



The Experience of Women with Infertility: A Synthesis of Qualitative Study

Saowaros Pangzup, RN, MNS¹, Ameporn Ratinthorn, RN, PhD¹, Rungtip Kasak, RN, MSc¹,
Porntip Cananub, RN, PhD¹

Abstract

Purpose: The objective of this study was to review and perform meta-synthesis of studies to study experiences, coping and care needs of infertile women.

Design: This study is a systematic review and synthesis of qualitative studies by searching for studies published in January 2015 to May 2020 from the PubMed, MEDLINE, Academic Search Complete, Nursing & Allied Health Database (ProQuest), Scopus and Web of Science databases. The main search keywords were “experience”, “infertility”, “qualitative study” and “women”. Two authors independently assessed article quality, analyzed to identify themes and synthesize to obtain new meaning.

Research findings: Out of 17 qualitative studies, experiences of women with infertility were found to have five issues: the nature of being infertile women, coping and managing infertility problems, negative reactions from surrounding people perceived by women, effects on relationships and health care needs.

Conclusion and recommendations: Infertile women experience unseen feelings of loss, self-blame, perceived negative reactions from family and the people around them, lack adequate support from healthcare professionals, particularly in the psychological area. Therefore, families, friends and healthcare professionals are essential to providing support and empowerment for women to enable infertile women to properly overcome this suffering.

Keywords: experience, infertility, meta-synthesis, qualitative study, women

Nursing Science Journal of Thailand. 2021;39(3):1-16

Corresponding Author: Lecturer Saowaros Pangzup, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: saowaros.paz@mahidol.ac.th

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Received: 12 March 2021 / Revised: 19 April 2021 / Accepted: 30 April 2021



ประสบการณ์ของผู้หญิงที่มีภาวะมีบุตรยาก: การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพ

เสาวรส แพงทรัพย์, พย.ม.¹ เอมพร รตินธร, PhD¹ รุ่งทิพย์ กาศักดิ์, วท.ม.¹ พรทิพย์ คณานับ, PhD¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การทบทวนและสังเคราะห์งานวิจัยเชิงอภิมาน (meta synthesis) เพื่อศึกษาประสบการณ์ การเผชิญปัญหาและความต้องการของผู้หญิงที่มีภาวะมีบุตรยาก

รูปแบบการศึกษา: เป็นการทบทวนและสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพอย่างเป็นระบบ โดยสืบค้นงานวิจัยที่ตีพิมพ์ตั้งแต่เดือนมกราคม ค.ศ. 2015 ถึงเดือนพฤษภาคม ค.ศ. 2020 จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ [PubMed, MEDLINE, Academic Search Complete, Nursing & Allied Health Database (ProQuest), Scopus and Web of Science] คำสำคัญหลักที่ใช้ในการสืบค้น คือ “ประสบการณ์” “ภาวะมีบุตรยาก” “งานวิจัยเชิงคุณภาพ” และ “ผู้หญิง” โดยผู้เขียน 2 คน แยกกันทำการประเมินคุณภาพของบทความ วิเคราะห์เพื่อหาประเด็นหลักและสังเคราะห์เพื่อให้ได้ความหมายใหม่

ผลการศึกษา: จากงานวิจัยเชิงคุณภาพ ทั้งหมด 17 เรื่อง พบประสบการณ์ของผู้หญิงมีบุตรยากที่สำคัญทั้งหมด 5 ประเด็น ได้แก่ ธรรมชาติของผู้หญิงมีบุตรยาก การเผชิญและรับมือกับปัญหา ปฏิกริยาเชิงลบของบุคคลรอบข้างตามการรับรู้ของผู้หญิง ผลกระทบต่อสัมพันธภาพ และความต้องการด้านสุขภาพ

สรุปและข้อเสนอแนะ: ผู้หญิงมีบุตรยากต้องเผชิญกับความรู้สึกสูญเสียที่ไม่มีใครมองเห็น โทษตัวเอง รับรู้ปฏิกริยาเชิงลบจากครอบครัวและบุคคลรอบข้าง ขาดการสนับสนุนที่เพียงพอจากบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะด้านจิตใจ ดังนั้น ครอบครัว คนรอบข้างและบุคลากรทางการแพทย์คือบุคคลสำคัญในการสนับสนุนและเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อให้ผู้หญิงมีบุตรยากสามารถก้าวผ่านความทุกข์ทรมานนี้ไปได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ประสบการณ์ ภาวะมีบุตรยาก การสังเคราะห์งานวิจัยเชิงอภิมาน งานวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้หญิง

Nursing Science Journal of Thailand. 2021;39(3):1-16

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: อาจารย์เสาวรส แพงทรัพย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700,
e-mail: saowaros.paz@mahidol.ac.th

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ: 12 มีนาคม 2564 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 19 เมษายน 2564 / วันที่ตอบรับบทความ: 30 เมษายน 2564

บทนำ

ภาวะมีบุตรยากเป็นปัญหาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่สำคัญปัญหาหนึ่งของโลก ทั้งในประเทศที่กำลังพัฒนา และประเทศที่พัฒนาแล้ว¹ จากสถิติพบว่ามีคู่สมรสจำนวน 48.5 ล้านคู่ทั่วโลกได้รับผลกระทบจากภาวะมีบุตรยาก² ในประเทศสหรัฐอเมริกา ผู้หญิงอายุ 15-44 ปี ที่แต่งงานแล้วร้อยละ 12 ไม่สามารถตั้งครรภ์ได้หลังจากพยายามมาแล้ว 1 ปี³ ส่วนในประเทศที่กำลังพัฒนาพบว่า 1 ใน 4 ของคู่สมรสประสบกับภาวะมีบุตรยาก¹ และจากรายงานสถานการณ์ประชากรไทย พ.ศ. 2552 พบว่าคู่สมรสมีภาวะการมีบุตรยากร้อยละ 11 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15.40 ในปี พ.ศ. 2558⁴ ภาวะมีบุตรยาก (infertility) หมายถึง ภาวะที่คู่สมรสไม่สามารถมีบุตรได้หลังจากการมีเพศสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอ โดยไม่คุมกำเนิดเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี⁵ แบ่งออกเป็นชนิดปฐมภูมิ คือ ฝ่ายหญิงไม่เคยตั้งครรภ์ และทุติยภูมิ คือ ฝ่ายหญิงเคยตั้งครรภ์มาก่อน โดยผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์จะเป็นการคลอดบุตรหรือสิ้นสุดการตั้งครรภ์จากภาวะแทรกซ้อน เช่น การแท้ง หรือการตั้งครรภ์นอกมดลูก หลังจากนั้นไม่มีการตั้งครรภ์ในระยณานกว่า 1 ปี⁵

ภาวะมีบุตรยากเป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อน ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อชีวิตของผู้หญิงในหลายมิติ⁶ ทั้งมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและวัฒนธรรมในการดำรงอยู่ของผู้มีบุตรยาก⁷⁻⁹ ประการแรกคือผลกระทบต่อสภาพจิตอารมณ์ของผู้หญิง ได้แก่ ความรู้สึกซ้อก ผิดหวัง หดหนทาง¹⁰ และทุกข์ทรมานใจที่ไม่สามารถทำหน้าที่ผู้หญิงที่สมบูรณ์แบบได้ และไม่สามารถทำหน้าที่แม่ตามบรรทัดฐานที่สังคมคาดหวังได้¹¹⁻¹² รู้สึกเศร้าโศกเสียใจ น้อยใจ ไม่มีค่าและโทษตัวเอง¹³ เกิดความสิ้นคลอนในชีวิตสมรส เกิดความไม่มั่นคง และทำให้ครอบครัวแตกแยกได้¹⁴⁻¹⁵ ประการที่สองคือเมื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาภาวะมีบุตรยาก ผู้หญิงต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานด้านร่างกาย¹⁶ จากการฉีดยากระตุ้นการตกไข่ เจาะเลือดเพื่อตรวจฮอร์โมน อัลตราซาวด์เพื่อติดตามการเจริญของฟองไข่ การทำหัตถการเก็บไข่และการใส่ตัวอ่อน ประการที่สามคือ ด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากการรักษาภาวะมีบุตรยากมีค่าใช้จ่ายสูง¹⁷⁻¹⁸ ไม่ครอบคลุมในประกันสุขภาพของรัฐบาล ทำให้ผู้ที่มิฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ ไม่สามารถ

เข้าถึงการรักษาได้อย่างเต็มที่¹⁸ ประการที่สี่คือด้านสังคมและวัฒนธรรม เนื่องจากวัฒนธรรมของหลายประเทศยังคงให้คุณค่าของผู้หญิงจากการมีบุตร เมื่อไม่สามารถมีบุตรได้จึงถูกสังคมตีตราว่าผิดปกติ ไม่สมบูรณ์และถูกลดคุณค่า^{12,14}

จากผลกระทบดังกล่าว ทำให้ผู้หญิงเกิดความยากลำบากในการเผชิญปัญหา โดยผู้หญิงมักโทษตัวเองที่ไม่สามารถมีบุตรได้ ลดคุณค่าตัวเอง¹²⁻¹³ แยกตัวจากคนอื่น และสังคม เพื่อหลบหลีกการถูกถามถึงการมีบุตร^{10-12,15} และหลีกเลี่ยงจากความคิดเกี่ยวกับการมีบุตร¹¹ ซึ่งประสบการณ์ภาวะมีบุตรยากที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้หญิงต้องการความเข้าใจในธรรมชาติของพวกเขา ต้องการการดูแลเอาใจใส่ทางด้านจิตใจและการให้คำปรึกษาจากบุคคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง การแพทย์ที่เชี่ยวชาญ ต้องการความเข้าใจจากบุคคลในครอบครัวสามี แม่สามี รวมทั้งเพื่อน ผู้ร่วมงานและบุคคลอื่นๆ ในชีวิต¹³ และต้องการเข้าถึงการรักษาและการสนับสนุนด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาจากรัฐบาลเพิ่มมากขึ้น¹⁸ การทบทวนและสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์มาจัดเป็นองค์ความรู้ให้เป็นระบบมากขึ้น ว่ามุมมองของผู้หญิงที่มีประสบการณ์มีบุตรยากเป็นอย่างไร ซึ่งจะช่วยให้แพทย์ พยาบาลผดุงครรภ์ ตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องเข้าใจธรรมชาติ อารมณ์ ความรู้สึก ความต้องการและประสบการณ์อื่นๆ ตลอดจนวิธีการเผชิญปัญหาของผู้หญิงที่มีภาวะมีบุตรยากมากยิ่งขึ้น และสามารถให้การดูแลผู้หญิงที่มีบุตรยากได้แบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และวัฒนธรรม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การทบทวนและสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพ (meta synthesis) เพื่ออธิบายประสบการณ์ การเผชิญปัญหา และความต้องการของผู้หญิงที่มีภาวะมีบุตรยาก

วิธีดำเนินการวิจัย

การคัดเลือกวรรณกรรม

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

1. เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพที่เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้หญิงมีบุตรยาก

2. ไม่จำกัดรูปแบบวิธีการวิจัย เช่น เชิงพรรณนา เชิงปรากฏการณ์วิทยา เชิงสร้างทฤษฎีจากข้อมูลเป็นฐาน เชิงชาติพันธุ์วรรณา และกรณีศึกษา เป็นต้น

3. ศึกษาในผู้หญิงมีบุตรยากหรือคู่สามีภรรยาที่มีบุตรยากแบบปฐมภูมิและทุติยภูมิ โดยไม่จำกัดอายุ

4. งานวิจัยเผยแพร่เป็นภาษาอังกฤษ ในปี ค.ศ. 2015 ถึงปี ค.ศ. 2020

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

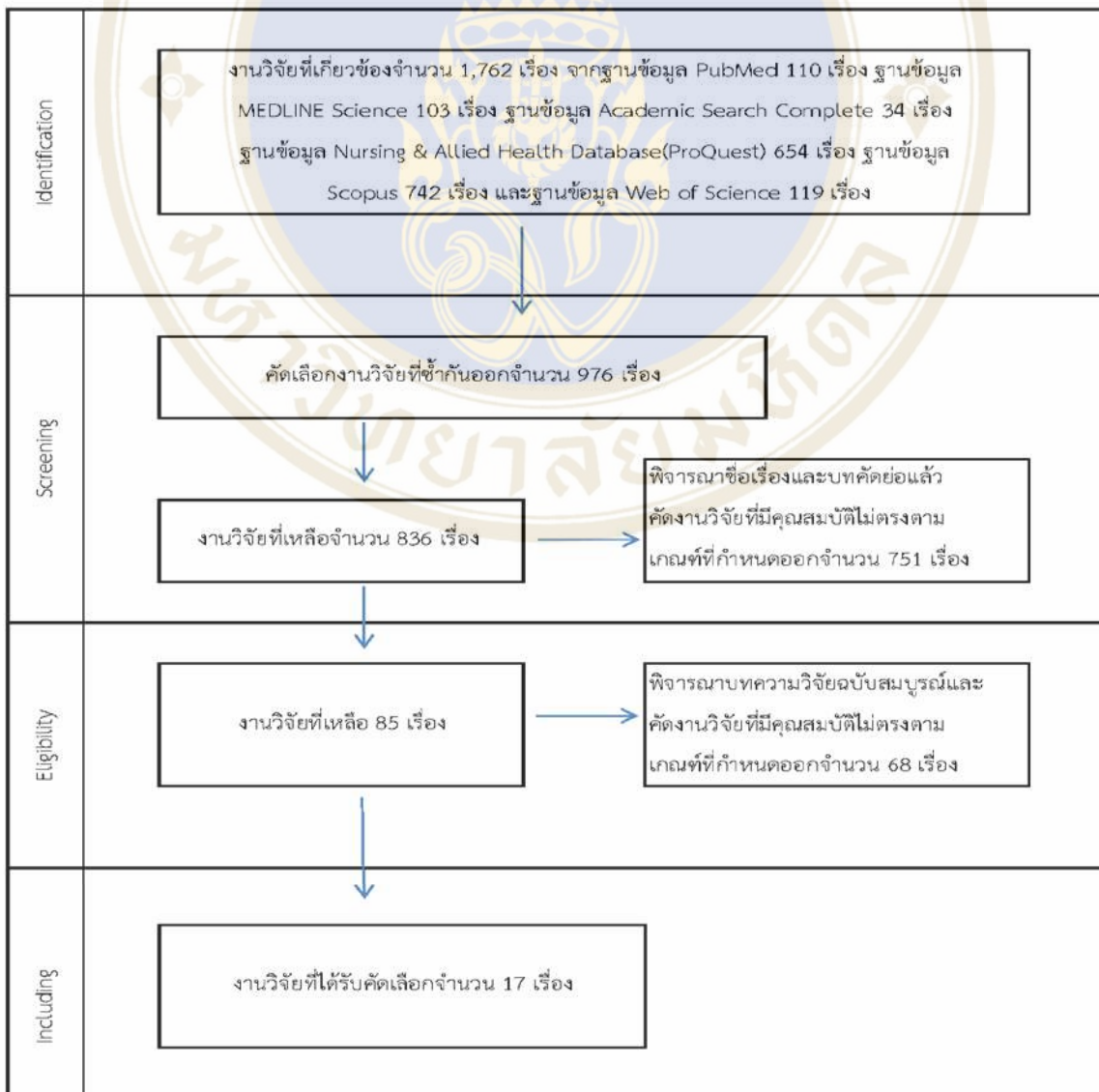
1. งานวิจัยรูปแบบการทบทวนวรรณกรรม
2. ไม่ใช่รายงานการวิจัยฉบับเต็ม หรือบทความเข้าถึงเฉพาะบทความย่อ
3. งานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่นอกเหนือจากผู้หญิงหรือคู่สามีภรรยาที่มีบุตรยาก
4. งานวิจัยเป็นภาษาอื่นที่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษ

วิธีการสืบค้นข้อมูล

การสังเคราะห์อย่างเป็นระบบเริ่มจากการสืบค้นงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาประสบการณ์ของผู้หญิงที่มีภาวะมีบุตรยาก จากฐานข้อมูลที่เชื่อถือได้ 6 ฐานข้อมูล ได้แก่ 1) PubMed 2) MEDLINE 3) Academic Search Complete 4) Nursing & Allied Health Database (ProQuest) 5) Scopus 6) Web of Science กำหนดการสืบค้นเป็นงานตีพิมพ์ภาษาอังกฤษที่เผยแพร่ในระหว่าง ค.ศ. 2015 (2558) ถึง ค.ศ. 2020 (2563) คำสำคัญในการสืบค้น คือ 1) infertility 2) women 3) experience และ 4) qualitative study

ผลการสืบค้น

มีวิจัยที่เกี่ยวข้อง 1,762 งานวิจัย คัดเลือกงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและตรงประเด็น นำมาสังเคราะห์ทั้งหมด 17 เรื่อง (แผนภูมิที่ 1)



แผนภูมิที่ 1 ขั้นตอนการคัดเลือกงานวิจัย

การสกัดและสังเคราะห์ข้อมูล

ผู้เขียน 2 คนที่เป็นอิสระต่อกัน ได้แยกกันอ่านงานวิจัยทั้ง 17 เรื่องอย่างละเอียด และทำการสกัดข้อมูลงานวิจัย เมื่อเกิดความคิดเห็นไม่ตรงกัน ได้แก้ไขด้วยการอภิปรายร่วมกัน ข้อมูลที่สกัดได้ประกอบด้วย 1) ข้อมูลพื้นฐานของการวิจัย ได้แก่ ชื่องานวิจัย ชื่อผู้วิจัย ปีที่พิมพ์ 2) รายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย กลุ่มเป้าหมาย คำถามในการวิจัย และ 3) ผลการวิจัย ซึ่งสรุปได้เป็น 5 ประเด็น คือ ธรรมชาติของผู้มีบุตรยาก การเผชิญและรับมือกับปัญหา ปฏิกริยาเชิงลบของบุคคลรอบข้างตามการรับรู้ของผู้หญิง ผลกระทบต่อสัมพันธภาพ และความต้องการด้านสุขภาพ จากนั้นได้ร่วมกันสังเคราะห์งานวิจัยทั้งหมดอย่างเป็นระบบ นำมาตรวจสอบความสอดคล้อง และเขียนข้อสรุปสังเคราะห์เนื้อหาจากงานวิจัยทั้ง 17 เรื่อง ดังต่อไปนี้

ผลการศึกษา

สังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพซึ่งตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 2015-2020 ทั้งหมด 17 เรื่อง โดยมีการตีพิมพ์ในแต่ละปีจำนวน 4 เรื่อง 1 เรื่อง 2 เรื่อง 4 เรื่อง 5 เรื่อง และ 1 เรื่องเรียงตามลำดับ งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยสาขาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จำนวน 11 เรื่อง ที่เหลือเป็นสาขาจิตวิทยา

และสาขาสังคมศาสตร์และมนุษยวิทยา จำนวน 4 เรื่อง และ 2 เรื่องตามลำดับ ผู้เข้าร่วมในการวิจัยเป็นผู้หญิงที่มีภาวะมีบุตรยาก จำนวน 14 เรื่อง ที่เหลือเป็นคู่สมรสที่มีบุตรยากจำนวน 2 เรื่อง และทั้งผู้หญิงและผู้ชายที่มีบุตรยาก จำนวน 1 เรื่อง ผู้เข้าร่วมวิจัยมีตั้งแต่ 4 ราย¹⁹ ถึง 56 ราย²⁰ รวมทั้งสิ้น 337 ราย ส่วนใหญ่ศึกษาในทวีปเอเชีย จำนวน 10 เรื่อง ตามมาด้วยทวีปแอฟริกา 4 เรื่อง ทวีปอเมริกาเหนือ 2 เรื่อง และทั้งทวีปยุโรปและทวีปเอเชีย 1 เรื่อง²¹

งานวิจัยที่เลือกมาเป็นการศึกษาประสบการณ์ต่างๆของผู้เข้าร่วมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรม รูปแบบของการวิจัยส่วนใหญ่เป็นแบบพรรณนาจำนวน 11 เรื่อง ที่เหลือเป็นแบบปรากฏการณ์วิทยา เชิงชาติพันธุ์วรรณนา และกรณีศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้การสัมภาษณ์เป็นหลัก (n = 16) ได้แก่ 1) การสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวอย่างเดียว 2) การสัมภาษณ์ตัวต่อตัวร่วมกับการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ และ/หรือการจดบันทึกประจำวัน 3) การสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างร่วมกับการสังเกตและการจดบันทึก 4) การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างร่วมกับการสนทนากลุ่ม สถานที่ในการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวส่วนใหญ่คือศูนย์การเจริญพันธุ์หรือสถานพยาบาลอื่นๆ ที่คู่สมรสเข้ารับการรักษา รายละเอียดของงานวิจัยแต่ละเรื่องได้เสนออยู่ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 Characteristics of the included studies

| ชื่อผู้แต่ง/ปีที่เผยแพร่ | ชื่อวารสาร / เมืองหรือประเทศที่ทำการศึกษา | วัตถุประสงค์ | ผู้เข้าร่วม | แบบการวิจัย | ประเด็นหลักที่พบจากการศึกษา |
|--|--|---|---|---|--|
| 1. Hasanpoor-Azghdy, Simbar & Vedadhir, 2015 | International Journal of Fertility & Sterility / อิหร่าน | เพื่ออธิบายประสบการณ์และความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบทางสังคมจากภาวะมีบุตรยากของผู้หญิงมีบุตรยากชาวอิหร่าน | ผู้หญิงมีบุตรยากแบบปฐมภูมิและทุติยภูมิ จำนวน 25 ราย อายุระหว่าง 21-48 ปี มีประสบการณ์มีบุตรยากตั้งแต่ 1-14 ปี อยู่ระหว่างรักษาภาวะมีบุตรยาก | Qualitative: 1) สัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง 2) สังเกตการณ์ 3) จดบันทึก | - ความโศกเศร้าจากภาวะมีบุตรยาก - ไม่สามารถเปิดเผยกับใครได้ - แยกตัวจากสังคม ออกจากผู้คนที่อยากมีลูกเห็นเรื่องมีบุตรยาก - ได้รับความรุนแรงด้านจิตใจและความรุนแรงด้านร่างกายจากคนในครอบครัว - ความไม่แน่นอนในชีวิตสมรส |
| 2. Pedro, 2015 | Open Journal of Obstetrics and Gynecology / แอฟริกาใต้ | ศึกษาประสบการณ์และการรับมือ/เผชิญกับภาวะมีบุตรยากของผู้หญิงที่มีบุตรยากชาวแอฟริกา | ผู้หญิงมีบุตรยากแบบปฐมภูมิ จำนวน 21 ราย อายุระหว่าง 26-41 ปี สถานภาพสมรส | Qualitative: สัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างแบบตัวต่อตัว โดยใช้คำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความหมายของภาวะมีบุตรยาก การรับมือ การเผชิญหน้า การแก้ปัญหาและการสนับสนุนต่างๆ | - ไม่สามารถเปิดเผยกับใครได้ - เปิดเผยเฉพาะกับคนที่ไว้ใจเท่านั้น - แยกตัวจากสังคม - หลีกเลี่ยงการเผชิญหน้า - ยอมรับความจริง |

ตารางที่ 1 (ต่อ)

| ชื่อผู้แต่ง/ปีที่เผยแพร่ | ชื่อวารสาร / เมืองหรือประเทศ ที่ทำการศึกษา | วัตถุประสงค์ | ผู้เข้าร่วม | แบบการวิจัย | ประเด็นหลักที่พบจากการศึกษา |
|-----------------------------|---|---|--|--|---|
| 3. Ranjbar, et al., 2015 | Journal of Reproduction & Infertility / อิหร่าน | เพื่อทำความเข้าใจและอธิบายถึงประสบการณ์ของผู้หญิงมีบุตรยากที่ใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์เพื่อการตั้งครรภ์ในปัจจุบัน | สตรีตั้งครรภ์จำนวน 12 ราย ที่ตั้งครรภ์จากการรักษาภาวะมีบุตรยาก โดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ อายุระหว่าง 24-36 ปี อายุครรภ์ 5-12 สัปดาห์ ระยะเวลาการรักษาภาวะมีบุตรยากตั้งแต่ 6 เดือน ถึง 15 ปี รักษาด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ (ART) 0-5 ครั้ง | Qualitative: สัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างโดยถามเกี่ยวกับประสบการณ์การรักษาดังกล่าว โดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ | <ul style="list-style-type: none"> - ไม่สามารถเปิดเผยกับคนอื่นได้ - การรักษาด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์เป็นเรื่องผิดธรรมชาติ - ความกลัวและความไม่แน่นอน - การหลีกเลี่ยงจากความอับอาย - ต้องการการให้คำปรึกษาด้านจิตใจ |
| 4. Ying, Wu & Loke, 2015 | PLoS One / จีน | เพื่อศึกษาประสบการณ์ภาวะมีบุตรยากของผู้มีบุตรยากในประเทศจีนเกี่ยวกับการรับรู้กระบวนการรักษาภาวะมีบุตรยากและการสนับสนุนระหว่างคู่สมรส | คู่สมรสที่มีบุตรยากแบบปฐมภูมิและทุติยภูมิ จำนวน 12 คู่ ที่เคยได้รับการรักษาด้วยวิธีการทำเด็กหลอดแก้วอย่างน้อย 1 ครั้ง ในเวลาไม่เกิน 12 เดือนที่ผ่านมา ผู้หญิงอายุระหว่าง 28-40 ปี ผู้ชายอายุระหว่าง 30-44 ปี แต่งงานนาน 3-14 ปี ระยะเวลาการรักษาภาวะมีบุตรยาก 2-11 ปี จำนวนรอบของการทำเด็กหลอดแก้ว 1-5 รอบ | Qualitative: สัมภาษณ์เชิงลึกคู่สมรสทีละคู่ โดยใช้คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับประสบการณ์ภาวะมีบุตรยากของผู้มีบุตรยากในประเทศจีน เกี่ยวกับการรับรู้กระบวนการรักษาภาวะมีบุตรยากและการสนับสนุนระหว่างคู่สมรส | <ul style="list-style-type: none"> - ไม่สามารถเปิดเผยการรักษาต่อผู้อื่นได้ - กลัวลูกที่เกิดมาจะผิดปกติ - การรักษาภาวะมีบุตรยาก ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน - การอดทนต่อความยากลำบากด้วยความรักความสัมพันธ์ของคู่สมรส - ความร่วมมือของคู่สมรส - ต้องการได้รับการดูแลด้านจิตใจ ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและต้องการมีส่วนร่วมตัดสินใจในกระบวนการรักษา |
| 5. Batool & de Visser, 2016 | Health Care for Women International / อังกฤษและปากีสถาน | เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้มีบุตรยากที่แตกต่างกันด้านวัฒนธรรมระหว่างสหราชอาณาจักรและปากีสถาน | ผู้หญิงมีบุตรยากแบบปฐมภูมิ จำนวน 14 ราย กำลังรักษาภาวะมีบุตรยาก ชาวสหราชอาณาจักรจำนวน 8 ราย อายุระหว่าง 30-46 ปี แต่งงานนาน 3-13 ปี 6 ราย กำลังอยู่ในขั้นตอนการรักษาด้วยวิธีทำเด็กหลอดแก้ว (IVF) ชาวปากีสถาน จำนวน 6 ราย อายุ 24-42 ปี แต่งงานนาน 2-15 ปี | Qualitative: สัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง โดยถามเกี่ยวกับความปรารถนาต่อการเป็นมารดา ประสบการณ์การได้รับการวินิจฉัยภาวะมีบุตรยาก การรักษา ผลกระทบ การรับมือและการเผชิญต่อภาวะมีบุตรยาก | <ul style="list-style-type: none"> - ไม่สามารถเปิดเผยได้ การเปิดเผยทำให้เกิดผลเสียร้ายแรง - แยกตัวจากสังคม - หวังเสี่ยงการเผชิญหน้า - แพทย์ที่รักษามักให้ความสำคัญด้านร่างกายมากกว่าสนใจด้านอารมณ์จิตใจและความรู้สึกของผู้มีบุตรยาก - ต้องการให้แพทย์ที่มีความสามารถในการรักษาและความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของผู้มีบุตรยาก |
| 6. Boz & Okumus, 2017 | Journal of Nursing Research / ตุรกี | เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีบุตรยากของผู้หญิงในเชิงบวกและเชิงลบโดยใช้ทฤษฎีการดูแลมนุษย์ของวัตสันเป็นแนวทางและเพื่อกระตุ้นให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจถึงความสำคัญของเรื่องราวส่วนตัวของผู้หญิงมีบุตรยาก | ผู้หญิงมีบุตรยากแบบปฐมภูมิ จำนวน 18 ราย อายุระหว่าง 18-45 ปี อยู่ระหว่างการรักษาภาวะมีบุตรยาก | Phenomenology: ให้ผู้เข้าร่วมเขียนบันทึกประจำวันเกี่ยวกับความรู้สึก ความคิดและมุมมองเกี่ยวกับประสบการณ์ภาวะมีบุตรยาก และการรักษาในช่วง 14-18 วัน ที่เข้ารับการรักษา | <ul style="list-style-type: none"> - ความเศร้าโศก ทุกข์ทรมานที่ไม่สิ้นสุด - ถูกนิยามและมองด้วยท่าทีรังเกียจ ต้องปิดเป็นความลับ - สามีเข้าใจและให้กำลังใจ - ต้องการให้การรักษารอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ - ต้องการให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจความต้องการของผู้มีบุตรยากที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล |
| 7. Pedro & Faroa, 2017 | Journal of Psychology in Africa / แอฟริกาใต้ | เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้หญิงที่มีภาวะมีบุตรยาก ชาวแอฟริกาใต้ในระหว่างการได้รับรักษาภาวะมีบุตรยาก | ผู้หญิงมีบุตรยากแบบปฐมภูมิ จำนวน 21 ราย อายุระหว่าง 26-41 ปี ผ่านการรักษาด้วยวิธีการทำเด็กหลอดแก้ว (IVF) มาแล้วอย่างน้อย 2 ครั้ง | Qualitative: สัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างแบบตัวต่อตัวเกี่ยวกับ - การแบ่งปันประสบการณ์การรักษาภาวะมีบุตรยาก - การดูแลรักษาที่ได้รับ - การรักษาที่ต้องการได้รับ | <ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรทางการแพทย์ไม่ตอบสนองความต้องการ - ขาดความเห็นอกเห็นใจจากแพทย์และพยาบาล - ผู้ให้บริการที่ไม่พร้อม (บุคลากรทางการแพทย์) - ต้องการเข้าถึงการรักษาภาวะมีบุตรยาก - บุคลากรการดูแลด้านจิตใจเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลรักษาภาวะมีบุตรยาก - ต้องการการสนับสนุนด้านเศรษฐกิจการเงิน |

ตารางที่ 1 (ต่อ)

| ชื่อผู้แต่ง/ปีที่เผยแพร่ | ชื่อวารสาร / เมืองหรือประเทศ ที่ทำการศึกษ | วัตถุประสงค์ | ผู้เข้าร่วม | แบบการวิจัย | ประเด็นหลักที่พบจากการศึกษา |
|---|---|--|--|---|---|
| 8. Born, Carotta, Ramsay & Seaner, 2018 | The Qualitative Report / สหรัฐอเมริกา | เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้หญิงที่มีภาวะมีบุตรยาก | ผู้หญิงมีบุตรยากแบบปฐมภูมิและทุติยภูมิ จำนวน 4 ราย อายุระหว่าง 29-39 ปี | Multicase study / Qualitative case study research: 1) รายงานบันทึกประจำวัน 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป: อายุ สถานะความสัมพันธ์ ระยะเวลาที่มีภาวะมีบุตรยาก การรักษาที่ได้รับและกลยุทธ์ที่ใช้เพื่อลดความเครียดจากภาวะมีบุตรยาก | - อารมณ์แปรปรวนเปลี่ยนแปลงขึ้นๆ ลงๆ - ไม่สามารถเปิดเผยกับคนอื่นได้ - การรับมือกับปัญหาตามชะตากรรม/การรับมือกับปัญหาอย่างเป็นระบบ - รูปแบบการสื่อสารที่ช่วยสนับสนุนหรือถูกจำกัด |
| 9. Dierickx, et al., 2018 | Reproductive Health / แคมเบีย | 1) ศึกษาผลกระทบของภาวะมีบุตรยากต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้หญิงมีบุตรยากในประเทศแคมเบีย 2) ศึกษาความแตกต่างของบรรทัดฐานทางเพศ วัฒนธรรม และฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม ที่มีผลกระทบต่อประสบการณ์การมีบุตรยาก | ผู้หญิงมีบุตรยากแบบปฐมภูมิและทุติยภูมิ จำนวน 33 ราย | Anthropological research: - สัมภาษณ์รายเดี่ยว - สัมภาษณ์รายกลุ่ม - สังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม | - การมีลูกคือบทบาทสำคัญของผู้หญิงตามบรรทัดฐานทางเพศ สังคมและวัฒนธรรม - ผลกระทบต่อสัมพันธ์ภาพครอบครัวและสังคม - ถูกตำหนิและตีตราขึ้นกับสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม |
| 10. Yao, Chan & Chan, 2018 | Research in Nursing & Health / จีน | เพื่อศึกษาและอธิบายการรับรู้ของผู้หญิงมีบุตรยากเกี่ยวกับความสำคัญของการมีบุตรและปัจจัยทางครอบครัว สังคมและวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้อง | ผู้หญิงมีบุตรยากแบบปฐมภูมิและทุติยภูมิ จำนวน 15 ราย อายุระหว่าง 24-33 ปี มีประวัติมีบุตรยากตั้งแต่ 1-12 ปี เฉลี่ย 3.69 ปี ต้องการรักษาภาวะมีบุตรยาก | Qualitative: สัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างแบบตัวต่อตัวโดยคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับประสบการณ์ภาวะมีบุตรยากที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันและสัมพันธ์ภาพต่างๆ | - ความโศกเศร้าจากภาวะมีบุตรยาก - ไม่สามารถเปิดเผยกับใครได้ - ครอบครัวสามี และครอบครัวข้างเคียง - ไม่สนใจ ตีตรา นิินทาและพูดหยาบคาย - แยกตัวจากสังคม ออกห่างจากผู้อื่นที่อยากพูดคุยเห็นเรื่องมีบุตรยาก |
| 11. Zhuoran, et al., 2018 | Family Practice / จีน | เพื่อศึกษาเกี่ยวกับลักษณะทางเพศและการรับมือกับปัญหาทางเพศของคู่รักที่มีภาวะมีบุตรยากในประเทศจีน | คู่สมรสมีบุตรยากแบบปฐมภูมิ จำนวน 28 คู่ อยู่ระหว่างรักษาภาวะมีบุตรยาก ผู้หญิงอายุระหว่าง 21-38 ปี ผู้ชายอายุระหว่าง 24-45 ปี ระยะเวลาการแต่งงาน ตั้งแต่ 1 ถึง 9 ปี ระยะเวลาการรักษาภาวะมีบุตรยากตั้งแต่ 1 ถึง 7 ปี | Qualitative: สัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล โดยใช้คำถามเกี่ยวกับ: ความคิดเห็นเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางเพศกับการให้กำเนิดลูก การสื่อสารเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส แรงจูงใจและความคิดริเริ่มในการมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส | - โทษตัวเองว่ามีความผิดปกติกทางเพศ - การมีเพศสัมพันธ์มุ่งเน้นเพื่อการมีลูก - ความพึงพอใจทางเพศสัมพันธ์ลดลง |
| 12. Akarsu & Beji, 2019 | Journal of Religion and Health / ตุรกี | เพื่อศึกษาการรับรู้ของผู้หญิงมีบุตรยากที่ถูกตีตรา ประเด็นทางศาสนาและจิตวิญญาณที่เป็นดราม่า | ผู้หญิงมีบุตรยาก จำนวน 12 ราย ที่กำลังรับการรักษาภาวะมีบุตรยาก อายุระหว่าง 20-39 ปี มีประสบการณ์มีบุตรยากตั้งแต่ 1-14 ปี (เฉลี่ย 6.5 ปี) | Phenomenology: สัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวโดยใช้คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะมีบุตรยากและการตอบสนองจากครอบครัว | - สถานะอารมณ์ปัจจุบันของผู้หญิงที่มีภาวะมีบุตรยาก: ซ็อก โกรธ ไม่พอใจ ผิดหวัง เสียใจและเศร้าโศก - ผลกระทบจากการพบเจอผู้อื่นที่ตระหนักถึงผู้หญิงที่มีบุตรยาก - ปฏิกริยาของครอบครัวต่อภาวะมีบุตรยาก |

ตารางที่ 1 (ต่อ)

| ชื่อผู้แต่ง/ปีที่เผยแพร่ | ชื่อวารสาร / เมืองหรือประเทศ ที่ทำการศึกษา | วัตถุประสงค์ | ผู้เข้าร่วม | แบบการวิจัย | ประเด็นหลักที่พบจากการศึกษา |
|---------------------------------------|---|--|--|--|--|
| 13. Ebrahimzadeh Zagami, et al., 2019 | Journal of Caring Sciences / อิหร่าน | เพื่อศึกษาความต้องการของผู้มีบุตรยากภายหลังการล้มเหลวจากการรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ (ART) | ผู้หญิงมีบุตรยากแบบปฐมภูมิ จำนวน 18 ราย และผู้ชายมีบุตรยาก 11 ราย อายุระหว่าง 21-46 ปี มีประสบการณ์มีบุตรยากตั้งแต่ 10 เดือน - 18 ปี ล้มเหลวจากการรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ (ART) อย่างน้อย 1 ครั้ง และกำลังวางแผนจะเริ่มต้นการรักษาอีกครั้ง | Qualitative: สัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับประสบการณ์ความล้มเหลวจากการรักษาภาวะมีบุตรยาก ความต้องการและความคาดหวังจากการรักษาภาวะมีบุตรยาก | - ต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจ - ต้องการข้อมูลที่มีประโยชน์เพิ่มมากขึ้น - ต้องการการสนับสนุนที่ครอบคลุม - ต้องการเข้าถึงบริการเสริม |
| 14. Güneri, Kavlak & Göker 2019 | Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar- Current Approaches in Psychiatry / ตุรกี | เพื่อศึกษาความรู้สึกของความหวังและความสิ้นหวังของผู้หญิงเกี่ยวกับประสบการณ์การมีบุตรยาก | ผู้หญิงมีบุตรยากแบบปฐมภูมิ จำนวน 15 ราย แต่งงานครั้งแรก อายุระหว่าง 24-43 ปี อยู่ระหว่างการรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยวิธีเด็กหลอดแก้วเป็นครั้งที่ 2 ไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นจิตเวช มีประสบการณ์มีบุตรยาก 1-11 ปี | Phenomenology: สัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างโดยใช้คำถามว่า "ความรู้สึกเกี่ยวกับความหวังและความสิ้นหวังจากประสบการณ์การรักษามีบุตรยากเป็นอย่างไร?" | - สิ้นหวัง หมดหนทางที่จะรักษาต่อ - แยกตัวจากสังคม - หลีกเลี่ยงการเผชิญหน้า - ครอบครัวของสามีกดดัน ตูถูกและบังคับให้สามีหย่า |
| 15. McBain & Reeves, 2019 | The Family Journal / สหรัฐอเมริกา | เพื่อศึกษาประสบการณ์ความเศร้าโศกจากภาวะมีบุตรยาก | ผู้หญิงมีบุตรยากแบบปฐมภูมิและทุติยภูมิ จำนวน 8 ราย อายุระหว่าง 29-39 ปี 3 คน กำลังอยู่ระหว่างการรักษาด้วยวิธีการทำเด็กหลอดแก้ว ส่วนอีก 5 คน กำลังวางแผนที่จะรักษา | Phenomenology: สัมภาษณ์แบบตัวต่อตัวและทางโทรศัพท์ โดยใช้แนวคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความเศร้าโศกที่เกิดขึ้นและการตอบสนองจากบุคคลอื่นในชีวิต | - ความโศกเศร้าจากภาวะมีบุตรยาก - ความเศร้าโศกที่ไม่เป็นที่ยอมรับ - ความเศร้าโศกที่ไม่สามารถเปิดเผยต่อสาธารณชนได้ - ความโศกเศร้าที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากสังคม |
| 16. Naab, Lawali & Donkor, 2019 | PLoS One / ในจีเรีย | เพื่อศึกษาประสบการณ์ด้านจิตสังคมของผู้หญิงมีบุตรยากในประเทศในจีเรีย | ผู้หญิงมีบุตรยากแบบปฐมภูมิและทุติยภูมิ จำนวน 12 ราย อายุระหว่าง 18-49 ปี อยู่ระหว่างการรักษาภาวะมีบุตรยาก ไม่มีประวัติโรคซึมเศร้า | Exploratory qualitative: สัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล โดยใช้คำถามเกี่ยวกับประสบการณ์ด้านจิตใจและด้านสังคม | - ความเศร้าโศกจากภาวะมีบุตรยาก - การตีตราและการกีดกันจากสังคม - การแยกตัวจากสังคม - ปัญหาชีวิตสมรส |
| 17. Aghakhani, et al., 2020 | International Journal of Reproductive BioMedicine / อิหร่าน | เพื่อศึกษาประสบการณ์การมีบุตรยากของสตรีที่มีภาวะมีบุตรยากในประเทศอิหร่าน | ผู้หญิงมีบุตรยากแบบปฐมภูมิและทุติยภูมิ จำนวน 18 ราย อายุระหว่าง 17-45 ปี อยู่ระหว่างการรักษาภาวะมีบุตรยาก | Qualitative: สัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง โดยถามเกี่ยวกับการรับรู้ อารมณ์และความรู้สึกเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยากของตนเอง | ธรรมชาติ/อารมณ์ความรู้สึกของผู้มีบุตรยาก: - ช็อก ปฏิเสธ โกรธ เสียใจ ผิดหวัง เศร้า โศกและปรับตัว - แยกตัวจากสังคม - หลีกเลี่ยงการเผชิญหน้า - ปรับตัว พยายามมองหาด้านที่ดีของการไม่มีบุตร - ผลกระทบต่อสัมพันธ์ภาพครอบครัวและสังคม - ถูกตำหนิและตีตราขึ้นกับสถานหางเศรษฐกิจและสังคม |

ประสบการณ์ของผู้หญิงที่มีภาวะมีบุตรยาก

ภาวะมีบุตรยากก่อให้เกิดประสบการณ์ที่ทุกข์ทรมานกับผู้หญิงที่มีภาวะมีบุตรยากเป็นอย่างมาก เริ่มตั้งแต่เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะมีบุตรยากจนถึงเข้าสู่กระบวนการรักษา¹⁶ และทุกข์ทรมานจากการผิดหวังกับผลลัพธ์ของการรักษาที่ไม่ประสบความสำเร็จ¹⁰ จากการสังเคราะห์งานวิจัยในครั้งนี้ สามารถแยกประสบการณ์ของผู้หญิงที่มีบุตรยาก

ออกเป็นประเด็นหลัก ได้แก่ ธรรมชาติของผู้หญิงมีบุตรยาก การเผชิญและรับมือกับปัญหา ปฏิกริยาเชิงลบของบุคคลรอบข้างตามการรับรู้ของผู้หญิง ผลกระทบต่อสัมพันธ์ภาพและความต้องการด้านสุขภาพ

1. ธรรมชาติของผู้หญิงมีบุตรยาก

ผู้หญิงมีบุตรยากเล่าประสบการณ์ที่เกิดขึ้นตั้งแต่ถูกวินิจฉัยว่ามีภาวะมีบุตรยาก จนกระทั่งเข้าสู่กระบวนการรักษา

และจนถึงที่สุดการรักษา ซึ่งมีอารมณ์ความรู้สึกเกิดขึ้นมากมาย สามารถสรุปเป็นประเด็นสำคัญเกี่ยวกับธรรมชาติของผู้หญิงมีบุตรยาก ได้แก่ ไม่สามารถเปิดเผยได้ ความเศร้าโศกที่ไม่มีใครมองเห็น โทษตัวเอง อารมณ์แปรปรวนขึ้นๆ ลงๆ ผิดบรรทัดฐานของสังคมและวัฒนธรรม ดังนี้

ไม่สามารถเปิดเผยได้

ผู้หญิงมีบุตรยากไม่สามารถเปิดเผยหรือบอกเล่าเรื่องมีบุตรยากกับผู้อื่น ทั้งครอบครัว เพื่อน ผู้ร่วมงาน และคนแปลกหน้า เนื่องจากการเปิดเผยนำมาซึ่งผลกระทบในด้านลบ^{11,13,16,19,21-22} ถูกนินทา พุดลับหลังในทางที่ไม่ดี และมองด้วยท่าทีรังเกียจ^{14,23} ในวัฒนธรรมของชาวอิหร่าน ผู้หญิงมีบุตรยากรับรู้ว่าจะเกิดจากการเปิดเผยภาวะมีบุตรยากนั้นรุนแรง จะถูกสาปแช่ง ทรมานของสามี ปกป้อง และไม่ยอมรับ^{21,24} ในขณะที่ในสังคมและวัฒนธรรมของชาวจีน วิธีการรักษาภาวะมีบุตรยากบางวิธี เช่น การใช้ไซบริจิก หรือการใช้ผู้หญิงอื่นตั้งครรภ์แทน ยังไม่เป็นที่ยอมรับ เด็กที่เกิดมาจะถูกตีตราว่าเป็นเด็กที่เกิดจากการความผิดธรรมชาติ ผิดปกติ เป็นเด็กที่เกิดจากหลอกลวง ไม่ใช่ลูกของผู้หญิงมีบุตรยากจริงๆ เมื่อเกิดมาจะไม่แข็งแรง และมีอายุสั้น จึงทำให้ผู้หญิงมีบุตรยากไม่สามารถเปิดเผยกับใครได้^{16,24-25} ตัวอย่างคำพูดจากงานวิจัย ได้แก่ “เราต้องทนอยู่ในความเจ็บเป็นเวลานาน เนื่องจากเราไม่สามารถพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องนี้ในพื้นที่สาธารณะได้ จึงเป็นการยากที่จะแสดงออก”¹³ ผู้หญิงมีบุตรยากบางคนเลือกเปิดเผยเฉพาะบุคคลที่ไว้ใจได้ และสามารถช่วยเหลือสนับสนุนได้^{11,16,24} เช่น สามี แม่ และบุคลากรทางการแพทย์ที่รักษา เพราะการได้แบ่งปันประสบการณ์ ความรู้สึกได้รับความเข้าใจ และการสนับสนุนที่ดีจากสามีและแม่ ทำให้สบายใจ และมีความหวังที่จะรับมือและรับการรักษาต่อไป¹⁶

ความเศร้าโศกที่ไม่มีใครมองเห็น

เมื่อรู้ว่าตนเองมีภาวะมีบุตรยากจะมีความรู้สึกช็อก โกรธ ไม่เชื่อ ปฏิเสธและไม่ยอมรับว่าตนเองมีภาวะผิดปกติ หลังจากนั้นจะเริ่มปรับเปลี่ยนเป็นความเสียใจ เครียด หงุดหงิด ไม่พอใจ ผิดหวัง และเศร้าโศก^{12,15,23,26} ซึ่งเป็น

ความเศร้าโศกที่ไม่มีใครเข้าใจ ไม่มีใครมองเห็น ไม่สามารถเล่าหรือบอกให้ใครฟังได้^{13,26} ต้องอดทนเก็บความรู้สึกนี้ไว้คนเดียว ร้องไห้คนเดียวจนก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้า²⁶ “เมื่อฉันพบเด็กๆ ฉันรู้สึกเศร้าและเสียใจมาก ความรู้สึกมันขมขื่น และยากที่จะพูดออกมาให้ใครฟังได้”²³

โทษตัวเอง

ผู้หญิงมีบุตรยากมักโทษตัวเอง น้อยใจตัวเอง รู้สึกผิดที่เป็นสาเหตุทำให้ไม่สามารถมีบุตรได้^{12-13,21-22,24} รู้สึกว่าตนเองผิดปกติ ไม่เหมือนผู้หญิงคนอื่นทั่วไป เป็นคนบาป และโชคร้ายจึงถูกคำสาปให้มีบุตร และบางครั้งรู้สึกอิจฉาคนอื่นที่สามารถมีบุตรได้โดยง่าย แต่ตนเองต้องเผชิญกับความยากลำบากที่จะมีบุตร^{13,19,22} “ฉันลองทำทุกวิธีแล้วเพื่อที่จะมีลูก ทั้งฝังเข็ม ใช้สมุนไพร เล่นโยคะ แต่ก็ยังไม่เพียงพอ ฉันโกรธตัวเองมากหรือฉันยังพยายามไม่พอ บางทีฉันก็มองหาเหตุผลไม่ได้ว่าทำไมมันถึงเป็นความผิดของฉัน และทำไมมันถึงไม่ใช่ความผิดของคนอื่น”¹³ “ฉันรู้สึกผิดและเสียใจมากที่ไม่สามารถมีลูกได้ ฉันทำห้ครอบครัวผิดหวัง โดยเฉพาะแม่สามี”²¹

อารมณ์แปรปรวนขึ้นๆ ลงๆ

อารมณ์แปรปรวนเปรียบเสมือนการนั่งรถไฟเหาะ “emotional roller coaster”^{13,19} โดยในช่วงวันแรกของรอบเดือนมีความคาดหวังว่าจะตั้งครรภ์ และมีความตื่นเต้นในช่วงเวลาที่ไข่ตก มีความหวังมากขึ้นในช่วงท้ายๆ ของรอบเดือน มีความรู้สึกสับสนว่าไข่อาการของการตั้งครรภ์หรือไม่ และเมื่อประจำเดือนมาจะมีอารมณ์โกรธ ผิดหวัง เศร้าใจ และอภัยศอดสูที่ล้มเหลวจากการตั้งครรภ์ โดยเกิดขึ้นซ้ำๆ ไม่มีที่สิ้นสุด “ฉันมีความหวังตลอดเวลาว่าประจำเดือนของฉันจะไม่มา.. แล้วก็ผิดหวัง” “ฉันรู้สึกถึงวงจรของอารมณ์แปรปรวนแบบนี้ทุกๆ เดือน”¹⁹ นอกจากนี้ผู้หญิงมีบุตรยากต้องเผชิญกับความกลัวความผิดหวังในระหว่างที่รอผลตรวจการตั้งครรภ์ “กระบวนการรักษาเปรียบเสมือนการปีนเขา ต้องปีนทีละขั้น โดยแต่ละขั้นนั้นทุกข์ทรมาน และมาพร้อมกับความกลัวที่รู้สึกว่าการกำลังเผชิญกับโทษประหารชีวิตที่กำลังจะมาถึง เมื่อถึงขั้นตอนการรอผลตรวจว่าการรักษานั้นประสบความสำเร็จหรือไม่ มันแยกว่าความเจ็บปวดทางกาย”¹⁶

ผิบบรรทัดฐานของสังคมและวัฒนธรรม

ผู้หญิงมีบุตรยากถูกมองว่าผิดปกติ ถูกตีตรา ถูกปฏิเสธจากสังคม เนื่องจากไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาททางเพศ ทำผิบบรรทัดฐานของสังคมและวัฒนธรรมที่ไม่สามารถมีบุตรได้^{12,14,20-21,24,26} เนื่องจากบรรทัดฐานทางสังคมกำหนดว่า ผู้หญิงต้องมีบุตร การมีบุตรคือการได้บรรลุความเป็นแม่ และบรรลุในความเป็นผู้หญิงในฐานะเพศหญิง ในฐานะคนของสังคม และต้องมีบุตรเพื่อสืบสกุลให้ครอบครัว “ในฐานะผู้หญิงคนหนึ่ง ฉันรู้สึกเสียใจอย่างมากที่ไม่มีลูก ... การที่ไม่สามารถเป็นแม่ได้ เหมือนว่าส่วนหนึ่งในชีวิตของฉันจะขาดหายไปในฐานะผู้หญิง”¹⁴ “ในฐานะลูกสะใภ้ ฉันต้องมีลูกเพื่อสืบสกุลให้ครอบครัวของสามี”¹⁴

2. การเผชิญและรับมือกับปัญหา

ภาวะมีบุตรยากของผู้หญิงเป็นภาวะวิกฤตของชีวิตที่ยากจะยอมรับได้ ทำให้ผู้หญิงรู้สึกล้มเหลวในชีวิต เกิดเป็นความเครียด ความรู้สึกผิด เป็นความสูญเสียที่ไม่มีใครมองเห็น ดังนั้นผู้หญิงมีบุตรยากต้องเผชิญและรับมือกับความทุกข์ต่างๆ จากภาวะมีบุตรยากดังนี้ แยกตัวจากสังคม/หลีกเลี่ยงการเผชิญหน้า หันหน้าเข้าสู่สิ่งสร้างสรรค์ และยอมรับความจริง

แยกตัวจากสังคม/หลีกเลี่ยงการเผชิญหน้า

ผู้หญิงมีบุตรยากจะแยกตัวจากครอบครัวและสังคม หลีกเลี่ยงสถานที่หรือสถานการณ์ที่มีคนจำนวนมาก^{10,12,14-15,21-22,24} เช่น ร้านขายของชำ โบสถ์ ปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น งานรวมญาติ งานสังสรรค์ที่มีแม่และเด็ก งานวันแม่ และงานวันพ่อ โดยเลือกที่จะอยู่คนเดียว ทำอะไรคนเดียว หลีกเลี่ยงการสนทนากับผู้อื่น อยู่แต่ที่บ้าน ไม่ออกไปข้างนอก ไม่อยากพบปะพูดคุยกับใคร โดยเฉพาะผู้หญิงตั้งครรภ์ มารดาหลังคลอดและเด็กๆ รวมทั้งครอบครัว เพื่อนและเพื่อนร่วมงาน^{10-12,14,21-22} เนื่องจากไม่ต้องการถูกถามเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการมีบุตร มันทำให้รู้สึกสิ้นหวังและตอกย้ำเรื่องความล้มเหลว “ฉันไม่อยากจะบอกใครที่รู้ว่าฉันมีภาวะมีบุตรยาก เนื่องจากพวกเขา มักถามซ้ำๆ แสดงออกถึงความอยากรู้อยากเห็น ฉันไม่ต้องการพูดคุยกับพวกเขา พยายามออกห่างจากพวกเขา รวมถึงเพื่อนร่วมงานด้วย”²² “ฉันเกลียดวันแม่และวันพ่อ

เพราะสำหรับฉันแล้ววันนี้เป็นวันที่ทำให้คนที่มึนตึ๊งรู้สึกล้มเหลวโดยสิ้นเชิง”¹¹

หันหน้าเข้าสู่สิ่งสร้างสรรค์

พยายามหากิจกรรมต่างๆ ทำเพื่อดึงความสนใจของตัวเองออกจากความคิดถึงเรื่องภาวะมีบุตรยาก ทำตัวให้ยุ่ง พยายามทำงานให้หนักขึ้น หรือกิจกรรมอื่นทำมากขึ้น หลีกเลี่ยงการดูรายการโทรทัศน์หรือสารคดีเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และเด็ก รวมถึงรายการเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก^{11-12,21,24} “ใช่ ฉันทำงานหนักขึ้น ฉันเอาแต่ทำตัวยุ่งตลอดเวลาเพื่อที่ฉันจะได้ไม่ต้องคิดเรื่องนี้”¹¹ “ฉันไม่ชอบไปร่วมงานสังสรรค์ในครอบครัว ถ้าฉันต้องอยู่ที่นั่นฉันจะพยายามยุ่งกับการทำอาหารในครัว หรือสถานที่ใดๆ ที่ห่างไกลจากผู้คนเพื่อหลีกเลี่ยงการถูกถามถึงการมีลูก”²⁴ “ฉันพยายามเบี่ยงเบนความสนใจโดยการทำงานอื่นๆ และพยายามทำให้ชีวิตสดใสขึ้น”²¹

ยอมรับความจริง

ผู้หญิงมีบุตรยากพยายามตระหนักรู้ตนเอง และยอมรับความจริง รับรู้ถึงอารมณ์ ความรู้สึกของตนเอง ที่ตอบสนองต่อปัญหาและจัดการอย่างเป็นระบบ ยอมรับความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากผู้อื่นเมื่อจำเป็น คิดบวกว่าไม่มีอะไรที่สมบูรณ์แบบ ดังนั้นภาวะมีบุตรยากสามารถเกิดขึ้นได้และสามารถแก้ไขได้ ดึงความคิดตัวเองออกจากสิ่งที่เป็ลบหรือประสบการณ์ที่เลวร้าย และรับมือกับปัญหาด้วยจิตใจที่แข็งแกร่ง ยอมรับความเป็นจริง^{11-12,19,23} “ฉันได้มองย้อนกลับไปตอนที่ฉันมีความคิดด้านลบเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก และฉันได้เห็นว่าคุณคิดด้านลบนั้นมันมีผลต่ออารมณ์และทัศนคติในการทำงานของฉัน”¹⁹ หรือถ้าไม่สามารถมีบุตรเองได้ก็สามารถรับบุตรบุญธรรมมาเลี้ยงได้ พยายามเลิกมองในด้านดีของการไม่มีบุตร เช่น “เพราะฉันไม่มีลูก ฉันจึงมีเวลาในการดูแลคนอื่น”¹²

3. ปฏิกริยาเชิงลบของบุคคลรอบข้างตามการรับรู้ของผู้หญิง

ในบริบทของครอบครัว สังคม บุคคลรอบข้าง รวมทั้งเพื่อนและญาติๆ มักกล่าวหาผู้หญิงมีบุตรยากในทางลบที่ไม่สามารถมีบุตรได้ และบุคลากรทางการแพทย์ยังคงขาดความเข้าใจในธรรมชาติของผู้หญิงมีบุตรยาก ทำให้

ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้หญิงมีบุตรยากได้อย่างครอบคลุม ทำให้ผู้หญิงมีบุตรยากรับรู้ถึงปฏิกริยาเชิงลบของบุคคลรอบข้างดังนี้ เพิกเฉย ไม่สนใจ ไม่สนับสนุน ต่ำหนิ ตีตราว่าผิดปกติ และไม่ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ

เพิกเฉย ไม่สนใจ ไม่สนับสนุน

คนในครอบครัว คนรอบข้าง และคนในสังคมเพิกเฉย ไม่สนใจ และกีดกันผู้หญิงมีบุตรยากไม่ให้มีส่วนร่วม หรือเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ^{12-13,22,24,26} เช่น ไม่เชิญไปร่วมงานวันเกิดของลูกเพื่อน ถูกกีดกันไม่ให้พูดคุยกับลูกของเพื่อน หรือเด็กคนอื่นๆ และบอกให้ไปมีลูกเป็นของตัวเอง เหมือนถูกแยกออกจากโลกของคนที่มีบุตร อดบทบาทในครอบครัว และสังคมลง เช่น ไม่ให้ตัดสินใจเรื่องในครอบครัว ไม่ถามถึงความต้องการในการทำกิจกรรมต่างๆ โดยเฉพาะผู้หญิงมีบุตรยากที่มีการศึกษา เศรษฐกิจ และสังคมที่ดี จะมีความเสี่ยงที่จะถูกกดดันสูงขึ้น^{24,26} “ทุกคนเจียบใส่ฉัน ฉันคิดว่าคนที่ทุกคนเจียบ ไม่คุย ไม่ถามฉัน มันเจ็บปวดมาก เพราะมันดูเหมือนทุกคนไม่ใส่ใจ ไม่สนใจฉัน”¹³

ต่ำหนิ ตีตราว่าผิดปกติ

คนรอบข้าง เพื่อน เพื่อนร่วมงาน และคนอื่นๆ ตีตรามองว่าผิดปกติ ไม่สมบูรณ์ และเป็นสาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถมีบุตรได้^{12-13,15,21-22,24,26} แสดงความคิดเห็นในด้านลบที่รุนแรง ทำร้ายจิตใจ ใช้คำพูดและแสดงท่าทางรังเกียจ เช่น “แม่มด เป็นหมัน เป็นตัวกินลูกตัวเอง”²⁶ “อย่าแต่ต้องอาหารจานนี้ เอาไว้สำหรับผู้หญิงที่มีลูกเท่านั้น”²⁶ เมื่อเจอกันมักถามและพูดตอกย้ำเรื่องมีบุตร เช่น “ทำไมยังไม่ไม่มีบุตร ปีหน้าต้องมีแล้วนะ” “น่าเสียดายที่คุณไม่มีลูก ถ้ามีลูกคงจะดีกว่านี้”²² “ผู้หญิงมีบุตรยากก็เหมือนต้นไม้ที่แห้งเฉา”²⁴ และหากไม่เจอหน้าก็มักนิทาลับหลังในทางที่ไม่ดี บางสังคมมองว่าทารกที่เกิดจากการรักษาภาวะมีบุตรยากเป็นเด็กที่ไม่ปกติ ไม่ได้เป็นลูกของผู้หญิงมีบุตรยากจริงๆ เมื่อเกิดมาจะไม่แข็งแรงและอายุสั้น²⁵

ไม่ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพ

ผู้หญิงมีบุตรยากรู้สึกว่าการแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ให้ความสำคัญด้านสรีรวิทยา มากกว่าที่จะสนใจด้านอารมณ์และความรู้สึกส่วนตัว

ของผู้หญิงมีบุตรยาก^{17-18,21-22} “ฉันเป็นคนคนหนึ่งที่มีความรู้สึก ในขณะที่แพทย์ปฏิบัติกับฉันเหมือนฉันเป็นเครื่องจักรชีวภาพ”²¹ บุคลากรทางการแพทย์ไม่เคารพในความเป็นบุคคล ตรวจร่างกาย ตรวจภายในเพียงเพื่อต้องการวินิจฉัยเท่านั้น ขาดความเห็นอกเห็นใจและไม่เข้าใจในความเป็นมนุษย์ที่มีชีวิต จิตใจ และมีความรู้สึก^{16,23} ให้ข้อมูลไม่เพียงพอ¹⁷⁻¹⁸ ไม่อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการขั้นตอนการรักษา และการปฏิบัติตัวในระหว่างการรักษา ไม่รับฟังปัญหา ไม่เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ไม่เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในกระบวนการรักษา ให้การรักษา หลายครั้งที่พยาบาลเข้มงวดมาก ไม่ยืดหยุ่น และไม่ตอบสนองความต้องการของผู้มีบุตรยากในแต่ละคนที่มีความแตกต่างกัน^{18,22} “เมื่อฉันตรวจการตั้งครรภ์ผลเป็นลบ ฉันโทรไปถามว่าเกิดอะไรขึ้นกับฉัน พวกเขาหายากายกับฉัน และบอกว่าไม่สามารถให้คุยโทรศัพท์กับหมอได้ ให้ฉันโทรนัดอีกที 3 เดือน แล้วเขาก็วางสายใส่ฉัน มันโหดร้ายมาก”¹⁷ “โรงพยาบาลเปรียบเสมือนศูนย์การค้าที่มุ่งให้บริการด้านการขายเท่านั้น”¹⁷ “ฉันไม่เคยรู้สึกเลยว่าบุคลากรทางการแพทย์มีความห่วงใยผู้ป่วย พวกเขาแค่ทำงานไปตามหน้าที่ก็แค่นั้น”¹⁸

4. ผลกระทบต่อสัมพันธภาพ

จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ภาวะมีบุตรยากส่งผลกระทบต่อทั้งในด้านบวกและด้านลบต่อสัมพันธภาพในครอบครัว โดยเฉพาะสัมพันธภาพใน 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ สัมพันธภาพกับสามีสันคลอน สัมพันธภาพกับสามีแน่นแฟ้นมากขึ้น และสัมพันธภาพกับคนในครอบครัวคนอื่นๆ ดังนี้

สัมพันธภาพกับสามีสันคลอน

ผู้หญิงมีบุตรยากในประเทศแถบแอฟริกา อิหร่าน ไนจีเรีย สะท้อนให้เห็นถึงความทุกข์ทรมานจากภาวะมีบุตรยากที่ทำให้สามีไม่พึงพอใจ ทำร้ายร่างกาย^{21,24} ทำร้ายจิตใจ ด้วยคำพูดต่อว่าที่รุนแรงว่าผู้หญิงเป็นสาเหตุที่ทำให้ไม่มีบุตร ไม่สนับสนุนในเรื่องการรักษา การเงิน และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ และต้องการหย่าเพื่อแต่งงานกับผู้หญิงคนอื่นที่สามารถมีลูกให้ได้ง่ายกว่า^{12,14-15,21,24-25} ในสังคมของประเทศจีน สามีมักไม่ให้ความร่วมมือในกระบวนการรักษา ปล่อยให้ผู้หญิงตัดสินใจเข้ารับการรักษา และเผชิญความทุกข์ยาก

จากกระบวนการรักษาด้วยตนเอง ในส่วนของสัมพันธภาพทางเพศมองว่า เมื่อการมีเพศสัมพันธ์มุ่งเน้นไปเพื่อการมีบุตรทำให้เกิดความรู้สึกกดดัน เบื่อหน่าย ขาดความสนุก ขาดความโรแมนติกและไม่เป็นธรรมชาติ²⁵ ทำให้ไม่มีความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ส่งผลต่อความสุขในชีวิตสมรส^{12,14,23} “สามีดึงผมแล้วตบหน้าฉัน เขาโยนฉันออกจากบ้าน ฉันโทรหาเขาซ้ำแล้วซ้ำเล่า เพราะฉันไม่อยากทำลายชีวิตแต่งงานของเรา”²⁴ “สามีของฉันไม่ได้รักฉัน ที่เขามีเพศสัมพันธ์กับฉันเป็นเพราะสิ่งที่จะต้องทำ มันไม่ใช่ความรัก ด้วยเหตุนี้ชีวิตแต่งงานของฉันจึงมีความเสี่ยงสูงที่จะสิ้นสุดด้วยการหย่าร้าง”¹²

สัมพันธภาพกับสามีแน่นแฟ้นมากขึ้น

การเริ่มต้นพูดคุยภาวะมีบุตรยากกับสามีครั้งแรกเป็นเรื่องยาก เนื่องจากกลัวว่าสามีจะไม่ยอมรับและไม่รักกันเหมือนเดิม แต่เมื่อได้พูดคุยและปรึกษากันแล้ว ทำให้สัมพันธภาพกับสามีแน่นแฟ้นมากขึ้น เนื่องจากสามีเป็นคนเดียวที่รับฟัง เข้าใจ และให้การสนับสนุนในทุกๆ ด้าน^{11,16-17,19} เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษา คอยดูแลพาไปพบแพทย์ คอยรับส่ง ทำงานบ้านแทน เป็นที่ปรึกษา และร่วมตัดสินใจในทุกขั้นตอนกระบวนการรักษา ห่วงใย เอาใจใส่ดูแล และให้กำลังใจในการต่อสู้กับการรักษาที่ยาวนาน ซึ่งช่วยให้ผู้หญิงมีบุตรยากมีความหวังที่จะรักษาต่อไป และเมื่อเกิดความล้มเหลวจากการรักษา สามีจะปลอบโยนและให้กำลังใจด้วยความรักความห่วงใย โดยผู้หญิงมีบุตรยากมองว่าการได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจจากสามี สามารถฟื้นฟูสภาพจิตใจของพวกเขาได้ดีที่สุด¹⁶ “สามีของฉันดูแลฉันและสนับสนุนฉันมาก และสิ่งนี้ทำให้ฉันรู้สึกดีขึ้น”¹⁷ “เวลาฉันรู้สึกไม่สบายใจหรือเครียด ฉันจะเล่าให้สามีฟัง และสามีของฉันจะตอบกลับและเสนอแนวทางแก้ไข สนับสนุนฉันตลอด มันทำให้ฉันรู้สึกดีขึ้น”¹⁶

สัมพันธภาพกับคนในครอบครัวคนอื่นๆ

ครอบครัวของสามี (แม่สามีและญาติฯ) ไม่เข้าใจไม่เห็นคุณค่า ตาหนี ข่มขู่ กดดัน และบังคับให้สามีหย่าเพื่อไปหาภรรยาใหม่ที่สามารถตั้งครรภ์และมีบุตรให้ครอบครัวได้ง่ายกว่า และมักใช้คำพูดทำร้ายจิตใจ^{10,14-15,21-22,24-25}

เช่น “ฉันก็แต่งงานตอนอายุเท่าๆ เธอ ทำไมฉันไม่มีปัญหาเหมือนเธอ”²² “เธอคือตัวปัญหา เพราะไข่เธอไม่สมบูรณ์”¹⁰

“แม่สามีของฉันบอกกับฉันว่า...ผู้หญิงที่ไม่มีลูกต้องถูกบังคับให้หย่าร้าง ลูกชายของเรายังหนุ่มสามารถแต่งงานใหม่กับผู้หญิงคนอื่นที่สามารถมีลูกให้ได้ง่ายตาย”²² “พี่สาวและพี่สะใภ้ที่เกลียดที่จะมาบ้านฉัน บางทีพวกเขาอาจคิดว่าฉันจะส่งสายตายั่วร้ายใส่ลูกๆ ของพวกเขา”²¹ ผู้หญิงมีบุตรยากรู้สึกว่าตนเองถูกกีดกัน ถูกกลดบทบาทในครอบครัวและสังคมลง โดยเฉพาะผู้หญิงมีบุตรยากที่มีการศึกษา เศรษฐกิจ และสังคมที่ต่ำ จะมีความเสี่ยงที่จะถูกทำร้ายจิตใจมากกว่าผู้หญิงมีบุตรยากที่มีการศึกษา เศรษฐกิจ และสังคมที่สูง^{12,24,26}

5. ความต้องการด้านสุขภาพ

จากการศึกษาที่ผ่านมาระบุว่า ผู้หญิงมีบุตรยากไม่ได้รับการตอบสนองจากบุคลากรทางการแพทย์ในด้านจิตใจที่เพียงพอ แพทย์มุ่งเน้นรักษาเฉพาะด้านร่างกาย ละเลยการตอบสนองด้านอารมณ์ ความรู้สึก และสภาวะจิตใจของผู้มีบุตรยาก ดังนั้นผู้หญิงมีบุตรยากจึงต้องการให้บุคลากรทางการแพทย์ดูแลในรูปแบบที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และตอบสนองความต้องการของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน ได้แก่ ต้องการเข้าถึงการรักษา และต้องการคำปรึกษาด้านภาวะจิตใจจากผู้เชี่ยวชาญ ดังนี้

ต้องการเข้าถึงการรักษา

ผู้หญิงมีบุตรยากต้องการเข้าถึงข้อมูลและการรักษาภาวะมีบุตรยากที่ง่ายขึ้น ต้องการบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน มีความพร้อมในการดูแลและให้ข้อมูลที่ครบถ้วนถูกต้อง¹⁷⁻¹⁸ “พวกเขาควรแนะนำข้อมูลเกี่ยวกับการรักษากับพวกเรา ฉันผิดหวังมากในครั้งแรก เพราะฉันคิดว่าการรักษาต้องสำเร็จแน่นอนเพราะไม่มีใครบอกฉันเลยว่าโอกาสในการตั้งครรภ์จากการรักษาด้วยการทำเด็กหลอดแก้วมีเพียงเล็กน้อยเท่านั้น”¹⁷ “สามีของฉันไปหาข้อมูลในอินเทอร์เน็ตพบว่า เราควรงดการมีเพศสัมพันธ์ในช่วงนี้ แต่ไม่มีใครบอกพวกเราเลย”¹⁷ เพราะถ้าไม่ได้รับข้อมูลหรือได้รับไม่เพียงพอ ผู้มีบุตรยากก็จะไปหาข้อมูลด้วยตนเองจากแหล่งข้อมูลต่างๆ เช่น อินเทอร์เน็ต หรือสอบถามจากคนอื่นๆ เป็นต้น ซึ่งอาจจะเป็นข้อมูลที่ไม่น่าเชื่อถือ¹⁷ นอกจากนี้ผู้หญิงมีบุตรยากยังต้องการให้มีแหล่งสนับสนุนด้านสิทธิการรักษาที่ครอบคลุม

ค่าใช้จ่ายการรักษ¹⁷⁻¹⁸ “NGO จะเป็นองค์กรที่ดีมาก ถ้าสนับสนุนพวกเราให้เหมือนกับที่มีองค์กรที่สนับสนุนผู้ป่วยมะเร็ง”¹⁷ “สิ่งที่ฉันกังวลในตอนนี้คือ ฉันมาที่นี่อีกครั้งฉันต้องเสียเงินมาก ทุกอย่างมันยากมาก ไม่มีที่ให้ไป และที่ให้ขอความช่วยเหลือ”¹⁷

ต้องการคำปรึกษาด้านภาวะจิตใจจากผู้เชี่ยวชาญ

ผู้หญิงมีบุตรยากต้องการให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลรักษาเข้าใจในธรรมชาติของผู้หญิงมีบุตรยาก มีความตระหนัก เห็นความสำคัญเกี่ยวกับการเศร้าโศกเสียใจของผู้มีบุตรยาก มีมนุษยธรรม และมีทัศนคติที่ดีที่ต้องการช่วยเหลืออย่างจริงจัง^{13,16-18,21,25} ต้องการให้คลินิกรักษาผู้มีบุตรยากมีผู้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษาด้านภาวะจิตใจ โดยเฉพาะ เพื่อให้คำปรึกษาด้านจิตใจของผู้มีบุตรยากในการเผชิญปัญหาและการรับมือต่อภาวะมีบุตรยากได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับความล้มเหลวที่อาจเกิดขึ้นได้จากการรักษา เสริมสร้างพลังอำนาจและความมั่นใจให้กับผู้มีบุตรยากในการรับมือกับการถูกตีตรา²⁵ โดยต้องการให้มีการให้การปรึกษาด้านจิตใจควบคู่ไปกับการรักษาด้านร่างกาย ไม่ใช่เพียงมุ่งเน้นการรักษาเพียงร่างกายอย่างเดียว^{16-18,21} “หมอไม่ได้คำนึงถึงความรู้สึกนี้กับทุกคน ฉันยังคงเป็นคน และฉันก็มีความรู้สึก เหมือนพวกเขาสิ่งนี้ไป” “พวกเขาไม่ได้ดูแลคนไข้เป็นรายบุคคล ไม่สนใจว่าใครต้องการอะไร”²¹

การอภิปรายผล

จากการทบทวนและสังเคราะห์งานวิจัยเชิงคุณภาพทั้งหมดจะเห็นได้ว่า ภาวะมีบุตรยากทำให้ผู้หญิงต้องเผชิญกับประสบการณ์ความยากลำบากและทุกข์ทรมานไม่เพียงแต่ร่างกายเท่านั้น แต่ยังรวมถึงความยากลำบากทุกข์ทรมานด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ^{16,25} ประสบการณ์ของผู้หญิงมีบุตรยากประเด็นหลักที่พบ ได้แก่ ธรรมชาติของผู้หญิงมีบุตรยาก การเผชิญและรับมือกับปัญหาปฏิกิริยาเชิงลบของบุคคลรอบข้างตามการรับรู้ของผู้หญิงผลกระทบต่อสัมพันธภาพ และความต้องการด้านสุขภาพ โดยผู้หญิงมีบุตรยากจะรับรู้ถึงความเศร้าโศกสูญเสียที่ไม่สามารถมีบุตรได้ เป็นความเศร้าโศกที่ไม่สามารถบอกใครได้

ไม่มีใครเข้าใจ ไม่ได้รับการตอบสนองและการสนับสนุน ไม่สามารถเปิดเผยหรือบอกเล่าให้คนอื่นรับรู้ได้^{13,16} กลัวผลกระทบในด้านลบ ต้องเก็บความรู้สึกทุกข์ทรมานยากลำบาก และความรู้สึกผิดไว้คนเดียว โทษตัวเองว่าผิดปกติ ไม่สมบูรณ์ ไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาทของเพศหญิงที่สังคมกำหนดไว้ได้ ต้องแบกรับความรู้สึกผิด ความเศร้าโศกสูญเสีย และการถูกตีตราไว้แต่เพียงผู้เดียว ซึ่งในสังคมปัจจุบันที่บทบาทชายและหญิงควรเท่าเทียมกัน ผู้หญิงไม่จำเป็นต้องอยู่ในกรอบหรือกฎเกณฑ์ที่สังคมคาดหวังในแบบเดิม ผู้หญิงควรสามารถกำหนดบทบาทในการใช้ชีวิตได้ด้วยตนเอง ตระหนักถึงทางเลือกที่หลากหลายที่ไม่จำกัดแค่เพียงการมีบุตร ไม่ควรจมอยู่กับความรู้สึกผิดและการถูกลดคุณค่าจากสังคม ในส่วนของครอบครัวและสังคมควรเปิดโอกาสให้ผู้หญิงได้เลือกและกำหนดบทบาทด้วยตนเอง ไม่ตีกรอบและจำกัดเพียงเพราะด้วยความเป็นเพศหญิง เพื่อให้ผู้หญิงได้มีโอกาสเลือกและปรับตัวต่อบทบาทของตนเอง ในสังคมได้อย่างอิสระ

ธรรมชาติของผู้หญิงมีบุตรยากที่มีความเศร้าโศกสูญเสียและความผิดหวังที่เกิดขึ้นซ้ำๆ โดยไม่สามารถเปิดเผยหรือบอกเล่าให้ใครฟังได้ ต้องทนทุกข์ทรมานเก็บความรู้สึกเหล่านั้นไว้เพียงผู้เดียว ไม่มีรับรู้และเข้าใจ ไม่ได้รับการตอบสนองและสนับสนุนจากสามี ครอบครัว คนรอบข้าง และบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้เกิดผลกระทบในด้านลบต่อตนเอง และสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ภาวะมีบุตรยากส่งผลให้สัมพันธภาพของผู้หญิงมีบุตรยากกับสามีสั้นลง^{12,14-15,21} ในทางตรงกันข้ามภาวะมีบุตรยากก็ส่งผลกระทบต่อด้านบวกต่อสัมพันธภาพในครอบครัว จากการที่คู่สามีภรรยาได้ร่วมทุกข์ร่วมสุขและเผชิญความยากลำบาก ความล้มเหลวและความผิดหวังในการรักษาภาวะมีบุตรยาก ทำให้มีสัมพันธภาพที่แน่นแฟ้นมากยิ่งขึ้น^{11,16-17} ดังนั้นสามี ครอบครัว คนรอบข้าง และบุคลากรทางการแพทย์ควรเข้าใจในธรรมชาติความเศร้าโศกสูญเสียของผู้หญิงมีบุตรยาก เพื่อที่จะรับฟัง เข้าใจ ตอบสนอง และให้การสนับสนุนให้ผู้หญิงมีบุตรยากสามารถก้าวผ่านความทุกข์ทรมานไปได้อย่างเจ็บปวดน้อยที่สุด

ในด้านบุคลากรทางการแพทย์พบว่า การดูแลด้านจิตใจเป็นสิ่งที่ผู้หญิงมีบุตรยากต้องการมากที่สุด โดยจาก

งานวิจัย 9 เรื่องจากทั้งหมด 17 เรื่อง ผู้หญิงมีบุตรยากรู้สึกว่าการดูแลทางการแพทย์ไม่ตอบสนองต่อความต้องการมุ่งเน้นรักษาเฉพาะด้านร่างกาย ละเลยการตอบสนองด้านอารมณ์ ความรู้สึก และสภาวะจิตใจของผู้มีบุตรยาก ดังนั้น ผู้หญิงมีบุตรยากจึงต้องการให้บุคลากรทางการแพทย์ดูแลในรูปแบบที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ตอบสนองความต้องการของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน มีผู้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษาด้านภาวะจิตใจควบคู่ไปกับการรักษาทางด้านร่างกาย^{17,21,23} ซึ่งสามารถนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้หญิงมีบุตรยากให้มีประสิทธิภาพ ตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณมากยิ่งขึ้น โดยบุคลากรทางการแพทย์ควรเข้าใจธรรมชาติความเศร้าโศกสูญเสีย ความคาดหวัง และความต้องการของผู้หญิงมีบุตรยาก นอกจากนี้การเข้าถึงการรักษาภาวะมีบุตรยากยังคงเป็นประเด็นที่ต้องได้รับการสนับสนุนจากนโยบายด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในระดับประเทศ โดยเฉพาะด้านสิทธิการรักษาที่ควรเอื้อต่อการรักษาภาวะมีบุตรยาก เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะมีบุตรยากที่ค่อนข้างสูง การเข้าถึงสถานบริการและข้อมูลต่างๆ ควรเข้าถึงได้ง่ายและเชื่อถือได้^{10,14,17-18} เพื่อให้ผู้หญิงมีบุตรยากได้เข้าถึงการรักษาอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน

สรุปและข้อเสนอแนะ

ภาวะมีบุตรยากส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้หญิงมีบุตรยาก ทำให้เกิดประสบการณ์ในด้านลบ เกิดความยากลำบาก เศร้าโศก และทุกข์ทรมาน ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ตั้งแต่การถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้มีบุตรยาก เริ่มเข้าสู่กระบวนการรักษาและจนถึงสิ้นสุดกระบวนการรักษาด้วยความผิดหวัง ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้หญิงมีบุตรยากต้องการการสนับสนุนจากสามี ครอบครัว คนรอบข้าง สังคม และบุคลากรทางการแพทย์เพื่อที่จะก้าวผ่านและเผชิญกับประสบการณ์เหล่านี้ไปได้อย่างเจ็บปวดน้อยที่สุด บุคลากรทางการแพทย์ควรเข้าใจธรรมชาติ อารมณ์ ความรู้สึก และความคาดหวังของผู้มีบุตรยากเพื่อที่จะให้

การดูแลที่มีประสิทธิภาพ และตอบสนองความต้องการของผู้หญิงมีบุตรยากมากที่สุด นอกจากนี้ภาครัฐควรส่งเสริมนโยบายการสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะมีบุตรยากให้มากขึ้น เพื่อให้ผู้หญิงมีบุตรยากได้เข้าถึงการรักษาที่มีประสิทธิภาพ และราคาไม่สูงอย่างเท่าเทียมกัน

ข้อเสนอแนะด้านการพยาบาล

บุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะพยาบาลที่ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้หญิงมีบุตรยากควรให้การดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เข้าใจธรรมชาติ ความคาดหวังและความต้องการของผู้มีบุตรยาก และพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เช่น เปิดโอกาสให้ผู้หญิงมีบุตรยากได้พูดคุยถึงทางเลือกในบทบาทของความเป็นผู้หญิง มีการประเมินความพร้อมด้านจิตใจ ประเมินความเครียด ความวิตกกังวล ความคาดหวัง และความต้องการของผู้มีบุตรยากก่อนเข้ารับการรักษา ติดตามภาวะจิตใจต่อเนื่องในระหว่างรับการรักษา และเตรียมความพร้อมด้านจิตใจเพื่อรับมือกับผลการรักษาเมื่อไม่ประสบความสำเร็จ และควรเปิดโอกาสให้สามีและครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษา และการดูแลผู้หญิงมีบุตรยากมากขึ้น ในด้านสถานบริการและระบบการดูแลผู้หญิงมีบุตรยาก ควรมีผู้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษาด้านจิตใจ เพื่อให้คำปรึกษาในกรณีที่ผู้หญิงมีบุตรยากมีความต้องการหรือมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาด้านจิตใจในตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา

ข้อเสนอแนะด้านการวิจัย

ในประเทศไทยยังคงขาดการศึกษาที่ลึกซึ้งซึ่งเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้มีบุตรยากที่มีการเปลี่ยนแปลงไปค่อนข้างมาก ทั้งด้านความต้องการมีบุตร การศึกษา อาชีพ รายได้ของคู่สมรสในสังคมปัจจุบัน ดังนั้นควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้มีบุตรยากเพื่อเข้าใจถึงความต้องการและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และเป็นแนวทางในการดูแลผู้หญิงมีบุตรยากได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

References

- Mascarenhas MN, Cheung H, Mathers CD, Stevens GA. Measuring infertility in populations: constructing a standard definition for use with demographic and reproductive health surveys. *Popul Health Metr.* 2012;10(1):17. doi: 10.1186/1478-7954-10-17.
- Mascarenhas MN, Flaxman SR, Boerma T, Vanderpoel S, Stevens GA. National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. *PLoS Med.* 2012;9(12):e1001356. doi: 10.1371/journal.pmed.1001356.
- Centers for Disease Control and Prevention. Key statistics from the nations survey of family growth [Internet]. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2017 [cited 2021 Jan 6]. Available from: https://www.cdc.gov/nchs/nsfg/key_statistics/i_2015-2017.htm#infertility.
- United Nations Population Fund, Office of the National Economic and Social Development Council. Thai population situation report 2016 [Internet]. Bangkok: United Nations Population Fund (UNFPA); 2015 [cited 2021 Apr 15]. Available from: https://thailand.unfpa.org/site/default/files/pub-pdf/State%20of%20Thailand%20Population%20report%202015-Thai%20Family_th.pdf. (in Thai).
- Adamson GD, de Mouzon J, Chambers GM, Zegers-Hochschild F, Mansour R, Ishihara O, et al. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology: world report on assisted reproductive technology, 2011. *Fertil Steril.* 2018; 110(6):1067-80. doi: 10.1016/j.fertnstert.2018.06.039.
- Ali S, Sophie R, Imam AM, Khan FI, Ali SF, Shaikh A, et al. Knowledge, perceptions and myths regarding infertility among selected adult population in Pakistan: a cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2011;11:760. doi: 10.1186/1471-2458-11-760.
- Sezgin H, Hocaoglu C, Guvendag-Guven ES. Disability, psychiatric symptoms, and quality of life in infertile women: a cross-sectional study in Turkey. *Shanghai Arch Psychiatry.* 2016;28(2): 86-94. doi: 10.11919/j.issn.1002-0829.216014.
- Berger R, Paul MS, Henshaw LA. Women's experience of infertility: a multi-systemic perspective. *J Int Womens Stud.* 2013;14(1):54-68.
- Romeiro J, Caldeira S, Brady V, Timmins F, Hall J. Spiritual aspects of living with infertility: a synthesis of qualitative studies. *J Clin Nurs.* 2017; 26(23-24):3917-35. doi: 10.1111/jocn.13813.
- Güneri SE, Kavlak O, Göker ENT. Hope and hopelessness in Infertile women: phenomenological study. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar.* 2019;11 Suppl 1:24-36. doi: 10.18863/pgy.530714.
- Pedro A. Coping with Infertility: an explorative study of South African women's experiences. *Open J Obstet Gynecol.* 2015;5(1):49-59. doi: 10.4236/ojog.2015.51008.
- Aghakhani N, Marianne Ewalds-Kvist B, Sheikhan F, Merghati Khoei E. Iranian women's experiences of infertility: a qualitative study. *Int J Reprod Biomed.* 2020;18(1):65-72. doi: 10.18502/ijrm.v18i1.6203.
- McBain TD, Reeves P. Women's experience of infertility and disenfranchised grief. *The Family Journal.* 2019;27(2):156-66. doi: 10.1177/1066480719833418.
- Yao H, Chan CHY, Chan CLW. Childbearing importance: a qualitative study of women with infertility in China. *Res Nurs Health.* 2018;41(1):69-77. doi: 10.1002/nur.21846.

15. Naab F, Lawali Y, Donkor ES. "My mother in-law forced my husband to divorce me": experiences of women with infertility in Zamfara State of Nigeria. *PLoS One*. 2019;14(12):e0225149. doi: 10.1371/journal.pone.0225149.
16. Ying L-Y, Wu LH, Loke AY. The experience of Chinese couples undergoing in vitro fertilization treatment: perception of the treatment process and partner support. *PLoS One*. 2015;10(10): e0139691. doi: 10.1371/journal.pone.0139691.
17. Ebrahimzadeh Zagami S, Latifnejad Roudsari R, Janghorban R, Mousavi Bazaz SM, Amirian M, Allan HT. Infertile couples' needs after unsuccessful fertility treatment: a qualitative study. *J Caring Sci*. 2019;8(2):95-104. doi: 10.15171/jcs.2019.014.
18. Pedro A, Faroa BD. Exploring the lived experiences of infertility treatment and care by involuntarily childless women. *J Psychol Afr*. 2017;27(3):267-72. doi: 10.1080/14330237.2017.1321855.
19. Born SL, Carotta CL, Ramsay-Seaner K. A multicase study exploring women's narratives of infertility: implications for counselors. *The Qualitative Report*. 2018;23(12):2992-3003.
20. Zhuoran W, Wanpeng L, Tao P, Coates R. Qualitative research on infertile Chinese couples' understanding of sexuality. *Fam Pract*. 2018; 35(1):88-92. doi: 10.1093/fampra/cmz069.
21. Batool SS, de Visser RO. Experiences of infertility in British and Pakistani women: a cross-cultural qualitative analysis. *Health Care Women Int*. 2016;37(2):180-96. doi: 10.1080/07399332.2014.980890.
22. Akarsu RH, Beji NK. Spiritual and religious issues of stigmatization women with infertility: a qualitative study: spiritual and religious issues of stigmatization. *J Relig Health*. 2019;60(1): 256-67. doi: 10.1007/s10943-019-00884-w.
23. Boz I, Okumus H. The "everything about the existence" experiences of Turkish women with infertility: solicited diaries in qualitative research. *J Nurs Res*. 2017;25(4):268-75. doi: 10.1097/JNR.000000000000166.
24. Hasanpoor-Azghdy SB, Simbar M, Vedadhir A. The social consequences of infertility among Iranian women: a qualitative study. *Int J Fertil Steril*. 2015;8(4):409-20. doi: 10.22074/ijfs.2015.4181.
25. Ranjbar F, Behboodi-Moghadam Z, Borimnejad L, women seeking assisted pregnancy in Iran: a qualitative study. *J Reprod Infertil*. 2015;16(4):221-8.
26. Dierickx S, Rahbari L, Longman C, Jaiteh F, Coene G. 'I am always crying on the inside': a qualitative study on the implications of infertility on women's lives in urban Gambia. *Reprod Health*. 2018;15(1):151. doi: 10.1186/s12978-018-0596-2.