออายุน้อยเกินไป ร่างกายยังมีการพัฒนาไม่สมบูรณ์ และการสมรสเมื่อมีอายุสูงเกินไป ความสมบูรณ์ของพลานามัยลดลง ร่างกายก็เริ่มไม่แข็งแรงทำให้เกิดปัญหามีบุตรยากขึ้น สำหรับในกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษาพบว่า กลุ่มที่มีอายุแรกสมรสในช่วงวัยเจริญพันธุ์ตอนต้น (15-19 ปี) เพศหญิงมีร้อยละ 15 เพศชายมีร้อยละ 3 ส่วนกลุ่มที่มีอายุแรกสมรสในช่วงวัยเจริญพันธุ์ตอนปลาย(30 ปีเป็นต้นไป)เพศหญิงมีร้อยละ 18 เพศชายมีร้อยละ 35 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5 สำหรับกลุ่มที่มีอายุแรกสมรสในช่วงวัยเจริญพันธุ์ตอนปลาย อาจสืบเนื่องมาจากการใช้เวลาไปในการศึกษาเล่าเรียน (ดังแสดงในรูปที่ 3 และรูปที่ 4) ซึ่งสอดคล้องกับหะทัย เทพพิสัย (2533) ได้กล่าวถึง อุบัติการของมีบุตรยากซึ่งมีแนวโน้มจะมากขึ้นเรื่อย ๆ ในปัจจุบัน โดยปัจจัยที่มาช่วยสนับสนุนประการหนึ่งได้แก่ อายุของหญิงชายที่เริ่มสมรสกันนั้นมากขึ้นกว่าแต่ก่อน คงเป็นเพราะต้องการเวลาในการศึกษาเล่าเรียนสมัยก่อน นอกจากนั้นอาจต้องใช้เวลาสักระยะหนึ่งในการสร้างฐานะของตนเองให้ดีก่อนการสมรสเนื่องจากความล่าช้าดังกล่าวจึงทำให้คู่สมรสผ่านพ้นวัยเจริญพันธุ์ไปโดยไม่รู้ตัว นอกจากนี้ จากสถิติของสำนักงานสถิติแห่งชาติซึ่งได้ทำการเปรียบเทียบอายุเฉลี่ยเมื่อสมรสครั้งแรกระหว่างปี 2513 และ 2523 พบว่า อายุเฉลี่ยเมื่อสมรสครั้งแรกของชายเพิ่มขึ้นจาก 24.7 ปี เป็น 24.9 ปี และหญิงเพิ่มขึ้นจาก 22.0 ปี เป็น 22.8 ปี ซึ่งจากสถิตินี้ให้ผลสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้โดยจากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นถึงร้อยละ 37มีอายุแรกสมรสระหว่าง 25-29 ปี ซึ่งจะเห็นได้ว่าเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 5 แสดงอายุแรกสมรส

อายุแรกสมรส	เพศหญิง		เพศชาย	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
15-19 ปี	15	15	3	3
20-24 ปี	30	30	18	18
25-29 ปี	37	37	44	44
30-34 ปี	15	15	25	25
35-39 ปี	3	3	7	7
40-44 ปี	-	-	-	-
45-49 ปี	-	-	3	3
รวม	100	100	100	100

ระยะเวลาของการสมรส พบว่า ระยะเวลาของการสมรสยิ่งนานวัน โอกาสที่จะมีบุตรก็ยิ่งน้อยลงตามลำดับ (หะทัย เทพนิสัย และ อุรุษา เทพนิสัย, 2523) จากรูปที่ 5 ระยะเวลาของการสมรสในกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษา พบว่ามีระยะเวลาของการสมรสตั้งแต่ 1 ปีถึง 15 ปี ร้อยละ 15 มีระยะเวลาของการสมรส 1 ปี ร้อยละ 49 มีระยะเวลาของการสมรส 2-5 ปี ร้อยละ 26 มีระยะเวลาของการสมรส 6-10 ปี และร้อยละ 10 มีระยะเวลาของการสมรส 11-15 ปี



รูปที่ 5 แสดงระยะเวลาของการสมรสของสตรี

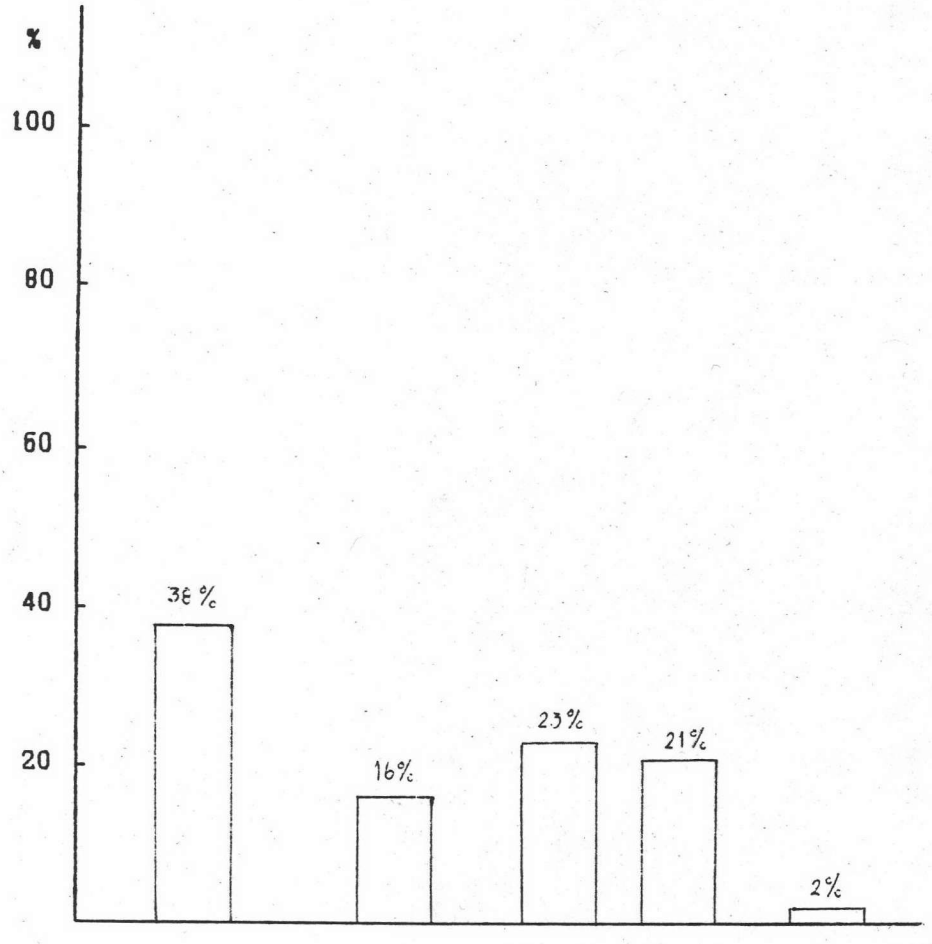
จะเห็นได้ว่า กลุ่มที่มีระยะเวลาของการสมรสไม่นานปีนัก มีจำนวนมาพบแพทย์มากกว่า ทั้งนี้เพราะช่วงระยะเวลาของการสมรสตั้งแต่ 1-5 ปี เป็นช่วงที่คู่สมรสมีโอกาสเตรียมตัวในการสร้างหลักฐานเพื่อการเริ่มต้นชีวิตสมรส เช่น การสร้างฐานะจากการประกอบอาชีพ (ตารางที่ 3) การวางแผนครอบครัว (รูปที่ 6) เมื่อพร้อมที่จะมีบุตรและพบว่าฝ่ายหญิงยังไม่ปรากฏการตั้งครรภ์ ทำให้เกิดความวิตกกังวล และมารับคำปรึกษาจากแพทย์

สำหรับระยะเวลาที่ใช้ตัดสินใจว่าคู่สมรสควรไปพบแพทย์ เพื่อหาสาเหตุการมีบุตรยาก ภายหลังอยู่ร่วมกัน โดยไม่คุมกำเนิดแล้วไม่ตั้งครรภ์ โดยถืออายุฝ่ายหญิงเป็นตัวกำหนดจากการศึกษาดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงระยะเวลาที่ใช้ตัดสินใจว่าควรไปพบแพทย์

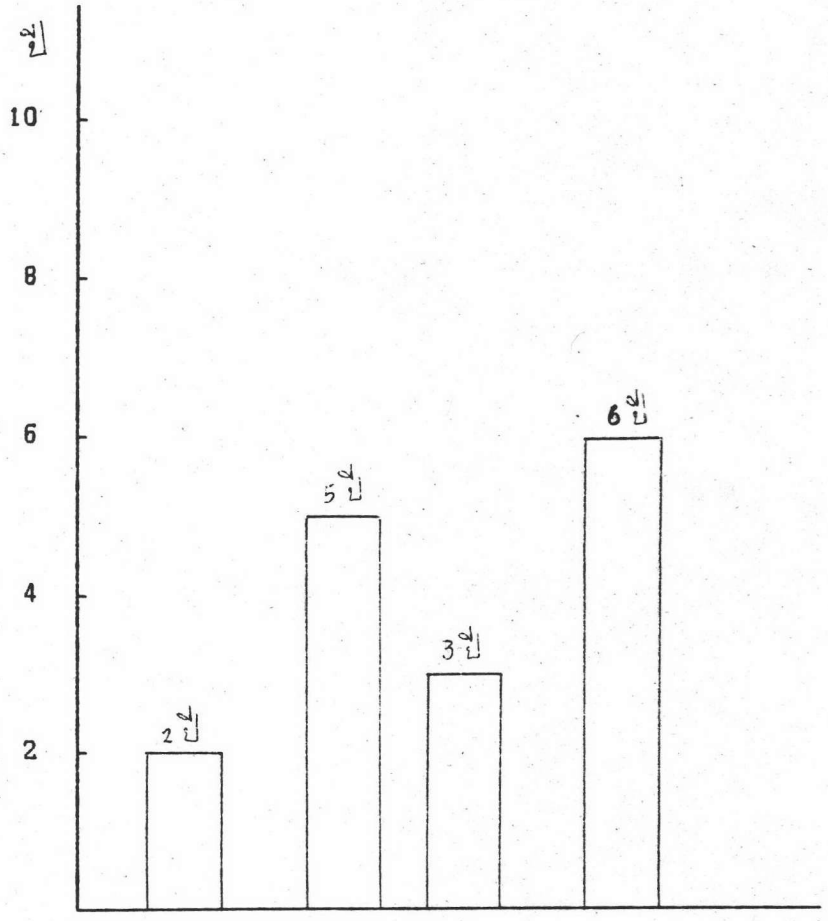
อายุของฝ่ายหญิง	ระยะเวลาที่ใช้ตัดสินว่าควรไปพบแพทย์	
	จากการศึกษา	มิชัย วีระไวทยะ (2527)
ต่ำกว่า 25 ปี	2 ปี 8 เดือน	2 ปี
25-30 ปี	2 ปี	1 ปี 6 เดือน
30-35 ปี	1 ปี 6 เดือน	1 ปี
มากกว่า 35 ปี	1 ปี	6 เดือน

จากข้อมูลอายุแรกสมรส ระยะเวลาของการสมรส และระยะเวลาที่ใช้ตัดสินใจว่าควรไปพบแพทย์ พบว่าสอดคล้องกัน อายุแรกสมรสมีความโน้มเอียงไปในทางอายุไม่มากนัก (ตารางที่ 5) และมีระยะเวลาของการสมรสไม่นาน (1-5 ปี) (รูปที่ 5) มีเวลาการตัดสินใจมาพบแพทย์ในเวลาที่พอเหมาะ คือ อายุมากมีเวลาในการมาพบแพทย์น้อยปี ส่วนอายุน้อยมีเวลานานปีกว่าจะมาพบแพทย์ (ตารางที่ 6)



รูปที่ 6 แสดงวิธีการคุมกำเนิดของสตรี

ประวัติการคุมกำเนิด จากรูปที่ 6 พบว่าร้อยละ 38 ไม่เคยคุมกำเนิดเลยแต่ไม่มีบุตร ร้อยละ 16 คุมกำเนิดโดยใส่ห่วงอนามัย ร้อยละ 23 รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 21 ฉีดยาคุมกำเนิด และร้อยละ 2 สวมถุงยางอนามัย และกลุ่มประชากรที่ศึกษา (รูปที่ 6) พบว่าร้อยละ 62 ใช้วิธีการคุมกำเนิดด้วยวิธีต่าง ๆ ได้แก่ การใส่ห่วงอนามัย, การรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด, การฉีดยาคุมกำเนิดและการสวมถุงยางอนามัย จากการศึกษาถึงระยะเวลาของการใช้วิธีการคุมกำเนิดพบว่า ค่าเฉลี่ยของระยะเวลาในการใส่ห่วงอนามัย 2 ปี การรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด 5 ปี การฉีดยาคุมกำเนิด 3 ปี และการสวมถุงยางอนามัย 6 ปี ดังรูปที่ 7



รูปที่ 7 แสดงระยะเวลาเฉลี่ยของการคุมกำเนิดด้วยวิธีต่าง ๆ

จากรูปที่ 6 และรูปที่ 7 แสดงให้เห็นว่า ในปัจจุบันมีวิธีคุมกำเนิดหลายวิธีและเป็นที่นิยมกันอย่างแพร่หลาย สำหรับคู่สมรสที่ยังมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี หรือยังไม่พร้อมที่จะมีบุตร วิธีการคุมกำเนิดบางอย่างอาจจะกระทบกระเทือนต่อการทำงานของระบบสืบพันธุ์ได้หลังจากเลิกคุมกำเนิดด้วยวิธีนั้น ๆ ไปแล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งฮอร์โมนฉีดคุมกำเนิด (เช่น Depomedroxyprogesterone acetate) อาจทำให้เกิดปัญหาการมีบุตรยากได้ถ้าใช้เป็นระยะเวลานานเกิน 1 ปี โดยอาจจะทำให้การตกไข่กลับคืนมาล่าช้ามาก (เอนก อารีพรรค และ สุวัทนา อารีพรรค, 2525) นอกจากนั้นการใส่ห่วงอนามัยอาจทำให้เกิดการอับเสบของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน (pelvic inflammatory disease หรือ PID)

จนทำให้เกิดการตีบตันของท่อนำไข่ หรือเกิดพังผืดในอุ้งเชิงกรานได้ นอกจากนั้นห่วงอนามัยยังอาจทำให้เกิดเยื่อบุโพรงมดลูกอับเสบ (endometritis) ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาเรื่องการมีบุตรยากตามมา (หะทัย เทพพิสัย, 2533)

จากการศึกษา ร้อยละ 38 ไม่เคยคุมกำเนิดเลยแต่ไม่มีบุตร (รูปที่ 6) อาจเกิดจากปัจจัยสองประการ ประการแรกคือ ความผิดปกติของอวัยวะต่าง ๆ ซึ่งแพทย์สามารถให้ความช่วยเหลือเพื่อแก้ไขภาวะเหล่านั้นได้ และประการที่สองคือ ภาวะทางด้านจิตใจ สตรีที่มีความเครียดทางด้านอารมณ์ (emotional stree) อาจจะมีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของ Hypothalamus pituitary ovarian oxis แล้วทำให้มีความผิดปกติของประจำเดือน หรืออาจทำให้เกิดการขาดประจำเดือน นอกจากนั้นอาจทำให้เกิดปัญหาในกระบวนการร่วมเพศ เช่น เกิดการเกร็งรัดของช่องคลอด (vaginismus) มีความเจ็บปวดขณะร่วมเพศ และไม่มีอารมณ์ทางเพศ เป็นต้น (หะทัย เทพพิสัย, 2533)

ภาวะสุขภาพ จากการศึกษาพบว่า คู่สมรสเพศหญิงมีประวัติสุขภาพปกติร้อยละ 38 และให้ประวัติภาวะทางสุขภาพที่อาจเกี่ยวข้องกับปัญหามีบุตรยากร้อยละ 62 รายละเอียดดังตารางที่ 7

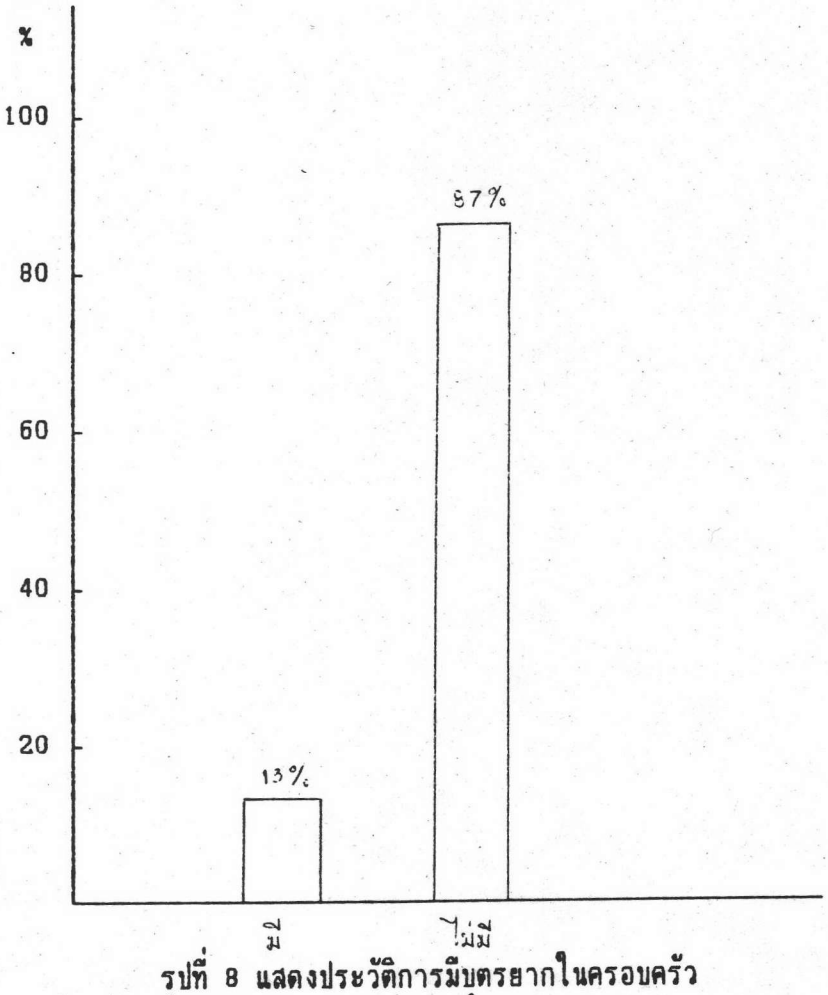
ตารางที่ 7 แสดงภาวะสุขภาพของสตรี

ภาวะสุขภาพ	เพศหญิง	
	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ปกติ	38	38
เคยผ่าตัดรังไข่และไส้ติ่ง	9	9
เคยผ่าตัดท่อนำไข่ เพราะท้องนอกมดลูก	5	5
เคยผ่าตัดมดลูกและปีกมดลูก	7	7
เคยแท้งเอง	13	13
เคยทำแท้ง (Criminal Abortion)	8	8
เป็นโรคภูมิแพ้ (แพ้อากาศ)	12	12
เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	8	8
รวม	100	100

จากตาราง จะเห็นได้ว่า สาเหตุการมีบุตรยากของเพศหญิงมีหลายประการ เช่น มีอวัยวะพิการมาแต่กำเนิดมีสาเหตุจากความผิดปกติของช่องคลอด ปากมดลูก มดลูก ท่อนำไข่ และรังไข่ เนื่องจากการอักเสบติดเชื้อ หรือความผิดปกติอื่น ๆ ดังนั้นในกลุ่มคู่สมรสที่มารับบริการเพื่อแก้ไขปัญหามีบุตรยาก จึงพบว่ากลุ่มสตรีเหล่านี้มีประวัติเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับระบบอวัยวะสืบพันธุ์ร่วมด้วย โดยร้อยละ 7 เคยผ่าตัดมดลูกและปีกมดลูก ร้อยละ 5 เคยผ่าตัดท่อนำไข่ ร้อยละ 13 ให้ประวัติว่าเคยตั้งครรภ์แล้ว แต่มักเกิดอาการแท้งเองตามธรรมชาติ นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 8 มีการทำแท้งอย่างผิดกฎหมาย

เป็นเหตุให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อต่ออวัยวะสืบพันธุ์ภายในได้ ร้อยละ 8 มีการทำแท้งอย่างผิดกฎหมาย เป็นเหตุให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อต่ออวัยวะสืบพันธุ์ภายในได้ และส่งผลให้เกิดความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์ดังกล่าว ร้อยละ 9 ได้รับการผ่าตัดภายในช่องท้อง ซึ่งอาจส่งผลกระทบกระเทือนต่ออวัยวะสืบพันธุ์ภายใน โดยได้รับการผ่าตัดรังไข่และไส้ติ่ง ร้อยละ 12 มีประวัติเป็นโรคภูมิแพ้ (แพ้อากาศ) และร้อยละ 8 เคยมีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

นอกจากนี้ ยังพบว่า ร้อยละ 13 ของกลุ่มประชากรที่ศึกษามีประวัติครอบครัวมีบุตรยาก (พี่น้อง พ่อแม่เดียวกัน) และร้อยละ 87 ไม่พบประวัติการมีบุตรยากในครอบครัว ดังรูปที่ 8



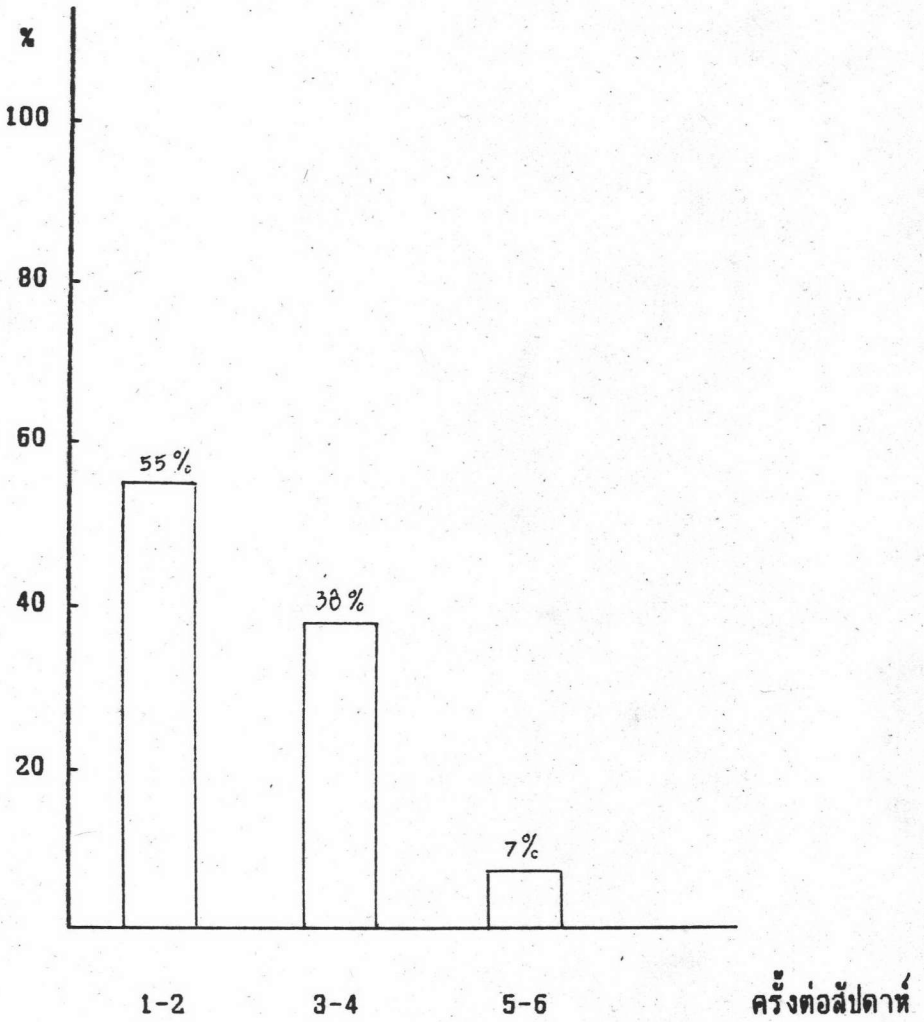
รูปที่ 8 แสดงประวัติการมีบุตรยากในครอบครัว

สิ่งแวดล้อมทางสังคม ที่อาจเป็นอันตรายต่อการเจริญพันธุ์ ได้แก่ การสูบบุหรี่ ซึ่งอาจจะทำให้มีอุบัติการของการแท้งเพิ่มมากขึ้น การดื่มสุราอาจทำให้เกิดการไม่ตกไข่ (Anovulation) ในสตรี สารเสพติดพวกกัญชา (marihauna) อาจมีผลกระทบต่อการทำงานของ Hypothalamus และต่อม Pituitary ซึ่งเป็นผลทำให้การทำงานของระบบสืบพันธุ์เสื่อมลงไป นอกจากนี้ การประกอบอาชีพที่ต้องสัมผัสกับสารเคมีที่เป็นพิษ หรือสารกัมมันตภาพรังสีก็มีผลกระทบต่อการเจริญพันธุ์เช่นกัน ในกลุ่มประชากรที่ศึกษาพบว่า สตรีที่มีบุตรยากให้ประวัติว่ามีความเกี่ยวข้องกับสารเคมีเนื่องจากการประกอบอาชีพ จำนวน 2 ราย โดยรายแรกทำงานเกี่ยวข้องกับสารเคมีในการผลิตผ้า และรายที่สองเป็นอาจารย์สอนวิชาเคมี ซึ่งต้องสัมผัสกับสารเคมีชนิดต่าง ๆ อยู่เสมอ ส่วนที่เหลืออีก 98 ราย ไม่มีผู้ใดให้ประวัติเกี่ยวข้องกับสิ่งเหล่านี้เลย

หมวดที่ 2 ปัจจัยด้านจิตใจของสตรีที่มีบุตรยาก

การศึกษาในหัวข้อนี้ ผู้ศึกษามุ่งแสดงถึงปัจจัยด้านจิตใจของสตรีที่มีบุตรยาก โดยแบ่งหัวคำถามออกเป็น 6 ส่วน คือ ประวัติการร่วมเพศ สภาวะทางอารมณ์จากแบบสอบถามสุขภาพ Cornell Medical Index Health Questionaire (CMI) การปรับตัวในชีวิตสมรส เอกลักษณ์ทางเพศ สภาวะทางอารมณ์ซึ่งเกี่ยวข้องกับการมีบุตรยากและความรู้ในเรื่องเพศ

ประวัติการร่วมเพศ กลุ่มประชากรที่ศึกษาพบว่า ร้อยละ 55 ให้ประวัติการร่วมเพศความถี่ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 38 ให้ประวัติการร่วมเพศความถี่ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ และร้อยละ 7 ให้ประวัติการร่วมเพศความถี่ 5-6 ครั้งต่อสัปดาห์ ไม่พบประวัติการใช้ยาฆ่าเชื้ออสุจิล้างช่องคลอดหลังการร่วมเพศ และไม่พบปัญหาในการร่วมเพศเลย รายละเอียดดังรูปที่ 9



รูปที่ 9 แสดงประวัติความถี่การร่วมเพศ

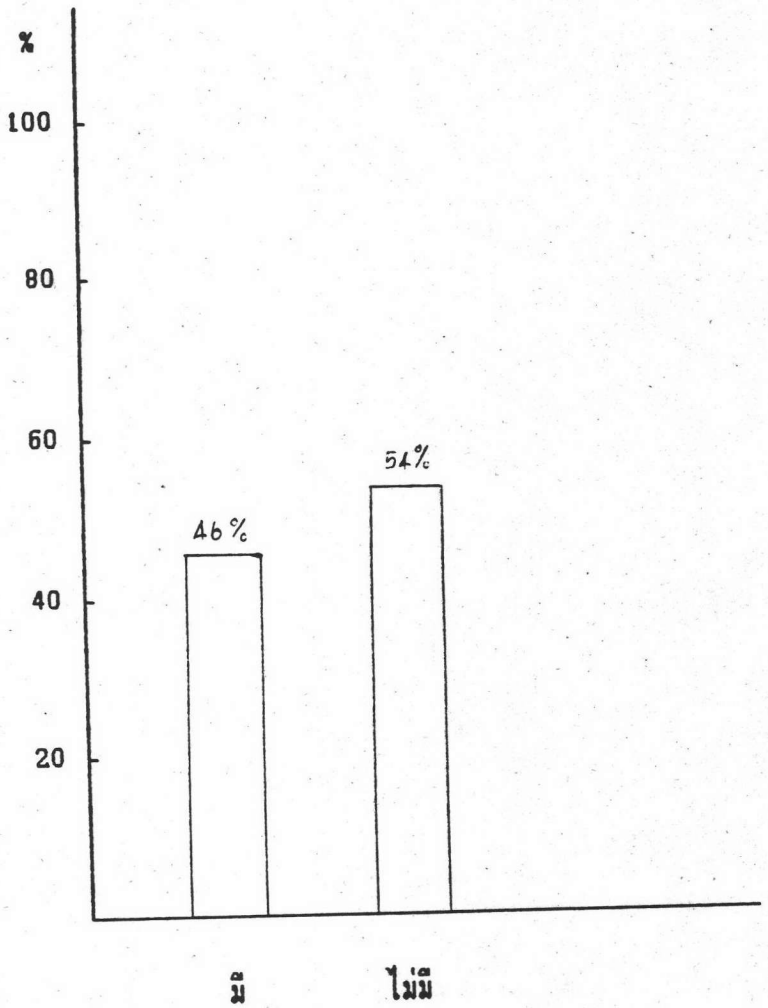
จากรูปที่ 9 แสดงให้เห็นว่า สตรีส่วนใหญ่ยังขาดความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศและการร่วมเพศ ซึ่งโดยทั่วไปในคนปกติถือว่า การร่วมเพศ 4-6 ครั้งต่อ 1 สัปดาห์ จะทำให้มีโอกาสตั้งครรภ์ได้มากที่สุด และถ้าน้อยกว่า 4 ครั้ง หรือมากกว่า 6 ครั้งต่อสัปดาห์ จะทำให้โอกาสในการตั้งครรภ์ลดลง (หยทัย เทพนิสัย และ อุรุษา เทพนิสัย, 2523) การที่สตรีเหล่านี้ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการร่วมเพศ เช่น ความถี่ของการร่วมเพศ เมื่อถึงระยะเวลาที่มีการตกไข่ ทำให้พลาดโอกาสในการตั้งครรภ์ไป ปัญหาและอุปสรรคในการร่วมเพศ เช่น ท่าทางในการร่วมเพศ ความเจ็บปวดขณะร่วมเพศ หรือความผิดปกติทางเพศ สิ่งเหล่านี้อาจมีผลกระทบต่อภาวะทางด้านจิตใจ ทำให้มีผลต่อการทำหน้าที่ของ Hypothalamus

pituitary axis เกิดปัญหาต่อระบบสืบพันธุ์และกระบวนการร่วมเพศได้ นอกจากนั้น การสวนล้างช่องคลอดหลังการร่วมเพศ ก็อาจทำให้ตัวอสุจิถูกพัดพาออกไปหมด ทำให้โอกาสตั้งครรภ์ลดน้อยลงได้ ผลของการศึกษาใกล้เคียงกับการศึกษาของ พวงเพ็ญ ริมดุสิต และคณะ (2534) ซึ่งศึกษาพบว่า ร้อยละ 46.5 ของคู่สมรส มีสัมพันธ์ทางเพศน้อยกว่าสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ทำให้โอกาสในการตั้งครรภ์น้อยลง

สภาวะทางอารมณ์ จากแบบสอบถามสุขภาพ Cornell Medical Index Health Questionaire (CMI)

สำหรับแบบสอบถามสุขภาพ CMI นั้น มีวัตถุประสงค์ที่จะได้ประวัติและอาการเจ็บป่วยก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าพบแพทย์เพื่อตรวจร่างกาย ซึ่งจะช่วยให้แพทย์เสียเวลาน้อยลงในการซักประวัติ และอาจได้รายละเอียดบางอย่างที่ผู้ป่วยเองไม่กล้าซักถาม หรือรายงานให้แพทย์ทราบ นอกจากนี้ยังมีประโยชน์ในการคัดกรองหรือค้นหาผู้ป่วยจิตเวช จากการศึกษาในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้เลือกใช้คำถามเฉพาะหมวดที่เกี่ยวข้องกับสภาวะทางอารมณ์ ซึ่งได้แก่ ความกังวล (Anxiety) และความรู้สึกเศร้าหมอง (Depression) เพื่อดูว่า กลุ่มประชากรที่ศึกษานั้น มีปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจอยู่หรือไม่ เนื่องจากโดยทั่ว ๆ ไปแล้ว บุคคลแต่ละคนย่อมมีความแตกต่างกันในการดำเนินชีวิต มีการใช้กลไกป้องกันของจิตใจ (Defense Mechanisms of the Ego) ที่แตกต่างกันในการแก้ไขปัญหาแต่ละอย่าง สตรีที่มีปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจอยู่แล้ว เมื่อมาประสบกับปัญหาการมีบุตรยากอาจทำให้มีผลกระทบต่ออารมณ์และจิตใจมากยิ่งขึ้นได้

ในเรื่องของความกังวล (Anxiety) จากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 46 มีสภาวะทางอารมณ์ในเรื่องของความกังวล และร้อยละ 54 ไม่มีความกังวล ดังรูปที่ 10

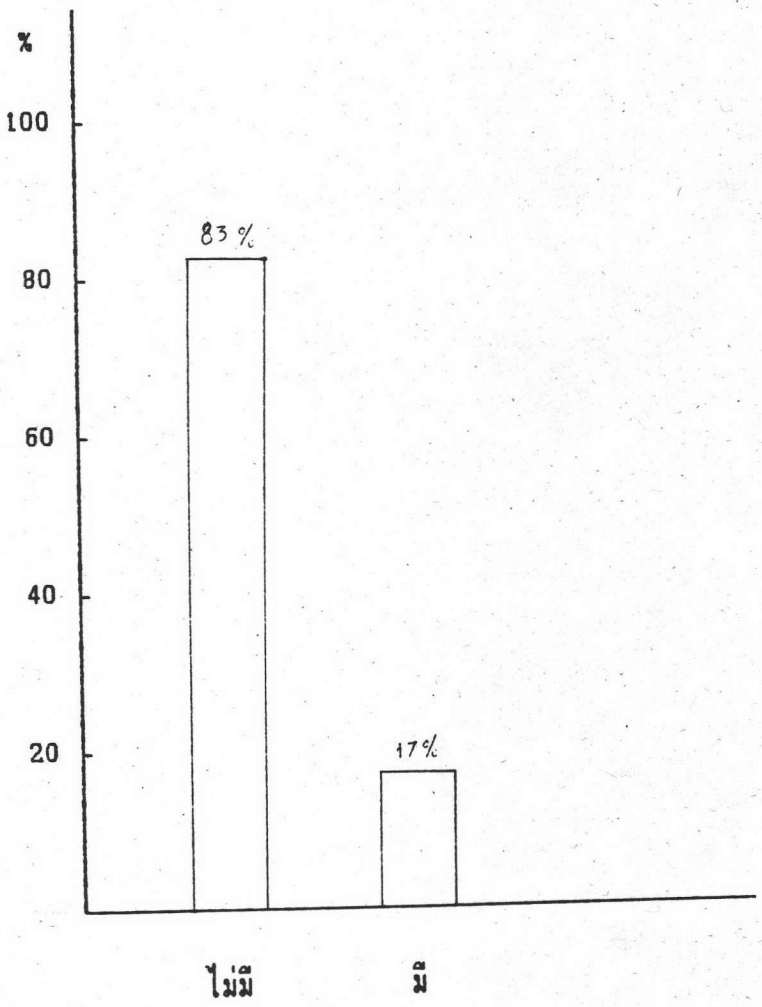


รูปที่ 10 แสดงความกังวลจากแบบสอบถามสุขภาพ CMI

จะเห็นได้ว่า วัยผู้ใหญ่เป็นระยะที่ความเจริญเติบโตทางกายพัฒนาเต็มที่และสมบูรณ์ อวัยวะทุกส่วนทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยทั่วไปบุคคลมักมีร่างกายแข็งแรง ส่วนในด้านอารมณ์นั้น ผู้ที่จะเข้าถึงภาวะอารมณ์แบบผู้ใหญ่ จะมีความคับข้องใจน้อย ควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น มีความแน่ใจ และมีความมั่นคงทางจิตใจดีกว่าในระยะวัยรุ่น ซึ่งพัฒนาการในวัยผู้ใหญ่จะเป็นไปในแบบปรับตัว และเปลี่ยนแปลงเพื่อเผชิญสภาพการผันแปร และรับภาระประจำชีวิต สำหรับสตรีที่แต่งงานแล้ว การดำเนินชีวิตย่อมต้องเปลี่ยนแปลงไป จะให้ความสนใจและให้เวลาแก่ครอบครัวมากขึ้น ในเรื่องของสภาวะทางอารมณ์นั้น ก็ย่อมขึ้นอยู่กับวุฒิภาวะทางจิตใจ (Maturity) ซึ่งมีการพัฒนามาแต่วัยเด็ก สตรีที่มีความวิตกกังวลสูง เมื่อ

แต่งงานแล้วย่อมต้องใช้กลไกป้องกันของจิตใจในการปรับตัวหรือแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันมากกว่าผู้อื่น

ในเรื่องของความรู้สึกเศร้าหมอง (Depression) จากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 83 ไม่มีความรู้สึกเศร้าหมอง และร้อยละ 17 มีความรู้สึกเศร้าหมอง ดังรูปที่ 11



รูปที่ 11 แสดงความรู้สึกเศร้าหมองจากแบบสอบถามสุขภาพ CMI

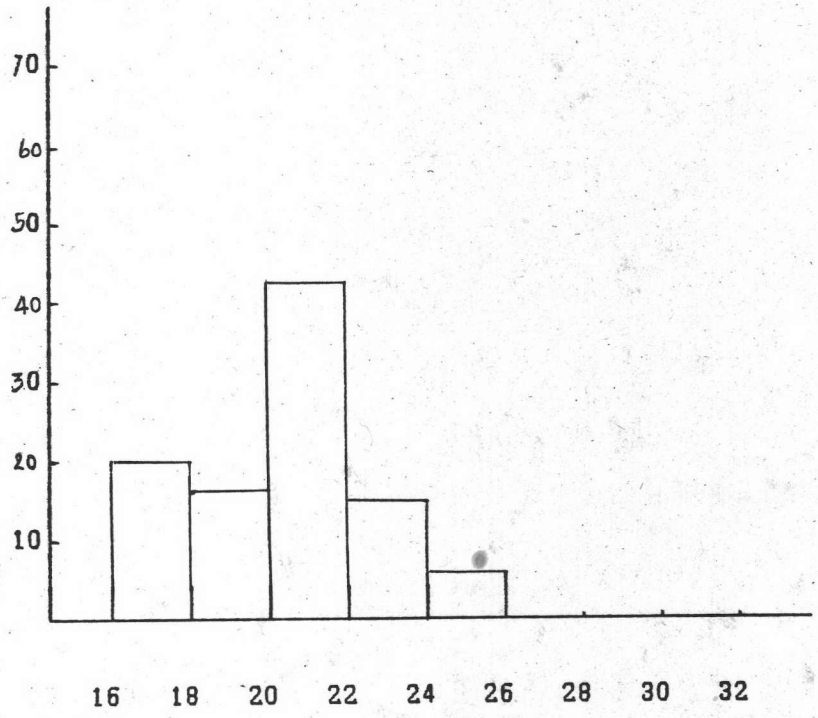
จะเห็นได้ว่า ความกังวลเป็นสัญญาณบอกให้มนุษย์รู้ถึงอันตรายที่จะเกิดจากสภาวะการณ์ต่าง ๆ ในสตรีที่มีสภาวะทางอารมณ์เป็นคนชอบวิตกกังวล ในการดำเนินชีวิตย่อมต้องใช้กลไกป้องกันของจิตใจในการปรับตัว เมื่อเกิดความกังวลมาก ๆ จิตใจขาดความสุข สิ่ง

ที่ตามมาคือ ความรู้สึกเศร้าหมอง จากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า สตรีที่มีบุตรยากส่วนมากเป็นคนที่วิตกกังวลในเรื่องต่าง ๆ สูง แต่สามารถใช้กลไกป้องกันของจิตใจในการปรับหรือเปลี่ยนแปลงให้เกิดความสมดุลย์ทางจิตใจได้

จากผลการศึกษาดังกล่าว ผู้วิจัยคิดว่าน่าจะได้มีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตของสตรีที่มีบุตรยากเพื่อจะได้ทราบว่า สตรีที่มีบุตรยากนั้นมีสุขภาพจิตเป็นอย่างไร เพราะถ้าเป็นผู้ที่มีแนวโน้มของการมีสุขภาพจิตไม่ดีอยู่แล้ว ปัญหาของการมีบุตรยากจะยิ่งมีผลกระทบต่อจิตใจของบุคคลนั้นมากยิ่งขึ้นได้

การปรับตัวในชีวิตสมรส เมื่อหญิงและชายแต่งงานและมาอยู่ร่วมกันแล้ว จะต้องปรับตัวให้ไปด้วยกันได้ แม้ว่าการแต่งงานนั้นได้มีการไตร่ตรองอย่างรอบคอบ ใช้เวลาพิจารณาอย่างถี่ถ้วนแล้วก็ตาม ทั้งนี้เนื่องจากเป็นการอยู่ร่วมกันอย่างยาวนานของบุคคลสองคน ซึ่งนอกจากมีความแตกต่างกันในเรื่องเพศแล้ว ยังแตกต่างกันในด้านอื่น ๆ ไม่มากก็น้อย เพราะบุคคลแต่ละคนมีเอกลักษณ์เฉพาะตน ตามปกติหญิงปรับตัวให้เข้ากับชายง่ายกว่าชายปรับตัวให้เข้ากับหญิง หญิงและชายจะต้องปรับตัวในบทบาทใหม่ คือ อย่างสามีภรรยาในความต้องการทางเพศ ในกิจการบ้านเรือน ในวิธีการดำเนินชีวิต ในทัศนคติ ค่านิยม ความสนใจ ลักษณะอารมณ์ ความยากลำบากในการปรับตัวอาจเกิดขึ้นได้ ถ้าหญิงและชายยังไม่มีวุฒิภาวะทางจิตใจ ไม่มีการเตรียมตัวทางเศรษฐกิจทางสังคมเพื่อให้ชีวิตคู่ ไม่รู้จักกันดีพอสมควร มีความแตกต่างกันมากในด้านภาวะจิตใจ ไม่มีความยับยั้งอารมณ์สมเป็นผู้ใหญ่ วัยของคู่สมรสต่างกันมาก หรือมีผู้มาวุ่นวายในชีวิตสมรสเป็นจำนวนมาก (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2530)

ในประชากรกลุ่มที่ทำการศึกษา พบว่าคะแนนการปรับตัวในชีวิตสมรส ซึ่งเป็นคะแนนรวมจากแบบวัด มีค่าคะแนนคงที่ แสดงว่ามีการปรับตัวในชีวิตสมรสไม่ดี คะแนนการปรับตัวในชีวิตสมรสมีพิสัยระหว่าง 16-32 คะแนน คะแนนเฉลี่ยที่ได้จากการศึกษาในประชากรกลุ่มตัวอย่าง 20 คะแนน และฐานนิยม (Mode) 21 คะแนน ดังแสดงในรูปที่ 12



รูปที่ 12 แสดงฮิสโตแกรมของค่าคะแนนการปรับตัวในชีวิตสมรส

จะเห็นได้ว่า การปรับตัวในชีวิตสมรสที่ดีนั้น นอกจากคู่สมรสจะต้องมีการปรับตัวเข้าหากันในบทบาทของสามีภรรยาในการดำเนินชีวิตทั่ว ๆ ไปแล้ว ชีวิตสมรสที่สมบูรณ์ สามีภรรยาจะต้องรู้สึกมีความมั่นคงทางจิตใจ รู้สึกมั่นใจและคิดว่ามีชีวิตสมรส จะเป็นหลักประกันที่ดีสำหรับตนเองในอนาคต คู่สมรสควรเป็นที่พึ่งทางใจซึ่งกัน

และกันได้ เปิดโอกาสให้แก่กันในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาครอบครัว ยอมรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน สนใจเอาใจใส่ต่อกัน

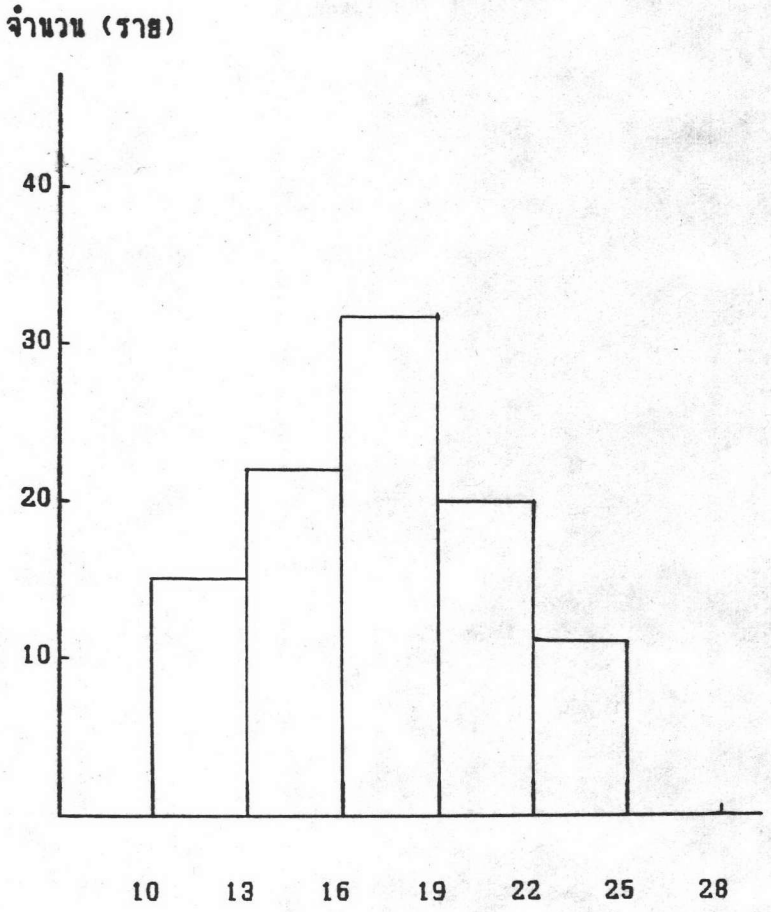
จากการศึกษาพบว่า การปรับตัวในชีวิตสมรสของคู่สมรสไม่ดี อาจมีสาเหตุมาจาก

- ในปัจจุบัน สังคมไทยยังมีบุคคลเป็นจำนวนมากที่ยังยึดถือขนบธรรมเนียมสมัยก่อน ส่วนใหญ่สตรีที่แต่งงานแล้ว มักยกย่องสามีเปรียบเสมือนช้างเท้าหน้า หรือผู้นำครอบครัว ส่วนสามีก็เปรียบเสมือนเป็นผู้นำครอบครัว เป็นผู้สร้างฐานะทางครอบครัวให้มั่นคง หน้าที่ของสามีและภรรยาจะแตกต่างกันไป ถ้าการปรับตัวในชีวิตสมรสไม่ดีย่อมมีผลกระทบต่อจิตใจ จากการขาดความเข้าใจซึ่งกันและกัน ขาดการยอมรับความคิดเห็นของแต่ละฝ่าย ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะกระทบกระเทือนต่อชีวิตคู่ได้

- ในปัจจุบัน การดำเนินชีวิตของแต่ละคนมีการเปลี่ยนแปลงไป จะเห็นได้ว่าบุคคลมีการศึกษาสูงขึ้น สังคมมีการเปลี่ยนแปลงไปมาก มีการใช้วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสมัยใหม่มากขึ้น มีแนวโน้มของสตรีออกไปทำงานนอกบ้านมากขึ้น อาจเนื่องจากภาวะเศรษฐกิจภายในครอบครัว ไม่ยอมรับฟังความคิดเห็นของอีกฝ่ายหนึ่ง อาจก่อให้เกิดปัญหาการปรับตัวในชีวิตสมรสได้

สำหรับสตรีที่มีบุตรยาก เมื่อมีปัญหาการปรับตัวในชีวิตสมรส ย่อมก่อให้เกิดอารมณ์เครียดอยู่เสมอ ซึ่งอาจจะมีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของ Hypothalamus pituitary axis แล้ว จึงทำให้มีความผิดปกติของประจำเดือน หรืออาจจะทำให้เกิดการขาดประจำเดือน นอกจากนั้นอาจทำให้เกิดปัญหาในกระบวนการร่วมเพศ เช่น เกิดการเกร็งรัดของช่องคลอด (vaginismus) มีความเจ็บปวดขณะร่วมเพศ และไม่มีอารมณ์ทางเพศ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้โอกาสที่จะตั้งครรภ์ลดน้อยลงไป

เอกลักษณ์ทางเพศ ได้มีการพัฒนามาตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ โดยอาศัยความแตกต่างระหว่างเพศชายและเพศหญิงในการแบ่งบทบาททางเพศ สำหรับในสตรีที่มีบุตรยาก จากการศึกษาพบว่า คะแนนเอกลักษณ์ทางเพศ ซึ่งเป็นคะแนนรวมจากแบบวัด มีค่าคะแนนต่ำ แสดงว่า มีปัญหาในเรื่องเอกลักษณ์ทางเพศ คะแนนเอกลักษณ์ทางเพศ มีพิสัยระหว่าง 10-26 คะแนน และคะแนนเฉลี่ยที่ได้จากการศึกษาในประชากรกลุ่มตัวอย่าง 17 คะแนน และฐานนิยม (Mode) 17 คะแนน ดังแสดงในรูปที่ 13



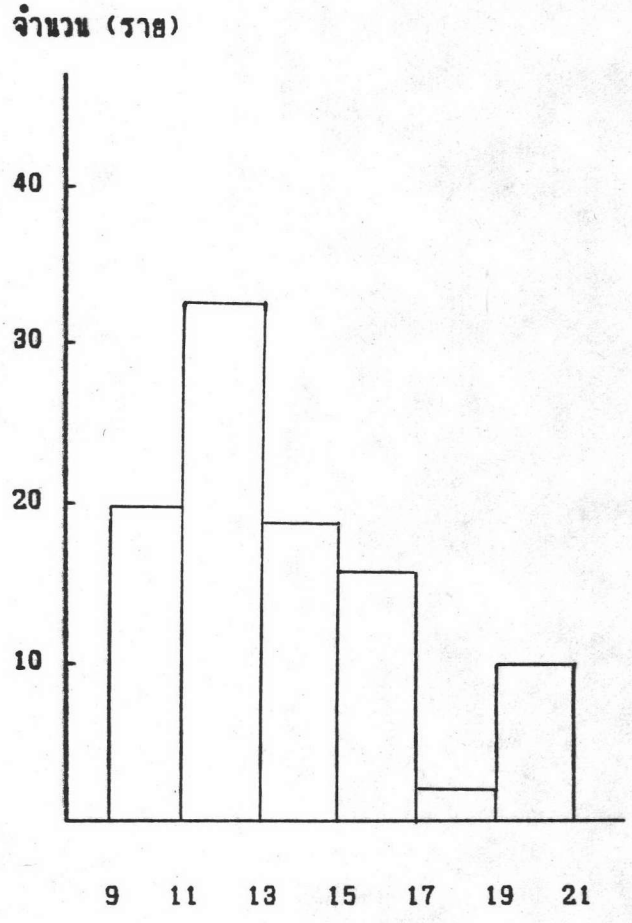
รูปที่ 13 แสดงฮีสโตแกรมของค่าคะแนนเอกลักษณ์ทางเพศ

จะเห็นได้ว่าในสังคมไทย เอกลักษณ์ทางเพศนั้นขึ้นอยู่กับอิทธิพลทางชีววิทยาในการแบ่งเพศหญิงและเพศชาย นอกจากนี้สิ่งแวดล้อมยังมีอิทธิพลต่อเอกลักษณ์ทางเพศของบุคคลด้วย โดยจะเริ่มจากการอบรมเลี้ยงดูของครอบครัวในวัยเด็ก ถ้าใช้วิธีการเลี้ยงดูที่ไม่ถูกต้อง อาจทำให้เด็กเกิดความสับสนในเอกลักษณ์บทบาททางเพศได้ นอกจากการอบรมเลี้ยงดูแล้ว วัฒนธรรมและความคาดหวังของสังคมก็จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมทางเพศให้เป็นที่ยอมรับของสังคมอีกด้วย

สำหรับสตรีที่มีบุตรยากนั้น จากการศึกษาพบว่า มีปัญหาเรื่องเอกลักษณ์ทางเพศ พวกเขามีความรู้สึกว่า การไม่มีบุตรทำให้เอกลักษณ์ทางเพศของตนเองลดลง เกิดความรู้สึกว่าความเป็นหญิง ความเป็นภรรยา และความเป็นมารดาของตนเองไม่สมบูรณ์ รู้สึกว่าตนเองบกพร่องในหน้าที่ของความเป็นภรรยา และเกรงว่าการไม่มีบุตรจะทำให้คู่สมรสนอกใจ สิ่งเหล่านี้เนื่องมาจากในสังคมไทยนั้นยึดถือกันว่า การแต่งงานเป็นการสร้างครอบครัวใหม่จะต้องมีบุตรไว้สืบวงศ์ตระกูล เมื่อฝ่ายภรรยาไม่สามารถมีบุตรได้ ทำให้ภรรยารู้สึกว่าตนเองไม่สามารถทำหน้าที่ของการเป็นภรรยาที่ดีได้อย่างสมบูรณ์ เกิดความวิตกกังวล ไม่สบายใจ รู้สึกมีปมด้อย รู้สึกสูญเสียเอกลักษณ์และบทบาททางเพศของตนเอง ทำให้เกิดความนับถือตนเองต่ำ (low self-esteem) ถ้าสามีไม่ยอมเข้าใจและไม่มีความเห็นอกเห็นใจภรรยาในปัญหาที่เกิดขึ้น สิ่งเหล่านี้จะมีผลกระทบต่อจิตใจของภรรยา และก่อให้เกิดปัญหาในชีวิตครอบครัวมาก ซึ่งผลของการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ Freeman, C. Garcia and K. Rickels (1983) พบว่า สตรีที่มีบุตรยากจะมีความนับถือตนเองต่ำ และมี

ทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องเพศเป็นไปในทางลบ และ Judith Bernstein, Nicki Potts and John H. Mattox (1985) ศึกษาโดยใช้แบบสอบถาม An Infertile Questionaire (IFQ) วัดด้านความนับถือตนเอง ความรู้สึกถูกตำหนิหรือความรู้สึดผิด และบทบาททางเพศ โดยเปรียบเทียบกับ SCL-90 (เป็นแบบวัดสุขภาพจิต) พบว่า ผู้หญิงจะมีความนับถือตนเองต่ำกว่าผู้ชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับความรู้สึกถูกตำหนิหรือความรู้สึกผิดและบทบาททางเพศไม่มีความแตกต่างกัน

สภาวะทางอารมณ์ซึ่งเกี่ยวข้องกับการมีบุตรยาก เมื่อเกิดปัญหาการมีบุตรยากขึ้นในชีวิตสมรสแล้ว ย่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่ออารมณ์และจิตใจของครอบครัวไม่มากก็น้อย ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะขึ้นอยู่กับวุฒิภาวะทางจิตใจของคู่สมรสทั้งสองฝ่าย และความเข้าใจกันในชีวิตสมรสที่ดี จากการศึกษาในสตรีที่มีบุตรยากพบว่า คะแนนสภาวะทางอารมณ์ซึ่งเกี่ยวข้องกับการมีบุตรยาก เป็นคะแนนรวมจากแบบวัด มีค่าคะแนนต่ำ แสดงว่ามีปัญหาเกี่ยวกับสภาวะทางอารมณ์ คะแนนสภาวะทางอารมณ์ มีพิสัยระหว่าง 9-21 คะแนน คะแนนเฉลี่ยที่ได้จากการศึกษาในประชากรกลุ่มตัวอย่าง 13 คะแนน คะแนนสภาวะทางอารมณ์มีพิสัยระหว่าง 9-21 คะแนน คะแนนเฉลี่ยที่ได้จากการศึกษาในประชากรกลุ่มตัวอย่าง 13 คะแนน และฐานนิยม (Mode) 11 คะแนน ดังแสดงในรูปที่ 14



รูปที่ 14 แสดงฮิสโตแกรมของค่าคะแนนสภาวะทางอารมณ์

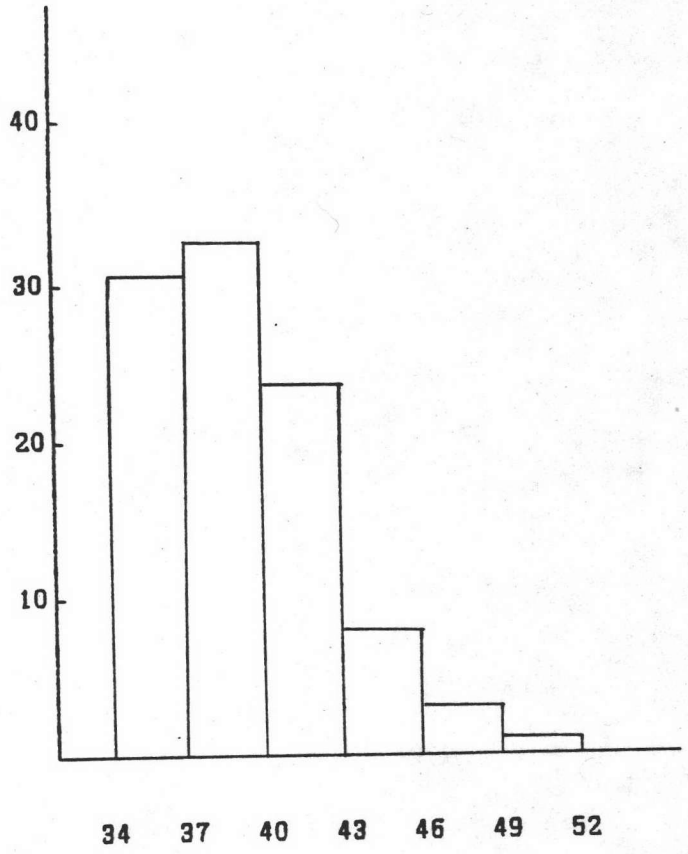
จะเห็นได้ว่า ปัญหาการมีบุตรยากนั้น มีสาเหตุจากปัจจัยหลายประการ ทั้งปัจจัยทางกายภาพและปัจจัยทางด้านจิตใจ ซึ่งมีส่วนสัมพันธ์กันอยู่ตลอดเวลา สตรีที่มีภาวะการมีบุตรยากย่อมมีผลกระทบต่อจิตใจทั้งสิ้น อาการที่แสดงออกมาส่วนใหญ่จะเป็นความไม่สบายใจ ความวิตกกังวล เช่น กังวลว่าการไม่มีบุตรจะเป็นเหตุให้ชีวิตสมรสไม่ราบรื่น เกิดความรู้สึกไม่สมหวัง รู้สึกเครียดต่อการใช้ชีวิตคู่ รู้สึกหงุดหงิดง่ายกับเรื่องต่าง ๆ ที่มากระทบครอบครัวแม้เพียงเล็กน้อย สิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงพื้นฐานทางอารมณ์ของสตรี เมื่อเกิดปัญหาขึ้น และมีการใช้กลไกป้องกันของจิตใจ(Defense Mechanisms of the Ego) เพื่อให้หลุดพ้นจากความวิตกกังวลเหล่านั้น

สตรีใดที่มีการปรับตัวต่อปัญหาได้ดี จะทำให้มีการพัฒนาการในเรื่องการรับรู้ปัญหาดีขึ้นสำหรับในสตรีที่มีพื้นฐานทางอารมณ์เป็นคนที่ชอบวิตกกังวลในเรื่องต่าง ๆ ง่ายอยู่แล้ว เมื่อมีปัญหาการมีบุตรยาก จะยิ่งก่อให้เกิดความวิตกกังวลสูงและมากกว่าผู้อื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาดังรูปที่ 10 นอกจากนี้ การคุกคามจากมโนธรรม หรือ Superego ก็เป็นสาเหตุสำคัญของความวิตกกังวลด้วย ส่วนหนึ่งของมโนธรรม หรือ Superego เกิดจากการตั้งมาตรฐานของสังคม หรือการอบรมสั่งสอนมาตั้งแต่เด็ก ในคนที่สุขภาพจิตดี Superego ของเขา จะมีปริมาณปานกลางและยืดหยุ่นได้ แต่ในสตรีที่มีบุตรยาก และมีแนวโน้มของการเป็นคนชอบวิตกกังวลสูง Superego ของเขาจะทำให้เขาคิดว่าตัวเองไม่มีค่า ซึ่งความคิดนี้จะมีผลกระทบต่อตัวเขาเองและชีวิตสมรสได้

เช่นเดียวกับการศึกษาของ Kaufman (1969) ซึ่งพบว่า ภาวะการมีบุตรยากทำให้เกิดความเครียดในชีวิตสมรส Menning (1975) พบว่า ภาวะการมีบุตรยากก่อให้เกิดภาวะวิกฤติในชีวิตสมรสา มีผลกระทบต่อภาวะทางด้านจิตใจและทำให้เกิดความเครียดทางอารมณ์ Herman C.B. Denber (1978) ศึกษาพบว่า ภาวะการมีบุตรยากจะมีความเกี่ยวข้องกับการใช้กลไกทางจิตด้วย นอกจากนี้ Bergin and Margaret Ann (1985) ศึกษาปฏิกริยาทางด้านจิตสังคมและอารมณ์ของคู่สมรสที่มีปัญหาการมีบุตรยากชนิดปฐมภูมิพบว่าคู่สมรสที่มีบุตรยากมีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดในครอบครัว ภรรยาจะมีความรู้สึกซึมเศร้ามากกว่าสตรี มีความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับตัวเองต่ำลงและรู้สึกสิ้นหวัง

ความรู้ในเรื่องเพศ ในชีวิตสมรส คู่สมรสควรมีความรู้ ความเข้าใจในการแสดงออกทางเพศอย่างเหมาะสม การขาดความรู้ในเรื่องเพศย่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่อชีวิตสมรสได้ จากการศึกษาในสตรีที่มีบุตรยากพบว่า คะแนนความรู้ในเรื่องเพศ ซึ่งเป็นคะแนนรวมจากแบบวัด มีค่าคะแนนต่ำแสดงว่า สตรีส่วนมากยังขาดความรู้เรื่องเพศ

คะแนนความรู้เรื่องเพศมีพิสัยระหว่าง 34-50 คะแนน คะแนนเฉลี่ยที่ได้จากการศึกษาในประชากรกลุ่มตัวอย่าง 38 คะแนน และฐานนิยม 37 คะแนน ดังแสดงในรูปที่ 15



รูปที่ 15 แสดงฮีสโตแกรมของค่าคะแนนความรู้ในเรื่องเพศ

จะเห็นได้ว่า สมัยก่อนนั้นในชีวิตสมรสถือว่าการแสดงออกในเรื่องเพศเป็นเรื่องเฉพาะฝ่ายชายหรือสามีเท่านั้น หญิงถูกปิดกั้นไม่ให้แสดงออกทางเพศอย่างเปิดเผย แม้แต่ในห้องนอนของตนกับสามี ความต้องการทางเพศจะมีมากน้อยเพียงใดไม่บังควรเปิดเผย ถ้ามีพฤติกรรมใดที่แสดงว่ามีความต้องการทางเพศสูงหรือแสดงว่าต้องการให้สามีแสดงความรักต่อตนอย่างเปิดเผยเพียงในบ้านหรือห้องนอนมักถูกประณามจากสังคมทันที หรือบางทีแม้แต่

จากสามีของตนเอง ทั้งนี้เพราะหญิงได้รับการกำหนดจากสังคมว่าเป็นเพศที่เรียบร้อย ละมุนละไม มีความอดกลั้น รู้จักข่มอารมณ์ และจะต้องวางตนให้เหมาะสมกับเป็นเพศแม่ที่ควรจะเป็นตัวอย่างอันดีแก่กุลบุตร กุลธิดา ซึ่งรวมถึงความสงบเสงี่ยมในการแสดงออกทางเพศด้วย จากการศึกษาสตรีที่มีบุตรยากส่วนใหญ่พบว่าการไม่มีบุตร มีผลกระทบต่อเพศสัมพันธ์ในชีวิตสมรส ทั้งในเรื่องของความพึงพอใจทางเพศ การรู้จักให้ความสุขทางเพศแก่กัน การแสดงออกทางเพศ การร่วมเพศ และความถี่ของการร่วมเพศ ปัญหาการมีบุตรยาก นอกจากจะมีผลต่อภาวะอารมณ์ในด้านต่าง ๆ ยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อเพศสัมพันธ์ในชีวิตสมรสทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยาด้วย ทำให้เกิดความห่างเหินกัน ส่วนใหญ่ฝ่ายหญิงมักถูกมองจากสังคมภายนอกมากกว่าฝ่ายชาย ทำให้ฝ่ายหญิงคิดว่าตนเองบกพร่อง ซึ่งถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะมีวิทยาการสมัยใหม่เข้ามาช่วยในการบำบัดรักษาแล้ว แต่ผลกระทบทางจิตใจเป็นเรื่องละเอียดอ่อน ซึ่งยากที่จะมีผู้ใดเข้าใจได้ดี ในกรณีเช่นนี้ ผู้ให้บริการควรเข้าใจถึงจิตใจและความรู้สึกของผู้มีบุตรยาก โดยคำนึงถึงผลกระทบจากปัญหามีบุตรยากต่อชีวิตสมรสในด้านนี้ เปิดโอกาสให้คู่สมรสได้ระบายปัญหา และแสดงให้คู่สมรสได้รับทราบว่า ปัญหาของเขามีผู้ที่เข้าใจและพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือ แนะนำ และแก้ไขต่อไป

หมวดที่ 3 บุคลิกภาพของสตรีที่มีบุตรยาก

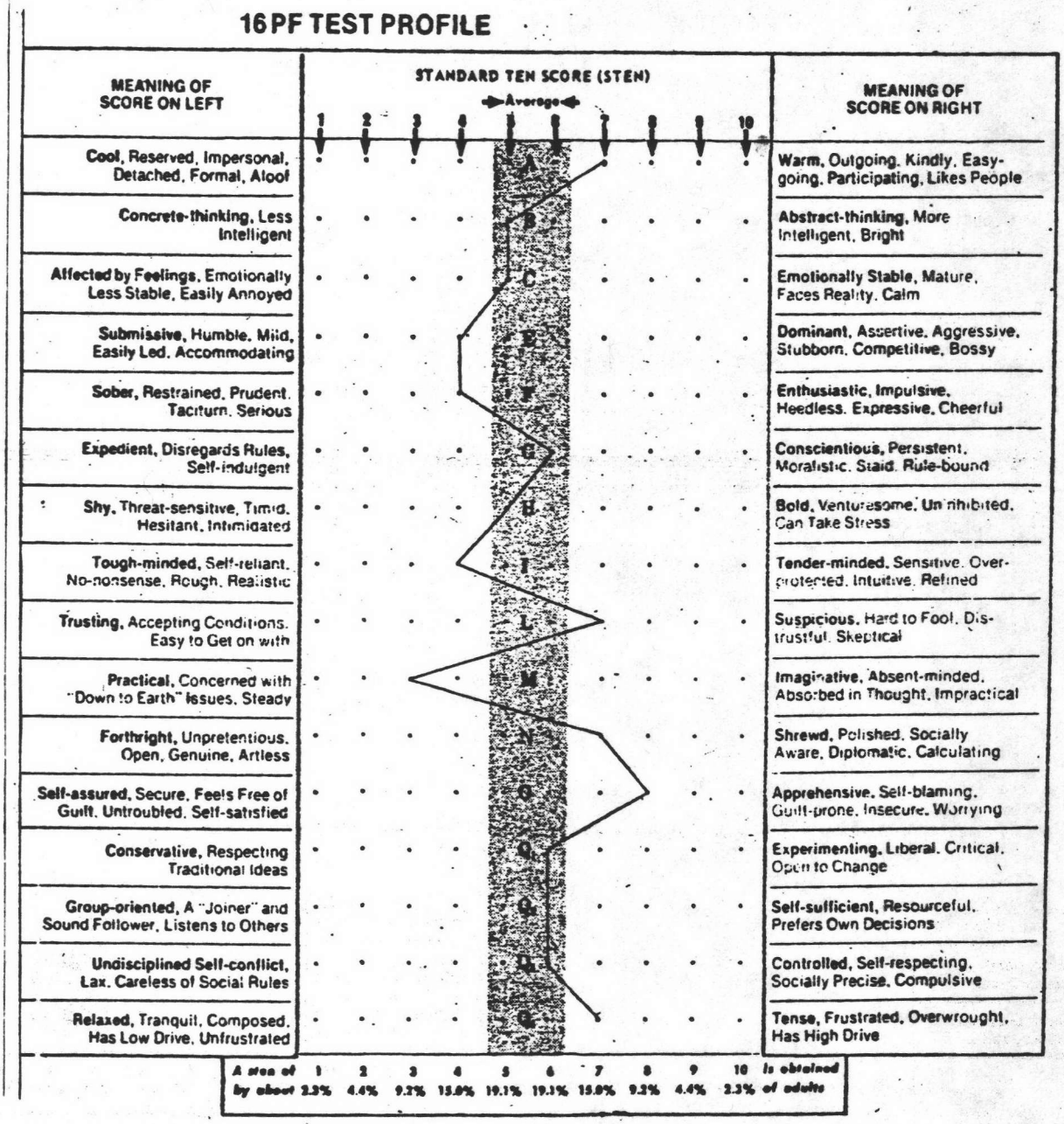
จากการศึกษาบุคลิกภาพของสตรีที่มีบุตรยาก โดยใช้แบบทดสอบบุคลิกภาพ Sixteen Personality Factor Questionaire (16 PF) form A พบว่า สตรีที่มีบุตรยาก มีบุคลิกภาพบางอย่างที่เบี่ยงเบนไปจากค่าปกติ ได้แก่

- องค์ประกอบ O Apprehensive (guilt - proneness) มีค่าคะแนนเบี่ยงเบนไปจากค่าปกติ คือ มีอุปนิสัยกลุ่มคะแนนสูงชนิดจิตใจหวาดหวั่น(O^+)แสดงให้เห็นว่า

เป็นบุคคลที่มีความวิตกกังวล อารมณ์อ่อนไหว ใจอ่อน อารมณ์เสียง่าย มีความสำนึกในหน้าที่อย่างรุนแรง มีความพิถีพิถัน วิตกกังวล ในเรื่องสุขภาพโดยไม่มีเหตุผล มีอารมณ์กลัว และมักมีอารมณ์เศร้าหมอง หงอยเหงา

- องค์ประกอบ M Practical (praxernia) มีค่าคะแนนเบี่ยงเบนไปจากค่าปกติ คือ มีอุปนิสัยกลุ่มคะแนนต่ำชนิดลงมือปฏิบัติ (M^{+}) แสดงให้เห็นว่า เป็นผู้ที่ชอบการปฏิบัติจริง มีความระมัดระวัง เจ้าระเบียบ มีความกระตือรือร้นในความต้องการที่ตรงกับสภาพความเป็นจริง มีความสนใจแคบอยู่เฉพาะเรื่องปัจจุบัน ไม่มีความคิดสร้างสรรค์ถ้าไม่ถูกเร้า มีการพิจารณาที่เหมาะสม มีความตั้งใจจริง

นอกจากนี้ ประชากรกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษายังมีความเบี่ยงเบนของบุคลิกภาพในด้านอื่น ๆ อีกเล็กน้อย เช่น เป็นพวกที่ชอบออกสังคม (outgoing) ชอบเข้าร่วมกิจกรรม ใจอ่อน มีนิสัยประนีประนอม มีความเชื่อถือในขนบธรรมเนียม มีความคับข้องใจ มีแรงขับภายในมาก และยังมีแนวโน้มของการสงสัย ไม่ไว้วางใจผู้อื่นด้วย (นวลละออ สุภาผล, 2527) รายละเอียดดังรูปที่ 16



รูปที่ 16 แสดงบุคลิกภาพของกลุ่มประชากรที่ศึกษา

ผลของการศึกษาคล้ายคลึงกับการศึกษาของ Hampson (1963) ซึ่งพบค่าคะแนนสูงในกลุ่มสตรีที่มีบุตรยากมากกว่ากลุ่มสตรีที่มีบุตรในลักษณะอุปนิสัยประเภทชอบออกสังคม มีไมตรีกับผู้อื่นและชอบทำตัวตามสบายเข้าไหนก็ได้ Carr (1963) ศึกษาถึงความผิดปกติทางด้านจิตใจในคู่สมรสที่มีปัญหามีบุตรยาก โดยใช้แบบทดสอบบุคลิกภาพ MMPT (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) พบว่ามีอาการทางประสาท มีบุคลิกภาพแบบต้องพึ่งพาและมีความวิตกกังวลอย่างเด่นชัด นอกจากนี้ Jeromes J. Platt, Ilda Ficher and Maurice J. Silver (1973) ทำการศึกษาบุคลิกภาพและการรับรู้เกี่ยวกับภาวะการมีบุตรยาก คือ Internal - External (I.E.) Control, Semantic Differential Procedure และ Group Personality Projective Test (GPPT) สรุปว่า สตรีที่มีภาวะมีบุตรยาก ปรากฏอาการทางประสาท ความวิตกกังวลและความแปรปรวนด้านอารมณ์มากกว่ากลุ่มควบคุม

จะเห็นได้ว่า บุคลิกภาพนั้นเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมและความคิดของบุคคลให้มีความสม่ำเสมอเป็นลักษณะเฉพาะตัวของแต่ละบุคคล ผลของการศึกษาบุคลิกภาพของสตรีที่มีบุตรยาก สามารถนำมาคาดคะเนได้ว่าการที่สตรีที่มีบุตรยากมีบุคลิกภาพเบี่ยงเบนไปจากค่าปกติเป็นแบบที่มีความวิตกกังวล และมีความสนใจแคบอยู่เฉพาะเรื่องปัจจุบันนั้น บุคลากรทางการแพทย์จะมีแนวทางในการวางแผนให้ความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ อย่างไรได้บ้าง เพราะคนที่ชอบวิตกกังวล ไม่สบายใจ ก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่มีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว ชีวิตสมรส และระบบการเจริญพันธุ์ได้