

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พลังอำนาจของบุคคลมีรากฐานมาจากการปกป้องตนเอง และต้องการเสริมบารมี (Roberts, 1978) เป็นการที่บุคคลรู้จักเป้าหมายของตนเองและรู้จักใช้ทรัพยากรที่จำเป็น เพื่อให้เกิดความรู้สึกสามารถควบคุมตนเองได้ และบรรลุเป้าหมายของตน (อวยพร ตันมุษยกุล, 2540) เป็นสิ่งที่มีความสำคัญและเป็นสิ่งที่บุคคลต้องการ เพื่อช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมของตนเอง (Dennis, 1991) ไม่ว่าบุคคลจะอยู่ในภาวะที่มีสุขภาพดีหรือมีความเจ็บป่วย การมีพลังอำนาจนำมาซึ่งความสามารถในการควบคุมตนเองและมีอิทธิพลเหนือผู้อื่น (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2532; Coopersmith cited in Johnson, 1996) ทำให้บุคคลสามารถมีชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเอง มีการควบคุมตนเอง และตัดสินใจ การกระทำใดๆ ได้อย่างเหมาะสม (Roberts, 1986) การที่มีพลังอำนาจเหนือบุคคลอื่น สถานการณ์ และสิ่งแวดล้อม จะทำให้บุคคลนั้นมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Dennis, 1991) ตามแนวคิดของ กิบสัน (Gibson, 1995) บุคคลสามารถประเมินการรับรู้พลังอำนาจในตนเอง เพื่อนำไปสู่กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ ความสามารถในการควบคุมหรือจัดการกับสถานการณ์ ความพึงพอใจในตนเอง การพัฒนาตนเอง และการมีเป้าหมายและความหมายในชีวิต ดังนั้นเมื่อบุคคลรู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับชีวิตตนเองตามที่คาดหวัง กิจกรรมต่างๆ ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ มีบุคคลอื่นมาควบคุมการกระทำ และต้องปฏิบัติตามแนวทางของผู้อื่น จะทำให้บุคคลเกิดภาวะไร้พลังอำนาจ (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2532)

ภาวะไร้พลังอำนาจเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยและการเข้ารับบริการจากระบบบริการสุขภาพ มีสาเหตุจากค่านิยมและความเชื่อเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ ดังเช่น การพบกับบุคลากรทางสุขภาพที่เป็นผู้เชี่ยวชาญ มีความรู้และอำนาจในการตัดสินใจ ทำให้ผู้รับบริการมีหน้าที่รับฟังและปฏิบัติตาม (Ellis & Hartley, 1984) โดยเฉพาะในสังคมไทยซึ่งมักจะเชื่อว่าผู้รับบริการเป็นผู้ที่พึ่งพาและปฏิบัติตามโดยไม่สามารถเจรจาต่อรอง เพราะกลัวการตำหนิจากบุคลากรทางสุขภาพ จึงเป็นสถานการณ์ที่ผู้รับบริการไม่สามารถควบคุมได้ (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2537) จากการศึกษาของ

เกรย์ โดแอน และเชิร์ช (Gray, Doan & Church, 1990) พบว่าการตรวจวินิจฉัยและรักษา การมาตรวจตามนัด และการนั่งรอหน้าห้องตรวจ ทำให้ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกมีพลังอำนาจลดลง นอกจากนี้บทบาทของบุคลากรทางสุขภาพในการปฏิบัติหน้าที่ในลักษณะงานประจำ และการดูแลที่เน้นด้านร่างกาย โดยไม่คำนึงถึงจิตใจของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมสิ่งที่เกิดขึ้นได้ และการขาดข้อมูลความรู้ในภาวะที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจ (Pearson & Vaughan, 1986) อาจกล่าวได้ว่า เมื่อบุคคลเจ็บป่วยและเข้ารับบริการในโรงพยาบาล มีบุคลากรทางสุขภาพปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ให้ ไม่ว่าจะเป็นที่ต้องการหรือไม่ต้องการก็ตาม ทำให้บุคคลขาดการมีส่วนร่วมและขาดการควบคุมสิ่งแวดล้อมของตนเอง (Roberts, 1986)

ตามแนวคิดของโรเบิร์ตส์ (Roberts, 1986) สาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะไร้พลังอำนาจดังกล่าวแบ่งเป็น 4 สาเหตุ คือ (1) การสูญเสียการควบคุมด้านร่างกาย บุคคลรู้สึกว่าจะเจ็บป่วยและการถูกจำกัดกิจกรรมทางกายขณะอยู่ในโรงพยาบาล ทำให้สมรรถภาพการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามความคาดหวังและความต้องการของตนเองได้ ทำให้บุคคลเริ่มเกิดภาวะไร้พลังอำนาจ (2) การสูญเสียการควบคุมด้านจิตใจ ภาวะเจ็บป่วยและการปฏิบัติตามกฎระเบียบของโรงพยาบาล และตามแผนการรักษาที่กำหนด โดยมีบุคลากรทางสุขภาพเป็นผู้ควบคุม ทำให้บุคคลรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจในตนเอง ที่ไม่สามารถแสดงพฤติกรรมที่ต้องการได้ (3) การสูญเสียการควบคุมด้านสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมใหม่ที่ไม่คุ้นเคย อาจต้องอยู่ในที่ซึ่งบุคลากรทางสุขภาพจัดให้โดยไม่มีทางเลือก อาจขาดความเป็นส่วนตัว รวมทั้งการเกี่ยวข้องกับบุคลากรทางสุขภาพที่มีความรู้ความสามารถสูง ทำให้บุคคลไม่กล้าที่จะต่อรองหรือตัดสินใจ เกิดภาวะไร้พลังอำนาจได้ และ (4) การขาดความรู้ การที่บุคคลขาดความรู้เกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองและสิ่งที่เกิดรอบตนเอง รวมทั้งผลที่คาดหวังจากการตรวจวินิจฉัยหรือรักษา ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกไร้พลังอำนาจ ถ้าภาวะไร้พลังอำนาจคุกคามและรุนแรงมากขึ้น ผลที่ตามมาคือความสามารถในการเรียนรู้ของบุคคลจะลดลง (Roberts, 1978) และถ้าบุคคลนั้นไม่ได้รับความช่วยเหลือจะทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถแก้ไขปัญหา กำหนดเป้าหมายชีวิตหรือแสดงบทบาทของตนเองได้ รวมทั้งทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ซึมเศร้า และสิ้นหวัง (Miller, 1992) มีการแสดงออกในรูปแบบต่างๆ เช่น โกรธ ก้าวร้าว วิตกกังวล เป็นต้น ทำให้การดูแลตนเองลดลง โรงพยาบาลสามารถช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะไร้พลังอำนาจ เนื่องจากสถานการณ์ต่างๆ ดังกล่าว ได้โดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยผ่านขั้นตอน คือ การค้นพบความจริง การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการดำรงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่เหมาะสม (Gibson, 1995)

ที่กล่าวมาอาจสรุปได้ว่าพลังอำนาจและภาวะไร้พลังอำนาจมีความสำคัญต่อบุคคล ดังจะเห็นได้จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีผู้สนใจศึกษาเกี่ยวกับภาวะไร้พลังอำนาจในผู้ป่วยหลากหลายกลุ่มทั้งในต่างประเทศและประเทศไทย เช่น ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่รับรังสีรักษา (กัลยกร จัตรแก้ว, 2538) ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง (ชุดิมา มุสิกะสังข์, 2535) ผู้ป่วยที่มีความเจ็บปวด (Clements & Cummings, 1991) ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลังเฉียบพลัน (Richmond, Metcalf, Daly & Kish, 1992; Wetherbee, 1995) เป็นต้น รวมทั้งมีการศึกษาภาวะไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตรยากและคู่สมรสบ้างแต่เป็นผลการวิจัยในต่างประเทศ ที่พบว่าสตรีที่มีบุตรยากและคู่สมรสรู้สึกไร้พลังอำนาจจากการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรทางการแพทย์ และสตรีรู้สึกว้าเหว่ทางเพศสัมพันธ์ (Phipps, 1993) ดังผลการศึกษาของไอมิสัน และแมคมเมอร์เรย์ (Imeson & McMurray, 1996) ที่พบว่าภาวะมีบุตรยากทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิต ร่างกาย อารมณ์ และรู้สึกไร้พลังอำนาจจากการที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่ควบคุมไม่ได้ และไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจากบุคลากรทางสุขภาพ แต่สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีผู้ศึกษาโดยตรงเกี่ยวกับภาวะไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตรยาก

อย่างไรก็ตามมีการศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณนาของสตรีที่มีบุตรยาก พบว่ามีแนวโน้มที่สตรีจะเกิดภาวะไร้พลังอำนาจจากภาวะที่มีบุตรยาก เป็นผลจากการรับรู้ภาวะมีบุตรยากและการเข้าสู่กระบวนการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก เนื่องจากในบริบทของสังคมไทย สตรีที่มีบุตรยากมักถูกกล่าวหาในทางลบจากเพื่อน ญาติพี่น้อง บุคคลในครอบครัว และ สังคม (พิมพวัลย์ บุญมงคล, 2542) สังคมคาดหวังว่าสตรีที่แต่งงานมีครอบครัวจะต้องเป็นผู้ให้กำเนิดทายาทสืบสกุล ถ้าไม่สามารถมีบุตรได้ต่างๆ ที่สาเหตุของภาวะมีบุตรยากอาจเกิดจากฝ่ายสามี ฝ่ายสตรี หรือทั้งสองฝ่ายร่วมกันก็ได้ จะส่งผลกระทบโดยเฉพาะต่อสตรีที่มีบุตรยากทำให้เกิดความทุกข์ทรมานไม่ว่าภาวะที่มีบุตรยากจะเกิดจากสาเหตุใดก็ตาม จึงพยายามแสวงหาวิธีการที่จะช่วยให้มีบุตร (Helman, 1990) และผู้ที่เริ่มแสวงหาบริการการตรวจวินิจฉัยและรักษามักจะเป็นสตรี แม้ว่าการรักษาปัญหาฝ่ายชายจะง่ายและเสียค่าใช้จ่ายที่น้อยกว่า แต่ถ้าความผิดปกติดูที่สตรีจะส่งผลให้สตรีรู้สึกสูญเสียความเป็นผู้หญิง สูญเสียบทบาทการเป็นมารดา และไม่เป็นที่ยอมรับของครอบครัว (พิมพวัลย์ บุญมงคล, 2542) ส่งผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจของสตรีที่มีบุตรยาก แต่ในสังคมที่บุรุษมีอำนาจทำให้สถานภาพของสตรีเป็นรอง มีอำนาจในการตัดสินใจน้อยกว่า และมักถูกควบคุมจากบุคคลอื่นโดยเฉพาะสามี ดังนั้นการตัดสินใจส่วนใหญ่จึงเป็นของสามี (พิมพวัลย์ บุญมงคล, 2544; Lenkiewicz, 1998) แต่การใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ที่เกี่ยวข้องกับการมีบุตรและการควบคุมภาวะการเจริญพันธุ์ มักเป็นภาระหน้าที่ของสตรีที่จะต้องเป็นผู้แสวงหาเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก (พิมพวัลย์ บุญมงคล, 2542)

ปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและวิทยาศาสตร์การแพทย์สามารถช่วยในการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยากได้ประสบความสำเร็จประมาณร้อยละ 50-60 (จตุพล ศรีสมบูรณ์, อภิชาติ โอพารัตนชัย และชนนทร์ วนาภิรักษ์, 2538) ระยะของการตรวจวินิจฉัยและรักษามีหลายขั้นตอนทั้งอย่างง่ายและซับซ้อน (Blenner, 1990; Schoener & Krysa, 1996) การรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยากต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์และบุคลากรทางสุขภาพอย่างเคร่งครัด ทำให้การควบคุมเป็นของบุคคลอื่น และมีความไม่แน่นอนในการประสบความสำเร็จ (Johnson, 1996) ทำให้สตรีขาดพลังอำนาจในการต่อรองจากการที่ไม่กล้าพูดและแสดงออก ทำให้สูญเสียการควบคุมตนเอง (Barry, 1989) เกิดผลกระทบต่อสตรีที่มีบุตรยากทั้งด้านร่างกาย เช่น ความเจ็บปวด ภาวะแทรกซ้อนจากการตรวจวินิจฉัยและการรักษา เป็นต้น (Lock, 1999; Menning, 1982; Schaper, Hellwig, Murphy, & Gensch, 1996) ด้านจิตใจ เช่น รู้สึกโกรธและก้าวร้าว รู้สึกผิด โทษตัวเอง เป็นต้น (หะทัย เทพพิสัย และ อรุษา เทพพิสัย, 2533; Hirsch & Hirsch, 1995; Mahlstedt, 1985) ด้านครอบครัว เช่น เกิดความแตกแยกในชีวิตสมรส สูญเสียบทบาทการเป็นมารดา ความพึงพอใจในชีวิตสมรสน้อยลง เป็นต้น (สุนิรัตน์ อนันนุฎิกานนท์, 2541; Hirsch & Hirsch, 1995; Imeson & McMurray, 1996) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ เช่น สูญเสียสถานภาพในสังคม มีอคติกับสตรีมีครรภ์และทารก เสียค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัยและการรักษาจำนวนมาก เป็นต้น (พวงเพ็ญ ริมดุสิต, 2533; Olds, London & Ledewig, 1996; Pearson, 1992) และทำให้สตรีที่มีบุตรยากเกิดภาวะไร้พลังอำนาจในที่สุด (Phipps, 1993; Imeson & McMurray, 1996; Johnson, 1996)

เมื่อพิจารณาถึงความสามารถในการเจริญพันธุ์ สตรีเมื่อมีอายุมากขึ้นความสามารถในการเจริญพันธุ์จะลดลง (จตุพล ศรีสมบูรณ์ และคณะ, 2538) เพราะฉะนั้นเมื่อเกิดภาวะมีบุตรยาก และเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก ที่ใช้เวลาไม่แน่นอนกว่าที่จะประสบความสำเร็จ คือ ทำให้มีบุตรตามที่ต้องการ ยิ่งต้องใช้เวลานานมากขึ้น ขณะที่อายุของสตรียิ่งเพิ่มมากขึ้น ความหวังที่จะประสบผลสำเร็จจะลดลง บางรายต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาซ้ำๆ กันหลายครั้ง ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน พบกับความหวังสลับกับความผิดหวัง จนกระทั่งรู้สึกล้มเหลว (Imeson & McMurray, 1996) ดังนั้นในสตรีที่มีบุตรยาก อายุน่าจะมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตรยาก แม้ว่าในการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งเป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็ง และผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง และไม่ได้แยกเพศ พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะไร้พลังอำนาจ (กัลยกร ฉัตรแก้ว, 2538; ชุตินา มุสิกะสังข์, 2535) นอกจากนี้พบว่า การตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยากเป็นการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ ซึ่งมีความซับซ้อนและเข้าใจยาก สตรีที่มีบุตรยากอาจไม่มีความรู้และไม่เข้าใจ รวมทั้งไม่ทราบว่าจะซักถามอะไร แต่ถ้าบุคคลมีการศึกษาจะทำให้มี

ความสามารถในการซักถาม เนื่องจากการขาดความรู้ทำให้บุคคลรู้สึกไร้พลังอำนาจได้ (Roberts, 1986) ดังนั้นระดับการศึกษาน่าจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลใช้สติปัญญาเพื่อแก้ไขปัญหาและแสวงหาความรู้ ซึ่งชุดิมา มุสิกะสังข์ (2535) ได้เสนอแนะให้มีการศึกษาว่า ผู้ที่มีการศึกษาดำอาจเกิดภาวะไร้พลังอำนาจได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูง นอกจากนี้จำนวนครั้งของการตรวจวินิจฉัยและรักษา หรือระยะเวลาที่รับการรักษาเพิ่มมากขึ้น อาจทำให้สตรีเกิดภาวะไร้พลังอำนาจมากขึ้นได้เช่นเดียวกัน เนื่องจากการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยากจะต้องผ่านขั้นตอนและวิธีการต่างๆ หลายอย่าง จึงต้องมาตรวจตามนัดหลายครั้ง ทำให้การควบคุมเป็นของบุคคลอื่น และมีความไม่แน่นอนในการประสบความสำเร็จ (Johnson, 1996) จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยต่างๆ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และจำนวนครั้งของการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก ว่าน่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตรยาก

จากแนวคิดภาวะเจ็บป่วยทำให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจของโรเบิร์ตส์ (Roberts, 1986) เนื่องจาก 4 สาเหตุ คือการสูญเสียการควบคุมด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม และการขาดความรู้ของบุคคลที่มีภาวะเจ็บป่วยทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไร้พลังอำนาจ รวมทั้งจากการศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับภาวะไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตรยากเนื่องจากการเข้าสู่กระบวนการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตรยากกับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และจำนวนครั้งของการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก เพื่อนำผลการวิจัยเป็นแนวทางการประเมิน วางแผน และให้การพยาบาลเพื่อลดหรือป้องกันการเกิดภาวะไร้พลังอำนาจ หรือส่งเสริมให้สตรีที่มีบุตรยากมีพลังอำนาจในตนเองอย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตรยาก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตรยากกับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และจำนวนครั้งของการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก

คำถามการวิจัย

1. ภาวะไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตรยากเป็นอย่างไร
2. ภาวะไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตรยากกับปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และจำนวนครั้งของการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยากมีความสัมพันธ์กันหรือไม่อย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตรยากและปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และจำนวนครั้งของการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลสมทวารานครเชียงใหม่ ระหว่างเดือนเมษายน ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2543

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ภาวะไร้พลังอำนาจ (powerlessness) หมายถึงภาวะที่สตรีที่มีบุตรยากเกิดความรู้สึกว่าตนเองสูญเสียการควบคุมด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม รวมทั้งขาดความรู้เกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก การตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก และไม่สามารถคาดหวังผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นได้ ประเมินได้โดยใช้แบบวัดภาวะไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตรยากที่ผู้วิจัย พันทวี เชื้อขาว และอำไพ จารุวัชรพาณิชย์กุล สร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดการเกิดภาวะไร้พลังอำนาจตามสาเหตุของโรเบิร์ตส์ (Roberts, 1986) และ จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สตรีที่มีบุตรยาก หมายถึง สตรีที่ไม่ได้คุมกำเนิดหรือหยุดการคุมกำเนิด และมีเพศสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปีแล้วไม่มีการตั้งครรภ์เกิดขึ้น หรือสตรีที่เคยตั้งครรภ์อย่างน้อย 1 ครั้ง ซึ่งอาจสิ้นสุดการตั้งครรภ์โดยการแท้งหรือการคลอดและไม่สามารถตั้งครรภ์ได้อีกภายหลังการตั้งครรภ์ครั้งก่อนอย่างน้อย 1 ปี ที่มารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลสมทวารานครเชียงใหม่

อายุ หมายถึง อายุเป็นปีของสตรีที่มีบุตรยาก

ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของสตรีที่มีบุตรยาก

จำนวนครั้งของการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก หมายถึง จำนวนครั้งของ
การรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยากทั้งในอดีตและปัจจุบัน

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Chiang Mai University