

ความเครียดของสตรีมีบุตรยาก

Stress of the infertile women

กนกวรรณ เวสสธาดา คม. (การบริหารการพยาบาล) *

Kanogwan Wetsatada M.Ed. (Nursing Administration)

จรัสศรีธีระกุลชัย วท.ม. (พยาบาล) **

Jarassri Theerakulchai MS. (Nursing)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียดของสตรีมีบุตรยาก และเปรียบเทียบความแตกต่างของความเครียดของสตรีมีบุตรยากที่มีอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว ระยะเวลาที่ตั้งใจจะมีบุตร ระยะเวลาที่ได้รับการตรวจรักษา และประเภทผู้ป่วยที่ต่างกัน กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีมีบุตรยากที่มารับการตรวจรักษาในหน่วยตรวจรักษา คู่สมรสมีบุตรยาก โรงพยาบาลรามารับดี ระหว่างเดือนเมษายน 2541 ถึงเดือนกันยายน 2541 จำนวน 278 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามได้นำไปทดสอบความตรง และหาความเที่ยงของกลุ่มตัวอย่างที่มา

รับบริการ มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.6 ในระดับสูงร้อยละ 20.5 และในระดับต่ำร้อยละ 11.9 สตรีมีบุตรยากที่ตั้งใจจะมีบุตรนานมากกว่า 2 ปี มีความเครียดสูงกว่าสตรีมีบุตรยากที่ตั้งใจจะมีบุตรนาน 1-2 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) สตรีมีบุตรยากที่มีระยะเวลาในการตรวจรักษาเท่ากับหรือมากกว่า 1 ปี มีความเครียดสูงกว่าสตรีมีบุตรยากที่มีระยะเวลาในการตรวจรักษาน้อยกว่า 1 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) สตรีมีบุตรยากที่เป็น ผู้ป่วยเก่ามีความเครียดสูงกว่าผู้ป่วยใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สตรีมีบุตรยากที่มีระดับการศึกษา อาชีพ และลักษณะครอบครัวแตกต่างกันมีคะแนนความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่สตรีมีบุตรยากที่มีอายุและรายได้ต่างกันมีความเครียดไม่แตกต่างกัน

ผลการวิจัยครั้งนี้ จะเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพสำหรับสตรีมีบุตรยากที่มารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลต่อไป

* พยาบาลวิชาชีพ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามารับดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

** อาจารย์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทย
ศาสตร์โรงพยาบาลรามารับดี มหาวิทยาลัย
มหิดล

คำสำคัญ : ความเครียด, สตรี, ภาวะมีบุตรยาก

Abstract

The objectives of this study were to identify stress of the infertile women and to compare the women's stress based on age, levels of education, occupation, income, types of family, intention for a baby, duration of infertility duration and characteristic of attending the infertile clinic. Two hundred and seventy eight primary infertile women who had attended the infertile clinic at Ramathibodi Hospital during April to September 1998, were included in the study. The General Health Questionnaire was modified to measure stress of the infertile women. The results revealed that the infertile women with longer time intention for baby and / or longer time attending infertile clinic had significantly more stress than those with shorter time. The infertile women with differences in level of education, occupation and types of family had statistically significant differences in stress. However, the infertile women with differences in age and income had no statistically significant differences in stress.

Key words : Stress, Women, infertile

ความสำคัญของปัญหา

การศึกษาขององค์การอนามัยโลก คาดคะเนว่าอุบัติการณ์ของภาวะมีบุตรยากในประชากรวัยเจริญพันธุ์ โดยทั่วไปประมาณร้อยละ 8 หรือประมาณ 50-80 ล้านคน และจะมีเพิ่มขึ้นปีละ 2 ล้านคน สำหรับสถิติประเทศไทยจากการศึกษา ของหน่วยวิจัยวางแผนครอบครัว ภาควิชา สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ศึกษาจากประชากรจังหวัดระยอง สงขลา และใน เขตบางกอกน้อย พบว่า คู่สมรสที่ไม่ได้คุมกำเนิด เป็นเวลา 2 ปี และไม่มีบุตรมีประมาณร้อยละ 10.6 ซึ่งเทียบเท่ากับสถิติต่างประเทศคือ ร้อยละ 10-15 (Pilliteri, 1995) จากอุบัติการณ์ดังกล่าวจึง ทำให้คู่สมรสมีบุตรยากที่เข้ารับการตรวจรักษามี จำนวนเพิ่มขึ้น จากสถิติของหน่วยรักษาคู่สมรสมี บุตรยาก โรงพยาบาลรามาธิบดี พบว่า คู่สมรส รายใหม่ที่ได้รับการรักษาเพิ่มจาก 32 ราย ใน พ.ศ. 2512 เป็น 2,531 ราย ใน พ.ศ. 2536 เมื่อคู่ สมรสตัดสินใจเข้ารับการตรวจรักษามักจะมาด้วยความกลัว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาการมี บุตรยาก รวมทั้งผลกระทบของการไม่มีบุตรต่อตนเองและครอบครัว (Pilliteri, 1995) ในกระบวนการ ตรวจรักษาที่ประกอบด้วยการค้นหาสาเหตุ และขึ้น

ตอนการรักษาที่ยุ่งยากซับซ้อน รวมทั้งระเบียบปฏิบัติต่างๆ ทำให้ผู้สมรสเกิดความรู้สึกหลายอย่าง เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง โกรธ วิตกกังวล ความเครียด ความหวัง ความตื่นเต้นกระวนกระวาย หรือผิดหวัง เป็นต้น (Kraft, 1980; Porter, 1984) โดยเฉพาะฝ่ายสตรี ซึ่งต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยมากกว่าฝ่ายชาย จึงเกิดผลกระทบต่ออารมณ์และจิตใจได้มากกว่า (Goldberg, 1985) นอกจากนี้ในกระบวนการตรวจรักษาที่ต้องเกี่ยวข้องกับการรอบประจำเดือนของสตรี ต้องใช้เวลานานนับเดือน และค่าใช้จ่ายสูง บางครั้งต้องละทิ้งงานประจำมาเพื่อรับการตรวจรักษา จึงเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้น ซึ่งความเครียดเป็นความรู้สึกที่ไม่มีตัวตน และไม่สามารถสังเกตเห็นได้ชัดเจน แต่จะแสดงออกมาในรูปของอาการทางกายและปฏิกิริยาตอบสนองของมนุษย์ เมื่อเผชิญกับความเครียด อาการของความเครียดมักเริ่มจากการแสดงออกทางจิตใจ เช่น หงุดหงิด โกรธ วิตกกังวล ขึ้นต่อมาอาจแสดงออกทางพฤติกรรม เช่น พุดมาก เบื่อหน่าย หงอยเหงา ความเครียดที่สะสมไว้มากเกินไปก็จะก่อให้เกิดผลเสีย เช่น การขาดงานบ่อย ความไม่พอใจในการทำงาน การตัดสินใจผิดพลาด รวมทั้งความรู้สึกในทางลบ เช่น รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า ไม่ได้รับการยอมรับ ถูกปฏิเสธ ไม่มี

ความสามารถ และรู้สึกไม่มั่นคงทางจิตใจ เป็นต้น (พรรณพิมล หล่อตระกูล, 2538) ดังนั้น หากไม่ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสมจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ อาจทำให้ผู้สมรส ท้อแท้ สิ้นหวัง และหยุดการรักษาในที่สุด (May 1994)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาว่า สตรีมีบุตรยากมีความเครียดมากน้อยเพียงใด ตลอดจนปัจจัยใดที่มีผลต่อความเครียดนั้นๆ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการช่วยเหลือให้สตรีมีบุตรยาก มีการปรับตัวที่เหมาะสม สามารถทนต่อความยากลำบากในกระบวนการตรวจรักษา และให้ความร่วมมือในการตรวจรักษา เพื่อให้การตรวจรักษาได้ผลดียิ่งขึ้น ได้ผลดังเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก ซึ่งกำหนดไว้ว่าในปี ค.ศ. 2000 จะลดจำนวนผู้มีบุตรยากลงจากร้อยละ 7.9 เป็นร้อยละ 6.5 (Pillitteri, 1995)

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความเครียดของสตรีมีบุตรยาก และเปรียบเทียบระดับความเครียดของสตรีมีบุตรยากที่มีอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว ระยะเวลาที่ตั้งใจจะมีบุตรและระยะเวลาที่ได้รับการตรวจรักษา และประเภทผู้ป่วยที่แตกต่างกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีมีบุตรยากที่มารับการตรวจรักษาที่หน่วยตรวจรักษาคูสมรสมีบุตรยาก ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ตั้งแต่เดือนเมษายน 2541 ถึงเดือนกันยายน 2541 จำนวน 278 ราย การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นสตรีมีบุตรยากที่ไม่เคยตั้งครรภ์ หลังจากการสมรสมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี
 2. เป็นผู้ป่วยใหม่ คือ สตรีมีบุตรยากที่นัดมาตรวจรักษาเป็นครั้งแรก และยังไม่ได้รับคำแนะนำจากพยาบาลประจำหน่วย และยังไม่ได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ หรือผู้ป่วยผู้ป่วยเก่า คือ สตรีมีบุตรยากที่ตัดสินใจเข้ารับการตรวจรักษา ที่หน่วยตรวจรักษา คูสมรส มีบุตรยากอย่างน้อย 1 เดือนขึ้นไป
 3. ไม่เคยได้รับการตรวจรักษาจากที่ไหนมาก่อน
 4. สามารถสื่อความหมายเข้าใจได้ดี
 5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

เกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว จำนวนปีที่ตั้งใจจะมีบุตร ระยะเวลาที่ได้รับการตรวจรักษา และลักษณะการมาตรวจ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเครียด (GHQ-28) เป็นแบบวัดที่ปรับปรุงมาจาก The General Health Questionnaire (GHQ) โดยโกลด์เบิร์ก (Goldberg, 1985) และแปลโดยผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวาลย์ ศิลปกิจ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี เป็นแบบสอบถามที่ใช้ค้นหาปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน ประกอบด้วยข้อความที่ถามถึงปัญหาหรือพฤติกรรมต่างๆ รวม 4 ด้าน แต่ละด้านมี 7 ข้อ คือ 1) อาการทางกาย 2) ความวิตกกังวลและนอนไม่หลับ 3) ความบกพร่องของบทบาททางสังคม 4) ภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง รวม 28 ข้อ โดยให้สตรีมีบุตรยากประเมินตนเองว่า ข้อความนั้นตรงกับตนเองมากน้อยเพียงใด ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 อันดับ จาก 0 หมายถึง ไม่มีอาการหรือลักษณะเช่นนี้เลย จนถึง 3 หมายถึง มีอาการหรือลักษณะเช่นนี้มากที่สุด มีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-84 คะแนน การวัดระดับความเครียดโดยใช้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเป็นเกณฑ์ แบ่งเป็น

3 กลุ่ม คือ

กลุ่ม	ค่าคะแนน
1. ระดับความเครียดต่ำ	ต่ำกว่า $\bar{X} - S.D.$
2. ระดับความเครียดปานกลาง	$\bar{X} - S.D.$ ถึง $\bar{X} + S.D.$
3. ระดับความเครียดสูง	สูงกว่า $\bar{X} + S.D.$

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้อยู่ในระดับอัลฟ่า 0.87 (n = 30)

การรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตัว พร้อม กับชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีตอบแบบ สอบถาม และขอความร่วมมือจากผู้รับบริการ และ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใน วันที่มารับบริการที่หน่วยตรวจรักษาคู่สมรสมีบุตร ยาก

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จ รูป SPSS PC ดังนี้

1. แจกแจงความถี่และร้อยละของข้อมูล ส่วนบุคคล
2. หาช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และประเมินระดับความเครียด
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของ คะแนนความเครียด โดยการทดสอบค่าที (t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way Anova)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นสตรีมีบุตรยาก จำนวน 278 ราย มีอายุเฉลี่ย 31.8 ปี ต่ำสุด 22 ปี และสูงสุด 41 ปี มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 20,000 บาท ต่ำสุด 3,500 บาท และสูงสุด 50,000 บาท จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 39.6 อาชีพที่พบมากที่สุดคือ รับจ้าง ร้อยละ 42.4 ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่ร้อยละ 74.8 อยู่กับสามี เพียง 2 คน และระยะเวลาที่ตั้งใจจะมีบุตรมากกว่า 2 ปีขึ้นไป ร้อยละ 60.4 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็น ผู้ป่วยใหม่ 122 ราย เป็นผู้ป่วยเก่า 156 ราย

สตรีมีบุตรยากที่มารับบริการส่วนใหญ่ ร้อยละ 67.6 มีความเครียดอยู่ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 20.5 มีความเครียดอยู่ในระดับสูง และ ร้อยละ 11.9 มีคะแนนความเครียดอยู่ในระดับต่ำ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ระดับความเครียดของสตรีมีบุตรยาก

ระดับความเครียด	พิสัยการวัด	จำนวน	ร้อยละ
ความเครียดต่ำ	ต่ำกว่า 14	33	11.9
ความเครียดปานกลาง	14-30	188	67.6
ความเครียดสูง	31 ขึ้นไป	57	20.5
รวม		278	100.0

N = 278 X = 21.69 SD = 8.13 Maximum = 53 Minimum = 4

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความเครียดของสตรีมีบุตรยากที่มีอายุ รายได้ จำนวนปีที่ตั้งใจจะมีบุตร และระยะเวลาที่ได้รับการตรวจรักษาด้วยสถิติที (t-test) พบว่า สตรีมีบุตรยากที่มีอายุและรายได้ต่างกัน มีความเครียดไม่แตกต่างกัน แต่พบว่า สตรีมีบุตรยากที่ตั้งใจจะมีบุตรนานมากกว่า 2 ปี มีความเครียดสูงกว่าสตรีมี

บุตรยากที่ตั้งใจจะมีบุตรนาน 1-2 ปี สตรีมีบุตรยากที่มีระยะเวลาในการตรวจรักษาเท่ากับหรือมากกว่า 1 ปี มีความเครียดสูงกว่าสตรีมีบุตรยากที่มีระยะเวลาในการตรวจรักษาน้อยกว่า 1 ปี และสตรีมีบุตรยากที่เป็นผู้ป่วยเก่า มีความเครียดสูงกว่าผู้ป่วยใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05, .001$ และ .05 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความเครียดจำแนกตาม อายุ รายได้ ระยะเวลาที่ตั้งใจจะมีบุตร ระยะเวลาที่ได้รับการตรวจรักษา และลักษณะการมาตรวจ

ตัวแปร	ความเครียด			
	n	$\bar{X}$	SD	t
อายุ				
น้อยกว่า 30 ปี	86	20.49	8.10	-1.07
เท่ากับและมากกว่า 30 ปี	192	21.57	7.70	
รายได้ต่อเดือน				
เท่ากับและน้อยกว่า 20,000 บาท	84	22.60	8.66	1.91
มากกว่า 20,000 บาท	194	20.65	7.39	
ระยะเวลาที่ตั้งใจจะมีบุตร				
1-2 ปี	110	19.89	8.13	-2.12***
มากกว่า 2 ปีขึ้นไป	168	21.93	7.52	
ระยะเวลาที่ได้รับการตรวจรักษา				
น้อยกว่า 1 ปี	108	20.68	6.62	-3.70**
เท่ากับหรือมากกว่า 1 ปี	48	25.27	8.27	
ประเภทผู้ป่วย				
ผู้ป่วยใหม่	122	20.17	8.19	-2.06***
ผู้ป่วยเก่า	156	22.09	7.45	

** p < .001

*** p < .05

ผลการเปรียบเทียบความเครียดของสตรีมีบุตรยากที่มีระดับการศึกษา อาชีพ และลักษณะครอบครัวต่างกันด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way Anova) พบว่า สตรีมีบุตรยากที่มีระดับ

การศึกษา อาชีพ และลักษณะครอบครัวต่างกัน มีคะแนนความเครียดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .05) โดยพบว่า สตรีมีบุตรยากที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จะมีคะแนน

เฉลี่ยของความเครียดมากกว่าระดับการศึกษากลุ่มอื่น และกลุ่มระดับการศึกษาปริญญาตรี จะมีคะแนนเฉลี่ยของความเครียดต่ำกว่ากลุ่มอื่น ส่วนอาชีพ พบว่า สตรีมีบุตรยากที่มีอาชีพค้าขาย มีคะแนนเฉลี่ยของความเครียดสูงสุด ส่วนกลุ่มที่เป็นแม่บ้าน มีคะแนนเฉลี่ยของความเครียดต่ำกว่ากลุ่ม

อื่นๆ และลักษณะครอบครัว พบว่า สตรีมีบุตรยากที่อยู่กับญาติผู้ใหญ่ที่เป็นบิดามารดาของตนเอง หรือของสามี จะมีคะแนนเฉลี่ยของความเครียดต่ำกว่ากลุ่มอื่นๆ ซึ่งพบว่า กลุ่มที่อยู่กับญาติพี่น้อง มีคะแนนเฉลี่ยของความเครียดสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 สรุปผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความเครียดของสตรีมีบุตรยากที่มี ระดับการศึกษา อาชีพ และลักษณะครอบครัวต่างกัน

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	F
ระดับการศึกษา			4.59***
ประถมศึกษา	21.24	7.87	
มัธยมศึกษา	22.80	8.14	
ปริญญาตรีขึ้นไป	19.61	7.19	
อาชีพ			2.66***
แม่บ้าน	19.52	6.63	
รับราชการ	21.49	8.75	
รับจ้าง	22.06	7.03	
ค้าขาย	23.53	7.54	
ลักษณะครอบครัว			2.57***
อยู่กับสามีเพียง 2 คน	21.55	8.12	
อยู่กับบิดามารดาของสามี	18.58	6.56	
อยู่กับบิดามารดาของภรรยา	18.91	7.95	
อยู่กับญาติพี่น้อง	23.77	4.66	

*** $p < 0.05$

อภิปรายผล

ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า มีปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความเครียดของสตรีมีบุตรยาก ดังนี้

สตรีมีบุตรยากที่ตั้งใจจะมีบุตรนานกว่า 2 ปี มีความเครียดสูงกว่าสตรีมีบุตรยากที่ตั้งใจจะมีบุตรนาน 1-2 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการมีบุตรถือเป็นเป้าหมายที่สำคัญอย่างหนึ่งของชีวิตสมรส เพราะนอกจากบุตรจะเป็นสิ่งผูกพันระหว่างสามีภรรยาแล้ว ยังเปิดโอกาสให้คู่สมรสได้แสดงเอกลักษณ์ของความเป็นหญิงชาย และบทบาทบิดามารดาที่จะบ่งบอกถึงการพัฒนาสู่ความเป็นผู้ใหญ่ที่สมบูรณ์อีกด้วย (ศรีนวล โอสธเสถียร, 2534) การไม่มีบุตรจึงทำให้สตรีไปไม่ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ ยิ่งระยะเวลาของการมีบุตรยากนานเท่าใด คู่สมรสจะสูญเสียการควบคุมตนเองมากขึ้นเท่านั้น (Lavie, 1991) แอบบี้และคณะ (Abby, Halman, & Andrews, 1992) พบว่า การควบคุมตนเองสามารถทำนายความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สตรีมีบุตรยากที่มีระยะเวลาในการตรวจรักษาเท่ากับหรือมากกว่า 1 ปี มีความเครียดสูงกว่าสตรีมีบุตรยากที่มีระยะเวลาในการตรวจรักษาน้อยกว่า 1 ปี และสตรีมีบุตรยากที่เป็นผู้ป่วยเก่ามีความเครียดสูงกว่าผู้ป่วยใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาสอดคล้องกับเฮิร์ช และเฮิร์ช (Hirsch and Hirsch, 1989) ซึ่งศึกษาผลกระทบของภาวะมีบุตรยากต่อชีวิตครอบครัว และอัตมโนทัศน์ของสตรีมีบุตรยาก พบว่า ระยะเวลาที่ผ่านไปพร้อมกับกระบวนการตรวจรักษาที่เพิ่มมากขึ้น

ทำให้สตรีมีบุตรยากเกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง คับข้องใจเพิ่มขึ้นได้ เพราะในกระบวนการตรวจรักษาสตรีมีบุตรยาก ต้องใช้เวลานานนับเดือน บางรายต้องละทิ้งงานประจำมาหรืออาจต้องเดินทางไกลมาจากต่างจังหวัด การต้องปฏิบัติเช่นนี้เป็นเวลานาน รวมทั้งผลสำเร็จจากการรักษามีเพียงร้อยละ 50 (May, 1994) จึงทำให้สตรีมีบุตรยากที่มีระยะเวลาในการตรวจรักษาที่ยาวนานยิ่งเกิดความเครียดเพิ่มขึ้นได้ แต่อย่างไรก็ตาม จากผลการวิจัย พบว่า ถึงแม้ผู้ป่วยเก่าจะมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดเพิ่มขึ้น ตามระยะเวลาในการตรวจรักษา แต่ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียดยังคงอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ตัดสินใจเข้ารับการตรวจรักษา จะตัดสินใจภายหลังจากได้รับคำแนะนำจากพยาบาลประจำหน่วยเกี่ยวกับกายวิภาคและสรีรวิทยาของการสืบพันธุ์ สาเหตุการมีบุตรยาก ขั้นตอนการตรวจรักษา ตลอดจนค่าใช้จ่ายและระยะเวลาในการตรวจรักษา กลุ่มตัวอย่างที่ตัดสินใจเข้ารับการตรวจรักษา จึงเป็นผู้ที่คิดพิจารณาแล้วว่ามีความพร้อมที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ได้ ดังนั้น เมื่อเข้าสู่กระบวนการตรวจรักษาแล้ว ความเครียดจึงไม่สูงมาก ซึ่งสคิปเปอร์ (Skipper, 1965) กล่าวว่า การสอนและการให้คำแนะนำผู้ป่วยอย่างมีแบบแผนจะทำให้ผู้ป่วยคลายความกังวล เกิดความมั่นใจในการรักษา และให้ความร่วมมือด้วยดี นอกจากนี้อาจเป็นไปได้ว่าสตรีมีบุตรยากที่มีระดับความเครียดสูง ได้ตัดสินใจยุติการตรวจรักษาไปแล้ว ส่วนสตรีมีบุตรยากที่ยังคงมารับการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีระดับความเครียดปานกลาง

สตรีมีบุตรยากที่มีอาชีพค้าขาย มีคะแนนเฉลี่ยของความเครียดสูงสุด ส่วนกลุ่มที่เป็นแม่บ้าน มีคะแนนเฉลี่ยของความเครียดต่ำกว่ากลุ่มอื่นๆ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า สตรีมีบุตรยากที่มีอาชีพค้าขายนั้น เมื่อต้องมารับการตรวจรักษาจากแพทย์ จำเป็นต้องหยุดกิจการทำให้ขาดรายได้ และเป็นภาระแก่บุคคลอื่นในครอบครัว ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 74.8 เป็นครอบครัวเดี่ยว ดังนั้น จึงไม่มีผู้ช่วยเหลือดูแลกิจการค้าขายในขณะที่สตรีมีบุตรยากต้องไปพบแพทย์ หรือสามีอาจต้องดูแลกิจการเพียงผู้เดียว การต้องไปพบแพทย์บ่อยครั้ง ย่อมมีผลกระทบต่ออาชีพและเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้น ส่วนกลุ่มที่เป็นแม่บ้าน ไม่ต้องมีภาระรับผิดชอบเกี่ยวกับงานอาชีพ จึงไม่มีผลกระทบต่อระดับความเครียดเมื่อต้องไปพบแพทย์บ่อยครั้ง นอกจากนี้อาชีพยังเกี่ยวเนื่องกับระดับการศึกษาด้วย เช่น ผู้มีอาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจมักเป็นผู้มีการศึกษาสูง และบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะตระหนักถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหา มีความเข้าใจในเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ และรู้จักใช้ความรู้และทักษะในการแก้ปัญหาได้ดีกว่า (ณรงค์ เทียนสง, 2519) จึงเกิดความเครียดได้น้อยกว่า ส่วนผู้มีอาชีพค้าขายมักมีระดับการศึกษาไม่สูงนัก ร่วมกับการรับผิดชอบเรื่องงานอาชีพ จึงเกิดความเครียดได้มากกว่า ซึ่งการศึกษครั้งนี้ พบว่า สตรีมีบุตรยากที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีคะแนนเฉลี่ยของความเครียดแตกต่างกัน โดยกลุ่มระดับการศึกษาปริญญาตรีจะมีคะแนนเฉลี่ยของความเครียดต่ำกว่ากลุ่มอื่น

สตรีมีบุตรยากที่อาศัยอยู่กับญาติผู้ใหญ่ที่เป็นบิดามารดาของตนเอง หรือของสามี มีคะแนนเฉลี่ยของความเครียดต่ำกว่ากลุ่มอื่นๆ และกลุ่มที่อาศัยอยู่กับญาติพี่น้อง มีคะแนนเฉลี่ยของความเครียดสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า บิดามารดาเป็นผู้มีประสบการณ์ในชีวิต เป็นที่เคารพนับถือสำหรับคู่สามีภรรยาจึงน่าจะเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญที่ช่วยรับฟังความทุกข์และให้คำแนะนำแก่สตรีมีบุตรยากได้ดี ขณะที่ญาติพี่น้องอาจจะไม่ประสบการณ์น้อยกว่า ไม่เป็นที่เชื่อถือของสตรีมีบุตรยาก หรืออาจจะมัวเฝ้าดูน้อยกว่า ซึ่งทำให้สตรีมีบุตรยากไม่ต้องการยึดเป็นที่ปรึกษา จึงเป็นแรงสนับสนุนด้านข้อมูลและให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาแก่สตรีมีบุตรยากได้ สำหรับญาติพี่น้องนั้นอาจจะไม่สนิทสนมหรือเป็นผู้มีประสบการณ์มากพอที่สตรีมีบุตรยากจะขอคำแนะนำปรึกษา และบางครั้งอาจพูดในสิ่งที่บ้านทอนกำลังใจ ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของสตรีมีบุตรยากลดลง เป็นเหตุให้สตรีมีบุตรยากเกิดความเครียดเพิ่มขึ้นได้

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า กระบวนการตรวจรักษาภาวะมีบุตรยาก เป็นสิ่งที่ทำให้สตรีมีบุตรยากเกิดความเครียดเพิ่มขึ้นได้ แต่ไม่สูงมาก อาจเป็นเพราะการได้รับคำแนะนำจากพยาบาลประจำหน่วยก่อนตัดสินใจเข้ารับการตรวจรักษา ซึ่งขณะนี้ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับกายวิภาค สรีรวิทยาของการสืบพันธุ์ สาเหตุการมีบุตรยาก ขั้นตอนการตรวจรักษา การวัดอุณหภูมิกายพื้นฐานเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับแพทย์ในการวินิจฉัยการตกไข่ ระยะเวลาในการรักษารวมทั้งค่าใช้จ่าย

ในการตรวจรักษา ซึ่งข้อมูลเหล่านี้อาจยังไม่เพียงพอ เพราะสตรีมีบุตรยากที่เข้าสู่กระบวนการตรวจรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนมีความเครียดเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. สตรีมีบุตรยากควรได้รับคำแนะนำล่วงหน้าก่อนการตรวจวินิจฉัยทุกครั้งซึ่งการให้คำแนะนำควรจัดให้สอดคล้องกับระดับการศึกษาระยะเวลาในการตรวจรักษา เป็นต้น
2. ควรจัดทำสื่อในการให้คำแนะนำแก่สตรีมีบุตรยาก เช่น เอกสารแผ่นพับ วิดิทัศน์ เป็นต้น เพื่อให้สตรีมีบุตรยากมีความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการตรวจวินิจฉัยต่างๆ ได้ดีขึ้น
3. จัดให้สตรีมีบุตรยากมีโอกาสนแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับสตรีมีบุตรยากรายอื่น โดยเฉพาะผู้ที่ประสบผลสำเร็จจากการรักษา เพื่อให้เกิดกำลังใจที่จะให้ความร่วมมือในการตรวจวินิจฉัย

4. พยาบาลควรให้ข้อมูลแก่สามีเกี่ยวกับกระบวนการตรวจรักษาต่างๆ ที่สตรีมีบุตรยากต้องเผชิญ รวมทั้งความเครียดจากการตรวจที่ภรรยาได้รับ เพื่อให้สามีเข้าใจ และให้การสนับสนุนและกำลังใจแก่ภรรยา เพื่อให้สตรีมีบุตรยากมีกำลังใจที่จะมารับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามระดับความเครียดของสตรีมีบุตรยากแต่ละราย โดยการวัดระดับความเครียดเป็นระยะๆ จนถึงสิ้นสุดกระบวนการตรวจวินิจฉัย
2. ควรมีการศึกษาระดับความเครียดรวมทั้งปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้เกิดความเครียดแก่สตรีมีบุตรยากที่ยุ่การตรวจวินิจฉัย เพื่อเป็นข้อมูลในการให้ความช่วยเหลือแก่สตรีมีบุตรยาก

เอกสารอ้างอิง

- ณรงค์ เทียนส่ง. (2519). อุเทศประชากรศึกษา. กรุงเทพฯ : มงคลการพิมพ์.
- พรรณพิมล หล่อตระกูล. (2538). การให้บริการในคลินิกคลายเครียด. เอกสารประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ศรีนวล โอสดเสถียร. (2534). จิต-อารมณ์ของผู้มีบุตรยากและแนวการพยาบาล. วารสารพยาบาล, 40, 263-272.
- สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2527). เอกสารคำสอนวิชาการพยาบาลจิตเวชชุมชน. เชียงใหม่ : ภาควิชาพยาบาลจิตเวช, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- หะทัย เทพพิสัย และอรุษา เทพพิสัย. (2533). การมีบุตรยาก. กรุงเทพฯ : ยูนิคัฟพับลิเคชั่น.
- Abby, A., Halman, L.J. and Andrews, F.M. (1992). Psychosocial, treatment and demographic predictors of the stress associated with infertility. **Fertility and Sterility**, 57, 122-128.
- Goldberg, D.C. (1985). **Contemporary marriage : Special issue in couple therapy**. Illinois : Dorsey Press.
- Hirsch, A.M. and Hirsch, S.M. (1989). The Effect of infertility on marriage and self-concept. **JOGNN**, January-February, 13-19.
- Kraft, A. et al. (1980). The psychological dimension of infertility. **American Journal of Orthopsychiatry**, 50, 618-627.
- Lavie, N.S. et al. (1991). **Nursing care of the childbearing family**. California : Appleton and Lange.
- May, K.A. (1994). **Maternal and Neonatal Nursing : Family - Centered Care**. Philadelphia : J.B. Lippincott.
- Pilliteri A. (1995). **Maternal and child health nursing : Care of the childbearing and childrearing Family**. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Porter, N.L., & Christopher, F.S. (1984). Infertility : Towards an awareness of a need among family life practitioner. **Family Relation**, 33, 309-315.
- Skipper, J.K. (1965). **Social interaction and patient care**. Philadelphia : J.B. Lippincott.