

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการปรึกษา/ ตรวจภาวะมีบุตรยาก Factors Related to Infertility Treatment

ณัฐชานันท์ ไตรวัฒน์วงษ์¹ และ รักษ์ชนก คชานูบาล²

Natchanan Traiwattanawong and Rukchanok Karchamubarn

บทคัดย่อ

ภาวะมีบุตรยากเป็นปัญหาด้านภาวะเจริญพันธุ์ที่ส่งผลให้สตรีไม่สามารถมีบุตรได้ตามที่ต้องการและเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ภาวะเจริญพันธุ์ของประชากรลดลง และอาจส่งผลให้โครงสร้างประชากรเสียสมดุล กล่าวคือมีประชากรวัยเด็กลดลงและทำให้การเข้าสู่สังคมสูงวัยรุนแรงและรวดเร็วขึ้น การเข้าถึงการรักษาคือช่วยให้คู่สมรสสามารถมีบุตรได้ตามที่ต้องการ และลดผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงประชากรที่จะตามมาลงได้ งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเข้ารับบริการปรึกษา การมีบุตรยากและลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจและสังคมที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับการรักษา โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ ปี 2552 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ มีจำนวนตัวอย่างสตรี ไทยที่มีบุตรยากอายุ 25-44 ปี จำนวน 278 คน ผลการศึกษาพบว่า สตรีไทยอายุ 25-44 ปี ที่มีภาวะ การมีบุตรยากแต่ไม่เคยได้รับการปรึกษา/การตรวจจากบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการมีบุตรยากสูง ถึงร้อยละ 55.9 และผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจและสังคมกับ การตัดสินใจเข้ารับบริการปรึกษา/การตรวจจากบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการมีบุตรยากโดยใช้การ ถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุพบว่าปัจจัยด้าน อายุแรกสมรส จำนวนปีที่สมรส ภาค ระดับการศึกษา การทำงาน และสถานภาพการครองครองที่อยู่อาศัย มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่าสตรี ที่ประสบภาวะการมีบุตรยากที่มีอายุแรกสมรส 25-29 ปี สมรสมาแล้ว 7 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆ ที่ไม่ใช่กรุงเทพมหานคร จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ทำงาน และมีบ้าน และที่ดินเป็นของ ตนเอง จะมีโอกาสในการเข้ารับบริการปรึกษา/การตรวจจากบุคลากรด้านสาธารณสุขมากกว่าสตรีกลุ่ม อื่นๆ ดังนั้นสตรีกลุ่มที่ยังไม่ได้เข้าถึงการปรึกษา/การตรวจ เช่น สตรีที่มีอายุแรกสมรส 20-24 ปี สตรีที่สมรสมาแล้ว 2-6 ปี และกลุ่มที่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีตลอดจนผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ กรุงเทพมหานคร จึงเป็นกลุ่มที่ควรได้รับการส่งเสริมด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะการมีบุตรยากและ การรักษาที่ถูกต้อง อีกทั้งควรได้รับการสนับสนุนให้เข้ารับบริการปรึกษา/รักษาให้มากขึ้น หรือผู้ที่ไม่ได้

¹นิสิตปริญญาเอก สาขาวิชาประชากรศาสตร์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ

Doctoral's degree student in Population Studies, Chulalongkorn University, Bangkok.

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สาขาวิชาประชากรศาสตร์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ

Assistant Professor, Population Studies Program, College of Population Studies, Chulalongkorn University, Bangkok.

Corresponding e-mail: natcha.natchanan@hotmail.com

Article history: Received 13 December 2018, Revised 23 December 2018, Accepted 26 December 2018

ทำงาน ที่พร้อมจะมีบุตร ได้เข้ารับการศึกษา/ตรวจเพื่อให้ผู้ที่มีบุตรยากสามารถมีบุตรได้ตามต้องการ และยังเป็น การสนับสนุนนโยบายการเพิ่มภาวะเจริญพันธุ์ในยุคสังคมสูงวัยของประเทศไทยด้วย

คำสำคัญ: ภาวะมีบุตรยาก ภาวะเจริญพันธุ์ การรักษาภาวะมีบุตรยาก การเข้ารับบริการภาวะมีบุตรยาก

Abstract

Infertility is an important cause of total fertility rates decline. Access to treatment will allow spouses to have children as needed, reduce low total fertility rates problems and balancing of population structure as well as reducing the impact of ageing society. This research aims to study the access to Infertility treatment and factors related. This study uses the reproductive health survey 2009 of the National Statistical Office. There are 278 cases of Thai women are 25-44 years old who never had a child and infertile. The study found that the infertile women aged 25-44 years had not been consulted / examined by health personnel about infertility as high as 55.9 percent, and the results about the determined factors related with infertility treatment using multivariate binary logistics regression that the age at first marriage, the number of years of marriage, sector, education status, working status and house's owner Status have a statistical significance level of 0.05 found that infertile women have the first age at marriage of women were 25-29 years. There is a greater chance of having a custodial visit to a health care provider than for 13-19 years. The higher the marital years, they made the decision to seek medical advice from a health care provider, and the infertile women lived in the other sectors, have a house and / or land, have the opportunity to decide to attend the consultation / examination of health personnel more the infertile women who lived in Bangkok and don't have a house and land. The infertile women have secondary education and work have the opportunity to make the decision to get counseling / screening from health workers about infertility. In addition, therefore, the support of knowledge about infertility and treatment and marriage at an early age is important in reducing infertility among Thai women and encouraging Thai women who suffer from infertility to be ready for infertility in order to succeed. To maintain maximum and help increase the total fertility rates in the future.

Keywords: *Infertility, Fertility, Infertility treatment, Infertility service utilization*

บทนำ

จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยตลอดวัยเจริญพันธุ์ของสตรีไทยซึ่งวัดจากอัตราเจริญพันธุ์รวม (Total Fertility Rates: TFR) ลดต่ำลงจาก 6.3 คน ในช่วง พ.ศ. 2507-2508 เหลือเพียง 1.53 ในช่วง พ.ศ. 2553-2558 และคาดว่าจะยังคงลดต่ำลงอย่างต่อเนื่องเหลือเพียง 1.36 ในช่วง พ.ศ. 2559-2578

(สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2556) ส่งผลให้โครงสร้างทางประชากรเกิดความเปลี่ยนแปลง ได้แก่ ประชากรวัยเด็กลดลง ประชากรวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลง และประชากรวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น กล่าวคือ ประชากรวัยเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี มีร้อยละ 23 ของประชากรทั้งหมด ใน พ.ศ. 2548 คาดว่าจะลดลงเหลือร้อยละ 14.4 ใน พ.ศ. 2578 ส่วนประชากรวัยแรงงาน อายุ 15-59 ปี คาดว่าจะลดลงจากร้อยละ 67.0 พ.ศ. 2548 เหลือร้อยละ 60.5 ใน พ.ศ. 2578 และประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปนั้น คาดว่าจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากร้อยละ 10 ใน พ.ศ. 2548 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 25 ใน พ.ศ. 2578 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. 2549) จากการเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้สังคมไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว

หนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้ภาวะเจริญพันธุ์ลดลงคือภาวะการมีบุตรยาก ซึ่งหมายถึง การที่คู่สมรสอยู่ด้วยกัน มีเพศสัมพันธ์สม่ำเสมอ และไม่มีอาการคุมกำเนิด แต่ไม่สามารถตั้งครรภ์ในระยะเวลา 1-2 ปี (World Health Organization. 2004; จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล. 2555; พิทักษ์ เล่าห์เกริกเกียรติ. 2552) จากการสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ใน พ.ศ. 2549 พบว่าประเทศไทยมีอัตราการมีบุตรยากร้อยละ 15 ซึ่งเพิ่มจาก พ.ศ. 2539 ที่พบว่าการมีบุตรยากมีเพียงร้อยละ 2.5 (สุธน ปัญญาติลล และคณะ. 2541) และยังมีแนวโน้มว่า อัตราการมีบุตรยากของสตรีไทยในอนาคตจะเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย เพราะสตรีที่เข้าสู่ตลาดแรงงานเพิ่มมากขึ้นซึ่งอาจทำให้มีความเสี่ยงต่อภาวะความเครียดจากการทำงาน และสตรีมีแนวโน้มสมรสที่อายุมากขึ้น อีกทั้งสตรีที่สมรสก็มีการใช้การคุมกำเนิดในสัดส่วนสูง การมีบุตรยากนั้น สาเหตุของการมีบุตรยากมีหลายประการ ได้แก่ อายุแรกสมรสที่เพิ่มขึ้น จะส่งผลให้ช่วงระยะเวลาในการมีบุตรนั้นสั้นลงจนไม่สามารถมีบุตรได้ สตรีที่อายุ 35 ปีขึ้นไป โอกาสที่จะสามารถมีบุตรได้นั้นจะลดลงอย่างรวดเร็ว อายุที่มากขึ้นทำให้โอกาสที่จะประสบความสำเร็จในการรักษาการมีบุตรยากนั้นมีน้อยลง การคุมกำเนิดเป็นระยะเวลายาวนาน หรือการคุมกำเนิดบางวิธีจะส่งผลกระทบต่อระบบสืบพันธุ์และนำไปสู่ภาวะมีบุตรยากได้ ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและสารเคมี การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีสารคาเฟอีน การใช้สารเสพติด และการที่คู่สมรสขาดความรู้ความเข้าใจถึงโอกาสในการตั้งครรภ์ที่ถูกต้องหรือไม่ทราบสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะการมีบุตรยาก (พวงเพ็ญ ริมคูสิต. 2533) ในขณะที่สัดส่วนของสตรีที่มีภาวะการมีบุตรยากมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามที่กล่าวมาข้างต้น แต่กลับพบว่าผู้ที่เข้ารับการรักษาลับมีสัดส่วนน้อย จากการสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2549 พบว่ากลุ่มสตรีที่มีภาวะการมีบุตรยากนั้น มีถึงร้อยละ 68 ที่ไม่เคยเข้ารับการรักษา/ตรวจการมีบุตรยาก (ปานฉัตร เสียงดัง และอมรา สุนทรธาดา. 2551)

การแก้ไขปัญหาการมีบุตรยากที่ถูกต้องและเหมาะสมจะเป็นการช่วยแก้ปัญหาการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ การเข้าถึงการรักษาจะช่วยให้คู่สมรสสามารถมีบุตรตามที่ต้องการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การรับการปรึกษา/ตรวจรักษาที่เหมาะสมโดยแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์จะเป็นการเพิ่มโอกาสในการมีบุตรได้ อย่างไรก็ตามจากการทบทวนงานวิจัยที่มีในประเทศไทยพบว่าส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในกลุ่มสตรีที่มีภาวะการมีบุตรยากที่เข้ารับการรักษาแล้ว โดยเน้นศึกษาถึงสาเหตุที่ทำให้มีบุตรยากหรือผลกระทบจากการมีบุตรยาก และเป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ (ปานฉัตร เสียงดัง และอมรา สุนทรธาดา. 2551) ทำให้ยังขาดความรู้เกี่ยวกับการตัดสินใจเข้ารับการรักษา/ตรวจรักษา ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญในการช่วยแก้ปัญหา และยังไม่มีการศึกษาถึงปัจจัยที่ทำให้ผู้ที่มีบุตรยาก

ตัดสินใจเข้ารับหรือปฏิเสธการรับบริการดังกล่าว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจเข้ารับการศึกษา/ตรวจรักษาภาวะการมีบุตรยาก โดยใช้การศึกษาเชิงปริมาณที่ได้จากการสำรวจในระดับประเทศ ซึ่งจะนำไปสู่ความรู้ความเข้าใจว่าปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการศึกษา/ตรวจรักษาภาวะมีบุตรยากของสตรีไทยที่ประสบกับภาวะการมีบุตรยาก เพื่อที่จะนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ในการเสนอแนะมาตรการส่งเสริมและสนับสนุนให้สตรีที่มีบุตรยากโดยเฉพาะกลุ่มที่ยังไม่รับการศึกษา/ตรวจรักษาได้รับบริการที่มีคุณภาพในช่วงเวลาที่เหมาะสม เพื่อเป็นการเพิ่มโอกาสในการประสบความสำเร็จจากการรักษาให้สูงขึ้น อีกทั้งยังช่วยลดอัตราการมีบุตรยากของสตรีไทยและสนับสนุนการเพิ่มภาวะเจริญพันธุ์โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความพร้อมที่จะมีบุตร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับการศึกษา/ตรวจรักษาภาวะมีบุตรยากโดยบุคลากรทางการแพทย์(แพทย์ทั่วไป สูตินรีแพทย์ และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการมีบุตรยาก)

การทบทวนวรรณกรรมและกรอบแนวคิดการวิจัย

1. ภาวะการมีบุตรยาก สาเหตุ ผลกระทบและการรักษา

World Health Organization (2004) ได้ให้คำนิยามของ การมีบุตรยาก หมายถึง การที่คู่สมรสอยู่ด้วยกัน โดยมีความสัมพันธ์ทางเพศสม่ำเสมอ และไม่มีการคุมกำเนิด แต่ไม่สามารถตั้งครรภ์ ถือว่าคู่สมรสนั้นประสบกับการมีบุตรยาก สาเหตุของการมีบุตรยากที่สำคัญ ประกอบด้วย 1) การเลื่อนอายุแรกสมรส เนื่องจากอายุแรกสมรสที่เพิ่มขึ้นส่งผลต่อการประสบกับการมีบุตรยาก อายุของสตรีจะมีความสัมพันธ์กับการมีบุตร กล่าวคือ เมื่ออายุ 35 ปีขึ้นไป โอกาสที่จะสามารถมีบุตรได้นั้นจะลดลงอย่างรวดเร็ว โดยร้อยละ 60 จะไม่สามารถตั้งครรภ์ได้ (พวงเพ็ญ ริมดุสิต. 2533) 2) การคุมกำเนิด การเลือกวิธีการคุมกำเนิด และระยะเวลาในการคุมกำเนิดมีผลต่อการมีบุตรยาก เนื่องจากการคุมกำเนิดเป็นระยะเวลายาวนาน หรือการเลือกวิธีการคุมกำเนิดบางวิธีจะส่งผลกระทบต่อระบบอวัยวะสืบพันธุ์ เมื่อหยุดการคุมกำเนิดก็ทำให้ไม่สามารถมีบุตรได้ หรือประสบกับการมีบุตรยาก 3) สาเหตุจากภาวะจิตใจ ความเครียด ความกังวล ความตื่นเต้น ทำให้เกิดความผิดปกติในอวัยวะสืบพันธุ์ เช่น การทำงานของรังไข่ผิดปกติ มีการตกไข่นานๆ ครั้ง หรือไม่มีการตกไข่ ทำให้ไม่มีประจำเดือน ภาวะมีการหลั่งอสุจิเร็วเกินไป (premature ejaculation) เป็นต้น (Wasser, K.sewall and Soules. 1993) 4) ความผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์ 5) โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 6) สาเหตุจากปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและสารเคมี เช่น การทำงานหรืออาศัยอยู่ในที่มีสารเคมีเช่น สารตะกั่ว สารกัมมันตภาพรังสี การได้รับสารเคมีต่างๆ เข้าสู่ร่างกาย จากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีสารคาเฟอีน การใช้สารเสพติด ก็เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ไม่สามารถมีบุตรได้ หรืออาจส่งผลให้เกิดการแท้งบุตรได้ (สุธน ปัญญาติก และคณะ. 2541) 7) คู่สมรสขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ที่นำไปสู่การตั้งครรภ์ 8) ภาวะการมีบุตรยากที่ไม่ทราบสาเหตุ (Unexplained infertility)

ทางการแพทย์ระบุว่าภาวะการมีบุตรยากเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพ เป็นอาการผิดปกติทางร่างกายสามารถควบคุมและรักษาให้สามารถมีบุตรได้ โดยการเข้ารับบริการทางการแพทย์ โดยจะต้องมีการวินิจฉัยเพื่อหาสาเหตุที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดการมีบุตรยาก ปัจจุบันเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ (Assisted Reproductive Technologies: ARTs) มีความเจริญก้าวหน้าอย่างมาก เช่น การฉีดยา

กระตุ้นไข่ เพื่อให้มีไข่สุกครั้งละหลายๆ ใบ และให้มีเพศสัมพันธ์ตามธรรมชาติในช่วงที่ไข่ตก การฉีดน้ำเชื้อเข้าโพรงมดลูก (Intra-uterine Insemination: IUI) (วิสันต์ เสรีภาพงศ์ และไพโรจน์ วิฑูรพณิชย์. 2547) การนำเซลล์ไข่และเซลล์อสุจิออกมาจากร่างกาย และฉีดเข้าทางท่อหน้าไขทางหน้าท้องโดยยังไม่มีกรปฏิสนธิจากภายนอก หรือการทำกิฟท์ (Gamete Intra Fallopian Transfer: GIFT) (โอบาส เศรษฐบุตร. 2546) การทำเด็กหลอดแก้ว (In Vitro Fertilization: IVF) เป็นอีกวิธีหนึ่ง โดยการนำเซลล์ไข่และเซลล์อสุจิออกมาเพื่อนำมาผสมภายนอกจากร่างกายจนเกิดการปฏิสนธิ และแบ่งตัวเป็นตัวอ่อนระยะต่าง ๆ จากนั้นจึงนำเซลล์ตัวอ่อนที่คัดเลือกใส่ผ่านโพรงมดลูก หรือท่อหน้าไข ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมว่าจะใส่ผ่านโพรงมดลูก หรือท่อหน้าไข (พิทักษ์ เล่าห์เกริกเกียรติ. 2552) การทำซิฟท์ (Zygote Intra Fallopian Transfer: ZIFT) คือ การนำเซลล์ไข่และเซลล์อสุจิออกมาเพื่อทำการปฏิสนธิภายนอกจากร่างกาย และนำตัวอ่อนที่ปฏิสนธิแล้วไปใส่ที่ท่อหน้าไขผ่านทางช่องคลอด หรือการเจาะหน้าท้อง เพื่อให้เคลื่อนที่ไปที่โพรงมดลูก และการรักษาด้วยการทำเด็กหลอดแก้วด้วยการช่วยปฏิสนธิแบบอิกซี่ (Intra Cytoplasmic Sperm Injection: ICSI) คือ กระบวนการปฏิสนธิจากร่างกาย โดยการใช้เข็มแก้วที่มีขนาดเล็ก ดูดเซลล์อสุจิ 1 เซลล์ แล้วฉีดเข้าไปในไข่ เพื่อให้เกิดการผสมระหว่างเซลล์ไข่และเซลล์อสุจิ เป็นวิธีหรือทางเลือกในกรณีที่มีผู้ชายมีอสุจิน้อย หรืออสุจิไม่แข็งแรง หรือเปลือกเซลล์ไข่มีสภาพมากกว่าปกติ (พรภิมล ตั้งชัยสิน. 2546)

ปัญหาการมีบุตรยากเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อหลายด้านต่อผู้ที่ประสบปัญหา ผลกระทบทางด้านจิตใจ เนื่องจากการที่ไม่สามารถมีบุตรได้นั้นเป็นการทำลายความมั่นใจในตนเอง ที่ไม่สามารถทำหน้าที่ภรรยาที่สมบูรณ์แบบได้ ไม่สามารถทำหน้าที่แม่ที่สังคมคาดหวังได้ (Pearson. 1992) ทำให้เกิดความสั่นคลอนในชีวิตครอบครัว เกิดความไม่มั่นคง ทำให้ชีวิตครอบครัวนั้นไม่ประสบความสำเร็จ (อเนก อารีพรรค. 2548) ผลกระทบด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว ทางด้านเครือญาติ เนื่องจากการแต่งงานนั้น มักจะได้รับความคาดหวังจากบรรดาเครือญาติว่าจะต้องมีลูก มีหลาน เพื่อจะเป็นผู้ที่สืบทอดสกุล สืบทอดมรดกต่อไป (กาญจนา ลุศนันท์. 2542) ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ การตรวจวินิจฉัยและการรักษาจะต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการวินิจฉัยและการรักษาสูง ดังนั้น หากผู้ที่ประสบการมีบุตรยากมีสถานภาพทางเศรษฐกิจของครอบครัวที่ไม่มั่นคง ก็อาจจะทำให้เกิดปัญหาภาวะการสูญเสียสภาพคล่องทางเศรษฐกิจของครอบครัว เป็นต้น

2. แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดการใช้บริการสุขภาพ

แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดการใช้บริการสุขภาพ (Determinants of Health Service Utilization) ได้เสนอว่าในการตัดสินใจใช้บริการทางการแพทย์ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลักๆ 3 ประการ (Anderson, Kravis and Anderson. 1975) คือ 1) ปัจจัยโน้มนำที่มีอยู่ก่อน (Predisposing Factors) ซึ่งเป็นลักษณะทางประชากร สังคมและความเชื่อด้านสุขภาพ เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ศาสนา และความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาแผนปัจจุบัน เป็นต้น 2) ปัจจัยสนับสนุน (Enabling Factors) หมายถึงปัจจัยที่เสริมความสามารถของแต่ละบุคคลในการใช้บริการสุขภาพ เช่น รายได้ ประกันสุขภาพ ที่อยู่อาศัย 3) ปัจจัยด้านความจำเป็น (Need Factors) ประกอบด้วยความจำเป็น 2 อย่าง คือ ความจำเป็นที่เกิดจากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล (Perceived Need) เช่น การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความจำเป็นที่ได้รับการประเมิน (Evaluated Need) เช่น แพทย์ลงความเห็นว่าต้องรับการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง เป็นต้น

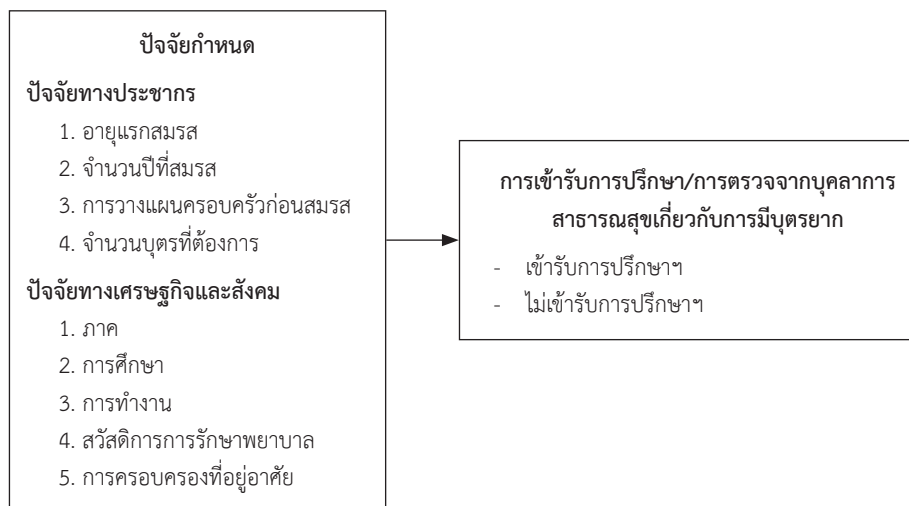
นอกจาก Aday and Anderson (1981) ได้รวบรวมปัจจัยที่กำหนดการใช้บริการสุขภาพ จากหลากหลายงานวิจัย โดยสรุปได้ว่ามี 7 ปัจจัยที่สำคัญประกอบด้วย 1) ตัวแปรทางประชากร เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส เป็นต้น 2) ตัวแปรทางสังคม เช่น การศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ เป็นต้น 3) ตัวแปรทางจิตวิทยาสังคม เช่น การรับรู้ว่าเป็นผู้ป่วย การรับรู้ถึงความรุนแรง และความคาดหวังจากการรักษา เป็นต้น 4) ตัวแปรด้านทรัพยากรของครอบครัว เช่น รายได้ ความครอบคลุมของประกันสุขภาพ เป็นต้น 5) ตัวแปรด้านทรัพยากรของชุมชน เช่น อุปทานของบริการสุขภาพในชุมชน เขตที่อยู่อาศัย การเข้าถึงบริการ เป็นต้น 6) ตัวแปรด้านองค์กร เช่น แบบแผนของผู้ให้บริการ ลักษณะของสถานบริการ ลักษณะของระบบบริการ เป็นต้น 7) ระบบบริการสุขภาพ เช่น นโยบายด้านสาธารณสุข และระบบเศรษฐกิจโดยรวม

3. นิยามศัพท์

อายุแรกสมรส หมายถึง อายุที่สมรสครั้งแรกของสตรีที่มีบุตรยาก
การวางแผนครอบครัว หมายถึง สตรีที่มีบุตรยากและ/หรือคู่สมรสได้ปรึกษาบุคลากรทางสาธารณสุขเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว
จำนวนบุตรที่ต้องการ หมายถึง จำนวนบุตรที่สตรีที่มีบุตรยากต้องการจะมีกับคู่สมรส

4. กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนแนวคิดและผลงานวิจัยในอดีต ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเรื่องภาวะการมีบุตรยาก สาเหตุ ผลกระทบและการรักษา และแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดการใช้บริการสุขภาพ มาสร้างกรอบแนวคิดของการวิจัย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการศึกษา/การตรวจจากบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการมีบุตรยาก โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มปัจจัยกำหนดใหม่ ดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1: กรอบแนวคิดของการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการปรึกษา/ตรวจภาวะมีบุตรยาก” เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาภาวะมีบุตรยาก และปัจจัยด้านประชากร เศรษฐกิจและสังคมที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับการรักษา/ตรวจรักษา การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Method) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งเป็นข้อมูลการสำรวจระดับประเทศล่าสุดที่มีการสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก ประชากรตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือสตรีที่มีภาวะมีบุตรยาก ซึ่งมีลักษณะดังนี้ สตรีที่มีอายุ 25-44 ปี ที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรสอย่างสม่ำเสมอ และยังไม่สามารถมีบุตรได้ในระยะเวลา 2 ปี ทั้งนี้การเลือกประชากรในกลุ่มอายุดังกล่าวเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายภาครัฐที่ต้องการสนับสนุนให้สตรีที่มีอายุที่เหมาะสมคือไม่ใช่วัยรุ่น (วัยใส) คืออายุต้องมากกว่า 20 ปี และเป็นวัยที่ยังมีความสามารถในการมีบุตร แต่มีความเสี่ยงที่จะมีบุตรยาก

การวิเคราะห์ข้อมูลนั้นจะวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอการอธิบายโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) โดยตัวแปรทางประชากร ประกอบด้วย อายุแรกสมรส จำนวนปีที่สมรส จำนวนบุตรที่ต้องการ การวางแผนครอบครัว และตัวแปรทางเศรษฐกิจสังคม ประกอบด้วย ภาค การศึกษา การทำงาน และการครอบครองที่อยู่อาศัย และการเข้ารับบริการปรึกษา/การตรวจเกี่ยวกับการมีบุตรยาก นำเสนอด้วยการแจกแจงความถี่ และการใช้อัตราร้อยละ การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการปรึกษา/การตรวจเกี่ยวกับการมีบุตรยาก ใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาค (Binary Logistic Regression Analysis) เนื่องจากตัวแปรตามเป็นตัวแปรระดับกลุ่ม ซึ่งมี 2 กลุ่ม และในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในระดับหลายตัวแปรเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามกับตัวแปรอิสระมากกว่า 1 ตัวแปรโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุ (Multiple Logistic Regression Analysis) เพื่อศึกษาว่าตัวแปรอิสระทั้งกลุ่ม สามารถอธิบายการแปรผันของตัวแปรตามได้เท่าใด และเมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรตัวอื่นแล้ว ตัวแปรอิสระตัวใดบ้างที่สามารถอธิบายการแปรผันของตัวแปรตาม

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาได้แก่สตรีไทยผู้มีภาวะมีบุตรยากมีอายุระหว่าง 25-44 ปี ที่ต้องการมีบุตร จำนวน 278 คน ซึ่งส่วนใหญ่มีอายุแรกสมรสที่ 25-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.5 โดยมีอายุแรกสมรสเฉลี่ย 28.2 ปี มากกว่าหนึ่งในสาม (ร้อยละ 35.2) สมรสมากกว่า 10 ปีขึ้นไป และมีจำนวนปีที่สมรสเฉลี่ย 7.5 ปี กว่าร้อยละ 60 ต้องการบุตร 1 คน และร้อยละ 88.5 ไม่เคยวางแผนครอบครัว ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 80 อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆที่ไม่ใช่กรุงเทพมหานคร มากกว่าหนึ่งในสามจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า และเป็นสตรีที่ทำงานมากกว่าร้อยละ 83.5 โดยมากกว่าสองในสามมีบ้านและที่ดินเป็นของตนเอง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1: ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=278)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละ
ปัจจัยด้านประชากร	
อายุแรกสมรส(ปี)	
20-24	33.4
25-29	35.5
30-34	26.1
35 ปีขึ้นไป	4.9
อายุแรกสมรสเฉลี่ย (ปี)	26.8
จำนวนปีที่สมรส	
2-3 ปี	21.0
4-6 ปี	28.2
7-9 ปี	15.6
10 ปีขึ้นไป	35.2
จำนวนปีที่สมรสเฉลี่ย (ปี)	7.9
จำนวนบุตรที่ต้องการ	
1 คน	60.3
2 คนขึ้นไป	39.7
การวางแผนครอบครัวก่อนสมรส	
ไม่เคยวางแผนครอบครัว	88.5
เคยวางแผนครอบครัว	11.5
ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม	
ภาค	
กรุงเทพมหานคร	15.8
ภาคอื่นๆ	84.2
การศึกษา	
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	33.3
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	39.9
ปริญญาตรีขึ้นไป	26.8
การทำงาน	
ไม่ทำงาน	16.5
ทำงาน	83.5
การครอบครองที่อยู่อาศัย	
ไม่เป็นเจ้าของบ้านและที่ดิน	34.1
เป็นเจ้าของบ้านและที่ดิน	65.9

2. การรักษาการมีบุตรยากและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับการรักษา

จากข้อมูลในตารางที่ 2 พบว่า ผลการศึกษาพบว่าสตรีที่มีภาวะมีบุตรยากมีเพียงร้อยละ 44.1 ที่เคยเข้ารับการรักษา/การตรวจจากบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการมีบุตรยาก ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามากกว่าร้อยละ 55.9 ที่ไม่เคยเข้ารับการรักษา/การตรวจจากบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการมีบุตรยาก

ตารางที่ 2: ร้อยละของการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากของกลุ่มตัวอย่าง (n=278)

ปัจจัย	การสำรวจอนามัยเจริญพันธุ์พ.ศ.2552 (ร้อยละ)
การเข้ารับการรักษา	
ไม่เข้ารับการรักษา	55.9
เข้ารับการรักษา	44.1

เมื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการรักษา/การตรวจจากบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการมีบุตรยาก โดยแบ่งเป็นปัจจัยทางด้านประชากรซึ่งประกอบด้วย อายุแรกสมรส จำนวนปีที่สมรส จำนวนบุตรที่ต้องการ การวางแผนครอบครัว และปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ประกอบด้วย ภาค ระดับการศึกษา การทำงาน สถานภาพการครองครองที่อยู่อาศัย โดยควบคุมปัจจัยอื่นๆ คงที่ ผลจากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิภาคแบบพหุ ในระดับหลายตัวแปรพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษา/การตรวจจากบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการมีบุตรยาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุแรกสมรส 25-29 ปี มีจำนวนปีที่สมรส 7 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆ ที่ไม่ใช่กรุงเทพมหานคร มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่าขึ้นไป ทำงาน และมีบ้านและ/หรือที่ดินเป็นของตนเอง ดังแสดงในตารางที่ 3

ซึ่งผลการศึกษาพบว่า สตรีที่ประสบภาวะมีบุตรยากที่มีอายุแรกสมรส 25-29 ปี มีโอกาสในการตัดสินใจเข้ารับการรักษา/การตรวจจากบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการมีบุตรยาก มากกว่าผู้ที่มีอายุแรกสมรส 20-24 ปี สตรีที่มีจำนวนปีที่สมรส 7 ปีขึ้นไปจะมีโอกาสตัดสินใจเข้ารับการรักษา/การตรวจจากบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการมีบุตรยาก มากกว่าสตรีที่สมรสเพียง 2-3 ปี สตรีที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆ จะมีโอกาสในการตัดสินใจเข้ารับการรักษา/การตรวจจากบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการมีบุตรยาก มากกว่าสตรีที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร และสตรีที่ทำงานจะมีโอกาสที่จะตัดสินใจเข้ารับการรักษา/การตรวจจากบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการมีบุตรยาก มากกว่าสตรีที่ไม่ทำงาน และผู้ที่มีบ้านและ/หรือที่ดินเป็นของตนเองมีโอกาสในการตัดสินใจเข้ารับการรักษา/การตรวจจากบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการมีบุตรยากมากกว่าผู้ที่ไม่บ้านและที่ดินเป็นของตนเอง

ตารางที่ 3: อัตราส่วน Odds ในการตัดสินใจเข้ารับการศึกษา/การตรวจจากบุคลากรสาธารณสุข
เกี่ยวกับการมีบุตรยาก (n=278)

ปัจจัย	Odds Ratio
ปัจจัยด้านประชากร	
1. อายุแรกสมรส (ปี)	
20-24 (กลุ่มอ้างอิง)	1.000
25-29	2.358*
30-34	2.259
35 ปีขึ้นไป	3.094
2. จำนวนปีที่สมรส (ปี)	
2-3 (กลุ่มอ้างอิง)	1.000
4-6	1.868
7-9	3.045*
10 ปีขึ้นไป	6.405*
3. จำนวนบุตรที่ต้องการ	
1 คน (กลุ่มอ้างอิง)	1.000
2 คนขึ้นไป	1.348
4. การวางแผนครอบครัว	
ไม่วางแผนครอบครัว (กลุ่มอ้างอิง)	1.000
วางแผนครอบครัว	0.957
ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม	
5. ภาค	
กรุงเทพมหานคร (กลุ่มอ้างอิง)	1.000
ภาคอื่นๆ	4.230*
6. ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (กลุ่มอ้างอิง)	1.000
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	3.240*
ปริญญาตรีขึ้นไป	2.648*
7. การทำงาน	
ไม่ทำงาน (กลุ่มอ้างอิง)	1.000
ทำงาน	2.580*
8. การครอบครองที่อยู่อาศัย	
ไม่เป็นเจ้าของ (กลุ่มอ้างอิง)	1.000
เป็นเจ้าของ	3.541*
R ²	0.290

หมายเหตุ:

* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

R² หมายถึง ค่าที่บอกสัดส่วนหรือร้อยละซึ่งสามารถอธิบายการแปรผันของการตัดสินใจเข้ารับการศึกษา/การตรวจจากบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการมีบุตรยาก

1.000 หมายถึง กลุ่มอ้างอิง

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาสามารถสรุปได้ว่าสตรีไทยที่มีภาวะมีบุตรยากส่วนใหญ่มีอายุเมื่ออยู่กินฉันท์สามีภรรยาครั้งแรก 25-29 ปี (ร้อยละ 35.5) ส่วนใหญ่มีจำนวนปีที่สมรส 10 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 35.2) มีจำนวนบุตรที่ต้องการ 1 คน (ร้อยละ 60.3) และส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการวางแผนครอบครัวสูงถึงร้อยละ 88.5 อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆ ร้อยละ 84.2 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่าร้อยละ 39.9 และทำงานสูงถึงร้อยละ 83.5 สถานภาพการครองครองที่อยู่อาศัยเป็นเจ้าของบ้านและ/หรือที่ดิน ร้อยละ 65.9 และส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการปรึกษา/การตรวจจากบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการมีบุตรยากถึงร้อยละ 57.5

ซึ่งจากลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจและสังคมของสตรีที่มีภาวะมีบุตรยากใน พ.ศ. 2552 จะพบว่า มีการแต่งงานที่อายุค่อนข้างสูงจึงทำให้มีความเสี่ยงที่จะไม่สามารถมีบุตรเองตามธรรมชาติได้สูงเพราะโอกาสในการมีบุตรลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น (Marzeih Rostami Dovom et al. 2014) อีกทั้งเมื่อพิจารณาจำนวนปีที่สมรสก็พบว่าส่วนใหญ่สมรสมานาน 10 ปีขึ้นไปสูงถึงกว่าหนึ่งในสาม ซึ่งอาจชี้ให้เห็นว่าภาวะมีบุตรยากเป็นภาวะที่เป็นอย่างยาวนานและหากมีภาวะดังกล่าวแล้วก็อาจไม่สามารถหายเองได้ จึงมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้องและในช่วงวัยที่เหมาะสม นอกจากนี้สตรีส่วนใหญ่มีความต้องการบุตรเพียง 1 คน และไม่เคยวางแผนครอบครัว ซึ่งก็อาจชี้ให้เห็นว่าคนกลุ่มนี้อาจไม่มีความพยายามที่จะรักษาเพราะจำนวนบุตรที่ต้องการมีน้อยและอาจนำไปสู่การไม่ต้องการมีบุตรเลยก็ได้ สตรีที่มีบุตรยากส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆ ที่ไม่ใช่กรุงเทพมหานคร และพบว่ามีมีการศึกษาระดับกลาง และมีสถานภาพทำงาน ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นอุปสรรคในการตัดสินใจรับการปรึกษาหรือตรวจรักษาภาวะมีบุตรยาก ซึ่งสถานบริการส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพมหานครและจังหวัดใหญ่ๆ และการรักษาที่ต้องใช้เวลาและค่าใช้จ่ายจำนวนมาก แม้ว่าสตรีส่วนใหญ่จะเป็นเจ้าของที่บ้านและที่ดิน แต่ก็อาจไม่สามารถบ่งชี้ได้ถึงความสามารถในการจ่ายค่ารักษาภาวะมีบุตรยากได้ ดังนั้นจากผลการศึกษาจึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษารุ่นนี้ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57.5) ไม่เคยได้รับการปรึกษา/การตรวจจากบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการมีบุตรยาก

จากการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการรักษา/การตรวจจากบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการมีบุตรยาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุแรกสมรส จำนวนปีที่สมรส ภาค ระดับการศึกษา การทำงาน สถานภาพการครองครองที่อยู่อาศัย โดยพบว่าสตรีที่มีอายุแรกสมรส 25-29 ปีนั้น มีโอกาสที่จะเข้ารับการรักษา/การตรวจจากบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการมีบุตรยากมากกว่าสตรีที่มีอายุแรกสมรส 20-24 ปี ทั้งนี้อาจเนื่องจากอายุแรกสมรสที่มากขึ้นก็จะส่งผลให้ช่วงระยะเวลาในการมีบุตรนั้นสั้นลง หรืออาจจะไม่สามารถมีบุตรได้และโอกาสในการประสบความสำเร็จจากการรักษานั้นน้อยลง จึงทำให้สตรีที่แต่งงานที่อายุมักขึ้นมีโอกาสในการเข้ารับการรักษา/รักษาสูงกว่าสตรีที่แต่งงานอายุน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sudhinasat et al (2014) อย่างไรก็ตามเมื่ออายุ 30 ปีขึ้นไปการมีบุตรก็อาจมีความเสี่ยงสูงและการเข้ารับการรักษา นั้นมีอายุมากก็อาจประสบความสำเร็จน้อยลง จึงไม่พบความแตกต่างของโอกาสในการเข้ารับการรักษา ระหว่างสตรีที่สมรสเมื่ออายุ 20-24 ปีกับกลุ่มที่มีอายุแรกสมรส 30 ปีขึ้นไป นอกจากนี้ยังพบว่าสตรีที่สมรสมาเป็นเวลานาน 7 ปีขึ้นไปจะมีโอกาสในการตัดสินใจเข้ารับการรักษา/การตรวจจากบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการมีบุตรยากมากกว่าสตรีที่สมรส 2-3 ปี ซึ่งก็อาจอธิบายได้ว่าสตรีส่วนใหญ่จะมีความคิดว่าการแต่งงานต่ำกว่า 7 ปีน่าจะสามารถมีบุตรเองได้ตามธรรมชาติ ซึ่งสอดคล้องกับการ

ศึกษาของ ประทีป ปลิปลีมีโอฐ (2543) ที่พบว่าสตรีที่สมรสมาเป็นระยะเวลาอันยาวนานจะมีความเครียดและความกดดันจากครอบครัวและสังคม ทำให้ตัดสินใจเข้ารับการรักษามากขึ้น และจะเข้ารับการรักษาเมื่อแต่งงานไปแล้ว 7 ปีขึ้นไป จึงซึ่งอาจเป็นความเข้าใจที่ผิดของสตรีไทย เพราะตามนิยามของภาวะมีบุตรยากนั้นหากสตรีที่สมรสมาเป็นระยะเวลา 2 ปีขึ้นไปแล้วยังไม่สามารถมีบุตรเองได้ แม้จะมีเพศสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอ และไม่มีการคุมกำเนิดก็ถือว่าเป็นผู้ซึ่งที่มีภาวะมีบุตรยาก ดังนั้น คู่สมรสที่แต่งงานมานานเกิน 2 ปีแล้วยังไม่มีบุตร ควรจะต้องได้รับการส่งเสริมให้มีโอกาสในการเข้าถึงการปรึกษา/รักษาภาวะมีบุตรยาก และต้องสร้างความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับโอกาสในการมีบุตรและการเกิดภาวะมีบุตรยากที่ถูกต้อง

สตรีไทยที่มีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆ มีโอกาสที่จะเข้ารับการรักษา/การตรวจจากบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการมีบุตรยากมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Patel (2016) ซึ่งอาจเนื่องจากสตรีที่มีภาวะมีบุตรยากที่อาศัยอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานครนั้นมีความเป็นอยู่ที่มีความเร่งรีบ และความตึงเครียดจากสภาพแวดล้อมการทำงานและความเป็นอยู่ ทำให้โอกาสในการเข้ารับการรักษาเป็นไปได้น้อย จึงทำให้เข้ารับการรักษา/การตรวจน้อยกว่าภาคอื่นๆ สตรีที่มีบุตรยากที่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า และสตรีที่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปมีโอกาสที่จะเข้ารับการรักษา/การตรวจจากบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการมีบุตรยากมากกว่าผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (ประทีป ปลิปลีมีโอฐ, 2543) ซึ่งอาจเนื่องมาจากผู้ที่สำเร็จการศึกษาสูงกว่าจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับลักษณะของผู้ที่มีบุตรยาก รวมไปถึงข้อมูลเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาการมีบุตรยาก ทำให้เกิดความรับรู้ เข้าใจและตัดสินใจเข้ารับการรักษาได้มากกว่าผู้ที่สำเร็จการศึกษาในระดับต่ำกว่าหรือไม่ได้รับการศึกษา (Mahlstedt, 1985) อีกทั้งระดับการศึกษาก็อาจมีความสัมพันธ์กับฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่สูงกว่าหากมีการศึกษามากกว่า จึงทำให้มีโอกาสในการตัดสินใจเข้ารับการรักษา/รักษาที่สูงกว่า สตรีที่มีบุตรยากที่ทำงาน จะมีโอกาสในการเข้ารับการรักษา/การตรวจจากบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการมีบุตรยากมากกว่าผู้ที่ไม่ทำงาน ทั้งนี้อาจเกิดจากผู้ทำงานจะมีความมั่นคงทางด้านการงาน รวมไปถึงความมั่นคงทางด้านสถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ทำให้มีความพร้อมในการเข้ารับการรักษามากกว่าผู้ที่ไม่ได้ทำงาน เนื่องมาจากการรักษาภาวะมีบุตรยากนั้นมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง (ปานฉัตร เสียงดัง และอมรา สุนทรธาดา, 2551) ดังนั้น ผู้ที่มีความพร้อมทางด้านสถานะทางเศรษฐกิจจึงมีความพร้อมในการเข้ารับการรักษา สตรีที่มีบุตรยากที่มีสถานภาพการครองครองที่อยู่อาศัยเป็นเจ้าของบ้านและ/หรือที่ดิน มีโอกาสเข้ารับการรักษา/การตรวจจากบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการมีบุตรยากมากกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นเจ้าของบ้านและที่ดิน เนื่องจากผู้ที่มีบ้านและ/หรือที่ดินเป็นของตนเองนั้น แสดงถึงความมั่นคงทางด้านการเงินและฐานะทางเศรษฐกิจได้ ทำให้สตรีที่มีบ้านและที่ดินเป็นของตนเองจะมีความสามารถในการรับผิดชอบเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษา และมีความมั่นคงในที่อยู่อาศัยเมื่อมีบุตร จึงทำให้การตัดสินใจเข้ารับการรักษา นั้นมีมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากการศึกษาครั้งนี้ จึงพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจเข้ารับการศึกษา/ตรวจ และเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากนั้นเป็นปัจจัยเชิงบวก ดังนั้น หากต้องการส่งเสริมให้สตรีไทย ที่ประสบภาวะมีบุตรยากตัดสินใจเข้ารับการศึกษา/ตรวจและเข้ารับการรักษาการมีบุตรยากให้มากยิ่งขึ้นควรส่งเสริมให้สตรีไทยสมรสในช่วงวัยที่เหมาะสมและมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโอกาสในการมีบุตร และภาวะความเสี่ยงในการมีบุตรยาก เพราะส่วนใหญ่สตรีในปัจจุบันแต่งงานเมื่ออายุมากขึ้น โดยเฉพาะสตรีที่มีภาวะมีบุตรยากพบว่าแต่งงานค่อนข้างช้า จึงควรได้รับการส่งเสริมให้มีบุตรทันทีที่สมรสหากมีความพร้อมและต้องการมีบุตร หรือหากแต่งงานมาแล้ว 2 ปียังไม่มีการตั้งครรภ์ได้รับการส่งเสริมให้เข้าถึงการรักษาภาวะมีบุตรยากที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้สามารถมีบุตรได้ตามต้องการและมีโอกาสประสบความสำเร็จสูง นอกจากนี้การให้ความรู้เกี่ยวกับจำนวนปีที่สมรสกับการมีบุตรก็มีความสำคัญ เพราะจากผลการศึกษาคู่สมรสที่เข้ารับการศึกษา/รักษา สมรสมาแล้ว 7 ปีขึ้นไปจึงจะเข้ารับการรักษาซึ่งทำให้การรักษาล่าช้ากว่าที่ควรจะเป็นตามนิยามของการมีบุตรยากที่ประมาณ 2 ปี ออกไปอีก 5 ปีซึ่งนั่นหมายถึงอายุที่เพิ่มขึ้นของสตรีคนนั้นและโอกาสในการรักษาที่จะประสบความสำเร็จน้อยลง ในขณะที่ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าสตรีในกรุงเทพมหานครมีการเข้ารับการศึกษา/รักษาต่ำกว่าภาคอื่นๆ ก็อาจต้องเข้าไปส่งเสริมสตรีกลุ่มนี้ที่อาจยังมีปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงการบริการ เช่น การไม่มีเวลาเนื่องจากการทำงาน ค่าใช้จ่ายที่สูงมากอาจส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวที่ค่าครองชีพในเมืองค่อนข้างสูงกว่าในชนบท หากต้องรับการปรึกษา/รักษาที่ใช้เวลาและค่าใช้จ่ายสูงก็อาจส่งผลให้สตรีในเมืองยังไม่ตัดสินใจรับการศึกษา/รักษา เมื่อเทียบกับภาคอื่นๆ ที่มีวิถีชีวิตที่ยืดหยุ่นมากกว่า นอกจากนี้สตรีที่ทำงานและมีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองจะเข้ารับการศึกษา/รักษามากกว่า ทั้งนี้ก็อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดในด้านเศรษฐกิจในการเข้ารับการศึกษา/รักษาภาวะมีบุตรยากในปัจจุบันที่ยังไม่มีสวัสดิการคุ้มครอง ทำให้ผู้ที่ไม่ได้ทำงานหรือมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีเข้าไม่ถึง ดังนั้นควรมีการส่งเสริมให้การรับการรักษาภาวะการมีบุตรยากในสตรีที่มีความพร้อมเป็นสวัสดิการในการรักษาพยาบาลประเภทหนึ่ง โดยนับเป็นภาวะเจ็บป่วยประเภทหนึ่ง และควรส่งเสริมให้มีการนับเป็นวันลาเพื่อการรับการศึกษา/รักษาได้ ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้ที่มีความพร้อมมีบุตรยากสามารถเข้าถึงการรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม และทันเวลาหรือในอายุที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังควรมีมาตรการกระจายสถานพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการรักษาภาวะมีบุตรยากให้ครอบคลุมพื้นที่ เพื่อให้ผู้ที่มีบุตรยากสามารถเดินทางเพื่อเข้ารับการรักษา และส่งเสริมการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยากให้มีค่ารักษาที่ต่ำลง เพื่อเป็นการเพิ่มโอกาสให้ผู้ที่มีความพร้อมในการมีบุตรแต่มีบุตรยาก สามารถเข้าถึงการรักษาได้มากยิ่งขึ้น เพื่อเป็นการเพิ่มโอกาสในการเข้ารับการรักษาเพื่อแก้ไขปัญหาการมีบุตรยากที่จะช่วยส่งผลให้อัตราเจริญพันธุ์ของประชากรไทยเพิ่มขึ้นหรืออยู่ในระดับที่เหมาะสมได้ในอนาคต

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1) ควรมีการสำรวจข้อมูลด้านภาวะการมีบุตรยากอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เป็นแหล่งข้อมูลในการศึกษาวิจัยที่มีคุณภาพและสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการป้องกันปัญหาภาวะมีบุตรยากของประชากรไทยต่อไป

2) ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านคู่สมรสกับการตัดสินใจเข้ารับการรักษาภาวะมีบุตรยาก เพราะการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาภาวะมีบุตรยาก เป็นส่วนหนึ่งของงานด้านภาวะเจริญพันธุ์ที่คู่สมรส

ข้อจำกัดของงานวิจัย

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ จะถูกจำกัดตามข้อคำถามที่มีอยู่ในการสำรวจ “อนามัยเจริญพันธุ์ พ.ศ.2552” ซึ่งจะเป็นข้อมูลภาคตัดขวาง (Cross-sectional Data) ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการปรึกษา/ตรวจภาวะมีบุตรยาก

เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา ลุศนันท์. (2542). บทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบของบุคคลในครอบครัวและสังคม ศิลปะการดำเนินชีวิต. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์แอนด์เจอร์นัล พับลิเคชัน จำกัด.
- จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล. (2555,กรกฎาคม-กันยายน). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาล ครอบครัว ในการดูแลคู่สมรสที่มีบุตรยาก. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 30(3): 6-15.
- ประทีป ปลิปลีมีโอฐ. (2543). การเข้าสู่กระบวนการรักษาการมีบุตรยาก: กรณีศึกษาผู้หญิงมีบุตรยาก. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต(สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข). นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ปานฉัตร เสียงดั่ง และอมรา สุนทรธาดา. (2551). ภาวะการมีบุตรยาก: ประเด็นสังคมที่มากกว่าเรื่องเพศ. ประชากรและสังคม. 2551: 48-65.
- พิทักษ์ เล่าห์เกริกเกียรติ. (2552). แนวทางการดูแลรักษา ภาวะมีบุตรยากเบื้องต้นในสูตินรีเวช ทันยุค. กรุงเทพฯ: บริษัท พี. เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด.
- พิทักษ์ เล่าห์เกริกเกียรติ และอิสรินทร์ ธนบุญวัฒน์. (2554). สาเหตุและการตรวจวินิจฉัยภาวะมีบุตรยาก ในตำรานรีเวชวิทยา. กรุงเทพฯ: บริษัท พี. เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด.
- พวงเพ็ญ ริมดุษิต. (2533). ความก้าวหน้าในหลักการและวิธีการแก้ไขปัญหามีบุตรยาก. กรุงเทพฯ: ข้าวฟ่าง
- วิสันต์ เสรีภาพงศ์ และไพโรจน์ วิฑูรพนิชย์. (2547). ภาวะมีบุตรยากในตำรานรีเวชวิทยา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2549). การฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2548 -2568. กรุงเทพฯ: บริษัท เอดิชั่น เพรส โปรดักส์ จำกัด.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2556). การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- อเนก อารีพรรค. (2548). เพศศาสตร์ในสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย.

- โอภาส เศรษฐบุตตร. (2546). **การทำกิ๊ฟท์**. เชียงใหม่: บริษัท นพบุรีการพิมพ์ จำกัด.
- พรภิมล ตั้งชัยสิน. (2546). **การฉีดตัวอสุจิเข้าไข่(อีกซี่)ในเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์**. เชียงใหม่: บริษัท นพบุรีการพิมพ์ จำกัด.
- สุธน ปัญญาติลล และคณะ. (2541). **สถานการณ์การมีบุตรยากในประเทศไทย**. นนทบุรี: กองวางแผนครอบครัวและประชากร กรมอนามัย.
- Aday, L. A. and R. M., Anderson. (1981). Equity of Access to Medical Care: Conceptual and Empirical Overview. **Medical Care**. 19(12): 4-27.
- Anderson R. M., Kravits, J. and O.W. Anderson. (1975). **Equity of Access to Medical Care**. Cambridge: Mass Balinger Publishing Company.
- Damti, O.B., Sarid, O., Sheiner, E., Ziberstein, T. and Cwikel, J. (2008, March). Stress and Distress in Infertility among Women. **Harefuaf**. 147(3): 256-260.
- Patel. M. (2016). The Socioeconomic Impact of Infertility on Women in Developing Countries. **Facts Views Vis Obgyn**. 8(1): 59-61.
- Mahlstedt ,P.P (1985). The Psychological Component of Infertility. **Fertility and Sterility**. 43(3) :335-346.
- Marzeih Rostami Dovom, Fahimeh Ramezani, Mehrandokht Abedini, Golshan Amirshakari, Somayeh Hashemi and Mahsa Noroozadeh. (2014). A Population-based Study on Infertility and Its Influencing Factors in Four Selected Provinces in Iran (2008-2010). **Iran J Period Med**. 12(8): 561-565.
- Menken, J. (1985). Age and Fertility: How Late Can You Wait?. **Demography**. 22(4): 469-483.
- Pearson, L.H. (1992). The Stigma of Infertility. **Nursing Time**. 88: 36-38.
- Sudhinarasat, Amy, Pan, Deyu, Alexander, Carolyn and Khorram, Omid. (2014). Inequalities in Infertility Service Utilization: A Comparison of Latina and Caucasian Women with Impaired Fecundity Who Seek and Do Not Seek Care. **Journal of Health Disparities Research and Practice**. 7(5): 90-104.
- Wasser, S., Ksewall, G. and Soules, M. R. (1993). Psychosocial Stress as a Cause of Infertility. **Fertility and Sterility**. 59(3): 685-689.
- World Health Organization. (2004). **Demographic and Health Survey (DHS) Comparative Report No.9 Infecundity Infertility and Childlessness in Developing Country**. Retrieved on 16 October 2018, from <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/DHS-CR9.pdf>.