

ภาวะมีบุตรยากกับความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการรักษา

ณัฐชานันท์ ไตรวัฒนวงศ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต

สาขาวิชาประชากรศาสตร์ ไม่สังกัดภาควิชา/เทียบเท่า

วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2561

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

# Infertility and Inequality in Access to Treatment

Miss Natchanan Traiwattanawong

A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
For the Degree of Doctor of Philosophy in Demography  
Common Course  
College of Population Studies  
Chulalongkorn University  
Academic Year 2018  
Copyright of Chulalongkorn University

ณัฐชานันท์ ไตรวัฒน์วงศ์ : ภาวะมีบุตรยากกับความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการรักษา (Infertility and Inequality in Access in Access to Treatment) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ดร.รักชนก คชานูบาล

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์การเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก ความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับการรักษา ระหว่างกรุงเทพมหานครและภาคอื่นๆ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีวัยเจริญพันธุ์อายุ 25-44 ปี สมรสเมื่ออายุ 20 ปีขึ้นไป สมรสมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี ไม่เคยมีบุตรและมีความต้องการมีบุตร มีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรสอย่างสม่ำเสมอ (4-6 ครั้งต่อสัปดาห์) ไม่คุมกำเนิดในระยะ 1 ปีขึ้นไป โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์พ.ศ. 2552 ขนาดตัวอย่าง 278 ราย และข้อมูลจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความอยู่ดีมีสุขในบริบทสังคมสูงวัย พ.ศ. 2559 ขนาดตัวอย่าง 130 ราย สำหรับการวิเคราะห์เชิงปริมาณ นอกจากนี้ยังมีการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเดียวกันอีก 28 ราย สำหรับการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ

ผลการวิจัยพบว่า สตรีที่มีบุตรยากส่วนใหญ่ไม่เข้ารับการรักษาและมีแนวโน้มที่จะไม่เข้ารับการรักษาสูงขึ้น จากร้อยละ 55.9 ในพ.ศ. 2552 เพิ่มเป็นร้อยละ 65.5 ในพ.ศ. 2559 และพบว่า ในปี พ.ศ. 2552 พบความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับการรักษา ระหว่างกรุงเทพมหานครและภาคอื่นๆ ในขณะที่ พ.ศ. 2559 ไม่พบความเหลื่อมล้ำ อย่างไรก็ตามพบว่าในปีพ.ศ. 2552 สตรีที่มีอายุแรกสมรส จำนวนปีที่สมรส จำนวนบุตรที่ต้องการ การวางแผนครอบครัว ระดับการศึกษา การทำงาน และการครอบครองที่อยู่อาศัยที่ต่างกันจะเข้ารับการรักษาแตกต่างกันระหว่างกรุงเทพมหานครและภาคอื่นๆ ในขณะที่ ในปี พ.ศ. 2559 พบว่า สตรีที่มีอายุแรกสมรสแตกต่างกันเท่านั้น ที่จะเข้ารับการรักษา ต่างกันระหว่างกรุงเทพมหานครและภาคอื่นๆและเมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษา พบว่า ในปี พ.ศ. 2552 ปัจจัยด้านอายุแรกสมรส จำนวนปีที่สมรส ภาค ระดับการศึกษา การทำงาน และการครอบครองที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ในขณะที่ในปี พ.ศ. 2559 พบว่า จำนวนปีที่สมรส และการวางแผนครอบครัวเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ พบว่า สตรีที่มีบุตรยากที่เข้ารับการรักษาจะให้ความสำคัญกับการวางแผนครอบครัว และจำนวนปีที่สมรส ในขณะที่ กลุ่มที่ไม่เข้ารับการรักษาจะเห็นคุณค่าการมีบุตร แต่ไม่เห็นความสำคัญของการวางแผนครอบครัว อายุแรกสมรส และจำนวนปีที่สมรส อีกทั้งยังพบว่าสตรีที่มีบุตรยาก ยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับความหมายและลักษณะของภาวะการมีบุตรยาก ทำให้ไม่เข้ารับการรักษาการมีบุตรยากในเวลาที่เหมาะสม

สาขาวิชา ประชากรศาสตร์  
.....

ลายมือชื่ออนิสิต

ปีการศึกษา 2561  
.....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

# # 5586960551 : MAJOR DEMOGRAPHY

KEYWORD: Infertility, Infertility Treatment, Inequality

Natchanan Traiwattanawong : Infertility and Inequality in Access in Access to Treatment. Advisor: Asst. Prof. RUKCHANOK KARCHARNUBARN, Ph.D.

This research aims to study the current state of infertility treatment, the inequality of infertility treatments between Bangkok and other regions, and factors related to access to the infertility treatment. The sample group of this study targeted Thai women between the ages of 25 and 44 years old; who were married at age 20 or older; who had been married at least for 1 year; who are childless and have the desire to have a child; who experience sex regularly (4–6 times a week); and who have not used contraceptives for at least 1 years. The data of the Reproductive Health Survey, B.E. 2552 (2009), with a sample size of 278 cases, and the data of the Population Change and Well-being in the Context of Aging Society in B.E. 2559 (2016), with a sample size of 130 cases, was used for the quantitative analysis. Additionally, there were 28 in-depth interviews conducted from within the same characteristics sample groups for the qualitative analysis.

The research results found that most of the women experiencing infertility do not use infertility treatments and tend not to seek infertility treatments. This number increased from 55.9% in B.E. 2552 (2009) to 65.5% in B.E. 2559 (2016). In B.E. 2552 (2009), there was inequality of infertility treatments between Bangkok and other regions, although we did not find in B.E. 2559 (2016). Considering the factors related to infertility treatments in B.E. 2552 (2009), it was found that the age at first marriage, the years of marriage, the level of education, working, and the housing occupancy all had a statistical significance of 0.05%. In B.E. 2559 (2016), only the years at first marriage and family planning were significance of 0.05%.

The results from qualitative analysis found that infertile women who accessed infertility treatment properly focused on the number of year of marriage and family planning. Furthermore, it was also found that most infertile women still lack proper knowledge regarding infertility treatments, and they do not understand the meaning or characteristics of the causes of infertility. Thus, they are unable to access properly the available infertility treatments at the right time.

Field of Study: Demography Student' Signature

.....

Academic Year: 2018 Advisor's Signature

.....

## กิตติกรรมประกาศ

ความสำเร็จของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เกิดได้จากความกรุณาของบุคคลหลายท่านโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รักษนก คชานูบาล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ตรวจสอบแก้ วิทยานิพนธ์ และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยในการทำวิทยานิพนธ์เป็นอย่างดี พร้อมทั้งชี้แนะแนวทางการศึกษาตลอด ระยะเวลาที่ผู้วิจัยได้เข้ามาศึกษาอยู่ในวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งใน ความอนุเคราะห์ของอาจารย์เป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงต่อคณะกรรมการวิทยานิพนธ์ ประกอบด้วย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. บัณฑิต สุคนธมาน ประธานกรรมการวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ และรอง ศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา กรรมการวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้แนวคิดคำแนะนำ และกำลังใจในการ จัดทำวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ครบถ้วน

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชฎานิศวรร โคโนะ กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย ที่สละเวลา ให้ความรู้ และคำแนะนำแก่ผู้วิจัย จนสำเร็จเป็นวิทยานิพนธ์เล่มนี้ได้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์วิทยาลัยประชากรศาสตร์ที่ให้ความรู้ และความเข้าใจในประเด็น ประชากรและประเด็นอื่น ๆ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่วิทยาลัยประชากรศาสตร์ทุกคนที่อำนวยความสะดวกใน การศึกษาและการจัดทำวิทยานิพนธ์แก่ผู้วิจัยด้วยดีตลอดมา

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง สำหรับ ครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด ที่เป็นแรง บันดาลใจและสนับสนุนในการศึกษาของผู้วิจัยจนมีวันนี้

## สารบัญ

## หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
บทที่ 1 .....	1
บทนำ.....	1
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา .....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	5
1.3 ขอบเขตของการวิจัย.....	5
1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
บทที่ 2 .....	7
การทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดการวิจัย .....	7
2.1 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง .....	7
2.2 การทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	25
2.3 กรอบแนวคิดการวิจัย .....	28
2.4 สมมติฐานการวิจัย .....	29
บทที่ 3 .....	30
ระเบียบวิธีวิจัย .....	30
3.1 การวิจัยเชิงปริมาณ.....	30
3.1.1 แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย .....	30
3.1.2 ประชากรที่ใช้ในการวิจัยและการเลือกตัวอย่าง.....	30
3.1.3 ขอบเขตและข้อจำกัดของการวิจัย .....	32
3.1.4 นิยามศัพท์.....	33
3.1.5 การนิยามตัวแปร .....	33
3.1.6 ข้อคำถามที่นำมาใช้เป็นตัวแปรสำหรับการวิจัย .....	35
3.1.7 การวิเคราะห์ข้อมูล .....	36

3.2 การวิจัยเชิงคุณภาพ .....	42
3.2.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย .....	42
3.2.2 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล .....	43
3.2.3 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ .....	45
3.2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล .....	45
3.2.5 ขอบเขตและข้อจำกัดของการวิจัยการศึกษาเชิงคุณภาพ .....	46
บทที่ 4 .....	47
ผลการศึกษาเชิงปริมาณ .....	47
บทที่ 5 .....	68
ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ .....	68
บทที่ 6 .....	96
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ .....	96
6.1 สรุปและอภิปรายผลการศึกษาเชิงปริมาณ .....	96
6.2 สรุปผลการศึกษาเชิงคุณภาพ .....	107
6.3 ข้อเสนอแนะ .....	110
บรรณานุกรม .....	113
ประวัติผู้เขียน .....	114

## สารบัญตาราง

ตารางที่ 1: สถานพยาบาลรักษาการมีบุตรยากที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน..Error! Bookmark not defined.

ตารางที่ 2: อัตราค่าบริการและอัตราความสำเร็จในการรักษาแยกตามสถานบริการของรัฐบาลและเอกชน..... Error! Bookmark not defined.

ตารางที่ 3: ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะต่างๆ เปรียบเทียบกับสตรีวัยเจริญพันธุ์ทั่วไป..... Error! Bookmark not defined.

ตารางที่ 4: ค่าเฉลี่ยและการกระจายของข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการสำรวจเปรียบเทียบกับสตรีวัยเจริญพันธุ์ทั่วไป..... Error! Bookmark not defined.

ตารางที่ 5: ร้อยละของการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากของกลุ่มตัวอย่าง .Error! Bookmark not defined.

ตารางที่ 6: การกระจายร้อยละของสตรีที่มีบุตรยากในกรุงเทพมหานครและภาคอื่นๆ จำแนกตามการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก ของการสำรวจข้อมูลอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 และการสำรวจการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความอยู่ดีมีสุขในบริบทสังคมสูงวัย พ.ศ. 2559 ..... Error! Bookmark not defined.

ตารางที่ 7: การเปรียบเทียบร้อยละของสตรีที่มีบุตรยากที่เข้ารับการรักษาและไม่เข้ารับการรักษาการมีบุตรยากระหว่างกรุงเทพมหานครกับภาคอื่นๆ เพื่อแสดงความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับการรักษาจำแนกตามคุณลักษณะของประชากร..... Error! Bookmark not defined.

ตารางที่ 8 : ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างตัวแปรอิสระต่างๆ ที่ใช้ในการวิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ.2552 (n=278)..... Error! Bookmark not defined.

ตารางที่ 9: ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างตัวแปรอิสระต่างๆ ที่ใช้ในการวิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความอยู่ดีมีสุขในบริบทสังคมสูงวัย พ.ศ. 2559 (n=130)..... Error! Bookmark not defined.

ตารางที่ 10: อัตราส่วนโอกาสการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากของกลุ่มตัวอย่างจากการสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 และการสำรวจการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความอยู่ดีมีสุขในบริบทสังคมสูงวัย พ.ศ. 2559 จำแนกตามปัจจัยต่างๆ โดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาค



แบบพหุ และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุขั้นตอน .....Error! Bookmark not defined.

ตารางที่ 11: ประเภทกลุ่มของผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึกและจำนวนที่สัมภาษณ์ได้ .....Error! Bookmark not defined.

## สารบัญรูปภาพ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย..... Error! Bookmark not defined.

# บทที่ 1

## บทนำ

### 1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

อัตราเจริญพันธุ์รวม (Total Fertility Rates:TFR) ของประเทศไทยลดลงจาก 6.3 คน ในช่วงปีพ.ศ. 2507-2508 เหลือเพียง 1.53 ในช่วงปี พ.ศ. 2553-2558 และคาดว่าจะยังคงลดต่ำลงอย่างต่อเนื่องเหลือเพียง 1.36 ในช่วงปี พ.ศ. 2559-2578 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2556) ซึ่งเป็นอัตราที่ต่ำกว่าระดับทดแทน (Replacement Level) ที่มีค่าอยู่ที่ประมาณ 2.05-2.10 (บุญเลิศ เลี้ยวประไพ, 2557) อัตราเจริญพันธุ์รวมที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ในปี พ.ศ. 2553 ประเทศไทยมีอัตราการเพิ่มประชากรร้อยละ 0.8 และคาดว่าจะลดลงเหลือร้อยละ 0 ในอีก 20 ปีข้างหน้า และติดลบในอนาคต (ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์, 2555) อีกทั้งโครงสร้างทางประชากรเกิดความเปลี่ยนแปลงหลายประการ เช่น ประชากรวัยเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี ลดลงจากร้อยละ 19.8 ของประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2553 คาดว่าจะลดลงเหลือเพียงร้อยละ 12.8 ในปี พ.ศ. 2583 ส่วนประชากรวัยแรงงาน อายุ 15-59 ปี คาดว่าจะลดลงจากร้อยละ 67.0 ใน พ.ศ. 2553 เหลือร้อยละ 55.1 ในปี พ.ศ. 2583 และประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปนั้น คาดว่าจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากร้อยละ 13.2 ในปี พ.ศ. 2553 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 32.1 ในปี พ.ศ. 2583 (มูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุ, 2558) การลดลงของประชากรวัยเด็กและประชากรวัยแรงงานเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลให้สัดส่วนของประชากรวัยสูงอายุเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งอายุคาดเฉลี่ยของประชากรไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดทั้งเพศชายและเพศหญิงใน พ.ศ. 2561 คือ 72.2 ปี และ 78.9 ปี ตามลำดับ (สารประชากร, 2561) จากการเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้สังคมไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว และสถานการณ์ดังกล่าวทำให้ประชากรวัยแรงงานที่มีสัดส่วนน้อยลงต้องรับภาระทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีจำนวนมากขึ้น สัดส่วนของวัยพึ่งพิงต่อวัยแรงงาน (Dependency Ratio) สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากปี พ.ศ. 2561 ที่มีอัตราส่วนพึ่งพิงวัยชราเพียงร้อยละ 27.37 คาดว่าจะสูงขึ้นถึงร้อยละ 58.33 ใน ปี พ.ศ. 2583 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2561) จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงนี้ ส่งผลให้เกิดปัญหาตามมาหลายประการ เช่น ปัญหาการขาดแคลนแรงงาน ปัญหาการขาดแคลนเงินทุนในการพัฒนาประเทศ ปัญหาด้านการจัดสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสังคมอันเนื่องมาจากปัญหาผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง เป็นต้น ซึ่งปัญหาที่เกิดขึ้นเหล่านี้จะกลายเป็นปัญหาและอุปสรรคต่อความเจริญก้าวหน้าของประเทศทุกภาคส่วนจึงต้องมีการเตรียมความพร้อม เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหามาให้ทันต่อสถานการณ์ดังกล่าว

จากการศึกษาสาเหตุของภาวะเจริญพันธุ์ลดต่ำลง พบว่ามาจากหลายสาเหตุสำคัญ เช่น การอยู่เป็นโสดของสตรี โดยพบว่า สตรีไทยอายุ 30-34 ปี มีการอยู่เป็นโสดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8 ใน พ.ศ. 2513 เป็นร้อยละ 24 ในปี 2553 (ศุทธิดา ชนวนวัน และปิยวัฒน์ เกตุวงศา, 2557) สาเหตุสำคัญอีกประการ ได้แก่ การเลื่อนอายุแรกสมรส โดยอายุแรกสมรสเฉลี่ยของประชากรไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 22.0 ปี เมื่อปี พ.ศ. 2513 เป็น 24.9 ปี ในปี พ.ศ. 2553 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2513-2553) นอกจากนี้คู่สมรสในปัจจุบันยังพบกับปัญหาการมีบุตรยาก ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ (ภารดี ชาญสมร จิตติมา มโนทัย และกฤษณ์ พันตรา, 2554)

สภาพความพร้อมทางด้านร่างกายช่วงอายุประมาณ 20-28 ปี เป็นช่วงอายุที่พร้อมมีบุตรมากที่สุด หากมากเกินไปนั้นก็อาจทำให้เกิดภาวะที่เรียกว่า การมีบุตรยาก เนื่องจากความสามารถในการมีบุตรนั้นจะลดลง อายุแรกสมรสจึงส่งผลต่อการมีบุตรยาก โดยทั่วไปประมาณร้อยละ 85 ของคู่สมรสจะสามารถมีบุตรได้ภายใน 1 ปี หลังการแต่งงาน และประมาณร้อยละ 95 ของคู่สมรสจะมีบุตรได้ภายใน 2 ปี การมีบุตรยากจึงเป็นอีกตัวแปรสำคัญที่จะเพิ่มความรุนแรงของภาวะเจริญพันธุ์ให้ลดต่ำลง แนวโน้มผู้ที่มีบุตรยากในปัจจุบันนั้นเพิ่มมากขึ้น จากการสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าประเทศไทยมีอัตราการมีบุตรยากร้อยละ 11 และมีเพียงร้อยละ 22 เท่านั้น ที่เข้ารับการรักษากการมีบุตรยาก (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2549) โดยสตรีที่สมรสเมื่ออายุ 35 ปีขึ้นไปนั้น มีโอกาสที่จะประสบกับภาวะมีบุตรยาก (น.พ.บุญแสง วุฒิพันธ์ 2553) และในปัจจุบัน อายุเฉลี่ยแรกสมรสของสตรีนั้นเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า สตรีไทยนั้นมีแนวโน้มสมรสเมื่ออายุมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้มีโอกาสเป็นผู้มีบุตรยากสูงขึ้น

นอกจากนี้การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว และการคุมกำเนิดก็อาจส่งผลต่อการมีบุตรยาก เนื่องจากการคุมกำเนิดบางประเภทอาจส่งผลต่อการมีบุตรหลังจากที่ได้หยุดการคุมกำเนิดแล้ว เช่น อาจส่งผลให้เกิดความผิดปกติในการผลิตฮอร์โมน หรืออาจส่งผลให้อวัยวะในการสืบพันธุ์ผิดปกติ สาเหตุทางด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ก็เป็นสาเหตุหนึ่งของปัญหาการมีบุตรยาก (จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล, 2555) การไม่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ เช่น การสวนล้างช่องคลอดหลังจากมีเพศสัมพันธ์ทันที การไม่รู้ช่วงเวลาไข่ตกแต่ละเดือน ทำให้ไม่รู้ว่าการมีเพศสัมพันธ์ช่วงใดที่จะทำให้เกิดการตั้งครรภ์ (พวงเพ็ญ ริมดุสิต, 2533) สาเหตุทางด้านสภาพแวดล้อม อาชีพ สถานภาพทางสังคม เช่น การทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมทำให้เกิดการสัมผัสสารเคมี สารตะกั่ว สารกัมมันตภาพรังสี ทำให้มีผลต่อการมีบุตรยาก พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด และสาเหตุทางด้านอารมณ์ เช่น ความเครียดทำให้ประจำเดือนมาไม่ปกติหรือฝ่ายชายถ้าเกิดความเครียดก็จะผลิตอสุจิได้น้อย ซึ่งจากสถานการณ์และสาเหตุต่าง ๆ นั้น สามารถส่งผลให้เกิดการมีบุตรยากได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม (ปานฉัตร เสียงดัง และอมรา สุนทรธาดา, 2551) และครอบครัวที่ได้ประสบกับการมีบุตรยากยังมีโอกาสได้รับผลกระทบที่เกิดจากการมีบุตรยากหลายประการ เช่น

ปัญหาด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ปัญหาสภาพจิตใจ ปัญหาการหย่าร้างปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ เป็นต้น (นฤมล เจริญใจ, 2560) นอกจากนี้ยังมีแนวโน้มว่า อัตราการมีบุตรยากจะเพิ่มมากขึ้นในอนาคต (จรัญญา ตีจะโปะ ศรีสมร ภูมณสกุล และจรัสศรี ธีระกุลชัย, 2560)

กระทรวงสาธารณสุขได้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาการมีบุตรยาก โดยได้กำหนดให้งานด้านการมีบุตรยากเป็น 1 ใน 10 ของการดำเนินงานด้านอนามัยเจริญพันธุ์ (Reproductive Health) ดังนั้นการมีบุตรยากจึงเป็นประเด็นหนึ่งที่ต้องให้ความสำคัญ เพราะการลดปัญหาการมีบุตรยากโดยช่วยให้ผู้ที่ตั้งใจมีบุตรสามารถมีบุตรได้ตามที่ต้องการจะช่วยบรรเทาปัญหาการลดลงของอัตราเจริญพันธุ์ (ภารดี ชาญสมร จิตติมา มโนนัย และกฤษณ์ พันตรา, 2554) ซึ่งจะช่วยเหลือการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากร ส่งเสริมความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและเป็นการส่งเสริมคุณภาพของเด็กได้อีกด้วย เนื่องจากเด็กที่เกิดมานั้น เป็นเด็กที่เกิดจากพ่อแม่ที่มีความต้องการมีบุตร และมีความพร้อมในการเลี้ยงดู เด็กที่เกิดมาจะได้รับการเลี้ยงดูอย่างมีคุณภาพ และจะเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศต่อไป

การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ การวางแผนครอบครัว การปรึกษาแพทย์ เพื่อเข้ารับการรักษา/ตรวจ และการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก เป็นอีกทางหนึ่งที่จะช่วยแก้ไขปัญหาการมีบุตรยากได้ (นฤมล เจริญใจ, 2560) สำหรับประเทศไทยนั้น การรักษาการมีบุตรยากได้เริ่มต้นอย่างจริงจังในช่วง พ.ศ. 2527 โดยได้เกิดธนาคารอสุจิของประเทศไทยขึ้นเป็นแห่งแรก และมีการประสบความสำเร็จในการรักษาการมีบุตรยากจากการทำเด็กหลอดแก้วเป็นครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2529 หลังจากนั้น 1 ปี เด็กที่เกิดจากการทำเด็กหลอดแก้วก็ได้เกิดขึ้น ซึ่งในปีเดียวกันนี้ ได้ประสบความสำเร็จในการรักษาการมีบุตรยากจากการทำกิฟท์ (Gamete IntraFallopian Transfer :GIFT) ต่อมาในปี พ.ศ. 2534 ได้มีการให้กำเนิดทารกคนแรกที่เกิดจากการรักษาจากการทำตัวอ่อนแช่แข็งและได้มีการอุ้มบุญเป็นครั้งแรกในปีดังกล่าวด้วย จากนั้น ในปี พ.ศ. 2539 ได้ประสบความสำเร็จในการรักษาการมีบุตรยากจากการทำเด็กหลอดแก้วด้วยการช่วยปฏิสนธิแบบอิกซี่ (Intra Cytoplasmic Sperm Injection : ICSI) เป็นครั้งแรก (นายแพทย์ประมวล วีรุตมเสน, 2550) ซึ่งการเข้ารับการรักษา/ตรวจและการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก มีความสำคัญในการลดปัญหาการมีบุตรยาก เนื่องจากปัญหาการมีบุตรยากนั้นเมื่อประสบแล้วไม่สามารถปล่อยให้ภาวะดังกล่าวหายเองได้ตามธรรมชาติ แต่จะต้องปรึกษาผู้ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านการรักษาภาวะการมีบุตรยาก (นายแพทย์สรภพ เกียรติพงษ์สาร, 2560) เพื่อหาสาเหตุของการมีบุตรยาก และทำการรักษาได้ตรงสาเหตุและทันต่อเวลา เนื่องจากสาเหตุของการมีบุตรยากนั้นมีหลายสาเหตุและหลายปัจจัยดังที่กล่าวไว้ข้างต้น แต่ละสาเหตุก็ต้องได้รับการดูแลรักษาที่แตกต่างกันไปตามความเหมาะสม ซึ่งกระบวนการรักษามีความหลากหลายในปัจจุบันที่จะช่วยให้ผู้ที่มีการมีบุตรยากสามารถมีบุตรได้ตามความต้องการ

การเข้ารับการรักษาภาวะการมีบุตรยากที่มีประสิทธิภาพต้องได้รับการรักษาในสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน และจะต้องได้รับการปรึกษาจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน แต่สถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองมาตรฐานนั้น ยังมีการให้บริการด้านการรักษาไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ โรงพยาบาลและสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองมาตรฐานการให้บริการด้านเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ มีเพียงจำนวน 87 แห่ง และยังพบว่าโรงพยาบาลและสถานบริการที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน จาก 87 แห่ง ส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยมีจำนวนสูงถึง 60 แห่ง ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีเพียง 8 แห่ง ภาคใต้ 7 แห่ง ภาคกลาง 4 แห่ง ภาคเหนือ 6 แห่ง และภาคตะวันออก 2 แห่ง (สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ, 2561) (ข้อมูล ณ วันที่ 28 พฤศจิกายน 2561) นอกจากนี้ยังชี้ให้เห็นว่ามีเพียงบางจังหวัดเท่านั้นที่มีสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองมาตรฐานอย่างถูกต้อง ทำให้การเข้าถึงในการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากนั้นเป็นเรื่องที่มีความแตกต่างเชิงพื้นที่และเกิดความเหลื่อมล้ำในโอกาสในการเข้าถึงการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก ซึ่งภาวะการมีบุตรยากนั้นเกิดขึ้นได้กับสตรีทุกพื้นที่ จากการรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 พบว่าสตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีภาวะการมีบุตรยากสูงที่สุด (ร้อยละ 13.0) ในขณะที่สถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองมาตรฐานอย่างถูกต้องนั้นมีไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ซึ่งอาจมีผลต่อการเข้าถึงการรักษา และนอกจากนี้ค่ารักษาพยาบาลในการเข้ารับการรักษาภาวะการมีบุตรยากก็ยังมีค่าใช้จ่ายในระดับสูง ไม่ว่าจะเป็นค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษา ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง (จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล, 2555) หรือระยะเวลาและความซับซ้อนในการเข้ารับการรักษา ที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานและความมั่นคงในอาชีพ เนื่องจากกระบวนการรักษาอาจต้องใช้เวลาและเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง ซึ่งส่วนใหญ่ล้วนแต่เพิ่มโอกาสในการเกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากในแต่ละพื้นที่ นอกจากนี้ความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับการรักษาอาจเกิดจากประเทศไทยนั้น สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล รวมไปถึงระบบประกันทางด้านสุขภาพยังไม่ครอบคลุมไปถึงการรักษาการมีบุตรยาก ด้วยเหตุที่การมีบุตรยากไม่ใช่ความเจ็บป่วยไม่สามารถนำมาเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ (เชิดชัย มีคำ, 2540)

การแก้ไขปัญหาค่ารักษาการมีบุตรยากที่ถูกต้องและเหมาะสมจะเป็นการช่วยแก้ปัญหาการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ การเข้าถึงการรักษาจะช่วยให้คู่สมรสสามารถมีบุตรตามที่ต้องการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับการรักษาที่เหมาะสมโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์จะเป็นการเพิ่มโอกาสในการมีบุตรได้ อย่างไรก็ตามจากการทบทวนงานวิจัยที่มีในประเทศไทยพบว่าส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในกลุ่มสตรีที่มีภาวะการมีบุตรยากที่เข้ารับการรักษาแล้ว โดยเน้นศึกษาถึงสาเหตุที่ทำให้มีบุตรยากหรือผลกระทบจากการมีบุตรยาก และเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ การศึกษาเชิงปริมาณยังมีจำกัด ทำให้ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการตัดสินใจเข้ารับการรักษา/ตรวจและเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญในการช่วยแก้ปัญหา ตลอดจนมีความแตกต่างหรือความเหลื่อมล้ำในการเข้า

รับการปรึกษา/ตรวจและรักษาการมีบุตรยากระหว่างพื้นที่หรือไม่ และยังไม่มีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการที่ผู้มีบุตรยากตัดสินใจเข้ารับหรือปฏิเสธการรับบริการดังกล่าว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับการปรึกษา/ตรวจและรักษาการมีบุตรยากระหว่างกรุงเทพมหานครและภาคอื่นๆ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจเข้ารับการปรึกษา/ตรวจและรักษาการมีบุตรยาก โดยใช้การศึกษาเชิงปริมาณที่ได้จากการสำรวจในระดับประเทศ เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจว่ามีความเหลื่อมล้ำระหว่างการเข้ารับการรักษาและการไม่เข้ารับการรักษา ระหว่างกรุงเทพมหานครและภาคอื่นๆหรือไม่ และปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการปรึกษา/ตรวจและรักษาการมีบุตรยากของสตรีไทยที่ประสบกับภาวะมีบุตรยาก เพื่อที่จะนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ในการเสนอแนะมาตรการส่งเสริมและสนับสนุนให้สตรีที่มีบุตรยากโดยเฉพาะกลุ่มที่ยังไม่เข้ารับการปรึกษา/ตรวจและรักษาการมีบุตรยากให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพในช่วงเวลาที่เหมาะสม เพื่อเป็นการเพิ่มโอกาสในการประสบความสำเร็จจากการรักษาให้สูงขึ้น อีกทั้งยังช่วยลดอัตราการมีบุตรยากของสตรีไทยและสนับสนุนการเพิ่มภาวะเจริญพันธุ์โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความพร้อมที่จะมีบุตร

## 1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะมีบุตรยากและการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก
2. เพื่อศึกษาความเหลื่อมล้ำระหว่างกรุงเทพมหานครและภาคอื่นๆ ในการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก

## 1.3 ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตของการศึกษาของเนื้อหาวิจัยนี้ เป็นการศึกษาเกี่ยวการมีบุตรยากของสตรีไทย โดยศึกษาลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคมของสตรีที่มีบุตรยาก เพื่อให้ทราบว่าสตรีที่ประสบการมีบุตรยากมีลักษณะทางประชากร และเศรษฐกิจสังคมเป็นอย่างไร เพื่อที่จะนำไปสู่การศึกษาความสัมพันธ์ของลักษณะทางประชากร และเศรษฐกิจสังคมของสตรีที่มีบุตรยากกับการตัดสินใจต่อการเข้ารับการปรึกษา/ตรวจและการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ ปี พ.ศ. 2552 ที่ทำการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ และข้อมูลจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความอยู่ดีมีสุขในบริบทสังคมสูงวัย พ.ศ. 2559 ที่ทำการสำรวจโดยวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อให้เห็นภาพรวมของสถานการณ์การมีบุตรยาก ลักษณะทางประชากร และเศรษฐกิจสังคมของผู้มีบุตรยาก ความเหลื่อมล้ำระหว่างกรุงเทพมหานครและภาคอื่นๆ ในการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก ตลอดจนความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการปรึกษา/ตรวจและรักษาการมีบุตรยาก จากนั้น จะมีการเก็บ

ข้อมูลปฐมภูมิ โดยใช้การเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อให้ได้ข้อมูลที่งานวิจัยต้องการศึกษา ทั้งทางด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีแนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการตัดสินใจเข้ารับการรักษา แต่ไม่มีข้อมูลในการวิเคราะห์เชิงปริมาณ ประกอบด้วย ข้อมูลในการวิเคราะห์เชิงปริมาณ ประเภทสถานพยาบาลในรักษาการมีบุตรยาก ค่ารักษาพยาบาล ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการมีบุตรยาก การเลือกวิธีการหรือเทคโนโลยีในการช่วยเจริญพันธุ์ ผลกระทบจากการมีบุตรยากและการเข้ารับการรักษา เพื่อเป็นส่วนที่นำมาเสริมการวิจัยในเชิงปริมาณ เพื่อให้งานวิจัยมีความสมบูรณ์ครบถ้วนโดยจะเลือกใช้กลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ที่มีคุณสมบัติเฉพาะตามที่งานวิจัยต้องการศึกษา และจากนั้นการเข้าถึงกลุ่ม ตัวอย่างจะเข้าถึงด้วยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบลูกบอลหิมะ (Snowball Sampling) เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานั้นเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เข้าถึงยาก โดยมีการเก็บข้อมูลลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจสังคม ซึ่งได้แก่ อายุ อายุแรกสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ การเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย จำนวนปีที่แต่งงาน อายุเมื่อเริ่มเข้ารับการรักษา ความคาดหวังจากบุคคลแวดล้อม ความคาดหวังจาก การรักษาการมีบุตรยาก คุณค่าของการมีบุตร แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการมีบุตรยาก และผลกระทบจาก การมีบุตรยากและการรักษา ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตใจ

#### 1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1.ทราบถึงสถานการณ์การมีบุตรยาก และการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก
- 2.ทราบถึงความเหลื่อมล้ำระหว่างกรุงเทพมหานครและภาคอื่น ๆ ในการรักษาการมีบุตรยาก
- 3.ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาภาวะการมีบุตรยาก
- 4.ทราบกลุ่มเป้าหมายและแนวทางในการส่งเสริมผู้ที่มีบุตรยากให้ได้รับการรักษา การมีบุตรยากที่ถูกต้องเหมาะสม



## บทที่ 2

### การทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดการวิจัย

การทบทวนวรรณกรรมสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการแบ่งการนำเสนอออกเป็น 2 ส่วน ในส่วนแรกจะทำการทบทวนกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี เพื่อเป็นการทบทวนเกี่ยวกับการเลือกตัวแปรในการนำมาวิเคราะห์ถึงความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก และในส่วนที่สองจะเป็นการทบทวนเกี่ยวกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ได้มีการศึกษาในอดีต เพื่อนำมาเป็นแนวทางในกำหนดสมมติฐานการวิจัยในครั้งนี้และแนวทางในการอธิบายสถานการณ์และความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก

#### 2.1 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง “ภาวะมีบุตรยากกับความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการรักษา” ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการทบทวนแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 1) แนวคิดการมีบุตรยาก 2) แนวคิดปัจจัยกำหนดการใช้บริการสุขภาพ 3) แนวคิดปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความต้องการบริการทางการแพทย์ 4) แนวคิดความเหลื่อมล้ำ 5) แนวคิดโครงสร้างและหน้าที่ของครอบครัว และ 6) แนวคิดคุณค่าของบุตร

##### 2.1.1 แนวคิดการมีบุตรยาก

การทบทวนแนวคิดเชิงทฤษฎีส่วนนี้ จะเป็นการทบทวนเพื่อหาคำนิยามและกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี เพื่อใช้เป็นตัวแบบในการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาของผู้ที่ประสบปัญหาการมีบุตรยาก การศึกษาเกี่ยวกับการมีบุตรยาก จะต้องมีการทำความเข้าใจเกี่ยวกับความหมาย ประเภท สาเหตุ การเข้ารับการรักษา/ตรวจและรักษาการมีบุตรยาก ค่าใช้จ่ายและโอกาสในการประสบความสำเร็จจากการรักษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษา และผลกระทบที่เกิดจากภาวะการมีบุตร โดยแนวคิดเกี่ยวกับการมีบุตร มีรายละเอียด ดังนี้

1) ความหมายของการมีบุตรยาก จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา ได้มีผู้ให้คำนิยามของการมีบุตรยาก ไว้ดังนี้

World Health Organization (2004) ได้ให้คำนิยามของ การมีบุตรยาก หมายถึง การที่คู่สมรสอยู่ด้วยกัน โดยมีความสัมพันธ์ทางเพศสม่ำเสมอ และไม่มีอาการคุมกำเนิด แต่ไม่สามารถตั้งครรภ์ ในระยะเวลา 1 ปี ถือว่าคู่สมรสนั้นประสบกับการมีบุตรยาก

Arthur, L. Greil., and McQuillan Julia. (2004) ให้นิยามของการมีบุตรยาก (Infertility) หมายถึง สภาวะที่คู่สมรสไม่สามารถที่จะมีบุตรได้ หลังจากที่สมรสกันแล้ว และมีเพศสัมพันธ์กันอย่างสม่ำเสมอ (ประมาณ 4-6 ครั้ง ต่อสัปดาห์) โดยไม่ได้มีการคุมกำเนิดด้วยวิธีใดๆ หรือหยุดการคุมกำเนิดไปแล้วอย่างน้อย 1 ปี

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2549) ได้ให้ความหมายของการมีบุตรยาก หมายถึง การที่คู่สมรสอยู่กินฉันท์สามีภรรยา โดยมีเพศสัมพันธ์สม่ำเสมอและไม่ได้คุมกำเนิดด้วยวิธีใดๆ ภายในระยะเวลา 2 ปี แต่ไม่สามารถตั้งครรภ์ได้

จากคำนิยามเกี่ยวกับการมีบุตรยากจึงสรุปได้ว่า “การมีบุตรยาก” หมายถึง คู่สมรสที่มีเพศสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอ และไม่ได้ใช้วิธีการคุมกำเนิด แต่ยังไม่สามารถตั้งครรภ์ได้ ในระยะเวลา 1-2 ปี

## 2) ประเภทของการมีบุตรยาก

การมีบุตรยากนั้น สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท (จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล, 2555)

2.1) การมีบุตรยากแบบปฐมภูมิ (Primary Infertility) หมายถึง สตรีที่สมรสแล้ว มีเพศสัมพันธ์สม่ำเสมอ และไม่มีอาการคุมกำเนิดด้วยวิธีใดๆ หรือหยุดใช้วิธีการคุมกำเนิดอย่างน้อย 1 ปีไม่สามารถตั้งครรภ์ภายในระยะเวลา 1 ปี โดยที่ยังไม่เคยตั้งครรภ์มาก่อน แต่สำหรับสตรีที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป หากไม่สามารถตั้งครรภ์ได้ภายในระยะเวลา 6 เดือน ก็จะจัดว่าสตรีผู้นั้นประสบกับการมีบุตรยาก

2.2) การมีบุตรยากแบบทุติยภูมิ (Secondary Infertility) หมายถึง สตรีที่สมรสแล้ว มีเพศสัมพันธ์สม่ำเสมอ และไม่มีอาการคุมกำเนิดด้วยวิธีใดๆ หรือหยุดใช้วิธีการคุมกำเนิดอย่างน้อย 1 ปี และเคยตั้งครรภ์มาแล้ว แต่ในการตั้งครรภ์นั้น ยุติด้วยการคลอด การแท้ง การตั้งครรภ์นอกมดลูก และหลังจากนั้นก็ไม่มีอาการตั้งครรภ์อีกเลย ทั้งนี้จะไม่นับรวมระยะเวลาที่ได้มีการให้หมอบุตร แต่สำหรับสตรีที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป หากไม่สามารถตั้งครรภ์ได้ภายในระยะเวลา 6 เดือน ก็จะจัดว่าสตรีผู้นั้นประสบกับการมีบุตรยาก

## 3) สาเหตุของการมีบุตรยาก

สาเหตุที่ทำให้ประสพภาวะมีบุตรยากนั้น สามารถเกิดได้จากทั้งฝ่ายชายและฝ่ายหญิง หรือจากทั้งสองฝ่ายร่วมกัน หรือในบางกรณีก็ไม่สามารถระบุสาเหตุได้ว่าปัญหาการมีบุตรยากนั้นมีสาเหตุมาจากฝ่ายใด หรือสาเหตุมาจากอะไร อย่างไรก็ตามสามารถอธิบายถึงสาเหตุของการมีบุตรยาก ดังนี้

3.1) สาเหตุจากการเลื่อนอายุแรกสมรส การมีบุตรยากที่มีสาเหตุมาจากการเลื่อนอายุแรกสมรส นั้น เป็นเหตุมาจากอายุแรกสมรสที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อการประสพกับการมีบุตรยาก เนื่องจากอายุแรกสมรสที่มากขึ้นส่งผลให้ช่วงระยะเวลาที่มีความพร้อมในการมีบุตรนั้นสั้นลง หรืออาจจะไม่สามารถมีบุตรได้ การเลื่อนอายุแรกสมรสมีสาเหตุด้วยกันหลายประการ ได้แก่ สตรีในปัจจุบันมีการให้ความสำคัญด้านการศึกษามากขึ้น ทำให้การอยู่ในระบบการศึกษายาวนานขึ้น (McDonald, 2000) เมื่อถึงเวลาที่มีความพร้อมในการมีบุตรก็พบว่าประสพกับการมีบุตรยาก นอกจากนี้ สตรีในปัจจุบันมีความต้องการทางด้านความมั่นคงในหน้าที่การงาน ความต้องการการยอมรับในสังคม จึงสร้างความมั่นคงในหน้าที่การงานแล้วจึงคิดที่จะมีบุตร และเมื่อถึงเวลาที่คิดที่จะมีบุตร ความพร้อมทางร่างกายก็ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการในการมีบุตรได้ เนื่องจากอายุที่มากเกินไป (Avdeyeva, 2011) สตรีที่อายุ 35 ปีขึ้นไปนั้นมีโอกาสที่จะเกิดภาวะมีบุตรยากได้มากขึ้น (Behboudi-Gandevani et al., 2013) และนอกจากการที่อายุที่มากขึ้นจะทำให้ประสพกับการมีบุตรยากแล้วนั้น ยังพบว่า การที่คู่สมรสที่มีอายุมากจะทำให้โอกาสที่จะประสพความสำเร็จในการรักษาการมีบุตรยากนั้นมีน้อยกว่าการเข้ารับการรักษาในกลุ่มสตรีที่มีอายุน้อย

3.2) สาเหตุจากการคุมกำเนิด การเลือกวิธีการคุมกำเนิด และระยะเวลาในการคุมกำเนิดมีผลต่อการมีบุตรยาก เนื่องจากการคุมกำเนิดเป็นระยะเวลายาวนาน หรือการเลือกวิธีการคุมกำเนิดบางวิธีจะส่งผลกระทบต่อระบบอวัยวะสืบพันธุ์ เมื่อหยุดการคุมกำเนิดก็ทำให้ไม่สามารถมีบุตรได้ หรือประสพกับการมีบุตรยาก อีกทั้งการเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดโดยวิธีธรรมชาติที่ปราศจากการใช้ถุงยางอนามัยก็อาจส่งผลให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และส่งผลต่อความสามารถในการมีบุตรได้ (จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล, 2555)

3.3) สาเหตุจากภาวะจิตใจ ความเครียด ความกังวล ความตื่นเต้น ทำให้เกิดความผิดปกติในอวัยวะสืบพันธุ์ เช่น อวัยวะสืบพันธุ์ไม่แข็งตัว (Impotent) หรือภาวะมีการหลั่งอสุจิเร็วเกินไป (Premature Ejaculation) การทำงานของรังไข่ผิดปกติ มีการตกไข่นานๆครั้ง หรือไม่มีการตกไข่ ทำให้ไม่มีประจำเดือน เป็นต้น ความเครียดเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการเกิดการมีบุตรยาก เนื่องจากทำให้ไม่มีอารมณ์ทางเพศ ไม่สามารถประกอบกิจทางเพศได้ ทำให้เกิดการมีบุตรยากหรือเป็นหมัน (Wasser, K.sewall, & soules, 1993) โดยเฉพาะการมีบุตรยากแบบปฐมภูมิ รวมไปถึงความเครียด ความกังวลในการรักษาการมีบุตรยาก ที่จะเป็นตัวส่งผลกระทบต่อโอกาสในการมีบุตรหรือตั้งครรภ์น้อยลง

3.4) สาเหตุจากความผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์ เช่น ลูกอัณฑะไม่เคลื่อนที่ลงในถุงอัณฑะ หรือเซลล์สร้างอสุจิไม่เจริญเติบโต ทำให้กระบวนการผลิตอสุจิมีปริมาณน้อยหรือไม่แข็งแรง การผ่านออกของน้ำอสุจิมีความผิดปกติ โครโมโซมผิดปกติ หลอดเลือดดำในถุงอัณฑะขอด การมีเยื่อพังผืดหรือเนื้องอกซึ่งทำให้อ่อนไขทำงานได้ไม่ปกติ รวมไปถึงการอักเสบของอัณฑะจากการติดเชื้อจากโรคคางทูม กามโรค การอักเสบติดเชื้อ ต่อมลูกหมากอักเสบ ท่อทางเดินอสุจิอักเสบ นอกจากนี้การที่คู่สมรสมีภูมิคุ้มกันต้านทานต่อเชื้ออสุจิก็นับเป็นสาเหตุสำคัญต่อการเกิดการมีบุตรยาก โดยในสตรีจะมีภูมิคุ้มกันต้านทานเชื้ออสุจิอยู่ในกระแสเลือดและมีภูมิคุ้มกันต้านทานตัวอสุจิเฉพาะที่ และในตัวผู้ชายก็จะมีภูมิคุ้มกันต้านทานเชื้ออสุจิของตนเองอยู่ในกระแสเลือดได้เช่นกันจึงส่งผลให้ไม่สามารถตั้งครรภ์ได้ (พวงเพ็ญ ริมดุสิต, 2533) ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการมีบุตรยากนั้น มาจากหลายสาเหตุประกอบกัน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องความผิดปกติของอวัยวะในการสืบพันธุ์ภายในร่างกาย ทำให้ไม่สามารถที่จะมีบุตรได้ การตกไข่ที่ไม่สม่ำเสมอ ความผิดปกติของท่อนำไข่ หรือรังไข่ ซึ่งเป็นปัจจัยภายในร่างกายของคู่สมรสที่จะต้องได้รับการรักษาเพื่อช่วยแก้ไขปัญหการมีบุตรยากที่ตรงกับปัญหา หรือความผิดปกติที่เกิดขึ้น สาเหตุที่กล่าวมาข้างต้นอาจจะเป็นสาเหตุที่เป็นมาตั้งแต่กำเนิด และ/หรืออาจจะเป็นสาเหตุที่เกิดจากการติดเชื้อ

3.5) สาเหตุจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการบาดเจ็บด้วยโรคเรื้อรังเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมในปัจจุบันที่มีความแตกต่างจากการดำเนินชีวิตในอดีต ส่งผลให้ชายหญิงมีความเสรีในการแสดงออกทางเพศมากขึ้น ทำให้มีโอกาสในการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงขึ้น ส่งผลให้เกิดโอกาสในการมีบุตรยาก (Lockwood, 2003) โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น พฤติกรรมทางเพศของคนในสังคมเปลี่ยนแปลงไป ไม่ว่าจะเป็นการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงาน การเปลี่ยนคู่อบ่อยครั้ง การทำแท้ง ซึ่งเป็นสาเหตุให้มีโอกาสที่จะเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเกิดภาวะมีบุตรยาก

3.6) สาเหตุจากปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและสารเคมี เช่น การทำงานหรืออาศัยอยู่ในที่มีสารเคมี เช่น สารตะกั่ว สารกัมมันตภาพรังสี อีกทั้งยังมีปัจจัยภายนอกต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นสิ่งแวดล้อมที่บ้าน มลภาวะทางสิ่งแวดล้อมในปัจจุบันที่มีความรุนแรงเรื่องสารพิษต่างๆ ที่ส่งผลให้การทำงานของร่างกายไม่เป็นปกติ รวมไปถึง ความเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ สภาพแวดล้อมล้วนมีส่วนที่ทำให้สตรีเกิดภาวะมีบุตรยากได้ (Felice Petraglia et al., 2013) การได้รับสารเคมีต่างๆ เข้าสู่ร่างกาย จากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีสารคาเฟอีน การใช้สารเสพติด ก็เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ไม่สามารถมีบุตรได้ หรืออาจส่งผลให้เกิดการแท้งบุตรได้ (สุธน ปัญญาติติก และคณะ, 2541)

3.7) สาเหตุจากคู่สมรสขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องของการปฏิบัติในช่วงก่อนมีเพศสัมพันธ์ ขณะมีเพศสัมพันธ์ และหลังจากมีเพศสัมพันธ์ เช่น การไม่ร่วมเพศในขณะที่อยู่ในระยะตกไข่ ซึ่งเป็น

ระยะเวลาที่เหมาะสมในการมีบุตร การไม่มีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอด การที่ทำความสะอาดช่องคลอดโดยใช้น้ำยาก่อนและหลังมีเพศสัมพันธ์ การทำความสะอาดทันทีหลังจากการมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น ซึ่งความเข้าใจที่ผิดก็ยังสามารถส่งผลให้เกิดการมีบุตรยาก หรือลดโอกาสในการตั้งครรภ์ได้ (พวงเพ็ญ ริมดุสิต, 2533)

3.8) สาเหตุจากภาวะมีบุตรยากที่ไม่ทราบสาเหตุ (Unexplained Infertility) คู่สมรสมีบุตรยากที่ไม่ทราบสาเหตุ คือคู่สมรสมีบุตรยากที่ได้รับการตรวจหาสาเหตุของการมีบุตรยากแล้วจนครบตามมาตรฐานแล้ว เช่น การประเมินการตกไข่ การตรวจวิเคราะห์น้ำอสุจิ การประเมินการดูดตันของท่อนำไข่ แต่ไม่พบความผิดปกติ โดยจะพบได้ร้อยละ 10-15 ของคู่สมรสทั้งหมด แต่ในกลุ่มนี้อาจพบสาเหตุได้หลังจากได้ทำการรักษาไปแล้ว เช่น พบปัญหาในการปฏิสนธิจากการทำเด็กหลอดแก้ว เป็นต้น (เตชวิวรรณ, 2558)

#### 4) การรักษาการมีบุตรยาก

ทางการแพทย์ระบุว่า การมีบุตรยากเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพ เป็นอาการผิดปกติทางร่างกาย สามารถควบคุมและรักษาให้สามารถมีบุตรได้ โดยการเข้ารับบริการทางการแพทย์ โดยจะต้องมีการวินิจฉัย เพื่อหาสาเหตุที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดการมีบุตรยาก ควรเข้ารับการตรวจเพื่อวินิจฉัยสาเหตุทั้งสามีและภรรยา เพื่อหาสาเหตุที่แท้จริงว่ามาจากฝ่ายใด และควรเข้ารับการวินิจฉัยตั้งแต่พบว่าคู่สมรสนั้นไม่สามารถมีบุตรได้หลังจากสมรสมาเป็นเวลาอย่างน้อย 12 เดือน โดยที่มีเพศสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอ และไม่มีการคุมกำเนิด หากคู่สมรสนั้นมีอายุมากกว่า 35 ปี ควรเข้ารับการวินิจฉัยเพื่อหาสาเหตุและวิธีการรักษา หากมีเพศสัมพันธ์สม่ำเสมอ โดยปราศจากการคุมกำเนิด แต่ไม่สามารถมีบุตรได้ภายในระยะเวลา 6 เดือน

การรักษาการมีบุตรยาก จะเริ่มจากการตรวจเพื่อวินิจฉัยเกี่ยวกับการมีบุตรยาก ซึ่งตามแนวคิดของ (Blenner, 1992.; Schoener & Krysa., 1996) ได้แบ่งการตรวจเพื่อวินิจฉัยและรักษาการมีบุตรยากออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้คือ

ระยะที่ 1 การตรวจวินิจฉัยอย่างง่าย จะเป็นการตรวจวินิจฉัยตั้งแต่ความพยายามในการมีบุตรด้วยตนเองตามธรรมชาติ แต่ยังไม่สามารถมีบุตรได้ และเข้ารับบริการทางการแพทย์เพื่อขอเข้ารับการรักษา ก่อนที่จะเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก เมื่อพบแพทย์ก็จะได้รับการตรวจร่างกายเบื้องต้น การสอบถามประวัติ เกี่ยวกับโรคประจำตัว ความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ การตรวจวัดอุณหภูมิ การตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ และการตรวจหลังจากที่มีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

ระยะที่ 2 การตรวจวินิจฉัยระดับซับซ้อน จะเป็นการตรวจหลังจากที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยอย่างง่ายแล้ว แต่ยังไม่สามารถทราบถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดการมีบุตรยากได้ หรือไม่สามารถทราบสาเหตุที่ชัดเจน ซึ่งวิธีการรักษาก็จะใช้การส่องกล้อง การอัลตราซาวด์ หรือการตรวจทางรังสี เป็นต้น

ระยะที่ 3 การเข้ารับการรักษา หลังจากผ่านการตรวจวินิจฉัยระดับง่าย และระดับซับซ้อน แล้ว ก็จะเข้ารับการรักษา ซึ่งวิธีในการเข้ารับรักษานั้นมีหลากหลายวิธี ซึ่งการจะเลือกรักษาวิธีใด นั้น ขึ้นอยู่กับสาเหตุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ หรือก่อให้เกิดการมีบุตรยาก ซึ่งผู้ที่มีบุตรยากแต่ละ รายจะได้รับการรักษาด้วยวิธีที่แตกต่างกัน และแม้ว่าจะได้รับการรักษาด้วยวิธีเดียวกัน โอกาสที่จะประสบความสำเร็จในการรักษาและเวลาที่ใช้ในการรักษานั้นก็อาจมีความแตกต่างกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ เช่น อายุ การศึกษา เป็นต้น โดยวิธีในการรักษานั้นมีหลายวิธี เช่น การฉีดฮอร์โมนเพื่อกระตุ้นการตกไข่ การผ่าตัดเพื่อแก้ไขปัญหาระบบสืบพันธุ์ การใช้เทคโนโลยีในการช่วยการเจริญพันธุ์ เช่น การฉีดยากระตุ้นไข่ การทำกิฟท์ การทำซิฟท์ การทำเด็กหลอดแก้ว การฉีดน้ำเชื้อเข้าโพรงมดลูก เป็นต้น

ปัจจุบันมีเทคโนโลยีที่ทันสมัยในการช่วยรักษาการมีบุตรยาก โดยมีการนำเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ (Assisted Reproductive Technologies-ARTs) ที่มีความเจริญก้าวหน้าอย่างมากมาช่วยในการรักษาการมีบุตรยาก แต่การบริการการรักษาก็ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มผู้ที่ประสบภาวะการมีบุตรยากทั้งหมด เนื่องจากการเข้าถึงนั้นยังมีข้อจำกัดด้วยกันหลายประการ เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาที่มีราคาสูง อีกทั้งโอกาสในการประสบความสำเร็จในการรักษานั้นไม่แน่นอน การไม่ให้ความร่วมมือในการเข้ารับการรักษาของคู่สมรส การรักษาการมีบุตรยากเป็นการผิดหลักวัฒนธรรม ผิดหลักศาสนา เป็นต้น (ปานฉัตร เสียงดัง และอมรา สุนทรธาดา, 2551) ซึ่งเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ (Assisted Reproductive Technologies-ARTs) นั้นมีหลายวิธีดังนี้

4.1) การฉีดยากระตุ้นไข่ เป็นวิธีการกระตุ้นไข่ โดยการให้ยาหรือฮอร์โมนมาควบคุมการสร้างและการตกไข่ เพื่อให้มีไข่สุกครั้งละหลายๆใบ และให้มีเพศสัมพันธ์ตามธรรมชาติในช่วงเวลาที่ไข่ตก พบว่ามีอัตราการตั้งครรภ์ร้อยละ 5-8 ต่อรอบการรักษาหรืออาจจะใช้ร่วมกับการรักษาด้วยวิธีการผสมเทียม และวิธีการทานยากระตุ้นไข่ตก ซึ่งการทานยานั้นจะสั่งจ่ายโดยแพทย์ มักใช้บ่อยในผู้หญิงรายที่มีปัญหาเกี่ยวกับการตกไข่ ซึ่งร้อยละ 40-45 ของผู้หญิงที่ทานยากระตุ้นไข่ตก สามารถตั้งครรภ์ได้ภายใน 6 รอบการตกไข่ โดยแพทย์จะแนะนำให้ทานยาตัวนี้ไม่เกิน 6 รอบเดือน เพราะเมื่อเลย 6 รอบไปแล้วโอกาสที่จะตั้งครรภ์ได้สำเร็จจะลดลง หลังจากนั้น แพทย์อาจแนะนำให้รักษาด้วยวิธีอื่นแทน (สมบุญรณ์ คุณาธิคม, 2544)

4.2) การฉีดน้ำเชื้อเข้าโพรงมดลูก (Intra-Uterine Insemination: IUI) คือ วิธีการคัดน้ำเชื้อและนำไปฉีดเข้าโพรงมดลูกในช่วงที่มีการตกไข่ตามธรรมชาติ หรือตกไข่จากการกระตุ้นให้เกิดการตกไข่ วิธีนี้ใช้รักษาการมีบุตรยากที่เกิดจากสาเหตุที่สามีมีปัญหา น้ำเชื้อไม่แข็งแรง ปัญหาภูกันเหนียวข้นมาก ปัญหาการหลั่งเร็ว ปัญหาอวัยวะเพศไม่แข็งตัว (วิสันต์ เสรีภาพงศ์ และไพโรจน์ วิทยุพนิชย์, 2547) วิธีนี้เป็นวิธีที่ค่าใช้จ่ายไม่สูงมาก แต่มีข้อควรระวัง คือไม่ควรให้มีการตกไข่เกิน 4 ใบ เพื่อลดความเสี่ยงจากการตั้งครรภ์แฝด

4.3) การทำกิฟท์ (Gamete Intra Fallopian Transfer:GIFT) คือ การนำเซลล์ไข่และเซลล์อสุจิออกมานอกร่างกาย และฉีดเข้าทางท่อนำไข่ทางหน้าท้องโดยยังไม่มี การปฏิสนธิจากภายนอก ร่างกาย ซึ่งเป็นวิธีที่ใกล้เคียงธรรมชาติมากที่สุด (โอภาส เศรษฐบุตร, 2546)

4.4) การทำเด็กหลอดแก้ว (In Vitro Fertilization:IVF) คือ การนำเซลล์ไข่และเซลล์อสุจิออกมาเพื่อนำมาผสมภายนอก ร่างกายจนเกิดการปฏิสนธิ และแบ่งตัวเป็นตัวอ่อนระยะต่างๆ จากนั้นจึงนำเซลล์ตัวอ่อนที่คัดเลือกใส่ผ่านโพรงมดลูก หรือท่อนำไข่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมว่าจะใส่ผ่านโพรงมดลูก หรือท่อนำไข่ (พิทักษ์ เล่าห์เกริกเกียรติ, 2552)

4.5) การทำซิฟท์ (Zygote Intra Fallopian Transfer:ZIFT) คือ การนำเซลล์ไข่และเซลล์อสุจิออกมาเพื่อทำการปฏิสนธิภายนอก ร่างกาย และนำตัวอ่อนที่ปฏิสนธิแล้วไปใส่ที่ท่อนำไข่ผ่านทางช่องคลอด หรือการเจาะหน้าท้อง เพื่อให้เคลื่อนที่ไปที่โพรงมดลูกเอง (ศุภชัย ภูมิบุตรยาจเจตนิ, 2559)

4.6) การทำเด็กหลอดแก้วด้วยการช่วยปฏิสนธิแบบอิกซี่ (Intra Cytoplasmic Sperm Injection:ICSI) คือ กระบวนการปฏิสนธินอกร่างกาย โดยการใช้เข็มแก้วที่มีขนาดเล็ก ฉุดเซลล์อสุจิ 1 เซลล์แล้วฉีดเข้าไปในไข่ เพื่อให้เกิดการผสมระหว่างเซลล์ไข่และเซลล์อสุจิ เป็นวิธีหรือทางเลือกในกรณีที่ผู้ชายมีอสุจิน้อย หรืออสุจิไม่แข็งแรง หรือเปลือกเซลล์ไข่มีสภาพหนากว่าปกติ (พรภิมล ตั้งชัยสิน, 2546)

5) สถานพยาบาล ค่าใช้จ่ายและโอกาสในการประสบความสำเร็จ จากการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก

สถานพยาบาลที่ได้รับรองมาตรฐานนั้น ยังมีการให้บริการด้านการรักษาไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ทุกจังหวัด ข้อมูลจากสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2561) พบว่าโรงพยาบาลและสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองมาตรฐานการให้บริการด้านเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์การแพทย์ มีจำนวนเพียง 87 แห่ง (ข้อมูล ณ วันที่ 28 พฤศจิกายน 2561) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 : สถานพยาบาลรักษาการมีบุตรยากที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน

ภาค	จังหวัด	จำนวน
กรุงเทพมหานคร	- กรุงเทพมหานคร	60
ภาคอื่นๆ		27
ภาคกลาง	- นครนายก	1

	- ปทุมธานี	1
	- สมุทรปราการ	1
	- สมุทรสาคร	1
	- พิษณุโลก	2
ภาคตะวันออก	- ชลบุรี	2
ภาคเหนือ	- เชียงใหม่	3
	- เชียงราย	1
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	- ขอนแก่น	4
	- นครราชสีมา	4
	- อุตรธานี	1
ภาคใต้	- สงขลา	3
	- ภูเก็ต	2
	- นครศรีธรรมราช	1

การเข้ารับบริการทางการแพทย์เพื่อรักษาการมีบุตรยากนั้น มีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับวิธีการรักษา มีตั้งแต่ระดับราคาที่ไม่สูงมากในกรณีที่วิธีการรักษาไม่ได้มีการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ในการรักษา เช่น การปรึกษาแพทย์เพื่อรับการรักษาด้วยวิธีการกำหนดช่วงเวลาที่เหมาะสมกับการมีเพศสัมพันธ์ที่จะเพิ่มโอกาสในการตั้งครรภ์ เป็นต้น แต่หากวิธีการรักษาที่ต้องพึ่งพาเทคโนโลยีในการช่วยการเจริญพันธุ์ก็จะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่มีราคาสูงจนถึงสูงมาก อีกทั้งระยะเวลาในการเข้ารับการรักษา ก็ยังไม่แน่นอน ขึ้นอยู่กับหลายๆปัจจัยในการเลือกวิธีการรักษา นอกจากนี้ โอกาสในการประสบความสำเร็จจากการรักษาก็ยังมีความแตกต่างกันอีกด้วย ซึ่ง ได้มีการสรุปอัตราค่าบริการในการเข้ารับการรักษาและโอกาสในการประสบความสำเร็จไว้ดังแสดงในตารางที่ 2 (ปานฉัตร เสียงตั้ง และอมรา สุนทรธาดา, 2551)



**ตารางที่ 2 :** อัตราค่าบริการและอัตราความสำเร็จในการรักษาแยกตามสถานบริการของรัฐบาลและเอกชน

เทคโนโลยีการรักษา	ค่าบริการ สถานบริการ ของรัฐบาล	ค่าบริการ สถานบริการ ของเอกชน	อัตราความสำเร็จ ในการรักษา
Intra-Uterine Insemination (IUI) (การฉีดน้ำเชื้อเข้าโพรงมดลูก)	6,000-8,000	12,000-18,000	ร้อยละ 15 ต่อครั้ง
In Vitro Fertilization (IVF) (การทำเด็กหลอดแก้ว)	60,000-100,000	70,000-200,000	ร้อยละ 15-30 ต่อครั้ง
Intra Cytoplasmic Sperm Injection Program (ICSI) (การทำเด็กหลอดแก้วด้วยการช่วย ปฏิสนธิแบบอิกซี่)	60,000-100,000	83,000-250,000	ร้อยละ 25-30 ต่อครั้ง
Gamete Intrafallopian (GIFT)	20,000-50,000	80,000-100,000	ร้อยละ 30-40 ต่อครั้ง
Zygote Intra-Fallopain tube Transfer (ZIFT)	100,000-150,000	150,000-200,000	ร้อยละ 40-50 ต่อครั้ง

ดัดแปลงจาก ปานฉัตร สียงดั่ง และอมรา สุนทรธาดา, 2551

#### 6) ผลกระทบของการมีบุตรยาก

ปัญหาการมีบุตรยากเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อผู้ที่ประสบปัญหา และไม่เพียงแต่จะส่งผลกระทบต่อผู้ที่ประสบปัญหาเพียงเท่านั้น แต่ปัญหาดังกล่าว ยังส่งผลกระทบต่อส่วนอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นคู่สมรส ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวคู่สมรส ครอบครัวของทั้งฝ่ายสามีฝ่ายภรรยา รวมไปถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัว และสังคม เป็นต้น ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัญหาภาวะมีบุตรยากส่งผลกระทบในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

6.1) ผลกระทบต่อการสร้างครอบครัว การมีบุตรยากนั้นทำให้เกิดความสั่นคลอนในชีวิตครอบครัว เกิดความไม่มั่นคง ทำให้ชีวิตครอบครัวนั้นไม่ประสบความสำเร็จ (Goffman, 1963) ทำให้การสร้างครอบครัวนั้นประสบกับความล้มเหลว เนื่องจากเมื่อมีการสมรสสร้างครอบครัว ก็จะมีคาดหวังในการมีบุตร เพื่อที่จะได้ทำหน้าที่ของพ่อและแม่ เพื่อเติมเต็มความเป็นครอบครัว เพื่อตอบสนองการทำหน้าที่ครอบครัวที่สมบูรณ์ให้แก่สังคม เมื่อประสบกับการมีบุตรยาก จึงทำให้รู้สึกถึงความไม่สมบูรณ์ของครอบครัว บางคนจะรู้สึกอาย ไม่มั่นใจกับภาวะที่เกิดขึ้น ไม่สามารถยอมรับได้ไม่สามารถเปิดเผยกับใครได้ ทำให้รู้สึกว่าตนเองนั้นบกพร่องที่ไม่สามารถมีบุตรได้ (อเนก อารีพรรค, 2548) ไม่สามารถทำหน้าที่เป็นพ่อแม่ได้ทำให้การสร้างครอบครัวนั้นสั่นคลอน และไม่มีความสุข อาจรวมไปถึงความไม่ซื่อสัตย์ที่อาจเกิดขึ้น เนื่องจากความต้องการมีบุตรจึงทำให้เกิด

ความระแวงในเรื่องของความซื่อสัตย์ของสามีว่าจะต้องการมีภรรยาใหม่เพื่อจะได้สามารถมีบุตรได้ เนื่องจากตนเองนั้นไม่สามารถมีบุตรได้ เป็นต้น

6.2) ผลกระทบด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว ทางด้านเครือญาติ เนื่องจากการแต่งงานนั้น มักจะได้รับความคาดหวังจากบรรดาเครือญาติว่าจะต้องมีลูก มีหลาน เพื่อจะเป็นผู้ที่สืบทอดสกุล สืบทอดมรดกต่อไป (กาญจนา ลุศนันท์, 2542) ดังนั้น หากคู่สมรสไม่สามารถที่จะมีบุตรได้ ก็อาจเกิดความรำคาญใจในความสัมพันธ์ครอบครัวระหว่างเครือญาติ สร้างความไม่พึงพอใจ (Mahlstedt, 1985) เนื่องจากสังคมไทยจะมุ่งเน้นความสำคัญของเรื่องการกตัญญู และเชื่อฟังบุพการี เป็นหน้าที่ที่ต้องมีทายาทเพื่อสืบสกุล จึงก่อให้เกิดปัญหาในครอบครัวตามมา เนื่องจากไม่สามารถมีบุตรได้ตามความคาดหวังของครอบครัว (จิรเนาว์ ทศศรี, 2545) โดยเฉพาะในครอบครัวของผู้ที่มีเชื้อสายจีน ที่ต้องการมีบุตร โดยเฉพาะบุตรชาย หากไม่มีบุตรก็จะทำให้เกิดปัญหา เนื่องจากความคาดหวังสูง และเมื่อไม่สมหวังก็จะเป็นปัญหาที่ทำให้คู่สมรสอาจเกิดการหย่าร้างได้ในที่สุด

6.3) ผลกระทบทางด้านบทบาททางสังคม ผู้ที่มีบุตรยากจะรู้สึกสูญเสียบทบาททางสังคม โดยเฉพาะในสังคมที่มีความคาดหวังในเรื่องการมีบุตร ที่จะคาดหวังว่าคู่สมรสที่สมรสกันแล้วจะต้องมีบุตร ดังนั้น หากคู่สมรสที่ไม่มีบุตรก็จะรู้สึกสูญเสียสถานภาพทางสังคมตามที่สังคมคาดหวังไป ทำให้รู้สึกว่าไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม (Mahlstedt, 1985) ทั้งจากสังคมขนาดเล็กในกลุ่มเพื่อน เครือญาติที่มีบุตร เมื่อต้องพบเจอกับผู้ที่มีบุตรและเจอกับคำถามเกี่ยวกับการมีบุตรก็จะรู้สึกเศร้าใจ เสียใจ และทำให้ไม่อยากไปพบปะหรือเจอคนอื่นๆ เหล่านี้

6.4) ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ การตรวจวินิจฉัยและการรักษาจะต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการวินิจฉัยและการรักษาสูง ดังนั้น หากผู้ที่ประสบการมีบุตรยากมีสถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัวที่ไม่มั่นคง ก็อาจจะทำให้เกิดปัญหาภาวะการสูญเสียสภาพคล่องทางเศรษฐกิจของครอบครัว (Verhaak CM et al., 2007) จนทำให้เกิดปัญหาทางการเงินของครอบครัวตามมาได้ หรือไม่สามารถเข้ารับการรักษาเนื่องจากไม่มีความพร้อมทางการเงินในการเข้ารับการรักษา เนื่องจากผู้ที่ประสบการมีบุตรยากต้องกระทำการรักษาที่ตรงสาเหตุ เพื่อประสิทธิภาพในการรักษา ซึ่งจากขั้นตอนการตรวจและการรักษาการมีบุตรยากนั้น เป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลาและค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก (Mahlstedt, 1985) ดังนั้น อาจส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจในครอบครัว อีกทั้งผลสัมฤทธิ์ในการรักษานั้นก็ไม่สามารถรับประกันได้ว่าจะประสบความสำเร็จในการรักษาได้ทุกกรณี และสำหรับประเทศไทยนั้น สถิติการด้านการรักษาพยาบาล รวมไปถึงระบบประกันทางด้านสุขภาพยังไม่ครอบคลุมไปถึงการรักษาการมีบุตรยาก ด้วยเหตุที่การมีบุตรยากไม่ใช่ความเจ็บป่วยไม่สามารถนำมาเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ (เชิดชัย มีคำ, 2540)

6.5) ผลกระทบทางร่างกายและด้านจิตใจ ปัญหาการมีบุตรยาก เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจต่อผู้ที่ประสบปัญหาเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากการที่ไม่สามารถมีบุตร

ได้นั้นเป็นการทำลายความมั่นใจในตนเอง เนื่องจากไม่สามารถทำหน้าที่ภรรยาที่สมบูรณ์แบบได้  
ไม่สามารถทำหน้าที่แม่ที่สังคมคาดหวังได้ (Pearson, 1992) อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อความเครียด  
สตรีที่ประสบปัญหาการมีบุตรยากนั้นจะประสบกับความเครียด วิตกกังวล ผิดหวัง เศร้า และหาก  
ต้องเข้ารับการรักษา ความรู้สึกความเครียดดังกล่าวก็จะมีเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีความกังวลเรื่องของ  
ผลการรักษา วิธีขั้นตอนการรักษาเพิ่มขึ้นมาอีกด้วย โดยเฉพาะผู้ที่เข้ารับการรักษาแล้วไม่ประสบ  
ความสำเร็จจากการรักษา หรือประสบความสำเร็จจากการรักษาแต่ก็ต้องประสบกับภาวะแท้งบุตร  
ทำให้เกิดผลกระทบต่อสภาพจิตใจ เกิดความผิดหวัง ความเครียดจากการสูญเสียบุตร ซึ่งสอดคล้อง  
กับผลการศึกษาของ นฤมล เจริญใจ (2560) ที่พบว่าการผิดหวังจากการเข้ารับการรักษาการมีบุตร  
ยากนั้นส่งผลให้เกิดความเครียด ความผิดหวังสำหรับผู้ที่มีการมีบุตรยากและครอบครัว นอกจากนี้ ผู้ที่เข้า  
รับการรักษาโดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ก็อาจเกิดผลข้างเคียงจากเทคโนโลยีที่ใช้ในการรักษา  
ทำให้เกิดความเจ็บปวด หรือร่างกายไม่แข็งแรงได้

#### 2.1.2 แนวคิดปัจจัยกำหนดการใช้บริการสุขภาพ (Determinants of Health Service Utilization)

จากการศึกษาของ Anderson., Kravits., and Anderson. (1975) ได้เสนอว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลัก 3 ประการคือ

- 1) ปัจจัยโน้มนำที่มีอยู่ก่อน (Predisposing Factors) ซึ่งเป็นลักษณะทางประชากร สังคม และความเชื่อด้านสุขภาพ เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ศาสนา และความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาแผนปัจจุบัน เป็นต้น
- 2) ปัจจัยสนับสนุน (Enabling Factors) หมายถึงปัจจัยที่เสริมความสามารถของแต่ละบุคคลในการใช้บริการสุขภาพ เช่น รายได้ ประกันสุขภาพ ที่อยู่อาศัย
- 3) ปัจจัยด้านความจำเป็น (Need Factors) ประกอบด้วยความจำเป็น 2 อย่าง คือ ความจำเป็นที่เกิดจากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล (Perceived Need) เช่น การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความจำเป็นที่ได้รับการประเมิน (Evaluated Need) เช่น แพทย์ลงความเห็นว่าจะต้องรับการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง เป็นต้น

นอกจาก Aday. and Anderson (1981) ได้รวบรวมปัจจัยที่กำหนดการใช้บริการสุขภาพ จากหลากหลายงานวิจัย โดยสรุปได้ว่ามี 7 ปัจจัยที่สำคัญประกอบด้วย

- ก) ตัวแปรทางประชากร เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส เป็นต้น
- ข) ตัวแปรทางสังคม เช่น การศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ เป็นต้น

- ค) ตัวแปรทางจิตวิทยาสังคม เช่น การรับรู้ว่าเป็นผู้ป่วย การรับรู้ถึงความรุนแรง และความคาดหวังจากการรักษา เป็นต้น
- ง) ตัวแปรด้านทรัพยากรของครอบครัว เช่น รายได้ ความครอบคลุมของประกันสุขภาพ เป็นต้น
- จ) ตัวแปรด้านทรัพยากรของชุมชน เช่น อุปทานของบริการสุขภาพในชุมชน เขตที่อยู่อาศัย การเข้าถึงบริการ เป็นต้น
- ฉ) ตัวแปรด้านองค์กร เช่น แบบแผนของผู้ให้บริการ ลักษณะของสถานบริการ ลักษณะของระบบบริการ เป็นต้น
- ช) ระบบบริการสุขภาพ เช่น นโยบายด้านสาธารณสุข และระบบเศรษฐกิจโดยรวม

### 2.1.3 แนวคิดความต้องการบริการทางการแพทย์ (Demand for Medical Care)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความต้องการบริการทางการแพทย์มีอยู่มากมายหลายปัจจัย ซึ่งอาจสรุปปัจจัยที่สำคัญได้ 5 ปัจจัย (ครองขวัญ เสวกสูตร, 2553., กุศล สุนทรธาดา และ วรชัย ทองไทย, 2539) ประกอบด้วย

1. ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ (Economic Factors) ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาลทางการแพทย์ รายได้ของผู้บริโภค การประกันสุขภาพ ต้นทุนทางด้านเวลา (Time Cost) ซึ่งจะเป็นปัจจัยกำหนดให้สะท้อนอำนาจของการซื้อ และความสามารถที่จะจ่าย
2. ปัจจัยทางด้านสังคม (Social Factors) เช่น ระดับการศึกษา อาชีพ ขนาดครอบครัว สถานภาพสมรส เชื้อชาติ เป็นต้น
3. ปัจจัยทางด้านประชากร (Demographic Factors) เช่น เพศ อายุ ความหนาแน่นของประชากร สถานที่ตั้งทางภูมิศาสตร์และสภาพแวดล้อม เป็นต้น
4. ปัจจัยด้านสถานะสุขภาพ (Individual Health Status) เช่น ประสบการณ์ทางด้านสุขภาพ ความรุนแรงของการเจ็บป่วยและลักษณะของการเจ็บป่วย เป็นต้น
5. ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ (Supply) เช่น จำนวนสถานบริการการรักษา ความเพียงพอต่อการรักษา ไม่ว่าจะเป็นจำนวนของบุคลากรทางการแพทย์ อุปกรณ์ เครื่องมือ เป็นต้น

### 2.1.4 แนวคิดเรื่องความเหลื่อมล้ำ (Inequality)

ความเหลื่อมล้ำในสังคมไทยเป็นปัญหาที่สะสมมานาน ก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรม ความไม่เท่าเทียม และความแตกต่างในสังคมไทย ซึ่งผลกระทบจากความเหลื่อมล้ำที่เกิดขึ้นกับคนที่อยู่ในระดับล่างนั้น จะส่งผลให้ไม่สามารถเข้าถึงโอกาสที่จะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของรายได้ สุขภาพ การศึกษา ความยุติธรรม ทรัพยากรหรือสวัสดิการพื้นฐานที่คนในสังคมทุกคนพึงจะได้รับ แม้ว่าที่ผ่านมาจะมีความพยายามในการแก้ไขปัญหาเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ แต่ก็ยังไม่ประสบ

ความสำเร็จหรือประสบความสำเร็จเพียงชั่วคราวเท่านั้น ปัญหาด้านความเหลื่อมล้ำยังคงปรากฏให้เห็นชัดในสังคมไทย และมีแนวโน้มว่าจะคงอยู่ต่อไป (สมชัย จิตสุชน, 2558)

ความเหลื่อมล้ำ หมายถึง การที่คนจำนวนหนึ่งมีโอกาสมากกว่าคนอื่นๆ ในการเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ และยิ่งหมายถึงความถึง ความไม่เท่ากันระหว่างผู้ที่มีโอกาสกับผู้ขาดโอกาส ซึ่งโอกาสในที่นี้คือ โอกาสในการเข้าถึง ต่อรอง และจัดการทรัพยากรต่างๆ ในสังคม (อติวิชัย แสงสุวรรณ, 2558) ในสังคมไทยนั้น มีความเหลื่อมล้ำในหลายมิติ เช่น ความเหลื่อมล้ำด้านรายได้ ความเหลื่อมล้ำด้านการถือครองที่ดิน ความเหลื่อมล้ำด้านการศึกษา ความเหลื่อมล้ำด้านกระบวนการยุติธรรม ความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ ความเหลื่อมล้ำในแต่ละด้านก็จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกันไป หรือความเหลื่อมล้ำบางด้านก็อาจจะส่งผลต่อความเหลื่อมล้ำในมิติอื่นๆ เช่น หากสังคมมีความเหลื่อมล้ำด้านรายได้สูง ก็จะมีความสัมพันธ์ต่อตัวชี้วัดปัญหาด้านคุณภาพและปัญหาด้านสังคมสูงด้วยเช่นกัน (สุขภาพคนไทย, 2556)

จากการศึกษาแนวคิดเรื่องของความเหลื่อมล้ำนั้นมีความหมายและประเภทของความเหลื่อมล้ำตามแนวคิดที่มีหลากหลาย ได้แก่ แนวคิดด้านเสรีนิยม ที่มีความเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนมีสิทธิเสรีภาพ ความยุติธรรมอยู่บนพื้นฐานของเสรีภาพ มีความเท่าเทียมกันภายใต้กฎหมาย เพื่อตอบสนองความต้องการของทุกคนได้ดีที่สุด แนวคิดด้านความยุติธรรมทางสังคม การพยายามสร้างความยุติธรรมด้วยการกระจายรายได้และความมั่งคั่งให้ถึงประชาชนมากที่สุด โดยทุกภาคส่วนในสังคมมีส่วนร่วมในการสร้างความมั่งคั่ง และควรมีรัฐสวัสดิการเป็นสิทธิที่พลเมืองควรจะได้รับอย่างเสมอภาค แนวคิดด้านสมรรถภาพของมนุษย์ เป็นแนวคิดด้านความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและความยากจนเป็นการลดทอนสมรรถภาพของมนุษย์ ความเป็นอยู่ที่ดีคือการบรรลุรรถประโยชน์สูงสุดที่มาพร้อมกับการมีรายได้สูงสุด และมนุษย์ควรมีอิสรภาพทางการเมือง เศรษฐกิจ โอกาสทางสังคม หลักประกันว่าภาครัฐจะมีความโปร่งใส และการคุ้มครองความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ซึ่งแต่ละด้านมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน จึงควรเพิ่มทางเลือกในการดำเนินชีวิตให้แก่ประชาชนและปรับปรุงความเป็นอยู่ให้ดีขึ้น

### **ประเภทของความเหลื่อมล้ำ**

ความเหลื่อมล้ำเป็นสิ่งที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาผันแปรตามเศรษฐกิจและสังคม โดยเราสามารถแบ่งความเหลื่อมล้ำได้หลายด้าน ได้แก่

1) ความเหลื่อมล้ำทางด้านเศรษฐกิจ เป็นความเหลื่อมล้ำที่มีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากในสังคมไทยยังมีความเหลื่อมล้ำทางด้านเศรษฐกิจอย่างมาก โดยสามารถแยกได้หลายด้าน เช่น ความเหลื่อมล้ำทางด้านรายได้ คนมีรายได้เพิ่มมากขึ้น แต่ความเหลื่อมล้ำทางด้านคนจนกับคนรวยกลับไม่เปลี่ยนแปลงไปจากอดีต ความเหลื่อมล้ำทางด้านทรัพย์สิน เช่น ที่ดิน เงินฝาก หุ่น เป็นสิ่ง

ที่สร้างความมั่งคั่งแต่การจัดการที่ไม่เป็นธรรมของภาครัฐ ทำให้ความเหลื่อมล้ำทางด้านทรัพย์สินนั้นมีขนาดใหญ่กว่าความเหลื่อมล้ำทางด้านรายได้หลายเท่า รวมถึงความเหลื่อมล้ำเชิงพื้นที่ ในเชิงงบประมาณและการเข้าถึงสินเชื่อในระบบ ความแตกต่างของจำนวนประชากรระหว่างกรุงเทพมหานครกับจังหวัดอื่นๆ ที่มีจำนวนมากกว่า รายได้สูงกว่าส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำในเรื่องของการจัดสรรงบประมาณรวมถึงเรื่องการได้รับการปล่อยสินเชื่อ

2) ความเหลื่อมล้ำด้านการกระจายโอกาส ในการเข้าถึงโครงสร้างพื้นฐานและบริการสาธารณะที่มีคุณภาพ ทั้งในด้านการศึกษา การเข้าถึงสวัสดิการสังคม เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิ คือคนที่มีสิทธิเดียวกันแต่กลับไม่ได้รับสิทธินั้น หรือมีโอกาส และความสามารถที่จะใช้สิทธิได้ไม่เท่ากัน ซึ่งมีมากมายที่มีสิทธิแต่ไม่มีโอกาส เช่น มีสิทธิเรื่องการศึกษาขั้นพื้นฐาน 12 ปี แต่ไม่มีโอกาสเนื่องจากอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เป็นต้น สิทธิและโอกาสในการรับบริการสาธารณะ สิทธิมนุษยชนตามปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ซึ่งประเทศไทยให้การรับรอง ข้อ 25 ระบุว่า “มนุษย์ทุกคนมีสิทธิในมาตรฐานการครองชีพอันเพียงพอสำหรับสุขภาพและความอยู่ดีของตนและของครอบครัว รวมทั้งอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และการดูแลสุขภาพทางการแพทย์ และบริการสังคมที่จำเป็น และมีสิทธิในหลักประกันยามว่างงาน เจ็บป่วย พิการ หม้าย ว่างงาน หรือปราศจากการดำรงชีพอื่นในสภาวะแวดล้อมเหนือการควบคุมของตน” ซึ่งหลัก บริการการแพทย์ และสังคมที่จำเป็นว่าเป็นสิทธิมนุษยชนที่รัฐควรหาให้ประชาชนอย่างเสมอภาค ใครควรเป็นผู้จัดบริการ ใครควรรับภาระในการจ่าย รัฐ เอกชน องค์กรไม่แสวงหากำไร หรือชุมชน จากการสำรวจทัศนคติของประชาชนปี (2552) คือความต้องการให้รัฐนำเงินมาพัฒนาเรื่องการศึกษา ฝึกอาชีพ เรื่องแก้ไขปัญหานี้สิน และปรับปรุงเรื่องการรักษาพยาบาล

3) ความเหลื่อมล้ำด้านการศึกษา ระดับการศึกษาส่งผลต่อแนวโน้มของรายได้ ดังนั้นความเหลื่อมล้ำทางการศึกษาจึงมีผลต่อความเหลื่อมล้ำทางด้านเศรษฐกิจด้วย จึงควรกระจายการศึกษาไปยังคนทุกกลุ่ม อย่างทัดเทียม เช่นการศึกษาขั้นพื้นฐาน แต่ยังไม่บรรลุผลอย่างน่าพอใจเนื่องจากพบอุปสรรคหลายอย่าง เนื่องจากมีปัญหาทางการเข้าถึง จากการสำรวจที่พบว่านักเรียนจากกรุงเทพและปริมณฑลนั้นมีทักษะการอ่านสูงกว่าภาคอื่นมาก การจัดระบบที่เอื้อกับคนรวยมากกว่าคนจนในเรื่องการสนับสนุนงบประมาณทางการศึกษา นอกจากนี้ การคมนาคม การขนส่งมวลชนเป็นบริการสาธารณะที่มีความสำคัญ แต่การลงทุนจากภาครัฐในเรื่องของการขนส่งมวลชน ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำ เนื่องจากกระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพและปริมณฑล

4) ความเหลื่อมล้ำด้านการบริการสาธารณสุข ความเหลื่อมล้ำเรื่องรายได้และความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพมักส่งผลกระทบต่อซึ่งกันและกัน ผู้ที่มีการศึกษาน้อยก็จะมีรายได้น้อย มีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตเมื่ออายุน้อยกว่า ปัจจุบัน การเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐานเป็นสิทธิของพลเมือง ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย การใช้สิทธิข้าราชการ สิทธิบัตร

ทอง ที่ผู้ที่มีรายได้ดีมักจะใช้สิทธิดังกล่าว อีกทั้งปัจจัยเรื่องของภูมิภาคนั้นมีความเหลื่อมล้ำอย่างมาก เรื่องของความจำเป็นในการให้บริการสาธารณสุข โดยเฉพาะกรุงเทพฯ กับจังหวัดอื่น โดยเฉพาะกับ ทางภาคอีสาน ไม่ว่าจะเป็ความเหลื่อมล้ำในจำนวนของแพทย์ จำนวนประชากรต่อเตียง สำหรับมิติ ความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพนั้น ประเด็นเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพนั้นยังคงเป็นปัญหาหลัก เนื่องจากความเพียงพอของบุคลากรทางการแพทย์นั้น ยังไม่เพียงพอต่อความต้องการ จากข้อมูล การศึกษาพบว่า กรุงเทพมหานครเป็นจังหวัดที่มีรายได้สูงสุดในประเทศ มีอัตราแพทย์ 1 คน ต่อ ประชากร 1,057 คน ขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งเป็นภาคที่มีรายได้ต่ำสุด มีอัตราแพทย์ 1 คน ต่อประชากร 3,528 คน นั่นคือต่างกันถึง 2.5 เท่า ซึ่งความแตกต่างนั้น เป็นความเหลื่อมล้ำ ทางด้านสุขภาพที่ชี้ให้เห็นความไม่เพียงพอของบุคลากรทางการแพทย์และคุณภาพของการ ให้บริการทางด้านสุขภาพ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2558)

#### 2.1.5 แนวคิดโครงสร้างและหน้าที่ของครอบครัว

สถาบันครอบครัว เป็นหนึ่งในสถาบันที่มีความสำคัญต่อสังคม เนื่องจากสถาบันครอบครัว เป็นหน่วยที่เล็กที่สุดของสังคม แต่เป็นหน่วยที่มีความสำคัญมากที่สุด ซึ่งประกอบไปด้วยองค์ประกอบ ต่างๆ ที่มีโครงสร้าง บทบาท หน้าที่เฉพาะของแต่ละคนและมีความสอดคล้องกับผู้ที่มิบทบาทหน้าที่ อื่นๆ เพื่อให้สังคมสามารถดำเนินต่อไปได้ โดยหน้าที่หลักอย่างหนึ่งของครอบครัวก็คือการให้กำเนิด สมาชิกใหม่ของครอบครัว และเลี้ยงดูเพื่อเป็นสมาชิกที่เติบโตอย่างมีคุณภาพของสังคม เป็นประชากร ที่มีคุณภาพของประเทศ เป็นกำลังในการพัฒนาประเทศ

ครอบครัวประกอบไปด้วยสมาชิกที่มีความแตกต่างทางด้านเพศและอายุ โดยมีความสัมพันธ์ โดยการแต่งงาน หรือทางสายเลือด เป็นสถาบันที่มีมายาวนานมีการปฏิบัติเพื่ออยู่ร่วมกันและผลิต สมาชิกใหม่ มีการสร้างบทบาทหน้าที่การเป็นพ่อ การเป็นแม่ เลี้ยงดูบุตร สั่งสอน ให้รู้จักกฎเกณฑ์ ของสังคม แต่หากไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ที่ตอบสนองความต้องการของสังคมได้ก็จะกลายเป็นปัญหา ถูกกดดัน ซึ่งบทบาทเพศหญิงจะต้องเป็นแม่ ดูแลลูก และสมาชิกภายในครอบครัว บทบาททางเพศ เป็นบทบาทที่ถูกกำหนดโดยสังคมและวัฒนธรรม แต่สามารถปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์ ได้ การเป็นพ่อ แม่ ลูกนั้น เป็นความคาดหวังจากสังคมว่าจะทำให้ครอบครัวสมบูรณ์แบบ การมีบุตร ยากเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวที่จะส่งผลให้การปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัวนั้นไม่ครบถ้วน และไม่ มีความสมบูรณ์ (กองการพยาบาล, 2545) โดยหน้าที่หลักของครอบครัวนั้นมี 7 ประการด้วยกัน คือ หน้าที่ทางด้านเศรษฐกิจเกี่ยวกับการหารายได้เพื่อเลี้ยงดูครอบครัว หน้าที่ให้การศึกษา หน้าที่ในการ ปกป้องสวัสดิภาพของคนในครอบครัว หน้าที่ในการสนทนาการ หน้าที่ทางศาสนาในการสอนสั่งให้ รู้จักคุณค่าของศาสนา หน้าที่ในการให้ความรักแก่คนในครอบครัว และหน้าที่ทางชีวภาพของ

ครอบครัว เช่น การมีหน้าที่ในการให้กำเนิดบุตร และเลี้ยงดูบุตรให้เป็นผู้ที่มีคุณภาพให้ได้รับความรักและความเอาใจใส่ (พรพนทิพย์ ศิริวรรณบุศย์, 2545 )

1) โครงสร้างบทบาท เป็นโครงสร้างที่แสดงให้เห็นถึงสถานภาพของแต่ละบุคคลถือครองหรือดำรงอยู่ ซึ่งลักษณะของโครงสร้างบทบาทที่มีลักษณะที่ดี จะต้องมิลักษณะดังต่อไปนี้

1.1) บทบาทที่ครอบครัวยึดถือปฏิบัติ จะต้องไม่มีความขัดแย้งกับบทบาทที่สังคมภายนอกมีความคาดหวัง จะต้องดำเนินไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อความสุขสงบของครอบครัวและสังคม เช่น บทบาทพ่อ บทบาทแม่ บทบาทลูก เป็นต้น

1.2) บทบาทที่สมาชิกในครอบครัวยึดถือปฏิบัตินั้นจะต้องมีความสอดคล้องกัน อีกทั้งยังต้องสามารถส่งเสริม เกื้อหนุนกับบทบาทอื่นๆ ในครอบครัว เพื่อที่จะสามารถช่วยเหลือให้ครอบครัวดำเนินไปได้ด้วยดี

1.3) บทบาทที่สมาชิกในครอบครัวที่ได้รับจะต้องมีความชัดเจน สามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบทบาทอื่นๆ ได้

1.4) สมาชิกในครอบครัว ถึงแม้จะได้รับบทบาทตามหน้าที่ที่มีความเหมาะสมแล้ว แต่ก็ยังคงสามารถปรับเปลี่ยนให้มีความเหมาะสม เพื่อความสมดุลที่เกิดในครอบครัวตามสถานการณ์และความจำเป็น

2) ระบบค่านิยม เป็นระบบที่เกี่ยวข้องกับแนวความคิด ความเชื่อ ทศนคติของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งแต่ละครอบครัวก็จะมีระบบค่านิยมแตกต่างกันไป รวมถึงในสังคมที่จะมีระบบค่านิยมแตกต่างกันแต่ละสังคม ซึ่งระบบค่านิยมเหล่านี้จะได้รับการถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่น และสามารถเรียนรู้จากภายนอก เช่น จากโรงเรียน วัด ชุมชน เป็นต้น

3) ระบบการสื่อสาร สมาชิกที่รวมตัวกันเป็นครอบครัวจะมีรูปแบบในการสื่อสารของแต่ละครอบครัวและสังคมที่มีความเฉพาะของครอบครัวและสังคมนั้นๆ ซึ่งระบบการสื่อสารนี้ จะเป็นสื่อที่ทำให้เกิดการรับรู้ข่าวสาร ข้อมูลระหว่างกัน เพื่อที่จะเป็นช่องทางในการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน

4) โครงสร้างอำนาจ แต่ละครอบครัวจะมีการจัดโครงสร้างอำนาจของครอบครัวขึ้น โดยที่จะมีการกำหนดและเรียนรู้ผู้ที่จะเป็นคนควบคุมอำนาจ และจะมีความสามารถในการใช้อำนาจและอำนาจนั้นจะมีอิทธิพลต่อสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัว

หน้าที่ของครอบครัว

1) หน้าที่ด้านความรักเอาใจใส่ เป็นการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัว โดยวิธีการแสดงออกนั้น จะเป็นการให้ความรัก ความสนใจ ความเอาใจใส่ เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดี และมีบุคลิกภาพที่ดี



2) หน้าที่ด้านการอบรมเลี้ยงดู ซึ่งถือเป็นกระบวนการพัฒนาแบบแผนของพฤติกรรมของสมาชิก เพื่อถ่ายทอดและปลูกฝังบุคลิกลักษณะนิสัยที่ดี วางตนเองให้อยู่ในบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสม เพื่อที่สมาชิกวัยเด็กในครอบครัวจะเติบโตเป็นสมาชิกวัยผู้ใหญ่ที่ดีในสังคม

3) หน้าที่ในการผลิตสมาชิกใหม่ของครอบครัว เป็นการสืบทอดเชื้อสาย เพื่อสืบทอดนามสกุล มรดก วงศ์ตระกูลต่อไป

4) หน้าที่ในการเผชิญปัญหา เนื่องจากการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัวจะต้องพบเจอกับปัญหาจากทั้งภายในและภายนอกครอบครัว อาจทำให้เกิดภาวะความเครียด ทำให้ความสุขสงบในครอบครัวหมดไป สมาชิกในครอบครัวจึงมีหน้าที่เผชิญหน้ากับปัญหาต่างๆ และแก้ไข เพื่อที่จะให้ครัวสามารถดำเนินต่อไป

5) หน้าที่ในการจัดการทรัพยากรทางเศรษฐกิจ เพื่อให้การดำเนินไปของครอบครัวนั้นมีประสิทธิภาพสูงสุด จึงมีหน้าที่ในการจัดหาสิ่งที่มีความจำเป็นสำหรับครอบครัว เช่น อาหาร เสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย เป็นต้น

การศึกษาทฤษฎีโครงสร้างและหน้าที่ของครอบครัวนั้นมีความสำคัญกับการศึกษาการมีบุตรยากกับการรักษา เพราะหากกล่าวถึงคำว่าครอบครัวแล้วก็จะมียอดประกอบคือ พ่อ แม่ ลูก ซึ่งความคาดหวังต่อการเป็นครอบครัวที่มีความสมบูรณ์จะต้องมียอดประกอบที่ครบทั้ง 3 ประการ ดังนั้นความเป็นครอบครัวที่สมบูรณ์จึงมีการให้ความสำคัญต่อการมีบุตร การที่ครอบครัวไม่สามารถที่จะมีบุตรได้หรือประสบกับภาวะที่เรียกว่าการมีบุตรยาก ถือเป็นสิ่งที่สร้างความผิดหวังต่อครอบครัวเนื่องจากเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่เป็นครอบครัวที่มีความสมบูรณ์ อาจนำไปสู่ความไม่เข้าใจ กลายเป็นปัญหาของครอบครัว และนำไปสู่การหย่าร้างในที่สุด ดังนั้น การศึกษาทฤษฎีโครงสร้างและหน้าที่ของครอบครัวทำให้เข้าใจถึงปัจจัยที่เป็นแรงผลักดัน กระตุ้น ให้ผู้ที่ประสบการมีบุตรยากนั้น พยายามในการหาวิธีเพื่อเข้ารับการรักษา เนื่องจากบทบาทหน้าที่ของครอบครัวนี้ จะเป็นสิ่งที่แสดงถึงความคาดหวังจากครอบครัว และสังคม ถึงบทบาทหน้าที่ที่สมบูรณ์ของคู่สมรส หลังจากทีสมรสแล้วจะรับบทบาทหน้าที่สามีและภรรยา หลังจากนั้น จะต้องได้รับบทบาทหน้าที่พ่อและแม่ โดยเฉพาะครอบครัวที่คู่สมรสอาศัยอยู่กับพ่อแม่ของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งก็จะได้รับการกดดันมากขึ้น เนื่องจากจะได้อพบกับคำพูด การสอบถาม ถึงการมีบุตร ดังนั้น หากผู้ที่ประสบการมีบุตรยากไม่สามารถมีบุตรได้ นั้นหมายถึงการไม่สามารถตอบสนองความต้องการของครอบครัวและสังคม ทำให้เกิดภาวะกดดัน ภาวะวิตกกังวล และนำไปสู่การเข้ารับคำปรึกษาและรับการรักษาการมีบุตรยาก เพื่อให้สามารถทำหน้าที่ตามโครงสร้างและหน้าที่ของครอบครัวได้

### 2.1.6 แนวคิดคุณค่าของการมีบุตร

จากการศึกษาแนวคิดเรื่องของคุณค่าการมีบุตรนั้น พบว่าการมีบุตรนั้นมีคุณค่าต่อความเป็นพ่อและแม่ ไม่ว่าจะเป็นคุณค่าทางจิตใจ ทางเศรษฐกิจ หรือสังคม ซึ่งบุตรนั้นมีความสำคัญทำให้ครอบครัวมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น เป็นผู้สืบสกุลและทรัพย์สิน ดูแลพ่อแม่เมื่อยามชรา จึงทำให้คู่สมรสนั้นเห็นคุณค่าในการมีบุตร (พิมลพรรณ อิศรภักดี, 2557) ปัจจุบันสังคมไทยจะเป็นครอบครัวเดี่ยว(พิมลพรรณ อิศรภักดี, 2560) เมื่อก่อนสังคมไทยจะมีลูกมากเพราะเป็นสังคมเกษตรกรรม แต่ปัจจุบันมีเรื่องของเศรษฐกิจเข้ามาเกี่ยวข้อง ลูกต้องได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว มาเติมเต็มครอบครัว มาเป็นผลประโยชน์สำหรับครอบครัวหลายๆด้าน เช่น การต้องการมีลูกเพื่อสืบทอดวงศ์ตระกูล เชื้อชาติ ศาสนา วัฒนธรรม โดยเฉพาะครอบครัวคนจีน ที่จะมีความต้องการมีบุตร โดยเฉพาะบุตรชาย เพื่อเป็นผู้ที่สืบทอดเชื้อสายต่อไป การมีบุตรเพื่อต้องการให้เป็นผู้ที่รับมรดกสืบทอดต่อไป ไม่ว่าจะเป็นมรดกที่เป็นทรัพย์สินเงินทอง มรดกที่เป็นธุรกิจของครอบครัว เพื่อให้คงอยู่ตลอดไป อีกทั้งการมีลูกยังเป็นการคลายความเหงาให้แก่สมาชิกในบ้าน เช่น กรณีที่สามีต้องเดินทางไปทำงานต่างจังหวัด การมีลูกอยู่จะทำให้ผู้เป็นภรรยาไม่รู้สึกเหงากับการอยู่คนเดียว เพราะจะมีบุตรคอยอยู่เป็นเพื่อน และการที่สามีไปทำงานต่างจังหวัดก็จะคลายความเป็นห่วงเรื่องการอยู่คนเดียวของภรรยาได้ด้วย นอกจากนี้ หากครอบครัวเป็นครอบครัวขยายที่มีผู้สูงอายุอยู่อาศัยในบ้าน บุตรจะเป็นผู้ที่สร้างความมีชีวิตชีวาให้กับผู้สูงอายุในบ้านได้อีกด้วย รวมไปถึงการเติมเต็มความเป็นครอบครัวด้วยการมีบุตร เพื่อให้ครอบครัวนั้นมีความสมบูรณ์แบบ สามีและภรรยาสามารถจะทำหน้าที่ของการเป็นพ่อ การเป็นแม่ ซึ่งเป็นบทบาทที่คู่สมรสมีความคาดหวังที่จะได้รับหลังจากที่สมรสกันแล้ว และคุณค่าของการมีบุตรนั้น สาเหตุเกิดจากความคาดหวังว่าบุตรจะเป็นผู้ที่เลี้ยงดูพ่อแม่เมื่อพ่อแม่อยู่ในวัยชรา เป็นผู้ที่อยู่คอยดูแลยามที่เจ็บป่วย เลี้ยงดู ให้การสนับสนุนทางการเงิน ทำให้สามารถใช้ชีวิตในยามชราได้อย่างมีความสุข ไม่ประสบกับความเดือนร้อน

## 2.2 การทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาและทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก ผู้วิจัย สรุปและจำแนกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก ดังนี้

### 2.2.1 ปัจจัยด้านประชากร

#### อายุแรกสมรส

จากการศึกษาภายในประเทศพบว่า อายุแรกสมรสมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก โดยน.พ.บุญแสง วุฒิพันธ์ (2553) ผู้เชี่ยวชาญด้านสูตินรีเวชวิทยา เวชศาสตร์การเจริญพันธุ์-ภาวะผู้มีบุตรยาก กล่าวว่า สตรีที่สมรสเมื่ออายุ 35 ปีขึ้นไปนั้นมีโอกาสที่จะประสบกับภาวะมีบุตรยาก นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจุบันอายุเฉลี่ยที่ผู้หญิงไทยที่มาปรึกษาคลินิกรักษาผู้มี

บุตรยาก คือ 37-38 ปี ซึ่งสอดคล้องกับงานศึกษาของสตรีที่มีบุตรยากและสมรสขณะที่ยังมีอายุน้อยมากซึ่งมีโอกาสในการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก มากขึ้น และจากการศึกษาของ Marzieh Rostami Dovom et al. (2014) พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นของสตรีนั้นส่งผลให้เกิดภาวะมีบุตรยาก ซึ่งจากการศึกษาของ Amy Sudhinarasat et al. (2014) พบว่า อายุของสตรีที่มีบุตรยากนั้นมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก กล่าวคือ สตรีที่มีอายุมากกว่าจะเข้ารับการรักษา มากกว่า ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่า สตรีที่สมรสเมื่ออายุมากขึ้น จะมีโอกาสเข้าสู่การเป็นผู้ที่มีบุตรยาก จากข้อมูลสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2558) กล่าวว่า อายุเฉลี่ยแรกสมรสของสตรีนั้นเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น จากข้อมูลสามารถกล่าวได้ว่า สตรีไทยนั้นมีแนวโน้มสมรสเมื่ออายุมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้มีโอกาสเป็นผู้มีบุตรยากสูง และทำให้สตรีที่เข้ารับการรักษาการมีบุตรยากนั้น เป็นกลุ่มสตรีที่มีอายุมากขึ้น

### **จำนวนปีที่สมรส**

การศึกษาของประทีป ปลืปลืมโธฐ (2545) กล่าวว่า สตรีที่สมรสมาเป็นระยะเวลาที่ยังไม่มีบุตร และไม่สามารถมีบุตรได้ตามธรรมชาติ จะมีความกังวลและความเครียด เนื่องมาจากการไม่สามารถมีบุตรได้ ทำให้สตรีเหล่านั้นไม่สามารถทำหน้าที่เป็นภรรยาและแม่ได้อย่างสมบูรณ์ แบบ สตรีที่สมรสเป็นระยะเวลาสั้นจึงมีโอกาสที่จะเข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้น เนื่องจากประสบปัญหาการมีบุตรยากมานานและมีความต้องการออกจากปัญหา

### **การวางแผนครอบครัวและจำนวนบุตรที่ต้องการ**

การวางแผนครอบครัวก่อนการสมรสนั้น จะทำให้มีความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมในการมีบุตร จะช่วยให้คู่สมรสกำหนดจำนวนบุตรที่ต้องการ รวมไปถึงความรู้ด้านการมีบุตรยากว่าเป็นผู้ที่เข้าข่ายการเป็นผู้ที่มีบุตรยากหรือไม่ จะทำให้คู่สมรสนั้นมีการเตรียมความพร้อมในเรื่องการสมรสและการมีบุตรตามความต้องการ รวมไปถึงการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากในช่วงเวลาที่เหมาะสม การที่คู่สมรสมีการวางแผนครอบครัวก่อนสมรสนั้น รวมถึงการวางแผนชีวิตว่าต้องการมีบุตรจำนวนกี่คน การกำหนดจำนวนบุตรที่ต้องการนั้น จะส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก ซึ่งจะทำให้มีโอกาสในการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากมากกว่าผู้ที่ไม่ได้วางแผนครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Amy Sudhinarasat et al. (2014) ที่พบว่าสตรีที่มีความต้องการมีบุตรจะมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก

## **2.2.2 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคม**

### **ภาค**

จากการศึกษาของ Patel. M. (2014) ที่พบว่า การเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากด้วยวิธีการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์นั้นมีความแตกต่างกันระหว่างภาคที่อยู่อาศัยและแตกต่าง

ระหว่างประเทศ อันเนื่องมาจากการกระจายตัวของสถานพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการรักษาการมีบุตรยากนั้น ยังไม่ขยายตัวครอบคลุมทุกพื้นที่จึงทำให้เกิดความแตกต่างในการเข้าถึงการรักษาการมีบุตรยาก และจากการศึกษาของ อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์ และกวิสรา พชรเบญจกุล. (2551) ที่กล่าวว่าผู้อาศัยอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานครนั้นมีความเป็นอยู่ที่มีความเร่งรีบ และความตึงเครียดจากสภาพแวดล้อม การทำงานและความเป็นอยู่ ดังนั้น ถึงแม้ว่ากรุงเทพมหานครจะเป็นพื้นที่ที่มีสถานพยาบาลรักษาการมีบุตรยากเป็นจำนวนมาก แต่ด้วยปัจจัยอื่นๆที่ส่งผลให้สตรีที่มีบุตรยากนั้นไม่สะดวกที่จะเข้ารับการรักษา เนื่องจากสตรีที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครที่มีสภาวะความเป็นอยู่เร่งรีบ มีความเครียดและการทำงานที่มีความยืดหยุ่นน้อย ทำให้โอกาสที่จะเข้ารับรักษานั้นมีต่ำกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ภาคอื่นๆ

### การศึกษา

ปัจจัยด้านการศึกษา ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการแสวงหาความรู้ ข้อมูลข่าวสาร และนำสิ่งต่างๆ ที่ได้รับจากการแสวงหาเหล่านั้นมาใช้ในการประกอบการตัดสินใจในการเข้ารับการรักษา (Miller, 1983) ซึ่งสำหรับการเข้ารับบริการทางการแพทย์เพื่อรักษาการมีบุตรยากนั้น การศึกษาข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจในการเข้ารับการรักษาเป็นเรื่องที่สำคัญมาก ไม่ว่าจะเป็นเป็นเรื่องของค่าใช้จ่ายในการรักษา ระยะเวลาในการรักษา โอกาสที่จะประสบความสำเร็จ ขั้นตอนการรักษา รูปแบบการรักษา รวมไปถึงข้อมูลเกี่ยวกับบุคลากรทางการแพทย์ สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา ล้วนเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้รับการรักษาที่จะต้องทำการศึกษาและทำความเข้าใจก่อนที่จะเข้ารับการรักษา จากการศึกษาในประเทศ พบว่า สตรีที่มีการศึกษาสูงจะมีความรู้และสามารถตัดสินใจเลือกวิธีในการเข้ารับการรักษา เป็นผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจ เป็นผู้ที่มีความรับรู้ถึงสาเหตุของการมีบุตรยาก นำไปสู่การวางแผนในการรักษา (ประทีป พลิปลีมีโอรุ, 2545) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Violet Naanyu Yebei (2000) ที่พบว่า สตรีที่มีระดับการศึกษาต่ำจะเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากน้อยกว่าสตรีที่มีระดับการศึกษาสูง เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความรู้น้อยทำให้โอกาสในการเข้ารับรักษานั้นน้อยตามไปด้วย (Violet Naanyu Yebei, 2000) นอกจากนี้ การศึกษาของ Peddie V.L. et al (2005) ที่ได้กล่าวว่า ผู้ที่เข้ารับการรักษาการมีบุตรยากส่วนใหญ่จะสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป และจากการสำรวจของ Arthur L. Greil, et al. (2011) พบว่าสตรีอาเซียนที่เข้ารับการรักษาการมีบุตรยากนั้นจะมีระดับการศึกษาสูงกว่าโดยเปรียบเทียบกับสตรีผิวขาว

### การทำงาน

ปัจจัยทางด้านอาชีพ อาชีพมีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษา อาชีพที่มั่นคงมีรายได้สูงก็จะสามารถตัดสินใจในการรักษาได้ง่าย เนื่องจากจะสามารถรับผิดชอบต่อค่าใช้จ่าย และสามารถใช้เวลาในการรักษา และจะส่งผลให้มีความคาดหวังผลจากการรักษาสูง รวมไปถึงการที่สังคม

มีส่วนช่วยในการตัดสินใจเข้ารับการรักษา เนื่องจากสถานะทางสังคมที่คาดหวังว่าจะต้องมีความพร้อมความสมบูรณ์ทั้งในด้านของหน้าที่การงานและครอบครัว รวมไปถึงการมีอาชีพที่มั่นคงก็จะมีสวัสดิการการรักษาพยาบาลที่ดี ช่วยให้การตัดสินใจเข้ารับการรักษา/ตรวจและเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากนั้น สามารถตัดสินใจได้ง่ายขึ้น และนอกจากนี้ การประกอบอาชีพที่สามารถหยุดงานเพื่อเข้ารับการรักษาได้ ก็จะตัดสินใจเข้ารับการรักษาได้ง่ายกว่าผู้ที่ไม่สามารถหยุดงานได้ เนื่องจากการต้องลางานบ่อยครั้งเพื่อเข้ารับการรักษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาจากการศึกษาของประทีป ปลิปลี้มโอรุ (2545) พบว่า การทำงานเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก เนื่องจากผู้ที่มีความมั่นคงในหน้าที่การงาน จะมีผลต่อการสร้างครอบครัว การแต่งงาน และการมีบุตร จะทำให้สามารถตัดสินใจเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ท้า (Peddie. V.L. et al., 2005) ที่พบว่า ผู้ที่เข้ารับการรักษาการมีบุตรยากส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีงานทำ และมีความมั่นคงในหน้าที่การงาน

### **การครอบครองที่อยู่อาศัย**

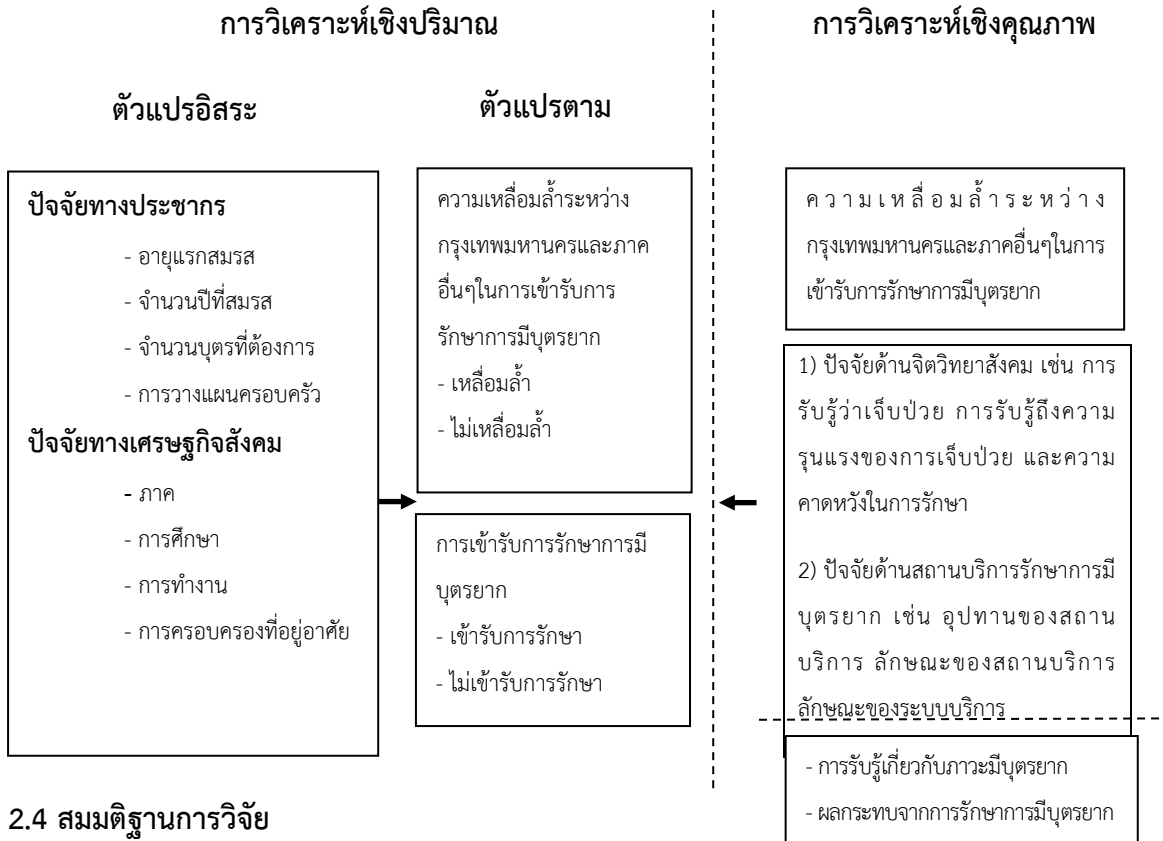
การครอบครองที่อยู่อาศัยนั้น จะเป็นการบ่งชี้ถึงการมีความพร้อมและศักยภาพในการรักษาการมีบุตรยาก โดยเฉพาะเรื่องของค่ารักษาพยาบาลในการรักษาการมีบุตรยาก จากการศึกษาของ Mohammad Reza Safarinejad (2007) ที่พบว่า การรักษาการมีบุตรยากนั้นมีค่าใช้จ่ายในการรักษาการมีบุตรยาก ตั้งแต่ระดับราคาไม่แพงจนถึงราคาสูง ดังนั้นสตรีที่มีรายได้ต่ำนั้น มีผลต่อการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Adashi. E.Y. et al. (2000) ที่ผลการศึกษาพบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงนั้นมีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก การที่ค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากมีราคาสูงจึงส่งผลให้ผู้ที่มีบุตรยากนั้นตัดสินใจไม่เข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก

### **2.3 กรอบแนวคิดการวิจัย**

จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องดังรายละเอียดข้างต้นและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้เลือกใช้แนวคิดปัจจัยกำหนดการใช้บริการสุขภาพ เป็นหลักในการกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย โดยสามารถกำหนดตัวแปรทางประชากร เศรษฐกิจสังคมที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจรับการรักษาการมีบุตรยาก โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ปี พ.ศ. 2552 และข้อมูลจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความอยู่ดีมีสุขในบริบทสังคมสูงวัย พ.ศ. 2559 โดยตัวแปรตามที่นำมาใช้ในการศึกษา ได้แก่ การเคยและไม่เคยเข้ารับการรักษา/ตรวจจากบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการมีบุตรยาก จากนั้นจะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษา เพื่อแก้ไขปัญหาการมีบุตรยากที่ยังไม่ได้นำมาวิเคราะห์เชิงปริมาณ โดยการเก็บข้อมูลปฐมภูมิสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่เข้ารับการรักษาและไม่เข้ารับการรักษา

ภาวะการมีบุตรยาก เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจรักษา และผลกระทบจากการมีบุตรยากและการรักษาการมีบุตรยาก ตามกรอบแนวคิดการวิจัยที่เสนอใน ภาพที่ 1

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



## 2.4 สมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานของการวิจัยแบ่งออกเป็นสมมติฐานหลักและสมมติฐานรอง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### สมมติฐานหลัก

ปัจจัยทางประชากร และปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาภาวะการมีบุตรยาก

### สมมติฐานรอง

- 1) สตรีที่มีอายุแรกสมรสมากกว่าน่าจะมีโอกาสที่จะเข้ารับการรักษาภาวะการมีบุตรยากมากกว่าสตรีที่มี อายุแรกสมรสน้อยกว่า
- 2) สตรีที่มีจำนวนปีที่สมรสมากกว่าน่าจะมีโอกาสที่จะเข้ารับการรักษาภาวะการมีบุตรยากมากกว่าสตรีที่มีจำนวนปีที่สมรสน้อยกว่า
- 3) สตรีที่มีจำนวนบุตรที่ต้องการมากกว่า 2 คนขึ้นไปน่าจะมีโอกาสที่จะเข้ารับการรักษาภาวะการมีบุตรยากมากกว่าสตรีที่มีจำนวนบุตรที่ต้องการ 1 คน

- 4) สตรีที่เคยได้รับการปรึกษาการวางแผนครอบครัวน่าจะมีโอกาสที่จะเข้ารับการรักษาภาวะการมีบุตรยากมากกว่าสตรีที่ไม่ได้รับการปรึกษาการวางแผนครอบครัว
- 5) สตรีที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครจะมีโอกาสที่จะเข้ารับการรักษาภาวะการมีบุตรยากมากกว่าสตรีที่อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆ
- 6) สตรีที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าน่าจะมีโอกาสที่จะเข้ารับการรักษาภาวะการมีบุตรยากมากกว่าสตรีที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า
- 7) สตรีที่ทำงานน่าจะมีโอกาสที่จะเข้ารับการรักษาภาวะการมีบุตรยากมากกว่าสตรีที่ไม่ได้ทำงาน
- 8) สตรีที่เป็นเจ้าของบ้านและที่ดินน่าจะมีโอกาสที่จะเข้ารับการรักษาภาวะการมีบุตรยากมากกว่าสตรีที่ไม่เป็นเจ้าของบ้านและที่ดิน

## บทที่ 3

### ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาเรื่อง “ภาวะมีบุตรยากกับความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการรักษา” เป็นการศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์การเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก ความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก และผลกระทบจากการมีบุตรยากและการเข้ารับการรักษา โดยการศึกษาในครั้งนี้จะใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสม (Mixed Method) ซึ่งเป็นการผสมผสานการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ

#### 3.1 การวิจัยเชิงปริมาณ

การวิจัยเชิงปริมาณนั้นจะใช้ข้อมูลทุติยภูมิ ซึ่งได้จากการสำรวจ เพื่อศึกษาข้อมูลทางด้านลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สถานการณ์การเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก ความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก

##### 3.1.1 แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาเชิงปริมาณครั้งนี้ใช้ข้อมูลจาก 2 การสำรวจ คือ การสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ และโครงการการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความอยู่ดีมีสุขในบริบทสังคมสูงวัย พ.ศ. 2559 โดยวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยเก็บข้อมูลสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุ 15-49 ปี

##### 3.1.2 ประชากรที่ใช้ในการวิจัยและการเลือกตัวอย่าง

###### ประชากร

คุณลักษณะของตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ผู้วิจัยจะเลือกสตรีวัยเจริญพันธุ์จากการสำรวจทั้ง 2 ครั้ง โดยมีลักษณะดังนี้

- สตรีวัยเจริญพันธุ์อายุ 25-44 ปี
- สมรสเมื่ออายุ 20 ปีขึ้นไป
- สมรสมาแล้วอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป
- ไม่เคยมีบุตร
- มีความต้องการมีบุตร
- มีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรสอย่างสม่ำเสมอ (4-6 ครั้งต่อสัปดาห์)
- ไม่ใช้การคุมกำเนิดในระยะ 1-2 ปี



## การเลือกตัวอย่าง

การเก็บข้อมูลทั้ง 2 ชุดนี้ เป็นการสำรวจระดับประเทศ โดยชุดแรกเป็นของสำนักงานสถิติแห่งชาติ และชุดที่ 2 เป็นของวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีขั้นตอนในการเลือกตัวอย่างที่ครอบคลุมทั่วทุกภาคของประเทศ แผนการสุ่มตัวอย่างเป็นแบบสองขั้นตอน (Stratified Two-Stage Sampling) โดยมีจังหวัดเป็นสตราตัม ในแต่ละสตราตัมแบ่งออกเป็น 2 สตราตัมย่อย ตามลักษณะการปกครองของกรมการปกครอง คือ ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล ซึ่งมีชุมชนอาคาร (ในเขตเทศบาล) และหมู่บ้าน (นอกเขตเทศบาล) เป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง ส่วนครัวเรือนส่วนบุคคลเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง มีรายละเอียดดังนี้

### 1) การเลือกตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง

จากแต่ละสตราตัมย่อยหรือแต่ละเขตการปกครอง ได้ทำการเลือกชุมชนอาคาร / หมู่บ้านตัวอย่าง อย่างอิสระต่อกัน โดยให้ความน่าจะเป็นในการเลือก เป็นปฏิภาคกับจำนวนครัวเรือนของชุมชนอาคาร / หมู่บ้านนั้นๆ

### 2) การเลือกตัวอย่างขั้นที่สอง

ในขั้นนี้เป็นการเลือกครัวเรือนตัวอย่าง จากครัวเรือนส่วนบุคคลทั้งสิ้นในบัญชีรายชื่อครัวเรือน ซึ่งได้จากการนับจุดในแต่ละชุมชนอาคาร / หมู่บ้านตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ โดยก่อนที่จะทำการเลือกครัวเรือนตัวอย่าง ได้มีการจัดเรียงรายชื่อครัวเรือนส่วนบุคคลใหม่ตามขนาดครัวเรือน ซึ่งวัดด้วยจำนวนสมาชิกในครัวเรือน และประเภทครัวเรือนเชิงเศรษฐกิจ

เมื่อได้กรณีตัวอย่างจากทั้ง 2 การสำรวจแล้ว ผู้วิจัยได้นำกรณีตัวอย่างทั้งสิ้นมาถ่วงน้ำหนักใหม่ ให้มีการกระจายเป็นแบบแผนเดียวกับประชากรในแต่ละการสำรวจ โดยวิธีการ Normalizing Weights เนื่องจากการเลือกตัวอย่างของสำนักงานสถิติแห่งชาติ และวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ไม่ได้กำหนดจำนวนตัวอย่างไว้ก่อน แต่เป็นการเลือกตัวอย่างจากครัวเรือนส่วนบุคคลทั่วประเทศตามวิธีการเลือกตัวอย่างแบบสองขั้นตอนที่กำหนดไว้แล้ว ดำเนินการนับจุดบุคคลที่เข้าข่ายการเป็นตัวอย่าง จากนั้นจึงเจงงนับบุคคลที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนตัวอย่าง และนำไปคำนวณเพื่อประมาณค่าตัวอย่างให้มีขนาดเท่ากับประชากรที่แท้จริงของประเทศ

สำหรับค่าถ่วงน้ำหนักใหม่ของแต่ละตัวอย่าง หาได้โดยนำจำนวนตัวอย่างทั้งหมดที่สำนักงานสถิติแห่งชาติ และวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเก็บได้ คูณกับค่าถ่วงน้ำหนักเดิมของแต่ละตัวอย่าง แล้วหารด้วยจำนวนประชากรทั้งหมด ซึ่งสูตรที่ใช้ในการคำนวณหาค่าถ่วงน้ำหนักใหม่ของแต่ละปีที่มีการสำรวจ คือ

ค่าถ่วงน้ำหนักใหม่ของแต่ละตัวอย่าง

$$= \frac{\text{จำนวนตัวอย่างทั้งหมด} \times \text{ค่าถ่วงน้ำหนักเดิมของแต่ละตัวอย่าง}}{\text{จำนวนประชากรทั้งหมด}}$$

เมื่อได้ค่าถ่วงน้ำหนักใหม่ของแต่ละตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาเฉพาะกรณีตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตรงกับประชากรเป้าหมาย และตอบครบทุกข้อคำถามซึ่งนำมาสร้างเป็นตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยได้ถ่วงน้ำหนักใหม่กับกรณีตัวอย่างที่ศึกษา ให้มีการกระจายเป็นแบบแผนเดียวกับประชากร จึงได้จำนวนกรณีตัวอย่างดังนี้

- การสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้ 278 ตัวอย่าง
- โครงการการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความอยู่ดีมีสุขในบริบทสังคมสูงวัย พ.ศ. 2559 โดยวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ 130 ตัวอย่าง

### 3.1.3 ขอบเขตและข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงสถานการณ์การเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการรักษาระหว่างผู้มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและภาคอื่นๆ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ ปี พ.ศ. 2552 ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ และโครงการการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความอยู่ดีมีสุขในบริบทสังคมสูงวัย พ.ศ. 2559 โดยวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้จะคัดเลือกเฉพาะผู้ที่ตอบคำถามครบทุกข้อคำถาม ที่นำมาสร้างเป็นตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติ คือ สตรีวัยที่มีบุตรยากอายุ 25-44 ปี สมรสเมื่ออายุ 20 ปี ขึ้นไป สมรสมาแล้วอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป ยังไม่เคยมีบุตรและมีความต้องการมีบุตร มีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรสอย่างสม่ำเสมอ (4-6 ครั้งต่อสัปดาห์) โดยไม่ใช้การคุมกำเนิดในระยะ 1-2 ปี ก่อนวันสัมภาษณ์ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่ได้จะเป็นข้อมูลภาคตัดขวาง (Pooled Cross-sectional Data) ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การรับรู้ ความรู้สึก และสภาพที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาดังกล่าว ซึ่งอาจไม่ใช่ตัวอย่างเดียวกันทั้งหมดใน 2 ช่วงเวลาการสำรวจ

ตัวแปรตามและตัวแปรอิสระที่ใช้ในการวิจัย จะถูกจำกัดตามข้อคำถามที่มีในการสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ ปี พ.ศ. 2552 และโครงการการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความอยู่ดีมีสุขในบริบทสังคมสูงวัย พ.ศ. 2559 อีกทั้ง จะต้องเป็นตัวแปรที่มีนิยามเหมือนกันหรือคล้ายคลึงกันทั้ง 2 ช่วงการสำรวจ (หรือการได้มาซึ่งคำตอบต้องเหมือนกันหรือคล้ายคลึงกันทั้ง 2 ช่วงการสำรวจ ของข้อ

คำถามที่นำมาสร้างเป็นตัวแปร) ซึ่งได้คัดเลือกจากข้อมูลที่มีอยู่แล้ว จึงไม่สามารถนำตัวแปรอื่นๆ ที่มีนิยามแตกต่างกันออกไปในแต่ละช่วงเวลา มาวิเคราะห์เพิ่มเติมได้

### 3.1.4 นิยามศัพท์

“ภาวะการมีบุตรยาก” หมายถึง คู่สมรสที่สมรส 1 ปีขึ้นไปมีเพศสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอ (4-6 ครั้งต่อสัปดาห์) และไม่มีการคุมกำเนิดในระยะ 1-2 ปี และยังไม่สามารถมีบุตรได้

“สตรีที่มีบุตรยาก” หมายถึง สตรีที่มีอายุ 25-44 ปี สมรสเมื่ออายุ 20 ปีขึ้นไป สมรสมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี ยังไม่เคยมีบุตรและมีความต้องการมีบุตร มีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรสอย่างสม่ำเสมอ (4-6 ครั้งต่อสัปดาห์) โดยไม่ใช้การคุมกำเนิดในระยะ 1-2 ปี

“การเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก” หมายถึง การปรึกษา/การตรวจ/การรักษาการมีบุตรยาก จากบุคลากรสาธารณสุข (แพทย์ทั่วไป สูตินรีแพทย์ และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ) เกี่ยวกับการมีบุตรยาก โดยการเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่เป็นแพทย์แผนปัจจุบันเท่านั้น

“ความเหลื่อมล้ำ” หมายถึง ความแตกต่างระหว่างกรุงเทพมหานครและภาคอื่นๆ ในกลุ่มผู้มีบุตรยากที่เข้ารับการรักษาและไม่เข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก

### 3.1.5 การนิยามตัวแปร

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย ตัวแปรอิสระ 8 ตัว ได้แก่ อายุแรกสมรส จำนวนปีที่สมรส จำนวนบุตรที่ต้องการ การวางแผนครอบครัว ภาค ระดับการศึกษา การทำงาน และการครอบครองที่อยู่อาศัย สำหรับตัวแปรตาม คือ การเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก โดยให้นิยามแต่ละตัวแปรแต่ละตัว ดังนี้

#### ตัวแปรตาม

การเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก หมายถึง เหตุการณ์ของสตรีที่มีบุตรยากได้เคยเข้ารับการรักษา/ปรึกษา/การตรวจจากบุคลากรสาธารณสุข (แพทย์ทั่วไป สูตินรีแพทย์ และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ) เกี่ยวกับการมีบุตรยาก ซึ่งเป็นมาตรวัดแบบจัดกลุ่ม (nominal scale) โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

- ไม่เคยเข้ารับการรักษา
- เคยเข้ารับการรักษา

## ตัวแปรอิสระ

1) **อายุแรกสมรส** หมายถึง อายุที่สมรสครั้งแรกของสตรีที่มีบุตรยาก ซึ่งเป็นมาตรฐานวัดแบบจัดอันดับ (ordinal scale) โดยแบ่งออกเป็น 4 อันดับ คือ

- 20-24 ปี
- 25-29 ปี
- 30-34 ปี
- 35 ปี ขึ้นไป

2) **จำนวนปีที่สมรส** หมายถึง จำนวนปีที่สตรีมีบุตรยากอยู่กินฉันท์สามีภรรยากับคู่สมรส ซึ่งเป็นมาตรฐานวัดแบบจัดอันดับ โดยแบ่งออกเป็น 4 อันดับ คือ

- 2-3 ปี
- 4-6 ปี
- 7-9 ปี
- 10 ปี ขึ้นไป

3) **จำนวนบุตรที่ต้องการ** หมายถึง จำนวนบุตรที่สตรีมีบุตรยากซึ่งปัจจุบันไม่มีบุตรเลย (มีบุตร 0 คน) ต้องการจะมีบุตรกับคู่สมรส ซึ่งเป็นมาตรฐานวัดแบบจัดอันดับ โดยแบ่งออกเป็น 2 อันดับ คือ

- 1 คน
- 2 คน ขึ้นไป

4) **การวางแผนครอบครัว** หมายถึง สตรีที่มีบุตรยากและ/หรือคู่สมรสได้ปรึกษาบุคลากรทางสาธารณสุขหรือบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว ซึ่งเป็นมาตรฐานวัดแบบจัดกลุ่ม โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

- ไม่วางแผนครอบครัว
- วางแผนครอบครัว

5) **ภาค** หมายถึง ภาคที่อยู่อาศัยของสตรีที่มีบุตรยาก ซึ่งเป็นมาตรฐานวัดแบบจัดกลุ่ม โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

- อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร
- อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆ (ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้)

6) **ระดับการศึกษา** หมายถึง ระดับการศึกษาของสตรีที่มีบุตรยาก ซึ่งเป็นมาตรฐานวัดแบบจัดอันดับ โดยแบ่งเป็น 3 อันดับ คือ

- ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า
- มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า
- ปริญญาตรีขึ้นไป

7) **การทำงาน** หมายถึง สตรีที่มีบุตรยากที่ทำงานในรอบ 12 เดือน ที่ผ่านมา ซึ่งเป็นมาตรฐานวัดแบบจัดกลุ่ม โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

- ไม่ทำงาน
- ทำงาน

8) **การครอบครองที่อยู่อาศัย** หมายถึง สถานภาพการครอบครองที่อยู่อาศัยของสตรีที่มีบุตรยาก ซึ่งเป็นมาตรฐานวัดแบบจัดกลุ่ม โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

- ไม่เป็นเจ้าของ
- เป็นเจ้าของ

### 3.1.6 ข้อคำถามที่นำมาใช้เป็นตัวแปรสำหรับการวิจัย

สำหรับตัวแปรต่างๆ ของการศึกษาครั้งนี้ ได้นำมาจากข้อคำถามของข้อมูลการสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ ปี พ.ศ. 2552 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ และโครงการการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความอยู่ดีมีสุขในบริบทสังคมสูงวัย พ.ศ. 2559 โดยวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ตัวแปร	การสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552	โครงการการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความอยู่ดีมีสุขในบริบทสังคมสูงวัยพ.ศ. 2559
อายุแรกสมรส	ข้อ A 25 “...(ชื่อ)...อยู่กินฉันท์สามีภรรยาครั้งแรกเมื่ออายุเท่าใด”	ข้อ A 108 ตอนนั้นท่านอายุเท่าไร
จำนวนปีที่สมรส	ข้อ A 6 อายุเต็มปี และ ข้อ A 25 “...(ชื่อ)...อยู่กินฉันท์สามีภรรยาครั้งแรกเมื่ออายุเท่าใด”	ข้อ A 103 อายุเต็มปี และ ข้อ A 109 ท่านแต่งงานหรืออยู่กินกับคู่คนปัจจุบัน/คนสุดท้ายมากี่ปีแล้ว
จำนวนบุตรที่ต้องการ	ข้อ A 28 “นอกเหนือจากบุตรที่มีอยู่ในขณะนี้ (รวมผู้ที่ไม่มีบุตรด้วย) ...ชื่อ...ต้องการมีบุตร	ข้อ C 311 ท่านต้องการมีลูกเพิ่มอีกกี่คน

	เพิ่มอีกกี่คน?”	
--	-----------------	--

ยังมีต่อ

ตัวแปร	การสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552	โครงการการเปลี่ยนแปลงทาง ประชากรและความอยู่ดีมีสุขใน บริบทสังคมสูงวัยพ.ศ. 2559
การวางแผน ครอบครัว	ข้อ A 14 “ก่อนแต่งงาน...ชื่อ...และสามีเคย ได้รับข้อมูลและคำปรึกษาเกี่ยวกับการ	ข้อ E 102 ก่อนการสมรสหรืออยู่กิน กับคู่ของท่าน(คู่ปัจจุบัน/คู่คนสุดท้าย)
	วางแผนครอบครัวจากบุคลากรสาธารณสุข หรือไม่?”	ท่านและ/หรือคู่ของท่านได้ไปปรึกษา บุคลากรทางการแพทย์เพื่อวางแผน ครอบครัวหรือไม่
ภาค	ข้อ REG	ข้อ REG
ระดับการศึกษา	ข้อ A 9 “...ชื่อ...จบการศึกษาสูงสุดระดับ ใด?”	ข้อ A 113 ท่านจบการศึกษาสูงสุดชั้น ใด
การทำงาน	ข้อ A 10 ในระหว่าง 12 เดือน ก่อนวัน สัมภาษณ์...ชื่อ...ทำงานอะไร?”	ข้อ A 202 ปกติ (ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา) ท่านมีงานประจำทำหรือไม่
การครอบครองที่ อยู่อาศัย	ข้อ H 2 สถานภาพการครอบครองที่อยู่อาศัย	ข้อ A 233 ที่ดินของบ้านที่ท่านอาศัย อยู่นี้เป็นของใคร  ข้อ A 234 บ้านที่ท่านพักอาศัยอยู่นี้ เป็นของใคร
การเข้ารับการ รักษาการมีบุตร ยาก	ข้อ A 24 “...ชื่อ...เคยได้รับการปรึกษา/การ ตรวจจากบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการมี บุตรยากหรือไม่ จากที่ใด?”	ข้อ E 106 ท่านและ/หรือคู่ของท่าน เคยไปหาใครเพื่อแก้ไขปัญหาตั้งท้อง ยากหรือติดลูกยากหรือไม่  ข้อ E 109 ท่านและ/หรือคู่สมรสไปหา ใครเพื่อแก้ไขปัญหาตั้งท้องยากหรือติด ลูกยาก

### 3.1.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอข้อมูลออกเป็น 4 ส่วน คือ การวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การวิเคราะห์สถานการณ์การเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก การวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก และการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก โดยกำหนดสถิติเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับแต่ละส่วนดังนี้

#### 1) การวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอการอธิบายโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ อัตราร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

#### 2) การวิเคราะห์สถานการณ์การเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก

การวิเคราะห์สถานการณ์การเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก นำเสนอการอธิบายโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การใช้อัตราร้อยละ

#### 3) การวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก

การวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก นำเสนอการอธิบายโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ อัตราร้อยละแสดงในตารางไขว้เพื่อการเปรียบเทียบ และค่าสถิติไคสแควร์ (Chi-Square Test)

#### 4) การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก

การวิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรอิสระที่มีต่อตัวแปรตาม ใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาค (Binary Logistic Regression Analysis) เนื่องจากเป็นวิธีการวิเคราะห์ที่เหมาะสมกับการศึกษาที่มีตัวแปรตามเป็นตัวแปรระดับกลุ่ม ซึ่งมี 2 กลุ่ม และมีตัวแปรอิสระเป็นตัวแปรระดับกลุ่ม ระดับจัดอันดับ ระดับช่วง และระดับอัตราส่วน เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตาม 1 ตัว กับตัวแปรอิสระมากกว่า 1 ตัว โดยใช้สถิติวิเคราะห์ดังนี้

ก. การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุ (Multiple Binary Logistic Regression Analysis) เพื่อศึกษาว่าตัวแปรอิสระทั้งกลุ่ม สามารถอธิบายการแปรผันของตัวแปรตามได้เท่าใด และเมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรตัวอื่นแล้ว ตัวแปรอิสระตัวใดบ้างที่สามารถอธิบายการแปรผันของตัวแปรตาม

ข. การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุขั้นตอน (Stepwise Multiple Binary Logistic Regression Analysis) เพื่อศึกษาว่าตัวแปรอิสระตัวใด สามารถอธิบายการแปรผัน

ของตัวแปรตามได้ดีที่สุด และตัวแปรอิสระตัวใดที่สามารถเพิ่มอำนาจการอธิบายการแปรผันของตัวแปรตามในลำดับถัดไป และตัวแปรเหล่านี้ สามารถร่วมกันอธิบายการแปรผันของตัวแปรตามได้มากน้อยเพียงใด

### 3.1.8 แบบจำลองการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุ

เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนตัวแปรอิสระ (X) มากกว่า 1 ตัว (จำนวน n ตัว) กับตัวแปรตาม (Y) 1 ตัว ซึ่งมีสมการแสดงความสัมพันธ์ระหว่าง X และ Y ที่อยู่ในรูปของสมการเชิงเส้นดังนี้

$$Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \dots + \beta_n X_n + \varepsilon$$

โดยที่ ตัวแปรตาม หรือ Y นั้น มีค่าได้เพียง 2 ค่า คือ ไม่เกิดเหตุการณ์ (Y=0) และเกิดเหตุการณ์ (Y=1) ซึ่งความสัมพันธ์ไม่ได้อยู่ในรูปสมการเชิงเส้น แต่จะอยู่ในรูปของสมการดังนี้

$$P(Y) = \frac{e^{\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \dots + \beta_n X_n + \varepsilon}}{1 + e^{\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \dots + \beta_n X_n + \varepsilon}}$$

เรียกสมการดังกล่าวว่า Logistic Response Function โดยที่  $0 \leq P(Y) \leq 1$  เมื่อ

$P(Y)$  คือ ความน่าจะเป็นของการเกิดเหตุการณ์ (Y=1)

$e$  คือ Exponential Function

และความน่าจะเป็นของการไม่เกิดเหตุการณ์ (Y=0) มีค่าเท่ากับ  $1 - P(Y)$

จากสมการความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามของการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาค (Logistic Response Function) ที่ไม่ได้อยู่ในรูปสมการเชิงเส้น จึงมีการปรับให้ความสัมพันธ์ให้อยู่ในรูปสมการเชิงเส้น โดยปรับให้อยู่ในรูปของ Odds Ratio ซึ่งหมายถึง อัตราส่วนระหว่างโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ (Y=1) กับโอกาสที่จะไม่เกิดเหตุการณ์ (Y=0) ดังสมการ

$$Odds Ratio = \frac{P(Y)}{1 - P(Y)}$$



$$\begin{aligned} \text{Odds Ratio} &= e^{\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \dots + \beta_n X_n + \varepsilon} \\ \frac{P(Y)}{1-P(Y)} &= e^{\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \dots + \beta_n X_n + \varepsilon} \\ \log\left(\frac{P(Y)}{1-P(Y)}\right) &= \log(e^{\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \dots + \beta_n X_n + \varepsilon}) \\ \log\left(\frac{P(Y)}{1-P(Y)}\right) &= \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \dots + \beta_n X_n + \varepsilon \end{aligned}$$

เมื่อ  $\log\left(\frac{P(Y)}{1-P(Y)}\right)$  คือ โอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ (Odds Ratio)

$\beta_0$  คือ ค่าของ Y เมื่อ X เท่ากับ 0

$\beta_1, \beta_2, \dots, \beta_n$  คือ อัตราการเปลี่ยนแปลงของ Y เมื่อ  $X_1, X_2, \dots, X_n$

เปลี่ยนไป 1 หน่วย

$\varepsilon$  คือ ความคลาดเคลื่อนของการพยากรณ์

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ตัวแปรตามคือการเข้ารับการรักษามะเร็งตับ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ไม่เคยเข้ารับการรักษามะเร็งตับ และกลุ่มที่เคยเข้ารับการรักษามะเร็งตับ โดยกำหนดให้กลุ่มที่เคยเข้ารับการรักษามะเร็งตับเป็นกลุ่มที่สนใจ และกลุ่มที่ไม่เคยเข้ารับการรักษามะเร็งตับเป็นกลุ่มอ้างอิง

การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุภาค มีเงื่อนไขว่าตัวแปรอิสระแต่ละตัวต้องเป็นตัวแปรที่มีระดับการวัดไม่ต่ำกว่าระดับช่วง ในกรณีนี้ตัวแปรที่มีระดับการวัดต่ำกว่านั้นต้องแปลงค่าของตัวแปรให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable) ก่อนจึงจะทำการวิเคราะห์ข้อมูลได้ (กัลยา วินิชย์บัญชา, 2548) สำหรับตัวแปรอิสระที่ต้องแปลงเป็นตัวแปรหุ่นในการศึกษาครั้งนี้มี 8 ตัวแปร ได้แก่ อายุแรกสมรส จำนวนปีที่สมรส จำนวนบุตรที่ต้องการ การวางแผนครอบครัว ภาค ระดับการศึกษา การทำงาน การครอบครองที่อยู่อาศัย ดังนี้

1) อายุแรกสมรส

กำหนดให้	20-24 ปี	มีค่าเป็น 0
	25-29 ปี	มีค่าเป็น 1
	30-34 ปี	มีค่าเป็น 1
	35 ปีขึ้นไป	มีค่าเป็น 1

2) จำนวนปีที่สมรส

กำหนดให้	2-3 ปี	มีค่าเป็น 0
	4-6 ปี	มีค่าเป็น 1
	7-9 ปี	มีค่าเป็น 1
	10 ปีขึ้นไป	มีค่าเป็น 1

3) จำนวนบุตรที่ต้องการ

กำหนดให้	1 คน	มีค่าเป็น 0
	2 คนขึ้นไป	มีค่าเป็น 1

4) การวางแผนครอบครัว

กำหนดให้	ไม่เคยวางแผน	มีค่าเป็น 0
	เคยวางแผน	มีค่าเป็น 1

5) ภาค

กำหนดให้	กรุงเทพมหานคร	มีค่าเป็น 0
	ภาคอื่นๆ	มีค่าเป็น 1

6) ระดับการศึกษา

กำหนดให้	ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	มีค่าเป็น 0
	มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	มีค่าเป็น 1
	ปริญญาตรีขึ้นไป	มีค่าเป็น 1

7) การทำงาน

กำหนดให้	ไม่ได้ทำงาน	มีค่าเป็น 0
	ทำงาน	มีค่าเป็น 1

8) การครอบครองที่อยู่อาศัย

กำหนดให้	ไม่เป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย	มีค่าเป็น 0
	เป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย	มีค่าเป็น 1

ตัวแปรตาม คือ การเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก โดย

กำหนดให้	ไม่เข้ารับการรักษา	มีค่าเป็น 0
	เข้ารับการรักษา	มีค่าเป็น 1

การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคสามารถทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามกับตัวแปรอิสระว่าทิศทางความสัมพันธ์เป็นอย่างไร มีความสัมพันธ์กันมากน้อยเพียงใดในเชิงเปรียบเทียบกับกลุ่มที่กำหนดให้เป็นกลุ่มอ้างอิง และมีนัยสำคัญทางสถิติหรือไม่ โดยความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามดังกล่าวนั้นสามารถอธิบายได้ด้วยค่าอัตราส่วนโอกาส (Odds Ratio) ซึ่งค่าอัตราส่วนโอกาสดำเนินได้จากโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ของกลุ่มที่สนใจตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งหารด้วยโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ของกลุ่มอ้างอิงของตัวแปรนั้น และสำหรับความหมายของค่าอัตราส่วนโอกาสมี 3 ลักษณะ คือ

ถ้าค่าอัตราส่วนโอกาส มีค่ามากกว่า 1 หมายถึง กลุ่มที่สนใจศึกษามีโอกาสที่จะเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากมากกว่ากลุ่มอ้างอิง

ถ้าค่าอัตราส่วนโอกาส มีค่าเท่ากับ 1 หมายถึง กลุ่มที่สนใจศึกษามีโอกาสที่จะเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากไม่แตกต่างจากกลุ่มอ้างอิง

ถ้าค่าอัตราส่วนโอกาส มีค่าน้อยกว่า 1 หมายถึง กลุ่มที่สนใจศึกษามีโอกาสที่จะเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากน้อยกว่ากลุ่มอ้างอิง

ดังนั้น สมการการวิเคราะห์ของการวิจัยครั้งนี้ คือ

$$Y = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \beta_5 X_5 + \beta_6 X_6 + \beta_7 X_7 + \beta_8 X_8 + \varepsilon$$

โดยที่

$Y$	คือ การเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก
$X_1$	คือ อายุแรกสมรส
$X_2$	คือ จำนวนปีที่สมรส
$X_3$	คือ จำนวนบุตรที่ต้องการ
$X_4$	คือ การวางแผนครอบครัว
$X_5$	คือ ภาค
$X_6$	คือ ระดับการศึกษา
$X_7$	คือ การทำงาน

$X_8$	คือ การครอบครองที่อยู่อาศัย
$\beta_1, \beta_2, \dots, \beta_8$	คือ สัมประสิทธิ์การทำนายของตัวแปรอิสระต่างๆ
$\varepsilon$	คือ ความคลาดเคลื่อน

### 3.2 การวิจัยเชิงคุณภาพ

การวิจัยเชิงคุณภาพจะใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกจากกลุ่มสตรีที่มีบุตรยากอายุ 25-44 ปี สมรสเมื่ออายุ 20 ปีขึ้นไป สมรสมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี ยังไม่เคยมีบุตรและมีความต้องการมีบุตร มีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรสอย่างสม่ำเสมอ (4-6 ครั้งต่อสัปดาห์) โดยไม่ใช้การคุมกำเนิดในระยะ 1-2 ปี เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษา ความหมาย การรับรู้และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการมีบุตรยาก ปัจจัยด้านสถานบริการและข้อมูลด้านการรักษา ปัจจัยด้านค่ารักษาพยาบาลและความสำเร็จและผลกระทบจากการมีบุตรยากและการรักษาการมีบุตรยาก

#### 3.2.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้เป็นกลุ่มตัวอย่างที่เข้าถึงยาก เนื่องจากเป็นกลุ่มประชากรที่มีสัดส่วนไม่มากเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรสตรีวัยเจริญพันธุ์ทั้งหมด และเรื่องที่ศึกษานั้นเป็นเรื่องที่มีผลกระทบทางด้านจิตใจ และเป็นการสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ดังนั้น การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างจึงทำได้ยาก อีกทั้งยังได้รับการปฏิเสธจากผู้ให้ข้อมูล ไม่ว่าจะเป็นการปฏิเสธตั้งแต่เริ่มต้น หรือการปฏิเสธระหว่างการเก็บข้อมูล ด้วยเหตุที่ว่า ผู้ที่มีคุณสมบัติตามที่การศึกษากำหนดเป็นผู้ที่เข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก ซึ่งตัวอย่างกำลังอยู่ในขั้นตอนการรักษา อาจอยู่ในภาวะที่จิตใจอ่อนไหว จึงไม่สะดวกให้สัมภาษณ์ หรืออาจจะเพ่งผิดหวังจากการรักษาการมีบุตรยาก จึงไม่พร้อมที่จะให้ข้อมูล โดยกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยเลือกนั้น ได้แก่

- สตรีที่มีอายุ 25-44 ปี
- สมรสเมื่ออายุ 20 ปีขึ้นไป
- สมรสมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี
- ยังไม่เคยมีบุตรและมีความต้องการมีบุตร
- มีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรสอย่างสม่ำเสมอ (4-6 ครั้งต่อสัปดาห์)
- ไม่ใช้การคุมกำเนิดในระยะ 1-2 ปี

ทั้งที่เคยเข้ารับการรักษาและไม่เคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเริ่มต้นจากสตรีอายุ 25-44 ปี ที่มี

คุณสมบัติตามที่ศึกษากำหนดที่ผู้วิจัยรู้จัก หลังจากนั้นจะใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบลูกบอลหิมะ (Snowball Sampling) ต่อไป เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น

### 3.2.2 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้ จะใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้ได้รับข้อมูลที่ครอบคลุมและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจึงมีวิธีการดังต่อไปนี้

การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) เพื่อเป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับข้อมูลลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างและความต้องการมีบุตร การรับรู้เกี่ยวกับภาวะการมีบุตรยาก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษา และไม่เข้ารับการรักษา วิธีการรักษาและสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา และผลกระทบจากการรักษาและการมีบุตรยาก โดยใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพคือ แนวคำถามในการสัมภาษณ์ (In-Depth Interview) ประกอบด้วยแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่มีปัญหาามีบุตรยาก โดยเก็บข้อมูลจากสตรีที่มีประสบการณ์มีบุตรยากในเบื้องต้นจำนวน 30 ราย ดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวน
สตรีที่มีประสบการณ์มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครที่เคยเข้ารับการรักษา	10
สตรีที่มีประสบการณ์มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครที่ไม่เคยเข้ารับการรักษา	5
สตรีที่มีประสบการณ์มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆ ที่เคยเข้ารับการรักษา	10
สตรีที่มีประสบการณ์มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆ ที่ไม่เคยเข้ารับการรักษา	5
<b>รวม</b>	<b>30</b>

จำนวนตัวอย่างที่เลือก 30 ราย สามารถปรับเปลี่ยนได้เมื่อได้ข้อมูลที่ชัดเจน ครอบคลุมทุกประเด็นเพื่อให้เหมาะสมกับงานวิจัย ผู้วิจัยใช้เวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 11 เดือน (กุมภาพันธ์-ธันวาคม พ.ศ. 2561) ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์เชิงลึกคนละไม่เกิน 2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 45-60 นาที ขึ้นอยู่กับความสมัครใจและความครบถ้วนของคำตอบ ทั้งนี้ การสัมภาษณ์อาจจะเป็นในรูปแบบของการสัมภาษณ์ต่อหน้า ณ ที่บ้าน หรือสถานที่ทำงานของผู้ตอบแบบสอบถาม หรือสถานที่อื่นๆ เช่น ร้านอาหาร ห้างสรรพสินค้า เป็นต้น และเมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะสรุปถึงประเด็นคำถามและคำตอบให้แก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อเป็นการทบทวนว่าข้อมูลนั้นถูกต้องหรือไม่

แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสาร แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดเป็นกรอบแนวคำถาม เพื่อเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ ให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัย โดยแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก ดังนี้

### 1) ข้อมูลลักษณะทางประชากร

- อายุปัจจุบัน
- อายุสามี
- อายุแรกสมรส
- จำนวนปีที่แต่งงาน
- การวางแผนครอบครัว
- การคุมกำเนิด
- จำนวนบุตรที่ต้องการ

### 2) ข้อมูลลักษณะเศรษฐกิจสังคม

- ภาค
- การศึกษา
- การทำงาน
- การครอบครองที่อยู่อาศัย

### 3) ข้อมูลด้านความต้องการมีบุตร

- ความต้องการมีบุตร (จำนวนบุตรที่มีในปัจจุบัน จำนวนบุตรที่ต้องการ)

### 4) ข้อมูลด้านความหมาย การรับรู้ และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก

- การมีบุตรยากคืออะไร
- เกิดจากอะไร
- คิดว่าเป็นผู้ที่มีบุตรยากหรือไม่ และเกิดขึ้นเมื่อไร
- ในครอบครัวเคยมีประวัติมีบุตรยากหรือไม่
- รู้ข้อมูลเกี่ยวกับการมีบุตรยากจากที่ใด
- คิดอย่างไรกับการรักษาการมีบุตรยาก สามารถรักษาได้หรือไม่

### 5) ข้อมูลด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาภาวะมีบุตรยาก

- ท่านเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากหรือไม่
- สาเหตุสำคัญที่ผลักดันให้ตัดสินใจเข้ารับการรักษาคืออะไร
- บุคคลแวดล้อมมีส่วนผลักดันให้ตัดสินใจเข้ารับการรักษาหรือไม่

#### 6) ข้อมูลด้านวิธีการรักษาและสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาภาวะมีบุตรยาก

- เข้ารับการรักษาเมื่อใด รักษาด้วยวิธีใด รักษาที่ใดบ้าง เพราะเหตุใดจึงเลือกเข้ารับการรักษาที่นั่น และได้มีการวางแผนการรักษาอย่างไร
- มีความเชื่อมั่นในการรักษาของแพทย์มากน้อยเพียงใด และแพทย์ได้อธิบายถึงวิธีการรักษาหรือไม่ และมีการปรับตัวอย่างไรบ้างเมื่อเข้าสู่กระบวนการรักษา
- ปัจจุบันยังเข้ารับการรักษาหรือไม่ เพราะเหตุใด

#### 7) ผลกระทบจากการมีบุตรยากและการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก

- ผลกระทบทางด้านร่างกาย
- ผลกระทบทางด้านจิตใจ
- ผลกระทบทางด้านสถานะทางเศรษฐกิจ
- ผลกระทบต่อความมั่นคงทางด้านอาชีพ
- ผลกระทบด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว
- ผลกระทบด้านการถูกละเมิดสิทธิจากการรักษา

### 3.2.3 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

- 1) ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
- 2) เมื่อได้รับอนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตนเอง ชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
- 3) ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ตามแบบสัมภาษณ์ของผู้วิจัยโดยใช้การจดบันทึกและการบันทึกเสียงระหว่างการสัมภาษณ์ และเมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการทำวิจัยผู้วิจัยจะทำลายเทปบันทึกเสียงทันที
- 4) การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะเน้นย้ำเรื่องของความยินยอมในการสอบถามข้อมูล กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบหรือไม่ตอบคำถามก็ได้ และกลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดการให้สัมภาษณ์ตามความต้องการ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ เนื่องจากเป็นสิทธิมนุษยชนของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะให้ความมั่นใจกับกลุ่มตัวอย่าง ว่าข้อมูลจากการสัมภาษณ์นั้น จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับไม่มีการเผยแพร่

### 3.2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาเชิงคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยใช้ข้อมูลจากการถอดเทปจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ได้รับข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก วิธีการรักษาและ

สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการมีบุตรยากและการเข้ารับการรักษา รวมไปถึงข้อมูลด้านผลกระทบจากการมีบุตรยากและการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก เนื่องจากข้อมูลบางส่วนเป็นข้อมูลที่เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาแต่ไม่ได้มีการเก็บข้อมูลในการสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ ปี พ.ศ. 2552 และการสำรวจการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความอยู่ดีมีสุขในบริบทสังคมสูงวัย พ.ศ. 2559 ตามแนวคิดทฤษฎี จึงต้องมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากและสามารถสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและนำไปใช้ในการกำหนดแนวทางในการเพิ่มโอกาสในการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก อันจะเป็นแนวทางที่สำคัญในการส่งเสริมภาวะเจริญพันธุ์ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพนั้น จะแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยจะเน้นเรื่องของเนื้อหาที่มีความสอดคล้องกับทฤษฎี(theoretical relevance) และวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ (systematic) และการวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) เป็นการวิเคราะห์โดยเน้นหาความหมาย การตีความข้อมูล ซึ่งจะเป็นการวิเคราะห์ตลอดกระบวนการเก็บข้อมูลและอ้างอิงจากคำพูดของผู้ให้สัมภาษณ์ และนำมาเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ อธิบาย หรือตีความ เพื่อป้องกันการนำความคิดของผู้วิจัยมาร่วมในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

### 3.2.5 ขอบเขตและข้อจำกัดของการวิจัยการศึกษาเชิงคุณภาพ

การศึกษาเชิงคุณภาพในครั้งนี้ เป็นการศึกษาคุณลักษณะ ทศนคติ ความคิดเห็น พฤติกรรม การรับรู้ ความรู้สึก และสภาพที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่ศึกษาของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยนี้เท่านั้น ซึ่งผลของการศึกษาจะไม่สามารถใช้อ้างอิงไปถึงกลุ่มตัวอย่างอื่นหรือประชากรได้ ทั้งในเวลาเดียวกันหรือต่างเวลา



## บทที่ 4 ผลการศึกษาเชิงปริมาณ

การนำเสนอผลการศึกษาเชิงปริมาณนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งผลการศึกษาออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ 1) ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2) สถานการณ์การเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก 3) ความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก และ 4) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก โดยมีรายละเอียดดังนี้

### 4.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากการสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 และข้อมูลจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความอยู่ดีมีสุขในบริบทสังคมสูงวัย พ.ศ. 2559 ซึ่งเป็นสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีบุตรยาก อายุ 25-44 ปี มีอายุแรกสมรส 20 ปีขึ้นไป และมีความต้องการมีบุตร เปรียบเทียบกับลักษณะของสตรีวัยเจริญพันธุ์ทั่วไป อายุ 25-44 ปี มีอายุแรกสมรส 20 ปีขึ้นไป และมีความต้องการมีบุตร ดังแสดงในตารางที่ 3 และ 4 โดยมีรายละเอียดดังนี้

**ตารางที่ 3 :** ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะต่างๆ เปรียบเทียบกับสตรีวัยเจริญพันธุ์ทั่วไป

ปัจจัย	การสำรวจอนามัย เจริญพันธุ์ พ.ศ.2552		การเปลี่ยนแปลงทาง ประชากรและความอยู่ดี มีสุขในบริบท สังคมสูงวัย พ.ศ. 2559	
	สตรีที่มีบุตรยาก (n=278)	สตรีทั่วไป (n=1,972)	สตรีที่มีบุตรยาก (n=130)	สตรีทั่วไป (n=4,631)

#### ลักษณะทางประชากร

##### อายุแรกสมรส

อายุแรกสมรส	สตรีที่มีบุตรยาก (n=278)	สตรีทั่วไป (n=1,972)	สตรีที่มีบุตรยาก (n=130)	สตรีทั่วไป (n=4,631)
20-24 ปี	33.4	55.6	23.7	85.3
25-29 ปี	35.5	33.0	42.5	13.6
30-34 ปี	26.1	9.5	22.8	0.4

35 ปีขึ้นไป	4.9	1.9	11.0	0.7
-------------	-----	-----	------	-----

ยังมีต่อ

ตารางที่ 3: (ต่อ)

ปัจจัย	การสำรวจอนามัย เจริญพันธุ์ พ.ศ.2552		การเปลี่ยนแปลงทาง ประชากรและความอยู่ดี มีสุขในบริบท สังคมสูงวัย พ.ศ. 2559	
	สตรีที่มีบุตรยาก (n=278)	สตรีทั่วไป (n=1,972)	สตรีที่มีบุตรยาก (n=130)	สตรีทั่วไป (n=5,161)

ลักษณะทางประชากร

จำนวนปีที่สมรส

2-3 ปี	21.0	23.0	22.1	6.8
4-6 ปี	28.2	30.9	32.6	10.3
7-9 ปี	15.6	16.2	13.3	10.1
10 ปีขึ้นไป	35.2	30.0	32.0	72.7

จำนวนบุตรที่ต้องการ

1 คน	60.3	79.8	31.6	87.4
2 คนขึ้นไป	39.7	20.2	68.4	8.4

การวางแผนครอบครัว

ไม่วางแผนครอบครัว	82.2	81.6	82.9	88.3
วางแผนครอบครัว	17.8	18.4	17.1	11.7

**ลักษณะทางเศรษฐกิจสังคม**

**ภาค**

กรุงเทพมหานคร	15.8	9.2	27.4	16.8
อื่นๆ	84.2	90.8	72.6	83.2

**การศึกษา**

ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	33.3	31.5	9.3	27.7
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	39.9	47.9	35.6	42.8
ปริญญาตรีขึ้นไป	26.8	20.7	55.1	29.5

ยังมีต่อ

**ตารางที่ 3 : (ต่อ)**

---

**การทำงาน**

ไม่ทำงาน	16.5	15.2	9.7	10.0
ทำงาน	83.5	84.8	90.3	90.0

**การครอบครองที่อยู่อาศัย**

ไม่เป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย	34.1	44.5	64.3	42.0
เป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย	65.9	55.5	35.7	58.0

---

**ตารางที่ 4 : ค่าเฉลี่ยและการกระจายของข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการสำรวจเปรียบเทียบกับสตรีวัยเจริญพันธุ์ทั่วไป**

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด
<b>การสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ.2552</b>				
<b>สตรีทั่วไป</b>				
อายุแรกสมรส (ปี)	24.52	3.800	20	41
จำนวนปีที่สมรส (ปี)	7.57	4.960	2	24
<b>สตรีที่มีบุตรยาก</b>				
อายุแรกสมรส (ปี)	26.80	4.339	20	41
จำนวนปีที่สมรส (ปี)	7.94	5.094	2	23
<b>การสำรวจการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความอยู่ดีมีสุขในบริบทสังคมสูงวัย พ.ศ. 2559</b>				
<b>สตรีทั่วไป</b>				
อายุแรกสมรส (ปี)	22.27	2.393	20	37
จำนวนปีที่สมรส (ปี)	12.06	9.151	2	23
<b>สตรีที่มีบุตรยาก</b>				
อายุแรกสมรส (ปี)	28.21	5.000	20	41
จำนวนปีที่สมรส (ปี)	7.53	4.903	2	21

**ลักษณะทางประชากร**

### อายุแรกสมรส

จากข้อมูลในตารางที่ 4.1 พบว่า สตรีที่มีบุตรยากในพ.ศ. 2552 ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 35.5) มีอายุแรกสมรสระหว่าง 25-29 ปี เมื่อเทียบกับสตรีวัยเจริญพันธุ์ทั่วไปที่ส่วนใหญ่มีอายุแรกสมรสระหว่าง 20-24 ปี (ร้อยละ 55.6) ซึ่งข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับพ.ศ. 2559 ที่พบว่าสตรีที่มีบุตรยากส่วนใหญ่ (ร้อยละ 42.5) มีอายุแรกสมรสระหว่าง 25-29 ปี เมื่อเทียบกับสตรีทั่วไปที่ส่วนใหญ่มีอายุแรกสมรสระหว่าง 20-24 ปี (ร้อยละ 85.3) และยังพบว่าสตรีที่มีบุตรยากที่มีอายุแรกสมรส 30-34 ปี สูงกว่าร้อยละ 26.1 ใน พ.ศ. 2552 เมื่อเทียบกับสตรีวัยเจริญพันธุ์ทั่วไปในปีเดียวกัน ที่มีอายุแรกสมรส 30-34 ปี มีเพียงร้อยละ 9.5 เช่นเดียวกับ พ.ศ. 2559 ที่พบว่า สตรีที่มีบุตรยากที่มีอายุแรกสมรส 30-34 ปี มีสูงถึงร้อยละ 22.8 เมื่อเทียบกับสตรีวัยเจริญพันธุ์ทั่วไปในปีเดียวกันที่มีอายุแรกสมรส 30-34 ปี มีเพียงร้อยละ 0.4 นอกจากนี้ ยังพบว่า สตรีที่มีบุตรยากที่มีอายุแรกสมรส 35 ปีขึ้นไป สูงกว่าร้อยละ 4.9 ใน พ.ศ. 2552 เมื่อเทียบกับสตรีวัยเจริญพันธุ์ทั่วไปในปีเดียวกันที่มีอายุแรกสมรส 35 ปีขึ้นไป มีเพียงร้อยละ 1.9 เช่นเดียวกับ พ.ศ. 2559 ที่พบว่า สตรีที่มีบุตรยากที่มีอายุแรกสมรส 35 ปีขึ้นไป มีสูงถึงร้อยละ 11.0 เมื่อเทียบกับสตรีวัยเจริญพันธุ์ทั่วไปในปีเดียวกันที่มีอายุแรกสมรส 35 ปีขึ้นไป มีเพียงร้อยละ 0.7

และจากข้อมูลในตารางที่ 4.2 พบว่า ในพ.ศ. 2552 สตรีที่มีบุตรยากจะมีอายุแรกสมรสเฉลี่ย 26.80 ปี ซึ่งสูงกว่าสตรีทั่วไปที่มีอายุแรกสมรสเฉลี่ย 24.52 ปี ซึ่งข้อมูลดังกล่าวเป็นไปในทิศทางเดียวกับพ.ศ. 2559 ที่พบว่า สตรีที่มีบุตรยากจะมีอายุแรกสมรสเฉลี่ย 28.21 ปี ซึ่งสูงกว่าสตรีทั่วไปที่มีอายุแรกสมรสเฉลี่ย 22.27 ปี

จากข้อมูลการสำรวจทั้ง 2 ชุด สามารถสรุปได้ว่าในพ.ศ. 2552 และพ.ศ. 2559 สตรีที่มีบุตรยากจะมีอายุแรกสมรสสูงกว่าสตรีทั่วไป และเมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่มีบุตรยากพ.ศ. 2552 กับปี 2559 พบว่า สตรีที่มีบุตรยากในพ.ศ. 2559 นั้นจะมีอายุแรกสมรสสูงกว่าสตรีที่มีบุตรยากพ.ศ. 2552 แม้ว่าสตรีวัยเจริญพันธุ์ทั่วไปใน พ.ศ. 2559 จะมีอายุแรกสมรสลดลงจาก พ.ศ. 2552

### จำนวนปีที่สมรส

ข้อมูลจากการสำรวจข้อมูลอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 พบว่า สตรีที่มีบุตรยากและสตรีทั่วไปมีจำนวนปีที่สมรสใกล้เคียงกันคือ 10 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 35.2 และ ร้อยละ 30.0 ตามลำดับ) โดยสตรีที่มีบุตรยากมีค่าเฉลี่ยจำนวนปีที่สมรสเฉลี่ยสูงกว่าสตรีทั่วไปเล็กน้อยคือ เท่ากับ 7.94 ปี ในขณะที่สตรีทั่วไปมีจำนวนปีที่สมรสเฉลี่ย เท่ากับ 7.57 ปี

การสำรวจการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความอยู่ดีมีสุขในบริบทสังคมสูงวัย พ.ศ. 2559 พบว่า สตรีที่มีบุตรยากส่วนใหญ่สมรสเป็นระยะเวลา 10 ปีขึ้นไป คือ ร้อยละ 32.0 โดยมีจำนวนปีที่สมรสเฉลี่ย เท่ากับ 7.53 ในขณะที่สตรีทั่วไป ส่วนใหญ่มีจำนวนปีที่สมรสเป็นระยะเวลา

10 ปีขึ้นไปอยู่ถึงร้อยละ 72.7 และจะมีจำนวนปีที่สมรสเฉลี่ยเท่ากับ 12.06 ปี ดังนั้น จากข้อมูลทั้ง 2 การสำรวจแสดงให้เห็นว่าสตรีที่มีบุตรยากในพ.ศ. 2552 จะสมรสมาเป็นระยะเวลาใกล้เคียงกับสตรีวัยเจริญพันธุ์ทั่วไปคือ ประมาณ 7 ปี ในขณะที่สตรีที่มีบุตรยากใน พ.ศ. 2559 มีระยะเวลาสมรสน้อยกว่าสตรีวัยเจริญพันธุ์ทั่วไป คือ 7.53 ปี เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีวัยเจริญพันธุ์ทั่วไปที่สมรสมาแล้ว 12.06 ปี

### **จำนวนบุตรที่ต้องการ**

จากการสำรวจข้อมูลอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 สตรีที่มีบุตรยากส่วนใหญ่มีความต้องการมีบุตรเพียงคนเดียวเช่นเดียวกับสตรีวัยเจริญพันธุ์ทั่วไป (ร้อยละ 60.3 และร้อยละ 79.8 ตามลำดับ)

อย่างไรก็ตาม จากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความอยู่ดีมีสุขในบริบทสังคมสูงวัย พ.ศ. 2559 พบว่า สตรีที่มีบุตรยากส่วนใหญ่มีความต้องการมีบุตร 2 คนขึ้นไป (ร้อยละ 68.4) ในขณะที่สตรีวัยเจริญพันธุ์ทั่วไปส่วนใหญ่มีความต้องการมีบุตรเพียง 1 คน (ร้อยละ 87.4)

จากข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าสตรีที่มีบุตรยากจากการสำรวจปี พ.ศ. 2559 มีแนวโน้มที่ต้องการมีบุตรเพิ่มมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับสตรีวัยเจริญพันธุ์ทั่วไปในปีเดียวกัน และเมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่มีบุตรยากจากการสำรวจปี พ.ศ. 2552

### **การวางแผนครอบครัว**

กลุ่มตัวอย่างจากการสำรวจข้อมูลอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 พบว่า สตรีที่มีบุตรยากและสตรีวัยเจริญพันธุ์ทั่วไปไม่เคยเข้ารับการวางแผนครอบครัวสูงถึง ร้อยละ 82.2 และร้อยละ 81.6 ตามลำดับ เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความอยู่ดีมีสุขในบริบทสังคมสูงวัย พ.ศ. 2559 ที่พบว่าสตรีที่มีบุตรยากและสตรีวัยเจริญพันธุ์ทั่วไปส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการวางแผนครอบครัว (ร้อยละ 82.9 และร้อยละ 88.3 ตามลำดับ) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่าง 2 ปีการสำรวจ พบว่า สตรีที่มีบุตรยากจากทั้ง 2 ปีการสำรวจ ไม่มีการวางแผนครอบครัวในสัดส่วนใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 82.2 และร้อยละ 82.9 ตามลำดับ

### **ลักษณะทางเศรษฐกิจสังคม**

#### **ภาค**

ข้อมูลการสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 พบว่า สัดส่วนของสตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครสูงถึงร้อยละ 15.8 ของสตรีที่มีบุตรยากทั้งหมด ในขณะที่สัดส่วนของสตรีทั่วไปที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครมีเพียงร้อยละ 9.2 ของสตรีทั่วไปทั้งหมด

เช่นเดียวกับการสำรวจการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความอยู่ดีมีสุขในบริบทสังคมสูงวัย พ.ศ. 2559 ที่พบว่าสตรีที่มีบุตรยากอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 27.4 ของสตรีที่มีบุตรยากทั้งหมด ในขณะที่สัดส่วนของสตรีทั่วไปที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครมีเพียงร้อยละ 16.8 ของสตรีทั่วไปทั้งหมด

อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลทั้ง 2 ปีการสำรวจ พบว่าสตรีที่มีบุตรยากในกรุงเทพมหานครมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.8 ในพ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 27.4 ในปี พ.ศ. 2559

### **ระดับการศึกษา**

กลุ่มตัวอย่างจากการสำรวจข้อมูลอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 พบว่าสตรีที่มีบุตรยากและสตรีวัยเจริญพันธุ์ทั่วไปส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ร้อยละ 39.9 และร้อยละ 47.9 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความอยู่ดีมีสุขในบริบทสังคมสูงวัย พ.ศ. 2559 พบว่า สตรีที่มีบุตรยากส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 55.1 ในขณะที่สตรีวัยเจริญพันธุ์ทั่วไปส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ร้อยละ 42.8 และเมื่อพิจารณากลุ่มที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป พบว่า สตรีที่มีบุตรยาก ทั้งใน พ.ศ. 2552 และ พ.ศ. 2559 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปในสัดส่วนที่สูงกว่าสตรีวัยเจริญพันธุ์ทั่วไปในปีเดียวกัน และเมื่อเปรียบเทียบภาพรวมปี พ.ศ. 2552 และ พ.ศ. 2559 ก็พบว่าสัดส่วนของสตรีที่มีบุตรยากที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น

### **การทำงาน**

จากการสำรวจข้อมูลอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 พบว่า สตรีที่มีบุตรยากและสตรีวัยเจริญพันธุ์ทั่วไปส่วนใหญ่ทำงาน ร้อยละ 83.5 และร้อยละ 84.8 ตามลำดับ เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความอยู่ดีมีสุขในบริบทสังคมสูงวัย พ.ศ. 2559 ที่พบว่า สตรีที่มีบุตรยากและสตรีวัยเจริญพันธุ์ทั่วไปทำงาน ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 90.3 และร้อยละ 90.0 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในกลุ่มผู้ที่มีบุตรยากจากทั้ง 2 ปีการสำรวจ พบว่า สตรีที่มีบุตรยากมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มผู้ที่ทำงาน โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 83.5 เป็นร้อยละ 90.3

### การครอบครองที่อยู่อาศัย

จากการสำรวจข้อมูลอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 พบว่า สตรีที่มีบุตรยากและสตรีวัยเจริญพันธุ์ทั่วไปส่วนใหญ่เป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย ร้อยละ 65.9 และร้อยละ 55.5 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามพบว่า กลุ่มตัวอย่างจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความอยู่ดีมีสุขในบริบทสังคมสูงวัย พ.ศ. 2559 กลับพบว่า สตรีทั่วไปส่วนใหญ่เป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย ร้อยละ 58.0 ในขณะที่สตรีที่มีบุตรยากเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัยเพียง ร้อยละ 35.7 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า สตรีที่มีบุตรยากในพ.ศ. 2559 มีสัดส่วนของผู้ที่เป็นเจ้าของที่อยู่อาศัยน้อยกว่าสตรีที่มีบุตรยากในพ.ศ. 2552 คือร้อยละ 64.3 และร้อยละ 34.1 ตามลำดับ

### 4.2 สถานการณ์การเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก

สำหรับสถานการณ์การเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากของกลุ่มตัวอย่าง แสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 : ร้อยละของการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย	การสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ.2552 (n=278)	การเปลี่ยนแปลงทาง
		ประชากรและความอยู่ดี มีสุขในบริบทสังคมสูงวัย พ.ศ. 2559 (n=130)
<b>การเข้ารับการรักษา</b>		
ไม่เข้ารับการรักษา	55.9	65.5
เข้ารับการรักษา	44.1	34.5

เมื่อแบ่งกลุ่มการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก และกลุ่มที่ไม่เคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างจากการสำรวจข้อมูลอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 และกลุ่มตัวอย่างจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความอยู่ดีมีสุขในบริบทสังคมสูงวัย พ.ศ. 2559 ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก ร้อยละ 55.9 และ 65.5 ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่าง 2 ปีการสำรวจ พบว่า ผู้ที่มีบุตรยากมีแนวโน้มที่จะไม่เข้ารับรักษามากขึ้น คือ สัดส่วนของผู้ที่ไม่เข้ารับการรักษาในพ.ศ. 2559 เพิ่มขึ้นร้อยละ 65.5 เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนผู้ที่มีบุตรยากและไม่เข้ารับการรักษาใน



พ.ศ. 2552 ที่มีร้อยละ 55.9 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า สตรีที่มีบุตรยากที่ไม่ได้รับการรักษามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

#### 4.3 ความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก

การวิเคราะห์ความแตกต่างของสตรีที่มีภาวะมีบุตรยากในการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากและไม่ได้รับการรักษา ระหว่างผู้ที่อาศัยในกรุงเทพมหานครและภาคอื่นๆ นำเสนอการอธิบายโดยใช้ตารางไขว้ และค่าสถิติไคสแควร์ ซึ่งวิเคราะห์จากข้อมูลของสตรีที่มีบุตรยาก ทั้งกลุ่มสตรีที่เข้ารับการรักษาการมีบุตรยากและสตรีที่ไม่เคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก ทั้งนี้ จากการสำรวจข้อมูลอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 และการสำรวจการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความอยู่ดีมีสุขในบริบทสังคมสูงวัย พ.ศ. 2559 พบการกระจายร้อยละของสตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยในกรุงเทพมหานครและภาคอื่นๆ จำแนกตามการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก ดังตารางที่ 4.4

**ตารางที่ 6 :** การกระจายร้อยละของสตรีที่มีบุตรยากในกรุงเทพมหานครและภาคอื่นๆ จำแนกตามการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก ของการสำรวจข้อมูลอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 และการสำรวจการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความอยู่ดีมีสุขในบริบทสังคมสูงวัย พ.ศ. 2559

การเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก	การสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 (n=278)		การสำรวจการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความอยู่ดีมีสุขในบริบทสังคมสูงวัย พ.ศ. 2559 (n=130)	
	กรุงเทพมหานคร	ภาคอื่นๆ	กรุงเทพมหานคร	ภาคอื่นๆ
	ไม่ได้รับการรักษา	81.8	51.1	63.9
ได้รับการรักษา	18.2	48.9	36.1	34.0
รวม	100.0	100.0	100.0	100.0
	$\chi^2 = 14.196^*$ , P-value =0.000		$\chi^2 = 0.049$ , P-value =0.824	

จากตารางที่ 4.4 พบว่า ข้อมูลการสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครที่ไม่ได้รับการรักษาการมีบุตรยาก มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 81.8 ในขณะที่สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆ ที่ไม่ได้รับการรักษาการมีบุตรยาก มีเพียงร้อยละ 51.1

อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลการสำรวจการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความอยู่ดีมีสุขในบริบทสังคมสูงวัย พ.ศ. 2559 พบว่า สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและไม่ได้รับการรักษาการมีบุตรยาก มีสัดส่วนลดลงคือ ร้อยละ 63.9 และน้อยกว่าสตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆ ที่ไม่ได้รับการรักษาการมีบุตรยาก ซึ่งมีสัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ 66.0 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า สตรีที่มีบุตรยากในกรุงเทพมหานครมีการได้รับการรักษาเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามผู้ที่มีการมีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆ ที่ไม่ได้รับการรักษากลับมีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้น

จากข้อมูลตารางที่ 4.4 อาจกล่าวได้ว่า มีความเหลื่อมล้ำระหว่างภาคในการได้รับการรักษาการมีบุตรยากในพ.ศ. 2552 คือ สัดส่วนของผู้ที่มีบุตรยากที่ได้รับการรักษามีเพียงร้อยละ 18.2 เมื่อเทียบกับผู้ที่มีบุตรยากในภาคอื่นๆ ที่ร้อยละ 48.9 อย่างไรก็ตาม ในพ.ศ. 2559 ความเหลื่อมล้ำในการได้รับการรักษาการมีบุตรยากระหว่างกรุงเทพมหานครและภาคอื่นๆ ลดลงจนไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ สัดส่วนของผู้ที่ได้รับการรักษาในกรุงเทพมหานครเท่ากับ 36.1 เมื่อเทียบกับภาคอื่นๆ ที่ร้อยละ 34.0

การศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาความแตกต่างของสตรีที่มีบุตรยาก ทั้งสตรีที่ได้รับการรักษาและไม่ได้รับการรักษาการมีบุตรยาก ระหว่างสตรีที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและภาคอื่นๆ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (ตารางที่ 7)

**ตารางที่ 7 :** การเปรียบเทียบร้อยละของสตรีที่มีบุตรยากที่ได้รับการรักษาและไม่ได้รับการรักษาการมีบุตรยากระหว่างกรุงเทพมหานครกับภาคอื่นๆ เพื่อแสดงความเหลื่อมล้ำในการได้รับการรักษาจำแนกตามคุณลักษณะของประชากร

คุณลักษณะทางประชากร	การสำรวจ พ.ศ. 2552				การสำรวจ พ.ศ. 2559			
	ไม่เข้ารับ		เข้ารับ		ไม่เข้ารับ		เข้ารับ	
	การรักษา		การรักษา		การรักษา		การรักษา	
	กทม.	ภาคอื่นๆ	กทม.	ภาคอื่นๆ	กทม.	ภาคอื่นๆ	กทม.	ภาคอื่นๆ
อายุแรกสมรส								
20-24 ปี	22.2	39.2	0.0	33.9	17.4	19.0	38.5	31.3

25-29 ปี	8.3	35.8	87.5	40.0	30.4	49.2	38.5	37.5
30-34 ปี	58.3	20.0	0.0	23.5	47.8	15.9	15.4	21.9
35 ปีขึ้นไป	11.1	5.0	12.5	2.6	4.3	15.9	7.7	9.4
	$\chi^2 = 5.307^*$		$\chi^2 = 10.758^*$		$\chi^2 = 10.163^*$		$\chi^2 = 0.371$	
	P-value = 0.000		P-value = 0.013		P-value = 0.017		P-value = 0.946	

ยังมีต่อ

ตารางที่ 7 : (ต่อ)

คุณลักษณะทาง ประชากร	การสำรวจ พ.ศ. 2552				การสำรวจ พ.ศ. 2559			
	ไม่เข้ารับ		เข้ารับ		ไม่เข้ารับ		เข้ารับ	
	การรักษา		การรักษา		การรักษา		การรักษา	
	กทม	ภาคอื่นๆ	กทม	ภาคอื่นๆ	กทม	ภาคอื่นๆ	กทม	ภาคอื่นๆ
จำนวนปีที่สมรส								
2-3ปี	16.7	27.5	0.0	17.4	29.2	29.0	8.3	9.7
4-6 ปี	8.3	34.2	37.5	27.0	33.3	32.3	33.3	32.3
7-9 ปี	30.6	14.2	0.0	13.9	20.8	8.1	16.7	16.1
10 ปีขึ้นไป	44.4	24.2	62.5	41.7	16.7	30.6	41.7	41.9
	$\chi^2 = 15.944^*$		$\chi^2 = 3.553$		$\chi^2 = 3.696$		$\chi^2 = 0.022$	
	P-value = 0.001		P-value = 0.314		P-value = 0.296		P-value = 0.999	
จำนวนบุตรที่ต้องการ								
1 คน	80.0	57.1	62.5	57.0	27.3	35.5	30.8	28.1
2 คนขึ้นไป	20.0	42.9	37.5	43.0	72.7	64.5	69.2	71.9

$\chi^2 = 6.018^*$ ,  $\chi^2 = 0.092$ ,  $\chi^2 = 0.493$ ,  $\chi^2 = 0.031$ ,  
P-value = 0.014 P-value =0.762 P-value = 0.483 P-value = 0.859

**การวางแผนครอบครัว**

ไม่วางแผน	100.0	89.9	75.0	85.1	95.7	95.2	69.2	54.8
วางแผน	0.0	10.1	25.0	14.9	4.3	4.8	30.8	45.2

$\chi^2 = 3.935^*$ ,  $\chi^2 = 0.579$ ,  $\chi^2 = 0.009$ ,  $\chi^2 = 0.785$ ,  
P-value = 0.047 P-value =0.447 P-value =0.924 P-value =0.376

**ระดับการศึกษา**

ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	66.7	34.5	0.0	23.7	8.7	9.5	0.0	15.6
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	27.8	46.2	50.0	49.1	30.4	38.1	30.8	34.4
ปริญญาตรีขึ้นไป	5.6	19.3	50.0	27.2	60.9	52.4	69.2	50.0

$\chi^2 = 12.331^*$ ,  $\chi^2 = 3.251$ ,  $\chi^2 = 0.509$ ,  $\chi^2 = 2.683$ ,  
P-value = 0.002 P-value =0.197 P-value =0.775 P-value =0.261

**การทำงาน**

ไม่ทำงาน	41.7	15.1	37.5	8.8	4.3	9.7	0.0	16.1
ทำงาน	58.3	84.9	62.5	91.2	95.7	90.3	100	83.9

$\chi^2 = 11.618^*$ ,  $\chi^2 = 6.480^*$ ,  $\chi^2 = 0.631$ ,  $\chi^2 = 2.366$ ,  
P-value = 0.001 P-value =0.01 P-value = 0.427 P-value =0.124

ยังมีต่อ

**ตารางที่ 7 : (ต่อ)**

คุณลักษณะทางประชากร	การสำรวจ พ.ศ. 2552		การสำรวจ พ.ศ. 2559	
	ไม่เข้ารับ	เข้ารับ	ไม่เข้ารับ	เข้ารับ
การรักษา		การรักษา	การรักษา	การรักษา

	กทม	ภาคอื่นๆ	กทม	ภาคอื่นๆ	กทม	ภาคอื่นๆ	กทม	ภาคอื่นๆ
<b>การครอบครองที่อยู่อาศัย</b>								
ไม่เป็นเจ้าของ	63.9	42.0	12.5	18.3	73.9	54.8	83.3	68.8
เป็นเจ้าของ	36.1	58.0	87.5	81.7	26.1	45.2	16.7	31.3
	$\chi^2 = 5.307^*$		$\chi^2 = 0.169$		$\chi^2 = 2.543$		$\chi^2 = 0.936$	
	P-value = 0.021		P-value = 0.681		P-value = 0.111		P-value = 0.333	

#### หมายเหตุ

\* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

#### อายุแรกสมรส

กลุ่มที่ไม่เข้ารับการศึกษาในพ.ศ. 2552 พบว่าสตรีที่มีบุตรยากและมีอายุแรกสมรส 30-34 ปี ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร จะไม่เข้ารับการรักษามากกว่าสตรีที่มีอายุแรกสมรสเดียวกันในภาคอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีสัดส่วนร้อยละ 58.3 และร้อยละ 20.0 ตามลำดับ เช่นเดียวกับสตรีในกรุงเทพมหานครที่มีอายุแรกสมรส 35 ปีขึ้นไป ก็จะไม่เข้ารับการรักษามากกว่าสตรีที่มีอายุแรกสมรสเดียวกันในภาคอื่นๆ โดยมีสัดส่วนร้อยละ 11.1 และร้อยละ 5.0 ตามลำดับ

กลุ่มที่เข้ารับการศึกษาในพ.ศ. 2552 พบว่าสตรีที่มีอายุแรกสมรส 25-29 ปี ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครจะเข้ารับการรักษาสูงกว่าสตรีที่มีอายุแรกสมรสเดียวกันที่อยู่ในภาคอื่นๆ คือร้อยละ 87.5 เทียบกับร้อยละ 40.0 ตามลำดับ

กลุ่มที่ไม่เข้ารับการศึกษาใน พ.ศ. 2559 พบว่าสตรีที่มีบุตรยากที่มีอายุแรกสมรส 30-34 ปี ในกรุงเทพมหานครจะไม่เข้ารับการรักษาสูงกว่าสตรีที่มีอายุแรกสมรสเดียวกันที่อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีสัดส่วนร้อยละ 47.8 เปรียบเทียบกับร้อยละ 15.9 ตามลำดับ

กลุ่มที่เข้ารับการศึกษาใน พ.ศ. 2559 พบว่าไม่มีความแตกต่างของอายุแรกสมรสของสตรีที่เข้ารับการศึกษาในกรุงเทพมหานครและสตรีที่อาศัยในภาคอื่นๆ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

#### จำนวนปีที่สมรส



กลุ่มที่ไม่เข้ารับการรักษานใน พ.ศ. 2559 พบว่าไม่มีความแตกต่างของการวางแผนครอบครัวของสตรีที่เข้ารับการรักษานในกรุงเทพมหานครและสตรีที่อาศัยในภาคอื่นๆที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

กลุ่มที่เข้ารับการรักษานใน พ.ศ. 2559 พบว่าไม่มีความแตกต่างของการวางแผนครอบครัวของสตรีที่เข้ารับการรักษานในกรุงเทพมหานครและสตรีที่อาศัยในภาคอื่นๆที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

### **ระดับการศึกษา**

กลุ่มที่ไม่เข้ารับการรักษานในพ.ศ. 2552 พบว่าสตรีที่มีบุตรยากและมีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร จะไม่เข้ารับการรักษานมากกว่าสตรีที่มีการศึกษาระดับเดียวกันในภาคอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีสัดส่วนร้อยละ 66.7 และร้อยละ 34.5 ตามลำดับ

กลุ่มที่เข้ารับการรักษานใน พ.ศ. 2552 พบว่าไม่มีความแตกต่างของระดับการศึกษาของสตรีที่เข้ารับการรักษานในกรุงเทพมหานครและสตรีที่อาศัยในภาคอื่นๆที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

กลุ่มที่ไม่เข้ารับการรักษานใน พ.ศ. 2559 พบว่าไม่มีความแตกต่างของระดับการศึกษาของสตรีที่เข้ารับการรักษานในกรุงเทพมหานครและสตรีที่อาศัยในภาคอื่นๆที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

กลุ่มที่เข้ารับการรักษานใน พ.ศ. 2559 พบว่าไม่มีความแตกต่างของระดับการศึกษาของสตรีที่เข้ารับการรักษานในกรุงเทพมหานครและสตรีที่อาศัยในภาคอื่นๆที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

### **การทำงาน**

กลุ่มที่ไม่เข้ารับการรักษานในพ.ศ. 2552 พบว่าสตรีที่มีบุตรยากและไม่ทำงาน ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร จะไม่เข้ารับการรักษานมากกว่าสตรีที่ไม่ทำงานในภาคอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีสัดส่วนร้อยละ 41.7 และร้อยละ 15.1 ตามลำดับ

กลุ่มที่เข้ารับการรักษานในพ.ศ. 2552 พบว่าสตรีที่ทำงานที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครจะเข้ารับการรักษานน้อยกว่าสตรีที่ทำงานที่อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือร้อยละ 62.5 เทียบกับร้อยละ 91.2 ตามลำดับ

กลุ่มที่ไม่เข้ารับการรักษานใน พ.ศ. 2559 พบว่าไม่มีความแตกต่างของการทำงานของสตรีที่เข้ารับการรักษานในกรุงเทพมหานครและสตรีที่อาศัยในภาคอื่นๆ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

กลุ่มที่เข้ารับการรักษานใน พ.ศ. 2559 พบว่าไม่มีความแตกต่างของการทำงานของสตรีที่เข้ารับการรักษานในกรุงเทพมหานครและสตรีที่อาศัยในภาคอื่นๆ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

### **การครอบครองที่อยู่อาศัย**

กลุ่มที่ไม่เข้ารับการรักษานในพ.ศ. 2552 พบว่าสตรีที่มีบุตรยากและไม่เป็นเจ้าของที่อยู่อาศัยที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร จะไม่เข้ารับการรักษามากกว่าสตรีที่ไม่เป็นเจ้าของที่อยู่อาศัยในภาคอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีสัดส่วนร้อยละ 63.9 และร้อยละ 42.0 ตามลำดับ

กลุ่มที่เข้ารับการรักษานใน พ.ศ. 2552 พบว่าไม่มีความแตกต่างของการครอบครองที่อยู่อาศัยของสตรีที่เข้ารับการรักษานในกรุงเทพมหานครและสตรีที่อาศัยในภาคอื่นๆ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

กลุ่มที่ไม่เข้ารับการรักษานใน พ.ศ. 2559 พบว่าไม่มีความแตกต่างของการครอบครองที่อยู่อาศัยของสตรีที่เข้ารับการรักษานในกรุงเทพมหานครและสตรีที่อาศัยในภาคอื่นๆ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

กลุ่มที่เข้ารับการรักษานใน พ.ศ. 2559 พบว่าไม่มีความแตกต่างของการครอบครองที่อยู่อาศัยของสตรีที่เข้ารับการรักษานในกรุงเทพมหานครและสตรีที่อาศัยในภาคอื่นๆ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

#### 4.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษานการมีบุตรยาก

สำหรับการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษานการมีบุตรยากของสตรีวัยเจริญพันธุ์อายุ 25-44 ปี ที่มีภาวะมีบุตรยากนั้น โดยก่อนการวิเคราะห์ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระในแต่ละคู่ก่อน เนื่องจากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุ มีเงื่อนไขสำหรับการวิเคราะห์ว่า ตัวแปรอิสระแต่ละคู่ต้องเป็นอิสระต่อกัน หรือไม่ควรมีความสัมพันธ์กันมากกว่าหรือเท่ากับ 0.6 (Blalock,1972) ซึ่งแสดงว่าตัวแปรอิสระคู่นั้นมีความสัมพันธ์กันสูง ดังนั้นจะไม่นำตัวแปรอิสระคู่ดังกล่าวมาวิเคราะห์ในแบบจำลองเดียวกัน เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาความสัมพันธ์พหุเชิงเส้น (Multicollinearity) สำหรับผลการวิเคราะห์ โดยพิจารณาจากค่าสหสัมพันธ์เพียร์สันของข้อมูลจากการสำรวจใน พ.ศ. 2552 และพ.ศ. 2559 (ตารางที่ 8 และตารางที่ 9) ไม่พบตัวแปรอิสระคู่ใดเลยที่มีความสัมพันธ์กันสูงถึง 0.6 ดังนั้น ในขั้นของการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุ และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุ ขั้นตอนสามารถนำตัวแปรอิสระทุกตัวมาวิเคราะห์ในแบบจำลองเดียวกันได้



ตารางที่ 8 : ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างตัวแปรอิสระต่างๆ ที่ใช้ในการวิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ.2552 (n=278)

ตัวแปรอิสระ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1.อายุแรกสมรส 25-29 ปี	1.000												
2.อายุแรกสมรส 30-34 ปี	.544	1.000											
3.อายุแรกสมรส 35 ปีขึ้นไป	.350	.355	1.000										
4.จำนวนปีที่สมรส 4-6 ปี	.130	.009	.051	1.000									
5.จำนวนปีที่สมรส 7-9 ปี	.127	.080	.104	.488	1.000								
6.จำนวนปีที่สมรส 10 ปีขึ้นไป	.339	.390	.341	.554	.492	1.000							
7.จำนวนบุตรที่ต้องการ	.093	.037	.101	.101	.126	.186	1.000						
8.การแผนครอบครัว	-.146	-.059	-.117	-.118	-.046	-.188	-.037	1.000					
9.ภาค	.124	.152	.170	.040	.046	.259	-.105	-.062	1.000				
10.มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	-.003	.156	.174	.027	.081	.319	-.044	-.141	.065	1.000			
11.ปริญญาตรีขึ้นไป	-.148	-.074	.037	.079	.077	.213	-.069	-.259	.071	.564	1.000		
12.การทำงาน	.118	.083	.149	-.002	.137	.144	.159	-.136	-.086	.198	.062	1.000	
13.การครอบครองที่อยู่อาศัย	.049	.006	.036	.064	.226	.006	.057	-.010	-.029	-.005	-.054	.044	1.000

**ตารางที่ 9 :** ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างตัวแปรอิสระต่างๆ ที่ใช้ในการวิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความอยู่ดีมีสุขในบริบทสังคมสูงวัย พ.ศ. 2559 (n=130)

ตัวแปรอิสระ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1.อายุแรกสมรส 25-29 ปี	1.000												
2.อายุแรกสมรส 30-34 ปี	.510	1.000											
3.อายุแรกสมรส 35 ปีขึ้นไป	.396	.325	1.000										
4.จำนวนปีที่สมรส 4-6 ปี	.058	.163	.240	1.000									
5.จำนวนปีที่สมรส 7-9 ปี	.094	.084	.304	.688	1.000								
6.จำนวนปีที่สมรส 10 ปีขึ้นไป	.073	.161	.394	.751	.660	1.000							
7.จำนวนบุตรที่ต้องการ	-.118	-.062	.083	.190	.169	.198	1.000						
8.การแผนครอบครัว	.022	.041	.012	.214	.161	.097	-.160	1.000					
9.ภาค	-.154	.110	-.108	-.022	.004	-.055	.060	-.057	1.000				
10.มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	.011	.121	.080	.118	.132	.133	.192	.057	.080	1.000			
11.ปริญญาตรีขึ้นไป	-.159	-.003	.102	.142	.192	.177	.182	.068	.133	.806	1.000		
12.การทำงาน	-.194	-.019	-.115	-.019	-.108	-.049	-.063	.028	.164	.174	.047	1.000	
13.การครอบครองที่อยู่อาศัย	-.054	-.040	-.240	-.001	.036	-.164	-.023	-.118	-.093	.025	-.080	-.004	1.000

สำหรับผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุ และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุขั้นตอน (ตารางที่ 10) มีรายละเอียดดังนี้

**ตารางที่ 10 :** อัตราส่วนโอกาสการเข้ารับการรักษามีบุตรยากของกลุ่มตัวอย่างจากการสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 และการสำรวจการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความอยู่ดีมีสุขในบริบทสังคมสูงวัย พ.ศ. 2559 จำแนกตามปัจจัยต่างๆ โดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุ และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุขั้นตอน

ปัจจัย	การสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 (n=278)			การสำรวจการเปลี่ยนแปลงทาง ประชากรและความอยู่ดีมีสุขใน บริบทสังคมสูงวัย พ.ศ. 2559 (n=130)		
	การถดถอย โลจิสติกทวิภาค แบบพหุ	การถดถอยโลจิสติก ทวิภาคแบบพหุ ขั้นตอน	R <sup>2</sup>	การถดถอยโล จิสติกทวิภาค แบบพหุ	การถดถอยโลจ ิสติกทวิภาคแบบ พหุขั้นตอน	R <sup>2</sup>
	Odds Ratio	Odds Ratio		Odds Ratio	Odds Ratio	
<b>ปัจจัยด้านประชากร</b>						
<b>1.อายุแรกสมรส</b>						
20-24 ปี	1.000	-	-	1.000	-	-
25-29 ปี	2.358*	-	-	0.577	-	-
30-34 ปี	2.259	-	-	0.624	-	-
35 ปีขึ้นไป	3.094	-	-	1.003	-	-
<b>จำนวนปีที่สมรส</b>						
2-3 ปี	1.000	-	-	1.000	-	-
4-6 ปี	1.868	1.737	-	4.717*	-	-
7-9 ปี	3.045*	2.292	-	4.992	-	-

10 ปีขึ้นไป	6.405*	3.3810*	0.248 <sup>4</sup>	4.724	-	-
<b>จำนวนบุตรที่ต้องการ</b>		-				
1 คน	1.000	-	-	1.000	-	-
2 คนขึ้นไป	1.348			1.181	-	-
<b>การวางแผนครอบครัว</b>						
ไม่วางแผน	1.000	-	-	1.000	-	-
วางแผน	0.957	-	-	16.412*	13.544*	0.248

**ตารางที่ 10 : (ต่อ)**

ปัจจัย	การสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 (n=278)			การสำรวจการเปลี่ยนแปลงทาง ประชากรและความอยู่ดีมีสุขใน บริบทสังคมสูงวัย พ.ศ. 2559 (n=130)		
	การถดถอย โลจิสติกทวิภาค แบบพหุ	การถดถอยโลจิสติก ทวิภาคแบบพหุ ขั้นตอน	R <sup>2</sup>	การถดถอยโล จิสติกทวิภาค แบบพหุ	การถดถอยโลจ ิสติกทวิภาคแบบ พหุขั้นตอน	R <sup>2</sup>
	Odds Ratio	Odds Ratio		Odds Ratio	Odds Ratio	

**ปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคม**

**ภาค**

กรุงเทพมหานคร	1.000	-	-	1.000	-	-
อื่นๆ	4.230*	3.415*	0.165 <sup>2</sup>	0.827	-	-

**ระดับการศึกษา**

ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	1.000			1.000	-	-
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า		-	-			

ปริญญาตรีขึ้นไป	3.240*	2.123*	0.196 <sup>3</sup>	1.106	-	-
	2.648*	2.296*	-	1.504	-	-
<b>การทำงาน</b>						
ไม่ทำงาน	1.000	-	-	1.000	-	-
ทำงาน	2.580*	-	-	0.881	-	-
<b>การครอบครองที่อยู่อาศัย</b>						
ไม่เป็นเจ้าของ	1.000	-	-	1.000	-	-
เป็นเจ้าของ	3.541*	3.605*	0.123 <sup>1</sup>	0.502	-	-
R <sup>2</sup>	0.290			0.338		

**หมายเหตุ:**

\* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

R<sup>2</sup> หมายถึง ค่าที่บอกสัดส่วนหรือร้อยละซึ่งสามารถอธิบายการแปรผันของการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก

1,2,3,4 หมายถึง การอธิบายการแปรผันของการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากเป็นอันดับที่ 1-4 ตามลำดับ

1.000 หมายถึง กลุ่มอ้างอิง

#### 4.4.1 ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุ

จากตารางที่ 4.8 ซึ่งแสดงความสัมพันธ์ระหว่างการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากกับตัวแปรอิสระทั้งหมด 8 ตัว ได้แก่ อายุแรกสมรส จำนวนปีที่สมรส จำนวนบุตรที่ต้องการ การวางแผนครอบครัว ภาค ระดับการศึกษา การทำงาน และการครอบครองที่อยู่อาศัย พบว่า ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 ตัวแปรอิสระสามารถร่วมกันอธิบายการแปรผันของการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากได้ร้อยละ 29 (ค่า R<sup>2</sup>=0.29) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และเมื่อควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ แล้ว ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 เหลือเพียง 6 ตัว ได้แก่ อายุแรกสมรส จำนวนปีที่สมรส ภาค ระดับการศึกษา การทำงาน และการครอบครองที่อยู่อาศัย โดยมีความสัมพันธ์ดังนี้

สตรีที่สมรสเมื่ออายุ 25-29 ปี มีโอกาสที่จะเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากมากกว่าเป็น 2.358 เท่าของสตรีที่สมรสเมื่ออายุ 20-24 ปี (ค่า Odds Ratio = 2.358)

สตรีที่สมรสเป็นระยะเวลา 7-9 ปี มีโอกาสที่จะเข้ารับการรักษากามมีบุตรยากมากกว่าเป็น 3.045 เท่าของสตรีที่สมรสเป็นระยะเวลา 2-3 ปี เป็น (ค่า Odds Ratio = 3.045) และสตรีที่สมรสเป็นระยะเวลา 10 ปีขึ้นไป มีโอกาสที่จะเข้ารับการรักษากามมีบุตรยากมากกว่าสตรีที่สมรส 2-3 ปีถึง 6.405 เท่าของสตรีที่สมรสเป็นระยะเวลา 2-3 ปี (ค่า Odds Ratio = 6.405) นั้นหมายถึง สตรีที่ยังสมรสนานขึ้นก็ยังมีโอกาสที่จะเข้ารับการรักษากามมีบุตรยากมากขึ้น โดยเฉพาะสตรีที่มีบุตรยากที่สมรสมาเป็นเวลาอย่างน้อย 7 ปีขึ้นไป

สตรีที่อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆ มีโอกาสที่จะเข้ารับการรักษากามมีบุตรยากมากกว่าเป็น 4.230 เท่าของสตรีที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร (ค่า Odds Ratio = 4.230)

สตรีที่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า มีโอกาสที่จะเข้ารับการรักษากามมีบุตรยากมากกว่าเป็น 3.240 เท่าของสตรีที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (ค่า Odds Ratio = 3.240) และสตรีที่มีระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีโอกาสที่จะเข้ารับการรักษากามมีบุตรยาก สูงกว่าสตรีที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าอยู่ 2.648 เท่า (ค่า Odds Ratio = 2.648) ซึ่งแสดงว่าสตรีที่มีระดับการศึกษาสูงขึ้นมีโอกาสที่จะเข้ารับการรักษากามมีบุตรยากสูงกว่าสตรีที่มีระดับการศึกษาระดับต่ำกว่า

สตรีที่ทำงาน มีโอกาสที่จะเข้ารับการรักษากามมีบุตรยากมากกว่าเป็น 2.580 เท่าของสตรีที่ไม่ได้ทำงาน ถึง 2.580 เท่า (ค่า Odds Ratio = 2.580)

สตรีที่เป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย มีโอกาสที่จะเข้ารับการรักษากามมีบุตรยากมากกว่าเป็น 3.541 เท่าของสตรีที่ไม่เป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย (ค่า Odds Ratio = 3.541)

และจากข้อมูลการสำรวจการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความอยู่ดีมีสุขในบริบทสังคมสูงวัย พ.ศ. 2559 ตัวแปรอิสระสามารถร่วมกันอธิบายการแปรผันของการเข้ารับการรักษากามมีบุตรยากได้ร้อยละ 33.8 (ค่า  $R^2=0.338$ ) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และเมื่อควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ แล้ว ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษากามมีบุตรยาก มี 2 ตัว ได้แก่ จำนวนปีที่สมรส และการวางแผนครอบครัว โดยมีรายละเอียดดังนี้

สตรีที่สมรสเป็นระยะเวลา 4-6 ปี มีโอกาสที่จะเข้ารับการรักษากามมีบุตรยากเป็น 4.717 เท่าของสตรีที่สมรสเป็นระยะเวลา 2-3 ปี (ค่า Odds Ratio = 4.717) ซึ่งแสดงว่าสตรีที่สมรสเป็นระยะเวลา 4-6 ปี มีโอกาสที่จะเข้ารับการรักษากามมีบุตรยาก สูงกว่าสตรีที่สมรสเป็นระยะเวลา 2-3 ปี และเมื่อเปรียบเทียบจำนวนปีที่สมรสระหว่าง พ.ศ. 2559 กับ พ.ศ. 2552 พบว่าสตรีที่มีบุตรยากที่เข้ารับการรักษาในพ.ศ. 2559 มีจำนวนปีสมรสน้อยกว่าสตรีที่มีบุตรยากที่เข้ารับการรักษา พ.ศ. 2552

สตรีที่มีการวางแผนครอบครัว มีโอกาสที่จะเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากเป็น 16.412 เท่า ของสตรีที่ไม่มีการวางแผนครอบครัว (ค่า Odds Ratio = 16.412) ซึ่งแสดงว่าสตรีที่มีการวางแผนครอบครัว มีโอกาสที่จะเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากสูงกว่าสตรีที่ไม่มีการวางแผนครอบครัว

#### 4.4.2 ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุขั้นตอน

ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุขั้นตอนเป็นการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก (ตัวแปรตาม) กับตัวแปรอิสระระดับหลายตัวแปร เพื่อศึกษาว่าตัวแปรอิสระตัวใดที่สามารถอธิบายการแปรผันของตัวแปรตามได้ดีที่สุด ตัวแปรอิสระตัวใดสามารถเพิ่มอำนาจการอธิบายการแปรผันของตัวแปรตามในลำดับถัดไป และตัวแปรอิสระเหล่านี้สามารถร่วมกันอธิบายการแปรผันของตัวแปรตามได้มากน้อยเพียงใด ทั้งนี้จะถือว่าสมการที่ได้จากการเลือกตัวแปรนี้เป็นสมการที่อธิบายการแปรผันของตัวแปรตามได้ดีที่สุด

จากตารางที่ 4.8 ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุขั้นตอน ของข้อมูลจากการสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 พบว่า ตัวแปรอิสระที่อธิบายการแปรผันของการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 มีทั้งหมด 4 ตัวแปร ได้แก่ จำนวนปีที่สมรส ภาค ระดับการศึกษา และการครอบครองที่อยู่อาศัย โดยตัวแปรอิสระดังกล่าวสามารถร่วมกันอธิบายความแปรผันของการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากได้ร้อยละ 24.8 (ค่า  $R^2=0.248$ ) ทั้งนี้ การครอบครองที่อยู่อาศัยเป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายการแปรผันของการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากได้ดีที่สุด เพราะเป็นตัวแปรแรกที่เข้าสู่สมการการวิเคราะห์ ซึ่งสามารถอธิบายการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก ได้ร้อยละ 12.3 (ค่า  $R^2=0.123$ ) และเมื่อนำตัวแปรภาค ระดับการศึกษา และจำนวนปีที่สมรส มาร่วมพิจารณาในสมการการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุขั้นตอน จะพบว่าสามารถอธิบายการแปรผันของการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.042, 0.031 และ 0.052 ตามลำดับ (ค่า  $R^2=0.165$ , 0.196 และ 0.248 ตามลำดับ)

และจากข้อมูลการสำรวจการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความอยู่ดีมีสุขในบริบทสังคมสูงวัย พ.ศ. 2559 ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุขั้นตอน พบว่า ตัวแปรอิสระที่อธิบายการแปรผันของการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 มีเพียง 1 ตัวแปร คือ การวางแผนครอบครัว โดยตัวแปรอิสระดังกล่าวสามารถอธิบายความแปรผันของการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากได้ร้อยละ 24.8 (ค่า  $R^2=0.248$ )

## บทที่ 5

### ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

การนำเสนอผลการศึกษาเชิงคุณภาพนี้ ผู้วิจัยมุ่งอธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาภาวะมีบุตรยาก การรับรู้เกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก วิธีการรักษาและสถานพยาบาล และผลกระทบจากการมีบุตรยากและการเข้ารับการรักษาภาวะมีบุตรยาก เพื่อให้เกิดความเข้าใจในลักษณะของความสัมพันธ์ โดยแบ่งเป็น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงปริมาณด้วยข้อมูลจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความอยู่ดีมีสุขในบริบทสังคมสูงวัย พ.ศ. 2559 ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยด้านการวางแผนครอบครัว และ ปัจจัยด้านจำนวนปีที่สมรส และปัจจัยอื่นๆ ที่ไม่ได้นำมาวิเคราะห์ผลเชิงปริมาณแต่มีความสัมพันธ์ตามแนวคิดทฤษฎีจากการทบทวนงานวิจัย ซึ่งเป็นกลุ่มปัจจัยที่นอกเหนือจากลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจและสังคม ประกอบด้วยปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก วิธีการรักษาและสถานพยาบาล นอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงผลกระทบจากการมีบุตรยากและการเข้ารับการรักษาภาวะมีบุตรยาก เพื่อที่จะแสดงรายละเอียดของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาภาวะมีบุตรยากเพิ่มเติมจากข้อค้นพบจากการศึกษาเชิงปริมาณได้

#### 5.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีภาวะมีบุตรยากจำนวน 28 คน ทุกคนสมัครใจในการให้สัมภาษณ์เชิงลึก ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกที่สำคัญตามวัตถุประสงค์หลักของการศึกษา คือ เป็นสตรีวัยเจริญพันธุ์อายุ 25-44 ปี สมรสตั้งแต่อายุ 20 ปีขึ้นไป สมรสมาแล้วอย่างน้อย 2 ปี มีเพศสัมพันธ์สม่ำเสมอ ไม่มีการคุมกำเนิดในระยะ 2 ปีและมีความต้องการมีบุตรอย่างน้อย 1 คนขึ้นไปและปัจจุบันยังไม่มีบุตร ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและภาคอื่นๆ ทั้งที่เคยเข้ารับการรักษาภาวะมีบุตรยากและไม่เคยเข้ารับการรักษาภาวะมีบุตรยาก โดยสามารถแบ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลออกเป็น 4 กลุ่ม ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 : ประเภทกลุ่มของผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึกและจำนวนที่สัมภาษณ์ได้



ผู้ให้ข้อมูล	จำนวน
1. สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและเคยเข้ารับการรักษากារมีบุตรยาก	6
2. สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและไม่เคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก	4
3. สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอื่นๆ และเคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก	14
4. สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอื่นๆ และไม่เคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก	4
<b>รวม</b>	<b>28</b>

กลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์เชิงลึก มีอายุระหว่าง 29-42 ปี (อายุเฉลี่ย 38.33 ปี) อายุแรกสมรสระหว่าง 24-36 ปี (อายุแรกสมรสเฉลี่ย 29.25 ปี) จำนวนปีที่แต่งงาน 3-15 ปี (จำนวนปีที่แต่งงานเฉลี่ย 6.7 ปี) จำนวนบุตรที่ต้องการ 1- 3 คน (จำนวนบุตรที่ต้องการเฉลี่ย 1.55 คน) ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 62.96) และเป็นสตรีที่ทำงาน (ร้อยละ 92.59) เป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย (ร้อยละ 88.88) มีรายได้ครัวเรือนมากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป โดยแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์นั้นเป็นการสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับภาวะการมีบุตรยาก เหตุผลที่ตัดสินใจรักษาหรือไม่รักษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาการมีบุตรยาก การรับรู้เกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก วิธีการรักษาและสถานพยาบาล และผลกระทบจากการมีบุตรยากและการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก

## 5.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากจากผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อศึกษาถึงความแตกต่างระหว่างผู้ที่เข้ารับการรักษาและผู้ที่ไม่เข้ารับการรักษา ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครเปรียบเทียบกับผู้ที่อาศัยอยู่ในภาคอื่น โดยพิจารณาในปัจจัยด้าน การวางแผนครอบครัว และจำนวนปีที่สมรส ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์เชิงปริมาณในบทที่ 4 พบความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวกับการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก ดังนี้

### 5.2.1 คุณค่าบุตรและการวางแผนครอบครัว

การศึกษาประเด็น “คุณค่าบุตรและการวางแผนครอบครัว” สามารถวิเคราะห์และสรุปสาระสำคัญจากการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยผู้วิจัยแบ่งผู้ให้ข้อมูลออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล	คำสำคัญ	สาระสำคัญที่สรุปได้จากข้อมูล
1.สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและเคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ครอบครัวสมบูรณ์</li> <li>- ครอบครัวเป็นครอบครัวจริงๆ</li> <li>- เพื่อนๆมีลูกน่ารักดี</li> <li>- อยากมีบ้าง</li> <li>- ปล่อยให้ลูกตั้งแต่แต่งงาน</li> <li>- มีลูกเหมือนมีเพื่อน</li> <li>- ถ้ามีลูกคงมีความสุขกับทุกสิ่ง</li> <li>- แต่งงานก็ต้องมีลูก</li> <li>- สืบสกุล</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การมีบุตรเป็นการเติมเต็มให้ครอบครัวสมบูรณ์ทำให้ครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ดีมากยิ่งขึ้น</li> <li>- การมีบุตรเป็นหน้าที่ในการที่จะต้องมีทายาทสืบทอดสกุล</li> <li>- มีการวางแผนและมีความตั้งใจที่จะมีบุตรได้ทันทีหลังแต่งงาน</li> <li>- อยากมีบุตรมาก ตั้งใจว่าจะมีบุตรตั้งแต่ยังไม่แต่งงาน</li> </ul>
2. สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและไม่เคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ครอบครัวสมบูรณ์</li> <li>- ตั้งใจมีแบบธรรมชาติ</li> <li>- ครอบครัวขาดบางอย่างถ้าไม่มีบุตร</li> <li>- พยายามจะมีบุตรเอง</li> <li>- ต้องบุตรมีเอง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การมีบุตรเป็นการเติมเต็มให้ครอบครัวสมบูรณ์ แต่ต้องมีลูกที่เกิดจากตนเองไม่ใช่การไปรักษา</li> <li>- ตั้งใจจะมีลูก แต่ผลตรวจร่างกายทั่วไปปกติ เลยน่าจะมีเองได้ตามธรรมชาติ</li> </ul>

แบบธรรมชาติ		
3.สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอื่นๆ และเคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ครอบครัวสมบูรณ์</li> <li>- ครอบครัวจะได้เป็นครอบครัว</li> <li>- เติบโตชีวิตคู่สมรส</li> <li>- มีลูกคลาเยงา</li> <li>- จุดศูนย์รวมครอบครัว</li> <li>- ครอบครัวสมหวัง</li> <li>- คนมีลูกมีความสุข</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การมีบุตรเป็นการทำให้ครอบครัวสมบูรณ์</li> <li>- การมีบุตรเป็นการเติมเต็มชีวิตคู่ให้สมบูรณ์</li> <li>- การวางแผนเพื่อให้สามารถมีบุตรได้ตามที่ต้องการ โดยแต่งงานแล้วไม่คุมกำเนิด</li> <li>- การมีบุตรจะทำให้ครอบครัวของแต่ละฝ่ายสมหวังเพราะอยากมีหลาน</li> <li>- เห็นคนรอบข้างมีลูกแล้วมีความสุข</li> </ul>
4.สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอื่นๆและไม่เคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีก็ดี ไม่มีก็ไม่ใช่</li> <li>- ตั้งใจมีแบบธรรมชาติ</li> <li>- มีแค่คู่สมรสคนใดคนหนึ่งก็อยากมีลูก</li> <li>- อยากมีแต่กลัวว่าจะเลี้ยงไม่ได้ดี</li> <li>- อยากมีลูก แต่ต้องไม่กระทบการทำงาน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การมีบุตรเป็นการเติมเต็มให้ครอบครัวสมบูรณ์</li> <li>- ผู้ชายอยากมี แต่ผู้หญิงเฉยๆ เลยไม่ได้มีการคิดหรือวางแผนไปรักษา</li> <li>- การอยู่แบบไม่มีลูกก็มีข้อดี ทำให้รู้สึกว่าจะไม่มีความพยายามที่จะมีลูกด้วยการรักษา</li> <li>- อยากมีลูกแต่ต้องทำงาน ลางานไปรักษาไม่ได้</li> </ul>

จากตารางการวิเคราะห์ประเด็น “คุณค่าบุตรและการวางแผนครอบครัว” ผู้วิจัยได้ศึกษาวิเคราะห์และสรุปสาระสำคัญจากการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีรายละเอียดของผลการสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

#### 1) สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและเคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก

“พี่ว่าการมีลูกมันคือการทำให้ครอบครัวเป็นครอบครัวจริงๆ ครอบครัวมันจะสมบูรณ์ขึ้นถ้ามีลูก แต่พี่ปล่อยให้ลูกเลยตั้งแต่แต่งงาน เพราะว่าพี่ว่าพี่มีความพร้อมมากนะที่จะเลี้ยงลูก”

(กลุ่มที่ 1: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 1 อายุ 42 ปี)

“จริงๆเลยก็สืบสกุลแหละ คิดว่ามีแล้วครอบครัวน่าจะสมบูรณ์ขึ้นนะ มีพ่อ มีแม่ มีลูกก็น่าจะดี เพื่อนๆมีลูกมันก็น่ารักดีก็อยากมีบ้าง”

(กลุ่มที่ 1 : สตรีมีบุตรยาก คนที่ 2 อายุ 36 ปี)

“สามีอยากมี ก็ถ้ามีบุตร ครอบครัวน่าจะสมบูรณ์ ไปหาหมอเพราะไม่อยากจะรอแล้วคิดว่าพร้อมจะมี”

(กลุ่มที่ 1 : สตรีมีบุตรยาก คนที่ 3 อายุ 33 ปี)

“มีลูก ก็เหมือนมีเพื่อนนะ ยิ่งถ้ามีลูกสาวนี่ เหมือนมีเพื่อนซ้อบปิ้งเลย จับแต่งงาน น่าจะไม่เหงา เห็นเพื่อนๆมีลูกแล้วก็น่ารักดี อยากมีบ้าง”

(กลุ่มที่ 1 : สตรีมีบุตรยาก คนที่ 4 อายุ 33 ปี)

“ถ้ามีลูกครอบครัวก็จะสมบูรณ์ ก็แต่งงานก็ต้องมีลูกใช่ปะ พี่อยากทำครอบครัวให้ดีที่สุดและอยากมีลูกมากตั้งใจว่าจะมีลูกตั้งแต่มัธยม”

(กลุ่มที่ 1 : สตรีมีบุตรยาก คนที่ 5 อายุ 36 ปี)

“ครอบครัวจะมีความสุขมากเพิ่มขึ้น ถ้ามีลูก พี่ว่าคงมีความสุขกับทุกสิ่งที่เกิดขึ้น สามีก้ออยากมี”

(กลุ่มที่ 1 : สตรีมีบุตรยาก คนที่ 6 อายุ 38 ปี)

## 2) สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและไม่เคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก

“มีบุตรสำหรับพี่คือ การทำให้ครอบครัวมีความสุขมากเพิ่มขึ้นนะ คือเหมือนที่เค้าชอบพูดกันนั่นแหละ ว่าเป็นโซ่ทองคล้องใจ แต่พี่คิดว่าอยากมีลูกเองตามธรรมชาติ”

(กลุ่มที่ 2: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 1 อายุ 38 ปี)

“มีลูกจะทำให้ครอบครัวมีความสุขมากขึ้น และเป็นเพื่อนกับเราได้ด้วย ครูเรียกว่ามันเป็นการเติมเต็มให้ครอบครัวนะ แต่ต้องมีเองตามธรรมชาตินะ”

(กลุ่มที่ 2: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 4 อายุ 40 ปี)

### 3) สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอื่นๆและเคยเข้ารับการรักษากារมีบุตรยาก

“ลูกจะทำให้ครอบครัวมีความสุขมากยิ่งขึ้นค่ะ”

(กลุ่มที่ 3: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 1 อายุ 33 ปี)

“ถ้ามีลูกชีวิตน่าจะดีขึ้นนะ เพราะว่าจะทำให้ครอบครัวมีความสุขมากขึ้น ตัวพี่เองก็อยากมีลูกมาก”

(กลุ่มที่ 3: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 2 อายุ 38 ปี)

“การมีลูกก็เหมือนเป็นโซ่ทองคล้องใจค่ะ ชีวิตคู่ก็จะสมบูรณ์ด้วย”

(กลุ่มที่ 3: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 3 อายุ 34 ปี)

“การมีบุตรก็เหมือนกับการเติมเต็มชีวิตนะ”

(กลุ่มที่ 3: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 4 อายุ 39 ปี)

“ถ้ามีลูกพ่อแม่ก็จะสมหวัง และก็เป็นโซ่ทองคล้องใจ หลังแต่งงานก็ไม่เคยคุมกำเนิดเลย”

(กลุ่มที่ 3: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 5 อายุ 37 ปี)

“ถ้ามีลูก ครอบครัวก็จะสมบูรณ์ พี่ก็เป็นคนนึงแหละที่อยากมีครอบครัวที่สมบูรณ์ อยากมีลูกสัก 1-2 คน ตอนนี้ก็พยายามจะมีอยู่ ก็ยังรออยู่ว่าเมื่อไรเค้าจะมา”

(กลุ่มที่ 3: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 6 อายุ 31 ปี)

“ทำให้ครอบครัวสมบูรณ์ค่ะ ครอบครัวก็จะมีพ่อ แม่ ลูก มันคือความสุขที่ยังไม่เคยรู้เลยว่ามันดียังไง แต่ก็คิดว่าต้องดีมาก”

(กลุ่มที่ 3: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 7 อายุ 30 ปี)

“การมีบุตรครอบครัวจะมีความสุขมากขึ้นนะ เค้าก็อยากมีลูก แล้วก็รู้สึกว่ามีความพร้อมที่จะเลี้ยงดูเค้าให้ดีแล้ว”

(กลุ่มที่ 3: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 8 อายุ 34 ปี)

“การมีลูก ก็คือการเติมเต็มให้ครอบครัว เพราะว่าถ้ามีลูกเมื่อไร ครอบครัวก็จะสมบูรณ์เมื่อนั้น เหมือนเราก็เป็นทั้งภรรยา และเราก็เป็นแม่ด้วย ก็เลยไม่ได้คุมกำเนิดตั้งแต่แต่งงาน เพราะตอนที่เรแต่งงานเราก็คิดว่าแล้วที่เราจะต้องมีลูกกันเลย”

(กลุ่มที่ 3: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 9 อายุ 34 ปี)

“รู้สึกว่ายากมี คือแต่งงานก็ควรที่จะมีลูก ครอบครัวจะได้เป็นครอบครัว เพราะจากที่ดูคนที่เค้ามีลูกเค้าก็ดูมีความสุขดีนะ”

(กลุ่มที่ 3: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 10 อายุ 38 ปี)

“ลูกคือจุดศูนย์รวมของครอบครัว ทำให้ครอบครัวสมบูรณ์ และลูกคือความสุขตัวเองไม่เคยคุมกำเนิดเลย เพราะว่าอยากมีลูกให้เร็วที่สุด”

(กลุ่มที่ 3: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 11 อายุ 41 ปี)

“ความสมบูรณ์ของครอบครัว เหมือนมีเพื่อนอยู่ด้วย หลังแต่งงานก็ตั้งใจจะมีบุตรเลยทันที”

(กลุ่มที่ 3: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 12 อายุ 31 ปี)

“เป็นส่วนเติมเต็ม ความเป็นครอบครัวให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นไป”

(กลุ่มที่ 3: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 13 อายุ 38 ปี)

“ไม่มีลูกทำให้รู้สึกเหงา เลยคิดว่าถ้ามีลูกน่าจะช่วยให้หายเหงาได้ เลยอยากมีลูก เพราะเห็นคนรอบตัวมีลูกแล้วมีความสุขกันมาก เลยตัดสินใจไม่คุมกำเนิด หลังแต่งงานก็ปล่อยให้ตามธรรมชาติเลย”

(กลุ่มที่ 3: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 14 อายุ 41 ปี)

#### 4) สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอื่นๆ และไม่เคยเข้ารับการรักษากារมีบุตรยาก

“การมีลูกก็น่าจะดี แต่ไม่มีก็ได้ไม่ได้มีปัญหาอะไรเพราะครอบครัวก็สมบูรณ์ดี จริงๆแฟนที่อยากมีแต่พี่เฉยๆ ก็เลยปล่อยให้ตามธรรมชาติ ถ้ามีก็แสดงว่าเค้าอยากมาเป็นลูกเรา ก็โอเคนะ”

(กลุ่มที่ 4: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 3 อายุ 37 ปี)

“โดยส่วนตัวกับสามีคิดว่า ถ้ามีลูกครอบครัวเราจะสมบูรณ์มากขึ้น จึงตัดสินใจที่จะมีบุตร  
ทันทีหลังแต่งงาน แต่เนื่องจากงานไม่สามารถลาได้จึงไม่สามารถไปรักษาได้”

(กลุ่มที่ 4: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 4 อายุ 32 ปี)

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ผู้ให้สัมภาษณ์ทั้งหมด 28 ราย โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม  
ได้แก่ 1) สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและเคยเข้ารับการรักษากារมีบุตรยาก  
2) สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและไม่เคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก 3) สตรีที่  
มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอื่นๆ และเคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก และ 4) สตรีที่มีบุตรยากที่  
อาศัยอยู่ในจังหวัดอื่นๆ และไม่เคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก ซึ่งแต่ละกลุ่มมีความคิดเรื่องการมี  
บุตรและการวางแผนการมีบุตร ที่มีทั้งความเหมือนและความแตกต่างกัน กล่าวคือ การมีบุตรคือการ  
ทำให้ครอบครัวมีความสมบูรณ์ เนื่องจากการมีบุตรนั้นเป็นการเติมเต็มครอบครัว และบุตรคือเพื่อนที่  
จะทำให้ความเหงานั้นลดลง จะเหมือนกันทั้งกลุ่มที่รักษาและไม่รักษา แต่ในกลุ่มที่เข้ารับการรักษาคือ  
กลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 3 จะมีความคิดว่าการมีบุตรนั้นคือหน้าที่เพื่อตอบสนองความต้องการทายาทเพื่อ  
สืบสกุล และการมีบุตรยังเป็นการเพิ่มความสัมพันธ์ที่ดีภายในครอบครัวให้มั่นคงและมีความผูกพัน  
มากยิ่งขึ้น และมีการวางแผนที่ชัดเจนว่าต้องการมีลูก เพื่อที่จะสามารถช่วยให้การมีบุตรเป็นตาม  
ที่ต้องการ ในขณะที่กลุ่มที่ 2 และ 4 จะมีความคิดว่าการมีบุตรเป็นเรื่องที่สำคัญต่อครอบครัวเช่นกัน  
แต่จะให้ความสำคัญกับการมีบุตรเองตามธรรมชาติ หรือการให้ความสำคัญของการมีบุตรที่น้อยกว่า  
คือถ้ามีเองตามธรรมชาติก็ดี แต่ถ้าไม่มีก็ไม่ใช่ไรครอบครัวก็ยังสามารถดำเนินความสัมพันธ์ไป  
ได้ อีกทั้งความต้องการมีบุตรของกลุ่มที่ไม่ไปรักษามากเป็นความต้องการของคู่สมรสเพียงฝ่ายใดฝ่าย  
หนึ่ง ทำให้ความพยายามที่จะรักษาไม่สูงมากพอ หรือไม่สามารเข้ารับการรักษาได้ เพราะการรักษา  
ต้องได้รับความร่วมมือจากคู่สมรส ทั้งฝ่ายชายและฝ่ายหญิง หรือการประเมินคุณค่าบุตรเปรียบเทียบ  
การทำงาน การรักษาที่อาจทำให้ต้องหยุดงาน ก็อาจทำให้เลือกที่จะไม่รักษา ที่อาจมีการให้  
ความสำคัญกับงานมากกว่า จึงเน้นการวางแผนมีบุตรแต่ต้องมีโดยไม่กระทบกับการทำงาน

### 5.2.2 จำนวนปีที่สมรส

การศึกษาประเด็น “จำนวนปีที่สมรส” สามารถวิเคราะห์และสรุปสาระสำคัญจากการ  
สัมภาษณ์เชิงลึก โดยผู้วิจัยแบ่งผู้ให้ข้อมูลออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล	คำสำคัญ	สาระสำคัญที่สรุปได้จากข้อมูล
1. สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัย อยู่ในกรุงเทพมหานคร และเคยเข้ารับการ	- รอมหลายปี - กังวลใจ	- รอให้มีเองตามธรรมชาติมา 2-3 ปี แล้วยังไม่มี แสดงว่าต้องมีอะไร ผิดปกติ ไม่น่าจะมีเองได้แล้ว

รักษาการมีบุตรยาก	- รอไม่ไหวแล้ว	
2.สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและไม่เคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก	- เพิ่งแต่ง - รอได้ น่าจะมีเองได้ - ร่างกายแข็งแรง	- แต่งงานมาแค่ 3 ปี ซึ่งยังเป็นระยะเวลาที่น้อย น่าจะยังสามารถรอให้มีเองตามธรรมชาติได้
3.สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอื่นๆและเคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก	- การมีลูกต้องรอระยะหนึ่ง - นานกว่านี้จะมีลูกไม่ได้	- การรอมานาน 5 ปีน่าจะเหมาะสม หากนานกว่านี้จึงจะแสดงว่ามีลูกเองไม่ได้
4.สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอื่นๆและไม่เคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก	- อายุยังน้อย	- อายุแรกสมรสยังน้อย รอได้ การรอให้มีเองหลังจากแต่งงานมา 2-3 ปีเป็นเรื่องปกติ

จากตารางการวิเคราะห์ประเด็น “จำนวนปีที่สมรส” ผู้วิจัยได้ศึกษาวิเคราะห์และสรุปสาระสำคัญจากการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีรายละเอียดของผลการสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

#### 1) สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและเคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก

“ปล่อยเองตามธรรมชาติมาประมาณ 2 ปีแล้วแต่ยังไม่มี เลยเริ่มกังวลใจและตัดสินใจไปรักษา”

(กลุ่มที่ 1 : สตรีมีบุตรยาก คนที่ 3 อายุ 33 ปี)

“ตัวเองอยากมี อยากไปรักษาแต่สามีบอกว่ายังไม่ต้องรักษา ก็เลยปล่อยธรรมชาติอยู่ 3 ปีจึงตัดสินใจว่าต้องไปรักษาแล้ว เพราะพี่รอไม่ไหวแล้ว”

(กลุ่มที่ 1 : สตรีมีบุตรยาก คนที่ 5 อายุ 36 ปี)



## 2) สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและไม่เคยเข้ารับการรักษากារมีบุตรยาก

“ตอนแต่งงานอายุ 36 ปี แต่พี่ปล่อยธรรมชาติ ยังไม่ไปรักษา เพราะพี่เพิ่งแต่งงานได้แค่ 3 ปีและไปตรวจร่างกายทั่วไป หมอบอกว่าแข็งแรงดี เลยคิดว่าน่าจะทำได้เอง”

(กลุ่มที่ 2 : สตรีมีบุตรยาก คนที่ 3 อายุ 39 ปี)

## 3) สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอื่นๆ และเคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก

“พี่รอมา 9 ปีถึงตัดสินใจไปรักษา เพราะตอนแรกแต่งงาน อายุ 26 ปี คือคิดว่าน่าจะอายุน้อยมาก มีเองได้ ปล่อยธรรมชาติจนมาอายุ 35 ปีเริ่มมีความกดดันจากครอบครัวและตัวเองก็เริ่มกังวลใจก็เลยไปรักษา”

(กลุ่มที่ 3: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 4 อายุ 39 ปี)

“พี่แต่งงาน 29 อายาก็ปล่อยเลย คิดว่าอายุ 29 ปีไม่เยอะ รอมาเรื่อยๆ จนอายุ 33-34 ปี เลยมาคุยกับสามีว่าไม่น่าจะไหวแล้ว นานเกินไป ต้องไปรักษาแล้ว”

(กลุ่มที่ 3: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 11 อายุ 41 ปี)

“พี่ไปรักษาตอนอายุ 34 ปี รอมา 5 ปี เพราะต้องไปรักษาที่เชียงใหม่ และญาติก็บอกว่ารอนานเกินไปแล้ว ตั้ง 5 ปี ยังไม่มี ถ้าช้ากว่านี้ ก็จะไม่มีหรือรักษาก็ไม่มี เลยตัดสินใจไปรักษาที่เชียงใหม่”

(กลุ่มที่ 3: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 14 อายุ 41 ปี)

## 4) สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอื่นๆ และไม่เคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก

“พี่แต่งงานอายุ 27 อายุยังน้อย ก็น่าจะทำได้ เลยรอไปก่อน เพราะน่าจะทำได้”

(กลุ่มที่ 4: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 1 อายุ 37 ปี)

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้สัมภาษณ์ทั้งหมด 28 ราย โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและเคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก 2) สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและไม่เคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก 3) สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอื่นๆและเคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก และ 4) สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอื่นๆและไม่เคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก พบว่าผู้ที่เข้ารับการรักษาทั้งในกรุงเทพมหานครและภาคอื่นๆ จะเป็นกลุ่มที่คิดว่าได้มีการรอโดยปล่อยให้การมีบุตรเป็นธรรมชาติมา

ระยะหนึ่งแล้ว ซึ่งคิดว่าไม่น่าจะมีเองได้แล้วจึงไปรักษา แต่ก็พบความแตกต่างระหว่างคนที่อยู่ในกรุงเทพมหานครและภาคอื่นๆ คือ คนที่เข้ารับการรักษาในกรุงเทพมหานครจะคิดว่าหากแต่งมา 2 ปีหรือปล่อยให้มีเองตามธรรมชาติมา 2 ปีแล้วยังไม่มีลูก ก็น่าจะไม่สามารถมีเองได้ ในขณะที่คนที่อยู่ภาคอื่น จะรอนานกว่า คือประมาณ 5-9 ปี จึงตัดสินใจไปรักษา จึงมีความแตกต่างกันในจำนวนปีที่สมรสหรือจำนวนปีที่ปล่อยตามธรรมชาติที่แตกต่างกัน ในขณะที่คนที่ไม่รักษาทั้งในกรุงเทพมหานครและภาคอื่นๆ จะไม่ค่อยให้ความสำคัญกับจำนวนปีที่แต่ง แต่จะคิดว่าการรอ 2-3 ปีแล้วก็จะมีการมีลูกได้เองเป็นเรื่องปกติ โดยมีรายละเอียดของผลการสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

### 5.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและยังไม่ได้นำมาใช้ในการวิเคราะห์เชิงปริมาณ

#### 5.3.1 ความหมายของการมีบุตรยาก การรับรู้ และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการมีบุตรยาก

การศึกษาประเด็น “ความหมายของการมีบุตรยาก การรับรู้ และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการมีบุตรยาก” สามารถวิเคราะห์และสรุปสาระสำคัญจากการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยผู้วิจัยแบ่งผู้ให้ข้อมูลออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล	คำสำคัญ	สาระสำคัญที่สรุปได้จากข้อมูล
1.สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและเคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ถ้าไม่คุมกำเนิดแล้วไม่มีแสดงว่ามีบุตรยาก</li> <li>- ปัญหาสุขภาพทำให้มีบุตรยาก</li> <li>- คิดว่าการมีบุตรยากเป็นโรค</li> <li>- การรักษาทำให้มีบุตรได้ แพทย์ปัจจุบันมีความเชี่ยวชาญ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การมีบุตรยากหมายถึงคนที่แต่งงานแล้วไม่คุมกำเนิด 2-3 ปีแล้วยังไม่มีลูก</li> <li>- การมีบุตรยากเกิดจากความเครียด</li> <li>- การมีบุตรยาก เกิดจากความไม่สมบูรณ์ของอวัยวะในร่างกาย เช่น ผนังมดลูกบาง ไข่ไม่โต ทำให้ไม่สามารถมีบุตรได้ ต้องรักษา</li> <li>- แพทย์แผนปัจจุบันมี</li> </ul>

		ความก้าวหน้า มีความปลอดภัยสูง
2.สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและไม่เคยเข้ารับการรักษากារมีบุตรยาก	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การมีบุตรยากเกิดกับคนที่ร่างกายไม่ปกติ</li> <li>- มีบุตรยากไม่ใช่โรค</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ความอ้วนเป็น 1 ในสาเหตุที่ทำให้เกิดการมีบุตรยาก</li> <li>- การมีบุตรยากไม่ใช่โรค แต่น่าจะเป็นเรื่องเกี่ยวกับร่างกายของแต่ละบุคคล</li> </ul>
3.สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอื่นๆ และเคยเข้ารับการรักษากារมีบุตรยาก	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อายุที่เพิ่มมากขึ้น</li> <li>- การมีบุตรยากคือโรค</li> <li>- อายุและระบบสืบพันธุ์ผิดปกติทำให้มีบุตรยาก</li> <li>- การรักษาจะทำให้มีบุตรได้ หรือการมีบุตรยากรักษาได้โดยแพทย์</li> <li>- แต่งมานาน/พยายามมีลูกมานานยังไม่มี</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การมีบุตรเองตามธรรมชาติมีข้อจำกัดเรื่องอายุ หากเลยอายุหนึ่งไปจะมีลูกยาก</li> <li>- การมีบุตรยากถือเป็นโรค แต่ว่าสามารถรักษาให้หายได้หากไปพบแพทย์</li> <li>- การมีบุตรยากเกิดจากการที่ร่างกายไม่ปกติ</li> </ul>
4.สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอื่นๆและไม่เคยเข้ารับการรักษากារมีบุตรยาก	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การมีบุตรยากเกี่ยวข้องกับความไม่สมบูรณ์ของร่างกาย ที่ต้องรอเวลา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ความไม่พร้อมของร่างกาย ทำให้ยังไม่สามารถมีบุตรได้ตามต้องการ การมีบุตรต้องรอเวลา</li> </ul>

จากตารางการวิเคราะห์ประเด็น “ความหมายของการมีบุตรยาก การรับรู้ และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการมีบุตรยาก” ผู้วิจัยได้ศึกษาวิเคราะห์และสรุปสาระสำคัญจากการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีรายละเอียดของผลการสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

#### 1) สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและเคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก

“ถ้าถามว่าเป็นโรคมัย ก็น่าจะใช่เนาะ เพราะว่าเวลาที่ตัดสินใจหาหมอ หมอที่เก่งเรื่องรักษามี บุตรยากเลยเพราะคิดว่าน่าจะรักษาได้ เคื่ก็บอกว่าบางคนมียากเพราะเป็นซิส หรือรังไข่ไม่สมบูรณ์ หรือมดลูกไม่แข็งแรง เชื่อไม่แข็งแรงด้วย ก็พอไปตรวจถึงรู้ว่าสามีเชื่อไม่แข็งแรง เท่านั้นแหละ เลยรู้ ว่าเรากินยาสมุนไพรยังงี้ก็ไม่ท้อง สงสัยกินผิดคน (หัวเราะ)”

(กลุ่มที่ 1 :สตรีมีบุตรยาก คนที่ 2 อายุ 36 ปี)

“อย่างเรานะ หมอบอกว่าผนังมดลูกบาง ก็จะทำให้มียากกว่าปกติ แต่ก็มีได้ หมอก็เลยให้ รักษา เพราะตอนแรกพอแต่งงานก็พยายามมีเองก่อน เพราะรู้สึกว่าจะยังมีได้ก็ไม่ได้คุมกำเนิด เลย แต่รอมาปีกี่ยังไม่ มี แฟนก็เลยให้ลองไปหาหมอ เพราะยังไม่มีสักที”

(กลุ่มที่ 1 :สตรีมีบุตรยาก คนที่ 3 อายุ 33 ปี)

“ก็เป็นโรคนะ พี่ว่าพวกนี้มันถ่ายทอดพันธุกรรมอะ ถ้าที่บ้านเคยมีประวัติเราก็อาจจะมียาก เหมือนกัน แต่ของพี่ พี่ว่ามาจากความเครียด เพราะแฟนพี่ทำงานหนัก แล้วพี่ก็เมนส์มาไม่ตรงกันอะ น่าจะเกี่ยวนะ”

(กลุ่มที่ 1 :สตรีมีบุตรยาก คนที่ 5 อายุ 36 ปี)

## 2) สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและไม่เคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก

“ไม่น่าจะใช้โรคนะ แต่น่าจะเป็นเกี่ยวกับพวกการดูแลร่างกายเรามากกว่า อย่างที่อ่านๆมา เคื่บอกว่าถ้าอ้วนมากก็อาจจะทำให้มีลูกยาก ก็อาจจะจริง เพราะพี่อ้วน”

(กลุ่มที่ 2 :สตรีมีบุตรยาก คนที่ 1 อายุ 38 ปี)

“การมีบุตรยากไม่ถือว่าเป็นโรค แต่เป็นสภาวะที่ไม่พร้อมจะมีบุตร สำหรับพี่การมีบุตรยาก ของพี่น่าจะเกิดจากความเครียด แล้วก็น่าจะสุขภาพไม่แข็งแรง เลยไม่มีลูกสักที”

(กลุ่มที่ 2: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 2 อายุ 39 ปี)

“มีบุตรยากไม่ได้เป็นโรคหรอกนะพี่ว่า เพราะอย่างพี่ก็ไม่ได้รู้สึกว่ามีความผิดปกติอะไร แค่ ยังไม่ท้องเฉยๆ อายุ 30-35 ก็น่าจะยังมีได้”

(กลุ่มที่ 2: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 3 อายุ 40 ปี)

## 3) สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอื่นๆและเคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก

“พี่ว่าคนที่มึนบทรยากก็เป็นโรคนั้นแหละ เลยมีไม่ได้ พวกกระบบสืบพันธุ์ผิดปกติ ทำนองนี้นะ แต่มันเป็นโรคที่รักษาได้แต่ต้องหาหมอ ของพี่พี่ว่าเป็นเพราะอายุเยอะ ก็เลยอาจจะมึนยากไป”

(กลุ่มที่ 3: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 2 อายุ 38 ปี)

“การมีบุตรยาก ถ้าถามหนู หนูว่าเป็นโรคนะคะ ต้องหาหมอให้หมอช่วยให้มีลูกได้ อย่างหนูเองเลยนะ มีปัญหาที่มดลูก ก็เลยไม่มีลูก ต้องแก้ปัญหานั้นมดลูกก่อน ค่อยรักษาการมีบุตรยาก”

(กลุ่มที่ 3: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 3 อายุ 34 ปี)

“จริงๆน่าจะเกี่ยวกับความเครียดมากกว่า เพราะว่าอย่างสามมีพี่ก็เครียดมากจากการทำงาน พี่เคยอ่านนะ ถ้าเครียดก็จะทำให้เชื้อไม่แข็งแรงเท่าไร ก็อาจจะเกี่ยว และที่น่าจะมีผลเพราะว่าพี่อายุเยอะด้วยมั้ง เลยทำให้มียากกันไปใหญ่”

(กลุ่มที่ 3: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 4 อายุ 39 ปี)

“ปัจจัยอะไรสักอย่างที่มาทำให้ยังมีลูกไม่ได้ ถ้าไปหาหมอก็อาจจะทำให้รู้วิธีที่มีลูกได้ เพราะอย่างตัวพี่เองก็รู้สึกว่าจะมีลูกยากหน่อยละ เพราะว่าพี่อายุเริ่มเยอะ 31 แล้วนะ แม่ของพี่มีตั้งแต่ 23 เอง”

(กลุ่มที่ 3: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 6 อายุ 31 ปี)

“คิดว่าเป็นโรคนะ เพราะมันเหมือนมีความผิดปกติในร่างกาย ทำให้เรามีลูกเองไม่ได้ ต้องให้หมอช่วย เพราะอย่างหญิง ที่ไม่มีลูกเพราะไปตรวจแล้วถึงรู้ว่ามดลูกคว่ำ เลยทำให้มีบุตรยาก และก็มีฝังผิดในผนังมดลูกด้วย ก็เลยคิดว่ามันก็คือโรคนั้นแหละ ที่ต้องหาหมอ”

(กลุ่มที่ 3: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 9 อายุ 34 ปี)

“การมีบุตรยากก็ถือเป็นโรคแบบหนึ่งเหมือนกัน แต่แค่มันมีสาเหตุได้หลายสาเหตุ อย่างตัวพี่เอง น่าจะเกิดจากมดลูกทำงานผิดปกติ ทำให้พี่มีลูกไม่ได้ พี่น่าจะมึนยากตั้งแต่อายุ 33 เพราะว่าแต่งงานตั้งแต่อายุ 28 จนอายุ 33 ก็ยังไม่มีลูกเลย”

(กลุ่มที่ 3: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 11 อายุ 41 ปี)

“ตัวพี่เองพี่คิดว่าตัวเองมีลูกยาก เพราะพี่เองพยายามมาตั้งแต่อายุ 30 คือพยายามมากนะทุกทางเท่าที่ทำได้เลย แต่ก็ไม่มีสักที”

(กลุ่มที่ 3: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 13 อายุ 38 ปี)

#### 4) สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอื่นๆ และไม่เคยเข้ารับการรักษากการมีบุตรยาก

“ไม่ใช่โรคหрок แต่อาจจะยังไม่ถึงเวลาที่จะมีลูก ก็เลยยังมีไม่ได้แค่นั้นเอง นี่ก็รอเวลานานะ เพราะตั้งแต่แต่งงานมาก็ไม่เคยกำเนิดเลย แต่ก็ไม่มี”

(กลุ่มที่ 4: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 1 อายุ 37 ปี)

“ไม่น่าจะใช้โรคอะไรนะ แต่ว่าต้องให้หมอแนะนำมัย หนูก็ไม่แน่ใจ แต่อย่างตัวหนูก็ปกติดีทุกอย่างเลยนะ ไม่มีอะไรเลย ไปหาหมอ หมอก็อ่าหนูแข็งแรงดี หนูก็อยากมีลูกมานานละตั้งแต่แต่งงาน แต่ยังไงก็ไม่มี หรือว่าจะเป็นที่แฟน เพราะพี่เค้าอายุมากกว่าตั้ง 13 ปี ทำงานก็หนัก กินเหล้าสูบบุหรี่ก็เยอะ ก็เป็นไปได้เนอะ แต่ว่าแฟนไม่ยอมไปรักษา ก็เลยไม่รู้ว่าจะมัย”

(กลุ่มที่ 4: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 2 อายุ 29 ปี)

“การมีบุตรยากไม่ใช่โรคอะไรนะ แต่เป็นแค่ภาวะของร่างกายที่ยังไม่สามารถมีลูกได้ ความเครียดและความผิดปกติของร่างกายมากกว่าที่น่าจะเป็นสาเหตุ ถ้า 40 ปียังไม่มัยลูกนี่ละน่าจะมีบุตรยาก”

(กลุ่มที่ 4: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 3 อายุ 40 ปี)

“ไม่น่าจะใช้โรคอะไรนะคะ เป็นแค่ฮอร์โมนในร่างกายไม่ปกติมากกว่า สาเหตุเท่าที่อ่านๆมามันก็เป็นได้หลายอย่างมากเลย”

(กลุ่มที่ 4: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 4 อายุ 32 ปี)

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ผู้ให้สัมภาษณ์ทั้งหมด 28 ราย โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและเคยเข้ารับการรักษากการมีบุตรยาก 2) สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและไม่เคยเข้ารับการรักษากการมีบุตรยาก 3) สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอื่นๆ และเคยเข้ารับการรักษากการมีบุตรยาก และ 4) สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอื่นๆ และไม่เคยเข้ารับการรักษากการมีบุตรยาก โดยกลุ่มที่เข้ารับการรักษากจะมี ความเข้าใจเกี่ยวกับการมีบุตรยากที่ถูกต้องมากกว่า คือจะเข้าใจว่าหากไม่สามารถมีบุตรเองได้ใน ระยะ 2-3 ปีแสดงว่ามีความเสี่ยงที่จะมีบุตรยาก อีกทั้งยังมองว่าการมีบุตรยากเป็นโรคที่ต้องได้รับการ รักษา และการรักษากสามารถทำให้หายหรือสามารถมีบุตรได้ อีกทั้งปัจจุบันความก้าวหน้าทาง การแพทย์มีสูงทำให้การรักษากมีโอกาศที่จะประสบความสำเร็จสูง

ในขณะที่กลุ่มที่ไม่เข้ารับการรักษากจะมองว่าการมีบุตรยาก ต้องเป็นคู่สมรสที่แต่งงานมานาน แล้วและยังไม่สามารถมีบุตรเองได้ อายุที่แต่งงานที่ประมาณ 30-35 ปีน่าจะยังสามารถมีลูกได้เอง มีบุตรยากน่าจะมากกว่า 40 ปี และการมีบุตรเป็นเรื่องของความแข็งแรงของร่างกาย ถ้าทั้งผู้ชายและ

ผู้หญิงตรวจสุขภาพแล้วปกติ ก็น่าจะสามารมีลูกได้เองโดยไม่ต้องไปรักษา แต่รอเวลาที่ร่างกายพร้อม ซึ่งเป็นความเข้าใจที่ผิดว่าถ้าร่างกายปกติก็จะมีภาวะการมีบุตรยาก และการรักษาการมีบุตรยากก็ไม่ขึ้นกับอายุ เพราะรักษาเมื่อไหร่ก็น่าจะได้ผลเท่ากัน เพราะไม่ใช่การมีลูกตามธรรมชาติ

### 5.3.2 ปัจจัยด้านสถานบริการข้อมูลด้านการรักษา

การศึกษาประเด็น “ปัจจัยด้านสถานบริการข้อมูลด้านการรักษา” สามารถวิเคราะห์และสรุปสาระสำคัญจากการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยผู้วิจัยแบ่งผู้ให้ข้อมูลออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล	คำสำคัญ	สาระสำคัญที่สรุปได้จากข้อมูล
1.สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและเคยเข้ารับการรักษากการมีบุตรยาก	- แพทย์มีความเชี่ยวชาญและมีชื่อเสียง - การศึกษาข้อมูลก่อนการตัดสินใจรักษา	- การตัดสินใจรับการปรึกษาจากแพทย์ เนื่องจากแพทย์มีความเชี่ยวชาญในการรักษาการมีบุตรยากและรักษาที่จะมีโอกาสประสบความสำเร็จสูง  - ก่อนตัดสินใจเข้ารับการรักษาก็มีการหาข้อมูลเยอะมาก เพื่อที่จะได้รักษาในสถานพยาบาลเฉพาะทางที่มีความเชี่ยวชาญในการรักษา
2.สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและไม่เคยเข้ารับการรักษากการมีบุตรยาก	- แพทย์ทั่วไป - การศึกษาข้อมูลด้วยตนเอง - คำแนะนำของแพทย์	- การเข้ารับการปรึกษาแพทย์ทั่วไปเพียงพอที่จะอาจทำให้ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการตั้งครรภ์  - การรักษากับแพทย์มีค่าใช้จ่ายสูงจึงเลือกศึกษาวิธีการรักษาเองจากอินเทอร์เน็ต

		- คำแนะนำของแพทย์มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษา
3.สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอื่นๆและเคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อยากมีบุตรจึงปรึกษาแพทย์</li> <li>- แพทย์ให้คำแนะนำที่ดี</li> <li>- เดินทางสะดวก</li> <li>- แพทย์ที่เชี่ยวชาญมักจะมีอยู่ไกลจากที่อยู่ปกติ</li> <li>- ศึกษาข้อมูลด้วยตนเอง</li> <li>- มีผู้แนะนำสถานพยาบาล</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การเข้ารับการรักษาแพทย์เฉพาะทางเนื่องจากมีความต้องการมีบุตรและมีความคาดหวังว่าแพทย์เฉพาะทางจะช่วยให้มีบุตรได้</li> <li>- ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่เพื่อเข้ารับการรักษาด้วยตนเอง เพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกสถานพยาบาลที่มีชื่อเสียง หรือมีผู้แนะนำ</li> </ul>
4.สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอื่นๆและไม่เคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีเวลาที่จะปรึกษา</li> <li>- แล้วยังไม่มีที่รักษา</li> <li>- ราคาแพง</li> <li>- ศึกษาข้อมูลในอินเทอร์เน็ต</li> <li>- ไปพบแพทย์ทั่วไป</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การทำงานหนักทำให้ไม่มีเวลาไปเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก และการรักษาต้องเดินทางไกล</li> <li>- ไปพบแพทย์ทั่วไปและคำแนะนำของแพทย์มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษา</li> </ul>

จากตารางการวิเคราะห์ประเด็น “ปัจจัยด้านสถานบริการข้อมูลด้านการรักษา” ผู้วิจัยได้ศึกษาวิเคราะห์และสรุปสาระสำคัญจากการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีรายละเอียดของผลการสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

#### 1) สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและเคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก

“เลือกไปคลินิกเฉพาะทางเลย แอบแพงนะ แต่พี่เค้าบอกไปเถอะ ก็ไปกัน”

(กลุ่มที่ 1 :สตรีมีบุตรยาก คนที่ 3 อายุ 33 ปี)



“รอสักพักแล้วไม่มีพี่ก็ไปรามาเลย เพราะพี่ว่าหมอนี่นี้เค้าดี แล้วราคาก็ไม่แพง”

(กลุ่มที่ 1 :สตรีมีบุตรยาก คนที่ 5 อายุ 36 ปี)

## 2) สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและไม่เคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก

“ตอนแรกก็หาข้อมูลเองก่อน ข้อมูลในกูเกิ้ลเรื่องมีลูกยาก สักพักก็ไปปรึกษาหมอ เพราะว่าอยากมีลูก ก็เลยไปคลินิกแพทย์ทั่วไปใกล้บ้าน”

(กลุ่มที่ 2 :สตรีมีบุตรยาก คนที่ 1 อายุ 38 ปี)

“ก็ไปตรวจนะ เรียกว่าไปปรึกษามั้ยหละ แต่ไปตรวจร่างกายกับหมอนี่ไปนะไม่ได้ไปรักษาอะไร หมอก็บอกว่าร่างกายปกติทุกอย่างก็เลยไม่ได้กังวลอะไร แต่ที่ไปตรวจ เพราะสงสัยว่าพี่กับสามีร่างกายปกติดีมั้ย เพราะยังงี้ก็ไม่มีลูก”

(กลุ่มที่ 2: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 2 อายุ 39 ปี)

“ก็เคยไปหาหมอแบบที่รักษาทั่วไป แต่ไม่ใช่พวกที่รักษามีบุตรยากนะ ก็ไปถาม ไปตรวจร่างกายทั่วไป หมอก็บอกว่าร่างกายแข็งแรง ไม่ได้แนะนำให้รักษา”

(กลุ่มที่ 2: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 3 อายุ 39 ปี)

## 3) สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอื่นๆและเคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก

“ไปปรึกษาที่คลินิกรักษามีลูกยากที่หาดใหญ่ เพราะว่าอายุเยอะแล้ว แล้วก็อยากมีลูกแล้วก็เลยไปหาหมอ”

(กลุ่มที่ 3: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 2 อายุ 38 ปี)

“ไปหาหมอตตอนที่แต่งงานมา 1-2 ปี ช่วงอายุ 30-31 ปี ประมาณนั้น ไปหาที่คลินิกหมอสมนึกที่หาดใหญ่ มีแต่คนว่าหมอนี่นี้เก่งรักษาให้มีลูกได้ เพราะตอนนั้นอยากมีลูกมากเลย ก็พอมมีคนแนะนำมาก็รีบไปหาเลย”

(กลุ่มที่ 3: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 3 อายุ 34 ปี)

“ตอนอายุ 33 ปีก็ไปตรวจนะ เพราะว่าตอนนั้นอยากมีลูก ก่อนไปก็อ่านหนังสือ ดูข้อมูลจากเว็บไซต์ ก็คุยกันแล้วก็ตัดสินใจไปโรงพยาบาลบีแคร์ที่กรุงเทพฯ ไปหาหมอนี่เพราะเค้าแนะนำกันมาว่าดี”

(กลุ่มที่ 3: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 4 อายุ 39 ปี)

“ไปตรวจมาค่ะ ตอนแรกไปหาหมอที่โรงพยาบาลพญาไท 3 ก่อน ก็ไปปรึกษา จะได้ว่าที่ไม่มีลูก เพราะติดปัญหาอะไร เพื่อนบอกว่าที่นี่รักษาดี ตอนที่เพื่อนไปก็รักษาจนมีลูกได้”

(กลุ่มที่ 3: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 5 อายุ 37 ปี)

“ตอนแรกก็หาข้อมูลเองก่อน ในเว็บไซต์นี้แหละ ก็หาไปแล้วก็พยายามไป แล้วก็สังเกตอาการตัวเอง ตามที่เขาบอกด้วย แต่ปล่อยมาจะปีแล้วยังไม่มีลูกเลยก็เลยตกลงกับแฟนว่าจะไปหาหมอกัน ก็ไปที่โรงพยาบาลมหาราชนีแหละ เพราะว่าพี่มีเพื่อนที่เป็นหมอสตรี ก็แนะนำให้ไปปรึกษา”

(กลุ่มที่ 3: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 6 อายุ 31 ปี)

“เมื่อไม่นานมานี้ก็นัดหมอนะคะ ไปที่รามมา เคื่บอกกันว่าหมอก่ง ไปปรึกษาก่อนว่ามันยังงั่เกิดอะไรขึ้นถ้าต้องรักษาก็ว่าจะรักษาเลย”

(กลุ่มที่ 3: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 7 อายุ 30 ปี)

“ไปคลินิกที่พิษณุโลกนี้แหละ หมอกก็ก่งอยู่นะ ได้ยินคนอื่นพูดมาว่ารักษาเก่ง แล้วตอนนั้นก็อยากมีลูกมากก็เลยไม่ได้ลังเลอะไรมาก ก็ไปเลย”

(กลุ่มที่ 3: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 8 อายุ 34 ปี)

“แต่งงานแล้วก็ไปหาหมอเลยนะ ไปที่โรงพยาบาลมหาลัยนเรศวร เคื่บมีที่รักษามีบุตรยากด้วยนะ เมื่อก่อนเรียนที่นั่นก็ไม่เคยรู้เลย ตอนนั้นอายุ 28 แต่ก็อยากไปเลย”

(กลุ่มที่ 3: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 9 อายุ 34 ปี)

“ตอนอายุ 35 ก็เริ่มคิดละว่าน่าจะมียากก็เลยตัดสินใจไปหาหมอ ไปให้หมอตตรวจก่อน ตอนนั้นไปศิริราช ที่กรุงเทพ เพราะว่าชื่อเสียงเขาดีอยู่แล้วเนอะ โรงพยาบาลนี้ แล้วก็น่าจะไม่แพงมาก ญาติที่ทำงานที่นั่นก็แนะนำก็เลยไปหาหมอ”

(กลุ่มที่ 3: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 11 อายุ 41 ปี)

“ก็ไปปรึกษาที่รามมา เพราะสงสัยว่าทำไมไม่ท้องสักที เพราะไม่ได้คุมกำเนิด อายุก็ยังไม่เยอะ น่าจะพอมีลูกเองได้ แต่ก็ไม่มี เลยตัดสินใจไปหาหมอเลยจะรู้กันไปว่าเพราะอะไรแล้วต้องทำงั่”

(กลุ่มที่ 3: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 12 อายุ 31 ปี)

“ไปคลินิกหมอพิเศษ ที่นี้เค้าตั้งเรื่องรักษาให้มีลูกนะ เพื่อนๆคนรู้จักก็แนะนำ ไม่อยากรอแล้ว อายุมากขึ้นเรื่อยๆก็ตัดสินใจไปรักษาดีกว่า เดี่ยวยิ่งอายุมากก็จะยิ่งไปกันใหญ่”

(กลุ่มที่ 3: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 13 อายุ 38 ปี)

“ก็พอหาหมอก็รักษาเลยนะ ไม่อยากรอแล้ว หมอบอกอยู่ว่าต้องรีบรักษาจะได้มีโอกาสสำเร็จเพิ่มขึ้น ก็เลยตัดสินใจรักษาเลย”

(กลุ่มที่ 3: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 3 อายุ 34 ปี)

“ตอนไปปรึกษาหมอก็ให้คำแนะนำดี แล้วก็อยู่ใกล้บ้านน่าจะเดินทางสะดวก”

(กลุ่มที่ 3: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 6 อายุ 31 ปี)

#### 4) สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอื่นๆและไม่เคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก

“ไม่ไปปรึกษาหรอก ไม่มีเวลา เพราะว่างานเยอะมาก ลางานที่ก็ลำบาก ก็หาข้อมูลในเน็ต เอานะ ลองนับวันกันเอง ลองพยายามกันเอง ทำเท่าที่ทำได้ เรื่องรักษาไม่ต้องพูดถึงเลย แพง ไม่น่าไหว”

(กลุ่มที่ 4: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 1 อายุ 37 ปี)

“ก็ไปหาหมอมานะ แต่ว่าเป็นหมอที่รักษาผู้หญิงเฉยๆ แถวบ้านไม่มีที่รักษาแบบที่ตรงๆเลย ถ้าจะหาหมอก็ต้องนั่งรถออกไปไกล ทำได้ก็แค่ไปหาหมอแถวบ้านนี่แหละ ก็ถามเค้า เค้าก็ว่าหนูแข็งแรงดี แต่แฟนหนูไม่ยอมไปหาด้วย ทำยังไงก็ไม่ยอมไป หนูว่าจริงๆที่ไม่มีโอกาสจะเป็นเพราะแฟน หนูรีเปล่า”

(กลุ่มที่ 4: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 2 อายุ 29 ปี)

“ศึกษาหลายอย่างก่อน ก็ต้องดูความพร้อม เพราะบอกกันว่าแพง เราก็ต้องแน่ใจก่อนว่ารักษาได้ แต่ใจเรารู้แล้วแหละว่าเราน่าจะท้องยาก เพราะเราอายุมาก”

(กลุ่มที่ 4: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 3 อายุ 40 ปี)

“ไม่ได้ไปปรึกษาอะ เพราะว่าทำงานเยอะมาก ลางานไม่ได้เลย ถ้าต้องไปวันหยุดแล้วมันเป็นคลินิกนอกเวลาก็ไม่ได้อยากไป ราคามันจะสูงหน่อย ก็ส่วนมากก็จะอ่านจากอินเทอร์เน็ต”

(กลุ่มที่ 4: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 4 อายุ 32 ปี)

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้สัมภาษณ์ทั้งหมด 28 ราย โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและเคยเข้ารับการรักษากារมีบุตรยาก 2) สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและไม่เคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก 3) สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอื่นๆและเคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก และ 4) สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอื่นๆและไม่เคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก พบว่า กลุ่มที่ตัดสินใจเข้ารับการรักษานั้นเป็นกลุ่มที่มีความเชื่อว่าแพทย์แผนปัจจุบันหรือการรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและมีชื่อเสียงจะช่วยให้มีโอกาสในการประสบความสำเร็จสูง และตนเองสามารถที่จะไปรักษาที่สถานบริการดังกล่าวได้ในขณะที่กลุ่มที่ไม่รักษาจะเป็นกลุ่มที่คิดว่าการรักษามีราคาแพง ไม่มีความชัดเจนว่าต้องรักษานานแค่ไหนใช้เงินเท่าใดจึงจะมีบุตรได้ ทำให้อาจเป็นการเสียค่าใช้จ่ายที่สูงโดยที่อาจไม่ประสบความสำเร็จจึงไม่คุ้มค่า อีกทั้งไม่มีสถานบริการในเขตที่อยู่อาศัยที่จะเข้ารับการรักษา ทำให้ต้องกลางานหรือเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรักษา อีกทั้งส่วนใหญ่จะไปพบแพทย์ทั่วไป ซึ่งจะให้คำแนะนำให้มีบุตรเองตามธรรมชาติ หรือให้คำแนะนำว่า หากร่างกายปกติจะไม่มีความเสี่ยงต่อการมีบุตรยาก อย่างไรก็ตามพบว่าทั้ง 4 กลุ่มมีการศึกษาข้อมูลด้วยตนเองมากขึ้น

### 5.3.3 ปัจจัยด้านค่ารักษาพยาบาลและความสำเร็จ

การศึกษาประเด็น “ปัจจัยด้านค่ารักษาพยาบาลและความสำเร็จ” สามารถวิเคราะห์และสรุปสาระสำคัญจากการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยผู้วิจัยแบ่งผู้ให้ข้อมูลออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล	คำสำคัญ	สาระสำคัญที่สรุปได้จากข้อมูล
1.สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและเคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก	- สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายได้ - ค่าใช้จ่ายมีผลต่อการเลือกวิธีการรักษาและความต่อเนื่องในการรักษา	- วิธีการรักษาแต่ละประเภทมีค่าใช้จ่ายที่แตกต่างกัน ดังนั้นหากผู้ที่มีบุตรยากมีความพร้อมทางการเงิน อาจจะทำให้สามารถเข้าสู่กระบวนการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
2.สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและไม่เคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก	- ค่าใช้จ่ายเป็นอุปสรรค - ไม่มี การ ร ับ ร อง ผลการรักษ	- ค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นอุปสรรคในการตัดสินใจรักษา - การไม่รับรองผลการรักษามีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการศึกษ

3.สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอื่นๆและเคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก	- ค่าใช้จ่ายเป็นปัจจัยที่ทำให้ตัดสินใจ	- ค่าใช้จ่ายในการรักษาที่มีราคาสูงเป็นอุปสรรคในการตัดสินใจรักษา
4.สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอื่นๆและไม่เคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก	- ค่าใช้จ่ายเป็นอุปสรรค - การเดินทางเป็นอุปสรรค	- ค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงเป็นอุปสรรคในการตัดสินใจรักษา - สถานรักษาพยาบาลที่ไกลทำให้เข้าถึงลำบาก

จากตารางการวิเคราะห์ประเด็น “ปัจจัยด้านค่ารักษาพยาบาลและความสำเร็จ” ผู้วิจัยได้ศึกษาวิเคราะห์และสรุปสาระสำคัญจากการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีรายละเอียดของผลการสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้

### 1) สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและเคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก

“ก็หาหมอที่โรงพยาบาลเสร็จก็รักษาเลย นี่รักษามารวมๆกันก็จะ 5 ปีละนะ นี่ยังไม่ได้เลย ก็ว่าจะรักษาไปเรื่อยๆ เพื่อจะมีกับเค้าบ้าง แต่ก็มีหยุดรักษาเป็นพักๆ เพราะจะต้องดูตั้งค์ด้วย”

(กลุ่มที่ 1 :สตรีมีบุตรยาก คนที่ 2 อายุ 36 ปี)

“ถ้าต่อไปต้องรักษาวิธีที่แพงมากๆก็อาจจะคิดอีกที แต่ตอนนี้ยังไหว”

(กลุ่มที่ 1 :สตรีมีบุตรยาก คนที่ 4 อายุ 33 ปี)

### 2) สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและไม่เคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก

“ไม่ได้รักษาหรอก คือเรารู้สึกว่าร่างกายเราไม่พร้อม แล้วค่ารักษาก็แพงด้วย แล้วก็ไม่รู้ด้วยว่าจะติดมั้ย ก็เลยคิดว่ายังดีกว่า”

(กลุ่มที่ 2 :สตรีมีบุตรยาก คนที่ 1 อายุ 38 ปี)

### 3) สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอื่นๆและเคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก

“เพราะพี่ต้องถามสามีด้วย ต้องถามคนช่วยจ่ายสตางค์ ว่าโอเคมั้ย ถ้าโอเคก็รักษาเลย”

(กลุ่มที่ 3: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 4 อายุ 39 ปี)

“ก็รักษาที่พิษณุโลกนะ ตอนนั้นอายุประมาณ 36 ได้ ก็ใช้วิธีการฉีดเชื้อเอา หมอบอกว่าให้ทดลองก่อน ก็ฉีดหมอ”

(กลุ่มที่ 3: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 13 อายุ 38 ปี)

“ไปรักษาที่เชียงใหม่จะ ก็เดินทางนิดนึง แต่ว่ามีคนรักษาแล้วสำเร็จมาเยอะ จะให้ไปกรุงเทพก็ไม่น่าไหวนะ ไกลไปอีก ก็ต้องลองดู จะได้มีลูกอย่างที่อยากมีเสียที ไม่อย่างนั้นนะ เหนงามาก”

(กลุ่มที่ 3: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 14 อายุ 41 ปี)

“พี่ไม่มีปัญหาค่าใช้จ่ายนะ เพราะแฟนพี่บอกว่าตอนนี้ยังไหวไม่เป็นไร

(กลุ่มที่ 3: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 2 อายุ 38 ปี)

#### 4) สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอื่นๆและไม่เคยเข้ารับการรักษากារมีบุตรยาก

“เท่าที่ดูนะ ค่าใช้จ่ายสูงมาก ไหว จ่ายไม่ได้หรอก เงินเดือนก็ไม่ได้เยอะอะไร ก็คงลองเองไปแบบนี้แหละ ถ้าไม่มีจริงๆก็ทำใจเอานะ”

(กลุ่มที่ 4: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 1 อายุ 37 ปี)

“ไม่ได้ไปรักษาหรอกพี่ เพราะว่ามันไกล ออกไปลำบาก นั่งรถไปหลายชั่วโมงอยู่นะ กว่าจะถึงตัวเมือง แล้วค่าหมออีก ที่ดูหนูรู้ว่าแพง หมอแถวบ้านเค้าก็บอกให้รีบวันไข่ตกก่อน แต่ก็รีบมาหลายเดือนนะ ก็ยังไม่มีอีก ถ้าแพงมากก็คงรักษาไม่ไหวอยู่ดี แต่ถ้าราคาถูกมาหน่อยนี่ก็น่ารักษาอยู่นะ”

(กลุ่มที่ 4: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 2 อายุ 29 ปี)

“ไม่ได้รักษา เพราะว่าไม่สะดวกที่จะไปรักษา เพราะถ้าไปแล้วต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงก็คงไม่ไหว”

(กลุ่มที่ 4: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 4 อายุ 32 ปี)

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ผู้ให้สัมภาษณ์ทั้งหมด 28 ราย โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและเคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก 2) สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและไม่เคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก 3) สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอื่นๆและเคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก และ 4) สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอื่นๆและไม่เคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก พบว่า แต่ละกลุ่มมีความคิดเรื่องของ

การตัดสินใจเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากที่เกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายที่ใกล้เคียงกัน กล่าวคือ กลุ่มที่ตัดสินใจเข้ารับการรักษา นั้น ตัดสินใจเข้ารับการรักษาเพราะมีความพร้อมทางการเงิน แต่ก็อาจไม่สามารถรักษาได้ต่อเนื่อง หรือรักษาได้เป็นบางวิธีที่สามารถแบกรับค่าใช้จ่ายได้ ในขณะที่กลุ่มที่ไม่รักษาจะประเมินว่าจากราคาการรักษาค่อนข้างสูง และเมื่อเปรียบเทียบกับโอกาสในการประสบความสำเร็จที่น้อยและไม่มีการรับรองผลก็อาจจะไม่คุ้มทุน

#### 5.4 ผลกระทบจากการมีบุตรยากและการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก

การศึกษาประเด็น “ผลกระทบจากการมีบุตรยากและการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก” สามารถวิเคราะห์และสรุปสาระสำคัญจากการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยผู้วิจัยแบ่งผู้ให้ข้อมูลออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล	คำสำคัญ	สาระสำคัญที่สรุปได้จากข้อมูล
1.สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร และเคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ความมั่นคงของความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส</li> <li>- ค่าใช้จ่ายสูง</li> <li>- ความมั่นคงในการทำงาน</li> <li>- ความกดดันจากครอบครัว</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ค่าใช้จ่ายที่มีราคาสูง ทำให้การรักษาในบางครั้งต้องจบลง แม้จะยังไม่สำเร็จ เนื่องจากต้องหาเงินเพื่อกลับไปรักษาได้อีก</li> <li>- การรักษาใช้เวลาในการรักษานาน ดังนั้น ต้องมีการวางแผนการรักษาและการดูแลตนเองหลังการรักษา เพื่อประสิทธิภาพในการรักษา</li> <li>- การเข้ารับการรักษา มีผลต่อความมั่นคงในการทำงาน เนื่องจากการลางานเพื่อเข้ารับการรักษา</li> <li>- คู่สมรสมีความเข้าใจ จึงไม่มีผลกระทบภายในครอบครัวของตนเอง</li> </ul>
2.สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ความกดดันจากครอบครัวเรื่องการไม่มี</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ครอบครัวกดดันทำให้เกิดภาวะความเครียด และครอบครัวมี</li> </ul>

และไม่เคยเข้ารับการ รักษาการมีบุตรยาก	บุตร -	ความคาดหวัง
3.สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัย อยู่ในจังหวัดอื่นๆ และ เคยเข้ารับการรักษาการ มีบุตรยาก	- ความกดดันจาก ครอบครัว - ผลกระทบด้านค่าใช้จ่าย ในการรักษา - ความเครียดจากการ รักษา - ผลกระทบกับการทำงาน - ผลกระทบด้านร่างกาย และจิตใจหลังการรักษา - การถูกละเมิดสิทธิจาก ธุรกิจทางการแพทย์	- ครอบครัวกดดันทำให้เกิดภาวะ ความเครียด - ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง ทำให้ การเลือกวิธีการรักษา มี ความสำคัญ - ความเครียด ความกังวลที่เกิด ระหว่างการรักษา - การรักษาส่งผลให้เกิดความ ผิดหวังส่งผลต่อร่างกายและ จิตใจ - ผลข้างเคียงจากการรักษาที่ไม่ เหมาะสมเนื่องจากการยึดเยียด วิธีการรักษาจากแพทย์ - การลางานเพื่อเข้ารับการรักษา ทำให้ส่งผลต่อความมั่นคงใน อาชีพ
4.สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัย อยู่ในจังหวัดอื่นๆและ ไม่เคยเข้ารับการ รักษาการมีบุตรยาก	- ความคาดหวังในการมี บุตรของครอบครัวคู่สมรส	- ความคาดหวังจากครอบครัวทำ ให้รู้สึกกดดันและมีความเครียด

จากตารางการวิเคราะห์ประเด็น “ผลกระทบจากการมีบุตรยากและการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก” ผู้วิจัยได้ศึกษาวิเคราะห์และสรุปสาระสำคัญจากการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีรายละเอียดของผลการสัมภาษณ์ดังต่อไปนี้



### 1) สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและเคยเข้ารับการรักษามิบุตรยาก

“พี่เพิ่งแต่งงานไง เราก็อยากมีชีวิตแบบเป็นคู่ไปก่อน แต่ว่าพ่อแม่แฟนอยากให้มีเลย ก็พูดทุกวันว่าต้องมีลูก ก็ทำให้เราเครียด พอเราเครียดนี้แหละพี่ว่าเลยทำให้ไม่มีลูกไปกันใหญ่”

(กลุ่มที่ 1 :สตรีมีบุตรยาก คนที่ 1 อายุ 42 ปี)

“ถ้าสำหรับบ้านพี่นะ ก็มีความกดดันจากที่บ้านสามีแหละ เพราะเค้าอยากให้มีลูกมาก แต่รักษาเท่าไรก็ได้ไม่ได้ หמדเงินไปก็เยอะ นี่เครียดเรื่องไม่มีเงินมากกว่าเรื่องไม่มีลูกแล้วนะตอนนี้ บางทีรักษาหมดเป็นแสน เงินที่มีก็หมดหมดไม่ได้ลูกอีก”

(กลุ่มที่ 1 :สตรีมีบุตรยาก คนที่ 2 อายุ 36 ปี)

“เวลาจะไปรักษาแล้วต้องกลางวันก็ไม่ได้ เพราะมันไม่ได้อยู่ในระเบียบการลา ก็ต้องแลกตารางกับเพื่อน แต่ก็ไม่ได้แลกได้ทุกครั้งนะ”

(กลุ่มที่ 1 :สตรีมีบุตรยาก คนที่ 3 อายุ 33 ปี)

### 2) สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและไม่เคยเข้ารับการรักษามิบุตร

ยาก

“ถ้าเป็นผลกระทบเรื่องในครอบครัวไม่เท่าไรนะ ไม่มีไรมากก็เข้าใจกันดี เพราะเรารู้ว่าไม่มีเงินอะ แล้วเราก็คิดว่ามันต้องมีเงิน ต้องมีความพร้อมทั้งร่างกาย จิตใจด้วย เลยไม่ได้รักษา”

(กลุ่มที่ 2 :สตรีมีบุตรยาก คนที่ 1 อายุ 38 ปี)

“ปู่ ย่า ตา ยาย มีความต้องการหลานมาก แล้วก็กดดันมาก แต่คนรอบข้างก็ให้กำลังใจกันดี ในช่วงแรกๆก็มีความกังวลใจ เพราะเราต้องการมีลูกมาก แต่ภายหลังก็พยายามทำใจให้ไม่เครียด”

(กลุ่มที่ 2: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 2 อายุ 39 ปี)

### 3) สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอื่นๆและเคยเข้ารับการรักษามิบุตรยาก

“ปัญหาคือต้องกลางวันบ่อย และอีกอย่างที่ย่ำที่สุดคือ ระหว่างรอผล มันลุ้นมากแต่พอไม่สำเร็จมันก็เศร้า บางทีร้องไห้ไม่หยุดอยู่นานเลย พี่เคยทำกิฟท์ 3 ครั้งในปีเดียวเพราะหมอบอกมีโปรโมชันจ่าย 7 แสน รักษาที่ครั้งก็ได้ ก็ติดทุกครั้งนะแต่หลุดทุกครั้ง ทรมานมาก พอไปหาหมออีกที่ หมอว่าเลยว่าร่างกายเราไม่ไหวหรอก ต้องพักยาวเลยกว่าจะรักษาได้อีก และให้พี่ไปหาจิตแพทย์ก่อนถึงจะรักษาให้”

(กลุ่มที่ 3: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 2 อายุ 38 ปี)

“ส่วนมากจะมีผลกระทบกับเรื่องงานนะ เพราะว่าต้องลางานบ่อย แล้วก็บ๊องที่เสียใจ เพราะว่ารักษาไม่สำเร็จ เพราะว่ามีอาการหวังไปแล้ว”

(กลุ่มที่ 3: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 4 อายุ 39 ปี)

“ผลกระทบก็ไม่มีอะไรมาก มีแต่ความกังวลเรื่องการรักษา กลัวเจ็บ บ้าง กลัวทรมาณบ้างแต่ก็ผ่านมาได้นะ สามีก็ให้กำลังใจดี ไม่ได้กดดันหรืออะไร ทางครอบครัวก็เหมือนจะกดดันบ้างเล็กน้อย แต่ก็คุยกันดีกว่าก็พยายามแล้ว เค้าก็โอเค ไม่ได้กดดันอะไรมากมาย”

(กลุ่มที่ 3: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 5 อายุ 37 ปี)

“ผลกระทบน่าจะเป็นเรื่องการดูแลตัวเองมากขึ้นในช่วงการรักษา ออกกำลังกายมากขึ้นให้แข็งแรง และที่สำคัญต้องวางแผนด้านการเงินให้ดี เพราะจะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น”

(กลุ่มที่ 3: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 7 อายุ 30 ปี)

“มีผลเรื่องค่าใช้จ่ายที่สูง และไม่มีอาการรับประกันว่าทำแล้วประสบความสำเร็จหรือไม่ เดินทางก็ลำบากเพราะต้องเดินทางไปเชียงใหม่มันก็ไกลเหมือนกัน แล้วยังต้องลาไปอีก ก็ทำให้มีปัญหาที่ทำงานอีก”

(กลุ่มที่ 3: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 14 อายุ 41 ปี)

#### 4) สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอื่นๆและไม่เคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก

“ครอบครัวคาดหวัง แต่ไม่ได้กดดันอะไรมาก ก็แค่ถามถึงบ่อยๆ ว่าจะมีเมื่อไร จะมีหรือยัง ก็ถ้าไม่เจอก็ไม่ได้ถามก็แค่นั้นเองค่ะ”

(กลุ่มที่ 4: สตรีมีบุตรยาก คนที่ 4 อายุ 32 ปี)

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ผู้ให้สัมภาษณ์ทั้งหมด 28 ราย โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและเคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก 2) สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและไม่เคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก 3) สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอื่นๆและเคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก และ 4) สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอื่นๆและไม่เคยเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก กลุ่มที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาก็จะได้รับผลกระทบจากการมีบุตรยาก เรื่องของความกดดัน ความคาดหวังจากครอบครัวที่ต้องการให้มีบุตร และต้องการให้เข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก ทำให้รู้สึกเครียด กังวล แต่กลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้สามารถรับมือกับผลกระทบที่เกิดขึ้นได้ และมีความคิดว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้นไม่ได้เป็นผลกระทบที่มีความรุนแรง

ในขณะที่กลุ่มที่เข้ารับการรักษา จะได้รับผลกระทบจากการรักษานั้น จะเป็นเรื่องของค่าใช้จ่ายที่มีราคาสูง ผลกระทบต่อการทำงานที่อาจจะต้องลางานทำให้เกิดความไม่มั่นคงในการทำงาน เรื่องของการเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษา เนื่องจากต้องเดินทางไกลเพื่อไปยังสถานพยาบาลที่มีชื่อเสียง รวมไปถึงผลกระทบที่เกิดจากการเข้ารับการรักษาที่เกิดขึ้นกับสุขภาพจิตใจที่เกิดจากความผิดหวังจากผลการเข้ารับการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเข้ารับการรักษาแล้วประสบความสำเร็จแต่ต้องประสบกับภาวะแท้งบุตร ทำให้รู้สึกซึมเศร้า และผิดหวังอย่างรุนแรง รวมถึงผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายที่ใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ระดับสูงบ่อยครั้งในช่วงระยะเวลาไม่นาน ทำให้เกิดผลข้างเคียงต่อสุขภาพร่างกายจนส่งผลให้ต้องพักฟื้นร่างกายเป็นระยะเวลานานก่อนที่จะเข้ารับการรักษาครั้งต่อไป

## บทที่ 6

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่องภาวะมีบุตรยากกับความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการรักษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก ความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับการรักษา และผลกระทบจากการมีบุตรยากและการรักษาการมีบุตรยาก โดยใช้ข้อมูลitudinal ที่มาจากการสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ.2552 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ และการสำรวจการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความอยู่ดีมีสุขในบริบทสังคมสูงวัย พ.ศ. 2559 ของวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และข้อมูลปฐมภูมิจากการศึกษาเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกสตรีที่มีภาวะมีบุตรยากทั้งที่เข้ารับการรักษาและไม่เข้ารับการรักษา ซึ่งสามารถสรุปและอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

#### 6.1 สรุปและอภิปรายผลการศึกษาเชิงปริมาณ

##### 6.1.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างสตรีที่มีบุตรยาก

จากข้อมูลการสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ.2552 มีกลุ่มตัวอย่างสตรีที่มีบุตรยากจำนวนทั้งสิ้น 278 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุแรกสมรสอยู่ระหว่าง 25-29 ปี สมรสมาเป็นระยะเวลา 10 ปีขึ้นไป มีความต้องการมีบุตร 1 คน และไม่เคยเข้ารับการรักษาแผนครอบครัว นอกจากนี้ ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆ สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมหรือเทียบเท่า ทำงาน และเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับสตรีวัยเจริญพันธุ์ทั่วไป พ.ศ. 2552 ที่มีจำนวนทั้งสิ้น 1,972 คน พบว่า มีลักษณะใกล้เคียงกัน กล่าวคือ กลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ทั่วไป ส่วนใหญ่มีอายุแรกสมรสอยู่ระหว่าง 20-24 ปี สมรสมาเป็นระยะเวลา 10 ปีขึ้นไป มีความต้องการมีบุตร 1 คน และไม่เคยเข้ารับการรักษาแผนครอบครัว นอกจากนี้ ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆ สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมหรือเทียบเท่า ทำงาน และเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย ยกเว้นอายุแรกสมรสที่พบว่า สตรีทั่วไปจะมีอายุแรกสมรสน้อยกว่าสตรีที่มีบุตรยาก คืออายุแรกสมรสเท่ากับ 20-24 ปี จึงสามารถสรุปได้ว่า จากข้อมูลการสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ.2552 สตรีที่มีบุตรยากนั้นจะมีลักษณะที่คล้ายกับสตรีทั่วไป แต่สตรีที่มีบุตรยากนั้นจะสมรสช้ากว่าสตรีทั่วไป ซึ่งอายุแรกสมรสของสตรีที่เพิ่มขึ้นนั้น จะเป็นการเพิ่มโอกาสในการมีบุตรยากของสตรีให้เพิ่มขึ้นด้วย

จากข้อมูลการสำรวจการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความอยู่ดีมีสุขในบริบทสังคมสูงวัย พ.ศ. 2559 มีกลุ่มตัวอย่างที่มีบุตรยากจำนวนทั้งสิ้น 130 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุแรกสมรสอยู่ระหว่าง 25-29 ปี สมรสมาเป็นระยะเวลา 4-6 ปี และ 10 ปีขึ้นไปใกล้เคียงกัน มีความต้องการมีบุตรจำนวน 2 ขึ้นไป และไม่เคยเข้ารับการรักษาแผนครอบครัว นอกจากนี้ ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆ สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ทำงาน และส่วนใหญ่

ไม่เป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับสตรีวัยเจริญพันธุ์ทั่วไป พ.ศ.2559 ที่มีจำนวนทั้งสิ้น 5,161 คน พบว่ามีลักษณะที่ใกล้เคียงกัน คือ สมรสมาเป็นระยะเวลา 10 ปีขึ้นไป ไม่เคยเข้ารับการวางแผนครอบครัว อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆ และทำงาน แต่พบว่ามีลักษณะที่มีความแตกต่างกัน คือ สตรีวัยเจริญพันธุ์ทั่วไปส่วนใหญ่มีอายุแรกสมรสอยู่ระหว่าง 20-24 ปี มีความต้องการมีบุตรจำนวน 1 คน สำเร็จการศึกษามัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า และส่วนใหญ่เป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวสรุปได้ว่า สตรีที่มีบุตรยากใน พ.ศ. 2559 แตกต่างจากสตรีวัยเจริญพันธุ์ทั่วไปในปีเดียวกันคือ สตรีที่มีบุตรยากจะสมรสช้ากว่า ต้องการมีบุตรมากกว่าสตรีวัยเจริญพันธุ์ทั่วไป และจบการศึกษาสูงกว่า และไม่เป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย

และจากข้อมูลทั้ง 2 การสำรวจ สามารถสรุปได้ว่า สตรีที่มีบุตรยาก นั้นมีแนวโน้มที่จะมีอายุแรกสมรสที่เพิ่มขึ้น ระดับการศึกษาสูงขึ้น จำนวนบุตรที่ต้องการมากกว่า และเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย น้อยลงเมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่มีบุตรยาก ในปี พ.ศ. 2559 และพ.ศ.2552

### 6.1.2 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การเข้ารับการรักษามิบุตรยาก

จากข้อมูลการสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ.2552 พบว่า กลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งไม่เข้ารับการรักษามิบุตรยาก (ร้อยละ 55.9) ในขณะที่ ผลจากข้อมูลการสำรวจการเปลี่ยนแปลงทางประชากร และความอยู่ดีมีสุขในบริบทสังคมสูงวัย พ.ศ. 2559 พบว่า สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เข้ารับการรักษามิบุตรยากเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 65.5 ทั้งนี้จากผลการศึกษาเชิงคุณภาพ อาจอธิบายได้ว่า เนื่องมาจากการเข้ารับการรักษาในปัจจุบันยังคงมีข้อจำกัดในการเข้าถึงการรักษาทั้งจากตัวผู้ที่มีภาวะมิบุตรยากเอง คือมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการมิบุตรยากที่ไม่ถูกต้อง เช่น การสมรสเมื่ออายุมาก แต่มีความคิดว่าเพียงสมรสทำให้ไม่คิดว่าตนเองเป็นผู้มิบุตรยากแม้ว่าจะยังไม่สามารถมิบุตรได้ด้วยวิธีธรรมชาติหลังจากจากสมรสเป็นระยะเวลา 1-2 ปีขึ้นไปหรือการเข้ารับการรักษาเมื่ออายุเท่าไรก็สามารถมิบุตรได้ทำให้ไม่ตัดสินใจเข้ารับการรักษา และเมื่อตัดสินใจเข้ารับการรักษาก็พบว่าการรักษา มีโอกาสที่จะประสบความสำเร็จลดลง หรือการสมรส 2 ปีแล้วแต่ยังไม่มีบุตรแสดงว่าได้เข้าสู่ภาวะมิบุตรยากแล้วแม้ว่าร่างกายโดยทั่วไปจะยังปกติ จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ที่มีภาวะมิบุตรยากยังไม่เข้ารับการรักษาทันทีที่มีภาวะความเสี่ยง ซึ่งพบทั้งในพื้นที่กรุงเทพมหานครและภาคอื่นๆ แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า สตรีในพื้นที่กรุงเทพมหานครจะมีระยะเวลารอคอย (จำนวนปีที่สมรส) โดยการปล่อยให้มิบุตรธรรมชาติที่สั้นกว่า ทำให้มีโอกาสการเข้ารับการรักษาก่อนเมื่อเปรียบเทียบกับในกลุ่มที่มีอายุแรกสมรสใกล้เคียงกัน นอกจากนี้การที่สัดส่วนการเข้ารับการไม่เข้ารับการรักษามีแนวโน้มสูงขึ้นอาจเนื่องมาจากปัจจัยด้านสถานบริการที่พบว่ายังคงมีราคาสูง ทำให้การเข้าถึงการรักษาไม่สามารถทำได้ในกลุ่มที่มีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ ทำให้ตัดสินใจไม่รักษาหรือรอเวลาที่มีความพร้อม (จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล, 2555) อีกทั้งสถานบริการก็มีการกระจุกตัวอยู่ในพื้นที่กรุงเทพฯและจังหวัดที่เป็นเมืองใหญ่ของแต่ละภูมิภาคเท่านั้น ทำให้อาจมีข้อจำกัดในการเข้าถึงทั้งในมิติของการเดินทางและค่าใช้จ่าย นอกจากนี้จาก

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพและงานวิจัยในต่างประเทศยังพบว่าในประเทศไทยการรักษาการมีบุตรยากไม่ถือเป็นโรค (นายแพทย์สรภพ เกียรติพงษ์สาร, 2560) ทำให้ไม่สามารถกลางานหรือเบิกค่าใช้จ่ายได้ อีกทั้งยังไม่มีมาตรการคุ้มครองในระบบสวัสดิการหรือการประกันภัย ซึ่งเป็นแนวโน้มกับการรักษาที่ต้องใช้เวลาในการรักษาหลายขั้นตอน และมีค่าใช้จ่ายสูง และสตรีส่วนใหญ่ที่มีบุตรยากจะเป็นผู้ที่ทำงานทำให้เป็นอุปสรรคต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก เนื่องจากการเข้ารับการรักษาจำเป็นต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง การกลางานเพื่อเข้ารับการรักษาอาจส่งผลกระทบต่อความมั่นคงในการทำงานได้

### 6.1.3 ผลการวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก

#### ความเหลื่อมล้ำระหว่างกรุงเทพมหานครและภาคอื่นๆ

จากข้อมูลการสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 สตรีที่มีบุตรยากในภาพรวมของประเทศไทยที่ไม่เข้ารับการรักษาคิดเป็นร้อยละ 55.9 และเมื่อพิจารณาในระดับภาค ระหว่างกรุงเทพมหานครและภาคอื่นๆ พบว่า สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครที่ไม่เข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 81.8 ในขณะที่สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆ ที่ไม่เข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก มีสัดส่วนเกินครึ่งเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 51.1) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าในปี พ.ศ. 2552 สตรีในกรุงเทพมหานครที่มีบุตรยากแต่ไม่เข้ารับการรักษาสูงกว่าภาคอื่นๆ อย่างไรก็ตามในกลุ่มสตรีที่มีบุตรยากและเข้ารับการรักษา พบว่าไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกรุงเทพและภาคอื่นๆ

ในขณะที่ข้อมูลการสำรวจการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความอยู่ดีมีสุขในบริษัท สังคมสูงวัย พ.ศ. 2559 พบว่าสตรีที่มีบุตรยากที่ไม่เข้ารับการรักษาที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 63.9) ซึ่งมีความใกล้เคียงกันเมื่อเทียบกับสตรีที่มีบุตรที่อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆ (ร้อยละ 66.0) แสดงให้เห็นว่าสัดส่วนของผู้มีบุตรยากที่ไม่เข้ารับการรักษาในพื้นที่กรุงเทพมหานครไม่แตกต่างจากภาคอื่นๆ ที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความแตกต่างในการเข้ารับการรักษาของผู้ที่มีภาวะมีบุตรยากระหว่างกรุงเทพมหานครและภาคอื่นๆ ลดลง หรือไม่มีความเหลื่อมล้ำในกลุ่มคนที่มีบุตรยากและไม่เข้ารับการรักษา ทั้งนี้อาจเนื่องจากในช่วงเวลาดังกล่าว มีการออกนโยบายที่สนับสนุนการมีบุตรหลายนโยบาย เช่น โครงการส่งเสริมสาวไทยแถมแดง มีลูกเพื่อชาติ ด้วยวิตามินแสนวิเศษ การเพิ่มเงินค่าเลี้ยงดูบุตรให้แก่ผู้ประกันตนประกันสังคม การลดหย่อนภาษีสำหรับผู้ที่มีบุตร เป็นต้น จึงอาจทำให้สตรีวัยเจริญพันธุ์หรือผู้มีบุตรยากในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ตัดสินใจมีบุตรหรือตัดสินใจเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากเพิ่มมากขึ้น

**ความเหลื่อมล้ำระหว่างประชากรในกรุงเทพมหานครและภาคอื่นๆ ที่มีลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจสังคม**

**ความเหลื่อมล้ำระหว่างกรุงเทพมหานครและภาคอื่นๆ ของ สตรีที่ไม่เข้ารับการรักษา พ.ศ. 2552**

จากการวิเคราะห์ลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจสังคมของสตรีที่มีบุตรยากกับการเข้ารับการรักษาระหว่างสตรีที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและภาคอื่นๆ จากข้อมูลการสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 พบว่า สตรีที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครที่มีลักษณะดังต่อไปนี้จะไม่เข้ารับการรักษาการมีบุตรยากสูงกว่าสตรีที่อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆ

- สตรีที่มีอายุแรกสมรส 30-34 ปี
- สตรีที่สมรสมาเป็นระยะเวลา 7 ปีขึ้นไป
- สตรีที่ต้องการมีบุตร 1 คน
- สตรีไม่วางแผนครอบครัว
- สตรีที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า
- สตรีที่ไม่ทำงาน
- สตรีที่ไม่เป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย

ซึ่งแสดงให้เห็นว่าในปี พ.ศ. 2552 สตรีที่มีบุตรยากและไม่เข้ารับการรักษาจะมีลักษณะแตกต่างกันระหว่างสตรีในกรุงเทพมหานครและภาคอื่นๆ โดยสตรีในกรุงเทพมหานครที่มีอายุแรกสมรส 30-34 ปีจะไม่เข้ารับการรักษาอาจเพราะในอายุ 30 ปีอาจเป็นอายุที่สตรีในกรุงเทพมหานครให้ความสำคัญกับการมีบุตรลดลงกว่าสตรีในภาคอื่นๆ อาจเนื่องจากความกังวลเรื่องผลกระทบจากการมีบุตรเมื่ออายุมาก อีกทั้งยังพบว่าหากแต่งงาน 7 ปีขึ้นไปก็จะไม่รักษามากกว่าในภาคอื่นๆ ทั้งนี้อาจเพราะสตรีในกรุงเทพมหานคร มีระดับการศึกษาสูงกว่าจึงอาจมีการศึกษาหรือมีความรู้เรื่องผลกระทบหรือมีความเสี่ยงจากการมีบุตรเมื่ออายุมากทำให้ไม่ต้องการมีบุตร ในขณะที่สตรีในภาคอื่นๆอาจจะมีให้ความสำคัญกับการมีบุตรและมีการรักษาในระยะเวลาที่ยาวนานกว่าสตรีในกรุงเทพมหานคร นอกจากนี้สตรีในกรุงเทพมหานครที่ต้องการมีบุตรคนเดียวและไม่วางแผนครอบครัว ก็จะมีสัดส่วนของการไม่เข้ารับการรักษาสูงกว่าสตรีในภาคอื่นๆ อาจเนื่องมาจากสตรีในกรุงเทพมหานครมีแนวโน้มจำนวนบุตรที่ต้องการน้อยกว่าภาคอื่นๆอยู่แล้ว อีกทั้งจำนวนบุตรที่มีจริงก็มีแนวโน้มจะน้อยกว่าจำนวนบุตรที่ต้องการ ดังนั้นผู้ที่ต้องการบุตร 1 คนก็อาจจะไม่มีความพยายามที่จะมีบุตรจึงไม่เข้ารับการรักษา เช่นเดียวกับการวางแผนครอบครัวที่เป็นการแสดงถึงความตั้งใจมีบุตรหรือไม่ ดังนั้นหากสตรีในกรุงเทพมหานครไม่วางแผนครอบครัวหรือวางแผนการมีบุตรก็อาจแสดงให้เห็นถึงความตั้งใจมีบุตรน้อยกว่า ทำให้โอกาสที่จะเข้ารับการรักษาเพื่อให้มีบุตรน้อยกว่า ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสตรีในกรุงเทพมหานครจะให้ความสำคัญกับการวางแผนครอบครัวหรือกำหนดจำนวนบุตรที่ต้องการที่ชัดเจนกว่าสตรีในภาคอื่นๆ นอกจากนี้ปัจจัยด้านระดับการศึกษา การทำงานและการเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัยก็สามารถอธิบายได้จากการที่ปัจจัยเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่อาจทำให้

เข้าไม่ถึงการรักษาการมีบุตรยากที่มีราคาสูง ใช้เวลาในการรักษา ซึ่งสตรีในกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่ทำงานจึงทำให้ไม่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของสตรีในกรุงเทพมหานครเมื่อเปรียบเทียบกับภาคอื่นๆ และสตรีในกลุ่มนี้ก็อาจจะมีความคิดว่าการมีบุตรเป็นภาระจึงยังไม่พร้อมจะมีบุตรและไม่คิดเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก

### **ความเหลื่อมล้ำระหว่างกรุงเทพมหานครและภาคอื่นๆของสตรีที่เข้ารับการรักษา พ.ศ. 2552**

จากผลการวิเคราะห์ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ของสตรีที่มีบุตรยาก และเข้ารับการรักษาที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและภาคอื่นๆ ของข้อมูลการสำรวจอนามัย เจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 พบว่า สตรีที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ที่เข้ารับการรักษาการมีบุตรยากสูงกว่าสตรีที่อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆ จะมีคุณลักษณะดังต่อไปนี้

- สตรีที่มีอายุแรกสมรส 25-29 ปี
- สตรีที่ไม่ทำงาน

ในปี พ.ศ. 2552 สตรีที่เข้ารับการรักษา มีลักษณะแตกต่างกันระหว่างสตรีใน กรุงเทพมหานครและภาคอื่นๆ โดยสตรีในกรุงเทพมหานครที่มีอายุแรกสมรส 25-29 ปี จะเข้ารับการรักษา มากกว่าสตรีที่มีอายุแรกสมรสเดียวกันในภาคอื่นๆ อาจเป็นเพราะในอายุ 25-29 ปี เป็นอายุที่สตรีในกรุงเทพมหานครให้ความสำคัญกับการมีบุตรมากกว่า และคิดว่าเป็น อายุที่ไม่สูงมาก เหมาะจะมีบุตรเพราะมีความพร้อม นอกจากนี้สตรีที่ไม่ทำงานที่อยู่ใน กรุงเทพมหานครจะเข้ารับรักษามากกว่าภาคอื่นๆ เพราะอาจมีเวลาว่างในการเดินทางไป รักษา และสตรีในกรุงเทพมหานครที่ไม่ทำงานน่าจะมีความรู้ทางเศรษฐกิจดีกว่าภาคอื่นๆ เพราะกรุงเทพมหานครค่าครองชีพสูง หากฐานะไม่ดีพอ สตรีส่วนใหญ่จะทำงานเป็นส่วนใหญ่

### **ความเหลื่อมล้ำระหว่างกรุงเทพมหานครและภาคอื่นๆของสตรีที่ไม่เข้ารับการรักษา พ.ศ. 2559**

ในปี พ.ศ. 2559 พบว่า สตรีที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ที่ไม่เข้ารับการรักษาการมีบุตรยากสูงกว่าสตรีที่อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ

- สตรีที่มีอายุแรกสมรส 30-34 ปี

ดังนั้น อาจแสดงให้เห็นว่าในระยะ 5 ปี ปัจจัยที่เคยมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มสตรีที่ไม่เข้ารับการรักษาในพื้นที่กรุงเทพมหานครและภาคอื่นๆ ยังคงเป็นอายุแรกสมรส ที่พบว่าสตรีใน



กรุงเทพมหานครให้ความสำคัญกับอายุในการมีบุตร ซึ่งอาจสะท้อนให้เห็นถึงความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเสี่ยงจากการมีบุตรเมื่ออายุเพิ่มสูงขึ้นของสตรีในกรุงเทพมหานครที่มากกว่าสตรีในภาคอื่นๆ ซึ่งก็สอดคล้องกับผลการศึกษาในเชิงคุณภาพที่สตรีในกรุงเทพมหานครจะคิดว่าการแต่งงานที่ใกล้ๆอายุ 30 ปี เป็นอายุที่ไม่เหมาะสมในการมีบุตร ในขณะที่ตัวแปรอื่นๆไม่มีความแตกต่างกันในการไม่เข้ารับการรักษาภาวะมีบุตรยากของสตรีในกรุงเทพมหานครและภาคอื่นๆ

#### 6.1.4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก

เมื่อนำตัวแปรอิสระทั้ง 2 กลุ่มปัจจัยรวม 8 ตัวแปร คือ 1) ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ อายุ แรกสมรส จำนวนปีที่สมรส จำนวนบุตรที่ต้องการ และการวางแผนครอบครัว 2) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคม ได้แก่ ภาค ระดับการศึกษา การทำงาน และการครอบครองที่อยู่อาศัย มาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในระดับหลายตัวแปรด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุ ของข้อมูลการสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 พบว่า สามารถร่วมกันอธิบายการผันแปรของการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากได้ร้อยละ 29 (ค่า  $R^2=0.29$ ) โดยตัวแปรที่ยังคงมีอิทธิพลต่อการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก เมื่อควบคุมตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ แล้ว และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งหมด 6 ได้แก่ อายุแรกสมรส จำนวนปีที่สมรส ภาค การศึกษา การทำงาน และการครอบครองที่อยู่อาศัย และเมื่อนำตัวแปรอิสระ ดังกล่าวมาวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุขั้นตอน พบว่า ปัจจัยทั้งหมด 4 ตัว สามารถร่วมกันอธิบายการแปรผันของการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากได้ร้อยละ 24.8 (ค่า  $R^2=0.248$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเรียงลำดับความสามารถของตัวแปรในการอธิบายการแปรผันของการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก จากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้ การครอบครองที่อยู่อาศัย ภาค ระดับการศึกษา และจำนวนปีที่สมรส

#### อายุแรกสมรส

อายุแรกสมรส เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่า สตรีที่มีบุตรยากและมีอายุแรกสมรส 25-29 ปี จะเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากมากกว่าสตรีที่มีอายุแรกสมรส 20-24 ปี กล่าวคือ สตรีที่มีบุตรยากและสมรสที่อายุมากขึ้นมีโอกาสในการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากมากขึ้น อาจเนื่องมาจากสตรีที่สมรสอายุมากขึ้นก็จะมีโอกาสที่จะมีบุตรเองตามธรรมชาติได้น้อย จึงมีโอกาสที่จะเข้ารับการรักษามากกว่าสตรีที่สมรสอายุน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Amy Sudhinarasat et al. (2014) ที่พบว่า อายุของสตรีที่มีบุตรยากนั้นมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก กล่าวคือ สตรีที่มีอายุมากกว่าจะเข้ารับการรักษา

มากกว่า สตรีที่สมรสเมื่ออายุมากขึ้นก็อาจจะคิดว่าตนเองอายุมาก จะมีโอกาสเข้าสู่การเป็นผู้ที่มีบุตรยากสูง จึงเข้ารับการรักษาสูงกว่า จากข้อมูลสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2558) ระบุว่า อายุเฉลี่ยแรกสมรสของสตรีนั้นเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น จากข้อมูลสามารถกล่าวได้ว่า สตรีไทยนั้นมีแนวโน้มสมรสเมื่ออายุมากขึ้น ส่งผลให้มีโอกาสเป็นผู้มีบุตรยากสูง และทำให้สตรีที่เข้ารับการรักษาการมีบุตรยากนั้น เป็นกลุ่มสตรีที่มีอายุมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพ ที่พบว่า สตรีที่มีบุตรยากที่สมรสเมื่ออายุมากขึ้นนั้น จะตัดสินใจเข้ารับการรักษามากกว่าสตรีที่มีบุตรยากที่สมรสเมื่ออายุน้อย สตรีที่มีบุตรยากที่ตัดสินใจเข้ารับการรักษา นั้น คิดว่าตนเองอายุมากแล้วต้องรีบมีบุตร ก่อนที่จะไม่สามารถมีได้ ดังนั้น เมื่อรอที่จะมีบุตรด้วยวิถีธรรมชาติแล้วยังไม่สามารถมีบุตรได้ก็จะตัดสินใจเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากทันที ในขณะที่ผู้ที่ไม่ได้รับการรักษานั้น จะมีความคิดว่าตนเองนั้นเพิ่งสมรส แม้ว่าจะสมรสเมื่ออายุมากแล้ว และร่างกายยังมีความแข็งแรงสามารถมีบุตรได้เองด้วยวิถีทางธรรมชาติ ดังนั้น ยังไม่เข้าข่ายเป็นผู้ที่มีบุตรยาก และจะยังไม่ใส่ใจเรื่องการเข้ารับการรักษา

### จำนวนปีที่สมรส

จำนวนปีที่สมรส มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก ซึ่งผลการศึกษาพบว่า สตรีที่สมรสเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 7 ปีขึ้นไป จะเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากสูงกว่าสตรีที่สมรส 2-3 ปี นั้นแสดงว่า สตรีที่สมรสเป็นระยะเวลานานจะเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากมากขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะจากผลการศึกษาเชิงคุณภาพที่พบว่าสตรีมักมีความเข้าใจว่าจำนวนปีที่สมรส 2-3 ปีแล้วยังไม่มีบุตรเป็นเรื่องปกติ ไม่ใช่ความเสี่ยงของการมีบุตรยาก แม้ว่าตนเองจะสมรสที่อายุมาก ทำให้สตรีที่สมรสเป็นระยะเวลาน้อยกว่า 7 ปีอาจมองว่ายังเป็นระยะเวลาปกติที่สามารถรอคอยการมีบุตรตามธรรมชาติได้ จึงไม่ไปปรึกษาจนกว่าจำนวนปีที่สมรสจะผ่านไปนาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประทีป ปลิปลิ้มโอฐ (2545) ที่พบว่าสตรีที่สมรสมาเป็นระยะเวลานานที่ยังไม่มีบุตร และไม่สามารถมีบุตรได้ตามธรรมชาติ จะมีความกังวลและความเครียดเนื่องมาจากการไม่สามารถมีบุตรได้ ทำให้สตรีเหล่านั้นไม่สามารถทำหน้าที่เป็นภรรยาและแม่ได้อย่างสมบูรณ์แบบ สตรีที่สมรสเป็นระยะเวลานานจึงมีโอกาที่จะเข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพ ที่พบว่าระยะเวลาในการสมรสมีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ตัดสินใจเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากนั้น จะให้ความสำคัญกับจำนวนปีที่สมรส โดยจะรอคอยการมีบุตรด้วยวิถีธรรมชาติในระยะสั้น หากไม่สามารถมีบุตรได้ตามความต้องการก็จะตัดสินใจเข้ารับการรักษา ซึ่งต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่ตัดสินใจไม่เข้ารับการรักษา ที่จะให้เวลาในการรอคอยการมีบุตรตามธรรมชาตินานกว่า โดยจะมีความคิดว่าสามารถมีบุตรได้ด้วยวิถีธรรมชาติ จึงไม่เข้ารับการรักษา

## ภาค

ภาค พบว่า สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆจะเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากมากกว่าสตรีที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ซึ่งสอดคล้องกับ M. Patel (2014) ที่พบว่า ภาคและประเทศที่อาศัยอยู่เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากด้วยวิธีการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ อันเนื่องมาจากการกระจายตัวของสถานพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการรักษาการมีบุตรยากนั้น ยังไม่ขยายตัวครอบคลุมทุกพื้นที่จึงทำให้เกิดความแตกต่างในการเข้าถึงการรักษาการมีบุตรยาก และจากการศึกษาของ อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์ และกวิสรา พชรเบญจกุล.(2551) ที่กล่าวว่าผู้อาศัยอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานครนั้นมีความเป็นอยู่ที่มีความเร่งรีบ และความตึงเครียดจากสภาพแวดล้อม การทำงานและความเป็นอยู่ ดังนั้น ถึงแม้ว่ากรุงเทพมหานครจะเป็นพื้นที่ที่มีสถานพยาบาลรักษาการมีบุตรยากเป็นจำนวนมาก แต่ด้วยปัจจัยอื่นๆที่ส่งผลให้สตรีที่มีบุตรยากนั้นไม่สะดวกที่จะเข้ารับการรักษา เนื่องจากสตรีที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครที่มีสภาวะความเป็นอยู่เร่งรีบ มีความเครียดและการทำงานที่มีความยืดหยุ่นน้อย ทำให้โอกาสที่จะเข้ารับการรักษา นั้นมีต่ำกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ภาคอื่นๆ และเมื่อพิจารณาผลการศึกษาเชิงคุณภาพ ที่พบว่า สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครนั้น มีความคิดว่าการทำงาน หรือความมั่นคงในอาชีพนั้น มีความสำคัญมากกว่าการมีบุตร การเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากนั้น ต้องใช้เงินจำนวนมาก รวมถึงระยะเวลาการรักษาที่มีความต่อเนื่องทำให้ต้องลางานเพื่อเข้ารับการรักษา จึงทำให้ตัดสินใจที่จะไม่เข้ารับการรักษา หรือหากต้องการเข้ารับการรักษาแต่ไม่สามารถลางานเพื่อเข้ารับการรักษาได้ ก็จะตัดสินใจไม่เข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก

## ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา สตรีที่มีบุตรยากที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากมากกว่าสตรีที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากสตรีที่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่าขึ้นไปนั้นมีทักษะในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก ซึ่งเป็นการสร้างการรับรู้ให้แก่ตนเองเรื่องการมีบุตรยากและการรักษา จึงทำให้มีข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจเข้ารับการรักษา และตัดสินใจเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากได้มากกว่าสตรีที่สำเร็จการศึกษาระดับต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับจากการศึกษาในประเทศ พบว่า สตรีที่มีการศึกษาสูงจะมีความรู้และสามารถตัดสินใจเลือกวิธีในการเข้ารับการรักษา เป็นผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจ เป็นผู้ที่มีความรับรู้ถึงสาเหตุของการมีบุตรยาก นำไปสู่การวางแผนในการรักษา (ประทีป พลปลื้มโธ, 2545) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Violet Naanyu Yebei (2000) ที่พบว่า สตรีที่มีระดับการศึกษาต่ำจะเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากน้อยกว่าสตรีที่มีระดับการศึกษาสูง เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความรู้น้อยทำให้โอกาสในการเข้ารับ

การรักษาที่น้อยตามไปด้วย (Violet Naanyu Yebei, 2000) นอกจากนี้ การศึกษาของ Peddie V.L. et al (2005) ที่ได้กล่าวว่า ผู้ที่เข้ารับการรักษาการมีบุตรยากส่วนใหญ่จะสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป

### **การทำงาน**

การทำงาน จากการศึกษา พบว่า สตรีที่มีบุตรยากที่ทำงานจะเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากมากกว่าสตรีที่ไม่ได้ทำงาน อาจกล่าวได้ว่า สตรีที่ทำงานจะแสดงถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัวที่มีความมั่นคง เพราะการรักษาการมีบุตรยากที่ต้องใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์นั้นมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง ดังนั้น ผู้ที่มีความมั่นคงทางด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจก็จะมีโอกาสที่จะเข้ารับการรักษาที่สูงกว่าผู้ไม่ได้ทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประทีป พลีสัมโธฐ (2545) พบว่าการทำงานเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก เนื่องจากผู้ที่มีความมั่นคงในหน้าที่การงาน และเป็นผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง และสามารถหาความรู้ได้ด้วยตนเอง และทำให้มีความรู้เรื่องการมีบุตรยากและการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก ทำให้สามารถตัดสินใจเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ทำ (Peddie V.L. et al., 2005) ที่พบว่า ผู้ที่เข้ารับการรักษาการมีบุตรยากส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ทำงาน

### **การครอบครองที่อยู่อาศัย**

การครอบครองที่อยู่อาศัย ผลการศึกษา พบว่า สตรีที่มีบุตรยากที่เป็นเจ้าของที่อยู่อาศัยจะเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากมากกว่าสตรีที่ไม่เป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากสตรีที่เป็นเจ้าของที่อยู่อาศัยอาจหมายถึงผู้ที่มีความพร้อมทางสถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัวที่มีความมั่นคงที่มีทรัพย์สินเป็นของตนเอง เพราะการรักษาการมีบุตรยากที่ต้องใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์นั้นมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง ดังนั้น ผู้ที่มีความมั่นคงทางด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจก็จะมีโอกาสที่จะเข้ารับการรักษาที่สูงกว่าผู้ที่ไม่เป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย ซึ่งสอดคล้องกับการครอบครองที่อยู่อาศัยนั้น จะเป็นการบ่งชี้ถึงการมีความพร้อมและศักยภาพในการรักษาการมีบุตรยาก โดยเฉพาะเรื่องของค่ารักษาพยาบาลในการรักษาการมีบุตรยาก จากการศึกษาของ Mohammad Reza Safarinejad (2007) ที่พบว่า การรักษาการมีบุตรยากนั้นมีค่าใช้จ่ายในการรักษาการมีบุตรยากตั้งแต่ระดับราคาไม่แพงจนถึงราคาสูง ดังนั้น สตรีที่มีรายได้ต่ำนั้น มีผลต่อการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากซึ่งสอดคล้อง

กับการศึกษาของ Adashi E.Y. et al. (2000) ที่ผลการศึกษาพบว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล นั้นมีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก

อย่างไรก็ตามเมื่อนำตัวแปรอิสระทั้ง 8 ตัว มาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในระดับหลายตัวแปร ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุ ของข้อมูลการสำรวจการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและความอยู่ดีมีสุขในบริบทสังคมสูงวัย พ.ศ. 2559 พบว่า สามารถร่วมกันอธิบายการผันแปรของการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากได้ร้อยละ 33.8 (ค่า  $R^2=0.338$ ) โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก เมื่อควบคุมตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ แล้ว และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ จำนวนปีที่สมรส และการวางแผนครอบครัว ส่วนตัวแปรอายุแรกสมรส จำนวนบุตรที่ต้องการ ภาค ระดับการศึกษา การทำงาน และการครอบครองที่อยู่อาศัย ไม่มีอิทธิพลต่อการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก และเมื่อนำตัวแปรอิสระดังกล่าวมาวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุขั้นตอน พบว่า มีเพียงตัวแปรอิสระ 1 ตัว คือการวางแผนครอบครัว ที่สามารถอธิบายการแปรผันของการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากได้ร้อยละ 24.8 (ค่า  $R^2=0.248$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรักษาการมีบุตรยากของสตรีไทยในปี พ.ศ. 2559 ที่แตกต่างไปจาก ปี พ.ศ. 2552 คือ จำนวนปีที่สมรส และการวางแผนครอบครัว สรุปรายละเอียดได้ดังนี้

### **จำนวนปีที่สมรส**

นอกจากนี้ ยังมีอีกปัจจัยหนึ่งที่แตกต่างไปจาก ปี พ.ศ. 2552 คือ จำนวนปีที่สมรส จากการศึกษาพบว่าพ.ศ. 2559 สตรีที่เข้ารับการรักษาการมีบุตรยากนั้น จะสมรสมาเป็นระยะเวลา 4-6 ปี ในขณะที่สตรีที่มีบุตรยากที่เข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก พ.ศ. 2552 นั้นสมรสมาเป็นระยะเวลา 7 ปีขึ้นไป จากข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า สตรีที่มีบุตรยากที่เข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก พ.ศ. 2559 นั้นมีจำนวนปีที่สมรสน้อยลงจากสตรีที่มีบุตรยากที่เข้ารับการรักษา พ.ศ. 2552 แสดงให้เห็นว่า สตรีที่มีบุตรยาก พ.ศ. 2559 นั้น มีการรับรู้เกี่ยวกับการมีบุตรยากและการเข้ารับการรักษามากขึ้น หรือมีความต้องการมีบุตรมากขึ้น เนื่องจากจำนวนปีที่สมรสและการตัดสินใจเข้ารับรักษานั้นสั้นลง กล่าวคือ สมรสเป็นระยะเวลา 4-6 ปี ก็ตัดสินใจเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากหากยังไม่มีบุตร ในขณะที่ พ.ศ. 2552 สตรีที่มีบุตรยากจะรอระยะเวลาจำนวนปีที่สมรส 7 ปีขึ้นไปแล้วยังไม่มีการตัดสินใจเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก

### **การวางแผนครอบครัว**

ซึ่งการวางแผนครอบครัวนั้น หมายถึง การเข้าพบบุคลากรทางการแพทย์เพื่อปรึกษาเรื่องการวางแผนครอบครัว โดยผลการศึกษาพบว่า สตรีที่มีบุตรยากที่วางแผนครอบครัวก่อนแต่งงานจะได้รับการรักษาการมีบุตรยากมากกว่าสตรีที่ไม่ได้วางแผนครอบครัว อาจกล่าวได้ว่า การวางแผนครอบครัวก่อนการสมรสนั้น จะทำให้มีความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมในการมีบุตร รวมไปถึงความรู้ด้านการมีบุตรยาก ดังนั้น สตรีที่มีบุตรยากที่มีการวางแผนครอบครัวก็จะตัดสินใจเข้ารับการรักษาสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้วางแผนครอบครัว ซึ่งในปัจจุบัน พบว่า การวางแผนครอบครัวมีอิทธิพลในการตัดสินใจเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากสูงกว่าปัจจัยด้านอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Amy Sudhinarasat et al. (2014) ที่พบว่าสตรีที่มีการวางแผนครอบครัว และมีความต้องการมีบุตรจะมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากที่สูงกว่า เช่นเดียวกับกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพที่พบว่า สตรีที่ตัดสินใจเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากนั้น จะเป็นสตรีที่มีการวางแผนครอบครัวเรื่องการมีบุตร โดยในเบื้องต้น สตรีและคู่สมรสจะตัดสินใจร่วมกันเรื่องความต้องการมีบุตร ไม่ว่าจะมีความต้องการมีบุตรทันทีหลังจากสมรส และเรื่องจำนวนบุตรที่ต้องการ ดังนั้น คู่สมรสที่มีการวางแผนครอบครัวก็จะปรึกษาแพทย์เพื่อให้สามารถมีบุตรได้ตามความต้องการ โดยการปรึกษาแพทย์นั้น ทำให้คู่สมรสที่ตัดสินใจเข้ารับการรักษามีความรู้เรื่องการมีบุตรเพิ่มมากขึ้น รวมไปถึงการรับรู้ว่าตนเองนั้นเป็นผู้ที่ประสบกับภาวะมีบุตรยาก และตัดสินใจเข้ารับการรักษาในช่วงเวลาที่เหมาะสม รวมไปถึงวิธีการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและโอกาสในการประสบความสำเร็จจากการรักษาสูงสุด ในขณะที่ สตรีที่มีบุตรยากที่ไม่เข้ารับการรักษาการมีบุตรยากนั้น เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้มีการวางแผนครอบครัวทั้งก่อนและหลังการสมรส โดยกลุ่มตัวอย่างนี้จะมีความคิดว่าเมื่อใดที่มีความต้องการมีบุตรก็จะสามารถมีบุตรได้ทันทีที่ต้องการ รวมไปถึงความคิดที่ว่า การเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากนั้นไม่เกี่ยวกับเรื่องของอายุ เมื่อไรที่ตัดสินใจเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากก็จะสามารถมีบุตรได้ ซึ่งแท้ที่จริงแล้ว การเข้ารับการรักษาในช่วงเวลาที่เหมาะสม และรักษาในวิธีการที่เหมาะสม จะเป็นการเพิ่มโอกาสในการประสบความสำเร็จ รวมไปถึงลดค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาได้หากเข้ารับการรักษาเมื่ออายุน้อย และใช้วิธีการรักษาที่ไม่ใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์

## 6.2 สรุปผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

### ลักษณะของสตรีที่มีบุตรยากที่ให้สัมภาษณ์เชิงลึก

กลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์เชิงลึก ได้แก่สตรีที่มีบุตรยากทั้งที่เคยเข้ารับการรักษาและไม่เคยเข้ารับรักษามีอายุระหว่าง 29-42 ปี (อายุเฉลี่ย 38.33 ปี) อายุแรกสมรสระหว่าง 24-36 ปี (อายุแรกสมรสเฉลี่ย 29.25 ปี) จำนวนปีที่สมรส 3-15 ปี (จำนวนปีที่สมรสเฉลี่ย 6.7 ปี) จำนวนบุตรที่ต้องการ 1- 3 คน (จำนวนบุตรที่ต้องการเฉลี่ย 1.55 คน) ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 62.96) และเป็นสตรีที่ทำงาน (ร้อยละ 92.59) เป็น

เจ้าของบ้านและ/หรือที่ดิน (ร้อยละ 88.88) มีรายได้ครัวเรือนมากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป โดยผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

### **คุณค่าบุตรและการวางแผนครอบครัว**

กลุ่มที่เข้ารับการรักษาทั้งในพื้นที่กรุงเทพมหานครและภาคอื่นๆ จะให้ความสำคัญกับการมีบุตรโดยมีความคิดว่าการมีบุตรนั้นคือความต้องการทายาทเพื่อสืบสกุล เป็นหน้าที่ และการมีบุตรยังเป็นการเพิ่มความสัมพันธ์ที่ดีภายในครอบครัวให้มั่นคงและมีความผูกพันมากยิ่งขึ้น และมีการวางแผนที่ชัดเจนว่าต้องการมีบุตร เพื่อที่จะสามารถช่วยให้การมีบุตรเป็นตามที่ต้องการ ในขณะที่กลุ่มที่ไม่เข้ารับการรักษาก็มีความคิดว่าการมีบุตรเป็นเรื่องที่สำคัญต่อครอบครัวเช่นกัน แต่จะให้ความสำคัญกับการมีบุตรเองตามธรรมชาติ หรือการให้ความสำคัญของการมีบุตรที่น้อยกว่าคือถ้ามีเองตามธรรมชาติก็ดี แต่ถ้าไม่มีก็ไม่เป็นไรครอบครัวก็ยังสามารถดำเนินความสัมพันธ์ไปได้ ซึ่งสอดคล้องการ ภาณุจนา ลุศนันท์ (2542) ที่กล่าวว่า การมีบุตรนั้น คือ การเติมเต็มในครอบครัวที่จะทำให้ครอบครัวมีความสุข และเป็นทายาทสืบสกุลต่อไป

### **จำนวนปีที่สมรส**

กลุ่มที่เข้ารับการรักษาก็ให้ความสำคัญกับระยะเวลาที่แต่งงาน โดยมีการรอคอยการมีบุตรโดยวิธีธรรมชาติที่สั้นกว่า คือรอเพียง 2-3 ปีก็จะไปรักษา ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความเข้าใจว่าหากแต่งงานหลายปีอายุจะยิ่งเพิ่มขึ้นจะทำให้โอกาสในการมีบุตรตามธรรมชาติลดลง โอกาสในการรักษาที่ต่ำลงด้วย ในขณะที่กลุ่มที่ไม่รักษาจะมองว่าจำนวนปีที่สมรสไม่มีผลต่อการมีบุตรยาก การสมรสที่จะมีบุตรได้ต้องใช้ระยะเวลาาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของประทีป พลปลื้มโอสฐ (2545) ที่พบว่าสตรีที่สมรสมาเป็นระยะเวลานานจะมีความกดดัน ความเครียดอันเนื่องมาจากการไม่มีบุตร จึงทำให้ผู้ที่ไม่มีบุตรยากนั้น ตัดสินใจเข้ารับการรักษากการมีบุตรยาก

### **ความหมาย การรับรู้ และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการมีบุตรยาก**

กลุ่มตัวอย่างทั้งที่เข้ารับการรักษากลุ่มที่ไม่ได้เข้ารับการรักษากการมีบุตรยาก จะมีการรับรู้ความหมายของการมีบุตรยาก ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีความคิดว่าตนเองนั้นไม่ใช่ผู้ที่เข้าข่ายเป็นผู้มีบุตรยาก เนื่องจากเพิ่งสมรสเป็นระยะเวลาไม่นาน ทั้งที่ในความเป็นจริงแล้วนั้น กลุ่มตัวอย่างสมรสเมื่ออายุมากแล้ว อีกทั้งความคิดที่ว่าร่างกายสมบูรณ์ไม่ได้ผิดปกติ สามารถมีบุตรได้ด้วยวิธีทางธรรมชาติ ทั้งที่ในทางทฤษฎีสตรีสามารถประสบกับภาวะมีบุตรยากได้แม้ว่าร่างกายมีความสมบูรณ์ดี ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจะไม่ตัดสินใจเข้ารับการรักษาทันทีแต่จะมีระยะเวลาในการรอคอยให้ มีบุตรได้ด้วยวิธีทางธรรมชาติ แต่กลุ่มที่ตัดสินใจเข้ารับการรักษานั้นจะมีระยะเวลาในการรอคอยการมีบุตรด้วยวิธีทางธรรมชาติที่สั้นกว่าคือจะเข้าใจว่าหากไม่สามารถมีบุตรเองได้ในระยะ 2-3 ปีแสดงว่ามีความเสี่ยงที่จะมีบุตรยาก ซึ่งสอดคล้องกับ Avdeyeva (2011) ที่กล่าวว่า อายุที่เพิ่มขึ้นนั้น ทำให้มี

โอกาสในการมีบุตรยาก อีกทั้งยังมองว่าการมีบุตรยากเป็นโรคที่ต้องได้รับการรักษา และการรักษาสามารถทำให้หายหรือสามารถมีลูกได้ อีกทั้งปัจจุบันความก้าวหน้าทางการแพทย์มีสูงทำให้การรักษา มีโอกาสที่จะประสบความสำเร็จสูง ในขณะที่กลุ่มที่ไม่เข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก ที่มีความคิดว่าการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากนั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับอายุ จะมองว่าการมีบุตรเป็นเรื่องของความแข็งแรงของร่างกาย ถ้าทั้งผู้ชายและผู้หญิงตรวจสุขภาพแล้วปกติ ก็น่าจะสามารมีลูกได้เองโดยไม่ต้องไปรักษา แต่รอเวลาที่ร่างกายพร้อม จะเข้ารับการรักษาเมื่อใดก็จะสามารถมีบุตรได้ตามความต้องการ ซึ่งความจริงแล้วอายุที่เข้ารับการรักษานั้นก็เป็ปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อโอกาสในการประสบความสำเร็จจากการรักษาการมีบุตรยากเนื่องจากสตรีที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปนั้นจะมีโอกาสที่มีบุตรยากเพิ่มมากขึ้น (Behboudi-Gandevani et al, 2013) หากผู้ที่มีบุตรยากเข้ารับการรักษาเมื่ออายุยังน้อยโอกาสที่จะเข้ารับการรักษาด้วยวิธีการทางธรรมชาติ หรือไม่ใช่เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์จะมีสูงทำให้ค่าใช้จ่ายไม่สูงมากนัก รวมไปถึงโอกาสในการประสบความสำเร็จจากการรักษานั้นเพิ่มมากขึ้นด้วยนอกจากนี้ สตรีที่มีบุตรยากควรเข้ารับการรักษาโดยแพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญ เพื่อหาสาเหตุ และเข้ารับการรักษาที่ตรงสาเหตุเพื่อประสิทธิภาพในการรักษา (Gorrie et al.,1994)

### **ปัจจัยด้านสถานบริการและข้อมูลด้านการรักษา**

กลุ่มที่ตัดสินใจเข้ารับการรักษาเป็นกลุ่มที่มีความเชื่อว่าแพทย์แผนปัจจุบันหรือการรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและมีชื่อเสียงจะช่วยให้มีโอกาสในการประสบความสำเร็จสูง และตนเองสามารถที่จะไปรักษาที่สถานบริการดังกล่าวได้ ในขณะที่กลุ่มที่ไม่รักษาจะเป็นกลุ่มที่คิดว่าการรักษามีราคาแพง ไม่มีความชัดเจนว่าต้องรักษานานแค่ไหนใช้เงินเท่าใดจึงจะมีลูกได้ ทำให้อาจเป็นการเสียค่าใช้จ่ายที่สูงโดยที่อาจไม่ประสบความสำเร็จจึงไม่คุ้มค่า

### **ปัจจัยด้านค่ารักษาพยาบาลและความสำเร็จ**

กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาและกลุ่มที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก มีความคิดเรื่องของการตัดสินใจเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากที่เกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายที่ใกล้เคียงกัน กล่าวคือ กลุ่มที่ตัดสินใจเข้ารับการรักษา มีทั้งตัดสินใจเข้ารับการรักษาเพราะมีความพร้อมทางด้านการเงิน แต่ก็อาจไม่สามารถรักษาได้ต่อเนื่องถ้าต้องรักษายาวนานและใช้เงินมาก ในขณะที่กลุ่มที่ไม่รักษาจะประเมินจากราคาที่สูง และโอกาสความสำเร็จน้อย จึงไม่รักษา ซึ่งแสดงให้เห็นว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงการรักษาทั้งสองกลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับ ปานฉัตร เสียงดัง และอมรา สุนทรธาดา (2551) ที่พบว่า การรักษาการมีบุตรยากที่ใช้เทคโนโลยีในการช่วยเจริญพันธุ์นั้นมีค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการรักษาการมีบุตรยากสูง อีกทั้งระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาไม่แน่นอน และที่สำคัญคือโอกาสที่จะประสบความสำเร็จนั้นไม่แน่นอนอีกด้วย



## ผลกระทบจากการมีบุตรยากและการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก

กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาและกลุ่มที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก จะได้รับผลกระทบจากการมีบุตรยากและผลกระทบจากการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากที่มีความแตกต่างกัน กลุ่มที่ไม่เข้ารับการรักษานั้นจะมีผลกระทบที่เกิดจากการมีบุตรยาก ซึ่งจะเป็นผลกระทบที่เกิดจากการได้รับการกดดันและความคาดหวังจากครอบครัว ทำให้ส่งผลกระทบต่อทางจิตใจที่ทำให้มีความเครียด เนื่องจากความคาดหวังในการมีบุตรของครอบครัว เพื่อสืบสกุล ซึ่งสอดคล้องกับกาญจน ลุศนันท์ (2542) ที่กล่าวว่า การมีบุตรนั้นเป็นความคาดหวังของครอบครัว เครือญาติว่าจะต้องมีลูกมีหลานเพื่อสืบสกุล แต่ว่ากลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้สามารถรับมือกับผลกระทบที่เกิดขึ้นได้ เนื่องจากผลกระทบที่ได้รับนั้นไม่ได้เป็นผลกระทบที่รุนแรงมากเท่าใดนัก ในขณะที่กลุ่มที่เข้ารับการรักษานั้นจะได้รับผลกระทบ พบว่ามีผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษานั้นสูง ทำให้มีผลกระทบต่อสถานะทางการเงินของครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับ Verhaak et al. (2007) ที่กล่าวว่า การตรวจเพื่อรักษาการมีบุตรยากนั้น มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง ดังนั้น หากผู้ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจที่ไม่มั่นคงก็อาจจะทำให้สูญเสียสภาพคล่องทางเศรษฐกิจของครอบครัวได้ นอกจากนี้ผลกระทบทางด้านร่างกายก็เป็นสิ่งหนึ่งที่ผู้เข้ารับการรักษาการมีบุตรยากได้รับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบันมีการยึดยึดวิธีการรักษาที่ไม่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้มีบุตรยาก หรือการใช้เทคโนโลยีการช่วยเจริญพันธุ์จำนวนมากเกินไปในช่วงระยะเวลาไม่นาน ทำให้เกิดผลข้างเคียงกับร่างกายของผู้เข้ารับการรักษา ทำให้เกิดภาวะร่างกายอ่อนแอ และมีผลทำให้ง่ายต่อการแท้งบุตร นอกจากนี้ ผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ที่เข้ารับการรักษาก็เป็นผลกระทบที่มีความสำคัญ ซึ่งผลการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า กลุ่มที่เข้ารับการรักษาการมีบุตรยากแต่ไม่ประสบความสำเร็จก็จะเกิดความเครียด ความผิดหวัง และในกลุ่มที่เข้ารับการรักษาที่ประสบความสำเร็จจากการรักษาแต่เกิดภาวะแท้งบุตรจะได้รับผลกระทบที่รุนแรงต่อสภาพจิตใจ ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าต้องพบจิตแพทย์ เพื่อได้รับการเยียวยาสภาพจิตใจก่อนที่จะเข้ารับการรักษาในครั้งต่อไป

### 6.3. ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ แสดงให้เห็นถึงสถานการณ์การเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากที่ยังคงมีสัดส่วนของผู้ที่ไม่รักษาสูง และยังคงมีความแตกต่างระหว่างสตรีที่อยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและภาคอื่นๆในบางปัจจัย นอกจากนี้การเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากยังมีความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นๆ ที่นอกเหนือจากปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น ปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับภาวะการมีบุตรยาก ปัจจัยด้านสถานบริการรักษาภาวะมีบุตรยาก ปัจจัยด้านค่ารักษาพยาบาลและความสำเร็จ ซึ่งจากผลการศึกษาที่ได้สามารถสรุปได้จากผู้ให้ข้อมูล ทั้ง 2 ชุดดังกล่าว ช่วยเติมเต็มและให้ภาพรวมของภาวะการมีบุตรยากและความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการ

รักษาได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก อันนำมาซึ่งข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังต่อไปนี้

### 6.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พบว่า การเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากของสตรีที่มีภาวะดังกล่าวค่อนข้างต่ำ และมีปัจจัยหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเข้ารับการรักษาของสตรีที่มีบุตรยาก จึงควรมีนโยบายต่างๆ เพื่อส่งเสริมการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากของสตรี ดังต่อไปนี้

1) ส่งเสริมให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับลักษณะของผู้ที่มีภาวะการมีบุตรยากตลอดจนวิธีการรักษา โดยเป็นข้อมูลจากแหล่งที่เข้าถึงง่าย เช่น อินเทอร์เน็ต เพื่อให้สามารถตระหนักถึงความสามารถในการมีบุตร และภาวะมีบุตรยากที่สามารถเกิดขึ้นได้ ซึ่งไม่จำเป็นว่าต้องมีความผิดปกติของร่างกาย โดยเข้าสู่กระบวนการรักษาที่ถูกต้อง ทันเวลา เพื่อเป็นการเพิ่มโอกาสในการประสบความสำเร็จจากการรักษา

2) เพิ่มการเข้าถึงการรักษาให้มากขึ้น โดยการกระจายสถานบริการที่มีมาตรฐานให้ครอบคลุมทุกภาค และ โดยเฉพาะในต่างจังหวัดที่การรักษาส่วนใหญ่ต้องเดินทางไกล เพราะสถานบริการมีเฉพาะจังหวัดใหญ่ๆ กล่าวคือ สถานบริการที่มีชื่อเสียงจะมีเฉพาะกรุงเทพมหานครและจังหวัดใหญ่ๆ เพื่อให้ผู้มีบุตรยากเดินทางไปรักษาได้ เพราะส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ทำงาน ไม่สามารถลางานได้ จึงเกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการรักษา

3) นโยบายส่งเสริมให้คู่สมรสมีการวางแผนครอบครัวตั้งแต่ออกงาน ซึ่งการวางแผนครอบครัวคือการพบบุคลากรทางด้านสาธารณสุขเพื่อวางแผนการมีบุตรให้สามารถมีบุตรได้ตามความต้องการในช่วงเวลาที่มีความเหมาะสม ตลอดจนการให้ความรู้ในการปฏิบัติตนเพื่อการมีบุตรทั้งวิธีทางธรรมชาติและการใช้เทคโนโลยีช่วยเจริญพันธุ์

4) สนับสนุนให้การรักษาภาวะมีบุตรยาก เป็นสวัสดิการสุขภาพขั้นพื้นฐาน เพื่อให้ผู้ที่มีบุตรยากที่มีความพร้อมในการเลี้ยงดูบุตรสามารถเข้าถึงการรักษาการมีบุตรยาก โดยต้องได้รับการวินิจฉัยและการรักษาจากแพทย์เฉพาะทาง เพื่อได้รับการรักษาด้วยวิธีการรักษาที่เหมาะสม เนื่องจากการรักษาการมีบุตรยาก หากรักษาเป็นระยะเวลานานเกินไป หรือรักษาด้วยวิธีการรักษาที่ไม่เหมาะสม อาจเกิดผลข้างเคียงต่อสุขภาพของผู้ที่เข้ารับการรักษาได้ รวมถึงการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล และสามารถลางานเพื่อไปรักษาภาวะมีบุตรยากได้

5) ควรส่งเสริมการประกันภัยที่ครอบคลุมการรักษาภาวะมีบุตรยาก เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา และเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการรักษาอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม

### 6.3.2 ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1) ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านอื่นๆ ที่นอกเหนือจากด้านประชากรและด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่น ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะมีบุตรยาก ปัจจัยด้านสถานบริการ (การกระจาย คุณภาพ และราคาค่าบริการ เป็นต้น) เพื่อให้สอดคล้องตามทฤษฎีเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการรักษาในสถานบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษาในเชิงปริมาณ

2) ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านคู่สมรสกับการตัดสินใจเข้ารับการรักษาภาวะมีบุตรยาก เพราะการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาภาวะมีบุตรยาก เป็นส่วนหนึ่งของงานด้านภาวะเจริญพันธุ์ที่คู่สมรสหรือเพศชายต้องเข้ามามีบทบาทมากขึ้น เนื่องจากสัมภาษณ์แล้วพบว่าฝ่ายชายไม่ให้ความร่วมมือในการเข้ารับการรักษา

3) ควรมีการสำรวจหรือรวบรวมข้อมูลด้านภาวะการมีบุตรยากที่มีคุณภาพและต่อเนื่อง เพื่อให้เป็นแหล่งข้อมูลในการศึกษาวิจัยที่มีคุณภาพและสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการป้องกันปัญหาภาวะมีบุตรยากของประชากรไทยต่อไป ซึ่งจะเป็นการช่วยลดปัญหาภาวะเจริญพันธุ์ต่ำและการเข้าสู่สังคมสูงวัยของไทยได้อีกทางหนึ่ง

4) ควรศึกษาผลกระทบจากการมีบุตรยาก และการรักษาที่ครอบคลุมในทุกมิติ เพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมการเข้าถึงการรักษาการมีบุตรยากที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้เกิดการรักษาที่มีประสิทธิภาพและไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้รักษา รวมถึงต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิของผู้เข้ารับการรักษา

## บรรณานุกรม

- Aday, L. A. a. R. M., Anderson (1981, December). "Equity of Access to Medical Care." Empirical Overview 19(12): 4-27.
- Adashi E.Y et al (2000). "Public perception on infertility and its treatment: an international survey." The Bertarelli Foundation Scientific Board 15 no.2 330-334.
- Anderson R. M., K., J., O.W. Anderson, (1975). Equity of Access to Medical Care, Cambridge Mass Balinger Publishing Company.
- Arthur, et al. (2004,November). "Help-Seeking Patterns among Subfecund Women." Journal of Reproductive and Infant Psychology 22 (4): 305-319.
- Arthur, L. Greil., & McQuillan Julia. (2004,November). Help-Seeking Patterns among Subfecund Women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 22 (4), 305-319.
- Avdeyeva, O. A. (2011,September). Policy experiment in Russia: Cash-for-babies and fertility change. *Social Polttics*, 18 (3), 361-386.
- Barry, P. D. (1989). *Psychosocial aspects of specific physical conditions*. (2 ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott Company
- Behboudi-Gandevani et al (2013,September). "Iranian primigravid women's awareness of the risks associated with delayed childbearing." The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care.
- Blenner, J. L. (1992,March). Stress and mediators: Patients' perceptions of infertility treatment. *Nursing Research*, 41.
- Felice Petraglia et al (2013,September ). "The changing prevalence of infertility." from [https://www.researchgate.net/publication/257646814\\_The\\_changing\\_prevalence\\_of\\_infertility](https://www.researchgate.net/publication/257646814_The_changing_prevalence_of_infertility).
- Goffman, E. (1963,March). Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. *Journal of Medical Anthropology*, 20 (1), 1-39.
- Lockwood, G. M. (2003). *Infertility and early pregnancy loss*. In D. Waller, & A. McPherson,(Eds.), *Women's health*. England Oxford.
- Mahlstedt, P. P. (1985). *The psychological component of infertility, Fertility and sterility*.

- McDonald, P. (2000). Gender equity, Social institutions and the future of Infertility. *Journal of Population Research*, 17, 1-16.
- Marzeih Rostami Dovom et. al (2014). "A Population-based Study on Infertility and Its Influencing Factors in Four Selected Provinces in Iran (2008-2010)." *Iran J Period Med* 12(8): 561-565
- Miller, J. F. (1983). *Coping with chronic illness: Overcoming powerlessness*. Philadelphia, F. A. Davis.
- Mohammad Reza Safarinejad (2007,23 January ). "Infertility among couples in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors." *international journal of andrology*.
- Patel. M (2016,March). "The Socioeconomic Impact of Infertility on Women in Developing Countries." *Facts Views Vis Obgyn* 8(1): 59-61.
- Pearson, L. H. (1992). The stigma of infertility. *Nursing Time*, 88, 36-38.
- Schoener, C. J., & Krysa, L. W. (1996,February). *The comfort and discomfort of infertility*. (Vol. 25(2)): J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.
- Verhaak CM, Smeenk JMJ, Evers AWM, Kremer JAM, Kraaijmaat FW, & Braat DDM. (2007). *Women's emotional Adjustment to IVF; A systemic review of 25 years of research*. (Vol. 13).
- Violet Naanyu Yebei (2000 november). "Unmet needs, beliefs and treatment-seeking for infertility among migrant Ghanaian women in the Netherlands." *Reproductive Health Matters*.
- Wasser, S., K.sewall, G., & soules, M. R. (1993). *Psychosocial stress as a cause of infertility*. (Vol. 59): Fertility and sterility
- World Health Organization. (2004). *Demographic and health Survey (DHS) Comparative Report No,9 Infecundity Infertility and childlessness in developing country*
- กาญจนา ลุศนันท์ (2542). บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของบุคคลในครอบครัวและสังคม: ศิลปะ การดำเนินชีวิต. กรุงเทพฯ, บริษัท เท็กซ์แอนด์เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.
- กุศล สุนทรธาดา และ วรชัย ทองไทย (2539). ลักษณะผู้ใช้บริการและปัจจัยกำหนดการใช้บริการรักษาพยาบาลในภาคเอกชน นครปฐม, สถาบันประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กองการพยาบาล. (2545). แนวทางการดำเนินงานการพยาบาลครอบครัว. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุม สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด

- ครองขวัญ เสวกสูตร (2553). การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยชาวต่างประเทศในโรงพยาบาลเอกชนไทย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เศรษฐศาสตร์มหาบัณฑิต.
- จรรุวรรณ ก้าวหน้าไกล. (2555). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลครอบครัวในการดูแลคู่สมรสที่มีบุตรยาก *Journal of Nurses association of Thailand ,North-eastern Division, Volume 30 No.3 July-September 2012.*
- จรรย์ญา ดิจะโปะ ศรีสมร ภูมณสกุล และจรัสศรี ธีระกุลชัย (2560). "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบุคคล ความเครียด การดำรงบทบาทภรรยา สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสกับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก." *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า* 28(2): 67-79.
- เชิดชัย มีค่า. (2540). คู่มือการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการ กรุงเทพฯ กรมบัญชีกลาง สำนักงานการเงินการคลัง ส่วนกฎหมาย และระเบียบการคลัง. กรุงเทพฯ
- จิรเนาว์ ทศศรี, (2545). ครอบครัวสัมพันธ์ (Vol.1). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา: ครอบครัวสัมพันธ์.
- นภาพร ชัยวรรณ และคณะ. (2546). รายงานเบื้องต้นโครงการภาวะเศรษฐกิจกับการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและครอบครัวในประเทศไทย (เอกสารวิทยาลัยหมายเลข 288). กรุงเทพฯ
- บุญเลิศ เลียวประไพ (2557). ประชากร อดีต-ปัจจุบัน-อนาคต. นครปฐม, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.
- นายแพทย์บุญแสง วุฒิพันธ์ (2553). "แนะคูครองมีลูกยากปรับไลฟ์สไตล์ ". from [http://110.164.68.234/news\\_raja/index.php?mode=topicshow&tp\\_id=5641](http://110.164.68.234/news_raja/index.php?mode=topicshow&tp_id=5641).
- นฤมล เจริญใจ (2560). ประสบการณ์การมีบุตรยากและการเข้ารับบริการช่วยการเจริญพันธุ์ของผู้หญิงไทย. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. นครปฐม, มหาวิทยาลัยมหิดล. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต.
- ประทีป ปลิปลื้มโอษฐ์ (2543). เข้าสู่กระบวนการรักษาการมีบุตรยาก: กรณีศึกษาผู้หญิงมีบุตรยาก. สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยมหิดล. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
- ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์. (2551). ความไม่สมดุลของประชากร ชายและหญิงในประเทศไทย. ประชากรและสังคม 2551(มติ "เพศ" ใน ประชากรและสังคม).
- ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์. (2555). โครงสร้างประชากรและการเปลี่ยนแปลงประชากรและสังคม 2555.
- ปานฉัตร เสียงดัง และอมรา สุนทรธาดา. (2551). ภาวะการมีบุตรยาก:ประเด็นสังคมที่มากกว่าเรื่องเพศ. วารสารประชากรและสังคม.
- พรภิมล ตั้งชัยสิน. (2546). การฉีดตัวอสุจิเข้าไข(อิกซี่) ใน เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์. เชียงใหม่: บริษัทนพบุรีการพิมพ์ จำกัด.

พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์. (2545 ). จิตวิทยาครอบครัว กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พวงเพ็ญ ริมดุสิต. (2533). ความก้าวหน้าในหลักการและวิธีการแก้ไขปัญหามีบุตรยาก.

พัชรราวลัย วงศ์บุญสิน. (2553).

พิทักษ์ เล่าห์เกริกเกียรติ. (2552). แนวทางการดูแลรักษา ภาวะมีบุตรยากเบื้องต้นในสูตินรีเวชทันยุค. กรุงเทพฯ: บริษัท พี. เอ. ลิฟวิ่ง จำกัด.

พิมลพรรณ อิศรภักดี (2557). "ทัศนคติของคนรุ่นใหม่เกี่ยวกับการแต่งงานและการมีบุตร." ประชากรและสังคม 2557 23: 119-212.

ภาวดี ชาญสมร และคณะ (2553). ภาวะมีบุตรยากและการรักษา. การให้บริการอนามัยเจริญพันธุ์. กรุงเทพฯ, สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กาญจนา ลุศนันท์, (2542). บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของบุคคลในครอบครัวและสังคม: ศิลปะ การดำ เนินชีวิต. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์แอนด์เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด.

วิสันต์ เสรีภาพงศ์ และไพโรจน์ วิฑูรพนิชย์. (2547). ภาวะมีบุตร ยาก ใน ตำรานรีเวชวิทยา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศุทธิดา ขวนวัน และปิยวัฒน์ เกตุวงศา (2557). "ทำไมผู้หญิงไม่แต่งงาน : ผู้ชายหายไปไหน." ประชากรและสังคม 2557(23): 23.

ศูนย์รักษาผู้มีบุตรยากเจตนิน (2559). from [http://www.jetanin.com/th/service/archive\\_detail/22](http://www.jetanin.com/th/service/archive_detail/22).

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2549). การฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2548 – 2568.

สมบูรณ์ คุณาธิคม. (2544). ภาวะการมีบุตรยาก นรีเวชวิทยา. กรุงเทพฯ: พี เอ ลิฟวิ่ง.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2556). การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 = Population projections for Thailand 2010-2040. 1.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2558). "รายงานวิเคราะห์สถานการณ์ความยากจนและความเหลื่อมล้ำในประเทศไทย ปี 2558." from [http://www.nesdb.go.th/ewt\\_dl\\_link.php?nid=6363](http://www.nesdb.go.th/ewt_dl_link.php?nid=6363).

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2513-2553 ). สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2513-2553

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2549). รายงานการสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์พ.ศ.2549.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2552). "การสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ.2552 "

สุชน ปัญญาติติก และคณะ. (2541). สถานการณ์การมีบุตรยากในประเทศไทย. กรุงเทพฯ

อเนก อารีพรรค. (2548). เพศศาสตร์ใน สูติศาสตร์และ นรีเวชวิทยา. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.

อมรา สุนทรธาดา และกมลชนก ขำสุวรรณ (2557). "การสร้างครอบครัวไทยในมิติการเปลี่ยนผ่านประชากรรอบ 2." ประชากรและสังคม 23: 43-58.

โอภาส เศรษฐบุตร. (2546). การทำกิ๊ฟท์. เชียงใหม่: นพบุรีการพิมพ์.



## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวณัฐชานันท์ ไตรวัฒน์วงษ์ เกิดเมื่อวันอาทิตย์ที่ 9 กันยายน พ.ศ.2527 ที่กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษานิเทศศาสตรบัณฑิต คณะวิทยาการจัดการและสารสนเทศศาสตร์ สาขาวิชาการประชาสัมพันธ์ จากมหาวิทยาลัยนเรศวร เมื่อเดือน พ.ศ.2549

สำเร็จการศึกษาปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานิเทศศาสตร์และสารสนเทศ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ประจำปีการศึกษา 2555

ในปีการศึกษา 2555 ได้เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศาสตร์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การทำงาน ระหว่าง พ.ศ. 2556 ถึง พ.ศ. 2560 ทำงานเป็นอาจารย์คณะวิศวกรรมศาสตร์ และสถาปัตยกรรมศาสตร์ สาขาวิชาเทคโนโลยีมีเดีย มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์

พ.ศ. 2558-2560 ตำแหน่งหัวหน้าสำนักงานคนบตี คณะวิศวกรรมศาสตร์และสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลตะวันออก

ผลงานทางวิชาการ ตีพิมพ์บทความที่เกี่ยวข้องกับวิทยานิพนธ์เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการปรึกษา/ตรวจภาวะมีบุตรยาก ในวารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปีที่ 22 ฉบับเดือน มกราคม-มิถุนายน 2562

นำเสนอบทความเรื่อง การมีบุตรยาก : สถานการณ์ การรักษา และปัจจัยกำหนด การประชุมวิชาการระดับชาติมหาวิทยาลัยทักษิณ ครั้งที่ 27 ประจำปี 2560 และการประชุมวิชาการระดับชาติด้านบริหารธุรกิจและเศรษฐศาสตร์ครั้งที่ 3 ณ โรงแรมบีพี สมิหลา บีช คณะวิจัย เรื่อง รายงานการประเมินผล การประชุมนานาชาติครั้งที่ 22 เรื่องชุมชนปลอดภัย ณ จังหวัดน่าน พ.ศ. 2558 หัวหน้าโครงการวิจัย เรื่อง การใช้สื่อประชาสัมพันธ์เพื่อแก้ไขปัญหาการจราจรในเขตภาค ตะวันออกบประมาณแผ่นดินปี พ.ศ. 2559 คณะวิจัย เรื่อง การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัยของประชากรวัยรุ่นในพื้นที่ กรุงเทพมหานครและปริมณฑลงบประมาณแผ่นดินปีพ.ศ. 2561