

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้
พลังอำนาจและภาวะไร้พลังอำนาจ
ภาวะมีบุตรยาก
ภาวะไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตรยาก

พลังอำนาจและภาวะไร้พลังอำนาจ

พลังอำนาจ (power)

พลังอำนาจเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับสิ่งมีชีวิต (May, 1972) เป็นการที่บุคคลรู้จักเป้าหมายของตนเองและรู้จักใช้ทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อให้เกิดความรู้สึกสามารถควบคุมตนเองได้ และบรรลุเป้าหมายของตน (อวยพร ตันมุษกุล, 2540) และโรเบิร์ตส์ (Roberts, 1978) กล่าวว่าพลังอำนาจของบุคคลมีรากฐานมาจากการปกป้องตนเอง และต้องการเสริมบารมี

เครทซ์ (Kretch cited in Roberts, 1986) ได้ให้ความหมายของความต้องการมีพลังอำนาจว่า เป็นความปรารถนาของบุคคลในการควบคุมผู้อื่นหรือสิ่งอื่นให้ยอมรับฟังหรือทำตามความต้องการของตนเอง

มิลเลอร์ (Miller, 1983) กล่าวว่า พลังอำนาจเป็นความสามารถของบุคคลที่จะควบคุมสถานการณ์ตามที่คาดหวัง ได้แบ่งพลังอำนาจของบุคคลไว้ 7 ประการ ดังนี้ ความเข้มแข็งของร่างกาย (physical strength) ความเข้มแข็งของจิตใจ (psychologic stamina-social support) อคติในทัศนคติทางบวก (positive self-concept) พลังงานในร่างกาย (energy) ความรู้และความตระหนักรู้ (knowledge and insight) แรงจูงใจของบุคคล (motivation) และระบบความเชื่อของบุคคล (belief system)

โรเบิร์ตส์ (Roberts, 1986) กล่าวว่าพลังอำนาจ หมายถึงความสามารถของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกก็นึกคิด ทำศนคติ พฤติกรรมหรืออารมณ์ของตัวบุคคล และสามารถควบคุมการกระทำของผู้อื่น หรือมีอิทธิพลเหนือผู้อื่นได้ด้วย

สรุปได้ว่ามนุษย์ทุกคนไม่ว่าจะอยู่ในภาวะที่มีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วยต่างปรารถนาที่จะมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเองและสามารถควบคุมคนอื่นได้ด้วย (Roberts, 1986) แต่เมื่อใดที่ประสบกับความเจ็บป่วย มีบุคคลอื่นมาควบคุมการกระทำของเรา ไม่มีอิสระในการเลือก หรือไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ทำให้รู้สึกว่พลังอำนาจที่มีอยู่ในตนเองลดลง หรือเกิดภาวะไร้พลังอำนาจนั่นเอง (Rose, 1994)

ภาวะไร้พลังอำนาจ (powerlessness)

มีผู้ให้คำจำกัดความและสาเหตุของภาวะไร้พลังอำนาจไว้หลากหลาย ดังนี้

จอห์นสัน (Johnson, 1967) ได้อธิบายความหมายของภาวะไร้พลังอำนาจด้านจิตสังคม โดยเน้นที่ความแตกต่างของบุคลิกภาพในแต่ละบุคคลว่า ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง แต่ถูกควบคุมโดยสิ่งอื่นหรือคนอื่น

เชพเพิร์ด (Shepperd, 1985) กล่าวว่ากรณีที่บุคคลเจ็บป่วยเป็นโรคแล้วเกิดภาวะไร้พลังอำนาจเนื่องจากไม่สามารถที่จะควบคุมสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ เช่น การดำเนินของโรค ระบบบริการสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อนของการรักษา เป็นต้น ทำให้การรับรู้เกี่ยวกับอำนาจภายในตนเองลดลง

โรเบิร์ตส์ (Roberts, 1986) กล่าวว่ากรณีที่บุคคลเกิดภาวะไร้พลังอำนาจเนื่องจากไม่สามารถควบคุมพฤติกรรม และสิ่งแวดล้อมของตนเองได้ตามความต้องการ และไม่สามารถตัดสินใจผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นได้ แต่ถูกควบคุมจากบุคคลอื่น หรือสิ่งเร้าที่อยู่ภายนอก ที่มีสาเหตุมาจากการสูญเสียการควบคุมด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม และการขาดความรู้

มิลเลอร์ (Miller, 1992) กล่าวถึงภาวะไร้พลังอำนาจว่า การที่บุคคลรับรู้ว่ไม่สามารถมีอิทธิพลต่อสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตามความคาดหวังได้ ไม่ว่าจะเกิดขึ้นประจำหรือไม่คาดคิด

รัปเพิร์ต, เคอร์นิกกี และโดแลน (Ruppert, Kernicki & Dolan, 1996) กล่าวถึงภาวะไร้พลังอำนาจว่ เป็นการรับรู้ความสูญเสียการควบคุมตนเองเหนือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

สายพิน เกษมกิจวัฒนา (2532) ทบทวนแนวคิดภาวะไร้พลังอำนาจจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปว่ภาวะไร้พลังอำนาจ หมายถึงภาวะที่บุคคลรับรู้ว่ตนเองไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับชีวิตของตนเองได้ กิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลปฏิบัติไม่สามารถบรรลุ

เป้าหมายที่ต้องการ บุคคลต้องอยู่ในสภาพที่คล้อยตาม หรือปฏิบัติตามแนวทางที่ผู้อื่นหยิบยื่นให้ บุคคลจะรู้สึกสูญเสียคุณค่าและความเป็นตัวของตัวเอง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดภาวะไร้พลังอำนาจตามสาเหตุของโรเบิร์ตส์ (Roberts, 1986) ที่กล่าวว่าคนที่บุคคลไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมของตนเองได้ตามความต้องการ และไม่สามารถตัดสินใจผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นได้ แต่จะถูกควบคุมจากบุคคลอื่น หรือสิ่งเร้าที่อยู่ภายนอกที่มีสาเหตุมาจากการสูญเสียการควบคุมด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม และการขาดความรู้ ทำให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจ เนื่องจากแนวคิดภาวะไร้พลังอำนาจตามสาเหตุดังกล่าวนี้ โรเบิร์ตส์ (Roberts, 1986) ได้อธิบายรายละเอียดไว้ชัดเจนว่าสอดคล้องกับแนวทางการประเมินผู้รับบริการของพยาบาล ที่จะประเมินภาวะสุขภาพกาย ทัศนคติ บุคลิกภาพ และประสบการณ์ต่างๆ ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิต มีการประเมินสิ่งแวดล้อมที่ผลต่อพฤติกรรมของผู้รับบริการ ตลอดจนความรู้สึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการปฏิบัติตนเองของผู้รับบริการด้วย

สตีเฟนสัน (Stephenson cited in Roberts, 1986) ได้แบ่งภาวะไร้พลังอำนาจ ออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. ภาวะไร้พลังอำนาจตามบุคลิกภาพ (trait or personality powerlessness) เป็นลักษณะภาวะอารมณ์ปกติหรือทัศนคติของบุคคลต่อการดำรงชีวิต บุคคลที่มีบุคลิกภาพไร้พลังอำนาจจะเกิดภาวะไร้พลังอำนาจมากขึ้นในสถานการณ์ ดังเช่นการเจ็บป่วย

2. ภาวะไร้พลังอำนาจตามสถานการณ์ (situational powerlessness) เป็นการสูญเสียความเชื่อถือการควบคุมตนเองของบุคคลที่มีพลังอำนาจในตนเอง เนื่องจากสถานการณ์หรือเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งที่เกิดขึ้นต่อเนื่องกัน

ภาวะไร้พลังอำนาจตามบุคลิกภาพและตามสถานการณ์ดังกล่าว มีความสำคัญเท่าเทียมกัน แต่พยาบาลสามารถควบคุมภาวะไร้พลังอำนาจตามสถานการณ์ของผู้รับบริการได้ดีกว่า (Stephenson cited in Roberts, 1986) นอกจากนี้โรเบิร์ตส์ (Roberts, 1986) กล่าวว่า ยิ่งสถานการณ์เกิดเฉียบพลัน ยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีพลังอำนาจลดลง ดังนั้นจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่พยาบาลต้องทำความเข้าใจสาเหตุของการเกิดภาวะไร้พลังอำนาจในผู้รับบริการ

สาเหตุของการเกิดภาวะไร้พลังอำนาจ

ภาวะไร้พลังอำนาจยังเกิดมากขึ้นจากการที่บุคคลรู้สึกไม่พึงพอใจกับการที่ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น การทำงาน การเจ็บป่วย การดูแล เป็นต้น ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านลบต่อเป้าหมายและการดำเนินชีวิต และจากการที่ต้องค้นหา หรือได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอ

ทำให้เกิดความรู้สึกเครียด โกรธและซึมเศร้า เป็นต้น (Carpenito, 1997) สอดคล้องกับแนวคิดภาวะไร้พลังอำนาจตามสาเหตุของโรเบิร์ตส์ (Roberts, 1986) ซึ่งสรุปจากการศึกษาภาวะไร้พลังอำนาจของผู้ป่วยทั้งโรคเฉียบพลันและเรื้อรัง ดังนี้

แนวคิดภาวะไร้พลังอำนาจตามสาเหตุของโรเบิร์ตส์ (Roberts, 1986) เกิดจากสาเหตุสำคัญ 2 ประการคือ การสูญเสียการควบคุม (loss of control) และการขาดความรู้ (lack of knowledge)

1. การสูญเสียการควบคุม แบ่งออกเป็น 3 สาเหตุย่อย คือ

1.1 การสูญเสียการควบคุมด้านร่างกาย (physiological loss of control) จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลเริ่มมีอาการของโรค โดยที่ก่อนการเกิดภาวะความเจ็บป่วย บุคคลจะมีพลังอำนาจเหนือตนเอง แต่เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย หรือระบบใดระบบหนึ่งของร่างกายถูกควบคุมโดยความเจ็บป่วย ทำให้สมรรถภาพในการทำหน้าที่ของร่างกายและการรักษาสมดุลในร่างกายลดลง ไม่สามารถทำกิจกรรมใดๆ ได้ตามความคาดหวังและตามความต้องการของตนเอง ทำให้บุคคลเกิดภาวะไร้พลังอำนาจ บางคนเคยมีความรู้สึกภาคภูมิใจในร่างกายของตน เมื่อเกิดความเจ็บป่วย พยาธิสภาพของโรค หรือภาวะต่างๆ ที่เกิดขึ้นอาจทำให้บุคคลรู้สึกอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน หรือเจ็บปวด ซึ่งบุคคลไม่สามารถควบคุมความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้ หรือมีการตกเลือด มีปัญหาาระบบหายใจ มีความผิดปกติในความต้องการและสมรรถภาพทางเพศ หรืออาจถึงระดับที่ไม่สามารถเคลื่อนไหว สูญเสียความรู้สึกต่างๆ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพและความรุนแรงของโรค ระยะเวลาของการเจ็บป่วย อวัยวะส่วนที่เป็นโรค บทบาทของผู้ป่วยในครอบครัวและสังคม ผลการรักษา รวมทั้งฐานะทางเศรษฐกิจ การขาดความสามารถในการควบคุมร่างกายนี้มีผลกระทบต่อสภาวะจิตใจของบุคคลโดยตรง เนื่องจากสูญเสียความเป็นตัวเองไป (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2532) จึงกล่าวได้ว่าภาวะการเจ็บป่วยและผลจากการรักษา และสมรรถภาพทางกายที่ลดลง โดยที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่น เป็นสาเหตุที่สำคัญของการเกิดภาวะไร้พลังอำนาจ (Nystrom & Segesten, 1994; Roy อ้างในกัลยกร ฉัตรแก้ว, 2538; Walding, 1991) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชุตติมา มุสิกะสังข์ (2535) ที่พบว่าผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างที่เกิดภาวะไร้พลังอำนาจจากการสูญเสียการควบคุมด้านร่างกายในระดับสูง และจะเกิดภาวะไร้พลังอำนาจมากขึ้นถ้าความรุนแรงของการเจ็บป่วยมาก (Richmond et al., 1992)

1.2 การสูญเสียการควบคุมด้านจิตใจ (psychological loss of control) จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้ว่าจะเกิดความเจ็บป่วยขึ้น รวมถึงการเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียการควบคุมด้านจิตใจ เนื่องจากต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบของโรงพยาบาล

โดยมีพยาบาลเป็นผู้ควบคุมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การถูกจำกัดเวลาเยี่ยม หรือไม่สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง (Rambo, 1984) เมื่อผู้ป่วยสูญเสียอิสระในการตัดสินใจ ทำให้รู้สึกที่ไม่สามารถควบคุมสิ่งต่างๆ ได้ (Seligman cited in Walding, 1991) นอกจากนี้สัมพันธภาพที่ไม่ดี หรือ บุคคลรู้สึกไม่เป็นส่วนตัวระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรอาจเป็นสาเหตุของภาวะการไร้พลังอำนาจได้ เช่นเดียวกัน (Lambert & Lambert, 1981) สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจได้ เนื่องจากไม่สามารถยืนยันหาคำยืนยันตัวตนของตัวเอง (self-affirmation) ได้ (Krech et al. cited in Roberts, 1978) ตลอดจนการสูญเสียอิสระในการตัดสินใจและเลือกในสิ่งที่ตนเองต้องการติดต่อกันเป็นเวลานาน บุคคลจะแสดงอารมณ์โกรธและก้าวร้าวเพื่อดำรงความมีอำนาจและศักดิ์ศรี (May, 1972) แต่การแสดงความก้าวร้าวออกมา เป็นการเพิ่มภาวะไร้พลังอำนาจมากขึ้น เนื่องจากแสดงถึงการที่ไม่สามารถควบคุมอารมณ์และการกระทำของตนเองได้ (Thomas, Smucker, & Droppleman, 1998)

นอกจากนั้นผู้ป่วยยังต้องเผชิญกับความเครียดทางร่างกาย เช่น การสูญเสียหน้าที่ในการทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกายเป็นระยะเวลานาน การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการรักษาเป็นต้น ทำให้เกิดความเครียดด้านจิตใจ เช่น มีความคับข้องใจ เนื่องจากไม่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของชีวิต หรือเกิดความขัดแย้งในใจเนื่องจากต้องพึ่งพาผู้อื่น เปลี่ยนแปลงบทบาทของตนหรือไม่สามารถแสดงบทบาทของตนได้เต็มที่ และต้องเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตของตน เป็นต้น ความเครียดต่างๆ เหล่านี้ จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกสูญเสียการควบคุมด้านจิตใจมากขึ้น (ชุติมา มุสิกะสังข์, 2535; ทศพร พัฒนนิรมาน, 2531)

นอกจากนี้ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมอื่นๆ เช่น การขาดความเป็นตัวของตัวเอง ขาดการประจักษ์รู้สึกค้นสร้างสรรค์ ขาดรายได้ซึ่งทำให้มีผลถึงฐานะทางเศรษฐกิจ การถูกแยกให้อยู่ตามลำพังเป็นเวลานานๆ หรือการตายจากของบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนสนิท ตลอดจนการหย่าขาดจากคู่สมรส เป็นต้น ถ้าบุคคลไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ดังกล่าวได้ จะเกิดภาวะไร้พลังอำนาจขึ้น (Kelly อ้างใน กัลยกร ฉัตรแก้ว, 2538) นอกจากนี้ถ้ามีการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว เพื่อน และบุคคลสำคัญ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกดีใจ แต่ถ้าขาดการสนับสนุนดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตนเองไร้คุณค่าทำให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจได้เช่นกัน (Davidhizar, 1992)

1.3. การสูญเสียการควบคุมด้านสิ่งแวดล้อม (environmental loss of control) การที่ผู้ป่วยต้องเข้ามารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมใหม่ และแตกต่างไปจากสิ่งแวดล้อมเดิมของเขา เป็นสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย หรือไม่มีโอกาสเลือกสถานที่ที่ทำการรักษา จะสร้างความตื่นตระหนก ความวิตกกังวล และความกลัวให้กับผู้ป่วยเป็นอันมาก เนื่องจากต้องเข้ามาอยู่ท่ามกลางสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ ที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ การใช้เครื่องมือต่างๆ ไม่มีเครื่องมือเครื่อง

ใช้ที่ประจำตัวผู้รับบริการ พบกับบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยคนอื่นๆ มากมาย แสงและเสียงที่รบกวน และขาดการเป็นส่วนตัว (ช่อลดา พันธุเสนา, 2838; Spark & Taylor, 1993) สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะไม่สามารถควบคุมหรือมีอิทธิพลเหนือสิ่งแวดล้อมได้

2. การขาดความรู้ (lack of knowledge)

ความรู้เป็นแหล่งของพลังอำนาจอย่างหนึ่งและเมื่อมีความรู้จะเพิ่มความสามารถในการควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ (Miller, 1992; Wilkinson & Miers, 1999) บุคคลส่วนใหญ่ไม่เคยคาดคิดว่าตนเองจะต้องเจ็บป่วย ไม่เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลมาก่อน จึงไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษาที่จะได้รับ ทำให้บุคคลไม่ทราบว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตนเอง และสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองขณะนี้จะสามารถอธิบายได้อย่างไร ซึ่งการขาดความรู้นี้อาจเกิดจากการที่บุคคลไม่ได้รับการบอกเล่าเกี่ยวกับอาการ หรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับเขา หรืออาจเกิดจากการที่ได้รับการบอกเล่าแต่ไม่เข้าใจ ไม่กล้าซักถาม หรืออาจได้รับคำอธิบายโดยใช้ศัพท์เฉพาะทางการแพทย์ซึ่งผู้ป่วยไม่เข้าใจ ทำให้บุคคลไม่ได้รับข้อมูลตามที่ต้องการที่จะทำการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตนเอง และอาจเกิดจากการคาดหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วยไปในทางที่ไม่ดีไว้ล่วงหน้า เช่น ทำนายผลการรักษาไปในทางที่ไม่ดี สงสัยว่าจะไม่หายจากโรค เป็นต้น บุคคลจะรับรู้ว่าจะไม่สามารถควบคุมชะตาชีวิตของตนเองได้อีกต่อไป ถ้าคาดการณ์ล่วงหน้าไว้ในทางที่ไม่ดีเพียงใด ก็จะยิ่งทำให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจมากขึ้น (Jarvis, 1992) และผู้ที่มิภาวะไร้พลังอำนาจสูงจะมีความสามารถในการเรียนรู้ต่ำ (Roberts, 1978) ทำให้การดูแลตนเองน้อยลง นอกจากนี้การขาดความรู้ยังทำให้ไม่ตระหนักถึงผลกระทบที่มีต่อบทบาทที่ต้องเปลี่ยนแปลงไป เมื่อไม่สามารถแสดงบทบาทดังกล่าวได้จะทำให้รู้สึกไร้พลังอำนาจมากขึ้น (ช่อลดา พันธุเสนา, 2538)

พยาบาลสามารถให้ความช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะไร้พลังอำนาจได้โดยการหาสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจดังกล่าว และช่วยเหลือโดยการใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยช่วยให้ผ่านขั้นตอนต่างๆ คือ การค้นพบความจริง การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ และการดำรงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่เหมาะสม (Gibson, 1995) นอกจากนี้พยาบาลควรตระหนักถึงปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไร้พลังอำนาจเช่นกัน

แนวคิดภาวะไร้พลังอำนาจตามสาเหตุของโรเบิร์ตส์ (Roberts, 1986) ในต่างประเทศมีการนำมาใช้ศึกษาวิจัยทั้งในภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันและเรื้อรังอย่างหลากหลาย รวมทั้งการศึกษาวิจัยในประเทศไทยด้วย และจากการศึกษาดังกล่าวทำให้ทราบว่ายังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์และไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะไร้พลังอำนาจเพิ่มเติม เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเอง อัตมโนทัศน์ ความทุกข์จากความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น ตัวอย่างการวิจัย ในประเทศไทย มีดังนี้

ทศพร พัฒนนิรมาน (2532) ศึกษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 100 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่มีความแตกต่างด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ปัญหาทางเศรษฐกิจ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความรู้สึกไร้พลังอำนาจที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และอัตมโนทัศน์แต่ละด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความเป็นเอกลักษณ์ ด้านสังคม ด้านส่วนตัว ด้านศีลธรรมจรรยา ด้านครอบครัว ด้านความพึงพอใจในตนเอง แล ด้านพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไร้พลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนด้านการวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

หุติมา มุสิกะสังข์ (2535) ศึกษาภาวะไร้พลังอำนาจของผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง พบว่า ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างมีภาวะไร้พลังอำนาจจากการสูญเสียการควบคุมด้านร่างกายอยู่ในระดับสูง ส่วนการสูญเสียการควบคุมด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม และการขาดความรู้ที่อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะไร้พลังอำนาจได้แก่ ระดับการศึกษา พบว่าระดับการศึกษาที่แตกต่างกันทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกไร้พลังอำนาจที่แตกต่างกัน โดยกลุ่มระดับประถมศึกษาจะมีภาวะไร้พลังอำนาจสูงกว่า กลุ่มระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป แต่อายุ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว และระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาที่แตกต่างกันจะมีความรู้สึกไร้พลังอำนาจไม่แตกต่างกัน

กัลยกร นัครแก้ว (2538) ศึกษาปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อภาวะไร้พลังอำนาจในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 150 ราย พบว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะไร้พลังอำนาจ และสามารถอธิบายภาวะไร้พลังอำนาจได้ แต่ภาวะแทรกซ้อนของรังสีรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะไร้พลังอำนาจ ส่วนอายุ และระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะไร้พลังอำนาจ

หทัยรัตน์ จิรนนทิพัทธิ (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ของสัมพันธภาพของพยาบาลและผู้ป่วยกับภาวะไร้พลังอำนาจของผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก พบว่า ภาวะไร้พลังอำนาจของผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนักโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ และสัมพันธภาพของพยาบาลกับผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนักมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะไร้พลังอำนาจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สายพิน เกษมกิจวัฒนา, วัฒนา น้ำเพชร, อรวรรณ ศรียุคศุพร และจุฬาทพร ประสงค์ (2539) ศึกษาความทุกข์จากความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม ความมีคุณค่าในตนเอง และการ

ไร้พลังอำนาจในผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหาร โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะทดสอบทิศทางการสัมพันธ์ในผู้ป่วยมะเร็งทางเดินอาหาร จำนวน 150 ราย พบว่าอายุมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคม จำนวนครั้งที่เข้าโรงพยาบาลมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคมและความทุกข์จากความเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกกับความมีคุณค่าในตนเอง และมีอิทธิพลทางลบกับความทุกข์จากความเจ็บป่วยและการไร้พลังอำนาจ นอกจากนี้ความทุกข์จากความเจ็บป่วยมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกแต่ความมีคุณค่าในตนเองมีอิทธิพลทางลบกับการไร้พลังอำนาจ นั่นคือ เมื่อบุคคลมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะเกิดภาวะไร้พลังอำนาจในระดับต่ำ

จากการศึกษาวิจัยดังกล่าวอาจสรุปได้ว่าเมื่อบุคคลเกิดภาวะเจ็บป่วยทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีผลทำให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจ และอาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือไม่เกี่ยวข้องมากมายดังกล่าวข้างต้น แต่ผู้วิจัยพบว่าจากการศึกษาที่กล่าวมาเป็นการศึกษาภาวะไร้พลังอำนาจ ตลอดจนปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคเรื้อรังและเฉียบพลันโดยที่ไม่ได้แยกเพศ แสดงผลการวิจัยโดยภาพรวม และยังไม่มีการศึกษาภาวะไร้พลังอำนาจของสตรีที่เกี่ยวข้องกับภาวะการเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะมีบุตรยาก ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาภาวะไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตรยาก เนื่องจากภาวะมีบุตรยากเป็นภาวะที่สตรีไม่คาดคิดมาก่อน แสดงถึงการสูญเสียสามารถควบคุมการเจริญพันธุ์ของตนเองได้ และตัดสินใจเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยากตามความคาดหวังของครอบครัวและสังคม ทำให้สตรีที่มีบุตรยากต้องปฏิบัติตามแผนการตรวจวินิจฉัยและรักษาของแพทย์ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอำนาจการควบคุมจะอยู่ที่บุคคลอื่น เช่น แพทย์ และบุคลากรทางสุขภาพ คู่สมรส สมาชิกในครอบครัว และสังคม เป็นต้น และจากแนวคิดของ คริส (Kris, 1998) กล่าวว่า ภาวะมีบุตรยากเป็นภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังแบบหนึ่งที่ต้องรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยากต่อเนื่อง จึงน่าจะทำให้สตรีที่มีบุตรยากเกิดภาวะไร้พลังอำนาจ ได้

ภาวะไร้พลังอำนาจของสตรี

ในบริบทวัฒนธรรมไทยที่ชายเป็นใหญ่ มีความไม่เท่าเทียมกันระหว่างหญิงชาย (จินตนา ชูนิพันธ์, 2542) สังคมคาดหวังว่าชายเป็นผู้ที่มีบทบาทหลักในสังคมและในเรื่องเพศสัมพันธ์ และสตรีเป็นผู้ตาม บรรทัดฐานนี้กำหนดให้สตรีเป็นผู้รับผิดชอบต่อการคุมกำเนิด การตั้งครรภ์ การคลอด การยุติการตั้งครรภ์ รวมถึงการแก้ไขภาวะมีบุตรยาก ทำให้สตรีมีฐานะที่เป็นรองและมีอำนาจในการตัดสินใจน้อยกว่า และขาดอำนาจในการตัดสินใจอย่างเป็นอิสระในเรื่อง

เกี่ยวกับชีวิตของตน (พิมพัลย์ บุญมงคล, 2544) สตรีจึงเป็นฝ่ายที่ถูกกระทำ ต้องฟัง ต้องทำตาม และไม่ควรตั้งคำถาม (พิมพัลย์ บุญมงคล, 2542) ส่งผลให้สตรีมีพลังอำนาจที่น้อยกว่าชาย (ภัสสร ลิมานนท์, 2542) เป็นเหตุให้ชายครอบงำสตรีและใช้อำนาจกดขี่ได้ (นิลวรรณ วีรวัฒน์, 2540) แม้ในปัจจุบันสตรีและบุรุษมีฐานะเกือบเท่าเทียมกัน แต่ด้วยวิถีชีวิตของไทย สตรีถูกขัดเกลาทางสังคม ให้ยอมรับสภาพบทบาทที่ด้อยกว่าชาย จากการประชุมที่กรุงปักกิ่งว่าด้วยเรื่องสตรีในปี 2538 ได้ให้ความสำคัญของสุขภาพสตรีตลอดวงจรชีวิต และได้มีการตั้งเกณฑ์ชีวิตสุขภาพสตรี โดยเน้นที่การดูแลสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ และการเสริมพลังอำนาจให้สตรีในเรื่องต่างๆ ทำให้การดูแลสุขภาพสตรีได้รับการสนใจมากยิ่งขึ้น องค์การอนามัยโลก (WHO อ้างใน พิมพัลย์ บุญมงคล, 2544) ได้ให้ความหมายของสุขภาพสตรีว่า หมายถึง ความเป็นอยู่ที่ดีทางกาย และสามารถควบคุมกำหนดทิศทางของการดำรงชีวิต และสัมพันธ์ภาพกับบุคคล รวมถึงการได้รับข้อมูลข่าวสารสามารถใช้ทรัพยากรในครอบครัวและชุมชน เพื่อการทำหน้าที่ผู้รับผิดชอบต่อการมีสุขภาพที่ดีของตนเองและครอบครัว ซึ่งหมายความว่าสตรีควรมีทางเลือกมากยิ่งขึ้น จึงเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางสุขภาพที่จะต้องจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้สุขภาพดีดังกล่าว

อย่างไรก็ตาม ในการจัดการบริการสุขภาพส่วนใหญ่ยังไม่ได้คำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพของสตรี อันเป็นผลมาจากความไม่เท่าเทียมทางเพศ อาจเนื่องจากการตัดสินใจในนโยบายด้านสาธารณสุขยังเป็นการตัดสินใจจากชายเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ขาดมุมมองของสุขภาพสตรีแบบองค์รวม (ปราณี ชีโรโสภณ, 2544) รวมถึงค่านิยมและความเชื่อเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพในสังคมไทย ผู้รับบริการคิดว่าตนเองเป็นผู้ที่ต้องขอรับความช่วยเหลือ ต้องเชื่อฟัง ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำ และมอบการตัดสินใจให้กับผู้รักษาและบุคลากรในทีมสุขภาพเนื่องจากเป็นผู้ที่มีความรู้และความชำนาญมากกว่า โดยไม่มีการต่อรองในวิธีการรักษาของตน ไม่ว่าจะเป็นการรับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน เนื่องจากกลัวการตำหนิ (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2537) ไม่กล้าที่จะซักถาม (พัชรีย์ ประเสริฐกิจ, 2541) รวมถึงการขาดความยืดหยุ่นในระบบบริการ ระบบการรักษาการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรทางการแพทย์ และทัศนคติของเจ้าหน้าที่ต่อผู้รับบริการ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้รับบริการสูญเสียการควบคุม (Gray et al., 1990) และทำให้เกิดความรู้สึกว่าไร้พลังอำนาจได้

จากการศึกษาของ บวร ประพฤติกี และคณะ (2520) และวัชรระ คล้ายนคร (2526) (คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาด้านสาธารณสุข, 2539) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการกำหนดพลังอำนาจในการตัดสินใจในครอบครัว มี 4 ประการ คือ การศึกษา รายได้ ระยะเวลาของการสมรส และภูมิหลังของสตรี ดังนี้

1. การศึกษา ถ้าสตรีมีการศึกษาสูง อำนาจการตัดสินใจในครอบครัวจะสูงขึ้น ภรรยาที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีจะมีอำนาจในการตัดสินใจไม่ต่างจากสามี ระดับปริญญาโทจะไม่ปรึกษาผู้อื่นก่อนการตัดสินใจ และไม่เปิดโอกาสให้มีการตัดสินใจในลักษณะอื่นๆ เลย ระดับปริญญาเอกจะไม่ปรึกษาผู้อื่นเช่นกัน

2. รายได้ สตรีที่มีรายได้เป็นของตนเองจะมีอำนาจในการตัดสินใจมาก ถ้าสามีเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวฝ่ายเดียว จะมีการกระจายอำนาจการตัดสินใจให้กับภรรยาบ้าง แต่ถ้าเป็นภรรยาเป็นผู้หาเลี้ยงครอบครัวจะไม่ค่อยกระจายอำนาจให้สามี

3. ระยะเวลาของการสมรส ระยะแรกสามีจะใช้อำนาจในการตัดสินใจมากกว่าภรรยา แต่เมื่ออยู่ด้วยกันไปนานๆ อำนาจการตัดสินใจจะค่อยๆ เปลี่ยนไป ภรรยาจะมีอำนาจการตัดสินใจมากกว่า

4. ภูมิหลังของสตรี โดยใช้อาชีพของบิดามารดาเป็นตัวบ่งชี้ พบว่า สตรีที่มีบิดามารดาเป็นข้าราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ จะมีความเชื่อมั่นในการตัดสินใจมากกว่าอาชีพอื่น

วิถีการดำเนินชีวิตในสมัยก่อน มนุษย์แต่ละสังคมย่อมมีความแตกต่างกันตามสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อม สตรีที่ไม่เคยมีพลังอำนาจ จะได้รับพลังอำนาจหรือความยิ่งใหญ่เป็นที่เคารพยกย่องเมื่อสตรีนั้นมีสภาพการเป็นแม่ ซึ่งจะเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ที่สำคัญในการเลี้ยงดูบุตร ถ่ายทอดความเชื่อ ขนบธรรมเนียม และประเพณีแก่บุตรหลาน แต่ถ้าไม่สามารถปฏิบัติได้จะถูกติฉินนินทาอย่างรุนแรง แต่ในสมัยปัจจุบัน สตรีต้องทำงานนอกบ้านเช่นกันจึงทำให้ปัญหาดังกล่าวทุเลาลงแต่ถึงอย่างไรปัญหายังมีอยู่ (กฤติยา อาชวนิชกุล, 2537) นอกจากนี้ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อสตรีทุกบริบท ส่งผลให้สตรียอมรับบทบาทการยอมตาม ฟังพา และนำไปสู่ความรู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง และไร้พลังอำนาจที่จะยืนหยัดด้วยตนเอง (ศิริพร จิรวัดณ์กุล, 2541)

ปัจจุบันความเป็นแม่ของสตรีที่ในอดีตเคยเป็นสภาพธรรมชาติ ได้มีการเปลี่ยนแปลงเป็นวัฒนธรรมโดยระบบการแพทย์มากขึ้น กล่าวคือความเจริญทางเทคโนโลยีการเจริญพันธุ์และความเชี่ยวชาญของแพทย์เฉพาะทางมีศักยภาพสูงขึ้น ทำให้มีอำนาจเหนือภาวะการเจริญพันธุ์ของสตรีเพิ่มมากขึ้น เช่น การคุมกำเนิด การใช้เทคโนโลยีเพื่อการเจริญพันธุ์ เป็นต้น แม้การนำเทคโนโลยีมาใช้จะเป็นประโยชน์แต่เป็นการเพิ่มความทุกข์ทรมานให้กับสตรีที่จะต้องรับภาระการเจริญพันธุ์เพียงลำพัง (พิมพัลย์ บุญมงคล, 2544) แนวโน้มที่สตรีจะถูกตรวจวินิจฉัยเพิ่มมากขึ้น อาจสรุปได้ว่าจากสถานการณ์ต่างๆ ดังกล่าวทำให้สตรีเป็นผู้ที่มีภาวะไร้พลังอำนาจในตนเองอยู่แล้ว (พิมพัลย์ บุญมงคล, 2544) ตามแนวคิดของ โรเบิร์ตส์ (Roberts, 1986) กล่าวว่า บุคคลที่มีภาวะไร้พลังอำนาจตนเองอยู่แล้ว เมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจ จะเกิดภาวะไร้พลังอำนาจในระดับต่ำ

การเกิดภาวะไร้พลังอำนาจนอกจากจะเกิดจากสาเหตุของการสูญเสียการควบคุมด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม และการขาดความรู้ ตามแนวคิดของโรเบิร์ตส์ (Roberts, 1986) แล้ว ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะไร้พลังอำนาจ ทั้งที่ช่วยให้ภาวะไร้พลังอำนาจเกิดเพิ่มมากขึ้นหรือช่วยให้ลดน้อยลง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะไร้พลังอำนาจ

บุคคลที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยหรืออยู่ในสถานการณ์ที่ไม่สามารถควบคุมการตัดสินใจหรือควบคุมร่างกายของตนเองได้ จะทำให้รู้สึกที่อำนาจภายในตนเองลดลง ซึ่งการเกิดภาวะไร้พลังอำนาจนั้นมีปัจจัยต่างๆ มาเกี่ยวข้องมากมาย คาร์เพนิโต (Carpenito, 1997) ได้เสนอปัจจัยที่เป็นสาเหตุหรือเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะไร้พลังอำนาจ ไว้ดังนี้

1. กระบวนการดำเนินของโรค กระบวนการดำเนินของโรคทั้งแบบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะไร้พลังอำนาจได้ แต่ผู้ป่วยที่เกิดการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันจะมีภาวะไร้พลังอำนาจมากกว่าคนที่เจ็บป่วยแบบเรื้อรัง เนื่องจากมีระยะเวลาในการเตรียมตัวในบทบาทใหม่ที่เกิดขึ้นสั้นมาก ทำให้มีเวลาเตรียมตัวไม่เพียงพอ (Lambert & Lambert, 1981) นอกจากนี้ความเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเองและต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจในระดับสูง (ชุดิมา มุสิกะสังข์, 2535; ทศพร พัฒนนิรมาน, 2531; Richmond, Metcalf et al., 1992)

2. สถานการณ์ บุคคล และสิ่งแวดล้อม ในแต่ละบุคคลจะมีบุคลิกลักษณะที่แสดงให้เห็นถึงการให้คุณค่าของการควบคุมที่แตกต่างกัน เช่น ความเชื่ออำนาจภายในหรืออำนาจภายนอกตนเอง เป็นต้น ระดับของความรู้ที่ไม่เท่าเทียมกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแต่ละสถานการณ์หรือสถานที่จะมีข้อจำกัดของการปฏิบัติและดูแลแตกต่างกัน ส่งผลให้ระดับภาวะไร้พลังอำนาจแตกต่างกัน สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล เป็นสถานที่ที่มีผลต่อผู้ป่วยมาก เนื่องจากกฎระเบียบของโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยไม่มีความเป็นส่วนตัว ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง แยกตัวออกจากสังคมที่คุ้นเคย และไม่มีความรู้ความเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง จึงต้องหันมาพึ่งพาแพทย์และพยาบาล ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความรู้ความเข้าใจดีที่สุดเกี่ยวกับการดำเนินของโรค ทำให้แพทย์และพยาบาลเป็นผู้ที่มีพลังอำนาจเหนือผู้ป่วย (Focaalt อ้างใน พิมพวัลย์ บุญมงคล, 2542) ดังนั้นสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางสุขภาพจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ การมองข้ามความรู้สึกของผู้ป่วยที่มองว่าบุคคลเหล่านั้นคือที่พึ่งพาพร้อมที่จะทำตามคำบอก การมองว่าตนเองเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือและกำหนดทุกสิ่งทุกอย่างสำหรับผู้ป่วยด้วยการออกคำสั่ง จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกด้อยเกิดภาวะไร้พลัง

อำนาจ ถ้าบุคลาการทางการแพทย์และผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีจะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะไร้พลังอำนาจน้อยลง (หทัยรัตน์ จิรนนทิพัทธิ, 2539; Lambert & Lambert, 1981)

3. การเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคม เมื่อเจ็บป่วยทำให้บุคคลไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทในสังคมของตนได้อย่างเต็มที่ ทั้งหน้าที่ต่อครอบครัว อาชีพการงานหรือสังคม การสูญเสียบทบาทหน้าที่เหล่านี้ทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ และการดูแลตนเอง (ทศพร พัฒนนิรมาน, 2531; Shepperd, 1985)

4. ลักษณะเฉพาะส่วนตัวและปัจจัยทางสังคมอื่นๆ เช่น

4.1 บุคลิกภาพส่วนตัว (personality) บุคลิกภาพที่สำคัญคือ ความเชื่ออำนาจตนเอง (locus of control) บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเอง (internal locus of control) เชื่อว่าสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นผลจากการกระทำของตนเอง จะเกิดภาวะไร้พลังอำนาจได้มากกว่า บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนเอง (external locus of control) ที่เชื่อว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเป็นผลมาจากโชคชะตาเคราะห์กรรม ความบังเอิญ หรือจากการกระทำของบุคคลอื่นๆ ที่ไม่ใช่ตนเอง จึงไม่ค่อยรู้สึกว่าคุณค่าตนเองไร้พลังอำนาจจากการที่ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ตามที่คาดหวัง (Carpenito, 1997; Miller, 1983; Shepperd, 1985) ในศาสนาพุทธ คนไทยเชื่อเรื่องของบาปบุญเคราะห์กรรมแต่ชาติปางก่อน โชคชะตา ทำให้คนไทยส่วนใหญ่สามารถยอมรับต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ (สุพัตรา สุภาพ, 2534) ทำให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจในระดับต่ำ

นอกจากนี้จากความเป็นหญิงชาย (gender) สตรีเป็นผู้ที่อยู่ในฐานะที่เป็นรอง เป็นผู้ที่เป็นฝ่ายถูกกระทำ ขอมตาม และในบริบทของสังคมไทยซึ่งเป็นสังคมที่ชายเป็นใหญ่ ขาดความเท่าเทียมกันระหว่างชายหญิง เป็นเหตุให้ชายครอบงำสตรี และใช้อำนาจกดขี่ได้ (นิลวรรณ วีรพัฒน์, 2540) ซึ่งส่งผลให้สตรีมีพลังอำนาจต่ำ เมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจ จะเกิดภาวะไร้พลังอำนาจในระดับต่ำ (Roberts, 1986)

4.2 วุฒิภาวะของบุคคล บุคคลแต่ละวัยจะมีลักษณะเฉพาะหรือมีวุฒิภาวะที่แตกต่างกัน ซึ่งจะมีผลต่อภาวะไร้พลังอำนาจของบุคคล วัยรุ่นเป็นวัยที่พึ่งพากลุ่มเพื่อนและต้องการความเป็นอิสระจากครอบครัว ถ้าถูกควบคุมมากๆ อาจทำให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจได้ วัยผู้ใหญ่ตอนต้นเป็นระยะที่มีการเจริญเติบโตทางกายพัฒนาเต็มที่และสมบูรณ์ เป็นช่วงเวลาแห่งการปรับตัวให้เข้ากับ ความหวังใหม่ๆ ทางสังคม ภาวะไร้พลังอำนาจอาจเกิดจากปัญหาจากการแต่งงาน การตั้งครรภ์ และการเป็นบิดามารดา วัยผู้ใหญ่ตอนกลางเป็นวัยเริ่มสร้างหลักฐานในชีวิตประกอบอาชีพ มีหน้าที่การงานที่ต้องรับผิดชอบ มีหลายบทบาทที่ต้องทำ เช่น การเลี้ยงดูบุตรวัยรุ่น การเป็นหม้าย อาการทางกายของการเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็นต้น (Carpenito, 1997) ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการ

เกิดภาวะไร้พลังอำนาจ ดังเช่นความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะไร้พลังอำนาจ (สายพิน เกษมกิจวัฒนาและคณะ, 2539; Johnson, 1996)

4.3 ปัจจัยทางสังคมอื่นๆ เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์จากความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะไร้พลังอำนาจ เป็นต้น (สายพิน เกษมกิจวัฒนาและคณะ, 2539)

การประเมินภาวะไร้พลังอำนาจ

ในการศึกษาเกี่ยวกับภาวะไร้พลังอำนาจ ความสำคัญของการประเมินภาวะไร้พลังอำนาจ อยู่ที่การประเมินความรู้สึกของบุคคลมากกว่าการประเมินทัศนคติหรือการวิเคราะห์ของบุคคลเกี่ยวกับภาวะไร้พลังอำนาจอำนาจ ระดับของภาวะไร้พลังอำนาจจะแปรตามความรู้สึกของบุคคลในการควบคุมเหนือสถานการณ์ ประสบการณ์ของการสูญเสีย และการสนับสนุนทางสังคม (Thelan et al., 1998) ดังนั้น สามารถประเมินระดับของภาวะไร้พลังอำนาจได้ ดังนี้ (Cox, 1997; Miller, 1992; Thelan, Urden, Lough & Stay, 1998)

1. ระดับรุนแรง (severe) มีการแสดงออกทางคำพูดที่บ่งบอกถึงการที่ไม่สามารถควบคุมหรือมีอิทธิพลเหนือสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น และความสามารถในการดูแลตนเอง บางรายอยู่ในภาวะซึมเศร้าเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ทำให้แสดงอาการเฉยชา ไม่สนใจตนเอง ท้อถอย และปล่อยชีวิตไปตามชะตากรรม

2. ระดับปานกลาง (moderate) มีการแสดงออกโดยไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล หรือการตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวกับตนเมื่อมีโอกาส แสดงความไม่พึงพอใจและคับข้องใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตนเอง ไม่ติดตามความก้าวหน้าของการรักษา ไม่มีความมั่นใจในผลการรักษา ไม่เต็มใจที่จะแสดงความรู้สึกที่แท้จริง ไม่สนใจค้นหาความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตน มีการพึ่งพาผู้อื่นอย่างไม่เหมาะสม และไม่ปกป้องตนเองเมื่อการปฏิบัติมีการเปลี่ยนแปลง

3. ระดับต่ำ (low) มีการแสดงออกถึงความไม่มั่นใจในความสามารถของตนและเฉื่อยชา

ภาวะไร้พลังอำนาจซึ่งแสดงให้เห็นถึงการที่บุคคลไม่สามารถควบคุมตัวเองด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม และการขาดความรู้ ตามแนวคิดของ โรเบิร์ตส์ (Roberts, 1986) สามารถประเมินความรู้สึกไร้พลังอำนาจจากพฤติกรรม 4 แบบ ดังนี้ (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2532; Carpenito, 1997; Miller, 1992)

1. การแสดงออกทางคำพูด (verbal response) บุคคลที่มีภาวะไร้พลังอำนาจจะมีการแสดงออกทางคำพูดที่บ่งบอกถึงอารมณ์ และความรู้สึกของตนเองที่บอกให้ทราบถึงการที่เขาไม่

สามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2532; Thelen et al., 1998; White & Roberts, 1993) เช่น

1.1 คำพูดที่แสดงว่าไม่สามารถควบคุมอาการแสดงของโรคได้ เช่น “อาการของฉันไม่ดีขึ้นเลย นับวันมีแต่จะแย่ลง” “อาการของฉันมีแต่ตรงกับทรุดไม่รู้จะทำอย่างไร” “ฉันพยายามทำทุกอย่างตามที่แพทย์และพยาบาลแนะนำแต่อาการไม่ดีขึ้นเลย” เป็นต้น

1.2 คำพูดที่แสดงว่าไม่สามารถให้การดูแลตัวเองได้ เช่น “ฉันอ่อนเพลียเหลือเกินทำอะไรไม่ได้เลย” “ฉันทำอะไรไม่ได้เลยนอกจากนอนอยู่บนเตียง” เป็นต้น

1.3 คำพูดที่แสดงว่าไม่สามารถควบคุมสิ่งแวดล้อมได้ เช่น “ฉันนอนไม่หลับเลย เพราะพยาบาลมาทำนั่นทำนี่ทั้งคืน” “คุณรู้ไหมกว่าที่ฉันจะขอยาแก้ปวดได้ ฉันแทบกลืนใจตาย” เป็นต้น

1.4 คำพูดที่แสดงว่าไม่สามารถยืนหยัดความเป็นตัวของตนเองได้ เช่น “ฉันอึดอัดเหลือเกินที่ต้องนอนอยู่บนเตียงเฉยๆตามที่หมอสั่ง” “หมอมาตรวจหลายคนเหลือเกิน จนฉันเจ็บไปหมด แต่ฉันก็ไม่ได้แทน” เป็นต้น

1.5 คำพูดที่แสดงว่าไม่มีความรู้เรื่องโรคและการรักษาพยาบาลที่ได้รับ เช่น “ฉันไม่รู้เลยว่าฉันเป็นอะไร” “ฉันอยากรู้ว่าหมอจะผ่าตัดเมื่อไหร่ แต่ฉันไม่กล้าถาม” เป็นต้น

1.6 คำพูดที่แสดงความสงสัยในควมมีคุณค่าของตน เช่น “ถ้าฉันไม่ป่วยลูกคงได้เรียนหนังสือ” “ลูกจะว่าอย่างไรนะถ้ารู้ว่าพ่อทำงานหาเงินไม่ได้แล้ว” เป็นต้น

1.7 คำพูดที่แสดงว่าไม่สามารถควบคุมชะตาชีวิตของตนเอง เช่น “ฉันปลงเสียแล้ว อะไรจะเกิดก็ให้มันเกิด” “ฉันไม่อยากจะอะไรอีกแล้ว ก็คิดว่าไม่มีอะไรเกิดขึ้น” เป็นต้น

2. การแสดงออกทางอารมณ์ (emotional response) บุคคลที่มีภาวะไร้พลังอำนาจอาจไม่แสดงออกทางคำพูด แต่มีพฤติกรรมการแสดงออกทางอารมณ์ได้หลายรูปแบบ เช่น เหนื่อยหน่าย วิตกกังวล โกรธ ท้อแท้ ก้าวร้าว อารมณ์แปรปรวน ซึมเศร้า เฉยชา ไร้ความรู้สึก (Roberts, 1986; White & Roberts, 1993) ไม่มีความเป็นมิตร ขาดแนวทางในการดำเนินชีวิต รู้สึกคับข้องใจ หรือมีการสูญเสีย (Rambo, 1984) มีอาการสับสน หลีกหนี ขมอยุ่ได้การควบคุมของผู้อื่น มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป นอนไม่หลับ และพึ่งพาผู้อื่นอย่างไม่เหมาะสม (Roberts, 1996) เป็นต้น

3. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (participant in activities of daily living) บุคคลที่อยู่ในภาวะไร้พลังอำนาจ จะไม่สนใจสุขอนามัยส่วนบุคคล ไม่สามารถตัดสินใจในสิ่งต่างๆเกี่ยวกับตนเองได้ พึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างไม่สมเหตุผล

4. การมีส่วนร่วมเรียนรู้เกี่ยวกับความรับผิดชอบดูแลตนเอง (involvement in learning about care responsibilities) บุคคลที่มีภาวะไร้พลังอำนาจจะไม่สนใจที่จะรับรู้หรือซักถามเกี่ยวกับ

โรคหรือการรักษาที่ได้รับ ระดับความสามารถในการเรียนรู้ต่ำ ขาดแรงจูงใจที่จะเรียนรู้สิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง

การประเมินภาวะไร้พลังอำนาจตามแนวคิดของโรเบิร์ตส์ (Roberts, 1986) สามารถประเมินได้จากพฤติกรรมการตอบสนองของผู้ป่วย โดยแบ่งพฤติกรรมออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. พฤติกรรมการควบคุม (regulatory behavior) เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการตอบสนองต่อสิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อมภายนอก และจากการเปลี่ยนแปลงในความรู้สึกภายในร่างกาย แสดงออกด้วยอาการต่างๆ เช่น เหน็ดเหนื่อย (tiredness) วิงเวียน (dizziness) ปวดศีรษะ (headache) ความผิดปกติระบบทางเดินอาหาร (gastrointestinal disorder) ความเครียด (stress) เป็นต้น และเมื่อพฤติกรรมควบคุมถูก ทำให้แสดงความโกรธ ก้าวร้าว และต่อต้าน ซึ่งเป็นการตอบสนองต่อการสูญเสียการควบคุมเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะไร้พลังอำนาจ ทำให้แสดงอาการทางกาย เช่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง หายใจเร็ว เป็นต้น

2. พฤติกรรมความรู้สึกลึกซึ้ง (cognitive behavior) ระบบการคิดเกิดจากการที่มีสิ่งเร้าภายในและภายนอกที่ประกอบด้วยปัจจัยด้านจิตสังคม ภาวะไร้พลังอำนาจจะเปลี่ยนกระบวนการคิด โดยลดความสามารถในการหาข้อมูล การเรียนรู้ การตัดสินใจ และการพิจารณาอย่างรอบคอบ ผู้ป่วยที่มีภาวะไร้พลังอำนาจมีอาการที่พบบ่อย เช่น ไร้ความรู้สึก (apathy) ถอยหนี (withdrawal) เชื่อถือโชคชะตา (fatalism) มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (malleability) มีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย (low knowledge of illness) แสดงข้อความหรือคำพูดที่บ่งบอกว่ามีการควบคุมต่ำ (statement of low control) มีความวิตกกังวล (anxiety) ขาดการตัดสินใจ (lack of decision making) พักผ่อนไม่ได้ (sleeplessness) ก้าวร้าว (aggressive) โกรธ (anger) เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมบางอย่างอาจเกิดจากการที่กลัวการสูญเสียการควบคุมตัวเอง

นอกจากนี้โรเบิร์ตส์ (Roberts, 1996) เสนอแนะว่า ยังต้องประเมินสิ่งเร้าที่กระตุ้นให้เกิดการสูญเสียการควบคุมต่างๆ ดังกล่าวและสาเหตุเบื้องต้น (primary cause) เพื่อช่วยในการวินิจฉัยภาวะสูญเสียพลังอำนาจ ได้แก่ การสูญเสียประสาทการรับรู้และการส่งต่อ การขาดความสามารถในการสื่อสาร การขาดความสามารถในการแสดงบทบาท การขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา การขาดความเป็นส่วนตัว การแยกตัวออกจากสังคม การขาดความสามารถในการควบคุมการดูแลตนเอง การขาดการตัดสินใจ และความกลัวต่อความเจ็บปวด

การทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินระดับของภาวะไร้พลังอำนาจจากพฤติกรรมความรู้สึกลึกซึ้ง ตามสาเหตุตามแนวคิดของโรเบิร์ตส์ (Roberts, 1986) โดยให้สตรีที่มีบุตรยากตอบแบบวัดภาวะไร้พลังอำนาจตามความรู้สึกที่แท้จริงของตนเองทำให้ได้ข้อมูลภาวะไร้พลังอำนาจตามความ

รู้จักของสตรีที่มีบุตรยากเช่นเดียวกัน แต่ใช้เวลาน้อยกว่าการสังเกตพฤติกรรมการควบคุมที่แสดงออกด้วยอาการทางกาย

ภาวะมีบุตรยาก

ภาวะมีบุตรยาก เป็นภาวะที่ภรรยาไม่สามารถมีบุตรได้ภายหลังการสมรส ซึ่งถือเป็นชะตากรรมของบุคคลและคู่สมรสที่มีผลกระทบต่อจิตใจและครอบครัวเท่านั้น ในปัจจุบันเมื่อมีการพัฒนาทางด้านเทคโนโลยีและความก้าวหน้าทางการแพทย์ ทำให้ภาวะมีบุตรยากเป็นปัญหาทางการแพทย์ที่ต้องได้รับการรักษา ทำให้สตรีที่มีบุตรยากต้องเป็นผู้ที่เริ่มแสวงหาบริการเพื่อให้มีบุตรตามที่ต้องการ (พิมพ์วัลย์ บุญมงคล, 2542) จึงมีผู้ให้คำจำกัดความภาวะมีบุตรยาก ตามแนวคิดทางการแพทย์ ดังนี้

ภาวะมีบุตรยาก (infertility) เป็นโรคหรือภาวะที่เป็นผลมาจากการทำหน้าที่ของระบบสืบพันธุ์ที่ผิดปกติทั้งของสตรีและ/หรือสามี ทำให้ไม่สามารถตั้งครรภ์และดำรงการตั้งครรภ์ไว้ได้ (Carcio, 1998)

ภาวะมีบุตรยาก หมายถึง คู่สมรสที่ไม่ได้คุมกำเนิดหรือหยุดการคุมกำเนิดและมีความสัมพันธ์ทางเพศอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปีแล้วไม่ตั้งครรภ์ หรือไม่สามารถทำให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปจนกระทั่งทารกคลอดออกมามีชีวิตได้ แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ ภาวะมีบุตรยากแบบปฐมภูมิ (primary infertility) หมายถึง ภาวะมีบุตรยากที่สตรีไม่เคยตั้งครรภ์เลย และภาวะมีบุตรยากแบบทุติยภูมิ (secondary infertility) หมายถึง ภาวะมีบุตรยากที่สตรีเคยตั้งครรภ์อย่างน้อย 1 ครั้ง อาจสิ้นสุดโดยการแท้งหรือการคลอด และไม่สามารถตั้งครรภ์ใหม่ได้อีก หลังจากตั้งครรภ์ครั้งก่อนมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี (สุคนธ์ ไข่แก้ว, 2540; หะทัย เทพพิสัย และ อรุษา เทพพิสัย, 2533; Stier, 1994)

ภาวะมีบุตรยากเป็นปัญหาการเจริญพันธุ์ที่สำคัญและมีอุบัติการณ์สูงขึ้น ดังเช่นจากสถิติในประเทศสหรัฐอเมริกาคาดว่าในปี 2000 จะพบสตรีที่มีบุตรยากประมาณ 6.3 ล้านคน หรือ 1 ใน 6 ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ (Simon et al., 1998) และในประเทศไทยพบภาวะมีบุตรยาก ประมาณร้อยละ 10-15 (จุฑพล ศรีสมบูรณ์ และคณะ, 2538) เป็นภาวะมีบุตรยากแบบปฐมภูมิร้อยละ 2.5 และภาวะมีบุตรยากแบบทุติยภูมิร้อยละ 9.9 ของสตรีที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ (สุธน ปัญญาฉิลิก, ภารดี ชาญสมร, เรณู ชูนิล และวาสิกา สิงห์โกวินท์, 2541) อับัตการณ์ของภาวะการมีบุตรยากมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเนื่องมาจากสตรีสมรสเมื่อมีอายุมากขึ้น ทำให้ช่วงเวลาในการสืบพันธุ์ในสตรีสั้นลง โดยอาจจะสั้นลงจนไม่มีโอกาสมีบุตรอีก การคุมกำเนิดเป็นระยะเวลานาน อัตราการเพิ่มของภาวะเยื่อ

โปรแกรมลูกเจริญผิวดำแห่ง อัตราการเพิ่มขึ้นของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภาวะสำส่อนทางเพศ การสูบบุหรี่จัดซึ่งพบว่าการสูบบุหรี่มากกว่า 1 ซองต่อวันจะลดโอกาสของการตั้งครรภ์ลงไปถึงร้อยละ 20 นอกจากนี้ค่านิยมเกี่ยวกับการสมรสของประชากร โดยเฉพาะกลุ่มที่อาศัยอยู่ในเมือง และมีระดับการศึกษาสูง ในปัจจุบันมีการหย่าร้างเพิ่มมากขึ้น โดยฝ่ายชายหรือฝ่ายหญิงอาจทำหมันแล้ว เมื่อสมรสใหม่และต้องการมีบุตรอีกจึงต้องมาพบแพทย์ (จตุพล ศรีสมบูรณ์ และคณะ, 2538; สุรน ปัญญาติลล และคณะ, 2541; Carcio, 1999; Neeson & May, 1986)

สาเหตุของภาวะมีบุตรยาก

ปัญหาการมีบุตรยากมักถูกมองว่าเป็นความผิดปกติของสตรีเนื่องจากสตรีเป็นฝ่ายตั้งครรภ์และคลอดบุตร ซึ่งสาเหตุการเกิดภาวะมีบุตรยากมีหลายอย่าง ทั้งสาเหตุโดยตรงและสาเหตุส่งเสริม ดังนี้

สาเหตุโดยตรง พบว่ามีสาเหตุมาจากสตรีร้อยละ 40-50 สาเหตุจากสามีร้อยละ 30 และสาเหตุร่วมกันร้อยละ 20-30 ดังนี้ (จตุพล ศรีสมบูรณ์ และคณะ, 2538; Carcio, 1999; Dickason, Silverman & Kaplan, 1998)

1. สาเหตุภาวะมีบุตรยากของสตรี เช่น ความผิดปกติเกี่ยวกับการตกไข่ ความผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์ เช่น มดลูก ท่อนำไข่ ปากมดลูก ช่องคลอด เป็นต้น การติดเชื้อ การรับสารเคมี ความผิดปกติทางด้านจิตใจ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ทำให้มีเพศสัมพันธ์ห่าง เป็นต้น

2. สาเหตุภาวะมีบุตรยากของชาย เช่น ความผิดปกติเกี่ยวกับเชื้ออสุจิ อวัยวะเพศผิดปกติ ไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ตามปกติได้ เป็นต้น

3. สาเหตุร่วมกันทั้งสองฝ่าย เช่น การมีภูมิคุ้มกันต่อต้านเชื้ออสุจิ การแยกกันอยู่ ภาวะทางจิตใจ การขาดความรู้ทางเพศหรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง เป็นต้น

ยังมีการเกิดภาวะมีบุตรยากบางส่วนที่ไม่สามารถหาสาเหตุที่แน่นอนได้ ซึ่งอาจเกิดจากความสามารถในการมีบุตรของคู่สมรส ที่เป็นปัจจัยส่งเสริมของการมีบุตรยาก

ปัจจัยส่งเสริม เป็นปัจจัยที่อาจมีผลต่อความสามารถในการตั้งครรภ์ มีดังนี้ (พวงเพ็ญ ริมคุตติ, 2533; หะทัย เทพพิสัย และ อรุษา เทพพิสัย, 2533; Carcio, 1998)

1. อายุของสตรี พบว่า เมื่ออายุ 35 ปีขึ้นไป ความสามารถในการมีบุตรจะลดลงอย่างรวดเร็ว อายุ 40 ปีขึ้นไป ร้อยละ 60 ไม่สามารถตั้งครรภ์ได้ (Symonds & Symonds, 1998) นอกจากนี้ อายุที่มากขึ้นทำให้ความสำเร็จในการรักษาภาวะมีบุตรยากลดลงด้วย

2. ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์น้อยกว่า 4 ครั้ง หรือมากกว่า 6 ครั้งต่อสัปดาห์ จะทำให้มีโอกาสตั้งครรภ์ลดลง

3. ระยะเวลาของการสมรส หลังจาก 18 เดือนแล้วถ้าไม่ตั้งครรภ์ แสดงว่าน่าจะมีสาเหตุของภาวะมีบุตรยาก ซึ่งต้องการการตรวจวินิจฉัยและรักษา ถ้าระยะเวลาของการสมรสยาวนาน โอกาสที่จะตั้งครรภ์ภายหลังการรักษายิ่งน้อยลง ทั้งนี้เนื่องจากพยาธิสภาพที่เป็นสาเหตุของภาวะมีบุตรยากอาจมีการลุกลามมากขึ้นจนไม่สามารถแก้ไขได้

4. การคุมกำเนิด วิธีคุมกำเนิดบางอย่างกระทบกระเทือนต่อการทำงานของระบบสืบพันธุ์ เช่น ฮอร์โมนฉีดคุมกำเนิดอาจทำให้การตกไข่ล่าช้า การใส่ห่วงอนามัยอาจทำให้เกิดการอักเสบในอุ้งเชิงกราน เป็นต้น

เมื่อสตรีและคู่สมรส พบว่าไม่สามารถมีบุตรได้ตามที่ต้องการภายหลังการพยายามมีบุตรด้วยตนเองตามธรรมชาติ เมื่อยังต้องการมีบุตร จึงตัดสินใจเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก ซึ่งมีหลากหลายวิธีทั้งอย่างง่ายและซับซ้อน

การตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก

การตรวจวินิจฉัยภาวะมีบุตรยากเพื่อค้นหาปัจจัยที่มีอิทธิพลและ/หรือสาเหตุของภาวะมีบุตรยากนั้น ควรกระทำทั้งในสามีและภรรยาพร้อมกันตั้งแต่แรก สำหรับระยะเวลาที่เหมาะสมในการเริ่มการตรวจวินิจฉัยเพื่อหาสาเหตุการมีบุตรยากนั้น สมาคมการเจริญพันธุ์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Fertility Society) แนะนำให้เริ่มหาสาเหตุอย่างเต็มที่ในคู่สมรสที่อยู่ร่วมกันเป็นเวลา 2 ปีอย่างสม่ำเสมอโดยไม่คุมกำเนิดแล้วยังไม่มีบุตร ส่วนคู่สมรสที่มีอายุ 30 ปีหรือมากกว่า ควรหาสาเหตุหลังจากอยู่ร่วมกันเพียงปีเดียว (พวงเพ็ญ ริมดุสิต, 2533; หะทัย เทพพิสัย และ อรุษา เทพพิสัย, 2533; Carcio, 1999; Stier, 1994; Gorrie, Mckennney, & Murray, 1998)

ระยะของการตรวจวินิจฉัยภาวะมีบุตรยาก การตรวจวินิจฉัยสามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะ ได้แก่ (Schoener & Krysa, 1996)

1. ระยะแรกเริ่ม (initial stage in diagnosis) เป็นการวัดอุณหภูมิกายพื้นฐาน (basal body temperature recording, [BBT]) เป็นวิธีการที่มีราคาถูกและง่ายที่สุด โดยอมปรอททางปาก 3

นาที่ทุกเช้าก่อนลุกจากเตียงหรือขยับตัว และจดบันทึกพร้อมกับนำมาแสดงต่อแพทย์ทุกครั้งที่น่าตรวจเพื่อประเมินไข่ตก เมื่อมีไข่ตกจะทำให้มีอุณหภูมิสูงขึ้น ประมาณ 0.5 องศาเซลเซียส

2. ระยะที่สอง (second phase of testing) เป็นการเจาะเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการหลายอย่าง และการตรวจปัสสาวะ รวมถึงการตรวจหลังการมีเพศสัมพันธ์ (postcoital test) ซึ่งจะตรวจไกล้วไข่ตก โดยอาศัยการคาดคะเนจากการวัดปรอทจากปากมดลูก ในสตรีที่มีประจำเดือนไม่แน่นอน จะต้องได้รับยากระตุ้นการตกไข่เพื่อให้รอบเดือนมาสม่ำเสมอ ก่อนตรวจร่วมเพศก่อนมาตรวจ 2 วัน และมาตรวจหลังมีเพศสัมพันธ์ 6-10 ชั่วโมง ซึ่งการตรวจต่างๆอาจไม่ได้ผลตามที่ต้องการ ทำให้มีการตรวจซ้ำๆ กัน

3. ระยะที่สาม (third phase of testing) เป็นการใช้คลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasonogram) หรือการตรวจทางรังสีวิทยาเพื่อตรวจดูโพรงมดลูกและท่อนำไข่ (hysterosalphingogram) การส่องกล้องทางหน้าท้อง (laparoscopy) เพื่อประเมินความผิดปกติของมดลูก รังไข่ และอวัยวะภายในช่องท้อง

อาจสรุปได้ว่า การตรวจวินิจฉัยภาวะมีบุตรยากแต่ละระยะเป็นการตรวจตั้งแต่อย่างง่ายที่ไม่ต้องใช้เครื่องมือ จนกระทั่งเป็นการตรวจอย่างยากและซับซ้อนที่ต้องใช้วิธีการและเครื่องมือที่ซับซ้อน ดังนั้นตามแนวคิดของเบลินเนอร์ (Blenner, 1990) และ โซอีเนอร์ และ ครายซา (Schoener & Krysa, 1996) สามารถแบ่งระยะของการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยากเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะตรวจวินิจฉัยอย่างง่าย เริ่มตั้งแต่คู่สมรสพยายามที่จะมีบุตรด้วยตนเองตามธรรมชาติ แต่ไม่ประสบความสำเร็จ และมาพบแพทย์เพื่อรับคำปรึกษา โดยสตรีที่มีบุตรยากจะได้รับการตรวจร่างกายทั่วไป การซักประวัติ และได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยการวัดอุณหภูมิกายพื้นฐาน การเจาะเลือด การตรวจปัสสาวะ และการตรวจหลังมีเพศสัมพันธ์

2. ระยะการตรวจวินิจฉัยขั้นซับซ้อน เป็นการตรวจหลังจากได้รับการตรวจวินิจฉัยอย่างง่ายแล้วแต่ยังไม่ทราบสาเหตุหรือไม่ชัดเจน เช่น การตรวจทางรังสี การส่องกล้องทางหน้าท้อง การใช้อัลตราซาวด์ เป็นต้น

3. ระยะเริ่มรับการรักษา การรักษาหลายวิธีขึ้นอยู่กับสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะมีบุตรยาก เช่น การให้ยากระตุ้นการตกไข่ การผ่าตัด การใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ เป็นต้น

การบริการตรวจวินิจฉัยและรักษา ที่คลินิกมีบุตรยากของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ การตรวจวินิจฉัยครั้งแรกจะนัดพร้อมกันทั้งสามีและภรรยา เริ่มจากการตรวจร่างกายทั่วไปและการซักประวัติตามแบบฟอร์ม ซึ่งจะแยกการซักประวัติของสามีและภรรยา เนื่องจากบางรายมีประวัติส่วนตัวที่ไม่ต้องการให้คู่สมรสทราบ การตรวจร่างกายทั่วไป และการรพบแพทย์ แต่

ละขั้นตอนและวิธีการที่คู่สมรสที่มีบุตรยากโดยเฉพาะตัวสตรีที่มีบุตรยากจะได้รับ อาจแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับแพทย์ผู้รักษา เช่น เริ่มจากการตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ ตรวจอสุจิและตรวจดูการตกไข่ ของสตรี เป็นต้น แล้วนำอสุจิของสามีและใบบันทึกอุณหภูมิกายพื้นฐานมาพบแพทย์ในครั้งที่ 2 พร้อมทั้งมีการซักประวัติและตรวจภายใน การตรวจผลทางห้องทดลอง ถ้าผลที่ได้ไม่สามารถแปลผลได้อาจต้องมาอีกเป็นครั้งที่ 3-4 ซึ่งอาจมีการตรวจอย่างอื่นเพิ่มขึ้น เช่น การตรวจมูกหลังมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น ซึ่งผู้ที่มีบุตรยากจะต้องมารับบริการตามนัด และต้องมาประมาณ 6-8 ครั้ง ขึ้นอยู่กับผลการตรวจอสุจิและการตกไข่ และต่อเนื่องอย่างน้อย 4 เดือน ถ้ายังไม่ทราบสาเหตุจะทำการตรวจวินิจฉัยขั้นซับซ้อนต่อไป เช่น การตรวจทางรังสี การส่องกล้อง การใช้อัลตราซาวด์ เป็นต้น บางรายอาจมีการหาสาเหตุก่อนเริ่มการรักษา และบางรายแพทย์อาจเริ่มการรักษาพร้อมกับการหาสาเหตุ

การตรวจวินิจฉัยภาวะมีบุตรยาก ขั้นตอนการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก ของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ สรุปได้ ดังนี้ (รุ่งอรุณ เรืองศรี, 2540; Carcio, 1999)

1. การซักประวัติข้อมูลทั่วไป เช่น อายุ อาชีพ ประวัติการมีบุตรจากการแต่งงานครั้ง ก่อน ระยะเวลาของการแต่งงานครั้งนี้ ระยะเวลาที่พยายามมีบุตร การเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น วัณโรค เบาหวาน เป็นต้น และโรคติดต่อทาง กรรมพันธุ์ ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ เช่น ความถี่ การใช้สารหล่อลื่น การสวนล้างช่องคลอด การ เจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

ในฝ่ายหญิง ซักประวัติเกี่ยวกับการอักเสบในอุ้งเชิงกราน การผ่าตัดในอุ้งเชิงกราน การผ่าตัดไส้ติ่ง การขูดมดลูก ประวัติทางสูติศาสตร์เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การแท้ง การใช้ยา การคุม กำเนิด ประวัติประจำเดือน อาการผิดปกติทางช่องคลอด

ในฝ่ายชาย ซักประวัติเกี่ยวกับการแต่งงานและการมีบุตร ผ่าตัดไส้เลื่อน การอักเสบ หรือการผ่าตัดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ การได้รับอุบัติเหตุ การดื่มสุราและสูบบุหรี่ หรือการใช้ยา

2. การตรวจร่างกาย ประกอบด้วย การตรวจร่างกายทั่วไปอย่างละเอียด เช่น ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ความดันโลหิต เป็นต้น และการตรวจภายในดูอวัยวะสืบพันธุ์ เช่น การตรวจดูการเจริญ เติบโตของอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ลักษณะของอวัยวะสืบพันธุ์ภายในและอวัยวะในอุ้งเชิงกราน เป็นต้น

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจเลือด การวิเคราะห์น้ำปัสสาวะ การ เอกซเรย์ปอด การตรวจหามะเร็งปากมดลูก เป็นต้น

4. การตรวจพิเศษอื่นๆ เพื่อประเมินการทำงานของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ ได้แก่

4.1. การวัดอุณหภูมิกายพื้นฐาน (basal body temperature) เพื่อดูวันไข่ตกและการสังเคราะห์ฮอร์โมนเพศจากรังไข่ว่าปกติหรือไม่

4.2. การประเมินมูกที่ปากมดลูก (cervical mucus assessment) เพื่อตรวจดูลักษณะความยืดหยุ่น และความเป็นกรดด่างของมูก

4.3. การตรวจสอบหลังร่วมเพศ (postcoital test) เพื่อประเมินลักษณะของมูกที่ปากมดลูก และความสามารถของตัวสperm ที่จะผ่านมูก

4.4. การตรวจโพรงมดลูกและท่อนำไข่ด้วยสารทึบรังสี (hysterosalpingogram) เพื่อศึกษาสถานะของโพรงมดลูกและท่อนำไข่

4.5. การส่องกล้องเข้าไปในโพรงมดลูก (hysteroscopy) เพื่อวินิจฉัยและรักษาความผิดปกติแต่กำเนิดของโพรงมดลูก และสามารถเกาะพังผืดในโพรงมดลูกได้

4.6. การส่องกล้องเข้าไปในช่องท้อง (laparoscopy) เพื่อดูความผิดปกติของท่อนำไข่ ช่องท้อง และตรวจภาวะเยื่อบุช่องท้องอักเสบ

4.7. การตรวจอัลตราซาวด์ (ultrasonogram) เพื่อประเมินโครงสร้างของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน

4.8. การตรวจระดับฮอร์โมน (hormone assay) เพื่อประเมินการทำงานของต่อมไร้ท่อในการผลิตฮอร์โมน

การค้นหาสาเหตุจากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษต่างๆ นำไปสู่แนวทางในการรักษาภาวะมีบุตรยากต่อไป

การรักษาภาวะมีบุตรยาก การรักษาภาวะมีบุตรยากของสตรีขึ้นอยู่กับสาเหตุที่พบจากการตรวจวินิจฉัย สรุปได้ดังนี้ (จำนง อุดวิชัย, 2537; ชีระพร วุฒยวนิช, 2537; Stier, 1994)

1. การรักษาความผิดปกติที่ปากมดลูก เช่น การจี้ด้วยความเย็น การผ่าตัด การรับประทานยาปฏิชีวนะในรายที่มีการอักเสบ การรับประทานฮอร์โมนถ้ามูกที่ปากมดลูกมีความผิดปกติ เป็นต้น

2. การรักษาความผิดปกติที่ปากมดลูก เช่น การผ่าตัดกรณีที่มีเนื้องอกหรือพังผืด การรับประทานยาปฏิชีวนะในรายที่มีการอักเสบ เป็นต้น

3. การแก้ไขภาวะมีบุตรยากเนื่องจากมีภูมิคุ้มกันต่อต้านตัวสperm เช่น การใช้ยาพวกสเตียรอยด์ และยาปฏิชีวนะ เป็นต้น

4. การรักษาภาวะตีบหรืออุดตันของท่อนำไข่ เช่น วิธีเป่าลม (Rubin test) การผ่าตัด เป็นต้น

5. การรักษาเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดปกติ เช่น การใช้ฮอร์โมนและการผ่าตัด เป็นต้น

6. การรักษาการไม่มีการตกไข่ เช่น การให้ยากระตุ้นการตกไข่ เป็นต้น

7. การใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ เช่น

7.1. การฉีดตัวอสุจิเข้าไปในโพรงมดลูก (intrauterine insemination, [IUI]) คือวิธีการที่ใส่ตัวอสุจิที่ล้างแล้วและทำให้เข้มข้นเข้าไปในโพรงมดลูก

7.2. การผสมเทียมโดยใช้น้ำอสุจิของสามี (artificial insemination with husband's semen, [AIH]) เป็นการนำน้ำอสุจิของสามีใส่เข้าไปในปากมดลูกของภรรยา จะทำในกรณีที่น้ำอสุจิของฝ่ายชายเข้าไปไม่ถึงปากมดลูก เช่น ช่องคลอดหดตัวผิดปกติ เป็นต้น

7.3. การผสมเทียมโดยใช้น้ำอสุจิของชายอื่น (artificial insemination with donor, [AID]) เป็นการนำเอาน้ำอสุจิของชายอื่นใส่เข้าไปในปากมดลูกของฝ่ายหญิง

7.4. การปฏิสนธิในหลอดแก้ว (in vitro fertilization/embryo transfer, [IVF/ET]) จะทำในกรณีที่ท่อนำไข่อุดตันทั้งสองข้าง มีเยื่อพังพืดในอุ้งเชิงกรานจำนวนมาก หรือภาวะมีบุตรยากที่หาสาเหตุไม่ได้ รวมทั้งมีภูมิคุ้มกันต่อต้านตัวอสุจิ

7.5. การทำกิฟท์ (gamete intrafallopian transfer, [GIFT]) เป็นกระบวนการที่นำเอาไข่และตัวอสุจิที่คัดแล้วใส่เข้าไปในส่วนแอมพูลาร์ของท่อนำไข่ (ampullar part) ทำในกรณีภาวะมีบุตรยากที่หาสาเหตุไม่ได้

7.6. การทำซิฟท์ (zygote intrafallopian transfer, [ZIFT]) เป็นกระบวนการที่นำเอาตัวอ่อนไปใส่ไว้ในท่อนำไข่

7.7. การทำอิกซี่ (intra-cytoplasmic sperm injection, [ICSI]) เป็นการนำตัวอสุจิ 1 ตัว ฉีดเข้าไปในไข่โดยตรง จะทำในกรณีที่ฝ่ายชายมีความผิดปกติในการสร้างตัวอสุจิ หรือมีปฏิกิริยาต่อต้านระหว่างไข่และตัวอสุจิ

การให้ความรู้และคำแนะนำสตรีที่มีบุตรยากในคลินิกมีบุตรยาก ส่วนใหญ่จะให้ป็นรายบุคคล โดยเริ่มจากการที่พยาบาลทำหน้าที่ซักประวัติจะให้คำอธิบายและคำแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวหรือแนวทางในการพบแพทย์อย่างย่อ หลังจากซักประวัติ สตรีที่มีบุตรยากต้องรพพบแพทย์ ในขณะที่เข้าพบแพทย์ จะมีพยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือและอยู่เป็นเพื่อน และแพทย์จะเป็นผู้วินิจฉัยและเริ่มขั้นตอนการตรวจต่างๆ พร้อมให้คำอธิบาย หลังจากพบแพทย์แล้วพยาบาลจะเป็นผู้ให้คำแนะนำในการเก็บส่งตรวจ และวิธีการปฏิบัติต่างๆ อีกครั้งพร้อมกับแจกเอกสารในบางกิจกรรมเพื่อความเข้าใจ โดยเน้นการให้บริการอย่างเป็นมิตรและให้เกียรติผู้รับบริการ โดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยตามประกาศสิทธิผู้ป่วยของ 5 องค์กรวิชาชีพ (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2537)

การรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยากไม่ว่าจะมีสาเหตุมาจากฝ่ายใด ส่วนใหญ่จะทำในสตรีที่มีบุตรยากมากกว่าในสามีเนื่องจากเป็นบุคคลที่ตั้งครรภ์ ดังนั้นการตรวจวินิจฉัยและรักษา ต่างๆ ดังกล่าวจึงเกิดผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีมากมาย

ผลกระทบของการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก

การตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก แม้ว่าจะสามารถช่วยแก้ไขภาวะมีบุตรยากได้บ้าง แต่ขั้นตอนและวิธีการต่างๆ ต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด แต่อาจมีความไม่แน่นอนในผลการรักษา ใช้เวลามาก และเสียค่าใช้จ่ายที่สูง สามารถส่งผลกระทบต่อสตรีที่มีบุตรยากและสามี แต่ผู้ที่รับการตรวจวินิจฉัยและรักษามักเป็นสตรี เนื่องจากเป็นผู้ที่ได้รับความคาดหวังว่าสามารถมีบุตรและได้รับแรงกดดันมากมายทั้งจากภายในตนเอง สามี ครอบครัว และสังคม จึงทำให้สตรีพยายามแสวงหาการตรวจวินิจฉัยและการรักษาภาวะมีบุตรยากมากกว่าสามี (สุคนธ์ ไข่แก้ว, 2540; Imeson & McMurray, 1996) ดังนั้น ผลกระทบโดยตรงของการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยากตัวต่อสตรีเอง จึงเกิดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และส่งผลกระทบทางอ้อมต่อครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจของสตรีที่มีบุตรยากด้วย ดังนี้

ผลกระทบด้านร่างกาย จากการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก ทำให้ร่างกายของสตรีที่มีบุตรยากได้รับความกระทบกระเทือน เกิดความเจ็บปวด ไม่สุขสบาย จากการตรวจร่างกายทั่วไป การตรวจทางห้องทดลอง และการตรวจความผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์ เช่น การเจาะเลือด การตรวจภายในที่บ่อยครั้ง การส่องกล้องทางหน้าท้องเพื่อดูความผิดปกติของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน การตรวจมดลูกและท่อนำไข่เพื่อหาความผิดปกติว่ามีการอุดตันหรือไม่ โดยวิธีการเป่าท่อโดยใช้ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (carbondioxide utero-tubal insuflation) การฉีดสีผ่านออกทางปลายท่อนำไข่วัยคล่อง การฉีดสารทึบสีเข้าโพรงมดลูกและถ่ายภาพเอกซเรย์ เป็นต้น (Lock, 1999) ซึ่งการตรวจต่างๆ เหล่านี้เป็นสิ่งที่กระทำการรุกรานต่อร่างกายของสตรี ทำให้เกิดการเจ็บปวด เกิดแผลทางหน้าท้อง และเกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอันเนื่องมาจากการตรวจและรักษา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เลือดออก เป็นต้น (พวงเพ็ญ ริมดุสิต, 2533; Schaperd et al., 1996; Stier, 1994) นอกจากนี้สตรีที่มีบุตรยากต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยหลายอย่างและหลายครั้ง จึงจะสามารถช่วยในการหาสาเหตุของการมีบุตรยากได้ และมีบางรายที่ไม่ทราบสาเหตุ เมื่อเริ่มการรักษาตามสาเหตุซึ่งมีหลายวิธี เช่น การได้รับยากระตุ้นการตกไข่ อาจทำให้เกิดอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเดิน เป็นต้น (Lock, 1999) มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งที่เต้านมและรังไข่สูงขึ้น (Ron &

Lonenfeld, 1995) การมีก้อนเนื้อออก มีสิ่งผิดปกติในโพรงมดลูก มีเยื่อมดลูกเจริญผิดตำแหน่ง เป็นต้น การรักษา โดยเฉพาะการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้เช่นเดียวกับผู้ป่วยหลังผ่าตัด เช่น ความเจ็บปวด ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด เป็นต้น (Lock, 1999; Stier, 1994) ถ้าไม่ประสบความสำเร็จต้องใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ขั้นสูง เช่น การใส่ไข่และตัวอสุจิที่เลือกสรรแล้ว เข้าไปในท่อ นำไข่โดยตรง (GIFT) การนำไข่และอสุจิที่ปฏิสนธิและเจริญระยะที่หนึ่ง ใส่ในท่อ นำไข่ (ZIFT) การปฏิสนธิในหลอดแก้ว (IVF) เป็นต้น พบว่าเกิดอาการแทรกซ้อนได้หลายอย่าง เช่น การแท้งบ่อย (Lock, 1999; Seibel & Taymor, 1982) การตั้งครรภ์นอกมดลูก ซึ่งพบได้ ร้อยละ 15 (Schaper et al., 1996) ทารกคลอดก่อนกำหนด ทำให้มีอัตราการตายคลอดเพิ่มขึ้นสูงเนื่องจากมี น้ำหนักน้อย และภูมิคุ้มกันต่ำ (McElrath & Wise, 1997) ภาวะแทรกซ้อนจากกระบวนการทำ เช่น มีเลือดออก การที่รังไข่ถูกกระตุ้นมากเกินไป เป็นต้น ซึ่งสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่สตรีที่มีบุตรยากไม่สามารถที่จะควบคุมได้ นำไปสู่การเกิดภาวะไร้พลังอำนาจได้ นอกจากนี้การรักษาที่ แพทย์ใช้ไม่ว่าจะด้วยวิธีการใดๆ เป็นเหมือนการทดลองทางวิทยาศาสตร์ (Barry, 1989; Hirsch & Hirsch, 1989) ทำให้สตรีรู้สึกสูญเสียสุขภาพที่ดีและการทำหน้าที่ของร่างกายไป มีการเปลี่ยนแปลง ภาพลักษณ์ของร่างกาย และรู้สึกว่าตนเองมีความเจ็บป่วยจริงๆ (Millard, 1991; Pearson, 1992)

ผลกระทบด้านจิตใจ ภาวะมีบุตรยากถือเป็นภาวะวิกฤติของชีวิต (Pearson, 1992) เนื่องจากไม่สามารถตั้งครรภ์ได้ตามความคาดหวังของตนเอง ครอบครัว และสังคม และภาวะมีบุตรยาก เป็นสิ่งที่บุคคลส่วนใหญ่ไม่คาดคิดว่าจะเกิดขึ้นกับตนเองและเป็นสิ่งที่สังคมรังเกียจ (Pearson, 1992) เมื่อสตรีเริ่มตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น จะเริ่มต้นด้วยการพยายามด้วยตนเองก่อน ถ้าไม่ประสบความสำเร็จจึงมารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยากกับแพทย์ (Blenner, 1990) ทำให้สตรีเกิดความหวังที่จะสามารถมีบุตรได้ (นารี ช่วงสว่าง, 2539) ซึ่งความหวังจะเป็นสิ่งที่ ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจ และทำให้บุคคลสามารถที่จะต่อสู้ดิ้นรนไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ และยอมรับเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ (วิมลรัตน์ อิศรางกูล ณ อยุธยา, 2541) และถ้าการรักษาไม่ ประสบผลสำเร็จทำให้สตรีที่มีบุตรยากรู้สึกหมดหวัง และจะเป็นวงจรที่เกิดขึ้นได้ทุกระยะของการ ตรวจวินิจฉัยและรักษา (Imeson & McMurry, 1996) การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์หลายอย่างที่เกิดขึ้น ทำให้รู้สึกเหมือนล้มเหลวในการดำเนินชีวิต (Seibel & Taymor, 1982) เต็มไปด้วยความรู้สึกไม่ เพียงพอในชีวิต รู้สึกเปล่าเปลี่ยวและว่างเปล่า สูญเสียความภาคภูมิใจในตัวเอง อาจขาดเป้าหมายใน ชีวิต (Bernstein & Mattox อ้างใน ศรีนวล โอสเสถียร, 2531) บางคนไม่ยอมรับการตรวจวินิจฉัย ทำให้มีการแสวงหาการรักษาหลายแห่ง เช่น ใช้วิธีทางความเชื่อต่างๆ เพื่อให้เกิดการตั้งครรภ์ได้ เป็นต้น (อุดมพร ยิ่งไพบูลย์สุข, 2540)

นอกจากนี้ผลกระทบด้านจิตใจ ยังทำให้ร่างกายทำงานผิดปกติได้ เช่น ความเครียด วิตกกังวล เป็นต้น มีผลต่อระบบต่อมไร้ท่อในร่างกาย ทำให้เกิดการขาดความสมดุลของฮอร์โมน ทำให้ร่างกายไม่สุขสบาย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ มีอาการปวดเกร็งช่องคลอดขณะร่วมเพศกับสามี (พวงเพ็ญ ริมดุสิต, 2533; Stier, 1994) เบื่ออาหาร ส่งผลให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ การขาดอาหารที่สำคัญ เช่น โปรตีน วิตามิน เป็นต้น ทำให้ระบบสืบพันธุ์เสื่อมหน้าที่ลง จะทำให้ความสามารถในการตั้งครรภ์ลดน้อยลง นอนไม่หลับ พักผ่อนไม่เพียงพอ เน้นหน้าอกเจ็บคอ เป็นต้น (หะทัย เทพพิสัย และ อรุษา เทพพิสัย, 2533; Mahsliedt, 1985; Menning, 1982)

ขั้นตอนของการตรวจวินิจฉัยภาวะมีบุตรยากเทียบได้กับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง (Kris, 1998) ส่งผลกระทบต่อตัวสตรีที่มีบุตรยากหลายประการ เริ่มต้นจากการซักประวัติ คำถามต่างๆ จะเกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ เช่น วันและเวลาของการมีเพศสัมพันธ์ ความถี่และเทคนิคในการมีเพศสัมพันธ์ ความต้องการหรือพฤติกรรมทางเพศ และความพึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งอาจส่งผลกระทบให้สตรีที่มีบุตรยากรู้สึกท้อแท้ถูกคุกคาม อาย รู้สึกว่าคำถามไม่เหมาะสม และทำให้รู้สึกว่าตนเองขาดความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความเครียดและคับข้องใจ ในการตรวจวินิจฉัยบางอย่างทำให้เกิดความวิตกกังวลและความรู้สึกไม่พึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์ เช่น การวัดและบันทึกอุณหภูมิของร่างกายทุกวัน และมีการระงับวันที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส ทำให้สตรีที่มีบุตรยากต้องเปิดเผยเรื่องส่วนตัวให้กับแพทย์และพยาบาลทราบ ต้องนำไปบันทึกมาพบแพทย์ตามนัด การตรวจมูกปากมดลูกหลังร่วมเพศ ซึ่งจะมีการจำกัดกิจกรรมทางเพศ โดยงดการมีเพศสัมพันธ์ก่อนมาตรวจ 2 วัน และในวันนัดให้มีเพศสัมพันธ์กันเองตามธรรมชาติในตอนเช้า และให้สตรีที่มีบุตรยากนอนพัก 30 นาที แล้วมาตรวจกับแพทย์ภายใน 6-8 ชั่วโมง หลังจากมีเพศสัมพันธ์แล้ว เป็นต้น ทำให้สตรีที่มีบุตรยากคิดว่าตนเองถูกกระทำการทดลอง (Barry, 1989; Hirsch & Hirsch, 1989; Seibel & Taymor, 1982) จะเห็นได้ว่าการมีเพศสัมพันธ์ที่ต้องทำตามภายใต้แผนการรักษาส่งผลให้ความพึงพอใจและการมีกิจกรรมทางเพศลดลง (Hunt & Meerabeau, 1995) การตรวจภายในบ่อยครั้งทำให้ต้องเปิดเผยส่วนที่ลับต่อผู้อื่น จึงทำให้สตรีที่มีบุตรยากรู้สึกเป็นทุกข์ เพราะค่านิยมและความเชื่อของสังคมเกี่ยวกับการเปิดเผยอวัยวะสืบพันธุ์และการมีเพศสัมพันธ์ถือเป็นเรื่องส่วนตัวที่ไม่ควรเปิดเผยต่อผู้อื่น การผ่านขั้นตอนต่างๆ ทำให้สตรีที่มีบุตรยากต้องเผชิญกับความเครียดจากความรู้สึกของตนเอง การตรวจวินิจฉัย การรอคอยผลของการตรวจ ตลอดจนการรอที่มีความไม่แน่นอนของผลการรักษา (จิรวรรณ ดีเหลือ, 2539) นอกจากนี้ไมล์น (Milne, 1988) กล่าวว่า การมีประจำเดือนถือเป็นความล้มเหลวของการรักษา ทำให้เกิดความรู้สึกหมดหวังและเสียใจแก่คู่สมรสมากที่สุด ทำให้รู้สึกอ่อนล้า ไม่อยากปฏิบัติกิจกรรมใดๆ

มาห์ลสตีดท์ (Mahlstedt, 1985) กล่าวว่าสตรีที่มีบุตรยากจะมีความรู้สึกสูญเสียหลายอย่าง ดังนี้

1. การสูญเสียภาวะสุขภาพ การทำหน้าที่ของร่างกาย หรือการสูญเสียการยอมรับตนเองหรือภาพลักษณ์ของตนเอง ผู้ที่มีบุตรยากมองตนเองว่ามีความบกพร่องทางกาย
2. การสูญเสียสถานภาพหรือศักดิ์ศรีหรือการยอมรับจากสังคม เพราะคิดว่าตนแตกต่างจากบุคคลอื่น ไม่สามารถเข้ากลุ่มหรือสังคมกับญาติเนื่องจากภาวะมีบุตรยากเป็นสิ่งที่น่ารังเกียจของสังคม (Pearson, 1992) จึงพยายามแยกตัวออกจากสังคม ไม่พยายามเข้ากลุ่มใครเพราะจะสร้างความรู้สึกเจ็บปวดและปมด้อยแก่ตนเองมากยิ่งขึ้น
3. การสูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองหรือความภาคภูมิใจในตนเอง จากการที่ไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่ได้ตามที่คาดหวัง
4. การสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง หรือความรู้สึกมีความสามารถไม่เพียงพอ หรือการสูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง เพราะต้องอยู่ภายใต้การตัดสินใจของแพทย์ทุกอย่าง
5. การสูญเสียความฝันหรือความหวังสำคัญๆ ที่ได้วางแผนไว้ ซึ่งการไม่มีบุตรเปรียบเสมือนความฝันถูกทำลาย
6. การสูญเสียสัมพันธภาพ อาจเกิดจากความไม่เข้าใจในคู่สมรสและญาติ
7. การสูญเสียความมั่นคงปลอดภัยในงานอาชีพ การเงิน สังคม และวัฒนธรรม จากการที่ต้องใช้เวลาและค่าใช้จ่ายในการวินิจฉัยและรักษามาก บางครั้งต้องใช้เวลาในการทำงานเพื่อไปตรวจตามนัด
8. การสูญเสียบุคคลจากการที่ไม่สามารถมีบุตร ซึ่งเปรียบเสมือนสิ่งที่เป็นตัวแทนหรือเป็นบุคคลที่มีคุณค่าของคู่สมรส

เบลนเนอร์ (Blenner, 1990) พบว่า ระยะของการรักษาภาวะมีบุตรยาก เริ่มจากการที่คู่สมรสมีความเชื่อว่าสามารถตั้งครรภ์ได้จนถึงการรับรู้ว่ามีปัญหา การรับการรักษา และการตัดสินใจในการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเริ่มต้น (engagement)
 - 1.1. เริ่มมีความตระหนัก (dawning of awareness) มีความต้องการที่จะมีบุตร จากการหยุดการคุมกำเนิดและพยายามมีบุตร
 - 1.2. รับรู้ความจริง (facing a new reality) รับรู้ว่ามีปัญหาในการมีบุตร มีปฏิกิริยาทางด้านจิตใจเกิดขึ้นหลายอย่าง เช่น โกรธและโทษตนเอง เกิดความรู้สึกสูญเสียหลายอย่าง และเริ่มตัดสินใจเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษา เป็นต้น

1.3. มีความหวังและตัดสินใจ (having hope and determination) เมื่อเริ่มเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาจะรู้สึกสดชื่น มีความหวังว่าจะสามารถมีบุตรได้

2. ระยะปฏิบัติการรักษา (immersion)

2.1. เริ่มรับการรักษา (intensifying treatment) เริ่มเข้มงวดต่อการรักษาที่เป็นไปตามแผนการรักษาของแพทย์ ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมเหนือร่างกายตนเอง และมีผลกระทบต่อคู่สมรสมากมาย ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้มีทั้งประสบความสำเร็จและล้มเหลว คู่สมรสบางคู่จะผ่านไปสู่ระยะ 3.3 เลย

2.2. เข้าสู่ประสบการณ์เค็ม (spiralling down) คู่สมรสบางคนจะยุติกิจกรรมทุกอย่างหลังจากที่ผ่านกระบวนการรักษามาหลายอย่าง เริ่มมีความรู้สึกคับข้องใจและหมดหวังเพิ่มขึ้น ไม่เข้าใจว่าจะต้องรู้สึกสูญเสียการควบคุมอีกนานเท่าใด

3. ระยะสุดท้าย (disengagement)

3.1. ปลปล่อยวาง (letting go) เริ่มยอมรับว่าการรักษาไม่สามารถดำเนินต่อไป ถอนตัวออกจากการรักษา และรู้สึกหมดหวัง เริ่มรับรู้ว่าเป็นธรรมชาติ การแสดงออกจะไม่ร้องไห้คร่ำครวญเหมือนที่ผ่านมา แต่จะอยู่ภายใต้อารมณ์โกรธภายใน

3.2. ยุติ (quitting and moving out) ยุติความคิดที่จะรักษา

3.3. มองหาจุดหมายใหม่ (shifting the focus) ตัดสินใจในการดำรงชีวิตอยู่ด้วยการไม่มีบุตร หรือการรับบุตรบุญธรรม เริ่มยอมรับกับภาวะที่เป็นอยู่ได้

ภาวะมีบุตรยากมีผลกระทบต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เนื่องจากเป็นผู้ที่ตั้งครรภ์ คลอด และดูแลบุตร เป็นบทบาทและหน้าที่ของผู้หญิง เมื่อไม่สามารถมีบุตรได้ ไม่สามารถทำบทบาทของเพศหญิงได้อย่างสมบูรณ์ จึงทำให้ผู้หญิงมีความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง (Barry, 1989; Johnson, 1996) ซึ่งการที่รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงเนื่องจากอยู่ในภาวะไร้พลังอำนาจเพราะการมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นภาวะของการมีพลังอำนาจอย่างหนึ่ง (Johnson, 1996)

โดยทั่วไปการเป็นคนคิมิหน้าที่การงานดี ทำให้เราเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง แต่เมื่อมีภาวะมีบุตรยากแล้วทำให้มีความรู้สึกรังเกียจหญิงมีครรภ์มาก รู้สึกอิจฉาริษยาต่างๆ ที่ไม่เคยมีความรู้สึกแบบนี้กับใครมาก่อน การเกิดความรู้สึกเช่นนี้ทำให้สตรีที่มีบุตรยากคิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดี (Blenner, 1992; Mahlstedt, 1985) ซึ่งความรู้สึกต่างๆ เหล่านี้ไม่สามารถควบคุมได้ เบลนเนอร์ (Blenner, 1991) ได้ศึกษาสตรีที่มีบุตรยากที่ได้รับการรักษาโดยการรับประทานยากระตุ้นการตกไข่ ซึ่งมีผลกระทบให้มีอารมณ์แปรปรวนง่าย โดยไม่ทราบสาเหตุ จะรู้สึกเกลียดตนเอง โดยอาจแสดงอาการหงุดหงิดง่าย แสดงกริยาที่ไม่ดี และในบางครั้งภายหลังกระทำไปแล้ว 10 นาที จะเริ่มแสดง

อาการที่ไม่ดีเหล่านั้นใหม่อีก และรู้สึกว่าการกระทำทุกอย่างเป็นสิ่งที่ไม่สามารถควบคุมไว้ได้ ทำให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจได้

เมนนิง (Menning, 1982) กล่าวว่า ภาวะมีบุตรยากจากการรับการตรวจวินิจฉัยและรักษา ก่อให้เกิดอารมณ์ที่สลับซับซ้อนทั้งที่มีเหตุผลและไม่มีเหตุผล ซึ่งมีขบวนการเกิดอารมณ์ตอบสนองตามลำดับ ดังนี้

1. ประหลาดใจ การเกิดความรู้สึกว่าทำไมตนเองไม่เหมือนกับคนอื่น มักจะเกิดหลังจากได้รับทราบว่าตนเองไม่สามารถมีบุตรได้
2. ปฏิเสธ การเกิดความรู้สึกไม่ยอมรับในผลการตรวจหรือไม่ยอมรับว่าตนเองอยู่ในภาวะมีบุตรยาก
3. โกรธและก้าวร้าว การเกิดปฏิกิริยาจากความรู้สึกว่าสิ่งที่เกิดขึ้นไม่ยุติธรรมกับตนเอง และการสูญเสียการควบคุมด้านจิตใจจะทำให้แสดงออกโดยการกล่าวโทษคู่สมรสของตน และผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงการสูญเสียการควบคุม
4. แยกตนเอง การแยกตัวจากคู่สมรส โดยคิดว่าเป็นความบกพร่องของคนที่ไม่สามารถมีบุตรได้ หรือการมีปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส และการแยกตนเองจากญาติและเพื่อน เนื่องจากเกิดความละอาย และมีปมด้อยที่ไม่สามารถมีบุตร หรืออาจเกิดความคิดว่าไม่มีใครเข้าใจความรู้สึกของตนอย่างแท้จริง
5. รู้สึกผิด การเกิดความรู้สึกที่พยายามหาสาเหตุของการมีบุตรยาก เช่น คิดว่าเกิดการทำโทษจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ จากการกระทำหรือพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมมาก่อน เช่น การทำแท้ง การมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงาน เป็นต้น
6. ซึมเศร้า เป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นกับคู่สมรสที่มีบุตรยากทุกคน และมักจะเกิดภายหลังจากที่รู้สึกท้อแท้ หวัง คิดว่าตนเองไร้ความสามารถอย่างถาวร สูญเสียความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และสูญเสียความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส

ปฏิกิริยาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจะมีระยะเวลาที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางอารมณ์ สัมพันธภาพของคู่สมรสแต่ละคู่ และการสนับสนุนจากแหล่งประโยชน์ของสตรีที่มีบุตรยาก สตรีที่มีบุตรยากบางคนจะมีปฏิกิริยาดำเนินอยู่กับระยะหนึ่งระยะใดนาน หรือใช้เวลาในแต่ละระยะไม่เท่ากัน ซึ่งปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นคล้ายคลึงกับกระบวนการตอบสนองทางอารมณ์ของมิลลาร์ด (Millard, 1991) ดังนี้ ซ็อกและปฏิเสธ โกรธ โทษตนเอง แยกตัวเอง ซึมเศร้าและยอมรับและแก้ไข ปัญหาได้ ซึ่งปฏิกิริยาที่แสดงออกมา หมายความว่าถึงการสูญเสียการควบคุมจิตใจของสตรีเอง (Thomas et al., 1998) จากการตัดสินใจเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก ย่อมทำให้เกิดความหวังว่าตนเองจะสามารถมีบุตรได้ แต่เมื่อไม่ประสบความสำเร็จ ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้

สิ้นหวัง เกิดความไม่สมบูรณ์ในเอกลักษณ์ทางเพศ และความเป็นสตรีลดลง (Hirsch & Hirsch, 1989) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมาลส์ทีดท์ (Mahlstedt, 1985) ที่พบว่า ถ้าผลการรักษาล้มเหลว จะทำให้สตรีเกิดความรู้สึกสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง การควบคุมตนเอง และการนับถือตนเอง เนื่องจากได้พยายามที่จะควบคุมตนเอง พยายามปฏิบัติตนตามแผนการรักษา เสียเวลา ค่าใช้จ่าย ความอดทน และเสียสละตนเองในการรักษา แต่ก็ไม่ประสบผลสำเร็จ จึงทำให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจขึ้น

ผลกระทบด้านจิตใจของสตรีที่มีบุตรยาก ที่เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงชีวิตหลายอย่าง ที่ไม่มีใครรู้และเข้าใจในการมีภาวะมีบุตรยาก (Imeson & McMurray, 1996) ถ้าไม่ได้รับความเข้าใจ การช่วยเหลือจะส่งผลกระทบต่อตัวสตรี ตลอดจนสามีและครอบครัวต่อไปได้

ผลกระทบด้านครอบครัว การมีบุตรถือเป็นสิ่งสำคัญในชีวิตสมรสและครอบครัว เพราะบุตรเป็นเสมือนสิ่งผูกพันระหว่างสามีภรรยาและสมาชิกในครอบครัว และเป็นผู้สืบสกุล (เสบียง ศรีวรรณบุรณ์, 2526) เมื่อไม่สามารถมีบุตรได้ตามความต้องการทำให้เกิดผลกระทบต่างๆ ต่อตัวสตรี ดังที่กล่าวมาข้างต้น การที่สตรีมีบุตรยากหมกมุ่นอยู่กับการวัดอุณหภูมิของร่างกาย ระยะเวลาที่ไข่ตก การมีประจำเดือน ถ้ามีความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี ผลที่ตามมาอาจเป็นการแยกตัวเอง แยกทางกันเดิน หรือการหย่าร้าง (นารี ช่วงสว่าง, 2533; Barry, 1989) ถ้ามีการล้มเหลวจะทำให้คู่สมรสที่มีบุตรยากอยู่ในวงจรของความหวังและความผิดหวัง (Imeson & McMurray, 1996) และเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวเหี่ยวหาย (Jirka, Schuett, & Foxall, 1996) ในส่วนของครอบครัวทำให้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวมีความขัดแย้ง ในระหว่างคู่สมรสต่างฝ่ายต่างกล่าวหากันว่าเป็นผู้ไร้สมรรถภาพ มีการปรับตัวในชีวิตสมรสไม่ดี (สุนิรัตน์ อนันวุฒิกันนท์, 2541) บิคารมดาฝ่ายสามีมีส่วนทำให้เกิดความแตกแยกในชีวิตสมรส (Menning, 1980) โดยพยายามหาภรรยาใหม่ให้แก่บุตรของตนเพื่อที่จะนำมาซึ่งหลานไว้สืบสกุล เกิดปัญหาเกี่ยวกับการที่สามีมีภรรยาใหม่ เกิดการหย่าร้าง หรือการรับบุตรบุญธรรม (หะทัย เทพพิสัย และอุรษา เทพพิสัย, 2533) หรือผู้ชายรู้สึกสูญเสียบทบาททางเพศจึงพิสูจน์โดยการทดลองมีเพศสัมพันธ์กับสตรีอื่น ทำให้เกิดความขัดแย้งภายในครอบครัว (สุชาติ โสมประยูร และ วรณี โสมประยูร, 2541) และความพึงพอใจในชีวิตสมรสน้อยลง (Hirsch & Hirsch, 1995)

สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ มักมองว่าปัญหาการมีบุตรยากเกิดจากตัวสตรีและไม่ยอมรับ ทำให้สตรีที่มีบุตรยากต้องแยกตัวออกจากครอบครัว เนื่องจากเห็นว่าเรื่องการมีบุตรยากเป็นเรื่องส่วนตัวและเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ที่บุคคลอื่นไม่ควรรู้และวิจารณ์ จึงทำให้สัมพันธ์ภาพยิ่งแย่ลง ซึ่งจะนำไปสู่ความรู้สึกซึมเศร้าและไร้พลังอำนาจได้ เนื่องจากสตรีที่มีบุตร

ยากไม่สามารถควบคุมร่างกายของตนเองให้สามารถตั้งครภได้ ไม่สามารถควบคุมจิตใจของตนเองให้สามารถเผชิญกับภาวะมีบุตรยากได้ และไม่สามารถควบคุมบุคคลรอบข้างไม่ให้ซักถามหรือวิจารณ์ภาวะมีบุตรยากของตนเองได้

จากการศึกษาในประเทศไทย พบว่า ปฏิกริยาของสามีส่วนใหญ่จะเป็นไปในทางบวก ไม่มีการแสดงถึงการตำหนิตัดเยียนหรือกล่าวโทษ แต่กลับให้ความเคารพและเข้าใจ เมื่อรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยากผ่านพ้นไป แม้จะไม่ประสบความสำเร็จและสตรีมีอายุมากขึ้น สตรียังคงมีสัมพันธภาพที่ดีกับสามี ท่ามกลางสิ่งแวดล้อมที่ไม่แน่นอน และทางเลี้ยงที่สตรีเลือกใช้ คือ พุทธศาสนา ช่วยให้สตรีสามารถปรับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ว่าในชาตินี้ตนเองโชคดีที่ไม่ต้องมีการะในการเลี้ยงดูบุตร (พิมพ์วัลย์ บุญมงคล, 2542) อย่างไรก็ตามในสังคมไทย สตรียอมรับว่าเป็นผู้รับผิดชอบในเรื่องของการเจริญพันธุ์ เมื่อเกิดปัญหามีบุตรยากขึ้น ทำให้สตรียอมรับการตำหนิจากเครือญาติ และสังคม (พิมพ์วัลย์ บุญมงคล, 2542)

ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ มาห์ลสเต็ดท์ (Mahlstedt, 1985) กล่าวว่า ผู้ที่มีบุตรยากจะรู้สึกสูญเสียทุกสิ่งทุกอย่างในชีวิต รวมทั้งสูญเสียสถานภาพทางสังคมไป เนื่องจากค่านิยมในสังคม การเป็นบิดามารดาเป็นบทบาทที่สำคัญของคู่สมรส เมื่อไม่สามารถมีบุตรได้จึงไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม (Pearson, 1992) ทำให้รู้สึกว่าตนเองถูกตัดขาดจากสังคม และไม่สามารถเข้ากลุ่มกับสังคมของสตรีที่มีบุตร มีอคติกับสตรีและครอบครัวที่มีเด็ก และมีอคติกับเด็กด้วย สตรีที่มีบุตรยากจะรู้สึกว่าตนเองจะได้รับการยอมรับถ้าสามารถทำหน้าที่และบทบาทของมารดาได้ภายหลังแต่งงาน ซึ่งสาเหตุนี้ทำให้สตรีที่มีบุตรยากเกิดความรู้สึกซึมเศร้า และแยกตัวเองออกจากกลุ่มเพื่อน ญาติหรือสังคม งดงานสังสรรค์กับบุคคลทั่วไป ไม่มีความมั่นคงในสังคม และไม่กล้าแสดงออก (Pearson, 1992)

การตรวจวินิจฉัยและการรักษาภาวะมีบุตรยากนั้น จะต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงมาก ทำให้รู้สึกไม่มั่นคงเรื่องการเงิน โดยเฉพาะผู้ที่มียาได้ต่ำหรือปานกลาง แต่การประกันค่ารักษาทางการแพทย์จะจ่ายให้อัตราที่ต่ำ (Collins, Burrows, & Willan, 1993; Lock, 1999) และในเมืองไทยระบบประกันสุขภาพและค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการและรัฐวิสาหกิจยังไม่ครอบคลุมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะมีบุตรยาก เนื่องจากภาวะมีบุตรยากมิใช่การเจ็บป่วย จึงไม่อาจนำมาเบิกจ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลได้ตามนัยมาตรา 4 แห่งพระราชกฤษฎีกาการเงิน สวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (เจ็ดชัย มีคำ, 2540) ผู้มีบุตรยากต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองทั้งหมด ค่าตรวจวินิจฉัยพื้นฐานทั่วไปประมาณ 500 – 600 บาท ถ้ารักษาโดยการรับประทานฮอร์โมนจะเสียค่ายาเดือนละ 250 บาท ยาฉีดฮอร์โมนเข็มละ 900 บาท ค่าผสมเทียมในหลอดแก้วครั้งละ 40,000 – 50,000 บาท

และการตรวจวินิจฉัยจะต้องใช้เวลาอย่างน้อย 3 – 6 เดือน (พวงเพ็ญ ริมดุสิต, 2533) สำหรับค่าผสมเทียมในหลอดแก้วของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จะเสียค่าใช้จ่ายไม่ต่ำกว่า 30,000 บาทต่อหนึ่งรอบของการกระตุ้น (รุ่งอรุณ เรืองศรี, 2540) และการตรวจครั้งเดียวอาจไม่ได้ผลต้องมีการตรวจซ้ำแล้วซ้ำอีก หรืออาจต้องเสียเวลามาตรวจใหม่ในวันต่อไปเนื่องจากมาตรวจวันนี้แล้วไม่ได้ผล ในกรณีที่บ้านอยู่ไกล จะต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่าที่พักด้วย ทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นอีก จากปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัยที่แพง มีคู่สมรสจำนวนไม่น้อยที่มารับการตรวจวินิจฉัยซึ่งระยะเวลาอันสั้นแล้วขาดการติดต่อไป (พวงเพ็ญ ริมดุสิต, 2533) โดยเฉพาะการตรวจวินิจฉัยที่คลินิกส่วนตัวของแพทย์จะเสียค่าใช้จ่ายสูงมากขึ้น และระบบบริการทางการแพทย์ในการตรวจวินิจฉัยและรักษาทำให้แพทย์มีอำนาจเหนือกว่าเนื่องจากมีความรู้ทางการแพทย์ (Focault, 1980 อ้างใน พิมพวัลย์ บุญมงคล, 2542)

นอกจากนี้การขออนุญาตไปตรวจในเวลาปฏิบัติงาน ถ้านายจ้างหรือเพื่อนร่วมงานไม่ให้การสนับสนุนหรือช่วยเหลือจะทำให้สตรีที่มีบุตรยาก มีปัญหาเรื่องการทำงาน เพราะต้องลางานบ่อยเพื่อรับการตรวจตามนัด หรือบางคนอาจจะลาออกจากงาน ทำให้สูญเสียรายได้ของครอบครัวไป ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจของสตรีที่มีบุตรยากได้ บางครั้งอาจเกิดความรู้สึกว่าเงินเดือนที่ได้รับจากงานไม่เพียงพอสำหรับค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัยและรักษาที่เพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจในงานและคิดที่จะเปลี่ยนงานเพื่อไปทำงานที่มีรายได้สูงกว่างานที่ทำในปัจจุบัน ซึ่งเป็นสิ่งที่ควบคุมไม่ได้ (Pearson, 1992)

จากที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ ภาวะมีบุตรยากเป็นเหตุการณ์ที่ไม่มีใครคาดคิดว่าจะเกิดขึ้นกับคนและไม่มีใครปรารถนาให้เกิด ไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุใดก็ตาม เมื่อเกิดภาวะมีบุตรยากทำให้สตรีที่มีบุตรยากต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงและเกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวยุติธรรม และเศรษฐกิจ เป็นภาวะวิกฤติอย่างหนึ่งของชีวิต การล้มเหลวของการรักษาทำให้รู้สึกท้อแท้ ไม่อยากทำกิจกรรมใดๆ จากการที่ไม่สามารถใช้พลังอำนาจของตนในการควบคุมสิ่งที่เกิดขึ้น จะรู้สึกไม่สามารถเผชิญกับภาวะที่เป็นอยู่ได้ เมื่อตัดสินใจเข้ารับการรักษา จะต้องพบกับการตรวจวินิจฉัยและการรักษา ซึ่งต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด ทำให้เกิดความคับข้องใจ ความรู้สึกไม่แน่นอน ความเครียด ความวิตกกังวล และไม่สามารถควบคุมตนเองในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ และเมื่อใช้ระยะเวลาอันนานเท่าใดก็จะสูญเสียการควบคุมตนเองมากขึ้นเท่านั้น (Lavie, 1991) ทำให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจ (Imeson & McMurray, 1996; Phipps, 1993)

สรุปได้ว่าจากผลกระทบด้านจิตใจ ภาวะอารมณ์ ปฏิกริยาต่างๆ ที่เกิดขึ้น จากการที่ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก ผลของการตรวจวินิจฉัยและรักษา และบุคคลที่อยู่รอบข้างได้ ทำให้เกิดการสูญเสียการควบคุมด้านจิตใจและด้านสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการขาดความ

รู้เกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก การตรวจวินิจฉัยและรักษา และวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อให้เกิดผลที่ดีกับตนเองเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก จึงเกิดผลกระทบด้านจิตใจได้มากขึ้น ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้แสดงให้เห็นถึงการเกิดภาวะไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตรยากขึ้น

ภาวะไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตรยาก

ภาวะไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตรยาก

จากผลกระทบด้านต่างๆ ของภาวะมีบุตรยากต่อตัวสตรี ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ ดังกล่าว มีความสอดคล้องกับแนวคิดภาวะไร้พลังอำนาจตามสาเหตุของโรเบิร์ตส์ (Roberts, 1986) ดังนี้

1. การสูญเสียการควบคุมด้านร่างกาย ภาวะมีบุตรยากเป็นการสูญเสียการควบคุมด้านร่างกายเกี่ยวกับการเจริญพันธุ์ และจากการรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก การที่ไม่สามารถควบคุมภาวะการเจริญพันธุ์ของตนเองได้ ต้องได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น และไม่น่าไว้วางใจว่าจะสามารถตั้งครรภ์ได้เมื่อไร ต้องพบกับความเจ็บปวดและไม่สบายจากการตรวจร่างกาย ตรวจภายใน ตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ และการรักษาที่ได้รับ เช่น การฉีดยาฮอร์โมน การผ่าตัด เป็นต้น ทำให้เกิดอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ วิงเวียนศีรษะ ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ เป็นต้น เป็นสถานการณ์ที่สตรีที่มีบุตรยากไม่สามารถควบคุมได้ (Lock, 1999; Stier, 1994) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรักษาเป็นสิ่งที่แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจ ทำให้สตรีรู้สึกถึงความเจ็บป่วยจริง (Millard, 1991; Pearson, 1992) และจะรู้สึกผิดหวังทุกครั้งที่มีประจำเดือน (Pearson, 1992) เพราะหมายถึงสตรีไม่สามารถตั้งครรภ์ตามที่คาดหวังได้ ทำให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจ นอกจากนี้การที่มีบุตรทำให้สตรีไปไม่ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้ ยิ่งระยะเวลานานเท่าใด จะยิ่งสูญเสียการควบคุมตนเองมากขึ้นเท่านั้น (Lavie, 1991) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีประจำเดือนในระหว่างที่รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาจะทำให้รู้สึกผิดหวัง และล้มเหลวได้ทุกครั้ง

2. การสูญเสียการควบคุมด้านจิตใจ ภาวะมีบุตรยากเป็นภาวะวิกฤตของชีวิตสตรี ที่ไม่คาดหวังว่าจะเกิดกับตน ส่วนใหญ่เกิดจากการที่สตรีที่มีบุตรยากเกิดความกลัวที่จะไม่สามารถมีบุตรได้และจะทำให้เกิดผลกระทบต่อตนเองและครอบครัว (Pillitteri, 1999) ภายหลังจากรับรู้ว่ามีบุตรยากจะเข้าสู่ปฏิกิริยาของความรู้สึกเศร้าโศกเสียใจ (Millard, 1991) เกิดภาวะเครียด รู้สึกล้มเหลว ในการดำเนินชีวิต บางครั้งส่งผลให้ร่างกายทำงานไม่ปกติ (พวงเพ็ญ ริมคูสิต, 2533; Lock, 1999; Stier, 1994) มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงบ่อยครั้งซึ่งเป็นสิ่งที่สตรีควบคุมไม่ได้ ต้องอยู่ภายใต้

ได้การควบคุมตามแผนการรักษาของบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้สูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง (Mahlstedt, 1985) กระบวนการตรวจวินิจฉัยและรักษา อาจทำสตรีเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดลง โกรธ วิตกกังวล เครียด มีความหวังและผิดหวัง (Kraft อ้างใน นารี ช่วงสว่าง, 2540; Mahlstedt, 1985; Porter & Christopher, 1984) สอดคล้องกับการศึกษาของกู่เหว่ย (1999) พบว่าสตรีที่มีบุตรยากจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองน้อยกว่าสตรีที่มีบุตร นอกจากการรับการตรวจวินิจฉัย และรักษาทำให้สตรีที่มีบุตรยากเกิดภาวะไร้พลังอำนาจ เนื่องจากการสูญเสียการควบคุมด้านร่างกายจากการที่จะต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล บางครั้งเป็นสิ่งที่ไม่ยอมทำตาม เช่น การที่ต้องมีเพศสัมพันธ์ในช่วงเวลาที่มีไข่ตก การวัดปรอทเพื่อดูการตกของไข่ การถูกตรวจร่างกายซ้ำๆ และไม่ทราบว่าต้องปฏิบัติไปนานเท่าใด เป็นต้น ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจและรู้สึกสูญเสียความเป็นส่วนตัวเนื่องจากต้องเปิดเผยข้อมูลของตนเองแก่พยาบาลและแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ซึ่งเป็นสิ่งที่ถือว่าเป็นเรื่องส่วนตัวมาก ทำให้สตรีที่มีบุตรยากเกิดภาวะไร้พลังอำนาจได้

3. การสูญเสียการควบคุมด้านสิ่งแวดล้อม การที่สตรีที่มีบุตรยากรับรู้ว่าตนเองมีบุตรยากและเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยากภายในโรงพยาบาล ขั้นตอนต่างๆ เปรียบเสมือนสิ่งแวดล้อมใหม่ๆ ภายในห้องตรวจสตรีที่มีบุตรยากต้องพบกับเครื่องมือต่างๆ และคนแปลกหน้า รวมทั้งการตรวจต่างๆ เป็นการตรวจสิ่งสงวนสำหรับผู้หญิง โดยเฉพาะถ้าพบแพทย์ที่เป็นผู้ชาย อีกทั้งการปฏิบัติกรต่างๆ มิได้กระทำเพียงสถานที่เดียวกันตลอด การที่ผู้รับบริการได้พบกับสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกันหลายที่ ทำให้เกิดความรู้สึกคับข้องใจ กลัว ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้ทำให้สตรีมีความรู้สึกไร้พลังอำนาจได้ (สายพิน เกษมกิจวัฒนา และคณะ, 2539) นอกจากนี้ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่และสตรีที่มีบุตรยาก ถ้ามีการสื่อสารไม่ชัดเจนอาจทำให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจได้เช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของหทัยรัตน์ จิรนนทิพัทธิ (2539) ที่พบว่าสัมพันธ์ภาพของพยาบาลและผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนักมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะไร้พลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สิ่งแวดล้อมที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งคือสมาชิกในครอบครัว จากความต้องการที่จะให้คู่สมรสมีบุตรหลาน จึงสร้างแรงกดดันให้กับคู่สมรส มีปฏิกิริยาทางลบหรือไม่ยอมรับ มองว่าภาวะมีบุตรยากเป็นเรื่องผิดปกติ ทำให้ขาดสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว นอกจากนี้เพื่อนร่วมงานและสังคมก็มีผลกระทบต่อภาวะไร้พลังอำนาจ จากการซักถาม การวิพากษ์วิจารณ์ และแสดงท่าทีรังเกียจต่อสตรีที่มีบุตรยาก (Clapp & Swenson อ้างใน จิรวรรณ ดีเหลือ, 2539) ซึ่งสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่สตรีไม่สามารถควบคุมได้ ในบางสังคมยังมีความรู้สึกที่ขัดแย้งต่อความคิดและความรู้สึก

เกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีขั้นสูง ว่าสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งผิดธรรมชาติ และเป็นที่น่ารังเกียจ (Gorrie et al., 1998) จึงทำให้สตรีเกิดภาวะไร้พลังอำนาจ

4. การขาดความรู้ ภาวะมีบุตรยากเป็นสิ่งที่ไม่คาดคิด ทำให้ไม่มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับภาวะที่เกิดขึ้นกับตนเอง เช่น สภาวะของโรค การตรวจวินิจฉัยและรักษา การปฏิบัติตัว เป็นต้น ทำให้สตรีเกิดความรู้สึกไร้พลังอำนาจได้ เพราะความรู้เป็นแหล่งของพลังอำนาจอย่างหนึ่ง (Miller, 1983) การขาดความรู้จะทำให้แปรผลในทางที่เลวลง และส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเอง (ช่อลดา พันธุเสนา, 2538) การที่บุคคลขาดความรู้ในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกกลัว วิตกกังวล ไม่กล้าตัดสินใจ และคาดหวังในสิ่งต่างๆ ดังนั้นอาจทำให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจได้ (Robert, 1978)

ปกติความเป็นสตรีมักจะถูกควบคุมจากผู้อื่น ทั้งสามี ครอบครัว ศาสนา วัฒนธรรมและความเชื่อ (Lenkiewicz, 1998) เนื่องจากสังคมมีความคาดหวังกับความเป็นสตรีมากมาย โดยเฉพาะในเรื่องความสามารถในการเจริญพันธุ์ ซึ่งจะเป็นสิ่งที่สตรีทุกคนมีความสามารถในการควบคุม เมื่ออยู่ในภาวะมีบุตรยาก จึงทำให้สตรีมีพลังอำนาจในตนเองลดลง จากการที่ไม่สามารถควบคุมตนเองด้านการเจริญพันธุ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ต้องถูกควบคุมจากบุคคลอื่น โดยเฉพาะในศตวรรษที่ 20 เริ่มมีวิวัฒนาการทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น ทำให้แพทย์เริ่มมีอำนาจเหนือสุขภาพสตรีและการตัดสินใจของสตรีเพิ่มมากขึ้น (Lenkiewicz, 1998) สอดคล้องกับการศึกษาของฟูโกต์ (Foucault อ้างใน พิมพวัลย์ บุญมงคล, 2542) ที่กล่าวว่า สตรีที่มีบุตรยากจะมีการสูญเสียพลังอำนาจทางชีวภาพ (Biopower) ได้ 2 ทาง คือ

1. จากการตรวจสอบ สตรีจะเป็นบุคคลแรกที่ต้องได้รับการตรวจร่างกายเพื่อหาความผิดปกติ ซึ่งจากภาวะดังกล่าวทำให้สตรีเกิดภาวะไร้พลังอำนาจ และสตรียังเป็นผู้ที่เป็นฝ่ายร่วมมือกับการครอบงำอำนาจนี้ด้วย จากการที่คิดว่าเป็นปัญหาของตน

2. จากการใช้วาทกรรม (discourse) วาทกรรมส่วนใหญ่จะพูดเกี่ยวกับสตรี คำแนะนำต่างๆ จะเน้นเกี่ยวกับสตรี และเมื่อมีการแสวงหาการตรวจวินิจฉัยและรักษา สตรีก็จะเป็นผู้เริ่ม และเมื่อการรักษาล้มเหลว สตรีจะเป็นฝ่ายที่ถูกประณามและตั้งข้อสงสัยต่อการที่ไม่มีบุตร

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตรยาก

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับภาวะไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตรยาก พบว่าในประเทศไทยและต่างประเทศ มีการศึกษาด้านจิตสังคมของคู่สมรสที่มี

บุตรยากมากมายดังกล่าวมาแล้ว แต่ไม่ได้ศึกษาภาวะไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตรยากโดยตรง อย่างชัดเจนดังเช่น

แบร์รี (Barry, 1989) กล่าวว่า การตั้งครรภ์เป็นสิ่งที่คู่สมรสส่วนใหญ่สามารถควบคุมได้ เมื่อเกิดภาวะมีบุตรยากเป็นผลทำให้สูญเสียการควบคุมตนเอง การมีเพศสัมพันธ์ปกติเป็นสิ่งที่เป็นอิสระ และเกิดขึ้นเอง เมื่อเข้ารับการรักษา สิ่งต่างๆ เหล่านี้จะถูกควบคุมโดยแพทย์ จึงทำให้สตรีที่มีบุตรยากและสามีเกิดภาวะไร้พลังอำนาจ

เบลนเนอร์ (Blenner, 1991) ศึกษาผลของการใช้ยากระตุ้นการตกไข่ต่อตัวสตรีที่มีบุตรยาก พบว่า การรักษาด้วยยาทำให้สตรีรู้สึกไม่สามารถควบคุมตนเอง และมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้เกิดความคับข้องใจ จนกระทั่งสตรีรู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมอารมณ์แปรปรวนนั้นได้ และผลลัพธ์ที่ตามมาได้แก่ สตรีไม่สามารถควบคุมสิ่งต่างๆ ที่กำลังทำอยู่ ไม่เห็นด้วยกับสิ่งต่างๆ รู้สึกเกลียดตัวเองที่กระทำพฤติกรรมอย่างนี้บ่อยๆ และมั่นใจว่าทุกสิ่งที่เกิดขึ้นไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งการที่ควบคุมไม่ได้ ทำให้สตรีที่มีบุตรยากเกิดภาวะไร้พลังอำนาจ

การศึกษาของฟิฟฟ์ (Phipps, 1993) ได้ศึกษาในเชิงคุณภาพเกี่ยวกับสถานการณ์ของคู่สมรสที่มีบุตรยาก ในประเด็นความแตกต่างด้านเพศของคู่สมรส 8 คู่ พบว่า สตรีจะถูกกระทำมากกว่า ชายไม่ว่าจะมีสาเหตุการมีบุตรยากจากฝ่ายใด ทำให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจเช่นเดียวกัน ภาวะมีบุตรยากส่งผลต่อการควบคุมร่างกายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทางด้านร่างกายสตรีรับรู้ว่าร่ายกายมีความบกพร่อง หรือมีความผิดปกติ ทางด้านจิตใจสตรีเกิดความรู้สึกวิตกกังวลและรู้สึกสูญเสียได้ทั้งสองฝ่าย โดยเฉพาะในสตรีจะรู้สึกสิ้นหวังในชีวิต ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากความคิดของตนเองและคำถามจากผู้อื่น ซึ่งตามปกติสตรีคิดว่าอำนาจการเจริญพันธุ์เป็นของตนเอง และเมื่อเกิดภาวะมีบุตรยาก ซึ่งเป็นสิ่งที่อยู่นอกเหนือการควบคุมของตน และรู้สึกมีอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปมา ควบคุมไม่ได้ การเข้ารับการรักษาทำให้รู้สึกไร้พลังอำนาจจากการที่ต้องอยู่ภายใต้การควบคุมตลอดเวลา ถ้าการรักษาไม่ประสบผลสำเร็จ จะทำให้รู้สึกไร้พลังอำนาจมากขึ้น

อิมสันและแมคมอร์เรย์ (Imeson & McMurray, 1996) ศึกษาปรากฏการณ์ของคู่สมรสที่มีบุตรยากที่รับการรักษาด้วยวิธีทำเด็กหลอดแก้วโดยการสัมผัสผ่านแว่นเล็ก โดยใช้วิธีการสัมผัสผ่านคู่สมรส 6 คู่ พบว่าภาวะไร้พลังอำนาจเป็นสิ่งที่พบได้มากในประสบการณ์ของคู่สมรส จากการที่ไม่สามารถควบคุมเหนือชีวิตของตนเองได้เนื่องจากต้องปฏิบัติตามแผนการรักษา และจากการที่ไม่รู้และไม่เข้าใจเหตุผลของการมีบุตรยาก รวมถึงการที่ไม่สามารถแปรผลลัพธ์ของสถานการณ์ได้ คู่สมรสส่วนใหญ่รู้สึกว่าพลังอำนาจเป็นของบุคลากรทางสุขภาพ

สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาภาวะจิตสังคมของสตรีที่มีภาวะมีบุตรยากบ้าง ดังกล่าวมาแล้ว แต่ยังไม่มีการศึกษาภาวะไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตรยากโดยตรง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาประเด็นดังกล่าวนี้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตรยาก

นอกจากการรับรู้ภาวะมีบุตรยากและการรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก นอกจากจะทำให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจแล้ว ยังมีปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเกิดภาวะไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตรยาก ดังนี้

1. กระบวนการดำเนินของโรค ในสตรีที่มีบุตรยาก ผลกระทบจากภาวะมีบุตรยากเป็นทั้งแบบเฉียบพลันเนื่องจากเป็นภาวะที่ไม่คาดคิดว่าจะเกิดขึ้นกับตน และแบบเรื้อรังเนื่องจากการตรวจวินิจฉัยและการรักษามีหลายขั้นตอนและหลายวิธี ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายและเวลา ซึ่งไม่สามารถกำหนดได้แน่นอน อาจเกิดปัญหาและภาวะแทรกซ้อนจากการตรวจวินิจฉัยและรักษาหลายอย่างตามมาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โดยเฉพาะด้านจิตใจ ถ้าประสบการณ์ล้มเหลวในการรักษาบ่อยครั้ง จะทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสีย ผิดหวังและเศร้าโศกที่ยาวนาน เกิดภาวะซึมเศร้า (Hirsch & Hirsch, 1995)

2. สถานการณ์ บุคคล และสิ่งแวดล้อม ภาวะมีบุตรยากเป็นสถานการณ์ที่สตรีไม่เคยคาดคิดว่าจะเกิดขึ้นกับตน การที่สูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเองด้านการเจริญพันธุ์ ถูกกดดันจากครอบครัวและสังคมทำให้สตรีตัดสินใจเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก ที่ต้องมารับบริการที่โรงพยาบาล ต้องอยู่ภายใต้การควบคุมของแพทย์ตามแผนการรักษา โดยที่ไม่สามารถทราบระยะเวลาในการประสบผลสำเร็จที่แน่นอน (Johnson, 1996) ยิ่งระยะเวลานานเท่าใด จะทำให้เกิดความเครียดสูง (กนกวรรณ เวสสธาดา, 2543)

3. การเปลี่ยนแปลงบทบาทในสังคม การเกิดภาวะมีบุตรยากทำให้สตรีไม่สามารถแสดงบทบาทการเป็นมารดาตามที่สังคมคาดหวัง (Pearson, 1992) และการตรวจวินิจฉัยและรักษาทำให้ต้องเข้ารับบริการอย่างต่อเนื่อง อาจทำให้เกิดปัญหาในการปฏิบัติงาน ทำให้เปลี่ยนแปลงงานหรือลาออกได้ (Blenner, 1992)

4. ลักษณะเฉพาะส่วนตัวและปัจจัยทางสังคมอื่นๆ ได้แก่

4.1 บุคลิกภาพส่วนตัว จากการศึกษาพบว่าสตรีที่มีบุตรยากส่วนใหญ่จะมีอารมณ์ที่อ่อนไหวง่าย โดยเฉพาะเมื่อเห็นสตรีมีครรภ์และเด็ก (Blenner, 1992) บางคนชอบเก็บตัว หรือแยกตัวออกจากกลุ่ม (Menning, 1980) สตรีมักแสดงความรู้สึกเครียด คับข้องใจอย่างเปิดเผย และมักพูด

ถึงความเจ็บปวดที่ได้รับ (Pearson, 1992) มีความเชื่อในอำนาจภายนอกตนเอง จากการศึกษพบว่า บางครั้งสตรีที่มีบุตรยากคิดว่าเกิดจากการทำโทษของสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เป็นเคราะห์กรรม (Blenner, 1991) นอกจากนี้บทบาทที่สำคัญของสตรีตามที่สังคมคาดหวังคือ บทบาทการเจริญพันธุ์ (reproductive role) เมื่อไม่สามารถตั้งครรภ์และมีบุตรได้ ทำให้รู้สึกว่าการทำหน้าที่/บทบาทของตนเองล้มเหลว

4.2 วุฒิภาวะของบุคคล สตรีที่มีบุตรยากที่อยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลายและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งเป็นช่วงที่มีวุฒิภาวะ ทำให้สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง และการมีการศึกษา ทำให้มีวุฒิภาวะเพิ่มขึ้น สามารถเข้าใจต่อแผนการรักษาได้ง่ายขึ้น (ศรีธรรม ธนะภูมิ, 2539) นอกจากนี้วัยผู้ใหญ่ส่วนใหญ่จะสามารถควบคุมการตัดสินใจที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของตนเองได้ แต่สูญเสียการควบคุมดังกล่าวได้เนื่องจากภาวะมีบุตรยาก (Blenner, 1990; Mahlstedt, 1985)

4.3 ปัจจัยทางสังคมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะไร้พลังอำนาจ เช่น การมีอาชีพ ทำให้สตรีมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และทำให้สตรีมีพลังอำนาจในตนเองด้วย นอกจากนี้อาชีพนำมาซึ่งรายได้ที่ใช้จ่ายในการรักษา เนื่องจากในการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยากต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากและไม่สามารถคาดคะเนจำนวนที่แน่นอนได้ การศึกษามีผลต่อความรู้และความเข้าใจในภาวะมีบุตรยาก การตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก นอกจากนี้ระยะเวลาของการเจ็บป่วยมีผลต่อภาวะไร้พลังอำนาจได้ เมื่อระยะเวลาที่ยาวนานจะยังทำให้เกิดความรู้สึกว่าไม่สามารถควบคุม ทำให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจได้มากขึ้น (Abbey, Halman, & Andrews, 1992; Lavie, 1991) ความเชื่อภายนอกตนเอง จากการที่พบว่าสตรีที่มีบุตรยากคิดว่า ภาวะมีบุตรยากเกิดจากการทำโทษของสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เป็นเคราะห์กรรม (Menning, 1982) ทำให้มีการรักษาโดยวิธีการทางไสยศาสตร์ รดน้ำมันต์ (อุดมพร ยิ่งไพญญ์สุข, 2540) เมื่อเวลาผ่านไป สตรีจะเริ่มทำใจได้จากการใช้หลักของพุทธศาสนา ทำให้ปรับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง คิดว่าเป็นโชคที่ไม่มีการะ (พิมพ์วัลย์ บุญมงคล, 2542)

จากปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตรยากดังกล่าว ในการศึกษครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะไร้พลังอำนาจ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และจำนวนครั้งของการรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก ซึ่งน่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตรยาก ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า

1. อายุ เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น เป็นวัยผู้ใหญ่มีวุฒิภาวะมากขึ้น ทำให้มีการตัดสินใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลตัวเอง สามารถทำความเข้าใจต่อแผนการรักษาได้ง่าย เอาใจใส่ต่อตนเองในการดูแลสุขภาพ มีความร่วมมือในการรักษาสูง และมีอิทธิพลต่อการกำหนดความสามารถในการปรับตัวของคน มีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต ซึ่งจะมีผลต่อการหาวิธีการจัดการกับ

ปัญหาที่เกิดขึ้น ในอายุที่แตกต่างกันจะมีการปรับตัวที่แตกต่างกัน (Bell อ้างใน อุดมพร ยิ่งไพญญ์ สุข, 2540) จากผลการศึกษาของดิน (Dean อ้างใน กัลยกร ฉัตรแก้ว, 2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับภาวะไร้พลังอำนาจของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 384 ราย พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวก แต่จากการศึกษาผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่างของชุดิมา มุสิกะสังข์ (2535) และผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่รับรังสีรักษาของทศพร พัฒนนิรमान (2531) พบว่าอายุที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อภาวะไร้พลังอำนาจ จะเห็นได้จากผลการวิจัย ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับภาวะไร้พลังอำนาจยังไม่ชัดเจน

วัยผู้ใหญ่ส่วนใหญ่จะสามารถควบคุมการตัดสินใจที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของตนเองได้ แต่จะถูกทำลายลงจากภาวะมีบุตรยาก (Blenner, 1990; Mahlstedt, 1985) ดังนั้นอายุของสตรีที่มีบุตรยากที่เข้ารับการรักษา น่าจะมีผลต่อความสำเร็จของการรักษา เนื่องจากมีอายุมากขึ้น โอกาสตั้งครรภ์ยิ่งลดน้อยลง แต่จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์เพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาทั่วไปพบว่าช่วงเวลาที่สามารถตั้งครรภ์ได้มากที่สุดของสตรีอยู่ระหว่าง 21-24 ปี หลังจากนั้นจะค่อยๆ ลดลง และจะลดลงอย่างรวดเร็วหลังอายุ 35 ปี กล่าวคือเมื่ออายุ 35 ปีความสามารถในการตั้งครรภ์จะลดลงร้อยละ 10 พออายุ 40 ปี จะลดลงร้อยละ 33 และอายุ 45 ปีจะลดลงร้อยละ 88 (หะทัย เทพพิสัย และ อรุณา เทพพิสัย, 2533; Stright, 2001; Lowdermilk, Perry & Bobak, 1999) เมื่อมีอายุมากขึ้นจะมีความเครียดมากกว่าสตรีที่มีอายุน้อย (จิรวรรณ ดีเหลือ, 2539) เนื่องจากระยะเวลาในการรอคอยที่จะมีบุตรน้อยลง และการรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาต้องใช้เวลาและได้ผลไม่แน่นอน ทำให้รู้สึกว่าจะไม่สามารถควบคุมสิ่งที่เกิดขึ้นให้เป็นไปตามความต้องการได้ ดังนั้นอายุของสตรีที่มีบุตรยากน่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตรยาก

2. ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยพัฒนาสติปัญญาและสุขภาพของบุคคล เนื่องจากการศึกษาช่วยให้บุคคลสามารถใช้สติปัญญาในการแสวงหาความรู้ คิดและตัดสินใจ และความรู้เป็นแหล่งพลังอำนาจอย่างหนึ่ง (Miller, 1983) เพื่อใช้แก้ปัญหาหรือสถานการณ์ต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิต เช่น การเจ็บป่วย เป็นต้น และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ความรู้จะช่วยให้สามารถตัดสินใจกระทำการใดๆ เกี่ยวกับตนเองได้ (ศรีธรรม ธนะภูมิ, 2539) นั่นคือมีความสามารถในการควบคุมตนเองในทุกๆ ด้าน จากการศึกษาของชุดิมา มุสิกะสังข์ (2535) ศึกษาในผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง 120 ราย พบว่า ผู้ป่วยที่มีการศึกษาในระดับต่ำ จะมีภาวะไร้พลังอำนาจมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับสูง สำหรับภาวะมีบุตรยาก การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร และความรู้เกี่ยวกับภาวะการมีบุตรยากเป็นสิ่งที่สำคัญ การที่มีระดับการศึกษาสูงจะช่วยให้มีความสามารถในการค้นคว้าหาความรู้และมีความเข้าใจในเรื่องต่างๆ ได้ดี สามารถช่วยลดภาวะไร้พลังอำนาจได้นอกจากนี้ในการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยากเป็นการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ ซึ่ง

เข้าใจยาก ศตริที่มีบุตรยากอาจไม่มีความรู้และไม่เข้าใจ รวมทั้งไม่ทราบว่าจะซักถามอะไร น่าจะทำให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจได้

3. จำนวนครั้งของการรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก ภาวะมีบุตรยาก ต้องใช้เวลาในการตรวจวินิจฉัยและรักษาที่ไม่แน่นอน ส่วนมากจะต้องใช้ระยะเวลานานและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายสูงมาก การเข้ารับการตรวจบ่อยครั้ง การตรวจบางอย่างซึ่งมิใช่ตรวจเพียงครั้งเดียวจะได้ผลต้องทำซ้ำแล้วซ้ำอีก จึงมีคู่สมรสบางคู่ที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาในเวลาอันสั้น แล้วขาดการติดต่อไป พบว่ามีอัตราที่สูงถึง ร้อยละ 71.8 (พวงเพ็ญ ริมคูสิต, 2533) ในการรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาในแต่ละครั้งต้องมีการสูญเสียค่าใช้จ่าย ซึ่งมีผลต่อเนื่องถึงภาวะจิตใจได้ ถ้าจำนวนครั้งของการรักษามากจะทำให้เกิดความเครียดสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Menning, 1982) แอบบีและคณะ(Abbey et al, 1992) ได้อธิบายไว้ว่า ในการเข้ารับการรักษาของคู่สมรสที่มีบุตรยากแต่ละครั้งจะต้องพบกับความไม่สุขสบายทางกายและเกิดความรู้สึกคับข้องใจในขั้นตอนต่างๆ ของการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งเป็นสิ่งที่อยู่ภายใต้การควบคุมของบุคคลอื่น ทำให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจได้

กล่าวโดยสรุปได้ว่า พลังอำนาจเป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิตของมนุษย์ ทุกคนปรารถนาที่จะมีพลังอำนาจ และไขว่คว้ามาซึ่งพลังอำนาจ เพื่อสร้างความรู้สึกรับประกันและพึงพอใจในชีวิต (สายพิน เกษมกิจวัฒนา, 2532) เมื่อไร้พลังอำนาจ ทำให้บุคคลรู้สึกที่ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับชีวิตได้ กิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลปฏิบัติไม่สามารถที่จะบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ ซึ่งเกิดจากการสูญเสียการควบคุมด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม และการขาดความรู้ (Roberts, 1986) ซึ่งจากการศึกษาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาผู้ป่วยที่เกิดภาวะเจ็บป่วย แต่ภาวะมีบุตรยากที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาถือเป็นภาวะที่ไม่มีใครคาดคิดว่าจะเกิดขึ้นกับตนเองและครอบครัว จากความคาดหวังของคู่สมรส ครอบครัว และสังคมต่อการมีบุตร ทำให้เกิดผลกระทบต่างๆ ต่อตัวศตริที่มีบุตรยากทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ ทำให้ศตริเป็นผู้ที่ตัดสินใจไม่ว่าจะด้วยตนเอง การตัดสินใจแบบมีส่วนร่วมหรือจากการตัดสินใจของบุคคลอื่น เพื่อเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก เพื่อให้เกิดความหวังที่จะสามารถมีบุตรได้

ในขณะเดียวกัน การเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก เป็นสิ่งที่ทำให้ศตริต้องเข้าสู่กระบวนการที่ถูกควบคุมโดยบุคลากรทางสุขภาพ ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานและผลข้างเคียงจากการตรวจวินิจฉัยและรักษา ไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัด การส่องกล้อง การฉีดยา การรับประทานยา การรับการรักษาโดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ หรือหลายๆ วิธีร่วมกัน ความทุกข์ทรมานหรือผลข้างเคียงจากการตรวจวินิจฉัยและรักษาที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น คลื่นไส้

อาเจียน เบื่ออาหาร เหนื่อยล้า ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจ เนื่องจากรับรู้ว่าจะไม่สามารถมีอิทธิพลเหนือร่างกายของตนเองได้ (Wetherbee, 1995; Nystrom & Segesten, 1994; Davidhizar, 1992) หรือไม่สามารถควบคุมภาวะความเจ็บป่วยตามที่คาดหวังไว้ (Jarvis, 1992; Miller, 1992) นอกจากนี้การเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาในโรงพยาบาลมีส่วนเสริมให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจมากยิ่งขึ้น เนื่องจากสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล การถูกรีดรอนความเป็นส่วนตัว การถูกตรวจซ้ำๆ และความรู้สึกไม่แน่นอนในภาวะที่เป็นอยู่ทำให้ไม่สามารถทำนายผลที่ตามมาได้ (White & Roberts, 1993) ซึ่งภาวะมีบุตรยากก็ไม่สามารถทำนายผลได้เช่นกัน ต้องใช้เวลาในการรอตรวจ การรอผลการตรวจทำให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจเช่นกัน (Gray et al., 1990) และการขาดความรู้จะทำให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจได้มากขึ้นเนื่องจากไม่รู้ว่าจะต้องปฏิบัติตนอย่างไรเพื่อให้เกิดผลดีกับตนเอง ถ้าผู้ป่วยมีความต้องการที่จะดำรงไว้ซึ่งพลังอำนาจมากเท่าไรจะเกิดภาวะไร้พลังอำนาจมากขึ้นเท่านั้น ทำให้การรับรู้ของผู้ป่วยลดลง (Richmond et al., 1992)

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ภาวะการมีบุตรเป็นสิ่งที่สตรี ครอบครัวย และสังคม คาดหวังว่าภายหลังสมรสสตรีจะสามารถมีบุตรได้ เมื่อเกิดภาวะมีบุตรยากทำให้คิดว่าเป็นปัญหามาจากตัวของสตรี และส่งผลกระทบต่อตัวสตรีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวย สังคมและเศรษฐกิจ การตัดสินใจเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก เป็นสิ่งที่ยิ่งเพิ่มผลกระทบดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การที่รู้สึกสูญเสียการควบคุมทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม และการขาดความรู้ เป็นสาเหตุทำให้เกิดภาวะไร้พลังอำนาจได้ (Roberts, 1986) จากการที่ไม่สามารถมีบุตรได้ตามความคาดหวัง การที่ต้องปฏิบัติตามแผนการตรวจวินิจฉัยและรักษา ตลอดจนได้รับผลกระทบ ที่ไม่สามารถควบคุมได้ ไม่สามารถคาดเดาผลการตรวจวินิจฉัยและรักษา และไม่ทราบว่าจะต้องใช้เวลานานเท่าใด สิ่งต่างๆ เหล่านี้ น่าจะทำให้สตรีที่มีบุตรยากเกิดภาวะไร้พลังอำนาจ นอกจากนี้ ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และจำนวนครั้งของการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก น่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตรยาก อาจเนื่องจากอายุมีผลต่อความสามารถในการตั้งครรภ์ของสตรี ระดับการศึกษาเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลใช้สติปัญญาเพื่อแก้ไขปัญหาและแสวงหาความรู้ และจำนวนครั้งของการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยาก บ่งบอกถึงการผ่านขั้นตอนและวิธีการต่างๆ หลายอย่าง การมาตรวจตามนัดหลายครั้งตามแผนการรักษา และต้องใช้ระยะเวลาอย่างมาก ดังนั้น ปัจจัยต่างๆ ดังกล่าวน่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะไร้พลังอำนาจของสตรีที่มีบุตรยาก