



## ความวิตกกังวล สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และความบกพร่องทางเพศในสตรีหลังคลอด\*

เยาวพา วรณแก้ว พย.ม.\*\*  
พรณพีไล ศรีอาภรณ์ ปร.ด.\*\*\*  
จันทร์รัตน์ เจริญสันติ ปร.ด.\*\*\*\*

### บทคัดย่อ

สตรีภายหลังการคลอดบุตรมีการเปลี่ยนแปลงมากมายทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม โดยเฉพาะระบบสืบพันธุ์ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้อาจนำไปสู่ความบกพร่องทางเพศได้ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์โดยการศึกษาย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความบกพร่องทางเพศในสตรีหลังคลอด และความสัมพันธ์ของความวิตกกังวล สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและความบกพร่องทางเพศในสตรีหลังคลอด เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากหญิงหลังคลอด จำนวน 85 ราย ที่พบบุตรมารับบริการที่คลินิกเด็กดี โรงพยาบาลสุรินทร์ โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์ และโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ตั้งแต่เดือน กันยายน พ.ศ. 2560 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2561 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินการตอบสนองทางเพศของสตรี แบบประเมินความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ และแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัย: สตรีหลังคลอดบุตรมีความบกพร่องทางเพศ ร้อยละ 60 มีความบกพร่องทางเพศอยู่ในระดับเล็กน้อย ร้อยละ 76.5 ระดับปานกลาง ร้อยละ 17.6 และระดับมาก ร้อยละ 5.9 ความวิตกกังวลในสตรีหลังคลอดมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความบกพร่องทางเพศในสตรีหลังคลอด ( $r=.31, p < .05$ ) แต่สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความบกพร่องทางเพศในสตรีหลังคลอด

ข้อเสนอแนะ: ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนการปฏิบัติพยาบาลเพื่อป้องกันความบกพร่องทางเพศในสตรีหลังคลอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ:** ความวิตกกังวล สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ความบกพร่องทางเพศในสตรีหลังคลอด

\*วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

\*\*นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

\*\*\*รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

\*\*\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



## Anxiety, Marital Relationship, and Sexual Dysfunction in Postpartum Women \*

Yaowapa Wannakaew M.N.S.\*\*

Punpilai Sriarporn PhD\*\*\*

Jantararat Chareonsanti PhD\*\*\*\*

### Abstract

Women after childbirth have various physicals and psychosocial changes especially in their reproductive system. These changes may contribute to sexual dysfunction. This was a retrospective descriptive correlational study. The purpose of this study was to investigate sexual dysfunction in postpartum women and to determine the relationship between anxiety, marital relationship, and sexual dysfunction in postpartum women. The purposive sample included 85 postpartum women who brought their newborns to receive care at a well-baby clinic at Surin Hospital, Buriram Hospital and Prasat Hospital in Surin province since September 2017 to January 2018. The research instruments consisted of the Demographic Data Record form, the Female Sexual Function Index (FSFI), the State Anxiety Inventory, and the Marital Relationship Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient.

Results: Sixty percent of postpartum women had sexual dysfunction at a minimal (76.5%), moderate (17.6%), and severe (5.9%) level. Anxiety had a statistically significant moderate positive correlation with sexual dysfunction ( $r=.31$ ,  $p < .05$ ), but there was no correlation between marital relationship and sexual dysfunction.

Recommendations: The results of this study can be used as baseline data for planning effective nursing care to prevent sexual dysfunction in postpartum women.

**Keywords:** anxiety, marital relationship, sexual dysfunction in postpartum women

---

\*Thesis of Master of Nursing Science in Midwifery, Faculty of Nursing, Chiang Mai University.

\*\*Student of Master of Nursing Science in Midwifery, Faculty of Nursing, Chiang Mai University.

\*\*\*Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University.

\*\*\*\*Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University.



## บทนำ

ภายหลังการคลอดบุตร สตรีหลังคลอดมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก ทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมที่มีผลต่อการตอบสนองทางเพศที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะระบบสืบพันธุ์ ไม่ว่าจะเป็น ขนาดมดลูกที่เล็กลง การสลายตัวของเยื่อโพรงมดลูก การมีน้ำคาวปลา เยื่อบุผนังช่องคลอดที่บางลง รอยย่นหายไป และช่องคลอดแห้งจากการผลิตน้ำหล่อลื่นได้ช้าหรือลดลง การมีแผลฝีเย็บและการหายของแผลฝีเย็บ<sup>1</sup> นอกจากนี้ภาระหน้าที่และบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไป อาจทำให้สตรีหลังคลอดเกิดความเหน็ดเหนื่อย อ่อนล้า ไม่สุขสบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จนไม่สามารถทำหน้าที่ในการเป็นภรรยาได้อย่างสมบูรณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตอบสนองทางเพศที่อาจเปลี่ยนแปลงไปภายหลังคลอด<sup>2</sup>

การตอบสนองทางเพศในสตรีเป็นปฏิกิริยาทางร่างกายเมื่อสตรีได้รับการกระตุ้นทางเพศ ด้วยรูป รส กลิ่น เสียง การสัมผัส หรือการจินตนาการถึงสิ่งที่เร้าอารมณ์ ร่างกายจะเกิดการตอบสนองทางเพศ โดยมาสเตอร์ และจอห์นสัน<sup>3</sup> แบ่งการตอบสนองทางเพศในสตรีตามการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและพฤติกรรมออกเป็น 4 ระยะ คือ 1) ระยะตื่นตัวทางเพศ (arousal phase) เป็นระยะที่ถูกกระตุ้นจากสิ่งเร้าทางเพศ ให้ร่างกายมีการคั่งของเลือดที่อวัยวะเพศ 2) ระยะตื่นตัวทางเพศสูง (plateau phase) เป็นระยะต่อเนื่องจากระยะที่ 1 เพื่อเข้าสู่ระยะถัดไป 3) ระยะบรรลุลจุดสุดยอด (orgasmic phase) เป็นระยะที่มีความสุขสูงสุดทางเพศ และ 4) ระยะฟื้นตัว (resolution phase) เป็นระยะที่ร่างกายมีความผ่อนคลาย แต่ในสตรีหลังคลอดจะมีการตอบสนองทางเพศที่แตกต่างไปจากสตรีปกติทั่วไป จากการที่มีการคั่งของเลือดที่อวัยวะเพศลดลง ผนังช่องคลอดและเยื่อบุช่องคลอดบางลง การผลิตน้ำหล่อลื่นน้อยลง จากการลดระดับของฮอร์โมนเอสโตรเจน กล้ามเนื้อที่อวัยวะเพศหดเกร็งได้ไม่เต็มที่ ทำให้การตอบสนองทางเพศไม่รุนแรง หรือยาวนานพอจนบรรลุลจุดสุดยอดทางเพศได้ หรือบรรลุลจุดสุดยอดทางเพศได้ช้าและไม่รุนแรงยาวนานพอให้เกิดความพึงพอใจจากการบรรลุลจุดสุดยอดทางเพศ ซึ่งการกลับคืนของการตอบสนองทางเพศในสตรีหลังคลอดสู่ภาวะปกติใช้ระยะเวลา 4-6 สัปดาห์หลังคลอด แต่บางรายอาจใช้ระยะเวลาที่ยาวนานมากขึ้น ซึ่งบางรายอาจยาวนานถึง 1 ปี หลังคลอด<sup>4</sup>

ความบกพร่องทางเพศ (sexual dysfunction) เป็นภาวะที่ร่างกายหรือจิตใจไม่สามารถตอบสนองต่อการ

กระตุ้นทางเพศ หรือบรรลุลจุดสุดยอดทางเพศได้ตามปกติ สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน<sup>5</sup> จำแนกความบกพร่องทางเพศออกเป็น 4 ประเภท คือ 1) ความผิดปกติด้านความต้องการทางเพศ (sexual desire disorder) เป็นภาวะที่สตรีมีความต้องการทางเพศน้อยกว่าที่ควรจะเป็น โดยพบว่าในสตรีหลังคลอดส่วนใหญ่จะมีความต้องการทางเพศลดลง<sup>6</sup> 2) ความผิดปกติด้านความตื่นตัวทางเพศ (sexual arousal disorders) เป็นภาวะที่ร่างกายตอบสนองต่อการกำโลมทางเพศลดลงหรือหมดไป พบว่าในสตรีหลังคลอดมีความตื่นตัวทางเพศลดลง<sup>7</sup> 3) ความผิดปกติด้านการไม่บรรลุลจุดสุดยอดทางเพศ (orgasmic disorders) เป็นการที่สตรีไม่สามารถตอบสนองทางเพศได้มากเพียงพอที่จะบรรลุลจุดสุดยอดได้ ทำให้ไม่เกิดความสุขหรือความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งในสตรีหลังคลอดมักจะพบว่าการบรรลุลจุดสุดยอดทางเพศลดลง<sup>4</sup> จากการเปลี่ยนแปลงการคั่งของเลือดที่อวัยวะเพศลดลง รวมทั้งผนังช่องคลอดค่อนข้างเรียบไม่กระชับ ผลิตน้ำหล่อลื่นได้ช้าและน้อยลง<sup>8</sup> และ 4) ความผิดปกติด้านความเจ็บปวดจากการมีเพศสัมพันธ์ (sexual pain disorders) แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ เจ็บปวดจากการมีเพศสัมพันธ์ (dyspareunia) มักมีสาเหตุมาจาก ช่องคลอดฝ่อ (vaginal atrophy) ติดเชื้อในช่องคลอด (vaginal infection) ต่อมเวสติบูลอักเสบ (vestibulitis) ขาดความตื่นตัวทางเพศ และภาวะปากช่องคลอดหดเกร็ง (vaginismus) เกิดจากกล้ามเนื้อที่ปากช่องคลอดหดตัวอย่างรุนแรง ทำให้สอดใส่องคชาติไม่ได้ แต่ในสตรีหลังคลอดส่วนใหญ่พบว่าความเจ็บปวดจากการร่วมเพศ มีสาเหตุมาจากการลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งทำให้มีช่องคลอดแห้ง<sup>9</sup> การใช้เครื่องมือช่วยคลอด เช่น คีม หรือเครื่องดูดสุญญากาศ เป็นต้น ทำให้มีการฉีกขาดและการเย็บซ่อมแซมเพิ่มมากขึ้น<sup>10,11</sup>

ความบกพร่องทางเพศในสตรีหลังคลอดเป็นปัญหาที่แอบแฝงในหลายครอบครัว เนื่องจากวัฒนธรรมของไทยมักไม่เปิดเผยเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเพศสัมพันธ์ หรือความผิดปกติเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์<sup>12</sup> ทำให้สตรีหลังคลอดจำนวนไม่น้อยประสบกับปัญหาความบกพร่องทางเพศ บางรายยาวนานถึง 1 ปีหลังคลอด โดยพบว่าสตรีหลังคลอดมีความต้องการทางเพศลดลง ความตื่นตัวทางเพศลดลง การบรรลุลจุดสุดยอดทางเพศลดลง และมีความเจ็บปวดจากการมีเพศสัมพันธ์<sup>4</sup> ซึ่งส่งผลกระทบต่อสตรีหลังคลอด ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้รู้สึกท้อใจจากการที่ไม่ได้รับ



ความสุขทางเพศ หรือบางรายรู้สึกเหมือนโดนฟันใจเมื่อตนเอง  
ไม่มีความต้องการทางเพศ แต่สามีมีความต้องการที่จะร่วม  
เพศทำให้สตรีหลังคลอดต้องอยู่ในสภาวะจำยอม<sup>13,14</sup> หรือ  
หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ ทำให้การดำรงบทบาทของภรรยา  
ไม่สมบูรณ์<sup>15</sup> จนอาจนำไปสู่ปัญหาการหย่าร้างได้ในที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความ  
บกพร่องทางเพศในสตรีหลังคลอด มี 4 ปัจจัย ดังนี้ 1) ปัจจัย  
ส่วนบุคคล ได้แก่ อายุของสตรีหลังคลอด อาชีพ<sup>16</sup> 2) ปัจจัย  
ด้านร่างกาย ได้แก่ ความบกพร่องทางเพศก่อนตั้งครรภ์  
หรือขณะตั้งครรภ์<sup>16</sup> ความเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรคทางหลอดเลือด  
ชนิดการคลอด การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และการ  
ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดโปรเจสโตโรน<sup>3</sup> 3) ปัจจัยด้านจิตใจ  
ได้แก่ ความวิตกกังวล<sup>17</sup> ภาวะซึมเศร้า<sup>4</sup> และ 4) ปัจจัยด้าน  
ครอบครัว ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส<sup>18</sup> การมีผู้ช่วย  
เหลือในการเลี้ยงดูบุตร ความต้องการทางเพศของสามี<sup>19</sup>  
ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีความสนใจในการศึกษาปัจจัยที่  
ส่งผลต่อความบกพร่องทางเพศในสตรีหลังคลอด ได้แก่  
ปัจจัยด้านความวิตกกังวล และปัจจัยด้านสัมพันธภาพ  
ระหว่างคู่สมรส

ความวิตกกังวล ตามแนวคิดของสปีลเบอร์กเกอร์ และ  
คณะ<sup>20</sup> หมายถึง ภาวะอารมณ์ที่เกิดจากการคาดการณ์  
อนาคต ทำให้รู้สึกไม่ปลอดภัย ตกอยู่ในอันตราย ถูกคุกคาม  
ทำให้มีความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น ตึงเครียด โดยความ  
วิตกกังวลพบได้ทั่วไปในสตรีหลังคลอดและพบว่าระดับ  
ความวิตกกังวลที่สูงกว่าคนปกติทั่วไป<sup>21</sup> ซึ่งเกิดได้จากการ  
ปรับตัวสู่บทบาทใหม่ให้ได้อย่างเหมาะสมตามความ  
คาดหวังของสังคม ขาดประสบการณ์และความรู้ในการเลี้ยง  
ดูบุตร<sup>22</sup> ความยุ่งยากในการเลี้ยงดูบุตร ความเหนื่อยล้าจาก  
การพักผ่อนไม่เพียงพอ<sup>23</sup> ไม่สุขสบายจากอาการคัดตึงเต้านม  
วิตกกังวลเรื่องน้ำนมมาน้อย หัวนมแตก เป็นต้น<sup>24,25</sup> นำไป  
สู่ความวิตกกังวลภายหลังคลอด ซึ่งความวิตกกังวลส่งผลให้  
เกิดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic  
nervous system) ส่งผลให้มีการหดตัวของหลอดเลือดที่  
กล้ามเนื้อเรียบ<sup>26</sup> ทำให้การคั่งของเลือดที่อวัยวะเพศลดลง  
ส่งผลต่อต่อความตื่นตัวทางเพศในสตรี<sup>27</sup> นอกจากนี้ยังพบ  
อีกว่า ความวิตกกังวลที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับระดับของ  
ความบกพร่องทางเพศอย่างมีนัยสำคัญ ( $r = 0.40, p < 0.005$ )<sup>28</sup>

สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ตามแนวคิดของสเปาเนียร์<sup>29</sup>  
เป็นการประเมินของบุคคลต่อการมีปฏิสัมพันธ์และแสดง  
ปีที่ 37 ฉบับที่ 3 : กรกฎาคม - กันยายน 2562

บทบาทหน้าที่ในชีวิตสมรส แสดงถึงความสามารถในการ  
ปรับตัวในชีวิตสมรสของสามีและภรรยา ประกอบด้วย  
4 ด้าน ได้แก่ 1) ความเห็นพ้องกัน (consensus) 2) ความ  
พึงพอใจ (satisfaction) 3) ความกลมเกลียว (cohesion)  
และ 4) การแสดงความรักของคู่สมรส (affection expression)  
ซึ่งในคู่สมรสที่มีความขัดแย้งกันจะส่งผลต่อความพึงพอใจ  
ระหว่างคู่สมรส เป็นสาเหตุของปัญหาทางเพศทำให้สามี  
ภรรยาหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์<sup>15,30</sup> นอกจากนี้ ความพึง  
พอใจในชีวิตสมรสยังมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจใน  
เพศสัมพันธ์อีกด้วย<sup>31</sup> ดังนั้น สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสที่  
ไม่ดีจึงอาจส่งผลให้เกิดความบกพร่องทางเพศได้

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลผดุงครรภ์ มีความสนใจศึกษา  
ความบกพร่องทางเพศในสตรีหลังคลอด รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่  
อาจมีความสัมพันธ์กับความบกพร่องทางเพศในสตรีหลังคลอด  
ได้แก่ ความวิตกกังวล และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส  
ซึ่งเป็นปัจจัยที่ผดุงครรภ์สามารถให้การพยาบาลในการ  
ส่งเสริมและป้องกันได้ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการ  
วิจัย และเป็นแนวทางแก่พยาบาลผดุงครรภ์ในการวางแผน  
ให้การพยาบาลในการป้องกันปัญหาความบกพร่องทางเพศ  
แก่สตรีหลังคลอดครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์  
และสังคมต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความบกพร่องทางเพศในสตรีหลังคลอด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความวิตกกังวล  
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและความบกพร่องทางเพศใน  
สตรีหลังคลอด

## กรอบแนวคิดการวิจัย

ความบกพร่องทางเพศในสตรีหลังคลอด มีความสำคัญ  
และส่งผลต่อสตรีหลังคลอดทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ  
และด้านสัมพันธภาพภายในครอบครัว การวิจัยครั้งนี้  
เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและ  
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสต่อความบกพร่องทางเพศใน  
สตรีหลังคลอดโดยใช้แนวคิดความบกพร่องทางเพศตามการ  
จำแนกความผิดปกติทางเพศของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา<sup>5</sup>  
คือ การรับรู้ของสตรีหลังคลอดต่อภาวะที่ไม่สามารถตอบสนอง  
ต่อการกระตุ้นทางเพศได้ตามปกติ แบ่งออกเป็น  
4 ด้าน คือ 1) ความผิดปกติด้านความต้องการทางเพศ  
2) ความผิดปกติด้านความตื่นตัวทางเพศ 3) ความผิดปกติ



ด้านการไม่บรรลุจุดสุดยอดทางเพศ และ 4) ความผิดปกติ ด้านความเจ็บปวดจากการมีเพศสัมพันธ์ โดยศึกษาปัจจัยที่ อาจเกี่ยวข้องกับความบกพร่องทางเพศในสตรีหลังคลอด คือ ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ ตามแนวคิดของ สปีลเบิร์กเกอร์ และคณะ<sup>20</sup> และสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส ตามแนวคิดของ สปลาเนียร์<sup>29</sup> โดยสตรีหลังคลอดที่มีความวิตกกังวล ทำให้เกิดการตอบสนองทางเพศที่ลดลง และคู่สมรสที่มีสัมพันธ์ภาพที่ไม่ดี ทำให้เกิดการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์และส่งผลกระทบต่อ ความพึงพอใจในเพศสัมพันธ์ ดังนั้นความวิตกกังวลและ สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส อาจจะมีความสัมพันธ์กับความ บกพร่องทางเพศในสตรีหลังคลอด

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) ระหว่างความ วิตกกังวลและสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสต่อความบกพร่อง ทางเพศในสตรีหลังคลอด มีกลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีที่ผ่านการ คลอดบุตร เป็นระยะเวลา 2 เดือน และมีเพศสัมพันธ์หลัง การคลอดบุตรแล้ว พานุกรมารับบริการตรวจสุขภาพและ รับวัคซีนที่คลินิกเด็กดี (well baby) โรงพยาบาลสุรินทร์ โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์ และโรงพยาบาลบุรีรัมย์ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการเปิดตารางประมาณกลุ่ม ตัวอย่างตามอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (power analysis) กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 อำนาจการทดสอบ (level of power) ที่ .80 และค่าอิทธิพลการทดสอบระดับ กลาง (effect size) ที่ .30 นำไปเทียบตารางสำเร็จรูป ได้ ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย<sup>32</sup>

**เครื่องมือการวิจัย** ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินการตอบสนอง ทางเพศในสตรี (Female Sexual Function Index) ของ โรเซ็น และคณะ<sup>33</sup> ฉบับภาษาไทยโดย กรินทร์รัตน์ ปิยนันท์ จรัสศรี และคณะ<sup>34</sup> ประกอบด้วยข้อคำถาม 19 ข้อ แบ่งออก เป็น 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความต้องการทางเพศ ด้านความตื่น ตัวยทางเพศ ด้านนำหล่อนช่องคลอด ด้านการบรรลุจุดสุ ดยอดทางเพศ ความพึงพอใจทางเพศ ด้านความเจ็บปวดจาก การร่วมเพศ 3) แบบประเมินความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ (The State Anxiety Inventory [STAI] from Y-1) ของ สปีล เบอร์กเกอร์<sup>20</sup> ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย ชาติรี นนทศักดิ์ สมโภชน์ เอี่ยมสุภานิต และดาราพรรณ ต๊ะปิ่นตา<sup>35</sup> มี ข้อคำถามที่แสดงถึงความวิตกกังวลจำนวน 20 ข้อ เป็น

ข้อความทางบวก จำนวน 10 ข้อ และข้อความทางลบ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณ ค่า (likert scale) 4 ระดับ 4) แบบประเมินสัมพันธ์ภาพ ระหว่างคู่สมรส ผู้วิจัยดัดแปลงข้อคำถามจากแบบประเมิน สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสของ พัชรินทร์ เรารู้จิธรรม<sup>36</sup> ประกอบด้วยคำถามด้านบวกจำนวน 25 ข้อ (ข้อ 1-14 และ ข้อ 17-27) และคำถามด้านลบจำนวน 2 ข้อ (ข้อ 15, 16) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้ แบบประเมิน สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัย ดัดแปลงจากแบบประเมินของ พัชรินทร์ เรารู้จิธรรม<sup>36</sup> ผู้วิจัยนำไปหาความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ คำนวณ หาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index [CVI]) ได้เท่ากับ 1 และตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ อัลฟาครอนบาคของเครื่องมือโดยแบบประเมินการตอบ สอนทางเพศของสตรี ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85 และ แบบประเมินความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ ได้ค่าความ เชื่อมั่นเท่ากับ .83 ส่วนแบบประเมินสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่ สมรส ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94

**วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล** เมื่อโครงการวิจัยได้รับการ รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โรงพยาบาล สุรินทร์ โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์ และ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ซึ่งแจ งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ตอบข้อสงสัย ให้อิสระในการตอบรับหรือปฏิเสธ และ ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยให้กลุ่ม ตัวอย่างเห็นเอกสารยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ยึด หลักการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง จัดเตรียมห้องที่เป็น ส่วนตัว ไม่มีเสียงรบกวน และให้กลุ่มตัวอย่างตอบ แบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการ ศึกษาวิเคราะห์ผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ความบกพร่องทางเพศใน สตรีหลังคลอดบุตร ความวิตกกังวล และสัมพันธ์ภาพ ระหว่างคู่สมรสของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร จากการทดสอบ



การกระจายของข้อมูล โดยการใช้สถิติโคลโมโกรอฟ-สเมียร์นอฟ (Kolmogorov-Smimov Test) พบว่ามีการแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งปกติ จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Product Correlation Coefficient)

### ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง มีอายุระหว่าง 20-35 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 25.51 ปี (S.D.=4.82) ส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 20-25 ปี (ร้อยละ 51.8) มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมต้น (ร้อยละ 32.9) เกินครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีอาชีพเป็นแม่บ้าน (ร้อยละ 54.1) มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนอยู่ที่ 5001-10,000 บาท (ร้อยละ 35.3) มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 16,475.29 บาทส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวพอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 65.9) จำนวนครั้งของการคลอดเป็นการคลอดครั้งที่ 1 (ร้อยละ 49.5) ชนิดของการคลอดเกินครึ่งหนึ่งเป็นการคลอดปกติทางช่องคลอด (ร้อยละ 58.8) รองลงมาเป็นการคลอดโดยการผ่าตัดคลอด (ร้อยละ 36.5) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่มีปัญหา

การมีเพศสัมพันธ์ก่อนตั้งครรภ์ (ร้อยละ 92.9) มีความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการตั้งครรภ์ 1 ถึง 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เท่ากันกับ มีเพศสัมพันธ์มากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 43.5) และมีความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 95.3) กลุ่มตัวอย่างเริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกหลังคลอดเมื่อ 2-8 สัปดาห์หลังคลอด โดยการเริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกหลังคลอดเฉลี่ยที่ 5.49 สัปดาห์หลังคลอด (SD.=1.87) โดยร้อยละ 56.4 เริ่มมีเพศสัมพันธ์เมื่อ 6 สัปดาห์หลังคลอดหรือมากกว่า มีความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์หลังคลอด 1 ถึง 2 ครั้ง ต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 41.2)

2. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความบกพร่องทางเพศ (ร้อยละ 60.0) ในจำนวนผู้ที่มีความบกพร่องทางเพศเป็นผู้ที่มีความบกพร่องทางเพศอยู่ในระดับเล็กน้อย 39 ราย (ร้อยละ 76.5) ระดับปานกลาง 9 ราย (ร้อยละ 17.6) และระดับมาก 3 (ร้อยละ 5.9)

3. ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความบกพร่องทางเพศในสตรีหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r=.31, p < .05$ ) แต่สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความบกพร่องทางเพศในสตรีหลังคลอด (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างความวิตกกังวล สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และความบกพร่องทางเพศในสตรีหลังคลอดของกลุ่มตัวอย่าง (n=51)

ตัวแปร	1	2	3
1. ความวิตกกังวล	1.00		
2. สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส	-.08	1.00	
3. ความบกพร่องทางเพศในสตรีหลังคลอด	.31*	-.09	1.00

หมายเหตุ. \*  $p < .05$

### การอภิปรายผล

1. ความบกพร่องทางเพศของสตรีหลังคลอด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความบกพร่องทางเพศ (ร้อยละ 60.0) ในจำนวนผู้ที่มีความบกพร่องทางเพศเป็นผู้ที่มีความบกพร่องทางเพศอยู่ในระดับเล็กน้อย 39 ราย (ร้อยละ 76.5) ระดับปานกลาง 9 ราย (ร้อยละ 17.6) และระดับมาก 3 ราย (ร้อยละ 5.9) จำแนกความบกพร่องทางเพศตามการจำแนกความผิดปกติทางเพศของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา<sup>7</sup> ดังนี้

1.1 ความผิดปกติด้านความต้องการทางเพศ เป็นภาวะที่สตรีมีความต้องการทางเพศน้อยกว่าที่ควรจะเป็นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนตั้งครรภ์ รวมถึงมีความรังเกียจ

ทางเพศ ในการศึกษาครั้งนี้จากการประเมินระดับความต้องการทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความต้องการทางเพศในระดับปานกลาง (ร้อยละ 43.1) รองลงมา ระดับต่ำ (ร้อยละ 31.4) และน้อยมากจนเกือบจะไม่มีเลย (ร้อยละ 25.5) ทั้งนี้แสดงถึงความผิดปกติด้านความต้องการทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ภายหลังการคลอด โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 49.5 เป็นสตรีหลังคลอดครั้งแรก ทำให้ต้องมีการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา วิตกกังวลในภาวะในการเลี้ยงดูบุตร และบทบาทหน้าที่ที่ต้องดูแลในด้านความเป็นอยู่ของครอบครัว<sup>37</sup> มีความเหนื่อยล้าจากการเลี้ยงดูบุตร กลัวว่าบุตรจะตื่นขณะ



ที่มีเพศสัมพันธ์ และไม่สุขสบายจากการปวดแผลฝีเย็บ ปวดมดลูก คัดตึงเต้านม ไม่สุขสบายจากการมีน้ำคาวปลาไหล<sup>35</sup> ส่งผลต่อความต้องการทางเพศของสตรีหลังคลอด จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 40.0 มีความถี่ของความต้องการทางเพศน้อยกว่า 15 วัน และ ร้อยละ 35.3 รองลงมาคือ เกือบจะไม่มีความต้องการทางเพศเลย ซึ่งในสตรีหลังคลอดมักจะมีความต้องการทางเพศลดลงเมื่อเทียบกับก่อนตั้งครรภ์และขณะตั้งครรภ์<sup>4</sup>

1.2 ความผิดปกติด้านความตื่นตัวทางเพศ เป็นภาวะที่ร่างกายไม่สามารถตอบสนองต่อการกระตุ้นทางเพศหรือตอบสนองต่อการเฝ้าโลมลดลงหรือหมดไป หรือไม่มี การตื่นตัวทางเพศเลย จากการประเมินความถี่ของความตื่นตัวของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความถี่ของความตื่นตัวทางเพศน้อย ร้อยละ 47.0 รองลงมา เกือบจะไม่มี ความตื่นตัวทางเพศเลย ร้อยละ 31.4 ทั้งนี้แสดงถึง ความผิดปกติด้านความตื่นตัวทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง อธิบายได้ว่าการตื่นตัวทางเพศจะเกิดขึ้นเมื่อมีการกระตุ้น ทางด้านจิตใจ หรือการกระตุ้นทางสรีรวิทยา ได้แก่ การ กอดจูบ หรือมีการกระตุ้นทั้งทางร่างกายและจิตใจ ด้วยการ เฝ้าโลมด้วยรูป รส กลิ่น เสียง และการสัมผัส หรือ จินตนาการถึงสิ่งที่เร้าอารมณ์ทางเพศ จะทำให้สตรีมีความ ต้องการทางเพศ มีความตื่นตัวทางเพศเกิดขึ้น<sup>36</sup> โดยสตรีจะ มีการผลิตน้ำหล่อลื่นช่องคลอดเพิ่มมากขึ้นตามระดับความตื่นตัวทางเพศ ซึ่งจากการประเมินความเพียงพอของ น้ำหล่อลื่นขณะมีเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเพียงพอของ น้ำหล่อลื่นขณะมีเพศสัมพันธ์ระดับปานกลาง ร้อยละ 49.0 รองลงมา มีความเพียงพอของน้ำหล่อลื่นขณะมีเพศสัมพันธ์ เป็นบางครั้ง ร้อยละ 39.2 นอกจากนี้ยังพบอีกว่ามีกลุ่ม ตัวอย่างอีกส่วนหนึ่งที่ เกือบจะไม่มีเพียงพอของ น้ำหล่อลื่นขณะมีเพศสัมพันธ์เลยถึงร้อยละ 7.8 อธิบายได้ ว่าในสตรีหลังคลอดจะมีการคั่งของเลือดทั่วร่างกายลดลง ทำให้เลือดคั่งที่อวัยวะสืบพันธุ์ลดลง และกลุ่มตัวอย่างอยู่ใน ช่วงของการให้นมบุตร ทำให้ผนังช่องคลอดและเยื่อช่อง คลอดบางลง การผลิตน้ำหล่อลื่นน้อยลง ซึ่งเป็นผลมาจากการลดระดับของฮอร์โมนเอสโตรเจน และการเพิ่มระดับของ ฮอร์โมนโปรแลคติน กล้ามเนื้อปากช่องคลอดหดตัวอย่างรุนแรง ทำให้สอดใส่องศาติไม่ได้ มักมีสาเหตุมาจากการเจ็บปวดจาก การสอดใส่ หรือสาเหตุจากความกลัว ความเครียด ความวิตกกังวล จากการประเมินความรุนแรงของการเจ็บช่อง คลอดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการ เจ็บช่องคลอดในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.2 รองลงมา ไม่ค่อยเจ็บ ร้อยละ 27.5 แต่ก็ยังพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างบาง ส่วนที่มีการเจ็บช่องคลอดในระดับมาก ถึงร้อยละ 17.6 และ เจ็บมากที่สุด ร้อยละ 3.9 อธิบายได้ว่า ความเจ็บปวดจาก การมีเพศสัมพันธ์ภายหลังคลอดนั้นเกี่ยวข้องกับการผลิต

บเทาการเป็นมารดา ขาดเวลาและความเป็นส่วนตัว เหน็ดเหนื่อยอ่อนล้าจากการต้องทุ่มเทเวลาในการเลี้ยงดู บุตร หรืออยู่ในสภาพแวดล้อมและสถานการณ์ที่ไม่ เหมาะสมต่อการเร้าอารมณ์ทางเพศ จึงทำให้การตื่นตัวทาง เพศของกลุ่มตัวอย่างมีน้อย

1.3 ความผิดปกติด้านการไม่บรรลุจุดสุดยอดทาง เพศ การที่สตรีไม่สามารถตอบสนองทางเพศได้มากพอที่จะ ถึงจุดสุดยอด มีสาเหตุทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว เทคนิคการร่วมเพศ เป็นต้น จาก การประเมินความถี่ของการบรรลุจุดสุดยอดทางเพศในกลุ่ม ตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความถี่ของการบรรลุ จุดสุดยอดทางเพศในระดับปานกลางและน้อยเท่ากัน ร้อยละ 35.3 รองลงมา มีความถี่ของการบรรลุจุดสุดยอด ทางเพศน้อยมากแทบจะไม่มีเลย ร้อยละ 23.5 ทั้งนี้แสดง ถึงความผิดปกติด้านการไม่บรรลุจุดสุดยอดทางเพศของ กลุ่มตัวอย่าง อธิบายได้ว่าเป็นผลสืบเนื่องจากที่สตรี หลังคลอดมีการตอบสนองทางเพศลดลง จึงส่งผลต่อเนื่อ มาสู่การบรรลุจุดสุดยอดทางเพศของสตรีหลังคลอด ซึ่งหาก สตรีหลังคลอดไม่ได้รับการกระตุ้นทางเพศอย่างต่อเนื่อง และไม่มีการตอบสนองทางเพศที่รุนแรงเพียงพอ จะทำให้ สตรีหลังคลอดไม่สามารถบรรลุจุดสุดยอดทางเพศได้ ทำให้ สตรีหลังคลอดบรรลุจุดสุดยอดได้ยากหรือลดลงกว่าก่อน ตั้งครรภ์<sup>4</sup> ซึ่งจากการประเมินความพอใจกับการมี เพศสัมพันธ์โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพอใจกับการมีเพศ สัมพันธ์โดยรวมในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.6 แต่ก็พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างอีกส่วนหนึ่งที่ ไม่ค่อยพอใจกับการมีเพศ สัมพันธ์โดยรวมถึงร้อยละ 11.8 และไม่พอใจเลย ร้อยละ 3.9

1.4 ความผิดปกติด้านความเจ็บปวดจากการมีเพศ สัมพันธ์ เป็นภาวะเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์มักมีสาเหตุ มาจากภาวะสุขภาพ รวมถึงการมีภาวะปากช่องคลอดหด เก็ง กล้ามเนื้อปากช่องคลอดหดรัดตัวอย่างรุนแรง ทำให้ สอดใส่องศาติไม่ได้ มักมีสาเหตุมาจากการเจ็บปวดจาก การสอดใส่ หรือสาเหตุจากความกลัว ความเครียด ความ วิตกกังวล จากการประเมินความรุนแรงของการเจ็บช่อง คลอดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการ เจ็บช่องคลอดในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.2 รองลงมา ไม่ค่อยเจ็บ ร้อยละ 27.5 แต่ก็ยังพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างบาง ส่วนที่มีการเจ็บช่องคลอดในระดับมาก ถึงร้อยละ 17.6 และ เจ็บมากที่สุด ร้อยละ 3.9 อธิบายได้ว่า ความเจ็บปวดจาก การมีเพศสัมพันธ์ภายหลังคลอดนั้นเกี่ยวข้องกับการผลิต



น้ำหล่อลื่นช่องคลอด ซึ่งในสตรีหลังคลอดจะมีการผลิตน้ำหล่อลื่นช่องคลอดได้ช้าและลดลง ส่งผลให้มีน้ำหล่อลื่นช่องคลอดขณะร่วมเพศน้อย บางรายมีช่องคลอดแห้ง นำไปสู่การเจ็บปวดจากการมีเพศสัมพันธ์<sup>39</sup> ซึ่งจากการประเมินความเพียงพอของน้ำหล่อลื่นขณะมีเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเพียงพอของน้ำหล่อลื่นขณะมีเพศสัมพันธ์ระดับปานกลาง จนถึงเกือบจะไม่มีเพียงพอของน้ำหล่อลื่นขณะมีเพศสัมพันธ์เลย ดังที่ได้กล่าวไปแล้วในความผิดปกติด้านความตื่นตัวทางเพศ จึงส่งผลให้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเจ็บปวดจากการมีเพศสัมพันธ์ ถึงร้อยละ 90.2

## 2. ความวิตกกังวล สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส มีความสัมพันธ์กับความบกพร่องทางเพศในสตรีหลังคลอด อภิปรายได้ดังนี้

### 2.1 ความสัมพันธ์ระหว่าง ความวิตกกังวลกับความบกพร่องทางเพศในสตรีหลังคลอด

การศึกษานี้พบว่า ความวิตกกังวลขณะเผชิญมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความบกพร่องทางเพศในสตรีหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=.31, p < .05$ ) (ตารางที่ 1) กล่าวได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความวิตกกังวลสูง จะมีความบกพร่องทางเพศสูงตามไปด้วย อธิบายได้ว่า ความวิตกกังวลเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่อสมรรถภาพทางเพศ (sexual performance) หรือปัญหาด้านความสัมพันธ์ที่ทำให้เกิดการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส<sup>40</sup> โดยความวิตกกังวลทำให้ไม่เกิดความตื่นตัวทางเพศทั้งในเพศชายและเพศหญิงซึ่งเป็นกระบวนการตอบสนองทางเพศระยะแรก<sup>41</sup> เมื่อการตอบสนองทางเพศในระยะแรกไม่เกิดขึ้นก็จะไม่สามารถเกิดการตอบสนองทางเพศในระยะถัดไปได้ นำไปสู่ความบกพร่องทางเพศคล้ายคลึงกับการศึกษาของ มิตเชล และคณะ<sup>42</sup> ศึกษาเกี่ยวกับความชุก และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเจ็บปวดจากการมีเพศสัมพันธ์ในสตรีชาวอังกฤษ พบว่าความวิตกกังวลเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์กับการเกิดความเจ็บปวดจากการมีเพศสัมพันธ์ โดยความวิตกกังวลจะนำไปให้สตรีมีความตื่นตัวทางเพศที่ลดลง และการศึกษาของ แบรดฟอร์ดและเมสตัน<sup>27</sup> ศึกษาเกี่ยวกับผลของความวิตกกังวลต่อความตื่นตัวทางเพศในสตรี พบว่าคะแนนการตื่นตัวทางเพศในสตรี มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความวิตกกังวลขณะเผชิญ และ คะแนนการตอบสนองทางเพศในสตรีมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับสูงกับความ

วิตกกังวลแฝง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ( $r = .410$ ) และ .001 ( $r = .530$ ) ตามลำดับ

การศึกษานี้สรุปได้ว่า สตรีหลังคลอดส่วนใหญ่มีความบกพร่องทางเพศ และมีความบกพร่องทางเพศในระดับเล็กน้อย โดยพบว่ามีความผิดปกติด้านความต้องการทางเพศ คือเกือบจะไม่มีความต้องการทางเพศเลย มีความผิดปกติด้านความตื่นตัวทางเพศ คือพบว่ามีเพียงพอของน้ำหล่อลื่นปานกลาง มีความผิดปกติด้านการไม่บรรลุนจุดสุดยอดทางเพศ คือมีความถี่ของการบรรลุนจุดสุดยอดปานกลางและน้อย ทำให้มีความพึงพอใจกับการมีเพศสัมพันธ์โดยรวมปานกลาง และ มีความผิดปกติด้านความเจ็บปวดจากการมีเพศสัมพันธ์ คือมีการเจ็บช่องคลอดในระดับปานกลาง และความวิตกกังวลขณะเผชิญมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความบกพร่องทางเพศในสตรีหลังคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r=.31, p < .05$ ) แต่สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความบกพร่องทางเพศในสตรีหลังคลอด

## ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนเพื่อประเมิน คัดกรอง ความบกพร่องทางเพศในสตรีหลังคลอด โดยคำนึงถึงปัจจัยความวิตกกังวล และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสของสตรีหลังคลอดเพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันความบกพร่องทางเพศในสตรีหลังคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ และควรนำข้อมูลเกี่ยวกับความวิตกกังวล สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสและความบกพร่องทางเพศในสตรีหลังคลอด ไปใช้ในการสอนด้านการผดุงครรภ์ เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลผดุงครรภ์เกิดความตระหนักถึงการป้องกันความบกพร่องทางเพศในสตรีหลังคลอดได้

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ที่เกี่ยวข้องกับความบกพร่องทางเพศในสตรีหลังคลอด ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง หรือภาพลักษณ์ของสตรีหลังคลอด หรือศึกษาความบกพร่องทางเพศในสตรีหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

## กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ คณาจารย์สาขาวิชาการผดุงครรภ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ กราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ หัวหน้าคลินิกเด็กดี ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกท่านในโรงพยาบาลสุรินทร์ โรงพยาบาลปราสาท จังหวัดสุรินทร์ และ



โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบคุณมารดาหลังคลอดทุกท่าน ที่กรุณาให้ความร่วมมือเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง จนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์

## References

1. Alden KR. Maternal physiologic changes. In: Lowdermilk TE, Perry K, Cashion, Alden KR, editors. *Maternity & Women's Health Care*. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2016. p. 473-80.
2. Olsson A, Lundqvist M, Faxelid E, Nissen E. Women's thoughts about sexual life after childbirth: Focus group discussions with women after childbirth. *SJCS* 2005; 4:381-7.
3. Masters WH, Johnson VE. *Human sexual response*. Boston: Little Brown; 1966.
4. Khajehei M, Doherty M, Tilley PJ, Sauer K. Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in postpartum Australian women. *JSM* 2015; 6:1415-26.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic criteria from DSM-IV-TR*. American Psychiatric Pub; 2000
6. Pessel C, Tsai MC. The normal puerperium. In: DeCherney A. H, Nathan L, Laufer N, & Roman AS, editors. *Current diagnosis & treatment: obstetrics & gynecology*. 11<sup>th</sup>ed. New York: McGraw-Hill; 2013. p.1-35.
7. Acele EO, Karacam Z. Sexual problems in woman during the first postpartum year and related conditions. *Journal of Clinical Nursing* 2011; 21:929-37.
8. Areepak A. *Human sexuality in obstetrics and gynecology*. Bangkok: The Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists; 2005
9. Sayasneh A, Pandeva I. Postpartum sexual dysfunction: A literature review of risk factors and role of mode of delivery. *BJMP* 2010;2:22-7.
10. Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: A retrospective cohort study of primiparous women. *AJOG* 2001; 5:881-90.
11. Amiri FN, Omidvar S, Bakhtiari A, Yazdani S, Hajiahmadi M. Comparison of sexual function in primiparous women pre-pregnancy and postpartum: Difference of the sexual function after the normal vaginal delivery and the cesarean section. *Health* 2015; 7(10): 1379-86.
12. Thai Health Promotion Foundation. *Change Perspective of Sexual with Youth*. [Internet]. 2014 [cited 2014 Sep 18]. Available from: [https://www.thaihealth.or.th/Content/25765-ปรับมุมมอง%20"นาานาเรื่องเพศ"กับเยาวชน.html](https://www.thaihealth.or.th/Content/25765-ปรับมุมมอง%20)
13. Senaratana V. *The Study of Sexual Relationship of Postpartum Mother*. [dissertation]. Bangkok: Mahidol University; 1999.
14. Rujkorakarn D, Kownaklai J, Meena P, Khamenkhan K, Jandekrayom S, Piyasuwan S. Overviews on Sexual Intercourse of HIV Infected People Taking Anti-Retroviral Drugs: Duty or Happiness. *Duty or Happiness. Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division* 2011; 29(1): 12-21
15. Metz ME, Epstein N. Assessing the role of relationship conflict in Sexual dysfunction. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2011; 28:139-64.
16. Holanda JBDL, Abuchiam EDSV, Coca KP, Abrao ACFDV. Sexual dysfunction and associated factors reported in the postpartum period. *APE*, 2014; 6:573-78.
17. Goodman JH, Watson GR, Stubbs B. Anxiety disorders in postpartum women: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 2016; 203: 292-331.
18. Berman JB, Berman LA, Kanaly KA. Female sexual dysfunction: New perspectives on anatomy, physiology, evaluation and treatment. *EAU* 2003; 1(3): 166-77
19. Maneechot M. *Factors Related to Sexual Function Among Women After Childbirth*. [dissertation]. Chiangmai: Chiangmai University; 2012.
20. Spielberger CD, Gorsuch RC, Lushene RE, Vagg PR, Jacobs GA. *Manual for the state-trait anxiety inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1983.



21. Ross LE, McLean LM. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2006; 8: 1285-98.
22. McVeigh C. Motherhood experiences from the perspective of first-time mothers. *CNR* 1997; 4: 335-49.
23. Tanthaisong R, Wattananukulkiat S. The relationship between adjustments to maternal role, sleep disturbance, social support, postpartum fatigue and stress in advanced maternal age. *Journal of Nursing Science and Health care* 2017; 35(3): 12-23.
24. Pongpaiboon P. *Puerperium Care*. Bangkok: Pimdee; 2007.
25. Abdool Z, Thakar R, Sultan AB. Postpartum female sexual function. *EJOG* 2009;145(2):133-37.
26. Kreibig SD. Autonomic nervous system activity in emotion: A review. *Biological Psychology* 2010;3:394-421.
27. Bradford A, Meston CM. The impact of anxiety on sexual arousal in women. *NIH* 2006;44(8):1067-77.
28. Woods L, Hevey D, Ryall N, O'Keeffe F. Sex after amputation: The relationships between sexual functioning, body image, mood and anxiety in persons with a lower limb amputation. *Disability and Rehabilitation* 2017;40:1-8.
29. Spanier GB. Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *JMF* 1976:15-28.
30. McCabe MP, Cobain MJ. The impact of individual and relationship factors on sexual dysfunction among males and females. *Sexual and Marital Therapy* 1998; 2: 131-43.
31. Ziaee T, Jannati Y, Mobasheri E, Taghavi T, Abdollahi H, Modanloo M, et al. The relationship between marital and sexual satisfaction among married women employees at Golestan University of Medical Sciences, Iran. *IJPBS* 2014; 8: 44-51
32. Polit DF, Lake E. *Statistics and data analysis for nursing research*. Boston: Pearson; 2010.
33. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The female sexual function index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2000; 2:191-208.
34. Peeyananjarassri K, Liabsuetrakul T, Soonthompun K, Choobun T, Manopsilp P. Sexual functioning in postmenopausal women not taking hormone therapy in the gynecological and menopause clinic, Songklanagarind hospital measured by female sexual function index question. *J Med Assoc Thai* 2008; 5:625-32.
35. Senaratana V. *The Study of Sexual Relationship of Postpartum Mother*. [dissertation]. Bangkok: Mahidol University; 1999.
36. Raojuthitam P. *Marital relationship, attitude toward sex role, and paternal involvement in child bearing of 6 - 12 month first -born infant*. [The degree of master of nursing science] Bangkok: Mahidol University; 2006
37. Handa VL. Sexual function and childbirth. *Seminars in Perinatology* 2006; 30: 253-256.
38. Areepak S. *Learning About Sex with Doctor season 1*. Bangkok: Boonsiri Printing; 2007
39. Khalil KUR, Safdar SA, Parveen S. Dyspareunia among women subjected to normal vaginal delivery with episiotomy. *J Med Sci* 2018; 1: 63-5.
40. Kaplan HS. Anxiety and sexual dysfunction. *The Journal of Clinical Psychiatry* 1988;49:21-5.
41. Barlow DH. Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *JCCP* 1986; 54(2): 140-48.
42. Mitchell KR, Geary R, Graham CA, Datta J, Wellings K, Sonnenberg P, et al. Painful sex (dyspareunia) in women: prevalence and associated factors in a British population probability survey. *BJOG* 2017; 11: 1689-97.