

Original article

Depression and associated factors among female patients at Infertility Clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital

Suthasinee Vimonnit¹

Chutima Roomruangwong^{2*}

Abstract

Background: From previous studies, women with infertile problems were reported to have at least one form of emotional distress. However, there is still lack of direct study on depression among this group of women in Thailand.

Objectives: To examine the prevalence of depression and associated factors among female patients at the Infertility Clinic, King Chulalongkorn Memorial Hospital.

Methods: A total of 111 female patients who received treatments at the Infertility Clinic were recruited after they had given informed consent. Then they were asked to complete 4 questionnaires, namely: 1) Personal information questionnaire; 2) Beck Depression Inventory IA (BDI-IA); 3) Dyadic Adjustment Scale (DAS); and 4) A revised Thai version of Multidimensional Scale of Perceived Social Support (r-T-MSPSS). Univariate analysis (e.g. *t*-test, Mann Whitney U test, Chi-Square and Fisher's exact test) was used to examine associated factors with depression and multivariate analysis was used to determine the predictors of depression among this group of female patients.

Results: This study showed 21.6% of the infertile women had depression. Multivariate analysis revealed 3 factors significantly associated with depression, i.e., history of miscarriage, vaginal discharge, and low level of social support.

Conclusion: Almost 1/4 of women with infertility problems had depression. This study should alert medical personnel to screen and provide help for them.

Keywords: Depression, female, infertility clinic.

*Correspondence to: Chutima Roomruangwong, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.

Received: March 21, 2017

Revised: May 30, 2017

Accepted: July 15, 2017

¹Master of Science, Mental Health, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

²Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

นิพนธ์ต้นฉบับ

ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สุธาสินี วิมลนิตย¹

ชุติมา หุ่นเรือวงษ์²

บทคัดย่อ

เหตุผลของการทำวิจัย: จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าหญิงที่มีภาวะมีบุตรยากมักมีปัญหาทางอารมณ์อย่างน้อยรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง อย่างไรก็ตาม การศึกษาโดยตรงถึงภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหญิงกลุ่มนี้ยังมีอยู่ค่อนข้างจำกัดในประเทศไทย

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาถึงภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

วิธีการทำวิจัย: เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 111 ราย โดยใช้แบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง ซึ่งประกอบด้วย 1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยของภาวะมีบุตรยาก 2. แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory – IA (BDI-IA)) 3. แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (The Spinner Dyadic Adjustment Scale (DAS)) 4. แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (A revised Thai version of Multidimensional Scale of Perceived Social Support (r-T-MSPSS)) การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ Univariate a (ได้แก่ t-test, Mann Whitney U test, Chi-Square และ Fisher's exact test) เพื่อทดสอบปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า และใช้ Multivariate Analysis เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหญิงกลุ่มนี้

ผลการศึกษา: พบความชุกของภาวะซึมเศร้าอยู่ที่ ร้อยละ 21.6 โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้ามี 3 ปัจจัย ได้แก่ การมีประวัติแท้งบุตร อาการตกขาว และการมีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ

สรุป: เกือบ 1 ใน 4 ของหญิงที่มีภาวะมีบุตรยากมีภาวะซึมเศร้า โดยผลการศึกษาในครั้งนี้ทำให้นักวิชาการทางการแพทย์ตระหนักถึงความสำคัญในการคัดกรองและให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า, ผู้หญิง, ภาวะมีบุตรยาก.

ในปัจจุบันเนื่องจากภาวะทางเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งประชากรที่ได้รับการศึกษาสูงขึ้นกว่าในสมัยก่อน ทำให้มีแนวโน้มการแต่งงานเมื่อมีอายุมากขึ้น อายุเฉลี่ยเมื่อสมรสครั้งแรกของหญิงเพิ่มสูงขึ้นจาก 22 ปี ใน พ.ศ. 2513 เป็น 24 ปี ใน พ.ศ. 2543⁽¹⁾ ซึ่งการยืดอายุสมรสของหญิงย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะเจริญพันธุ์ โดยยิ่งเลื่อนอายุการแต่งงานไปมากขึ้นเท่าใด ช่วงเวลาของโอกาสที่จะมีบุตรก็จะยิ่งน้อยลงเท่านั้น โดยพบว่าคู่สมรสที่อายุมากขึ้น มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะมีบุตรยากมากขึ้น จำนวนบุตรเฉลี่ยที่สตรีคนหนึ่งจะมีตลอดวัยเจริญพันธุ์ อยู่ที่ประมาณ 6 ราย ใน พ.ศ. 2513 ลดลงเหลือเพียงแค่ 1.6 รายเท่านั้น ใน พ.ศ. 2556⁽²⁾ และมีการคาดการณ์ว่าจำนวนบุตรเฉลี่ยของผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์ จะลดลงอย่างต่อเนื่องจนเหลือเพียง 1.3 ราย ภายในปี พ.ศ. 2583⁽³⁾ ทำให้ภาวะมีบุตรยากเริ่มเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ พบได้ประมาณร้อยละ 4 - 14 จากทั่วโลก⁽⁴⁾ ส่วนการสำรวจในประเทศไทยพบว่าอัตราการเพิ่มของประชากรได้ลดลงจากในช่วงระหว่างปีพ.ศ. 2533 - 2543 ที่จากเดิมมีการเพิ่มจำนวนประชากรต่อปีอยู่ที่ 2.7 ล้านราย ลดลงเหลือเพียง 0.77 ล้านรายต่อปี ในช่วงปีพ.ศ. 2543 - 2553⁽⁵⁾ ซึ่งการมีบุตรยากก็เป็นหนึ่งในสาเหตุที่ทำให้อัตราการเกิดลดต่ำลง⁽⁶⁾ โดยจากการสำรวจประชากรไทยอายุระหว่าง 15 - 59 ปีทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2552 พบว่ามีคู่สมรสที่มีปัญหาการมีบุตรยากอยู่ที่ประมาณร้อยละ 11 และเพศหญิงมีปัญหามากกว่าเพศชาย โดยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีปัญหามากกว่า บุตรยากสูงกว่าภาคอื่น ๆ ซึ่งอยู่ที่ร้อยละ 13.1 สำหรับกรุงเทพมหานครพบที่ร้อยละ 8.5⁽⁷⁾

ในสังคม ภาวะการมีบุตรยากซึ่งสาเหตุเกิดจากความบกพร่องของฝ่ายหญิงมักถูกกล่าวถึงบ่อย จึงส่งผลทำให้ผู้หญิงที่มีบุตรยากต้องเผชิญกับความเครียด และความกดดันด้วยความรู้สึกว่าตนนั้นมีความบกพร่องในบทบาทของความเป็นมารดา และไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ ทำให้ผู้หญิงพยายามหาทุกวิถีทางให้ตนตั้งครรภ์⁽⁸⁾ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเครียดและโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ที่ตามมา ปัญหาด้านจิตใจอย่างหนึ่งที่

พบได้ คือ ภาวะซึมเศร้า ซึ่งโดยส่วนมากจะเกิดอาการซึมเศร้าระหว่างช่วง 2 - 3 ปีแรกของภาวะมีบุตรยาก เนื่องจากไม่สามารถตั้งครรภ์ได้ ภาวะซึมเศร้าส่งผลต่อความผิดปกติทางสรีรวิทยา เช่น การเพิ่มขึ้นของภาวะโปรแลคติน ซึ่งส่งผลทำให้รังไข่ทำงานผิดปกติ รวมทั้งการทำงานผิดปกติของระดับฮอร์โมนคอร์ติโคอยด์ที่เป็นตัวควบคุมระดับความเครียด ซึ่งระดับความเครียดที่สูงจะส่งผลทำให้การทำการรักษาภาวะมีบุตรยากเกิดความล้มเหลว⁽⁹⁾

การศึกษาถึงภาวะซึมเศร้าในกลุ่มหญิงที่มีบุตรยากนั้นยังไม่เคยมีการศึกษาในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเรื่องนี้ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

วิธีการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบพรรณนา (descriptive study) โดยศึกษาที่ ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional) ซึ่งใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการศึกษา โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยหญิงที่มาเข้ารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สามารถอ่าน เขียนภาษาไทยได้ และให้ความร่วมมือในการวิจัยโดยไม่มี การสุ่มตัวอย่างจำนวน 111 รายสาเหตุที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง เนื่องจากประชากรตัวอย่างมีจำนวนน้อย จึงเก็บทุกรายที่เข้าเกณฑ์การศึกษา ซึ่งการศึกษานี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย แบบสอบถามที่ใช้มีทั้งหมด 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน แบ่งเป็น 2 ตอน ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลบุคคลทั่วไปที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจำนวน 20 ข้อ

ตอนที่ 2 ปัจจัยของภาวะมีบุตรยาก ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (Beck Depression Inventory – IA (BDI-IA))⁽¹⁰⁾ แปลแบบสอบถามเป็นภาษาไทยโดย รศ. มุกดา ศรียงค์⁽¹¹⁾ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.82 ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 21 ข้อ แต่ละข้อคำถามมี 4 ตัวเลือก แบ่งเป็น 0, 1, 2, 3 ค่าคะแนนรวมจะอยู่ระหว่าง 0 – 63 คะแนน ซึ่งแบ่งภาวะซึมเศร้าเป็น 5 ระดับ คือ 0 – 9 คะแนน หมายถึง ปกติ, 10 – 15 คะแนน หมายถึง มีอาการซึมเศร้าเล็กน้อย, 16 – 19 คะแนน หมายถึง มีอาการซึมเศร้าปานกลาง, 20 – 29 คะแนน หมายถึง มีอาการซึมเศร้ามาก, 30 – 63 คะแนน หมายถึง มีอาการซึมเศร้ารุนแรง

ส่วนที่ 3 แบบวัดสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (The Spinner Dyadic Adjustment Scale (DAS))⁽¹²⁾ แปลโดย ผศ.ดร.สุพรรณิ สุ่มเล็ก⁽¹³⁾ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบวัดทั้งหมดเท่ากับ 0.91 ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ คะแนนรวมของแบบวัดอยู่ระหว่าง 28 – 140 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ 28 – 56 คะแนน หมายถึง มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสอยู่ในระดับไม่ดี, 57 – 112 คะแนน หมายถึง มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสอยู่ในระดับปานกลาง, 113 – 140 คะแนน หมายถึง มีสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสอยู่ในระดับดี

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม (A revised Thai version of Multidimensional Scale of Perceived Social Support (r-T-MSPSS)) พัฒนาโดย Zimet, DeHlam และ Farley (1988) แปลโดยผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทยโดย ศ.นพ.ทินกร และ ศ.พญ. ณหทัย วงศ์ปการันย์⁽¹⁴⁾ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งหมดอยู่ที่ 0.92 ซึ่งประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 12 ข้อ คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 7 อันดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน จนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 7 คะแนน การแปลความหมายใช้คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 12 – 84 คะแนน โดยจะแบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ 12 – 36 คะแนน หมายถึง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ, 37 – 61 คะแนน หมายถึง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง, 62 – 84

คะแนนหมายถึง การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ได้แก่ ค่าความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ค่ามัธยฐาน (median) และใช้สถิติเชิงอนุมาน (inference statistics) ได้แก่ *t*-test, Mann Whitney U test, Chi-Square และ Fisher's exact test เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า และใช้ multivariate analysis ด้วยวิธี binary logistic regression เพื่อหาปัจจัยทำนายของภาวะซึมเศร้า

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะมีบุตรยาก

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 34.8 ปี รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 25,000 บาทระยะเวลาที่คบหากับสามีก่อนแต่งงานเฉลี่ยอยู่ที่ 4 ปีระยะเวลาที่อยู่กินกันฉันท์ภรรยาสามีก่อนเข้ารับการรักษาภาวะมีบุตรยากเฉลี่ยอยู่ที่ 4.3 ปีระยะเวลาที่พยายามจะมีบุตรเฉลี่ย 3 ปีจำนวนวันที่มีรอบเดือนเฉลี่ย 4.1 วัน ระยะห่างของรอบเดือนเฉลี่ย 29 วันความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ต่อ 1 สัปดาห์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาเฉลี่ย 2 ครั้งส่วนใหญ่รายได้เพียงพอและมีเหลือเก็บ (ร้อยละ 61.3) เกือบทั้งหมด ยังไม่เคยตั้งครรภ์ได้ (ร้อยละ 90.1) เคยแท้งบุตร (ร้อยละ 25.2) มีโรคประจำตัวทางด้านร่างกาย (ร้อยละ 16.2) ส่วนใหญ่มีรอบเดือนสม่ำเสมอ (ร้อยละ 73.9) ส่วนใหญ่มีอาการปวดรอบเดือน (ร้อยละ 64) ส่วนใหญ่มีอาการตกขาว (ร้อยละ 55.9) เคยผ่าตัดทางนรีเวช (ร้อยละ 28.8) เคยคุมกำเนิด (ร้อยละ 49.5) กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเข้าใจว่าความผิดปกติของอสุจิเป็นสาเหตุของภาวะมีบุตรยาก (ร้อยละ 40.5) และท่อนำไข่อุดตัน (ร้อยละ 40.5) มีผู้ที่เคยได้รับการภาวะมีบุตรยาก (ร้อยละ 36.9) ส่วนใหญ่ใช้วิธีวัดปรอทและกำหนดวันร่วมเพศ (ร้อยละ 19.8) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าในระดับปกติ

87 ราย (ร้อยละ 78.4) คะแนนสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส
อยู่ในระดับปานกลาง 110 ราย (ร้อยละ 99.1) และมี

คะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง 75 ราย
(ร้อยละ 68.2)

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย (N = 111)	Mean \pm SD หรือ N (%)
อายุ (ปี)	34.8 \pm 4.1
รายได้ส่วนตัวต่อเดือน (บาท)(N = 102)	25,000 (17,875 - 40,000) *
ระยะเวลาที่คบหากับสามีก่อนแต่งงาน (ปี) (N = 106)	4.0 (2.0 - 7.0)*
ระยะเวลาที่อยู่กินกันฉันท์ภรรยาสามีก่อนเข้ารับการรักษาผู้มีบุตรยาก (ปี) (N = 110)	4.3 (2.0 - 7.0) *
ความพยายามที่จะมีบุตร(ปี) (N = 109)	3.0 (1.8 - 5.0) *
ระยะเวลาของรอบเดือน (วัน) (N = 107)	4.1 \pm 1.3
ระยะห่างของรอบเดือน (วัน) (N = 103)	29.0 \pm 3.6
ความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ร่วมกับคู่สมรสภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (ครั้ง) (N = 108)	2.0 \pm 1.1
รายได้ไม่เพียงพอ	6 (5.4)
ยังไม่เคยตั้งครรรค์สำเร็จมาก่อน	100 (90.1)
มีประวัติเคยแท้งบุตร	28 (25.2)
มีโรคประจำตัวทางด้านร่างกาย	18 (16.2)
รอบเดือนมาสม่ำเสมอ	29 (26.1)
มีอาการปวดรอบเดือน	71 (64.0)
มีอาการตกขาว	62 (55.9)
มีประวัติเคยการผ่าตัดทางนรีเวช	32 (28.8)
เคยคุมกำเนิด	55 (49.5)
สาเหตุของภาวะมีบุตรยากตามความเข้าใจของผู้ป่วย (มีได้มากกว่า 1 สาเหตุ)	
ความผิดปกติของอสุจิ	45 (40.5)
ท่อนำไข่อุดตัน	45 (40.5)
เยื่อหนุมดลูกเจริญผิดที่	30 (27.0)
พังผืดในอุ้งเชิงกราน	25 (22.5)
เนื้องอกในมดลูก	18 (16.2)
ภาวะรังไข่หยุดทำงานก่อนกำหนด	17 (15.3)
สาเหตุอื่น ๆ	27 (24.3)
วิธีที่เคยได้รับการรักษาภาวะมีบุตรยาก	41 (36.9)
การให้ยากระตุ้นรังไข่และกำหนดวันรวมเพศ	22 (19.8)
ฉีดสเปิร์มเข้าเพื่อดูท่อนำไข่	14 (12.6)
การวัดปรอทและกำหนดวันรวมเพศ	7 (6.3)
ผ่าตัดส่องกล้องหน้าท้องเพื่อวินิจฉัยอวัยวะในอุ้งเชิงกราน	4 (3.6)
ทำเด็กหลอดแก้ว	3 (2.7)
วิธีการอื่น ๆ	14 (12.6)

ตารางที่ 1. (ต่อ) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย (N = 111)	Mean \pm SD หรือ N (%)
ไม่เคยรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยวิธีการใด ๆ (ราย)	70 (63.1)
ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้า ^(๑)	
ระดับปกติ	87 (78.4)
ระดับซึมเศร้าเล็กน้อย	20 (18.0)
ระดับซึมเศร้าปานกลาง	2 (1.8)
ระดับซึมเศร้ามาก	2 (1.8)
ระดับซึมเศร้ารุนแรง	0 (0.0)
ระดับคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ^(๒)	
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสอยู่ในระดับไม่ดี	1 (0.9)
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสอยู่ในระดับปานกลาง	110 (99.1)
สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสอยู่ในระดับดี	0 (0.0)
ระดับคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ^(๓) (N = 110)	
การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ	1 (0.9)
การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง	34 (30.9)
การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง	75 (68.2)

*median

๑ = ประเมินจากแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า Beck Depression Inventory – IA

๒ = ประเมินจากแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส The Dyadic Adjustment Scale

๓ = ประเมินจากแบบสอบถาม A revised Thai version of Multidimensional Scale of Perceived Social Support

**ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหญิงที่มา
รับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก**

จากการประเมินจากแบบสอบถาม Beck Depression Inventory – IA พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 78.4) ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ รายได้ต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่าง รายได้ไม่เพียงพอ ประวัติการแท้งบุตร อาการตกขาว สาเหตุของภาวะมีบุตรยาก (ตามความเข้าใจของผู้ป่วย) ได้แก่ ท่อนำไข่อุดตันพังผืดในอุ้งเชิงกรานการรักษาภาวะ

มีบุตรยากคะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และคะแนนการสนับสนุนทางสังคม

**ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหญิงที่มา
รับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก**

เมื่อนำตัวแปรจากต่าง ๆ มาวิเคราะห์พบว่า เหลือ 3 ปัจจัย ได้แก่ ประวัติการแท้งบุตรอาการตกขาว และการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ

ตารางที่ 2. ความเกี่ยวข้องระหว่างภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษ ณ คลินิกมีบุตรยากกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้สถิติ t-test และ Mann Whitney U test

ปัจจัย (N = 111)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (N = 87) Mean ± SD	มีภาวะซึมเศร้า (N = 24) Mean ± SD	t-test/U	P- value
อายุ (ปี)	34.9 ± 4.0	34.1 ± 4.8	0.855	0.395
รายได้ต่อเดือน (บาท) (N = 102)	36,203.0 ± 37,421.7	25,476.2 ± 20,014.0	597.0	0.035*
ระยะเวลาที่คบหากับสามีก่อนแต่งงาน (N = 106)	4.8 ± 3.6	3.9 ± 2.5	1.118	0.266
ระยะเวลาที่อยู่กินกันฉันท์ภรรยาสามี				
ก่อนเข้ารับการรักษา มีบุตรยาก (N = 110)	5.4 ± 3.9	5.8 ± 4.4	-0.393	0.695
ความพยายามที่จะมีบุตร (ปี) (N = 109)	3.6 ± 2.3	3.3 ± 2.7	0.594	0.554
ระยะเวลาของรอบเดือน (วัน) (N = 107)	4.2 ± 1.2	3.9 ± 1.4	1.170	0.245
ระยะห่างของรอบเดือน (วัน) (N = 103)	28.6 ± 3.2	30.2 ± 4.6	-1.888	0.062
ความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ร่วมกับคู่สมรส				
ภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (ครั้ง) (N = 108)	2.0 ± 1.2	2.1 ± 1.1	-0.116	0.908
คะแนนสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส ^(๑)	81.7 ± 11.5	87.5 ± 8.2	-2.290	0.024*
คะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม ^(๒) (N = 110)	67.1 ± 9.3	57.6 ± 15.6	2.847	0.008*

๑ = ประเมินจากแบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส The Dyadic Adjustment Scale

๒ = ประเมินจากแบบสอบถาม A revised Thai version of Multidimensional Scale of Perceived Social Support

*วิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann Whitney U test

P < 0.05

ตารางที่ 3. ความเกี่ยวข้องระหว่างภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษ ณ คลินิกมีบุตรยากกับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้สถิติ Chi-square

ปัจจัย (N = 111)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (N = 87) N (%)	มีภาวะซึมเศร้า (N = 24) N (%)	χ^2	P- value
รายได้ไม่เพียงพอ	1 (16.7)	5 (83.3)	14.254	<0.001*
ยังไม่เคยตั้งครรรภ์สำเร็จ	79 (79.0)	21 (21.0)	0.701 ^a	
มีประวัติเคยแท้งบุตร	15 (53.6)	13 (46.4)	13.598	<0.001*
มีโรคประจำตัวทางด้านร่างกาย	16 (88.9)	2 (11.1)	0.352 ^a	
รอบเดือนมาสม่ำเสมอ	65 (79.3)	17 (20.7)	0.147	0.702
มีอาการปวดรอบเดือน	57 (80.3)	14 (19.7)	0.421	0.516
มีอาการตกขาว	43 (69.4)	19 (30.6)	6.748	0.009*
มีประวัติเคยการผ่าตัดทางนรีเวช	24 (75.0)	8 (25.0)	0.303	0.582
เคยคุมกำเนิด	41 (74.5)	14 (25.5)	0.945	0.331

ตารางที่ 3. (ต่อ) ความเกี่ยวข้องของระหว่างภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยากกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้สถิติ Chi-square

ปัจจัย (N = 111)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (N = 87) N (%)	มีภาวะซึมเศร้า (N = 24) N (%)	χ^2	P- value
สาเหตุของภาวะมีบุตรยากตามความเข้าใจของภรรยา				
ความผิดปกติของอสุจิ	37 (82.2)	8 (17.8)	0.660	0.417
ท่อนำไข่อุดตัน	30 (66.7)	15 (33.3)	6.126	0.013*
พังผืดในอุ้งเชิงกราน	14 (56.0)	11 (44.0)	9.535	0.002*
ความผิดปกติของปากมดลูก	11 (64.7)	6 (35.3)	0.197 ^a	
เนื้องอกในมดลูก	13 (72.2)	5 (27.8)	0.535 ^a	
ภาวะรังไข่หยุดทำงานก่อนกำหนด	10 (58.8)	7 (41.2)	0.051 ^a	
เยื่อมดลูกเจริญผิดที่	22 (73.3)	8 (26.7)	0.617	0.432
สาเหตุอื่น ๆ	24 (92.3)	2 (7.7)	3.887	0.049*
วิธีการที่เคยได้รับการรักษาภาวะมีบุตรยาก				
ฉีดสีเอ็กซ์เรย์เพื่อดูท่อนำไข่	12 (85.7)	12 (14.3)	0.730 ^a	
การใช้ยากระตุ้นรังไข่และกำหนดวันร่วมเพศ	20 (90.9)	2 (9.1)	0.151 ^a	
การวัดปรอทและกำหนดวันร่วมเพศ	6 (85.7)	1 (14.3)	1.000 ^a	
ไม่เคยรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยวิธีการใด ๆ (ราย)	50 (71.4)	20 (28.6)	5.401	0.020*

a = Fisher's exact test

$P < 0.05$

ตารางที่ 4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอย Logistic Regression Analysis

ปัจจัย	Adjusted OR (95% CI)	P-value
การแท้งบุตร	2.003 (2.3 - 23.6)	0.001*
อาการตกขาว	1.228 (1.0 - 11.3)	0.045*
การสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ	- 0.068 (0.9 - 1.0)	0.010*

* $P < 0.05$

การแท้งบุตร ถ้าผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยากเคยแท้งบุตรจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า คิดเป็น 2.003 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยากที่ไม่เคยแท้งบุตร

อาการตกขาว ถ้าผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยากมีอาการตกขาวจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า คิดเป็น 1.228 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยากที่ไม่มีอาการตกขาว

การสนับสนุนทางสังคม ถ้าผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยากได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าลดลง คิดเป็น 0.068 เปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยากที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

อภิปรายผล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยหญิงที่มีภาวะมีบุตรยากจำนวน 111 ราย พบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำอยู่ที่ร้อยละ 21.6 แต่ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ Al-Asadi N. และคณะ⁽¹⁵⁾ ที่ได้ทำการศึกษาระดับภาวะซึมเศร้าในหญิงมีบุตรยากในประเทศอิรัก ผลการศึกษาพบความชุกของภาวะซึมเศร้าอยู่ที่ร้อยละ 68.9 และการศึกษาของ Alhassan A. และคณะ⁽¹⁶⁾ ที่ทำการสำรวจภาวะซึมเศร้าในหญิงที่มีบุตรยากในประเทศกานา ผลออกมาพบความชุกอยู่ที่ร้อยละ 62 สาเหตุที่ผลการศึกษาแตกต่างกัน เนื่องจากสภาพสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันเพราะในประเทศกลุ่มตะวันออกการมีบุตรเป็นสิ่งสำคัญมาก สำหรับเหตุผลทางวัฒนธรรมเศรษฐกิจสังคมและความเชื่อทางศาสนาทำให้ผู้หญิงที่มีบุตรยากในกลุ่มประเทศนี้ต้องเผชิญกับความกดดันและความเครียดมากกว่า จึงส่งผลทำให้พบความชุกของภาวะซึมเศร้าที่มากกว่า⁽¹⁷⁾ แต่การศึกษาในครั้งนี้มีความใกล้เคียงกับการศึกษาของ Biringer E. และคณะ⁽¹⁸⁾ ผลออกมาพบว่าระดับภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับต่ำ ($B = -0.05$ (95% CI = -0.50 ถึง -0.21)) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้หญิงที่มีภาวะมีบุตรยากชนิดปฐมภูมิและทุติยภูมิมีระดับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าไม่แตกต่างจากมารดาที่ไม่มีภาวะมีบุตรยาก

ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้แก่

การแท้งบุตร พบว่าการแท้งบุตรเป็นสาเหตุที่ส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้เป็นมารดาอย่างมาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Jacob L. และคณะ⁽¹⁹⁾ ที่พบว่า การแท้งบุตรส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความผิดปกติในการปรับตัว ซึ่งมีแนวโน้มของการที่จะก่อให้เกิดโรคทางจิตเวชในหญิงที่เคยมีประวัติการแท้งบุตรมากกว่าหญิงที่ไม่เคยแท้งบุตร เนื่องจากหญิงที่แท้งบุตรต้องเผชิญกับความรู้สึกต่าง ๆ ทางอารมณ์มากมายไม่ว่าจะเป็นความรู้สึกโศกเศร้าเสียใจต่อการสูญเสียบุตรอันเป็นที่รัก ความรู้สึกโกรธและความรู้สึกผิดหวัง⁽²⁰⁾ ซึ่งการสูญเสียถือเป็นปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าตาม⁽²¹⁾ และอาจส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลต่อการตั้งครรภ์ในครั้งต่อไปได้⁽²²⁾

สาเหตุการมีบุตรยากจากการตกขาว พบว่าอาการตกขาวสามารถมีสาเหตุมาจากการอักเสบ, การติดเชื้อ, เนื้องอก, การแพ้สารเคมีและยา การบาดเจ็บของอวัยวะสืบพันธุ์ และ fistula⁽²³⁾ ซึ่งส่งผลทำให้หญิงที่มีอาการตกขาวเกิดความวิตกกังวล และทำให้ขาดความมั่นใจในตัวเองได้ เพราะอาการของตกขาว มักจะทำให้เกิดกลิ่น และเป็นกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์⁽²⁴⁾ นอกจากนี้ยังมีการระคายเคืองซึ่งอาจมีอาการคันหรือแสบร้อนหรือทั้งสองอย่าง อาการคันอาจมีได้ทุกช่วงเวลาของวันซึ่งอาการเหล่านี้อาจรบกวนการใช้ชีวิตประจำวันและทำให้รู้สึกวิตกกังวลกับอาการที่เกิดขึ้นได้⁽²⁵⁾

การสนับสนุนทางสังคม พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีมีส่วนช่วยทำให้เกิดภาวะซึมเศร่าลดลงได้จากการศึกษาของ Li H. และคณะ⁽²⁶⁾ เรื่องของปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้า ในหญิงที่มีบุตรยากในมณฑลหูหนานของจีน พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า และการศึกษาของ Erdem K. และคณะ⁽²⁷⁾ เรื่องของความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมว่ามีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในหญิงมีบุตรยากหรือไม่ ผลออกมาพบว่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนซึมเศร้าและคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กันอย่างมากมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.596$, $P < 0.01$) แรงสนับสนุนทางสังคม

เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยในการเผชิญปัญหาของหญิงที่ประสบความเครียดจากการมีบุตรยาก⁽²⁸⁾ แม้ว่าจะไม่สามารถช่วยขจัดความเครียดได้แต่ก็มีส่วนช่วยให้มองโลกในแง่ดีขึ้นโดยการช่วยลดระดับความวิตกกังวล⁽²⁹⁾ หากขาดแรงสนับสนุนทางสังคมที่ี้อาจทำให้รู้สึกต้องเผชิญปัญหาเพียงลำพังขาดที่พึ่งและผู้ที่ยกยอให้คำปรึกษาซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าตามมา⁽³⁰⁾

การศึกษานี้พบว่าอายุของฝ่ายหญิงไม่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า ซึ่งแตกต่างกับงานวิจัยของ Alhassan A. และคณะ⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับอายุระยะเวลาที่ไม่มีบุตร การไม่ได้รับการศึกษาหรือมีการศึกษาน้อย การว่างงาน และภาวะมีบุตรยากแบบปฐมภูมิ นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่าสัมพันธ์ภาพกับคู่สมรสไม่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Al-Asadi N. และคณะ⁽¹⁵⁾ ที่พบว่าปัจจัยนี้มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าส่วนสาเหตุของการมีบุตรยากที่มาจากฝ่ายชายก็ไม่พบว่ามีส่วนต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ogawa M. และคณะ⁽³¹⁾ สาเหตุที่การศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาอาจมาจากสภาพสังคมและวัฒนธรรมที่ต่างกันในแต่ละประเทศรวมถึงผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ดีจึงส่งผลทำให้พบภาวะซึมเศร้าในระดับที่ต่ำ

สรุป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าในระดับปกติ มีคะแนนสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสอยู่ในระดับปานกลาง และมีคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าพบว่า 10 ปัจจัย ได้แก่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่าง, ความเพียงพอของรายได้, ประวัติการแท้งบุตร, อาการตกขาว, สาเหตุของภาวะมีบุตรยาก (ตามความเข้าใจของผู้ป่วย) ได้แก่ ท่อนำไข่อุดตัน, พังผืดในอุ้งเชิงกราน, สาเหตุอื่น ๆ, การรักษาภาวะมีบุตรยาก,

คะแนนสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรส และคะแนนความรู้สึกหลากหลายมิติเกี่ยวกับความช่วยเหลือทางสังคม ส่วนปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง คือ ประวัติการแท้งบุตร อาการตกขาว และการมีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับที่ต่ำ

ข้อจำกัดในการทำวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษาทั้งหมดได้ เนื่องจากปัจจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าอาจมีความแตกต่างกัน อีกทั้งรูปแบบของการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนา ซึ่งสามารถบอกได้เพียงปัจจัยที่เกี่ยวข้องแต่ไม่สามารถบอกสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าได้ และการศึกษานี้ไม่มีการสุ่มตัวอย่างอาจทำให้เกิดอคติของการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความต้องการของผู้วิจัยที่เลือกเพียงกลุ่มที่ผู้วิจัยคิดว่าน่าจะเป็นตัวแทนที่ดีของประชากร

ข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งอาจไม่สามารถเป็นตัวแทนของผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยากทั้งหมดได้ เนื่องจากปัจจัยที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าอาจมีความแตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาลรัฐ และโรงพยาบาลเอกชนอื่น ๆ รวมทั้งภาวะเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ค่านิยม และสื่อ ต่าง ๆ ทำให้มีผลกระทบต่อภาวะซึมเศร้าที่ต่างกันในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยหญิงที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก และผู้ป่วยชายที่มารับการรักษา ณ คลินิกมีบุตรยาก เนื่องจากการศึกษาในกลุ่มผู้ชายที่มีบุตรยากยังมีน้อย โดยทำการศึกษาจากผู้ชายที่มารับการรักษาจากที่คลินิกมีบุตรยาก รวมทั้งผู้หญิงและผู้ชายทั่วไปที่สมรสแล้ว เพื่อที่จะได้ข้อมูลเพิ่มเติมถึงความแตกต่างในด้านปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญชัย เชื้อไพโรจน์กิจ รักษาการหัวหน้าฝ่ายสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ตึก ภปร. ชั้น 8 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่เอื้อเฟื้อสถานที่ ในการเก็บข้อมูล รวมถึงเจ้าของแบบสอบถามทุกท่านที่อนุญาตให้ใช้แบบสอบถามในการทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 4 ทศวรรษ การสมรสของ คนไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2552 [เข้าถึงเมื่อ 28 พ.ย. 2559]. เข้าถึงได้จาก: <http://popcensus.nso.go.th/topic.php?cid=3>.
2. ศุทธิดา ชวนวัน, ปิยวัฒน์ เหตุวงศา. ทำไมผู้หญิง ไม่แต่งงาน: ผู้ชายหายไปไหน [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 28 พ.ย. 2559]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr/Annual Conference/ConferenceX/Download/Articles/434-A02-Why-women-not-married.pdf>.
3. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ และกองทุนประชากรแห่ง สหประชาชาติประจำประเทศไทย. รายงาน สถานการณ์ประชากรไทย พ.ศ. 2558 โฉมหน้า ครอบครัวไทยยุคเกิดน้อยอายุยืน [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 28 พ.ย. 2559]. เข้าถึงได้จาก: http://countryoffice.unfpa.org/thailand/drive/ebook_th-1.pdf.
4. Greenhall E, Vessey M. The prevalence of subfertility: a review of the current confusion and a report of two new studies. *Fertil Steril* 1990;54:978-83.
5. ปราโมทย์ ประสาทกุล, ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์. สุขภาพ คนไทย. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและ สังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.
6. Snick HK, Snick TS, Evers JL, Collins JA. The spontaneous pregnancy prognosis in untreated subfertile couples: the Walcheren primary care study. *Hum Reprod* 1997;12: 1582-8.
7. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชน ไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551- 2552 [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 30 พ.ย. 2559]. เข้าถึงได้จาก: www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/nhes4.pdf.
8. กังสดาล เชาว์วัฒนกุล. การสร้างความหมายทางสังคม และวัฒนธรรมเกี่ยวกับความรู้สึกเป็นตราบาป ในกลุ่มผู้หญิงที่มีบุตรยาก [วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย; 2547.
9. Sethi P, Sharma A, Goyal LD, Kaur G. Prevalence of psychiatric morbidity in females amongst infertile couples- a hospital based report. *J Clin Diagn Res* 2016;10:VC04-7.
10. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4: 561-71.
11. มุกดา ศรียงค์. แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory IA [BDI-IA]). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2522.
12. Spanier GB, Thomson L. A confirmatory analysis of The Dyadic Adjustment Scale. *J Marriage Fam* 1982;44:731-8.
13. สุพรรณิ สุ่มเล็ก. รูปแบบเชิงสาเหตุของความ สามารถในการดำรงบทบาทมารดาเป็นครั้งแรก [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2538.
14. Wongpakaran N, Wongpakaran T. A revised Thai multi-dimensional scale of perceived social support. *Span J Psychol* 2012;15:1503-9.

15. Al Asadi JN, Hussein ZB. Depression among infertile women in Basrah, Iraq: Prevalence and risk factors. *J Chin Med Assoc* 2015;78: 673-7.
16. Alhassan A, Ziblim AR, Muntaka S. A survey on depression among infertile women in Ghana. *BMC Womens Health* 2014;14:42.
17. Chen TH, Chang SP, Tsai CF, Juang KD. Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Hum Reprod* 2004;19: 2313 - 8.
18. Biringer E, Howard LM, Kessler U, Stewart R, Mykletun A. Is infertility really associated with higher levels of mental distress in the female population? Results from the North-Trondelag Health Study and the Medical Birth Registry of Norway. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2015;36:38-45.
19. Jacob L, Polly I, Kalder M, Kostev K. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorders in women with spontaneous abortion in Germany - A retrospective cohort study. *Psychiatry Res* 2017;258:382-6.
20. Erica C. Depression after a miscarriage [Internet]. 2016 [cited 2017 Nov 3]. Available from: <https://www.healthline.com/health/depression/miscarriage-depression#1>.
21. Beutel M, Deckardt R, von Rad M, Weiner H. Grief and depression after miscarriage: their separation, antecedents, and course. *Psychosom Med* 1995;57:517-26.
22. Armstrong DS. Emotional distress and prenatal attachment in pregnancy after perinatal loss. *J Nurs Scholarsh* 2002;34:339-45.
23. ชัยเลิศ พงษ์นริศร. ภาวะตกขาว (Vaginal Discharge) [อินเทอร์เน็ต].2553 [เข้าถึงเมื่อ 3 ม.ค. 2561]. เข้าถึงได้จาก: http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=com_content&view=article&id=413:leukorrhea&catid=42&Itemid=479.
24. รุ้ทันอาการตกขาว ปัญหาสุขภาพของผู้หญิง [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 3 ม.ค. 2561]. เข้าถึงได้จาก: <https://mahosot.com/%E0%B8%95%E0%B8%81%E0%B8%82%E0%B8%B2%E0%B8%A7.html>.
25. Vaginal infections – yeast or bacterial? [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 3]. Available from: <https://www.immunophen.com/blogs/news/vaginal-infections-yeast-or-bacterial>.
26. Li H, Lei J, Xu F, Yan C, Guimerans M, Xing H, et al. A study of sociocultural factors on depression in Chinese infertile women from Hunan Province. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2017;38:12-20.
27. Erdem K, Ejder AS. A sectional study: The relationship between perceived social support and depression in Turkish infertile women. *Int J Fertil Steril* 2014;8:303-14.
28. Slade P, O'Neill C, Simpson AJ, Lashen H. The relationship between perceived stigma, disclosure patterns, support and distress in new attendees at an infertility clinic. *Hum Reprod* 2007;22:2309-17.
29. Eren N. The impact of the levels of perceived social support in infertile couples on stress related with infertility and marital adjustment [dissertation]. Ankara: Gazi University; 2008.
30. Fairbrother N. Social support. *Visions: BC's Mental Health and Addictions Journal* 2011; 6:7-10.
31. Ogawa M, Takamatsu K, Horiguchi F. Evaluation of factors associated with the anxiety and depression of female infertility patients. *Biopsychosoc Med* 2011;5:15.