

## ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียด การดำรงบทบาทภรรยา

### สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส กับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก \*

## The Relationships between Personal Factors, Stress, the Wife's Role, Marital Relationship, and Quality of Life among Infertile Women \*

จริญญา ดิจะโป: พย.ม. (การผดุงครรภ์) \*\*

Jarunya Deejapo, M.N.S. (Midwifery) \*\*

จรัสศรี ธีระกุลชัย, พ.ด. (การพยาบาล) \*\*\*

ศรีสมร ภูมณสกุล, พย.ด. \*\*\*\*

Jaratsri Theerakulchai, Ph.D. (Nursing) \*\*\*

Srisamorn Phumosakul, D.N.S. \*\*\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียด การดำรงบทบาทภรรยา และสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส กับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก กลุ่มตัวอย่าง เป็นสตรีที่มีบุตรยากที่มารับบริการแก้ไขการมีบุตรยากโดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ณ คลินิกเอกชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 62 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมิน ความเครียดของสตรีที่มีบุตรยาก มีค่าความเชื่อมั่น .87 แบบประเมินการดำรงบทบาทภรรยา มีค่าความเชื่อมั่น .83 แบบประเมินสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส มีค่าความเชื่อมั่น .89 และแบบประเมินคุณภาพชีวิตสตรีที่มีบุตรยาก มีค่าความเชื่อมั่น .87 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าฐานนิยม ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตในระดับดี ( $\bar{X} = 102.53$ ,  $SD = 9.29$ ) การดำรงบทบาทภรรยา และสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .379$ ,  $p < .01$  และ  $r = .538$ ,  $p < .001$  ตามลำดับ) และความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.500$ ,  $p < .001$ ) และพบว่าอายุ ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก พยาบาลควรประเมิน ปัจจัยด้านการรับรู้ความเครียด ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส และการดำรงบทบาทภรรยาของสตรีที่มีบุตรยากด้วย

คำสำคัญ: สตรีที่มีบุตรยาก คุณภาพชีวิต ความเครียด การดำรงบทบาทภรรยา

สัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส

\* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\* มหาบัณฑิตสาขาการผดุงครรภ์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

\*\*\*\* รองศาสตราจารย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

## Abstract

This descriptive research aimed to examine quality of life and the relationships between personal factors, stress, the wife's role, marital relationship, and quality of life among infertile women. The samples consisted of 62 infertile women who received assisted reproductive technologies treatment at a Private's clinic, Nakhonratchasima Province. Research instruments composed of the demographic data questionnaire, the Fertility Problem Inventory with the reliability of .87, the Wife's Role Expectation Questionnaire with the reliability of .83, The Dyadic Adjustment Scale with the reliability of .89, and the WHOQOL-BREF-THAI with the reliability of .87. Data were collected from June to July, 2016. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mode, mean, standard deviation, and Pearson's product moment correlation.

The research results revealed that: 1) the samples had a high level of quality of life ( $\bar{X} = 102.53$ ,  $SD = 9.29$ ); 2) marital relationship and the wife's role were positively statistically significant related to quality of life ( $r = .540$ ,  $p < .05$  and  $r = .380$ ,  $p < .05$ , respectively). Stress was negatively statistically significant related to quality of life ( $r = -.500$ ,  $p < .05$ ). In contrast, age, educational level, and family income were not statistically significant related to quality of life.

This research suggested that nurses should assess stress, marital relationship, and the wife's role of infertile women to promote quality of life among infertile women.

**Keywords:** Infertile women, Quality of life, Stress, Wife's role, Marital relationship

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะการมีบุตรยากเป็นปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่สำคัญปัญหาหนึ่งของทั่วโลกและประเทศไทย เนื่องจากเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อภาวะการเจริญพันธุ์ของประเทศ โดยประเทศใดที่มีภาวะการเจริญพันธุ์ต่ำจะส่งผลให้สัดส่วนและจำนวนประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานลดลง (การดี ชาณสมร, จิตติมา มโนไนย, และกฤษณ์ พันตรา, 2554) สำหรับประเทศไทย จากรายงานสถิติอัตราการเกิด อัตราการตาย และอัตราการเพิ่มประชากรตามตัวแปรแบบประชากรจำลอง พบว่าอัตราการเกิดลดลงจาก 15.50 ต่อพันประชากร ในปี พ.ศ. 2543 เหลือเพียงต่ำกว่า 12 ต่อพันประชากร ในปี พ.ศ. 2568 และอัตราการเกิดใหม่ในแต่ละปียังลดลงอย่างต่อเนื่อง จากสถิติในปี พ.ศ. 2547 พบว่าอัตราการมีบุตรเฉลี่ยของหญิงวัยเจริญพันธุ์เท่ากับ 1.70 คน แต่ในปี พ.ศ. 2557 ลดลงเหลือเพียง 1.60 คน

และมีการคาดการณ์แนวโน้มว่าจะลดลงเหลือ 1.30 คน ภายในปี พ.ศ. 2583 (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ประจำประเทศไทย และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2559)

จากสถิติอัตราการเกิดที่ลดลงข้างต้น สาเหตุของปัญหาเกิดจากหลายปัจจัย โดยพบว่าภาวะการมีบุตรยากเป็นสาเหตุหนึ่ง เนื่องจากประชากรจำนวนหนึ่งมีภาวะการมีบุตรยากและไม่สามารถตั้งครรภ์ได้ แม้ว่าจะมีการแก้ไขโดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2559) สำหรับสถิติอัตราการมีบุตรยาก จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2002 พบอุบัติการณ์การมีบุตรยากในประชากรที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ประมาณร้อยละ 10-15 (Obesat, Gharaibeh, Oweis, & Gharaibeh,

2012) สำหรับประเทศไทย จากรายงานสถานการณ์ประชากรไทย ปี พ.ศ. 2552 พบว่าคู่สมรสมีภาวะการมีบุตรยาก ร้อยละ 11 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553) และในปี พ.ศ. 2558 พบว่าคู่สมรสมีภาวะการมีบุตรยากเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15.40 (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2559) นอกจากนี้ ผลการสำรวจสุขภาพของประชาชนไทย ในช่วงปี พ.ศ. 2551-2552 ยังพบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีภาวะการมีบุตรยากสูงสุด คือ ร้อยละ 13.10 (วิชัย เอกพลากร, 2553) โดยจังหวัด นครราชสีมาพบว่า มีประชากรที่มีบุตรยากและอัตราการมีบุตรโดยเฉลี่ยของหญิงวัยเจริญพันธุ์ในช่วงอายุ 15-49 ปี เท่ากับ 1.65 คน (กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ประจำประเทศไทย และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนา การเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2559) และจากสถิติ ผู้รับบริการแก้ไขปัญหามีบุตรยากของโรงพยาบาล รามาธิบดี พบว่าในปี พ.ศ. 2555 มีจำนวน 6,307 ราย และเพิ่มมากขึ้นเป็น 8,058 ราย ในปี พ.ศ. 2557 จากข้อมูล ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าแนวโน้มของคู่สมรสที่มีบุตรยาก มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

การมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นสิ่งที่พึงปรารถนาของทุกคน องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามของคุณภาพชีวิตว่าหมายถึง การรับรู้ความพึงพอใจของแต่ละบุคคลต่อการดำรงชีวิตของตน ซึ่งขึ้นอยู่กับบริบทของวัฒนธรรม ความคาดหวัง และการให้คุณค่าความสำคัญกับชีวิตที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล (World Health Organization Quality of Life assessment: WHOQOL, 1994) เช่นเดียวกับ Ferrans, Zerwic, Wilbur, and Larson (2005) ที่ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่าหมายถึง ความรู้สึกผาสุก (well-being) และความพึงพอใจในชีวิตโดยรวมของบุคคลนั้น ๆ การศึกษาคุณภาพชีวิตจึงต้องมีการศึกษาให้ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม โดยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของคนทั่วไปตามที้องการอนามัยโลก กำหนดไว้มี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (physical domain) ด้านจิตใจ (psychological domain) ด้านความสัมพันธ์

ทางสังคม (social relationships) และด้านสิ่งแวดล้อม (environment) (WHO, 1998) การที่สตรีที่มีภาวะการมีบุตรยากได้รับการแก้ไขการมีบุตรยากโดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ สิ่งที่เกิดขึ้นจากการแก้ไขนั้นมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต เช่น ผลกระทบด้านร่างกาย จากกระบวนการตรวจวินิจฉัยและการรักษาที่มีความซับซ้อนมากกว่าฝ่ายชาย จึงทำให้สตรีเกิดความเจ็บปวดและไม่มีความสุข (สุกักดี จุลวิจิตรพงษ์, 2553) ส่วนด้านจิตใจ ในระหว่างการแก้ไขการมีบุตรยาก สตรีจะมีความคาดหวังว่าจะประสบความสำเร็จ แต่เมื่อไม่ประสบความสำเร็จก็จะเกิดความเครียด (Cousineau & Domar, 2007; Gourounti, Anagnostopoulos, Potamianos, Lykeridou, Schmidt, & Vaslamatzis, 2012) นอกจากนี้ สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลยังไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ จึงส่งผลกระทบต่อครอบครัวที่ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายทั้งหมด สำหรับด้านสังคม สตรีที่ได้รับการแก้ไขการมีบุตรยากมักต้องลางานบ่อย ซึ่งหากผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงานไม่เข้าใจถึงสาเหตุการลาหยุดงาน จะส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงานได้ (Verhaak, Smeenk, Evers, Kremer, Kraaimaat, & Braat, 2007)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยากที่ได้รับการแก้ไขการมีบุตรยากโดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ในต่างประเทศนั้น Pinar and Zeyneloglu (2012) ได้ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของคู่สมรสที่มีบุตรยาก จำนวน 160 คู่ กับคู่สมรสทั่วไป จำนวน 160 คู่ พบว่าคู่สมรสที่มีบุตรยากมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตน้อยกว่าคู่สมรสทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ตรงกันข้ามกับการศึกษาของ El Kissi, Amamou, Hidar, Ayoubi Idrissi, Khairi, and Ali (2014) ที่ศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของคู่สมรสที่มีบุตรยากชนิดปฐมภูมิที่ได้รับการแก้ไขการมีบุตรยาก จำนวน 100 คู่ กับคู่สมรสที่มีบุตรอย่างน้อย 1 คน และไม่มีประวัติการมีบุตรยาก จำนวน 100 คู่ พบว่าสตรีทั้ง 2 กลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน จะเห็นได้ว่า ผลการศึกษาที่ผ่านมายังไม่ชัดเจน ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตมีความแตกต่างกัน

ตามวัฒนธรรมและชีวิตความเป็นอยู่ของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่า มีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้คุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยากที่เข้ารับการแก้ไขการมีบุตรยากโดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ดังการศึกษาของ Pinar and Zeyneloglu (2012) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก เนื่องจากสตรีที่มีอายุน้อยกว่ามีความคาดหวังกับผลการแก้ไขการมีบุตรยากมากกว่าสตรีที่มีอายุน้อยตรงกันข้ามกับการศึกษาของ Aduloju, Akintayo, Olofinbiyi, Awoleke, Ade-Ojo, and Dada (2015) ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก ส่วนปัจจัยด้านระดับการศึกษา Maroufizadeh, Ghaheri, and Omani Samani (2017) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตในสตรีที่มีบุตรยากที่อยู่ระหว่างได้รับการทำเด็กหลอดแก้ว จำนวน 155 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 56.80) มีการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ในทางตรงกันข้าม จากการศึกษาของ Chachamovich, Chachamovich, Zachia, Knauth, and Passos (2007) กลับพบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก และยังมีการศึกษาคุณภาพชีวิตในกลุ่มสตรีที่ได้รับการทำเด็กหลอดแก้ว จำนวน 514 คู่ พบว่าสตรีที่มีการศึกษาระดับต่ำมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าสตรีที่มีการศึกษาระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) (Rashidi, Montazeri, Ramezanzadeh, Shariat, Abedinia, & Ashrafi, 2008; Karabulut, Özkan, & Oguz, 2013) สำหรับปัจจัยด้านรายได้ครอบคลุมจากการศึกษาของ Aliyeh and Laya (2007) พบว่าสตรีที่มีบุตรยากกลุ่มที่มีรายได้ครอบคลุมระดับปานกลางและระดับสูง มีคุณภาพชีวิตดีกว่าสตรีที่มีบุตรยากกลุ่มที่มีรายได้ครอบคลุมระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่มียาได้ระดับสูงหรือมีสถานภาพทางการเงินที่มั่นคงจะไม่ได้รับผลกระทบทางการเงินแม้จะมีรายจ่ายสูงในการแก้ไขการมีบุตรยาก อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษาของ Karabulut et al. (2013) กลับพบว่ารายได้ของสตรีที่มีบุตรยากไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ในภาพรวม สำหรับปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส จากการศึกษาของ Kim and Shin (2013) ที่ศึกษาในสตรีที่มีบุตรยาก จำนวน 203 ราย พบว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) สำหรับปัจจัยด้านความเครียด Ehsanpour, Mohsenzadeh, Kazemi and Yazdani (2009) ได้ศึกษาความเครียดของคู่สมรสขณะที่ได้รับการแก้ไขการมีบุตรยาก จำนวน 75 คู่ พบว่าคู่สมรสส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.70) มีความเครียดเกิดขึ้นในระหว่างที่ได้รับการแก้ไขการมีบุตรยาก และพบว่าความเครียดที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เช่นเดียวกับการศึกษาของ Kim and Shin (2013) ที่พบว่าความเครียดของสตรีที่มีบุตรยากมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )

การแก้ไขการมีบุตรยากโดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ เช่น การผสมเทียม การทำเด็กหลอดแก้ว ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีสถิติภาวะการมีบุตรยากสูง พบว่าส่วนใหญ่จะให้บริการโดยสถานบริการภาคเอกชน ส่วนสถานบริการภาครัฐเปิดให้บริการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดต่าง ๆ เช่น ขอนแก่น นครราชสีมา แต่เนื่องด้วยการแก้ไขการมีบุตรยากต้องใช้ระยะเวลานาน และคู่สมรสต้องเข้ารับบริการอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้คู่สมรสส่วนใหญ่เลือกเข้ารับการแก้ไขการมีบุตรยากในสถานบริการภาคเอกชน เนื่องจากมีความสะดวกมากกว่า แม้อัตราค่าใช้จ่ายจะสูงกว่าสถานบริการภาครัฐ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกทำการศึกษาในเขตจังหวัดนครราชสีมา ในสถานบริการภาคเอกชนที่เปิดให้บริการแก้ไขการมีบุตรยากโดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ที่ใกล้เคียงกับสถานบริการภาครัฐ โดยสตรีที่เข้ารับการแก้ไขการมีบุตรยากจะได้รับข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับขั้นตอนการตรวจร่างกาย การตรวจพิเศษต่าง ๆ และการดูแลในขณะที่ได้รับการแก้ไขการมีบุตรยาก จากเจ้าหน้าที่ซึ่งประกอบด้วยพยาบาล วิชาชีพ นักวิทยาศาสตร์ด้านตัวอ่อน และสูติแพทย์ เป็นต้น

จากแนวคิดและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องข้างต้น ประกอบกับการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยากที่เข้ารับการแก้ไขการมีบุตรยากโดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ที่ส่วนใหญ่

เป็นการศึกษาในต่างประเทศ อีกทั้งบางการศึกษายังมีความขัดแย้งกันอยู่ เช่น ปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ส่วนในประเทศไทยซึ่งมีบริบททางสังคมและวัฒนธรรมแตกต่างกัน และเพื่อให้สามารถสรุปความรู้ในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีไทยที่มีบุตรยาก ทั้งนี้เพื่อเป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลในการพัฒนาการดูแลและการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยากต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัว ความเครียด การดำรงบทบาทภรรยา และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส กับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก

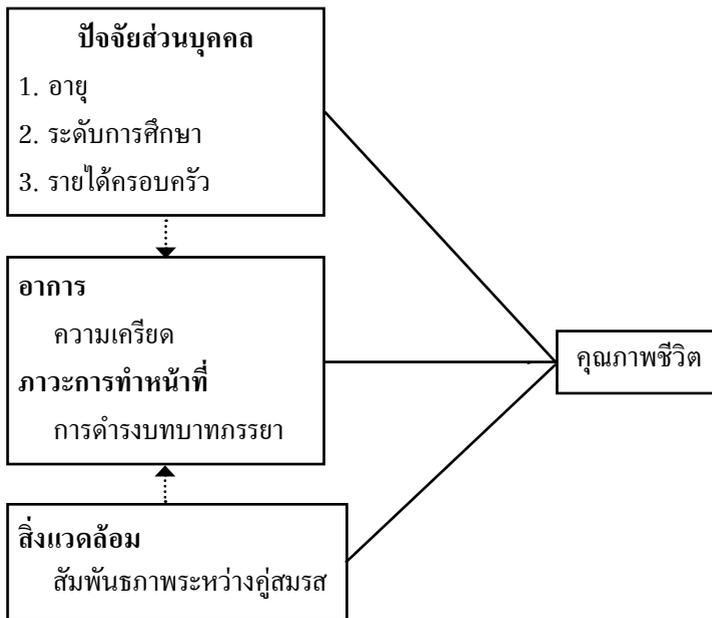
### สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัว ความเครียด การดำรงบทบาทภรรยา และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของ Ferrans et al. (2005) ที่อธิบายว่าการรับรู้คุณภาพชีวิตของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ หลายด้าน ได้แก่ 1) ด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วยเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ เป็นต้น 2) ด้านสิ่งแวดล้อม แบ่งออกเป็น 2.1) สิ่งแวดล้อมด้านสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับคนในสังคมหรือสมาชิกในครอบครัว เช่น ระหว่างคู่สมรส ครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ และ 2.2) สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ เช่น บ้านที่พักอาศัย เพื่อนบ้าน

ข้างเคียง สถานที่ทำงาน ซึ่งล้วนมีอิทธิพลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต 3) ด้านการทำหน้าที่ทางชีววิทยา เป็นกระบวนการทำหน้าที่ของอวัยวะทั้งหมดของร่างกายที่ครอบคลุมทั้งในระดับโมเลกุลและระดับเซลล์ ซึ่งการทำหน้าที่ดังกล่าวอาจเป็นไปตามปกติหรือผิดปกติ สำหรับการมีบุตรยากที่เกิดขึ้นถือเป็นความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์ 4) ด้านอาการ หมายถึง การรับรู้หรือความรู้สึกของบุคคลที่ตอบสนองต่อความผิดปกติในการทำงานของร่างกายและสภาวะทางจิตใจ แบ่งออกเป็น 4.1) ด้านร่างกาย เช่น ความเจ็บปวด อาการคลื่นไส้ อาเจียน ความเหนื่อยล้า และ 4.2) ด้านจิตใจ เช่น ความเครียด ความกลัว ความเศร้า 5) ด้านภาวะการทำหน้าที่ หมายถึง ความสามารถสูงสุดในการทำบทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคคล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างต่อเนื่อง 6) ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป เป็นการประเมินภาวะสุขภาพทั่วไปโดยรวมของบุคคลนั้น ๆ ซึ่งเป็นผลมาจากปัจจัยด้านการทำหน้าที่ทางชีววิทยา ด้านอาการ และด้านภาวะการทำหน้าที่ รวมถึงผลจากปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม และ 7) คุณภาพชีวิตโดยรวม หมายถึง การรับรู้ถึงความผาสุก ความพึงพอใจหรือความสุขใจในชีวิตของบุคคล โดยปัจจัยต่างๆ ดังกล่าวจะส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมยังส่งผลทางอ้อมต่อคุณภาพชีวิตผ่านปัจจัยด้านการทำหน้าที่ทางชีววิทยา ด้านอาการ ด้านภาวะการทำหน้าที่ และด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไปด้วยเช่นกัน โดยในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยากตามกรอบแนวคิดของ Ferrans et al. (2005) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ดังนั้น ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัว ปัจจัยด้านอาการ ได้แก่ ความเครียด ปัจจัยด้านภาวะการทำหน้าที่ ได้แก่ การดำรงบทบาทภรรยา และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล (เอกสารรับรองเลขที่ 2559/279)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรเป็นสตรีที่มีบุตรยากที่มารับบริการแก้ไขการมีบุตรยากโดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ณ คลินิกเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ 1) เป็นสตรีที่มีบุตรยากที่อยู่ระหว่างได้รับการแก้ไขการมีบุตรยากโดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ 2) อาศัยอยู่ร่วมกับสามี 3) สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จำนวนขนาดตัวอย่างตามหลักของ Cohen (1988) สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) ที่ .90 การทดสอบเป็นแบบสองทาง (two-tailed test) และขนาดความสัมพันธ์ที่ต้องการศึกษา (effect size) เท่ากับ .480 ซึ่งได้จากค่าความสัมพันธ์

ระหว่างตัวแปรสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสกับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก (Onat & Beji, 2012) ดังนั้น ในการเปิดตารางสำเร็จรูปของ Cohen จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 62 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอายุ จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา และรายได้ครอบครัว จำนวนทั้งสิ้น 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินความเครียดของสตรีที่มีบุตรยาก ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความเครียดของสตรีที่มีบุตรยาก (Fertility Problem Inventory) ของ Newton, Sherrard, and Glavac (1999) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย โดยรุ่งอรุณ เศรษฐบุตร (2548) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านสังคม ด้านความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส ด้านการปฏิเสธการดำเนินชีวิตที่ไม่มีบุตร ด้านความต้องการเป็นบิดา-มารดา และด้านความสัมพันธ์ทางเพศ จำนวนทั้งสิ้น 46 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า

6 ระดับ จากคะแนน 1-6 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยมากที่สุด ไม่เห็นด้วยมาก ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความเครียดในระดับต่ำ (46-122 คะแนน) ในระดับปานกลาง (123-199 คะแนน) และในระดับสูง (200-276 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบประเมินการดำรงบทบาทภรรยา ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินของนิตยา บูรณกนิษฐ (2549) ที่สร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีโครงสร้างและหน้าที่ของครอบครัวของ Friedman (1986) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการทรัพยากรครอบครัว ด้านการมีบุตรและอบรมเลี้ยงดูบุตร ด้านการหาเลี้ยงครอบครัว ด้านการมีส่วนร่วมตัดสินใจในครอบครัว และด้านการเสริมสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว จำนวนทั้งสิ้น 37 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการดำรงบทบาทภรรยาในระดับต่ำ (37-73 คะแนน) ในระดับปานกลาง (74-110 คะแนน) และในระดับดี (111-148 คะแนน)

ชุดที่ 4 แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ผู้วิจัยใช้แบบประเมินของบุษกร ประภาพรสุข (2544) ที่ดัดแปลงจากแบบประเมินของสุพรรณดี สุ่มเล็ก (2538) ซึ่งแบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (The Dyadic Adjustment Scale) สร้างโดย Spanier (1976) และแปลเป็นภาษาไทยโดย สายพิณ เกษมกิจวัฒนา (2536) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความเห็นพ้องกันของคู่สมรส ด้านความพึงพอใจในคู่สมรส ด้านความกลมเกลียวของคู่สมรส และด้านการแสดงความรัก ต่อมาสุพรรณดี สุ่มเล็ก ได้นำแบบประเมินนี้มาปรับเนื้อหาในข้อคำถาม และลดจำนวนข้อ จาก 32 ข้อ เหลือ 28 ข้อ รวมทั้งปรับระดับการประเมินจากแบบมาตราประมาณค่า 6-7 ระดับ เป็น 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เคยเลย บางครั้ง บ่อย บ่อยมาก และบ่อยมากที่สุด สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสในระดับไม่ดี (28-56 คะแนน) ในระดับปานกลาง (57-112 คะแนน)

และในระดับดี (113-140 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบประเมินคุณภาพชีวิตสตรีที่มีบุตรยาก ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตของมารดา หลังคลอด ของศิริภรณ์ เหมะธูลิน (2559) ที่ดัดแปลงจากแบบประเมินเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ดันติพัฒน์สกุล, และวนิดา พุ่มไพศาลชัย (2545) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม จำนวนทั้งสิ้น 26 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีคุณภาพชีวิตในระดับไม่ดี (26-60 คะแนน) ในระดับปานกลาง (61-95 คะแนน) และในระดับดี (96-130 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบประเมินการดำรงบทบาทภรรยา และแบบประเมินคุณภาพชีวิตสตรีที่มีบุตรยาก ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 จากนั้นนำแบบประเมินความเครียดของสตรีที่มีบุตรยาก แบบประเมินการดำรงบทบาทภรรยา แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และแบบประเมินคุณภาพชีวิตสตรีที่มีบุตรยาก ไปทดลองใช้กับสตรีที่มีบุตรยากที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาค ได้เท่ากับ .87, .83, .89 และ .87 ตามลำดับ

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากแพทย์เจ้าของคลินิกแก้ไขการมีบุตรยากแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา และเข้าพบผู้ประสานงานของคลินิกแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ทั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ โดยชี้แจงถึงสิทธิ์ในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้

ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมจากนั้นแจกแบบสอบถามและแบบประเมินแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยให้เวลาตอบประมาณ 45 นาที หรือตามที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม 2559

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ฐานนิยม ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความเครียด ข้อมูลการดำรงบทบาทภรรยา ข้อมูลสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และข้อมูลคุณภาพชีวิตวิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัว ความเครียด การดำรงบทบาทภรรยา และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส กับคุณภาพชีวิตวิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

**ผลการวิจัย**

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุ 35 ปีขึ้นไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.10 โดยมีอายุเฉลี่ย 34.77 ปี (SD = 3.24) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 82.20 (mode = 16 ปี) และมีรายได้ครอบครัว 40,000 บาทขึ้นไป

ต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 83.80 (mode = 40,000 บาทต่อเดือน)

2. ความเครียด การดำรงบทบาทภรรยา สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 123.85, SD = 19.68$ ) มีค่าเฉลี่ยคะแนนการดำรงบทบาทภรรยาในระดับดี ( $\bar{X} = 124.27, SD = 9.18$ ) มีค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 110.73, SD = 11.45$ ) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในระดับดี ( $\bar{X} = 102.53, SD = 9.29$ )

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัว ความเครียด การดำรงบทบาทภรรยา และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าการดำรงบทบาทภรรยา และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .379, p < .01$  และ  $r = .538, p < .001$  ตามลำดับ) ความเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.500, p < .001$ ) และพบว่าอายุ ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัว ความเครียด การดำรงบทบาทภรรยา และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส กับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง (n = 62)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิต	
	r	p
อายุ	-.026	.838
ระดับการศึกษา	-.051	.694
รายได้ครอบครัว	.205	.110
ความเครียด	-.500	< .001
การดำรงบทบาทภรรยา	.379	.002
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส	.538	< .001

## การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ผลการวิจัยพบว่าสตรีที่มีบุตรยากมีคุณภาพชีวิตในระดับดี ทั้งนี้อธิบายได้ว่าสตรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพร้อมทั้งด้านการศึกษา มีการดำรงบทบาทภรรยาได้ดี และมีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสในระดับปานกลาง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีความหมายและมีคุณค่าต่อบุคคลในครอบครัว รวมทั้งมีความพร้อมด้านฐานะทางการเงินในครอบครัว มีรายได้เพียงพอในชีวิตประจำวันและในการแก้ไขการมีบุตรยาก จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการดำรงชีวิต เมื่อประเมินการรับรู้คุณภาพชีวิต จึงอยู่ในระดับดี ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Fardiazar, Amanati, and Azami (2012) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยากในกรุงเตหะราน ประเทศอิหร่าน พบว่าสตรีที่มีบุตรยากส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตในระดับดี

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก ได้แก่ ความเครียด การดำรงบทบาทภรรยา และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส

ผลการวิจัยพบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างต้องเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เป็นผลมาจากการมีบุตรยาก เช่น ความต้องการในการมีบุตร แต่เมื่อยังไม่สามารถมีบุตรได้ ก็ทำให้บั่นทอนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ซึ่งจะส่งผลให้ความพึงพอใจในความสัมพันธ์ทางเพศลดลง รวมถึงการที่สตรีที่มีบุตรยากได้รับความรู้สึกกดดันจากความคาดหวังของสังคมในการมีบุตร โดยเฉพาะในช่วงที่ได้รับการแก้ไขการมีบุตรยาก การต้องตอบคำถามที่ไม่พึงปรารถนา จึงทำให้สตรีที่มีบุตรยากรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ เป็นต้น ซึ่งถือเป็นเหตุการณ์ที่กลุ่มตัวอย่างจะต้องเผชิญและปรับตัวอย่างมาก จึงทำให้มีความเครียดในระดับปานกลาง แต่การที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในระดับดีนั้น อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมด้านเศรษฐกิจที่จะสามารถเข้ารับการแก้ไขการมีบุตรยากอย่างต่อเนื่องจนกว่าจะประสบความสำเร็จ

ในการมีบุตร จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกพึงพอใจในการดำเนินชีวิต ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Kim and Shin (2013) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยากในประเทศเกาหลีใต้ พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยพบว่าการดำรงบทบาทภรรยาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างสามารถแสดงบทบาทภรรยาได้ในระดับดีแม้ว่าจะอยู่ในภาวะการมีบุตรยาก โดยมีการดูแลเอาใจใส่ และทำหน้าที่ของภรรยาได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกมั่นใจ และภาคภูมิใจในบทบาทของตนเอง อีกทั้งการได้ไปเยี่ยมเยียนและดูแลญาติพี่น้องของแต่ละฝ่ายตามโอกาสที่เหมาะสม ตามประเพณีและวัฒนธรรมไทย ทำให้กลุ่มตัวอย่างและคู่สมรสมีความพึงพอใจในบทบาทของกันและกัน ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้จะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีตามมา สอดคล้องกับแนวคิดของ Ferrans et al. (2005) ที่กล่าวว่า การดำรงบทบาทหรือหน้าที่ของบุคคลที่ดีย่อมส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคลนั้นด้วย

ผลการวิจัยพบว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างและคู่สมรสยังมีสัมพันธภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ดี กลุ่มตัวอย่างจึงมีกำลังใจในการเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในชีวิตสมรส และมีการรับรู้คุณภาพชีวิตที่ดีตามมาในที่สุด ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Kim and Shin (2013) ที่พบว่าสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่ไม่มีมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัว ทั้งนี้อธิบายได้ว่าอายุของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใกล้เคียงกัน คือ อายุต่ำกว่า

35 ปี (ร้อยละ 41.90) และอายุ 35 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 58.10) จึงทำให้มีการกระจายของอายุค่อนข้างน้อย ส่งผลให้ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Aduloju et al. (2015) ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Pinar and Zeyneloglu (2012) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก ส่วนระดับการศึกษา อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับสูง คือ ระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 82.20) จึงมีความสามารถในการเรียนรู้และเข้าใจแหล่งประโยชน์เกี่ยวกับแนวทางการแก้ไขการมีบุตรยาก โดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในช่วงที่เข้ารับการแก้ไขการมีบุตรยากได้ดีเช่นเดียวกัน ทำให้ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Chachamovich et al. (2007) ที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Maroufizadeh et al. (2017) ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับรายได้ครอบครัว อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ที่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในชีวิตประจำวันและค่าใช้จ่ายในการแก้ไขการมีบุตรยาก แสดงว่าการกระจายของรายได้ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างมีน้อย ส่งผลให้ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ครอบครัวกับคุณภาพชีวิตไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Karabulut et al. (2013) ที่พบว่ารายได้ของสตรีที่มีบุตรยากไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Aliyeh and Laya (2007) ที่พบว่าสตรีที่มีบุตรยากกลุ่มที่มีรายได้ครอบครัวในระดับปานกลางและระดับสูง มีคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มที่มีรายได้ครอบครัวในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 บุคลากรทีมสุขภาพควรมีการประเมินความเครียด สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส การดำรงบทบาทภรรยา และคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก เมื่อเข้ารับการแก้ไขการมีบุตรยาก เพื่อให้การดูแลและให้คำปรึกษาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

1.2 บุคลากรทีมสุขภาพควรมีการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก โดยการสนับสนุนให้คู่สมรสเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เอาใจใส่ และให้กำลังใจ ซึ่งจะช่วยให้คู่สมรสมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และช่วยลดความเครียดที่เกิดขึ้นจากภาวะการมีบุตรยาก

### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยด้านความเครียด การดำรงบทบาทภรรยา และสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ต่อคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยาก

2.2 ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของสตรีที่มีบุตรยากที่มีระยะเวลาการมีบุตรยากแตกต่างกัน และมีเศรษฐฐานะแตกต่างกัน

## เอกสารอ้างอิง

กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2559). *รายงานสถานการณ์ประชากรไทย พ.ศ. 2558 โฉมหน้าครอบครัวไทย ยุคเกิดน้อย อายุยืน*. สืบค้น วันที่ 19 พฤศจิกายน 2559, จาก <http://countryoffice.unfpa.org/thailand/drive/FinalReportLaunchThaiFamiliesMay2016.pdf>

นิตยา บุรณกนิษฐ. (2549). *ความคาดหวังต่อบทบาทภรรยาของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมในอำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

- บุญกร ประภาพรสุข. (2544). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส ความรู้สึกไม่แน่นอน และวิธีการเผชิญความเครียดของสตรีที่มีบุตรยาก* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภารดี ชาญสมร, จิตติมา มโนทัย, และกฤษณ์ พันตรา. (2554). *ภาวะมีบุตรยากและการรักษา*. ใน สมศักดิ์ สุทัศน์วรวิทย์, ภารดี ชาญสมร, ยุพา พูนขำ, ปิยะรัตน์ เขียมมก, สุวัชย์ อินทรประเสริฐ, และกิตติพงษ์ แซ่เจ็ง. (บ.ก.). *การให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์: คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข*. หน้า 241-249. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- รุ่งอรุณ เศรษฐบุตร. (2548). *ความเครียดและการสนับสนุนทางสังคมของคู่สมรสที่มีบุตรยาก* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิชัย เอกพลากร. (บ.ก.). (2553). *การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552*. นนทบุรี: เดอะกรฟิโอ ซิสเต็มส์.
- ศิริภรณ์ เหมะธูลิน. (2559). *อิทธิพลของปัจจัยคัดสรรต่อคุณภาพชีวิตของมารดาหลังคลอด* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สายพิณ เกษมกิจวัฒนา. (2536). *แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทภรรยาผู้ป่วยเรื้อรัง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2553). *สรุปผลที่สำคัญการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2552*. กรุงเทพฯ: บางกอกบลิ๊อค.
- สุพรรณิ สุ่มเล็ก. (2538). *รูปแบบเชิงสาเหตุของความสามารถในการดำรงบทบาทมารดาเป็นครั้งแรก* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุภัคดี จุลวิจิตรพงษ์. (2553). *ความหวังใหม่ของผู้มีบุตรยาก*. สืบค้น วันที่ 7 มีนาคม 2558, จาก <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articleDetail.asp?id=174>
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ตันติพัฒน์สกุล, และวนิดา พุ่มไพศาลชัย. (2545). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)*. สืบค้น วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2558, จาก <http://www.dmh.go.th/test/>
- Aduleju, O. P., Akintayo, A. A., Olofinbiyi, B. A., Awoleke, J. O., Ade-Ojo, I. P., & Dada, M. U. (2015). Predictors of quality of life among infertile women in a South-Western Nigerian teaching hospital. *International Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 5(1), 8-12.
- Aliyeh, G., & Laya, F. (2007). Quality of life and its correlates among a group of infertile Iranian women. *Medical Science Monitor*, 13(7), 313-317.
- Chachamovich, J. R., Chachamovich, E., Zachia, S., Knauth, D., & Passos, E. P. (2007). What variables predict generic and health-related quality of life in a sample of Brazilian women experiencing infertility?. *Human Reproduction*, 22(7), 1946-1952.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cousineau, T. M., & Domar, A. D. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2), 293-308.
- Ehsanpour, S., Mohsenzadeh, N., Kazemi, A., & Yazdani, M. (2009). The relation between social support and stress in treatment of infertility in infertile couples referred to infertility centers of Isfahan in 2007. *Indian Journal of Neonatal Medicine and Research*, 14(2), 51-55.

- Fardiazar, Z., Amanati, L., & Azami, S. (2012). Irrational parenthood cognitions and health-related quality of life among infertile women. *International Journal of General Medicine*, *5*, 591-596.
- Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal Nursing Scholarship*, *37*(4), 336-342.
- Friedman, M. M. (1986). *Family nursing research & Assessment*. New York: Appleton-Century-Croft.
- Gourounti, K., Anagnostopoulos, F., Potamianos, G., Lykeridou, K., Schmidt, L., & Vaslamatzis, G. (2012). Perception of control, coping and psychological stress of infertile women undergoing IVF. *Reproductive Biomedicine Online*, *24*(6), 670-679.
- Karabulut, A., Özkan, S., & Oguz, N. (2013). Predictors of fertility quality of life (FertiQoL) in infertile women: Analysis of confounding factors. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, *170*(1), 193-197.
- Kim, J. H., & Shin, H. S. (2013). A structural model for quality of life of infertile women. *Journal of Korean Academy of Nursing*, *43*(3), 312-320.
- El Kissi, Y., Amamou, B., Hidar, S., Ayoubi Idrissi, K., Khairi, H., & Ali, B. B. (2014). Quality of life of infertile Tunisian couples and differences according to gender. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *125*(2), 134-137.
- Maroufizadeh, S., Ghaheri, A., & Omani Samani, R. (2017). Factors associated with poor quality of life among Iranian infertile woman undergoing IVF. *Psychology, Health & Medicine*, *22*(2), 145-151.
- Newton, C. R., Sherrard, W., & Glavac, I. (1999). The fertility problem inventory: Measuring perceived infertility-related stress. *Fertility and Sterility*, *72*(1), 54-62.
- Obeisat, S., Gharaibeh, M. K., Oweis, A., & Gharaibeh, H. (2012). Adversities of being infertile: The experience of Jordanian women. *Fertility and Sterility*, *98*(2), 444-449.
- Onat, G. B., & Beji, N. B. (2012). Marital relationship and quality of life among couples with infertility. *Sexuality and Disability*, *30*(1), 39-52.
- Pinar, G., & Zeyneloglu, H. B. (2012). Quality of life, anxiety and depress in Turkish women prior to receiving assisted reproductive techniques. *International Journal of Fertility & Sterility*, *6*(1), 1-12.
- Rashidi, B., Montazeri, A., Ramezanzadeh, F., Shariat, M., Abedinia, N., & Ashrafi, M. (2008). Health-related quality of life in infertile couples receiving IVF or ICSI treatment. *BMC Health Services Research*, *8*, 186.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and Family*, *38*(1), 15-28.

Verhaak, C. M., Smeenk, J. M., Evers, A. W., Kremer, J. A., Kraaimaat, F. W., & Braat, D. D. (2007). Women's emotional adjustment to IVF: A systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction Update*, 13(1), 27-36.

World Health Organization. (1998). *WHOQOL user manual*. Geneva: Author.

World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL). (1994). The development of The world health organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In Orley, J., & Kuyken, W. (Eds.). *Quality of life assessment: International perspectives*. pp. 41-60. Berlin: Springer-Verlag.