

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะไร้พลังอำนาจกับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และจำนวนครั้งของการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยากของสตรีที่มีบุตรยาก ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 80 ราย นำเสนอผลการวิจัย แบ่งเป็น 4 ส่วน ตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การมีบุตรยาก และการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก

ส่วนที่ 3 ภาวะไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตรยากโดยรวม และตามสาเหตุ

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะไร้พลังอำนาจ กับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการตรวจวินิจฉัยและการรักษาภาวะมีบุตรยากของสตรีที่มีบุตรยาก

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นสตรีที่มีบุตรยากที่มารับบริการ ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีจำนวนทั้งสิ้น 80 ราย มีอายุระหว่าง 22-45 ปี อายุเฉลี่ย 31.65 ปี และร้อยละ 63.75 มีอายุน้อยกว่า 35 ปี ทุกรายนับถือศาสนาพุทธและได้รับการศึกษา ร้อยละ 35.00 มีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 85.00 ประกอบอาชีพ และ ร้อยละ 31.25 ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 71.25 เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 45.00 มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท และร้อยละ 81.25 มีรายได้เพียงพอ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะครอบครัว รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน และความเพียงพอของรายได้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n = 80)	ร้อยละ
อายุ ($\bar{X}$ = 31.65 ปี, SD = 5.35 ปี, range = 22-45 ปี)		
น้อยกว่า 35 ปี	51	63.75
35 ปีขึ้นไป	29	36.25
ศาสนา		
พุทธ	80	100.00
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	22	27.50
มัธยมศึกษา	22	27.50
ประกาศนียบัตรหรืออนุปริญญา	8	10.00
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	28	35.00
อาชีพ		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	25	31.25
รับจ้าง	21	26.25
แม่บ้าน	12	15.00
ค้าขาย	9	11.25
เกษตรกรรวม	8	10.00
ธุรกิจส่วนตัว	5	6.25
ลักษณะครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	57	71.25
ครอบครัวขยาย	23	28.75

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง		จำนวน (n = 80)	ร้อยละ
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน			
น้อยกว่า 10,000	บาท	36	45.00
10,000 – 19,999	บาท	29	36.25
20,000 – 29,999	บาท	12	15.00
เท่ากับหรือมากกว่า 30,000	บาท	3	3.75
ความเพียงพอของรายได้			
เพียงพอ		65	81.25
ไม่เพียงพอ		15	18.75

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การมีบุตรยาก และการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก

กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาของการสมรสระหว่าง 1-15 ปี ระยะเวลาเฉลี่ย 5.5 ปี โดยร้อยละ 58.75 มีระยะเวลาของการสมรสอยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 35.00 มีระยะเวลาของการมีบุตรยากน้อยกว่าหรือเท่ากับ 24 เดือน ระยะเวลาระหว่าง 12-120 เดือน และระยะเวลาเฉลี่ย 49.92 เดือน ร้อยละ 75.00 การมีบุตรยากเป็นชนิดปฐมภูมิ ร้อยละ 73.75 เคยได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษามาก่อนแล้ว ร้อยละ 82.50 ได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาจำนวน 1-5 ครั้ง ที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และมีจำนวนครั้งระหว่าง 2-11 ครั้ง ร้อยละ 81.25 เสียค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัยและรักษาน้อยกว่า 10,000 บาท แต่เสียค่าใช้จ่ายระหว่าง 0-128,000 บาท ร้อยละ 42.50 อยู่ในระหว่างขั้นตอนการตรวจวินิจฉัยอย่างง่าย และร้อยละ 58.75 สตรีมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรับการตรวจวินิจฉัยและการรักษาภาวะมีบุตรยาก และอีกร้อยละ 25.00 ตัดสินใจด้วยตนเอง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาของการสมรส ระยะเวลาของการมีบุตรยาก ชนิดของการมีบุตรยาก การตรวจวินิจฉัยและรักษาในอดีต จำนวนครั้งของการตรวจวินิจฉัยและรักษา ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการตรวจวินิจฉัยและรักษา ขั้นตอนของการตรวจวินิจฉัยและรักษาในปัจจุบัน และการตัดสินใจในการตรวจวินิจฉัยและรักษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n = 80)	ร้อยละ
ระยะเวลาของการสมรส ($\bar{X}$ = 5.5 ปี, SD = 3.16 ปี, range = 1-15 ปี)		
1 – 5 ปี	47	58.75
6-10 ปี	28	35.00
11-15 ปี	5	6.25
ระยะเวลาของการมีบุตรยาก ($\bar{X}$ = 49.92 เดือน, SD = 32.04 เดือน, range = 12-120 เดือน)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 24 เดือน	28	35.00
25 – 48 เดือน	24	30.00
49 – 72 เดือน	14	17.50
73 – 96 เดือน	5	6.25
เท่ากับหรือมากกว่า 97 เดือน	9	11.25
ชนิดของการมีบุตรยาก		
ปฐมภูมิ	60	75.00
ทุติยภูมิ	20	25.00
การตรวจวินิจฉัยและรักษาในอดีต		
เคย	59	73.75
ไม่เคย	21	26.25
จำนวนครั้งของการตรวจวินิจฉัยและรักษา (range = 2-11 ครั้ง)		
1-5 ครั้ง	66	82.50
6-10 ครั้ง	12	15.00
มากกว่า 10 ครั้ง	2	2.50

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (n = 80)	ร้อยละ
ค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัยและรักษา (range = 0-128,000 บาท)		
น้อยกว่า 10,000 บาท	65	81.25
10,000 – 49,999 บาท	12	15.00
50,000 – 99,999 บาท	1	1.25
เท่ากับหรือมากกว่า 100,000 บาท	2	2.50
ขั้นตอนของการตรวจวินิจฉัยและรักษาในปัจจุบัน		
การตรวจวินิจฉัยอย่างง่าย	34	42.50
การตรวจวินิจฉัยขั้นซับซ้อน	20	25.00
การรักษา	26	32.50
การตัดสินใจในการตรวจวินิจฉัยและรักษา		
สตรีที่มีบุตรยากตัดสินใจด้วยตนเอง	20	25.00
สตรีที่มีบุตรยากมีส่วนร่วมตัดสินใจ	47	58.75
สตรีที่มีบุตรยากไม่มีส่วนร่วมตัดสินใจ	13	16.25

ส่วนที่ 3 ภาวะไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตรยากโดยรวม และตามสาเหตุ

คะแนนภาวะไร้พลังอำนาจของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม อยู่ระหว่าง 55-137 เมื่อคำนวณค่าเฉลี่ยของคะแนน 1-4 ตามเกณฑ์ที่กำหนดได้เท่ากับ 2.16 (SD = .41) แสดงว่า ภาวะไร้พลังอำนาจโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ คะแนนภาวะไร้พลังอำนาจตามสาเหตุพบว่า ทั้งภาวะไร้พลังอำนาจเนื่องจากการสูญเสียการควบคุมด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม และการขาดความรู้ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำเช่นเดียวกัน โดยมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 11-31, 14-43, 14-45, และ 7-24 ตามลำดับ และมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.44 (SD = .42), 2.08 (SD = .43) 2.05, (SD = .50), และ 2.13 (SD = .57) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3

ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของคะแนนภาวะไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตรยาก โดยรวมและจำแนกตามสาเหตุ (N = 80)

ภาวะไร้พลังอำนาจ	ช่วงคะแนน จริง	ช่วงคะแนน ของกลุ่ม ตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	ระดับ
ภาวะไร้พลังอำนาจโดยรวม	43-172	55-137	2.16	.41	ค่อนข้างต่ำ
ภาวะไร้พลังอำนาจตามสาเหตุ					
-การสูญเสียการควบคุม ด้านร่างกาย	9-36	11-31	2.44	.42	ค่อนข้างต่ำ
-การสูญเสียการควบคุม ด้านจิตใจ	13-52	14-43	2.08	.43	ค่อนข้างต่ำ
-การสูญเสียการควบคุม ด้านสิ่งแวดล้อม	14-56	14-45	2.05	.50	ค่อนข้างต่ำ
-การขาดความรู้	7-28	7-24	2.13	.57	ค่อนข้างต่ำ

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะไร้พลังอำนาจ กับปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และจำนวนครั้งของการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยากของสตรีที่มีบุตรยาก

ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และจำนวนครั้งของการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับภาวะไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตรยาก ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างภาวะไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตรยาก กับปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และจำนวนครั้งของการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก ในรูปแบบเมตริกสหสัมพันธ์ (correlation matrix)

ตัวแปรที่ศึกษา	อายุ	ระดับการศึกษา	จำนวนครั้งที่เข้ารับ ตรวจวินิจฉัยและ รักษาภาวะมีบุตรยาก	ภาวะไร้ พลังอำนาจ
อายุ	1.000			
ระดับการศึกษา	.234*	1.000		
จำนวนครั้งที่เข้ารับการตรวจ วินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตร ยาก	.043	.005	1.000	
ภาวะไร้พลังอำนาจ	-.063	-.045	.058	1.000

* $p < .05$

การอภิปรายผล

ผลการศึกษากวาระไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตรยาก ผู้วิจัยได้แยกอภิปรายตามคำถามการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

คำถามการวิจัยข้อที่ 1 กวาระไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตรยากเป็นอย่างไร

กวาระไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตรยากโดยรวม

ผลการวิจัยจากตารางที่ 3 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนกวาระไร้พลังอำนาจโดยรวมของสตรีที่มีบุตรยากอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ($\bar{X} = 2.16$, $SD = .41$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับกวาระไร้พลังอำนาจค่อนข้างต่ำ อธิบายได้ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี อยู่ในวัยผู้ใหญ่ที่สามารถคิดและตัดสินใจได้ด้วยตนเอง และสตรีที่มีบุตรยากร้อยละ 25.00 มีการตัดสินใจด้วยตนเอง และร้อยละ 58.75 มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและการรักษาภาวะมีบุตรยาก แสดงให้เห็นว่าสตรีที่มีบุตรยากเป็นผู้ที่คิดพิจารณาแล้วว่าตนเองมีความพร้อมที่จะปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสตรีที่มีบุตรยากยังมีอำนาจในการที่จะตัดสินใจอยู่ เนื่องจากการที่บุคคลสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองเป็นการแสดงถึงการมีพลังอำนาจ (Miller, 1992) ดังนั้นเมื่อเข้าสู่กระบวนการตรวจวินิจฉัยและรักษา จึงทำให้กวาระไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตรยากอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 42.50 อยู่ในช่วงของการตรวจวินิจฉัยอย่างง่าย ร้อยละ 82.50 เข้ารับการตรวจวินิจฉัยและการรักษา 1-5 ครั้ง และร้อยละ 58.75 มีระยะเวลาสมรสอยู่ในช่วง 1-5 ปี ทำให้สตรีที่มีบุตรยากยังมีความหวังที่จะสามารถมีบุตรได้ นอกจากนี้จากความคิดและทัศนคติในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการรักษาตามธรรมเนียมปฏิบัติ มักจะยินยอมให้อำนาจการตัดสินใจหรือการควบคุมเป็นของบุคลากรทางการแพทย์ จึงทำให้สตรีที่มีบุตรยากกลุ่มนี้ไม่รู้สึกรู้สีกวาระไร้พลังอำนาจในการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก แม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว แต่ลักษณะของสังคมไทยเป็นสังคมที่มีลักษณะที่เกื้อกูล ช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน พร้อมทั้งจะให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นที่ไม่ใช่บุคคลในครอบครัว (สุพัตรา สุภาพ, 2534) เมื่อสตรีเผชิญภาวะที่มีบุตรยาก จึงได้รับความรู้สึกสงสารและเห็นใจที่ไม่สามารถมีบุตรได้ มากกว่าที่จะรู้สึกผิดปกติหรือไม่มีคุณค่า จึงอาจทำให้มีผลกระทบต่อตัวสตรีลดลง กลุ่มตัวอย่างทุกรายนับถือศาสนาพุทธ ซึ่งมีหลักธรรมที่ช่วยให้สตรีเข้าใจในการดำเนินชีวิต และช่วยให้ปรับตัวได้กับภาวะมีบุตรยาก และอาจส่งผลให้เกิดกวาระไร้พลังอำนาจอยู่ในระดับที่ค่อนข้างต่ำ

นอกจากนี้ภาวะมีบุตรยากเป็นภาวะที่ไม่ใช่ความเจ็บป่วยที่ชัดเจน และสตรีอาจสามารถที่จะมีบุตรได้ถ้าได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้อง ถึงแม้จะต้องใช้ระยะเวลานาน และ การตรวจวินิจฉัยและรักษาจะต้องผ่านขั้นตอนและกระบวนการต่างๆ มากมายก็ตาม แต่เมื่อสตรีตัดสินใจรับการบริการและได้รับการดูแลจากแพทย์และพยาบาลในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยากและการปฏิบัติ จึงมีความเชื่อมั่นว่าสิ่งต่างๆ นั้นจะสามารถช่วยเหลือให้ตนเองมีความหวังในการที่จะสามารถมีบุตรได้ จึงยอมรับการตรวจวินิจฉัยและรักษา และให้ความร่วมมือด้วยความเต็มใจ ดังนั้นน่าจะทำให้สตรีที่มีบุตรยากเกิดภาวะไร้พลังอำนาจอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำสอดคล้องกับการศึกษาของเบคและคณะ (Beck et al. อ้างใน นารี ช่วงสว่าง, 2539) ที่พบว่า บุคคลที่มีความหวังจะรู้ดีกว่าตนเองมีทางเลือก และรู้สึกอิสระในการตัดสินใจ ทำให้รู้ดีกว่าตนเองสามารถควบคุมชีวิตและสถานการณ์ต่างๆ ได้

สำหรับภาวะไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตรยากสามารถจำแนกตามสาเหตุ ได้ดังนี้

ภาวะไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตรยากเนื่องจากการสูญเสียการควบคุมด้านร่างกาย

ผลการวิจัย พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตรยากเนื่องจากการสูญเสียการควบคุมด้านร่างกายอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ($\bar{X} = 2.44$, $SD = .42$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับภาวะไร้พลังอำนาจเนื่องจากการสูญเสียการควบคุมด้านร่างกายค่อนข้างต่ำ อธิบายได้ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างอาจเกิดภาวะไร้พลังอำนาจจากการที่ไม่สามารถควบคุมภาวะการเจริญพันธุ์ของตนเองได้ การที่ไม่สามารถมีบุตรต้องได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น และไม่แน่ใจว่าจะสามารถตั้งครรภ์ได้เมื่อไร จากการเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก ต้องพบขั้นตอนต่างๆ มากมาย ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายหลายอย่าง เช่น คลื่นไส้ วิงเวียนศีรษะ และประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ เป็นต้น โดยที่สตรีที่มีบุตรยากไม่สามารถควบคุมและไม่เข้าใจว่าเกิดขึ้นได้อย่างไร (Davidhizar, 1992; Nystrom & Segesten, 1994; Wetherbee, 1995) นอกจากนี้การที่ไม่มีการทำให้สตรีไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ยิ่งระยะเวลานานมากขึ้น จะยิ่งสูญเสียการควบคุมตนเองมากขึ้น (Lavie, 1991) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีประจำเดือนในระหว่างที่รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาจะทำให้สตรีรู้สึกผิดหวังและล้มเหลวได้ สิ่งต่างๆ ดังกล่าวน่าจะเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตรยาก

แต่จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะไร้พลังอำนาจเนื่องจากการสูญเสียการควบคุมด้านร่างกายอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ อาจเนื่องจากการรับการตรวจวินิจฉัยและรักษา

ภาวะมีบุตรยาก ถึงแม้ว่าจะต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล บางครั้งเป็นสิ่งที่ไม่
อยากทำ เช่น การที่ต้องมีเพศสัมพันธ์ในช่วงเวลาที่มีไข่ตก การวัดปรอทเพื่อดูการตกของไข่ เป็นต้น
แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังอยู่ในขั้นตอนของการตรวจวินิจฉัยอย่างง่าย และไม่มีใครได้รับการ
รักษาโดยการผ่าตัด และไม่มีภาวะแทรกซ้อน ทำให้รู้สึกไม่ถูกควบคุมมากจากแผนการตรวจ
วินิจฉัยและการรักษา และวิธีการปฏิบัติต่างๆ เป็นเรื่องที่สตรีและคู่สมรสยอมรับและปรับตัวเพื่อ
บรรลุเป้าหมายในการมีบุตร และภาวะมีบุตรยากไม่ได้เกิดความเจ็บป่วยอย่างชัดเจน กลุ่มตัวอย่าง
ยังคงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และทำงานได้ตามปกติ จึงทำให้ภาวะไร้พลังอำนาจของสตรี
อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ

ภาวะไร้พลังอำนาจเนื่องจากการสูญเสียการควบคุมด้านจิตใจ

ผลการวิจัย จากตารางที่ 3 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตร
ยากเนื่องจากการสูญเสียการควบคุมด้านจิตใจอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ($\bar{X} = 2.08$, $SD = .43$) แสดง
ว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับภาวะไร้พลังอำนาจเนื่องจากการสูญเสียการควบคุมด้านจิตใจค่อนข้างต่ำ
อธิบายได้ดังนี้

ภาวะไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตรยากเนื่องจากการสูญเสียการควบคุมด้านจิตใจ
ส่วนใหญ่เกิดจากการที่สตรีที่มีบุตรยากเกิดความกลัวที่จะไม่สามารถมีบุตรได้และจะทำให้เกิดผล
กระทบต่อตนเองและครอบครัว (Pillitteri, 1999) กระบวนการตรวจวินิจฉัยและรักษา อาจทำสตรี
เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง โกรธ วิตกกังวล เครียด มีความหวังและผิดหวัง (Kraft อ้างใน
นารี ช่วงสว่าง, 2540; Mahlstedt, 1985; Porter & Christopher, 1984) สอดคล้องกับการศึกษาของ
กู่เหว่ย (1999) พบว่าสตรีที่มีบุตรยากจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองน้อยกว่าสตรีที่มีบุตร นอกจาก
การรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาทำให้สตรีที่มีบุตรยากเกิดภาวะไร้พลังอำนาจ เนื่องจากการ
สูญเสียการควบคุมด้านร่างกายจากการที่จะต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล บาง
ครั้งเป็นสิ่งที่ไม่อยากทำ เช่น การที่ต้องมีเพศสัมพันธ์ในช่วงเวลาที่มีไข่ตก การวัดปรอทเพื่อดูการ
ตกของไข่ การถูกตรวจร่างกายซ้ำๆ และไม่ทราบว่าจะต้องปฏิบัติไปนานเท่าใด เป็นต้น ความรู้สึก
ไม่สบายใจและรู้สึกสูญเสียความเป็นส่วนตัวเนื่องจากต้องเผยแพร่ข้อมูลของตนเองแก่พยาบาลและ
แพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ซึ่งเป็นเรื่องที่ถือว่าเป็นเรื่องส่วนตัว
มาก ทำให้สตรีที่มีบุตรยากเกิดภาวะไร้พลังอำนาจได้

แต่จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ภาวะไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตรยากเนื่องจากการสูญเสีย
การควบคุมด้านจิตใจอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ อาจเนื่องจากสถานภาพทางสังคมของสตรีที่มีบุตร
ยากที่มีการศึกษา มีอาชีพ และมีรายได้เป็นของตนเอง รวมทั้งมีบทบาทอื่นๆ ในสังคมเพิ่มมากขึ้น

ไม่ได้เน้นแค่เพียงบทบาทของการเจริญพันธุ์ จึงทำให้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีความหวังว่าจะสามารถมีบุตรได้ด้วยความช่วยเหลือจากแพทย์และพยาบาล จึงยินยอมปฏิบัติตามกิจกรรมต่างๆ ที่กำหนดให้ด้วยความเต็มใจ โดยไม่คิดว่าสิ่งต่างๆ เหล่านั้นเป็นสิ่งที่ถูกคาม หรือทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง และในสังคมไทยยังคงให้ความสำคัญบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ จากการซักถามบ่อยๆ อาจทำให้รู้สึกว่าได้ได้รับความสนใจ และมีการให้การดูแลอย่างใกล้ชิดมากขึ้น และในทางปฏิบัติของสถานบริการที่มีความยืดหยุ่นในการนัดวันตรวจ และให้โอกาสในการตัดสินใจเลือกวิธีในการรักษา ซึ่งการปฏิบัติดังกล่าวจะช่วยลดภาวะไร้พลังอำนาจได้ (ซอลดา พันธุเสนา, 2536) จะเป็นผลให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น มีความรู้สึกพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ดังเช่นผลการศึกษาของสายพิณ เกษมกิจวัฒนา, วัฒนา น้ำเพชร, อรวรรณ ศรียุคศุพร, และจุฬาพร ประสงค์ (2539) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหารที่รับรู้ความมีคุณค่าในตนเองสูงจะมีภาวะไร้พลังอำนาจน้อย เนื่องจากความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะทำให้มีความสามารถในการควบคุมตนเอง (Johnson, 1996) นอกจากนี้ส่วนใหญ่ในกลุ่มตัวอย่างอายุน้อยกว่า 35 ปี และรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยากเพียง 1- 5 ครั้ง ซึ่งเป็นจำนวนครั้งที่น้อย ทำให้สตรีที่มีบุตรยากยังมีความหวังที่จะมีบุตรเนื่องจากอายุน้อย และส่วนใหญ่ยังไม่เข้าสู่กระบวนการตรวจวินิจฉัยและรักษาที่ซับซ้อนหรือเป็นแนวทางสุดท้าย จึงยังมีความหวังสลับกับความรู้สึกผิดหวัง เป็นวงจรที่สลับกันไป แต่ไม่ได้เกิดความรู้สึกสิ้นหวังตลอดเวลา (Imerson & McMurray, 1996) อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดภาวะไร้พลังอำนาจในระดับค่อนข้างต่ำได้

ภาวะไร้พลังอำนาจเนื่องจากการสูญเสียการควบคุมสิ่งแวดล้อม

ผลการวิจัย จากตารางที่ 3 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตรยากเนื่องจากการสูญเสียการควบคุมด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ($\bar{X} = 2.05$, $SD = .50$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับภาวะไร้พลังอำนาจเนื่องจากการสูญเสียการควบคุมด้านสิ่งแวดล้อมค่อนข้างต่ำ อธิบายได้ว่า

ภาวะไร้พลังอำนาจเนื่องจากการสูญเสียการควบคุมด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่เกิดจากการที่สตรีที่มีบุตรยากรับรู้ว่าคุณค่าตนเองมีบุตรยาก และเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยากภายในโรงพยาบาล ขั้นตอนต่างๆ เปรียบเสมือนสิ่งแวดล้อมใหม่ๆ ภายในห้องตรวจสตรีที่มีบุตรยากต้องพบกับเครื่องมือต่างๆ และคนแปลกหน้า รวมทั้งการตรวจต่างๆ เป็นการตรวจสิ่งสงวนสำหรับผู้หญิง โดยเฉพาะถ้าพบแพทย์ที่เป็นผู้ชาย อีกทั้งการปฏิบัติกรต่างๆ ไม่ได้กระทำเพียงสถานที่เดียวกันตลอด การที่ผู้รับบริการได้พบกับสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกันหลายที่ ทำให้เกิดความรู้สึกกับ

ข้องใจ กลัว ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้ทำให้สตรีมีความรู้สึกไร้พลังอำนาจได้ (สายพิน เกษมกิจวัฒนา และคณะ, 2539) นอกจากนี้ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่และกลุ่มตัวอย่าง ถ้ามีการสื่อสารไม่ชัดเจนอาจทำให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจได้เช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของหทัยรัตน์ จิรนนท์พิพัทธิ (2539) ที่พบว่าสัมพันธ์ภาพของพยาบาลและผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนักมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะไร้พลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สิ่งแวดล้อมที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งคือสมาชิกในครอบครัว จากความต้องการที่จะให้คู่สมรสมีบุตรหลาน จึงสร้างแรงกดดันให้กับคู่สมรส มีปฏิกิริยาทางลบหรือไม่ยอมรับ มองว่าภาวะมีบุตรยากเป็นเรื่องผิดปกติ ทำให้ขาดสัมพันธ์ภาพที่ดีภายในครอบครัว นอกจากนี้เพื่อนร่วมงานและสังคมก็มีผลกระทบต่อนภาวะไร้พลังอำนาจ จากการซักถาม การวิพากษ์วิจารณ์ และแสดงท่าทีรังเกียจต่อสตรีที่มีบุตรยาก (Clapp & Swenson อ้างใน จิรวรรณ ดีเหลือ, 2539) ซึ่งสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่สตรีไม่สามารถควบคุมได้ ในบางสังคมยังมีความรู้สึกที่ขัดแย้งต่อความคิดและความรู้สึกเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีขั้นสูง ว่าสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่ผิดธรรมชาติ และเป็นที่น่ารังเกียจ (Gorrie et al., 1998) สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ดังกล่าว ทำให้สตรีที่มีบุตรยากเกิดภาวะไร้พลังอำนาจ

แต่จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ภาวะไร้พลังอำนาจสตรีของที่มีบุตรยากเนื่องจากการสูญเสียการควบคุมด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ อาจเนื่องจากสตรีที่มีบุตรยากที่มารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก แม้ว่าจะพบกับสถานที่และบุคคลที่เป็นสิ่งแวดล้อมใหม่ แต่บริการที่ได้รับจากแพทย์และพยาบาลจากคลินิกมีบุตรยากช่วยในการลดภาวะไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตรยากได้ จากการที่มีการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว การอยู่เป็นเพื่อนของพยาบาลขณะที่แพทย์ทำการตรวจ ได้รับคำอธิบายจากแพทย์ และการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้รับบริการ ดังเช่นการศึกษาของหทัยรัตน์ จิรนนท์พิพัทธิ (2539) พบว่า สัมพันธ์ภาพของพยาบาลกับผู้ป่วยหออภิบาลผู้ป่วยหนักมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะไร้พลังอำนาจ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ และการเก็บข้อมูลวิจัยครั้งนี้อยู่ในช่วงของการปิดเทอม จึงไม่มีผลกระทบต่อการประกอบอาชีพและไม่เกิดความขัดแย้งกับผู้ร่วมงาน ซึ่งอาจทำให้ภาวะไร้พลังอำนาจเนื่องจากการสูญเสียการควบคุมด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ

ภาวะไร้พลังอำนาจเนื่องจากการขาดความรู้

ผลการวิจัย จากตารางที่ 3 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตรยากเนื่องจากการขาดความรู้อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ($\bar{X} = 2.13$, $SD = .57$) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับภาวะไร้พลังอำนาจเนื่องจากการขาดความรู้ค่อนข้างต่ำ

ความรู้เป็นแหล่งที่มาของพลังอำนาจอย่างหนึ่ง การที่คนขาดความรู้ในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกกลัว วิตกกังวล ไม่กล้าตัดสินใจ และคาดหวังในสิ่งต่างๆ ดังนั้นบุคคลที่ขาดความรู้อาจทำให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจ (Robert, 1978) ภาวะมีบุตรยากเป็นสิ่งที่ไม่คาดคิดว่าจะเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง จึงไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมที่จะรับกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และไม่มีความรู้เกี่ยวกับภาวะมีบุตรยากและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง รวมถึงการตรวจวินิจฉัยและการรักษาภาวะมีบุตรยากไม่สามารถกำหนดระยะเวลาที่แน่นอนได้ จึงอาจก่อให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจได้

แต่จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะไร้พลังอำนาจเนื่องจากการขาดความรู้ อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสามารถในการเรียนรู้สูง จากการที่ส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษา กล่าวได้ว่า ผู้มีการศึกษาจะสามารถใช้สติปัญญาในการแสวงหาความรู้และเผชิญปัญหา รู้จักใช้ทักษะที่เคยมีมาใช้ในการแก้ปัญหาได้ (Jalowiec & Powers, 1981) นอกจากนี้ คลินิกมีบุตรยากของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้จัดให้มีการให้คำแนะนำ และซักประวัติโดยพยาบาลก่อนพบแพทย์ และแพทย์ผู้ทำการรักษาจะอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวิธีการตรวจวินิจฉัยและรักษา โดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยตามประกาศสิทธิผู้ป่วยของ 5 องค์การวิชาชีพ เมื่อมีกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติ พยาบาลจะเป็นผู้ให้คำแนะนำอีกครั้งหนึ่ง พร้อมทั้งสาธิตการปฏิบัติ และให้สตรีที่มีบุตรยากทดลองทำตาม ดังเช่นจากคำตอบของข้อคำถามรายชื่อที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกที่เจ้าหน้าที่ให้ความรู้ ให้เกียรติ และให้ความสนใจเป็นอย่างดี และสตรีที่มีบุตรยากส่วนใหญ่คิดว่าสามารถให้ความรู้และคำแนะนำต่างๆ แก่สตรีที่มีบุตรยากรายอื่นๆ ต่อไป สรุปได้ว่าสตรีที่มีบุตรยากได้รับความรู้ และเกิดความรู้สึกที่ดีในระดับหนึ่ง จึงอาจทำให้สตรีที่มีบุตรยากมีภาวะไร้พลังอำนาจเนื่องจากการขาดความรู้ในระดับค่อนข้างต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของไมล์น (Milne, 1988) พบว่า คู่สมรสที่รับการรักษาด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์จะมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร การปรึกษาปรึกษา และการปลอบใจจากพยาบาล เพื่อให้มีความรู้และความเข้าใจในกระบวนการต่างๆ ของโปรแกรมการรักษา และการมีข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับตน ซึ่งจะช่วยให้สามารถควบคุมสิ่งต่างๆ ได้ (Crockford & Holloway, 1993)

คำถามการวิจัยข้อที่ 2 ภาวะไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตรยากกับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และจำนวนครั้งของการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยากมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และจำนวนครั้งที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะไร้พลังอำนาจ อธิบายได้ดังนี้

อายุ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะไร้พลังอำนาจ จากผลการศึกษาครั้งนี้ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีอายุระหว่าง 21-40 ปี และอายุเฉลี่ย 31.65 ปี (SD = 5.35) (ตารางที่ 1) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุใกล้เคียงกัน มีอายุสูงสุดเพียง 40 ปี ซึ่งกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี ยังมีความหวังที่จะสามารถมีบุตรได้ และกลุ่มที่อายุมากกว่า 35 ปี อาจมีความหวังในการมีบุตรลดลง แต่อาจมีเป้าหมายในชีวิตอย่างอื่นทดแทนการมีบุตร และการที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นวัยที่มีพัฒนาการเต็มที่ทั้งร่างกาย วุฒิภาวะทางใจ อารมณ์ พร้อมทั้งจะมีบทบาทที่จะเลือกแนวทางในการดำเนินชีวิต (ศรีธรรม ธนะภูมิ, 2539) และสามารถมีอำนาจในตนเอง หรือควบคุมตนเองได้ บุคคลวัยนี้สามารถคิดและกระทำการต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง สามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ (สุวณีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2527) และภาวะมีบุตรยากเป็นภาวะที่ไม่ใช่ความเจ็บป่วยชัดเจน และสตรีที่มีบุตรยากยังคงมีความหวังในการมีบุตรอยู่ จากเหตุผลดังกล่าวน่าจะทำให้ อายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตรยาก ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตครึ่งล่างของซีกขวา มุสิกะสังข์ (2535) และผลการศึกษาในผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี ของกัลยกร ฉัตรแก้ว (2538) พบว่า อายุที่แตกต่างกันมีภาวะไร้พลังอำนาจที่ไม่แตกต่างกัน

ระดับการศึกษา พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะไร้พลังอำนาจ จากผลการศึกษาครั้งนี้ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการศึกษา ตั้งแต่ระดับประถมศึกษาถึงระดับอุดมศึกษา แต่ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาถึงสูงกว่าระดับปริญญาตรี ถึงร้อยละ 72.5 ซึ่งนับว่าเป็นระดับการศึกษาที่ค่อนข้างสูง และจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกัน จากการที่มีระดับการศึกษาสูงจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้สตรีที่มีบุตรยากได้มีการพัฒนาความรู้ ความสามารถ ช่วยให้เกิดการเรียนรู้สิ่งต่างๆ ได้มากขึ้น สามารถรับรู้ข้อมูล แปลผลข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา และหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหาได้ จากการเรียนรู้จากประสบการณ์ และพฤติกรรมที่เคยประสบผลสำเร็จในอดีต แล้วนำมาใช้ในปัจจุบันได้ (Jalowice & Powers, 1981) สอดคล้องกับการศึกษาของมุกเลนแกงส์และเซย์เลส (Muklenkangs & Sayles, 1986) ซึ่งสรุปว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงจะรู้จักการใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับต่ำ แต่ก็สามารถมีการเรียนรู้จากการที่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับภาวะที่เป็นและการปฏิบัติตัวได้ที่ละ

ขั้นตอน สามารถเกิดความรู้ความเข้าใจได้เช่นเดียวกัน ดังนั้นระบบบริการสุขภาพอาจสามารถช่วยลดภาวะไร้พลังอำนาจได้ นอกจากนี้การมารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยากเป็นสิ่งที่สตรีที่มีบุตรยากแสวงหาวิธีการที่ช่วยเหลือและการดูแลตนเองเพื่อให้มีบุตร ดังนั้นน่าจะทำให้สตรีที่มีบุตรยากมีความรู้มาแล้วในระดับหนึ่งจากการแสวงหาด้วยตนเองหรือจากคำแนะนำของผู้อื่น รวมทั้งได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลเพิ่มเติม จึงทำให้ระดับการศึกษาซึ่งเป็นการศึกษาวิชาความรู้ทั่วไปไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตรยาก นอกจากนี้สตรีที่มีการศึกษาสูงจะมีอำนาจในการตัดสินใจด้วยตนเองสูง โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป (วัชรระ คล้ายนคร อ่างใน คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุข, 2539) ดังนั้น บุคคลที่สามารถแสวงหาความช่วยเหลือด้วยตนเอง แสดงถึงการมีความรู้ในเรื่องดังกล่าว และมีพลังอำนาจในตนเอง น่าจะทำให้ ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะไร้พลังอำนาจ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ ชุตินา มุสิกะสังข์ (2535) ที่พบว่าผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตครึ่งล่างที่มีการศึกษาสูงจะมีภาวะไร้พลังอำนาจในระดับต่ำ

จำนวนครั้งของการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะไร้พลังอำนาจ จากผลการศึกษครั้งนี้ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ ส่วนใหญ่ร้อยละ 82.50 รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยากเพียง 1- 5 ครั้ง ซึ่งเป็นจำนวนครั้งที่น้อย น่าจะอยู่ในขั้นตอนของการรับคำแนะนำ หรือการตรวจวินิจฉัยอย่างง่าย ซึ่งไม่น่าทำให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจในสตรีที่มีบุตรยาก และจำนวนครั้งที่มากขึ้นของการตรวจวินิจฉัยและรักษาน่าจะสะท้อนถึงขั้นตอนที่ซับซ้อนมากขึ้น และทำให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจเพิ่มขึ้น แต่จากการสังเกตและสอบถาม ผู้วิจัยพบว่าขั้นตอนการตรวจวินิจฉัยและรักษาขึ้นอยู่กับแพทย์แต่ละคน บางคนจะทำการตรวจวินิจฉัยหาสาเหตุตามลำดับขั้นตอนอย่างง่ายถึงซับซ้อนแล้วจึงจะรักษา แต่บางคนจะทำการรักษาควบคู่ไปกับการหาสาเหตุ ดังจะเห็นได้จาก มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 42.5 เท่านั้นที่อยู่ในขั้นตอนของการตรวจวินิจฉัยอย่างง่าย แต่อยู่ในขั้นตอนของการตรวจวินิจฉัยขั้นซับซ้อนและรับการรักษาภาวะมีบุตรยากถึงร้อยละ 55.50 ดังนั้น ทำให้จำนวนครั้งของการตรวจวินิจฉัยและรักษา น้อยหรือมาก อาจไม่สะท้อนความง่ายหรือความซับซ้อนของการตรวจวินิจฉัยและรักษาซึ่งมีผลต่อการเกิดภาวะไร้พลังอำนาจดังกล่าว จึงทำให้จำนวนครั้งของการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยากไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะไร้พลังอำนาจได้