

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของคู่สมรสที่มีบุตรยากครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอการศึกษา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. ภาวะมีบุตรยาก
2. ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่คู่สมรสที่มีบุตรยาก
3. พฤติกรรมการเผชิญความเครียดของคู่สมรสที่มีบุตรยาก

### ภาวะมีบุตรยาก

ภาวะมีบุตรยาก (infertility) หมายถึง การที่คู่สมรสที่ไม่ได้คุมกำเนิดหรือหยุดคุมกำเนิดอย่างน้อย 1 ปี มีความสัมพันธ์ทางเพศอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะเวลา 1 ปี แล้วไม่ตั้งครรภ์ หรือไม่สามารถทำให้การตั้งครรภ์ดำเนินไปจนกระทั่งทารกคลอดออกมามีชีวิตได้ ในผู้ที่ไม่เคยตั้งครรภ์เลย เรียกว่า ภาวะมีบุตรยากชนิดปฐมภูมิ (primary infertility) ส่วนผู้ที่เคยตั้งครรภ์ ซึ่งอาจสิ้นสุดโดยการแท้งหรือคลอด และไม่ตั้งครรภ์อีกเลยหลังจากพยายามอย่างน้อย 1 ปี เรียกว่า ภาวะมีบุตรยากชนิดทุติยภูมิ (secondary infertility) (จำนง อุตวิชัย, 2537; ธีระพร วุฒยวณิช และประโยชน์ จงอยู่สุข, 2532; Clapp & Swenson, 1992; Stier, 1994)

## สาเหตุของภาวะมีบุตรยาก

ภาวะมีบุตรยากสามารถเกิดได้จากความผิดปกติทั้งของฝ่ายหญิง ฝ่ายชาย หรือทั้งสองฝ่ายร่วมกัน ประมาณร้อยละ 60-70 เป็นสาเหตุที่เกิดจากฝ่ายหญิง ร้อยละ 30-40 เกิดจากฝ่ายชาย และร้อยละ 20-35 เกิดจากสาเหตุร่วมกันมากกว่าหนึ่งสาเหตุ นอกจากนั้นยังมีอีกประมาณ ร้อยละ 5-10 ที่แพทย์ไม่สามารถวินิจฉัยหาสาเหตุได้ ถึงแม้ว่าจะได้รับการตรวจโดยละเอียดด้วยวิทยาการในปัจจุบันแล้วก็ตาม (ธีระพร วุฒยวณิช และประโยชน์ จงอยู่สุข, 2532)

### สาเหตุของภาวะมีบุตรยากจากฝ่ายหญิง

สาเหตุของภาวะมีบุตรยากที่เกิดจากฝ่ายหญิง อาจเกิดได้จากหลาย ๆ ปัจจัยดังต่อไปนี้ (จ้านง อุตวิชัย, 2537; Stier, 1994)

1. ปัจจัยทางด้านพันธุกรรมและพัฒนาการ เช่น มีความผิดปกติของเยื่อพรหมจารี ช่องคลอด คอมมดลูก ตัวมดลูก ท่อนำไข่ และรังไข่ตั้งแต่กำเนิด มีความผิดปกติของโครโมโซม เป็นต้น
2. ปัจจัยทางด้านฮอร์โมนและต่อมไร้ท่อ เช่น มีการหลังของฮอร์โมนจากต่อมพิทูอิทารี ต่อมไทรอยด์ และต่อมหมวกไตมากหรือน้อยเกินไป มีฮอร์โมนแอนโดรเจนมาก มีความผิดปกติของระยะลูเตียล (luteal phase) ระยะการมีประจำเดือนไม่สม่ำเสมอ ไม่มีประจำเดือน ไม่มีไข่ตก ไข่เจริญไม่เต็มที่ เป็นต้น
3. ปัจจัยทางด้านกระบวนการอักเสบติดเชื้อหรือระบบภูมิคุ้มกัน เช่น ติดเชื้อโกโนเรีย เยื่อโพรงมดลูกอักเสบ การติดเชื้อภายหลังทำแท้ง มุกในช่องคลอดมีภูมิต้านทานต่อตัวอสุจิ เป็นต้น
4. ปัจจัยที่ทำให้ท่อนำไข่เกิดการอุดตัน เช่น การเกิดเยื่อพังผืดภายหลังการผ่าตัด การอักเสบของเยื่อโพรงมดลูก ปีกมดลูก และอวัยวะในอุ้งเชิงกราน มีการอักเสบของเยื่อช่องท้องภายหลังการแตกของไส้ติ่งแล้วเกิดแผลเป็นหรือเยื่อพังผืดที่ท่อนำไข่ การหย่อนของมดลูก เป็นต้น

5. ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและสารเคมี เช่น ดินสุรา บุหรี่ สารสเปรย์ติด การได้รับสารเคมีที่เป็นอันตราย ยาฆ่าแมลง แสง รังสี สารตะกั่ว การออกกำลังกายมากเกินไป น้ำหนักมากหรือน้อยเกินไป เป็นต้น

6. การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคที่เกี่ยวข้องกับความพร่องต่าง ๆ เช่น มะเร็ง อวัยวะสืบพันธุ์ เบาหวานระยะรุนแรง ไทรอยด์ ไต หัวใจ ภาวะทุโภชนาการ โรคโลหิตจางอย่างรุนแรง เป็นต้น

7. ปัจจัยทางด้านอารมณ์หรือจิตใจ เช่น กลัว เครียด วิตกกังวล เป็นโรคจิต โรคประสาท เป็นต้น อาการต่าง ๆ เหล่านี้จะส่งผลให้ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ ไม่มีประจำเดือน มีไข้ตกนาน ๆ ครั้งหรือไม่มีไข่ตก

#### สาเหตุของภาวะมีบุตรยากจากฝ่ายชาย

สาเหตุของภาวะมีบุตรยากที่เกิดจากฝ่ายชาย อาจเกิดได้จากหลาย ๆ ปัจจัยดังต่อไปนี้ (จำนง อุตวิชัย, 2537; Stier, 1994)

1. ปัจจัยทางด้านพันธุกรรมและพัฒนาการ เช่น ตัวอสุจิ ลูกอัณฑะ องคชาติ หรือกระบวนการผลิตตัวอสุจิมีความผิดปกติตั้งแต่กำเนิด หลอดเลือดดำขดในถุงอัณฑะ รูเปิดของท่อทางเดินปัสสาวะเปิดที่ด้านบนหรือด้านล่างขององคชาติ หนึ่งหุ้มปลายองคชาติตีบเล็กผิดปกติ โครโมโซมผิดปกติเป็น XXY เป็นต้น

2. ปัจจัยทางด้านฮอร์โมน เช่น มีการหลั่งของฮอร์โมนจากต่อมพิทูอิทารี ต่อมไทรอยด์ ต่อมหมวกไตลดลง เป็นต้น

3. ปัจจัยทางด้านกระบวนการอักเสบติดเชื้อหรือระบบภูมิคุ้มกัน เช่น ติดเชื้อกลุ่มไมโครพลาสมา ต่อมลูกหมากอักเสบ ลูกอัณฑะอักเสบเนื่องจากได้รับเชื้อโรคทางท่อนำทางเดินอสุจิ อักเสบ การติดเชื้ออื่น ๆ ร่วมกับมีไข้สูง การมีภูมิคุ้มกันต่อตัวอสุจิ เป็นต้น

4. ปัจจัยที่ทำให้การเดินทางหรือการหลั่งของน้ำอสุจิหยุดชะงัก เช่น การผ่าตัดท่อนำทางเดินอสุจิ การบาดเจ็บของเส้นประสาทไขสันหลัง การบาดเจ็บของท่อนำทางเดินปัสสาวะแล้วเกิดเป็นรอยแผลเป็นขึ้น เป็นต้น

5. ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและสารเคมี เช่น ดินสุรา บุหรี่ สารเสพยาเสพติด ได้รับความร้อน สารเคมีที่เป็นอันตราย รังสี ยาฆ่าแมลง สารตะกั่ว เป็นต้น

6. การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือโรคที่เกี่ยวกับความพร่องต่าง ๆ เช่น มะเร็ง อวัยวะสืบพันธุ์ เบาหวานระยะรุนแรง โรคไตเรื้อรัง ไต หัวใจ ภาวะทุโภชนาการอย่างรุนแรง โรคโลหิตจางในระยะรุนแรง เป็นต้น

7. ปัจจัยทางด้านอารมณ์หรือจิตใจ เช่น เกิดความตึงเครียดทางด้านร่างกาย หรือจิตใจซึ่งจะส่งผลให้อวัยวะเพศไม่แข็งตัว หลังน้ำอสุจิเร็วเกินไป ผลิตตัวอสุจิน้อยเกินไป เป็นต้น

ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ จะส่งผลให้เกิดความผิดปกติของการสร้างหรือการเคลื่อนไหวของตัวอสุจิ และการผ่านหรือการหลั่งของน้ำอสุจิ (Clapp & Swenson, 1992; Neeson & May, 1986)

#### สาเหตุของภาวะมีบุตรยากจากฝ่ายหญิงและชายร่วมกัน

สาเหตุของการมีบุตรยากที่เกิดจากฝ่ายหญิงและฝ่ายชายร่วมกัน มีดังต่อไปนี้ (พวงเพ็ญ ริมตุลิต, 2533)

1. มีเพศสัมพันธ์ห่างเกินไป เช่น น้อยกว่าสองครั้งต่อสัปดาห์ เป็นต้น ทำให้โอกาสที่จะมีเพศสัมพันธ์ตรงกับระยะไข่ตกน้อยกว่าผู้ที่มีเพศสัมพันธ์บ่อยกว่านี้ ซึ่งความสามารถในการมีบุตรจะสูงสุดในคู่สมรสที่มีเพศสัมพันธ์มากกว่า 4 ครั้งต่อสัปดาห์

2. ไม่มีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอดตามปกติ แต่ใช้อวัยวะอื่น เช่น ทวารหนัก ปาก เป็นต้น

3. ไม่มีความรู้ หรือปฏิบัติเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ไม่ถูกต้อง เช่น ฝ่ายหญิงสวนล้างช่องคลอดทันทีหลังมีเพศสัมพันธ์ การไม่ร่วมเพศในระยะที่มีไข่ตก เป็นต้น

4. มีภูมิต้านทานต่อตัวอสุจิ ในฝ่ายหญิงมีได้ทั้งภูมิต้านทานต่อตัวอสุจิในกระแสโลหิตและภูมิต้านทานต่อตัวอสุจิเฉพาะที่ ส่วนในฝ่ายชายอาจมีภูมิต้านทานต่อตัวอสุจิของตนเองในกระแสโลหิต

## การวินิจฉัยภาวะมีบุตรยาก

การวินิจฉัยภาวะมีบุตรยาก จะต้องตรวจทั้งฝ่ายหญิงและฝ่ายชาย ดังต่อไปนี้ (จำนง อุตวิชัย, 2537; ธีระพร วุฒยวณิช และประโยชน์ จงอยู่สุข, 2532; Neeson & May, 1986; Stier, 1994)

### ฝ่ายหญิง

1. ซักประวัติเกี่ยวกับ พัฒนาการ ประจำเดือน การแต่งงาน การคุมกำเนิด การมีเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ การแท้ง ภาวะเจริญพันธุ์ในครอบครัว โรคประจำตัว การเจ็บป่วยในอดีต การผ่าตัด การทำงาน การสัมผัสกับสารมีพิษหรือรังสี การได้รับยาหรือสารเสพติด และประวัติทั่วไป เช่น อายุ อาชีพ ค่าสนา ที่อยู่ เศรษฐฐานะ เป็นต้น
2. ตรวจร่างกาย ประกอบด้วย การตรวจร่างกายทั่วไปและตรวจอวัยวะสืบพันธุ์ของสตรี
  - 2.1 ตรวจร่างกายทั่วไปโดยละเอียด ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง ความดันโลหิต หัวใจ ปอด เต้านม บริเวณหน้าท้อง และประเมินสภาวะทางอารมณ์
  - 2.2 ตรวจอวัยวะสืบพันธุ์ของสตรี ดูลักษณะของชนที่บริเวณอวัยวะเพศ คลิตอริส เยื่อพรหมจารี ช่องทางเดินปัสสาวะ ช่องคลอด ปากมดลูก คอมดลูก มดลูก ปีกมดลูก และอวัยวะในอุ้งเชิงกราน
3. ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ การตรวจหาฮีโมโกลบิน (hemoglobin) ฮีมาโตคริต (hematocrit) เชื้อกามโรค (VDRL) เชื้อเอชไอวี (HIV) ทดสอบการทำหน้าที่ของต่อมไทรอยด์ (thyroid function test) ตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) ระดับน้ำตาลในเลือด (fasting blood sugar) วิเคราะห์น้ำปัสสาวะ (urine analysis) ตรวจหามะเร็งปากมดลูก (pap smear) และการเอกซเรย์ปอด
4. การตรวจพิเศษอื่น ๆ เพื่อประเมินการทำงานของระบบอวัยวะสืบพันธุ์
  - 4.1 การวัดอุณหภูมิกายพื้นฐาน (basal body temperature) เป็นการตรวจวัดอุณหภูมิของร่างกายทุกวันหลังจากได้นอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย 6 ชั่วโมง โดยยังไม่ทำกิจกรรม

ไต ๆ เพื่อดูวันไข่ตกและการสังเคราะห์ฮอร์โมนเพศจากรังไข่ว่าปกติหรือไม่

4.2 การประเมินมูกที่ปากมดลูก (cervical mucus assessment) เพื่อตรวจดู ลักษณะ ความยืดหยุ่น และความเป็นกรดต่างของมูก

4.3 การตรวจสอบหลังร่วมเพศ (post coital test) เพื่อประเมินคุณภาพของมูก และความสามารถของตัวอสุจิที่จะผ่านมูก ควรจะตรวจในช่วงวันที่ 12 ถึง 14 ของรอบเดือน การตรวจสอบหลังร่วมเพศต้องแนะนำให้คู่สมรสงดร่วมเพศ 2 วันก่อนทำการตรวจ และต้องทำการตรวจหลังจากร่วมเพศ 6-10 ชั่วโมง

4.4 การตรวจเยื่อบุโพรงมดลูก (endometrial biopsy) โดยการตัดชิ้นเนื้อจากเยื่อบุโพรงมดลูกไปตรวจสอบเพื่อดูลักษณะของ เยื่อบุมดลูกว่าสัมพันธ์กับรอบประจำเดือนหรือไม่

4.5 การตรวจโพรงมดลูกและท่อนำไข่ด้วยสารทึบรังสี (hysterosalpingogram, HSG) เป็นการตรวจทางรังสีวิทยาเบื้องต้น โดยการฉีดสารละลายเข้าไปในโพรงมดลูก เพื่อศึกษาสภาวะของท่อนำไข่และโพรงมดลูก

4.6 การส่องกล้องเข้าไปในโพรงมดลูก (hysteroscopy) เป็นการตรวจโดยใช้กล้องส่องเข้าไปตรวจโพรงมดลูกโดยตรง เพื่อวินิจฉัยและรักษา ความผิดปกติแต่กำเนิดของโพรงมดลูก และสามารถเลาะพังผืดในโพรงมดลูกได้

4.7 การส่องกล้องเข้าไปในช่องท้อง (laparoscopy หรือ laparoscopic examination) เป็นหัตถการที่ใช้กล้องส่องเข้าไปตรวจในช่องท้อง เพื่อดูความผิดปกติของ ท่อนำไข่ ช่องท้อง และตรวจหาภาวะเยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่ (endometriosis) การส่องกล้องเข้าไปในช่องท้อง จะทำในรายที่มีผลของการตรวจโพรงมดลูกและท่อนำไข่ด้วยสารทึบรังสีผิดปกติ หรือในกรณีที่ฝ่ายหญิงได้รับการรักษามาแล้ว 6 รอบเดือนแล้วยังไม่ตั้งครรภ์

4.8 ตรวจอุลตราซาวด์ เพื่อดูความผิดปกติในอุ้งเชิงกราน

4.9 ตรวจระดับฮอร์โมน เช่น ฟอลลิเคิลสติมูเลติงฮอร์โมน ลูทีไนซิงฮอร์โมน เอสโตรเจน โพรแลคติน โพรเจสเตอโรน เป็นต้น

4.10 ตรวจภูมิต้านทานต่อตัวอสุจิ ได้แก่ MAR-test, immunobead tests

## ฝ่ายชาย

1. ชักประวัติเกี่ยวกับพัฒนาการ การแต่งงาน การมีเพศสัมพันธ์ ภาวะเจริญพันธุ์ในครอบครัว การเจ็บป่วยในอดีต การผ่าตัดบริเวณอวัยวะเพศและต่อมลูกหมาก โรคประจำตัว การทำงาน การสัมผัสกับสารพิษหรือรังสี การได้รับยาหรือสารเสพติด การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การพักผ่อน ภาวะทางจิตใจ และประวัติทั่วไป เช่น อายุ อาชีพ ศาสนา ที่อยู่ เศรษฐฐานะ เป็นต้น

2. ตรวจร่างกาย ประกอบด้วยการตรวจร่างกายทั่วไปและตรวจอวัยวะสืบพันธุ์ของเพศชาย

2.1 ตรวจร่างกายทั่วไปโดยละเอียด และประเมินสภาวะทางอารมณ์

2.2 ตรวจอวัยวะสืบพันธุ์ของเพศชาย ดูลักษณะของ ขนที่บริเวณอวัยวะเพศ หนังหุ้มปลายองคชาต ลักษณะและตำแหน่งของรูเปิด ทลอดปัสสาวะ ลักษณะของอัณฑะ ขนาดของลูกอัณฑะ เส้นเลือดดำขด ไข่เลื่อน และลักษณะของต่อมลูกหมาก

3. ตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจหาฮีโมโกลบิน ฮีมาโตคริต ซีกามโรค เชื้อเอชไอวี การทำหน้าที่ของต่อมไทรอยด์ เชื้อไวรัสตับอักเสบบี ระดับน้ำตาลในเลือด วิเคราะห์น้ำปัสสาวะ ระดับโปรแลคติน เป็นต้น

4. ตรวจน้ำอสุจิ เก็บตัวอย่างน้ำอสุจิหลังจากงดร่วมเพศ 48 ชั่วโมงแต่ไม่เกิน 7 วัน โดยวิธีการสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง (masturbation) ใส่ขวดแก้วหรือพลาสติกปากกว้าง หลังจากเก็บตัวอย่างอสุจิได้แล้วนำมาหาปริมาณ pH ลักษณะ จำนวน รูปร่าง การเคลื่อนไหวของตัวอสุจิ เม็ดเลือดขาว และแบคทีเรีย

5. การตรวจพิเศษอื่น ๆ

5.1 ตรวจสอบหลังร่วมเพศ

5.2 ตรวจท่อนำไข่โดยการอุลตราซาวด์ หรือตัดชิ้นเนื้อจากลูกอัณฑะไปตรวจสอบ

5.3 ตรวจหาระดับฮอร์โมน เช่น ฟอลลิเคิลสติมูเลติงฮอร์โมน ลูทีไนซิงฮอร์โมน เทสโทสเตอโรน (testosterone) เป็นต้น

5.4 ตรวจเอกซเรย์ปอด

5.5 ตรวจภูมิคุ้มกันต้านต่อตัวอสุจิ ได้แก่ MAR-test, immunobead tests

### การรักษาภาวะมีบุตรยาก

การรักษาภาวะมีบุตรยากจะขึ้นอยู่กับสาเหตุที่พบจากการตรวจวินิจฉัย แต่สามารถสรุปการรักษาภาวะมีบุตรยาก ได้ดังต่อไปนี้ (จำนง อุตวิชัย, 2537; ธีระพร วุฒยวนิช, 2537)

#### การรักษาในฝ่ายหญิง

1. การรักษาด้วยฮอร์โมน เช่น การให้ยากระตุ้นเพื่อช่วยให้ไข่ตก เป็นต้น
2. การผ่าตัด เช่น การผ่าตัดปากมดลูกที่อ่อนแอ การผ่าตัดท่อนำไข่และเลาะเยื่อพังผืดออก การผ่าตัดเนื้องอกในมดลูก เป็นต้น

3. การแก้ไขภาวะมีบุตรยากเนื่องจากภูมิคุ้มกัน โดยการให้ยาพวกสเตอรอยด์

4. การส่งเสริมให้ตั้งครรภ์ด้วยการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ได้แก่

4.1 การฉีดตัวอสุจิเข้าไปในโพรงมดลูก (intrauterine insemination, IUI) คือวิธีการที่ใส่ตัวอสุจิที่ล้างแล้วและทำให้เข้มข้นเข้าไปในโพรงมดลูก จะทำในกรณีที่ฝ่ายชายมีความผิดปกติของอวัยวะเพศ หรือมีความผิดปกติของน้ำอสุจิ ฝ่ายหญิงมีความผิดปกติของมูกที่ปากมดลูก หรือการตรวจสอหลังร่วมเพศให้ผลลบ และภาวะมีบุตรยากที่หาสาเหตุไม่พบ

4.2 การผสมเทียมโดยใช้น้ำอสุจิของสามี (homologous artificial insemination) เป็นการนำน้ำอสุจิของสามีใส่เข้าไปในปากมดลูกของภรรยา จะทำในกรณีที่น้ำอสุจิของฝ่ายชายเข้าไปไม่ถึงปากมดลูก เช่น มีภาวะรูเปิดของท่อนำไข่เปิดที่ด้านบนหรือด้านล่างขององคชาติ ช่องคลอดหดตัวผิดปกติ เป็นต้น

4.3 การผสมเทียมโดยใช้น้ำอสุจิของชายอื่น (doner artificial insemination) เป็นการนำน้ำอสุจิของชายอื่นใส่เข้าไปในปากมดลูกของฝ่ายหญิง โดยใช้ polyethylene catheter หรือ tuberculin syringe จะทำในกรณีที่ฝ่ายชายไม่มีตัวอสุจิ มีตัวอสุจิน้อยมาก



หรือเป็นโรคทางพันธุกรรม

4.4 การปฏิสนธิในหลอดแก้ว (In Vitro Fertiliation and Embryo Transfer, IVF-ET) จะทำในกรณีที่ท่อนำไข่อุดตันทั้งสองข้าง มีเยื่อพังผืดในอุ้งเชิงกรานเป็นจำนวนมาก ภาวะมีบุตรยากที่หาสาเหตุไม่ได้ มีภูมิต้านทานต่อตัวอสุจิ

4.5 การทำกิฟท์ (Gamete Intra-Fallopian Transfer, GIFT) เป็นวิธีการนำเอาไข่และตัวอสุจิที่คัดแล้ว ใส่เข้าไปในส่วน ampullar part ของท่อนำไข่ จะทำในกรณีที่ภาวะมีบุตรยากที่หาสาเหตุไม่ได้ และภาวะเยื่อมดลูกเจริญผิดที่

4.6 การทำซิฟท์ (Zygote Intra-Fallopian Transfer, ZIFT) เป็นวิธีการนำเอาตัวอ่อนไปวางไว้ในท่อนำไข่ จะทำในกรณีที่ทำกิฟท์หรือผสมเทียมโดยใช้น้ำอสุจิของชายอื่นแล้วล้มเหลว

4.7 การทำอิกซี่ (Intra-Cytoplasmic Sperm Injection, ICSI) เป็นการนำตัวอสุจิ 1 ตัวฉีดเข้าไปใน ooplasm ของไข่โดยตรง จะทำในกรณีที่ฝ่ายชายมีความผิดปกติใน acrosome หรือใน sperm oocyte interaction

#### การรักษาในฝ่ายชาย

1. การรักษาด้วยยา

2. การผ่าตัด เช่น การผ่าตัดเพื่อแก้ไขการอุดตันของท่อทางเดินอสุจิ การผ่าตัดรักษา

ภาวะหลอดเลือดดำขอดบริเวณอัณฑะ เป็นต้น

3. ในรายที่ติดเชื้อ รักษาด้วยยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม

4. ในรายที่มีปัญหาเรื่องตัวอสุจิน้อย หรือไม่มีตัวอสุจิ

4.1 รักษาด้วยยา

4.2 การฉีดตัวอสุจิเข้าไปในโพรงมดลูก จะทำในกรณีที่ฝ่ายชายมีความผิดปกติของอวัยวะเพศ หรือมีความผิดปกติของน้ำอสุจิ

4.3 การผสมเทียมโดยใช้น้ำอสุจิของสามี จะทำในกรณีที่น้ำอสุจิของฝ่ายชายเข้าไปไม่ถึงปากมดลูก เช่น มีภาวะรูเปิดของท่อทางเดินปัสสาวะเปิดที่ด้านบนหรือด้านล่างขององค

ชาติ เป็นต้น

4.4 การผสมเทียมโดยใช้น้ำอสุจิของชายอื่น จะทำในกรณีที่ฝ่ายชายไม่มีตัวอสุจิ มีตัวอสุจิน้อยมาก หรือเป็นโรคทางพันธุกรรม

5. การใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ได้แก่ การปฏิสนธิในหลอดแก้ว การทำกิฟท์ การทำซิฟท์ การทำอิกซี่ ตามข้อบ่งชี้

### ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในคู่สมรสที่มีบุตรยาก

ความเครียดเป็นภาวะการณที่ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ที่เราทุกคนไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ทั้งนี้เพราะตลอดชีวิตของคนเรานั้น จะต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก ร่างกายตลอดเวลา ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนั้นทำให้เกิดความเครียดขึ้น ความเครียดจึงเป็นภาวะการณที่เคียงคู่มนุษย์ตลอดเวลา

ลาซารัส และ โฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้ให้ความหมายของความเครียดว่า หมายถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด โดยบุคคลเกิดการรับรู้และประเมินปัจจัยทั้งจากภายในและภายนอกตัวบุคคลที่เข้ามากระทบที่ ตนเองไม่สามารถรับมือได้ เนื่องจากศักยภาพที่มีอยู่ของตนเองมีน้อยกว่าความรุนแรงของปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือประเมินว่าปัจจัยดังกล่าวจะเข้ามาคุกคามหรือทำอันตรายต่อตนเอง และได้กล่าวถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดว่า หมายถึงปัจจัยทั้งจากภายในและภายนอกตัวบุคคลที่มีผลกระทบหรือมีอิทธิพลต่อบุคคลนั้น ๆ

ส่วนในคู่สมรสที่มีบุตรยากมีปัจจัยหลายประการที่ก่อให้เกิดความเครียด เริ่มตั้งแต่ได้รับทราบว่าคุณเองมีบุตรยาก จนกระทั่งถึงกระบวนการของการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจเกิดมาจากภายในและภายนอกตัวบุคคล ดังนี้

#### 1. ปัจจัยภายในตัวบุคคล ที่ก่อให้เกิดความเครียดในคู่สมรสที่มีบุตรยาก ได้แก่

##### 1.1 ความต้องการมีบุตร

ความต้องการมีบุตร เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกิดความเครียดแก่คู่สมรสที่มีบุตรยาก เนื่องจากบุตรเป็นสัญลักษณ์ที่มีคุณค่ามากสำหรับครอบครัว (Pearson, 1992) แต่ระดับ

ของความเครียดนั้น จะแตกต่างกันไปตามระดับความต้องการบุตรของกลุ่มแต่ละคู่หรือแต่ละฝ่าย (Gorrie et al., 1994) ในกลุ่มที่มีบุตรยากชนิดปฐมภูมิซึ่งยังไม่เคยมีบุตรเลยย่อมต้องการบุตรมากกว่ากลุ่มที่มีบุตรยากชนิดทุติยภูมิซึ่งมีบุตรอยู่แล้วอย่างน้อย 1 คน หรือในกลุ่มที่มีอายุมากความต้องการมีบุตรหรือความต้องการที่จะตั้งครรภ์โดยเร็วจะสูงกว่ากลุ่มที่อายุน้อย เนื่องจากมีระยะเวลาค่อนข้างจำกัดในการที่จะมีบุตรในขณะที่ตนเองอยู่ในวัยที่เหมาะสม ดังนั้นกลุ่มที่มีอายุมากจึงมีความเครียดมากกว่ากลุ่มที่อายุน้อย ซึ่งยังมีระยะเวลาในการรอคอยที่จะมีบุตรตามธรรมชาติได้นานกว่า (Gorrie et al., 1994) ในกลุ่มที่คิดว่าการมีบุตรเป็นส่วนหนึ่งของความสัมพันธ์ในชีวิตสมรส ช่วยให้ชีวิตสมรสยืนยาวขึ้น หรือที่ต้องการมีบุตรไว้สืบสกุล หรือสมาชิกในครอบครัวต้องการให้มีบุตรหลานไว้สืบสกุล กลุ่มเหล่านี้จะคิดว่าบุตรมีความสำคัญต่อชีวิตของเขามาก เมื่อไม่สามารถมีบุตรตามความคาดหวังได้ กลุ่มนี้ก็จะเป็นเหตุของความเครียดขึ้น (Pearson, 1992) ส่วนในกลุ่มที่คิดว่าการมีบุตรมีความสำคัญต่อเอกลักษณ์ทางเพศของตนอย่างมาก ก็จะเกิดความเครียดมากเมื่อไม่สามารถมีบุตรได้ตามความต้องการ โดยเฉพาะฝ่ายหญิง การมีโอกาสได้ตั้งครรภ์ คลอด และเลี้ยงดูบุตร ถือเป็นเอกลักษณ์ทางเพศที่สำคัญมากของฝ่ายหญิง ซึ่งธรรมชาติได้สร้างร่างกายในส่วนนี้ให้ยิ่งใหญ่กว่าฝ่ายชาย การไม่มีบุตรจึงมีความสำคัญต่อเอกลักษณ์ทางเพศของฝ่ายชายน้อยกว่าฝ่ายหญิง (Pearson, 1992) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแอบบีย์ ฮอลแมนและแอนดรู (Abbey, Halman and Andrews, 1992) ที่พบว่าความสำคัญของการมีบุตร เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความเครียดในกลุ่มที่มีบุตรยากฝ่ายหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดในกลุ่มที่มีบุตรยากฝ่ายชาย และสอดคล้องกับผลการศึกษาของฮอลแมน แอนดรูและแอบบีย์ (Halman, Andrews and Abbey, 1994) ที่ทำการศึกษถึงความแตกต่างระหว่างเพศและการรับรู้เกี่ยวกับเรื่องการจัดสรรระหว่างคู่สมรสที่มีบุตรยาก ผลการศึกษานพบว่า คู่สมรสที่มีบุตรยากฝ่ายหญิงและฝ่ายชาย ประเมินว่าบุตรมีความสำคัญสำหรับเขามาก แต่ฝ่ายหญิงให้คะแนนความสำคัญของบุตรสูงกว่าฝ่ายชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## 1.2 การรับรู้และแปลเหตุการณ์

คู่สมรสที่มีบุตรยาก จะมีความกลัวหรือความวิตกกังวลจากการรับรู้และแปลเหตุการณ์ในเรื่องต่อไปนี้

กลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยากของตนเอง เช่น กลัวว่าตนเองจะไม่มีโอกาสได้เป็นบิดามารดาเลยตลอดชีวิตนี้ กลัวไม่มีผู้สืบสกุล กลัวความไม่แน่นอนของอนาคต กลัวว่าการไม่มีบุตรจะมีผลต่อความสัมพันธ์ในชีวิตสมรส อาจทำให้ชีวิตสมรสไม่มั่นคง กลัวว่าคู่สมรส สมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว หรือเพื่อนไม่เข้าใจความรู้สึกของตนเอง วิตกกังวลเกี่ยวกับความรู้สึกของ คู่สมรส บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย กลัวว่าจะยอมรับไม่ได้ถ้าไม่สามารถมีบุตรตามธรรมชาติได้ (Millard, 1991)

กลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับวิธีการตรวจวินิจฉัยและการรักษาภาวะมีบุตรยาก เช่น กลัวขั้นตอนการตรวจรักษา กลัวความเจ็บปวดจากการตรวจรักษา กลัวการรักษาไม่ประสบผลสำเร็จ กลัวคู่สมรสไม่เห็นด้วยกับการรักษา เป็นต้น ความกลัวและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียดแก่คู่สมรสที่มีบุตรยาก (Millard, 1991)

### 1.3 ความรู้สึกสูญเสีย

ภาวะมีบุตรยากก่อให้เกิดความรู้สึกสูญเสียมากมายแก่คู่สมรส ได้แก่ ความฝันหรือความหวังสำคัญ ๆ ที่ได้วางแผนไว้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองหรือความภาคภูมิใจในตนเอง ภาวะสุขภาพหรือภาพลักษณ์ของตนเอง เอกลักษณ์ทางเพศ สถานภาพ ศักดิ์ศรีหรือการยอมรับจากสังคม และการควบคุมตนเองหรือความเชื่อมั่นในตนเอง (Bresnick, 1981; Cottle, 1991; Mahlstedt, 1985; Menning, 1980; Shepherd, 1992)

#### 1.3.1 สูญเสียความฝันหรือความหวังสำคัญ ๆ ที่ได้วางแผนไว้

คู่สมรสทุกคู่เมื่อแต่งงานมีครอบครัว ย่อมมีความฝันว่าจะได้มีโอกาสแสดงบทบาทของการเป็นบิดามารดา แต่ภายหลังจากที่พยายามมาหลายปีแล้วยังไม่ตั้งครรภ์หรือตั้งครรภ์แล้วแต่ยังไม่มีโอกาสได้เลี้ยงดูบุตร คู่สมรสจะรู้สึกผิดหวัง หมดหวัง สับสน และซึมเศร้า ถึงการที่เขาไม่มีโอกาสได้แสดงบทบาทของการเป็นบิดามารดา ไม่มีโอกาสได้เข้าไปสัมผัสหรือมีส่วนร่วมในการตั้งครรภ์ คลอด และเลี้ยงดูบุตรตามธรรมชาติ หรือไม่มีโอกาสได้มีส่วนร่วมในการเข้าร่วมสังคมของคนเป็นพ่อเป็นแม่ เช่น การเลือกโรงเรียนให้บุตร การพาบุตรไปเที่ยว การวางแผนเกี่ยวกับอนาคตของบุตร เป็นต้น การสูญเสียภาพฝันเหล่านี้จะกลายเป็นภาพฝันที่เจ็บปวดอยู่ลึก ๆ ซ้ำในไปจนตลอดชีวิต (Clapp & Swenson, 1992; Mahlstedt, 1985; Shepherd, 1992; Sherrod, 1988) เมื่อคู่สมรสตัดสินใจมารับการตรวจรักษาภาวะ

มีบุตรยาก ความหวังและความฝันที่จะมีบุตรจะเริ่มขึ้นมาใหม่ แต่เมื่อการรักษาไม่ประสบผลสำเร็จ หรือเกิดการตั้งครรภ์ขึ้นแล้วทั้งในเวลาต่อมา ความหวังต่าง ๆ ก็จะสูญสลายไปอีก เกิดความรู้สึก ผิดหวัง หมดหวัง สับสน และซึมเศร้าขึ้นมาใหม่ แต่เมื่อตัดสินใจเปลี่ยนวิธีการรักษาใหม่ ความหวังที่จะตั้งครรภ์หรือมีบุตรก็จะกลับมาอีก และถ้าการรักษาล้มเหลวก็จะเกิดความรู้สึก ผิดหวัง หมดหวัง เป็นวงจรอยู่เช่นนี้เรื่อยไปตลอดระยะเวลาของการรักษา (Mahlstedt, 1985) การสูญเสียความหวังซ้ำแล้วซ้ำอีกจะทำให้คู่สมรสเกิดความเครียดเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ จากการศึกษาระยะยาวของเบนาซอน ไรท์ และซาโบริน (Benazon, Wright and Sabourin, 1992) พบว่าสตรีที่มารับการรักษาภาวะมีบุตรยากแล้วไม่ประสบผลสำเร็จภายใน 12 เดือนจะมีระดับความเครียดสูง และมีระดับความพึงพอใจทางเพศต่ำกว่าสตรีที่รักษาแล้วประสบผลสำเร็จ สามารถตั้งครรภ์ได้ภายใน 12 เดือน

### 1.3.2 สูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองหรือความภาคภูมิใจในตนเอง

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองส่วนหนึ่งเกิดมาจากการที่บุคคลสามารถทำบทบาทที่ตนเองคาดหวังไว้ได้สำเร็จ เมื่อคู่สมรสไม่สามารถมีบุตรตามที่ตนเองคาดหวังไว้ หรือเกิดความล้มเหลวไม่สามารถตั้งครรภ์ได้จะส่งผลให้คู่สมรสเกิดความรู้สึกว่า คุณค่าในตนเองลดลง หรือเกิดการปฏิเสธตัวเอง (Cottle, 1991; Mahlstedt, 1985; Shepherd, 1992) และสุดท้ายอาจจะแยกตัวออกมาจากกลุ่มเพื่อนซึ่งการแยกตัวออกนี้จะยิ่งกัดกร่อนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลงไปอีก (Barry, 1989) นอกจากนี้คู่สมรสที่มีบุตรยากอาจจะมีความรู้สึกว่าร่างกายของตนเองมีความผิดปกติ จึงทำให้ไม่สามารถมีบุตรได้ ความรู้สึกนี้จะทำให้คู่สมรสเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองลดลง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของเฮิร์ทและเฮิร์ท (Hirsch and Hirsch, 1989) ที่พบว่าคู่สมรสที่มีบุตรยากจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และจากการศึกษาของฟิปปส์ (Phipps, 1993) พบว่าภาวะมีบุตรยากจะมีผลกระทบต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในคู่สมรสฝ่ายหญิงมากกว่าฝ่ายชายเนื่องจากฝ่ายหญิงจะมีความรู้สึกว่าร่างกายของตนเองมีความพิการไม่สมบูรณ์จึงทำให้ไม่สามารถมีบุตรได้ และการไม่มีบุตรทำให้ไม่สามารถแสดงบทบาทของเพศหญิงได้อย่างสมบูรณ์

### 1.3.3 สูญเสียภาวะสุขภาพหรือภาพลักษณ์ของตนเอง

เมื่อทราบว่าตนเองมีบุตรยากคู่สมรสจะรู้สึกขัดแย้งกับภาพลักษณ์ภายใน

นอกของตนเองที่ดูสมบุรณ์แข็งแรงทุกประการและการที่ต้องมารับการตรวจวินิจฉัยหลาย ๆ อย่างที่โรงพยาบาลหรือคลินิก เช่น การตรวจน้ำอสุจิ การตัดชิ้นเนื้อจากผนังมดลูก การผ่าตัดท่อนำไข่ เป็นต้น สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้มีอิทธิพลต่อความรู้สึกของคู่สมรสที่มีต่อร่างกายของตนเองในทางลบ เนื่องจากเกิดความรู้สึกสูญเสียภาวะสุขภาพที่ดีและการทำหน้าที่ของร่างกายตามปกติไป บางคนอาจจะรู้สึกว่ามีการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ของร่างกายและอาจเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นคนเจ็บป่วยจริง ๆ (Millard, 1991; Pearson, 1992) และถ้าการรักษาไม่ประสบผลสำเร็จ เหตุการณ์ในการรักษาจะทำให้คู่สมรสเกิดความรู้สึกไม่มั่นคง ยิ่งสนับสนุนให้มองภาพลักษณ์ของตนเองในทางลบมากขึ้น (Mahlstedt, 1985) ซึ่งจากผลการศึกษาของฟิปป์ส์ (Phipps, 1993) พบว่าการที่ไม่สามารถมีบุตรได้นั้น จะมีผลต่อภาพลักษณ์ของฝ่ายหญิงมากกว่าฝ่ายชาย และฝ่ายชายมีการรับรู้เรื่องนี้้น้อยมาก

#### 1.3.4 สูญเสียเอกลักษณ์ทางเพศ สถานภาพ คักดิ์ศรี หรือการยอมรับจากสังคม

การไม่มีบุตรทำให้เกิดการสูญเสียเอกลักษณ์ทางเพศในความเป็นหญิงหรือความเป็นชาย โดยเฉพาะฝ่ายหญิงการได้มีโอกาสตั้งครรภ์ คลอด และเลี้ยงดูบุตรถือว่าเป็นหัวใจสำหรับเอกลักษณ์ทางเพศของตน (Pearson, 1992) และสังคมมักจะคาดหวังว่า ฝ่ายหญิงเมื่อเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์แล้วจะต้องเป็นมารดา (Mahlstedt, 1985) การไม่มีบุตรจึงทำให้คู่สมรสฝ่ายหญิงเกิดความขัดแย้งในบทบาทของตนเอง จากการศึกษาของเฮิร์ทและเฮิร์ท (Hirsch and Hirsch, 1989) พบว่าคู่สมรสฝ่ายหญิงที่มีบุตรยากหรือตั้งครรภ์แล้วล้มเหลว จะมีความรู้สึกว่าการไม่มีบุตรทำให้เกิดความไม่สมบูรณ์ในเอกลักษณ์ทางเพศและไม่มีความเป็นหญิงหลงเหลืออยู่เลย ส่วนคู่สมรสฝ่ายชายก็จะเกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในความเป็นชายเช่นกัน และกลัวถูกสังคมมองว่าเขาไม่มีสมรรถภาพทางเพศ ไม่มีความเป็นชายชาตรี แต่ฝ่ายชายจะมีความรู้สึกสูญเสียเอกลักษณ์ทางเพศน้อยกว่าฝ่ายหญิง ทั้งนี้อาจจะเนื่องมาจากสังคมคาดหวังว่าการตั้งครรภ์ การคลอด และการเลี้ยงดูบุตรเป็นบทบาทของฝ่ายหญิงมากกว่าฝ่ายชาย และบทบาทการเป็นบิดามีส่วนสำคัญน้อยในเอกลักษณ์ของเพศชาย แต่บทบาทการเป็นมารดามีความสำคัญมากในเอกลักษณ์ของเพศหญิง (Pearson, 1992) นอกจากนั้นการเป็นบิดามารดาถือเป็นสถานภาพที่มีคุณค่าในสังคม ได้รับการเคารพยกย่องนับถือ เมื่อคู่สมรสไม่สามารถมีบุตรได้ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองสูญเสียสถานภาพ

ของการเป็นบิดามารดา สูญเสียศักดิ์ศรี รู้สึกว่าถูกทอดทิ้งและได้รับการยอมรับจากสังคมน้อยลง ถูกแยกตัวออกมาจากเพื่อนฝูงที่มีบุตร รู้สึกไร้ค่า กลายเป็นปมด้อยหรือเป็นสิ่งที่น่าละอายสำหรับ คู่สมรสที่มีบุตรยากอย่างมาก

### 1.3.5 สูญเสียการควบคุมตนเองหรือความเชื่อมั่นในตนเอง

เมื่อคู่สมรสที่มีบุตรยากตัดสินใจมารับการตรวจรักษาภาวะมีบุตรยาก ขึ้นตอนหรือกระบวนการในการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก จะทำให้คู่สมรสเกิดความ รู้สึกสูญเสียการควบคุมตนเองในเรื่องต่อไปนี้ (Barry, 1989; Clapp & Swenson, 1992; Cottle, 1991; Mahlstedt, 1985; Shepherd, 1992)

1) การมีเพศสัมพันธ์ จากที่เคยมีเพศสัมพันธ์ได้โดยอิสระจะต้องมา อยู่ภายใต้การควบคุมของกระบวนการตรวจวินิจฉัยและรักษา ตั้งแต่ทำที่ใช้ในการร่วมเพศ ระยะ ถี่ห่างของการมีเพศสัมพันธ์ หรือต้องร่วมเพศในเวลาที่ไม่ต้องการ

2) การควบคุมร่างกายของตนเอง ต้องนำร่างกายมาอยู่ภายใต้การ รักษาด้วยวิธีต่างๆของแพทย์ เช่น การรับประทานยาหรือฉีดยาฮอร์โมน การส่องกล้อง การผ่าตัด เป็นต้น ซึ่งเหมือนกับอยู่ภายใต้การทดลองทางวิทยาศาสตร์

3) การวางแผนชีวิตในอนาคต เพราะการนัดหมายของแพทย์จะต้อง มีลำดับก่อนหลัง วันต่อวัน เช่น การตรวจมูกปากมดลูกมาตรวจวันนี้ไม่พบ วันพรุ่งนี้แพทย์จะนัดมาดู อีก มาพรุ่งนี้ตรวจไม่พบวันต่อไปแพทย์ก็จะนัดมาอีก ทำให้ไม่สามารถวางแผนการทำงานในแต่ละ สัปดาห์ได้ หรือไม่สามารถวางแผนในการดำเนินชีวิตได้

จากผลการศึกษาของฟิปป์ส์ (Phipps, 1993) ที่ศึกษาถึงความรู้สึก ที่สัมพันธ์กับภาวะมีบุตรยาก พบว่าคู่สมรสที่มีบุตรยากฝ่ายหญิง จะมีความรู้สึกสูญเสียความสามารถ ในการควบคุมตนเองมากกว่าฝ่ายชายเนื่องจากวิธีการตรวจวินิจฉัยหรือรักษาภาวะมีบุตรยาก ส่วน มากคู่สมรสฝ่ายหญิงจะเป็นผู้ถูกกระทำมากกว่าฝ่ายชายไม่ว่าสาเหตุของความผิดปกตินั้นจะอยู่ที่ฝ่าย ใด แต่ทั้งฝ่ายหญิงและฝ่ายชายจะมีความรู้สึกที่ไม่มีความสามารถหรือไม่มีอำนาจเหมือน ๆ กัน และถ้าผลการรักษาล้มเหลวจะทำให้คู่สมรสเกิดความ รู้สึกสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง และรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถที่จะควบคุมอะไรในชีวิตของตนเองได้ จากการศึกษาของแอบบีย์และคณะ (Abbey et al., 1992) พบว่าความเชื่อมั่นในตนเองและการควบคุมตนเองมีความสัมพันธ์ใน

ทางลบกับระดับความเครียด นั่นคือคู่สมรสที่มีความเชื่อมั่นในตนเองต่ำหรือมีความรู้สึกว่าคุณสมบัติตนเองได้น้อย จะมีระดับความเครียดสูง

ความรู้สึกสูญเสียต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากภาวะมีบุตรยาก ดังที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น เป็นปัจจัยอีกปัจจัยหนึ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่คู่สมรสที่มีบุตรยาก นอกจากนั้นความรู้สึกสูญเสียที่เกิดขึ้นจะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและความเศร้าโศก ความเศร้าโศกของคู่สมรสที่มีบุตรยากจะไม่เหมือนกับกับความเศร้าโศกจากการสูญเสียอื่น ๆ เช่น ความเศร้าโศกจากการตาย เนื่องจากไม่มีพิธีกรรมใด ๆ มารองรับให้มีโอกาสได้ระบายความรู้สึกเศร้าโศกเสียใจหรือผิดหวัง ไม่มีบุคคลมาร่วมแสดงความเห็นใจ ปลอบใจ เป็นความเศร้าโศกที่เดี่ยวตาย การร้องไห้เพื่อระบายความทุกข์ใจของผู้ที่มีบุตรยากมักเป็นไปตามลำพัง พยายามเก็บกดไม่แสดงออกแม้กับคู่สมรสของตนเอง ต่างฝ่ายต่างพยายามทำตัวเองให้อีกฝ่ายหนึ่งเห็นว่าตนเองเข้มแข็ง นำไปสู่ความตึงเครียดทางจิตใจมากยิ่งขึ้น (Mahlstedt, 1985)

#### 1.4 การตัดสินใจเลือกทางเลือก

เมื่อรอกอຍมาเป็นระยะเวลาแล้วยังไม่สามารถตั้งครรภ์ตามธรรมชาติได้ คู่สมรสจะต้องตัดสินใจร่วมกันว่าจะมารับการตรวจรักษาภาวะมีบุตรยากหรือจะรอกอຍการมีบุตรตามธรรมชาติต่อไป หรือเมื่อได้รับการตรวจวินิจฉัยแล้ว และทราบผลว่าไม่สามารถมีบุตรได้อย่างแน่นอนจากการใช้ไข่ของภรรยาหรือตัวอสุจิของสามี คู่สมรสที่มีบุตรยากจะต้องตัดสินใจเลือกที่จะอยู่โดยไม่มีบุตรต่อไปหรือเลือกที่จะใช้เทคโนโลยีในการให้กำเนิดบุตร เช่น การผสมเทียมโดยใช้ไข่เชื้อของผู้อื่น เป็นต้น หรือจะขอบุตรบุญธรรมมาเลี้ยง การที่ต้องตัดสินใจทำให้คู่สมรสเกิดความตึงเครียดทางอารมณ์ได้ (Gorrie et al., 1994; Shepherd, 1992)

### 2. ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ที่ก่อให้เกิดความเครียดในคู่สมรสที่มีบุตรยาก ได้แก่

#### 2.1 ปัจจัยด้านคู่สมรส

2.1.1 ความต้องการมีบุตรของคู่สมรส ถ้าคู่สมรสต้องการมีบุตรมากก็จะส่งผลให้คู่สมรสที่มีบุตรยากอีกฝ่ายเกิดความตึงเครียดทางจิตใจมากตามไปด้วย

2.1.2 เกิดความขัดแย้งกับคู่สมรสในการตัดสินใจเลือกทางเลือกหรือคู่สมรสอีกฝ่ายไม่ยอมรับวิธีการตรวจรักษาภาวะมีบุตรยาก (Gorrie et al., 1994) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบลนเนอร์ (Blenner, 1992) ที่พบว่าการที่คู่สมรสอีกฝ่ายไม่เห็นด้วยกับการ



รักษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คู่สมรสเกิดความเครียดขึ้น และมีหลาย ๆ การศึกษาที่บ่งบอกว่าความยุ่งยากในชีวิตสมรสจะเกิดขึ้นเมื่อคู่สมรสฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งไม่เห็นด้วยกับการรักษา (Link, 1986 cited in Benazon, Wright, & Sabourin, 1992)

2.1.3 สัมพันธภาพในชีวิตสมรสมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางลบ เกิดสัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างคู่สมรส หรือไม่ได้รับการสนับสนุนทางจิตใจจากคู่สมรส เนื่องจากบางครั้งคู่สมรสต่างก็หมกมุ่นอยู่กับเรื่องของตนเองหรือความรู้สึกของตนเองเพียงฝ่ายเดียว โดยที่ไม่ได้สนใจความรู้สึกของอีกฝ่าย และบางครั้งในส่วนของจิตใจคู่สมรสแต่ละฝ่ายจะโทษซึ่งกันและกันว่าอีกฝ่ายเป็นคนไร้สมรรถภาพและเป็นต้นเหตุที่ทำให้มีบุตรยาก (Pearson, 1992) จากความรู้สึกต่าง ๆ เหล่านี้ ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรสมีช่องว่างเกิดขึ้น ต่างฝ่ายต่างแยกตนเองไม่สนใจความรู้สึกซึ่งกันและกัน นำมาซึ่งความเครียด นอกจากนี้คู่สมรสบางคู่อาจมีวิธีเผชิญความรู้สึกเศร้า โศกแตกต่างกัน สามีอาจจะมุ่งไปสนใจการทำงานมากขึ้นและพยายามไม่พูดถึงเรื่องการมีบุตร แต่ภรรยากลับอยากพูดคุยกับสามีถึงความเจ็บปวดที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ เมื่อภรรยาพูดคุยด้วยสามีก็อาจจะพยายามหลีกเลี่ยง ไม่สนใจหรือเดินหนี เพราะการพูดคุยทำให้เขาเจ็บปวดและรู้สึกว่าตนเองไร้สมรรถภาพ หดความภาคภูมิใจในตนเอง ส่วนภรรยาก็จะมีความรู้สึกโดดเดี่ยวเหมือนถูกทอดทิ้ง ไม่ได้รับการเอาใจใส่จากสามี ซึ่งถ้าไม่สื่อสารกันอย่างเปิดเผยระหว่างสามีและภรรยาถึงความรู้สึกที่แท้จริงของตนเองที่กำลังเผชิญอยู่ จะนำมาซึ่งการแตกแยกทางจิตใจอย่างรุนแรงอาจจะมีผลกระทบกระเทือนต่อความสัมพันธ์ระหว่างสามีและภรรยา (Gorrie et al., 1994) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเฮริทและเฮริท (Hirsch and Hirsch, 1989) ที่พบว่า การไม่สื่อสารกันระหว่างคู่สมรสที่มีบุตรยาก จะทำให้ระดับความไม่พึงพอใจในชีวิตสมรสอยู่ในระดับที่สูง มอนท์โกเมอรี (Montgomery, 1989 cited in Shepherd, 1992) กล่าวว่า การขาดการสื่อสารที่ดี เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดที่พบได้บ่อยมาก

2.1.4 คู่สมรสมีความพึงพอใจทางเพศลดลง อาจจะเนื่องมาจากขั้นตอนหรือกระบวนการของการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก เช่น ต้องมีการวางแผนในการมีเพศสัมพันธ์ให้สอดคล้องกับวงจรประจำเดือน มีการบันทึกเวลาที่มีเพศสัมพันธ์ลงในแผ่นบันทึกอุณหภูมิตั้งแต่เป็นต้น ทำให้การมีเพศสัมพันธ์ตามธรรมชาติลดลง แต่เป็นการตอบสนองที่จำเป็นทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น การที่ต้องปฏิบัติเช่นนี้บ่อย ๆ ทำให้การมีเพศสัมพันธ์กลายเป็นเหมือนเครื่องจักรกล

เป็นสิ่งที่น่าเบื่อ ทำให้ความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง (Cottle, 1991; Pearson, 1992) อาจส่งผลให้เกิดความล้มเหลวในการตอบสนองทางเพศในระยะที่มีไขตก การรักษา อาจจะไม่ประสบผลสำเร็จ สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลให้เกิดความตึงเครียดทางจิตใจแก่คู่สมรสที่มีบุตรยากได้ (Mahlstedt, 1985; Pearson, 1992)

2.1.5 การได้เห็นคู่สมรสไม่สุขสบายหรือได้รับความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน จากวิธีการตรวจวินิจฉัยและรักษา หรือต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน

2.2 ปัจจัยด้านครอบครัว ที่ก่อให้เกิดความเครียดในคู่สมรสที่มีบุตรยาก ได้แก่ (Cottle, 1991; Mahlstedt, 1985; Shepherd, 1992)

2.2.1 ความต้องการที่จะให้คู่สมรสมีบุตรหลาน โดยเฉพาะในครอบครัวที่ต้องการให้มีบุตรหลานไว้สืบสกุล ซึ่งความต้องการของสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะบิดามารดาของสามีจะสร้างแรงกดดันให้แก่คู่สมรสเมื่อไม่สามารถมีบุตรตามความต้องการได้

2.2.2 ปฏิกริยาทางลบหรือการไม่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัว ต่อการมีบุตรยากหรือการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาภาวะมีบุตรยากของคู่สมรส การไม่ยอมรับของสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว หรือการที่สมาชิกในครอบครัวมองว่าการมีบุตรยากเป็นสิ่งที่ผิดปกติ จะเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เกิดความเครียดแก่คู่สมรสที่มีบุตรยาก

2.2.3 การขาดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวกับคู่สมรสที่มีบุตรยาก หรือไม่ได้รับการสนับสนุนทางจิตใจจากสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว โดยปกติคู่สมรสที่มีบุตรยากมักจะแยกตัวออกจากสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว เนื่องจากคิดว่าปัญหาเรื่องการมีบุตรยากนั้นเป็นเรื่องส่วนตัวและเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ บุคคลอื่นไม่ควรจะรับทราบหรือวิพากษ์วิจารณ์ ซึ่งเป็นสิ่งที่สร้างความกดดันให้แก่คู่สมรสเป็นอย่างมาก

## 2.3 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและการเงิน

การตรวจวินิจฉัยและการรักษาภาวะมีบุตรยากนั้นจะต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงมาก และส่วนใหญ่ต้องใช้เวลาในการตรวจปัญหาต่าง ๆ อย่างน้อย 3-6 เดือน (พวงเพ็ญ ริมตุลิต, 2533) และการตรวจครั้งเดียวอาจจะไม่ได้ผล อาจจะต้องมีการตรวจซ้ำแล้วซ้ำอีก หรือมาตรวจวันนี้แล้วไม่ได้ผลจะต้องมาตรวจใหม่ในวันต่อมา คู่สมรสที่บ้านอยู่ไกลอาจจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่าที่พักด้วย ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นไปอีก จากปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย

ในการตรวจวินิจฉัยสูงมาก จึงมีคู่สมรสจำนวนไม่น้อยที่มารับการตรวจซ้ำระยะเวลาอันสั้นแล้วขาดการติดต่อไป ตามสถิติของหน่วยตรวจรักษาของผู้มีบุตรยาก โรงพยาบาลรามารัถิติ พบว่ามีสูงถึงร้อยละ 71.8 (พวงเพ็ญ ริมตุลิต, 2533) จากการศึกษาของ โอลชานสกี (Olshansky, 1988) พบว่าการรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีระดับสูงก่อให้เกิดภาวะเครียดทางการเงิน (financial stress) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแอนบีย์และคณะ (Abbey et al. , 1992) และเบลนเนอร์ (Blenner, 1992) ที่พบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะมีบุตรยากเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียดแก่คู่สมรสที่มีบุตรยาก

#### 2.4 ปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม และศาสนา

สังคมมักคาดหวังว่าเมื่อคู่สมรสแต่งงานแล้วจะต้องมีบุตรไว้สืบสกุล หรือเป็นสายใยสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส (Pearson, 1992) ดังนั้นภายหลังการแต่งงานแล้วยังไม่มีบุตร คู่สมรสจึงมักจะถูกถามจากบุคคลรอบข้างว่า "เมื่อไรจะมีบุตร " หรือ " ตั้งครรภ์หรือยัง " ยิ่งแต่งงานมานานหลายปีแล้วยังไม่มีบุตรก็มักจะถูกถามบ่อยขึ้น ทำให้คู่สมรสที่มีบุตรยากเกิดความรู้สึกตึงเครียดได้ (Clapp & Swenson, 1992) และถ้าสังคมนั้นมองว่าการไม่มีบุตรเป็นปมด้อย คู่สมรสที่มีบุตรยากก็จะเกิดความตึงเครียดเพิ่มมากขึ้นที่ตนเองไม่สามารถทำตามความคาดหวังของสังคมได้ (Cottle, 1991) กลายเป็นปมด้อยหรือเป็นสิ่งที่น่าละอายอย่างมาก จนกระทั่งคู่สมรสบางคนเชื่อว่าการหย่าร้างสังคมจะยอมรับได้มากกว่าการไม่มีบุตร (Mahlstedt, 1985) คู่สมรสที่มีบุตรยากบางคนอาจจะแยกตัวออกจากสังคมหรือกลุ่มเพื่อน เนื่องจากไม่ต้องการเปิดเผยให้บุคคลอื่นรับทราบว่าคุณเองมีบุตรยากเพราะคิดว่าเป็นเรื่องส่วนตัวและมีเรื่องเพศเข้ามาเกี่ยวข้องบุคคลอื่นไม่ควรรับทราบหรือวิพากษ์วิจารณ์ และกลัวถูกมองว่าเป็นสิ่งผิดปกติหรือไม่มีสมรรถภาพทางเพศ (Pearson, 1992) นอกจากนั้นยังไม่ต้องการพบกับความสงสารเห็นอกเห็นใจและไม่ต้องการรับฟังคำพูดที่แสดงเจตนาดีแต่ไม่ร่วมความรู้สึกอย่างแท้จริง เช่น "ไม่เป็นไร" "ให้ผ่อนคลายเป็นบ้าง" หรือ "ขอบุตรคนอื่นมาเลี้ยงซึ่งจะได้มีลูกอีกจ้ะ" หรือบางคนพยายามหลีกเลี่ยงที่จะไม่พูดถึงเรื่องการตั้งครรภ์ การมีบุตร หรือเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเด็กกับคู่สมรสที่มีบุตรยาก (Clapp & Swenson, 1992) ปฏิกริยาจากบุคคลรอบข้างทั้งทางบวกและทางลบนี้เป็นปัจจัยหนึ่งสร้างความกดดันให้คู่สมรสที่มีบุตรยากเกิดความตึงเครียดได้ การได้เห็นหรือรับทราบว่าเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิดตั้งครรภ์หรือคลอดบุตรก็จะทำให้คู่สมรสเกิดความตึงเครียดได้ (Clapp & Swenson, 1992; Gorrie

et al., 1994) นอกจากนั้นบางสังคมยังมีความเชื่อว่าการมีบุตรยากเป็นปัญหาของฝ่ายหญิงจึงทำให้คู่สมรสฝ่ายหญิงเกิดความตึงเครียด ซึมเศร้า และแยกตัวออกจากสังคมมากกว่าฝ่ายชาย (Cottle, 1991; Pearson, 1992) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของลาลอสและคณะ (Lalos et al., 1986 cited in Marshak, 1993) ที่พบว่าคู่สมรสที่มีบุตรยากฝ่ายหญิงจะแยกตัวออกจากสังคมและพยายามหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่จะต้องเผชิญหน้ากับเด็ก ๆ มากกว่าฝ่ายชาย

ศาสนาบางศาสนาห้ามสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองซึ่งมีผลให้ผู้ชายเก็บน้ำอสุจิไปตรวจไม่ได้ (Gorrie et al., 1994) ศาสนาคริสต์นิกายโรมันคาทอลิกเชื่อว่าการใช้เทคโนโลยีในการให้กำเนิดชีวิต เช่น การผสมเทียม การทำเด็กหลอดแก้ว เป็นต้น เป็นสิ่งที่ผิดธรรมชาติ ผิดศีลธรรม ศาสนาอิสลามถือว่าการฉีดเชื้ออสุจิที่ไม่ใช่ของสามีเข้าไปในโพรงมดลูกมีผลเช่นเดียวกับการมีขู้ จากความเชื่อของศาสนาทำให้ไปขัดต่อความต้องการที่จะตรวจและรักษาภาวะมีบุตรยาก ทำให้เกิดความขัดแย้งในจิตใจ เกิดความตึงเครียดขึ้นได้

**2.5 ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ** ที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่คู่สมรสที่มีบุตรยาก ได้แก่

**2.5.1 สถานที่ตรวจและสิ่งแวดล้อม** ความไม่เป็นส่วนตัวของสถานที่ซักประวัติหรือห้องตรวจอาจก่อให้เกิดความเครียดแก่คู่สมรสที่มีบุตรยากได้ เนื่องจากประวัติที่ซักถามคู่สมรสนั้นเป็นประวัติเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์และการตรวจร่างกายของฝ่ายหญิงจะต้องมีการตรวจที่เต้านม อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกและภายในช่องคลอด ส่วนฝ่ายชายก็มีการตรวจอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกเช่นเดียวกัน ถ้าสถานที่ในการซักประวัติหรือห้องตรวจร่างกายไม่มีความเป็นส่วนตัวก็จะส่งผลให้คู่สมรสเกิดความเครียดได้ นอกจากนั้นการที่ห้องตรวจผู้ที่มีบุตรยากอยู่ใกล้ ๆ กับห้องฝากครรภ์เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้คู่สมรสที่มีบุตรยากเกิดความเครียด เนื่องจากเกิดความรู้สึกโกรธ น้อยใจ และอิจฉาหญิงที่มีโอกาสได้ตั้งครรภ์ตามธรรมชาติ (Clapp & Swenson, 1992; Pearson, 1992) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบลนเนอร์ (Blenner, 1992) ที่พบว่าสิ่งแวดล้อมเป็นแหล่งหนึ่งของความเครียด เนื่องจากไม่ได้แยกห้องตรวจผู้ที่มีบุตรยากออกจากห้องตรวจผู้ป่วยทางสูติศาสตร์ ขณะที่คู่สมรสที่มีบุตรยากนั่งรอคอยการตรวจอยู่นั้นก็จะได้เห็นพยาบาลดูแลหญิงมีครรภ์และเด็ก ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้คู่สมรสเกิดความตึงเครียดทางจิตใจที่ตนเองยังไม่มีโอกาสได้ตั้งครรภ์หรือเลี้ยงดูบุตร

2.5.2 บุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ และพยาบาล อาจเป็นแหล่งที่ทำให้คู่สมรสเกิดความตึงเครียดได้ เนื่องจากการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก วิธีการตรวจรักษาหรือการปฏิบัติตัวน้อยเกินไป ไม่ได้รับคำตอบเมื่อมีข้อสงสัย ความเร่งรีบในการปฏิบัติงาน หรือความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์

2.5.3 การตรวจวินิจฉัยและการรักษาภาวะมีบุตรยาก เป็นสิ่งที่ยุ่งยากและซับซ้อน ก่อให้เกิดปัญหาและความตึงเครียดและคู่สมรสที่มีบุตรยากเป็นอย่างมาก จากการศึกษาของดานิลุก (Daniluk, 1988) พบว่าคู่สมรสจะมีความเครียดมากในช่วงระยะเวลาของการตรวจวินิจฉัย และฝ่ายหญิงจะมีระดับความเครียดสูงกว่าฝ่ายชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของเบนาซอนและคณะ (Benazon et al., 1992) ที่พบว่าฝ่ายหญิงจะมีระดับความเครียดสูงกว่าฝ่ายชายในช่วงระยะเวลาของการตรวจวินิจฉัย และการศึกษาของฮอลแมนและคณะ (Halman et al., 1994) ที่พบว่าคู่สมรสที่มีบุตรยากฝ่ายหญิงและฝ่ายชายมีการรับรู้ว่าการตรวจและรักษาภาวะมีบุตรยากเป็นภาวะที่ทำให้เกิดความเครียด แต่ฝ่ายหญิงมีการรับรู้ว่าเป็นภาวะเครียดมากกว่าฝ่ายชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากในขั้นตอนของการตรวจวินิจฉัยภาวะมีบุตรยากนั้นฝ่ายหญิงจะต้องได้รับการตรวจมากกว่าฝ่ายชาย (Marshak, 1993) และจากการศึกษาของเบลนเนอร์ (Blenner, 1992) ถึงการรับรู้ภาวะเครียดจากการรักษาภาวะมีบุตรยากของคู่สมรสที่มีบุตรยาก พบว่าปัจจัยที่ทำให้คู่สมรสเกิดความตึงเครียดจากการรักษา ได้แก่ ความเร่งรีบในการปฏิบัติ ค่าใช้จ่าย การรับรู้ในทางลบ อารมณ์ที่ควบคุมไม่ได้ ความสามารถของแพทย์ สิ่งแวดล้อมในการรักษา และคู่สมรสอีกฝ่ายไม่เห็นด้วยกับการรักษา ส่วนการศึกษาของแอบบี้และคณะ (Abbey et al., 1992) ที่ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความเครียดในคู่สมรสที่มีบุตรยากทั้งฝ่ายหญิงและฝ่ายชาย ได้แก่ ค่ารักษา จำนวนครั้งของการตรวจวินิจฉัย การรับการรักษา ปัจจัยเฉพาะฝ่ายหญิง ได้แก่ ทักษะเกี่ยวกับการรักษาภาวะมีบุตรยาก การสนับสนุนทางสังคม และความรับผิดชอบของแพทย์ต่อปัญหาการมีบุตรยาก สำหรับปัจจัยเฉพาะฝ่ายชาย ได้แก่ รายได้ จำนวนแพทย์ที่ทำการรักษา และความรับผิดชอบของตนเองต่อปัญหาการมีบุตรยาก ซึ่งปัจจัยด้านการตรวจรักษาภาวะมีบุตรยากที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่คู่สมรสที่มีบุตรยาก มีดังต่อไปนี้

- 1) การซักประวัติ เกี่ยวกับเรื่องส่วนตัว เช่น ความถี่และเวลาใน

การมีเพศสัมพันธ์ ทำที่ใช้ในการร่วมเพศ เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นเรื่องส่วนตัว โดยเฉพาะสังคมไทยถือว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องที่ควรปกปิดน่าละอาย ดังนั้นการถูกสอบถามเรื่องการมีเพศสัมพันธ์จึงเป็นการละเมิดความรู้สึกนึกคิด ๆ ที่เป็นส่วนตัวก่อให้เกิดความตึงเครียดได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดานิลุก (Daniluk, 1988) ที่พบว่าคู่สมรสจะมีความเครียดมากระหว่างการชักประวัติทางการแพทย์ครั้งแรก

2) กระบวนการของการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก ซึ่งมีหลายขั้นตอนและต้องตรวจหลายอย่าง การปฏิบัติต่าง ๆ ต้องอยู่ภายใต้การควบคุมของขั้นตอนการตรวจรักษา ต้องปฏิบัติทุกวัน ๆ หรือเป็นระยะ ๆ เป็นระยะเวลาอันยาวนาน ไม่ทราบว่าจะสิ้นสุดเมื่อใด เช่น ต้องวัดอุณหภูมิของร่างกายและลงในแผ่นบันทึกอุณหภูมิทุกวัน การเก็บปัสสาวะตรวจทุกเดือน การร่วมเพศตามตารางที่กำหนด (เฉพาะวัน/เฉพาะเวลา/เฉพาะท่า) การรับประทานยาหรือฉีดยาฮอร์โมนทุกวัน การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองเพื่อเก็บน้ำอสุจิไปตรวจและต้องทำในเวลาจำกัด การตรวจสอบหลังร่วมเพศ เป็นต้น สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดความตึงเครียดแก่คู่สมรสเป็นอย่างมาก (Clapp & Swenson, 1992; Cottle, 1991; Gorrie et al., 1994; Pearson, 1992; Shepherd, 1992)

3) วิธีการตรวจวินิจฉัยและการรักษา ก็เป็นแหล่งของความเครียดเช่นกันเนื่องจาก การตรวจรักษาบางอย่างมีความยุ่งยาก ซ้ำซ้อน และลูก้าเข้าไปในร่างกายก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย และความเจ็บปวด การเปิดเผยร่างกายขณะทำการตรวจรักษา รวมทั้งทำที่ใช้ในการตรวจ กลัวผลข้างเคียงระยะยาวของการรักษาด้วยฮอร์โมน กลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด การดมยาสลบ การเจาะเลือด การฉีดยา กระบวนการของการตรวจรักษา ยังแยกคู่สมรสออกจากครอบครัวและเพื่อน ทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไม่สามารถควบคุมด้วยตนเองได้ต้องขึ้นอยู่กับแพทย์ ไม่สามารถวางแผนต่าง ๆ ในอนาคตได้ และอาจทำให้ความพึงพอใจทางเพศลดลงเนื่องจากกระบวนการตรวจรักษาภาวะมีบุตรยาก (Clapp & Swenson, 1992; Gorrie et al., 1994; Millard, 1991; Pearson, 1992; Shepherd, 1992; Wetzel, 1992)

4) การตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยากเปรียบได้กับคำพูดที่ว่า " เร่งรีบและรอคอย " เนื่องจากการตรวจบางอย่างต้องเร่งรีบปฏิบัติในเวลาที่กำหนด แต่เมื่อ

รอผลการตรวจวินิจฉัยหรือผลการรักษาจะต้องรอคอยเป็นระยะเวลาอันยาวนาน (Mahlstedt, 1985) เชฟเฟิร์ด (Shepherd, 1992) กล่าวว่า ระยะของการรอคอยที่ยาวนานยิ่งก่อให้เกิดความเครียดมาก กลุ่มรสนที่มีบุตรยากจะต้องรอคอยหลาย ๆ อย่าง เช่น การเป็นประจำเดือน การนัดหมายของแพทย์ การฉีดยา การตกของไข่ ผลการตรวจเลือด ผลการทดสอบการตั้งครรภ์ สุดท้ายเมื่อตั้งครรภ์แล้วจะต้องรอคอยว่าประสพผลสำเร็จหรือไม่ จะแท้งหรือไม่ เป็นต้น ถ้าผลของการรอคอยนั้นล้มเหลวก็จะก่อให้เกิดความตึงเครียดเพิ่มมากขึ้นไปอีก และถ้าล้มเหลวหลาย ๆ ครั้งความตึงเครียดก็จะเพิ่มระดับมากขึ้นเรื่อย ๆ

5) การตรวจและรักษาต้องใช้เวลามากและนานโดยเฉพาะฝ่ายหญิง ซึ่งต้องได้รับการตรวจและรักษามากกว่าฝ่ายชาย (Marshak, 1993) ทำให้ฝ่ายหญิงต้องหลีกเลี่ยงงานที่ท้อเยื้องออกมา มีผลกระทบต่อความก้าวหน้าในอาชีพการงาน (Gorrie et al., 1994) โดยเฉพาะผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพส่วนตัว บางคนอาจจะต้องเปลี่ยนงาน หรือเลือกงานที่เหมาะสมเพื่อให้สามารถไปรับการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง บางคนอาจจะต้องลาออกจากงาน (Pearson, 1992) สำหรับผู้ที่มีฐานะปานกลางจนถึงต่ำ ถ้าไม่ได้ทำงานอาจจะทำให้มีปัญหาเรื่องการเงิน ก่อให้เกิดความตึงเครียดมากขึ้นไปอีก

### ระดับความเครียด

ความเครียดที่เกิดขึ้นกับบุคคลแต่ละคนแม้จะเกิดจากปัจจัยเดียวกัน แต่จะมีผลต่อบุคคลในลักษณะที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับพื้นฐานของแต่ละบุคคล สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมในขณะนั้น การมีความเครียดในระดับที่พอเหมาะจะช่วยผลักดันให้บุคคลไปสู่ความสำเร็จได้ แต่ถ้ามากเกินไปอาจมีผลเสียต่อสุขภาพโดยทำให้สุขภาพเสื่อมลง เฟรนและวาเลีย (Fraun and Valiga, 1979) ได้แบ่งความเครียดออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ความเครียดที่เกิดขึ้นตามปกติในชีวิตประจำวัน (day to day stress) ความเครียดในระดับนี้ไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิต บุคคลจะมีการปรับตัวโดยอัตโนมัติ ซึ่งเป็นการปรับตัวด้วยความเคยชินและใช้พลังงานในการปรับตัวน้อยที่สุด เช่น การต้องใช้ชีวิตแบบเร่งรีบ การแข่งขัน การใช้เวลาเดินทางไปทำงานในสภาพการจราจรที่สับสน การปรับตัวต่อสภาวะแวดล้อม

ที่เปลี่ยนไป เป็นต้น ในระดับนี้บุคคลจะรู้สึกถึงความสามารถในการปรับตัวตอบสนองต่อความเครียดได้เป็นอย่างดี ความเครียดในระดับนี้มีน้อยมากและจะหมดไปในระยะเวลาอันสั้น

**ระดับที่ 2** ความเครียดระดับเล็กน้อย (mild stress) เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันเนื่องจากมีปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่น การล้มป่วยเพื่อเข้าทำงาน พบเหตุการณ์สำคัญ ๆ ในสังคม เป็นต้น ความเครียดในระดับนี้จะส่งผลให้บุคคลมีความตื่นตัวและร่างกายมีปฏิกิริยาต่อต้านขึ้น ความเครียดในระดับนี้มีน้อยและจะหมดไปในระยะเวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

**ระดับที่ 3** ความเครียดระดับปานกลาง (moderate stress) ความเครียดในระดับนี้เกิดจากบุคคลได้รับปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดเป็นระยะเวลาอันยาวนานแล้วไม่สามารถปรับตัวได้ในระยะเวลาอันรวดเร็ว เช่น การเข้าทำงานใหม่ การเปลี่ยนงาน การได้รับการผ่าตัด เป็นต้น ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้บุคคลรู้สึกว่าตนเองถูกคุกคาม เนื่องจากอยู่ระหว่างความสำเร็จและความล้มเหลว ซึ่งถือว่าเป็นภาวะวิกฤติอย่างหนึ่งของชีวิต บุคคลอาจไม่สามารถควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ได้ และมีการแสดงออกทางอารมณ์เพื่อลดระดับความเครียดที่เกิดขึ้น ความเครียดที่เกิดขึ้นในระดับนี้อาจจะเกิดขึ้นเป็นชั่วโมง หลาย ๆ ชั่วโมง หรือเป็นวัน

**ระดับที่ 4** ความเครียดระดับมาก (severe stress) ถ้าปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดกระตุ้นให้เกิดความเครียดอย่างต่อเนื่อง ก็จะมีผลทำให้บุคคลเกิดความเครียดเพิ่มมากขึ้น ความเครียดในระดับนี้จะส่งผลให้บุคคลเกิดความล้มเหลวในการปรับตัว และแสดงออกในลักษณะต่าง ๆ เช่น สมรรถภาพในการทำงานลดลง ขาดงาน ไม่สนใจดูแลครอบครัว เป็นต้น ความเครียดในระดับนี้จะเกิดขึ้นเป็นสัปดาห์ เป็นเดือน หรือเป็นปี

ถึงแม้ว่าการมีความเครียดในระดับเล็กน้อย จะช่วยผลักดันให้บุคคลไปสู่ความสำเร็จได้ แต่สำหรับคู่สมรสที่มีบุตรยากไม่ควรจะมีความเครียดเกิดขึ้น เนื่องจากความเครียดเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะมีบุตรยาก โดยจะมีผลทำให้สมองส่วนซีรีบรัลคอร์เทกซ์ ลังเคราะห์ฮอร์โมนฟอลลิเคิลสติมูเลติงและลูทีไนซิงฮอร์โมนจากต่อมพิทูอิทารีลดลง ซึ่งจะมีผลทำให้การทำงานของรังไข่ผิดปกติ ไม่มีไข่ตก ส่วนในเพศชายจะมีผลทำให้สมรรถภาพทางเพศเสื่อมลง ไม่มีอารมณ์ทางเพศ (กนกรัตน์ สุชะตุงคะ, 2537; พวงเพ็ญ ริมตุลิต, 2533; Wasser, Sewall, & Soules, 1993)



## พฤติกรรมการณ์เผชิญความเครียดของคู่สมรสที่มีบุตรยาก

ตามแนวคิดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) พฤติกรรมการณ์เผชิญความเครียด หมายถึงความพยายามทั้งความคิดและการกระทำที่จะจัดการกับปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดทั้งจากภายนอกและ/หรือภายในบุคคลซึ่งได้ประเมินแล้วว่า มีผลกระทบต่อบุคคล โดยใช้กำลังความสามารถและแหล่งประโยชน์ที่เกินกว่าธรรมดา การเผชิญกับความเครียดนั้นถือเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และจะ ไม่มีการตัดสินก่อนว่าพฤติกรรมการณ์เผชิญความเครียดพฤติกรรมใดที่มีประสิทธิภาพ เพราะขึ้นอยู่กับบริบทนั้น ๆ บุคคลที่เผชิญกับความเครียดได้ดีคือบุคคลที่รู้จักเลือก ใช้วิธีการที่เหมาะสมกับสถานการณ์

กระบวนการเผชิญความเครียด เป็นขั้นตอนของการตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและต้องอาศัยระยะเวลา ลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวว่า กระบวนการเผชิญความเครียดจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้รับรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงระหว่างตนเองกับสิ่งแวดล้อม และบุคคลประเมินว่ามีผลกระทบต่อตนเอง กระบวนการเผชิญความเครียดตามแนวคิดของลาซารัสและโฟล์คแมนแบ่งออกได้เป็น 2 ขั้นตอน คือ

1. การประเมินสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ เป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ในการคิดพิจารณาตัดสินความสำคัญและความหมายของสิ่งเร้าหรือสถานการณ์นั้นๆ ต่อสวัสดิภาพของตนเอง ซึ่งกระทำอยู่ตลอดเวลาที่บุคคลตื่นอยู่ การประเมินตัดสินนี้มีอยู่ 3 รูปแบบ คือ

1.1 การประเมินชนิดปฐมภูมิ (primary appraisal) คือ การที่บุคคลใช้สติปัญญา ความรู้ และประสบการณ์มาประเมินสถานการณ์ เพื่อตัดสินว่ามีผลกระทบอย่างไรต่อบุคคล ซึ่งประเมินได้ 3 รูปแบบ คือ

1.1.1 ไม่เกิดผลใดๆ (irrelevant) คือบุคคลไม่รู้สึกอะไรต่อสถานการณ์นั้น

1.1.2 เกิดผลดีหรือได้รับประโยชน์ (benign-positive) คือ บุคคลได้รับผลประโยชน์จากสถานการณ์นั้น

1.1.3 เกิดความเครียด (stressful) ซึ่งเป็นภาวะที่ทำให้บุคคลเกิด

ความไม่สมดุลทางด้านจิตใจ เนื่องจากบุคคลประเมินสถานการณ์นั้นว่ามีความเกี่ยวข้องกับตนในลักษณะใดลักษณะหนึ่งใน 3 ลักษณะนี้คือ เป็นอันตรายหรือสูญเสีย (harm/loss) คุกคาม (threat) หรือท้าทาย (challenge)

จะเห็นได้ว่าการประเมินสถานการณ์ระยะนี้ เป็นการรับรู้สถานการณ์ว่าเป็นอันตรายกับตน แต่ถ้าสถานการณ์ใดที่บุคคลรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนหรือเกี่ยวข้องกับตนในทางที่ดี บุคคลจะรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ไม่ใช่สิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด

1.2 การประเมินชนิดทุติยภูมิ (secondary appraisal) คือ การที่บุคคลใช้สติปัญญา ความรู้และประสบการณ์ ประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกของตนเอง เพื่อที่จะจัดการกับสถานการณ์หรือสิ่งเร้าที่ได้ประเมินแล้วว่าเป็นอันตรายหรือคุกคามแก่ตนเอง ซึ่งอาจแสดงออกมาในรูปของอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดหรือพฤติกรรม การประเมินชนิดทุติยภูมิไม่จำเป็นต้องตามหลังการประเมินชนิดปฐมภูมิ แต่อาจเกิดขึ้นพร้อม ๆ กันได้

การประเมินตัดสินสถานการณ์ว่าเป็นความเครียดหรือไม่ และเป็นความเครียดชนิดใด รุนแรงมากน้อยแค่ไหนขึ้นอยู่กับปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า (situational factors) และปัจจัยทางด้านบุคคล (personal factors)

ปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า ได้แก่ ความรุนแรงของสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ลักษณะของสถานการณ์นั้นสามารถทำนายได้มากน้อยเพียงใด และความไม่แน่นอนในสถานการณ์

ปัจจัยทางด้านตัวบุคคล ได้แก่ ข้อผูกพัน (commitment) ความเชื่อและสติปัญญาของบุคคล

1.3 การประเมินตัดสินใหม่ (reappraisal) เป็นการเปลี่ยนแปลงการประเมินของบุคคลเมื่อได้รับข้อมูลเข้ามาใหม่ คือการให้ความหมายของสถานการณ์เสียใหม่เพื่อลดความเครียดลง ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงการตัดสินความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม

2. พฤติกรรมการเผชิญความเครียด การเผชิญความเครียดของบุคคลนั้นจะออกมาในรูปพฤติกรรม ซึ่งพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกนึกคิด จิตใจ และอารมณ์ของแต่ละบุคคล เมื่อมีสิ่งเร้าหรือมีการคุกคามจากสิ่งแวดล้อมภายนอก หรือมีสิ่งกระทบจิตใจ จะมีผลทำให้บุคคลนั้นเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ และแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ออกมา เรียกว่าพฤติกรรมการเผชิญความเครียด หรืออาจหมายถึงกลไกการป้องกันทางจิต (defense mechanism)

ที่บุคคลใช้เพื่อรักษาภาวะสมดุลของจิตใจ

ลาซารัสและโพล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) แบ่งพฤติกรรมการเผชิญความเครียดไว้ 2 ลักษณะ คือ

2.1 พฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบการมุ่งแก้ปัญหา (problem -focused coping) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลพยายามจัดการกับสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดโดยตรง โดยการใช้กระบวนการแก้ปัญหาในการตัดสินใจเลือกวิธีที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ได้แก่ การเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาตามความเป็นจริง การค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา การคิดหาวิธีการแก้ไขปัญหาและเลือกวิธีที่ดีที่สุด ยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา พยายามเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้น และการขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการแก้ปัญหา ซึ่งพฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหานี้มักเป็นที่นิยมใช้ เพราะเป็นการจัดการกับปัญหาได้โดยตรง ทำให้ปัญหาลดลงหรือถูกขจัดให้หมดไป

2.2 พฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์ (emotion - focused coping) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลพยายามจัดการกับสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด โดยใช้การควบคุมอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้น ไม่มีการแก้ไขปัญหาหรือสาเหตุของความเครียดโดยตรง ลาซารัสเรียกวิธีนี้ว่า "การบรรเทา" และจะรวมถึงการใช้กลไกการป้องกันทางจิตด้วย ได้แก่ การปฏิเสธสิ่งที่ปัญหา หรือภาวะคุกคามที่เกิดขึ้น พยายามลืมปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อผันถึงที่สิ่งที่ดี ๆ แยกตัวจากสถานการณ์ที่เป็นปัญหา การเลือกรับรู้เฉพาะสิ่งที่ดี ๆ ต่ตนเอง โยนความผิดให้ผู้อื่น การระบายอารมณ์ไปสู่ผู้อื่น เป็นต้น พฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบนี้เป็นเพียงวิธีที่ช่วยบรรเทาหรือลดความตึงเครียดที่เกิดขึ้นเท่านั้น แต่ไม่ได้จัดการกับปัญหาโดยตรง ดังนั้นจึงไม่ควรนำมาใช้บ่อย เพราะในบางสถานการณ์ถ้าปัญหานั้นไม่ได้รับการแก้ไข ความเครียดก็จะไม่ลดลง แต่จะเพิ่มมากขึ้นจนก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การปรับตัวมีแนวโน้มที่จะล้มเหลวได้

การเผชิญความเครียดตามแนวคิดของลาซารัสและโพล์คแมน เป็นกระบวนการทางความคิดและการกระทำที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ในการเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นบุคคลอาจใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดมากกว่าหนึ่งพฤติกรรมในเวลาเดียวกัน หรือเมื่อเผชิญความเครียดเหมือนกัน ในเวลาหรือสถานการณ์ที่แตกต่างกัน ก็อาจใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียด

แตกต่างกัน นอกจากนี้ความแตกต่างของสถานการณ์ สิ่งแวดล้อม และการประเมินสถานการณ์ ก็มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเผชิญความเครียดเช่นกัน สถานการณ์ใดที่บุคคลประเมินว่าตนเองไม่สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้แล้ว บุคคลจะใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์มากขึ้น ส่วนในสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าสามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขบางอย่างได้ โดยอาจต้องมีการค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อนำมาแก้ไขปัญหานั้น บุคคลจะใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดแบบการมุ่งแก้ปัญหามากขึ้น

จาโลวีกได้รวบรวมพฤติกรรมการเผชิญความเครียดจากแนวคิดของลาซารัส มาสร้างเครื่องมือวัดพฤติกรรมการเผชิญความเครียดขึ้น เรียกว่าแบบวัดพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (Jalowiec coping scale) โดยแบ่งพฤติกรรมการเผชิญความเครียดออกเป็น 2 ด้านเหมือนกับลาซารัส คือ ด้านมุ่งแก้ปัญหาและด้านจัดการกับอารมณ์ มีข้อคำถาม 40 ข้อ แต่ละข้อมี 5 คะแนน ตามความมากน้อยของการใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียด แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 141 คน ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยแผนกฉุกเฉิน เมื่อนำมาวิเคราะห์หาค่าประกอบพบว่าพฤติกรรมการเผชิญความเครียดมีมากกว่า 2 ด้าน (Jalowiec, Murphy, & Power, 1984) ต่อมาในปี ค.ศ. 1988 จาโลวีกได้มีการปรับปรุงแบบวัดพฤติกรรมการเผชิญความเครียด โดยนำไปหาความตรงตามโครงสร้าง กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,400 คน ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วย 790 คน พยาบาล 353 คน ญาติผู้ป่วย 133 คน และนักศึกษา 124 คน เมื่อทำการวิเคราะห์หาค่าประกอบพบว่า มีพฤติกรรมการเผชิญความเครียด 4 พฤติกรรมที่ไม่สามารถจัดอยู่ในองค์ประกอบด้านใดได้จึงเหลือพฤติกรรมการเผชิญความเครียดเพียง 36 พฤติกรรม และสามารถแบ่งองค์ประกอบของพฤติกรรมการเผชิญความเครียดได้เป็น 3 ด้าน คือ

1. พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา (confrontive coping behavior) มี 13 พฤติกรรม ซึ่งพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหานั้นเป็นความพยายามหาวิธีการที่จะจัดการกับความเครียดกับปัญหาโดยตรง เช่น ความพยายามแก้ไขปัญหา ค้นหาแหล่งข้อมูล ดำเนินการแก้ปัญหาตามขั้นตอน การมองปัญหาอย่างมีจุดมุ่งหมาย และมีความแน่วแน่ในการแก้ปัญหา เป็นต้น

2. พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ (emotive coping behavior) มี 9 พฤติกรรม ซึ่งพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์นั้น เป็นวิธีการลดอารมณ์เชิงเครียด โดยการแสดงออกถึงความรู้สึก หรือการระบายอารมณ์ โดยที่เหตุการณ์หรือปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง เช่น มีความกังวลใจ ต้องการอยู่คนเดียว ผ่นกลางวัน แสดงพฤติกรรมโดยการรับประทานอาหารมากขึ้นหรือสูบบุหรี่ เป็นต้น

3. พฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการแก้ปัญหาทางอ้อม (palliative coping behavior) มี 14 พฤติกรรม ซึ่งพฤติกรรมการเผชิญความเครียดด้านการแก้ปัญหาทางอ้อมนั้น เป็นวิธีการที่ไม่ใช่การเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ของความเครียด แต่เป็นแนวทางของการเลือกรับรู้ปัญหา โดยที่เหตุการณ์หรือปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง เช่น การนอนหลับ การยอมความประนีประนอม มีความหวังว่าจะดีขึ้น การปล่อยวางปัญหา ยอมรับสถานการณ์ เป็นต้น

จากการศึกษาของเบเคอร์และควินเคิร์ต (Baker and Quinkert, 1983) พบว่า คู่สมรสที่มีบุตรยากฝ่ายหญิงมีการใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียด 4 วิธีด้วยกัน คือ หาข้อมูลเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยากจากบุคคลอื่นที่มีปัญหาคล้าย ๆ กัน พึงพาครอบครัว ยอมรับการไม่มีบุตร และคิดว่าพระเจ้าไม่ประทานบุตรมาให้ และการศึกษาของเดวิสและเดียร์แมน (Davis and Dearman, 1992) พบว่าคู่สมรสที่มีบุตรยากฝ่ายหญิงใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียด 6 วิธี คือ หาข้อมูลเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก ทำทุกอย่างให้ดีที่สุด หาเหตุผลที่ดีของการไม่มีบุตร เข้าไปสัมผัสกับความรูสึกนั้นจริง ๆ พูดระบายความรู้สึกกับสามีหรือสตรีที่มีบุตรยากด้วยกัน และทำตนเองให้ห่างจากเรื่องมีบุตรยาก เช่น ทำงานให้ยุ่ง ไม่คิดถึงเรื่องที่มีบุตรยาก เป็นต้น

ส่วนการศึกษาของเชอร์รอด (Sherrod, 1995) พบว่าคู่สมรสที่มีบุตรยากฝ่ายชายมีการใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดโดย เก็บความเจ็บปวด และอารมณ์ต่าง ๆ ไว้ภายใน มีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่น ดื่มสุรามากขึ้น ไปร่วมกิจกรรมที่โหดมากขึ้น ทำงานให้ยุ่งหรือทำงานทำอยู่ตลอดเวลา คิดว่าเป็นการลงโทษจากพระเจ้าหรือพระเจ้าไม่ประทานบุตรมาให้ พยายามตั้งข้อจำกัดเพื่อให้ตนเองรู้สึกว่าสามารถควบคุมตนเองได้ และใช้เหตุผลหรือหาเหตุผลที่ดีให้กับตนเอง เช่น ฉันมีความสุขกับสิ่งอื่น ทุกสิ่งทุกอย่างสามารถเลวร้ายลงได้ คนอื่น ๆ ก็มีปัญหาเหมือนกัน ชีวิตไม่มีทางสมบูรณ์แบบ เป็นต้น และจากการศึกษาของฟิปปส์ (Phipps, 1993) พบว่าคู่สมรสที่มีบุตรยากฝ่ายหญิงและฝ่ายชายมีการใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดเหมือนกันอยู่

3 วิธี คือ ใช้กระบวนการทางความคิดในการแก้ปัญหา การหลีกเลี่ยง คิดว่าเป็นการลงโทษจากพระเจ้า และคู่สมรสฝ่ายหญิงมีการใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดมากกว่าฝ่ายชายอีก 2 วิธี คือ พูดคุยระบายความรู้สึก และคิดให้เป็นเรื่องสนุกสนานขบขัน จะเห็นได้ว่าคู่สมรสที่มีบุตรยากมีการใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดหลาย ๆ พฤติกรรมเพื่อเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากภาวะมีบุตรยาก

#### กรอบแนวคิด ทฤษฎีสำหรับงานวิจัย

ความเครียดที่เกิดขึ้นกับคู่สมรสที่มีบุตรยาก สามารถเกิดขึ้นได้จาก ปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความต้องการมีบุตร การรับรู้และแปลเหตุการณ์ ความรู้สึกสูญเสียและการตัดสินใจเลือกทางเลื้อก ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ ปัจจัยด้านคู่สมรส ครอบครัว เศรษฐกิจและการเงิน สังคม วัฒนธรรมและศาสนา และระบบบริการสุขภาพ ซึ่งคู่สมรสฝ่ายหญิงและฝ่ายชายอาจจะมีปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดแตกต่างกันไป เมื่อเกิดความเครียดขึ้น คู่สมรสที่มีบุตรยากก็จะพยายามจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเองทั้งด้านความคิดและการกระทำ โดยใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียด 3 วิธี คือ การเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการแก้ปัญหาทางอ้อม ซึ่งคู่สมรสแต่ละฝ่ายอาจใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดแตกต่างกันเพื่อลดความเครียดที่เกิดขึ้น

กรอบแนวคิดในการทำวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปได้ดังนี้

