

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดจากภาวะมีบุตรยากในสตรีที่มีบุตรยาก

Factors Influencing Infertility related Stress among Women with Infertility

ดารินทร์ ศรีชุม เอ็มพร รตินธร* ฤดี ปુંบางกะดี

Darin Srichum Ameporn Ratinthorn* Rudee Pungbangkadee

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10700

Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand 10700

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของอายุ รายได้ครอบครัว สาเหตุของภาวะมีบุตรยาก การสื่อสารเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก การสนับสนุนทางสังคม และวิธีการเผชิญปัญหาต่อความเครียดจากภาวะมีบุตรยากในสตรีที่มีบุตรยาก กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยมีภาวะมีบุตรยากชนิดปฐมภูมิจากสูตินรีแพทย์ในหน่วยผู้มีบุตรยาก โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 161 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะมีบุตรยาก แบบสอบถามวิธีการสื่อสารเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามวิธีการเผชิญปัญหา และแบบสอบถามความเครียดจากภาวะมีบุตรยาก โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.901 0.901 0.830 และ 0.906 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดจากภาวะมีบุตรยาก ได้แก่ สาเหตุของภาวะมีบุตรยากจากฝ่ายหญิง ($\beta = .112$, $p\text{-value} < .05$) การไม่สื่อสารเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยากกับบุคคลอื่น ($\beta = .701$, $p\text{-value} < .001$) การสื่อสารเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยากเฉพาะบุคคลใกล้ชิด ($\beta = .400$, $p\text{-value} < .001$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = -.153$, $p\text{-value} = .006$) อธิบายความผันแปรของความเครียดจากภาวะมีบุตรยากในสตรีที่มีบุตรยากได้ ร้อยละ 70.40 ($R^2 = .704$, $F = 32.264$, $p\text{-value} < .001$)

คำสำคัญ: สตรีที่มีบุตรยาก, ความเครียดจากภาวะมีบุตรยาก, การสื่อสารเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก, การสนับสนุนทางสังคม

Abstract

The analytical cross sectional study aimed to study the influence of age, causes of infertility, family income, infertility related communication, social support, and coping strategies for infertility related stress. The sample consisted of 161 women with primary infertility, age 18 or older, attending the infertile clinic at Siriraj Hospital. The data were collected via demographic and infertility questionnaires, infertility related communication strategies scales, the COMPI coping strategy scales, the Revised-Thai version of the perceived social support scale, and the COMPI fertility problem stress scales. The Cronbach's alpha coefficients were 0.901, 0.901, 0.830, and 0.906, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis.

The results show that factors influencing infertility related stress with statistical significance were causes of infertility in females ($\beta = .112$, $p\text{-value} < .05$), lack of communication with other people (secrecy) ($\beta = .701$, $p\text{-value} < .001$), communication to close other people (formal) ($\beta = .400$, $p\text{-value} < .001$), and social support ($\beta = -.153$, $p\text{-value} = .006$). All factors could describe variation of infertility related stress in women with infertility by 70.40% ($R^2 = .704$, $F = 32.264$, $p\text{-value} < .001$).

Keywords: Women with infertility, Infertility-related stress, Infertility-related communication, Social support

บทนำ

ภาวะมีบุตรยาก เป็นปัญหาสำคัญด้านอนามัยเจริญพันธุ์¹ จากการศึกษาในสตรีวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-49 ปี พบผู้มีภาวะมีบุตรยากทั่วโลกร้อยละ 10² โดยการศึกษาในสตรีวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-49 ปี พบความชุกของภาวะมีบุตรยาก สูงสุดในภูมิภาคตะวันออกกลางและแอฟริกาเหนือ ร้อยละ 17.2³ ในประเทศไทยพบคู่สมรสที่มีภาวะมีบุตรยาก ร้อยละ 15.4⁴ ซึ่งนอกจากนโยบายส่งเสริมการวางแผนครอบครัว ประกอบกับปัจจุบันสตรีอยู่ในระบบการศึกษาที่นานขึ้น ทำให้ อายุแรกในการสมรสสูงขึ้น ส่งผลให้ภาวะการเจริญพันธุ์ลดลง แล้ว⁵ ปัญหาการมีบุตรยาก ถือเป็นปัจจัยด้านสุขภาพที่ทำให้ ประเทศไทยเข้าสู่สถานการณ์การเกิดน้อยและอัตราการเจริญพันธุ์มีแนวโน้มลดลง เมื่อสตรีไม่สามารถตั้งครรภ์ได้ตามความต้องการของตนเองและความคาดหวังของครอบครัว อาจก่อให้เกิดความเครียดจากภาวะมีบุตรยาก⁶ ทำให้สตรีเกิดความ ต้องการได้รับการตรวจรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยี ช่วยการเจริญพันธุ์ ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูง การรักษาและติดตามผล แต่ละรอบต้องใช้ระยะเวลาอันยาวนาน แต่มีอัตราความสำเร็จจากการ รักษาที่ต่ำ⁷ และอาจต้องได้รับการตรวจและรักษาตามขั้นตอน ซ้ำ ทำให้ระยะเวลาของการมีบุตรยากและการรักษานานยิ่งขึ้น ทำให้เกิดความเครียดจากภาวะมีบุตรยากมากขึ้น⁸ ก่อให้เกิด ปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างสตรีและคู่สมรส ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของสตรีและคู่สมรสต่ำลง^{9,10,11}

ภาวะมีบุตรยาก จึงถือเป็นสถานการณ์ที่ทำให้สตรี เกิดความเครียด⁶ ซึ่ง Lazarus และ Folkman อธิบายถึงกลไก การเผชิญความเครียดว่า เมื่อบุคคลเผชิญกับปัญหาหรือ สถานการณ์ที่ตึงเครียดจะมีการประเมินสถานการณ์และ แหล่งทรัพยากรในตนเอง ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินปฐมภูมิ คือ การประเมินว่าสถานการณ์ที่เผชิญ ส่งผลกระทบต่อตนเองอย่างไร ทั้งนี้เมื่อบุคคลประเมินพบว่า สถานการณ์ดังกล่าวก่อให้เกิดความตึงเครียด จะเข้าสู่การ

ประเมินทุติยภูมิ ซึ่งเป็นการประเมินความสามารถจาก แหล่งทรัพยากรภายในตนเองเพื่อนำไปใช้ในการเผชิญปัญหา โดยแหล่งทรัพยากรในการเผชิญปัญหาประกอบด้วย 1) ภาวะ สุขภาพและพลังงานของบุคคล 2) ความเชื่อในทางบวก 3) ทักษะในการแก้ปัญหา 4) ทักษะด้านสังคม 5) การสนับสนุน ทางสังคม และ 6) แหล่งประโยชน์ด้านวัตถุ¹² เมื่อบุคคลประเมิน สถานการณ์และใช้ความสามารถ รวมถึงทรัพยากรภายในตน เพื่อเผชิญปัญหาแตกต่างกัน ย่อมนำไปสู่การปรับตัวต่อปัญหา และส่งผลต่อระดับความเครียดจากภาวะมีบุตรยากที่แตกต่าง กันในแต่ละบุคคล

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดจากภาวะมีบุตร ยากมีอยู่หลายปัจจัย โดยปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สาเหตุของภาวะมีบุตรยาก รายได้ครอบครัว โดยอายุ ที่เพิ่มขึ้นทำให้มีความเครียดจากภาวะมีบุตรยากสูงขึ้น เนื่องจากมีโอกาสประสบกับอัตราความสำเร็จจากการรักษา ภาวะมีบุตรยากน้อยลง¹³ ในขณะที่การศึกษาของ Ben Shlomo และคณะ พบว่า สตรีที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี มีความเครียด จากภาวะมีบุตรยากสูงกว่าสตรีที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 35 ปีขึ้นไป เนื่องจากบุคคลจะต้องพบกับปัญหาต่างๆ เข้ามาใน ชีวิตตามช่วงอายุที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้บุคคลเกิด การเรียนรู้ และสะสมทรัพยากรเพื่อใช้เผชิญกับปัญหาต่างๆ เพิ่มขึ้นด้วย¹⁴ และสตรีมีบุตรยากที่มีสาเหตุเกี่ยวข้องกับฝ่ายหญิงมี ความเครียดสูงกว่าสตรีมีบุตรยากจากสาเหตุเกี่ยวข้องกับฝ่าย ชายหรือทั้งสองฝ่าย¹⁵ นอกจากนี้การมีข้อจำกัดทางรายได้มี ความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเครียดจากภาวะมีบุตรยาก¹⁶

สำหรับปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ การสื่อสารเกี่ยวกับภาวะมี บุตรยาก พบว่า คู่สมรสที่มีปัญหาในการสื่อสารเกี่ยวกับภาวะ มีบุตรยากมีความเครียดมากกว่าคู่สมรสที่ไม่มีปัญหาในการ สื่อสารเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁷ นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมทั้งจากคู่สมรส ครอบครัว เพื่อน รวมถึงบุคคลที่มีความสำคัญมีความสัมพันธ์เชิงลบกับ

ความเครียดจากภาวะมีบุตรยาก¹⁸ และในส่วนของวิธีการเผชิญปัญหาพบว่า การใช้วิธีการหลีกเลี่ยงปัญหามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดจากภาวะมีบุตรยาก ในขณะที่การใช้วิธีการตีความหมายเชิงบวกมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดจากภาวะมีบุตรยาก ส่วนวิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาและวิธีการหลีกเลี่ยงปัญหาแบบแฝงไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดจากภาวะมีบุตรยาก¹⁹ การทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดจากภาวะมีบุตรยากจำนวนน้อย โดยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ นอกจากนี้ยังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการเผชิญปัญหา การสื่อสารเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยากกับความเครียดจากภาวะมีบุตรยาก ซึ่งการสื่อสารถือเป็นทรัพยากรในการเผชิญปัญหา ด้านความสามารถของบุคคลต่อความเครียดจากภาวะมีบุตรยาก และแม้ว่าจะมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเหล่านี้ แต่พบว่าเป็นการศึกษาในต่างประเทศที่มีวัฒนธรรมการดำเนินชีวิตแตกต่างจากประเทศไทย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลของ อายุ สาเหตุของภาวะมีบุตรยาก รายได้ครอบครัว การสื่อสารเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก การสนับสนุนทางสังคม และวิธีการเผชิญปัญหาต่อความเครียดจากภาวะมีบุตรยากในสตรี เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานและแนวทางในการให้คำปรึกษา รวมถึงวางแผนให้ การพยาบาลแก่สตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีบุตรยาก และนำไปสู่การปรับตัวของสตรีต่อภาวะมีบุตรยากอย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาอิทธิพลของอายุ รายได้ครอบครัว สาเหตุของภาวะมีบุตรยาก การสื่อสารเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก การสนับสนุนทางสังคม และวิธีการเผชิญปัญหาต่อความเครียดจากภาวะมีบุตรยากในสตรีที่มีบุตรยาก

คำถามการวิจัย

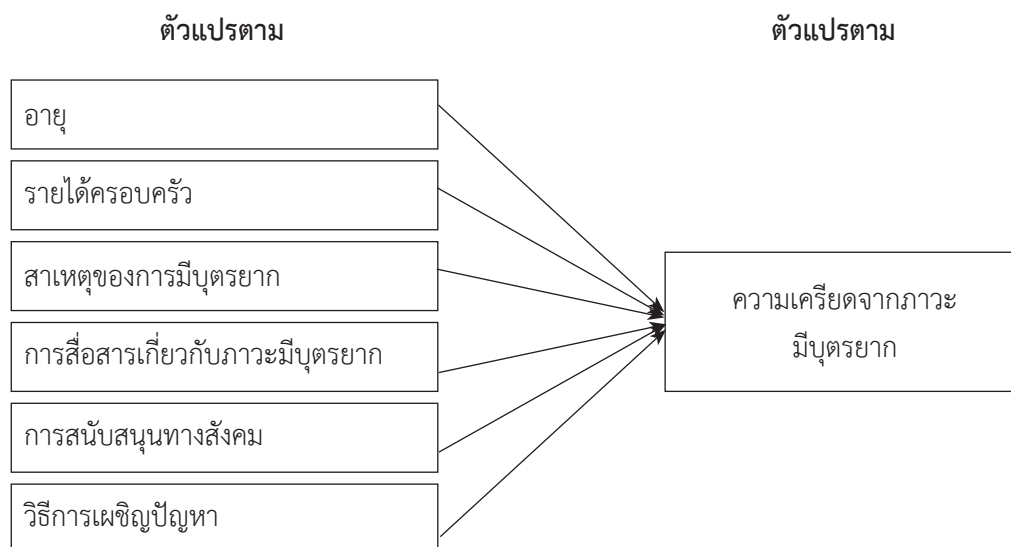
อายุ รายได้ครอบครัว สาเหตุของภาวะมีบุตรยาก การสื่อสารเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก การสนับสนุนทางสังคม และวิธีการเผชิญปัญหามีอิทธิพลต่อความเครียดจากภาวะมีบุตรยากในสตรีที่มีบุตรยากหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

อายุ รายได้ครอบครัว สาเหตุของภาวะมีบุตรยาก การสื่อสารเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก การสนับสนุนทางสังคม และวิธีการเผชิญปัญหามีอิทธิพลต่อความเครียดจากภาวะมีบุตรยากในสตรีที่มีบุตรยาก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญปัญหา¹² เป็นกรอบแนวทางในการศึกษา เพื่ออธิบายอิทธิพลของอายุ รายได้ครอบครัว สาเหตุของภาวะมีบุตรยาก การสื่อสารเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก การสนับสนุนทางสังคม และวิธีการเผชิญปัญหาต่อความเครียดจากภาวะมีบุตรยากในสตรีที่มีบุตรยาก ดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง โดยประชากรเป็นสตรีที่มาเข้ารับบริการในหน่วยผู้มีบุตรยาก โรงพยาบาลศิริราช และกลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยสาเหตุของภาวะมีบุตรยากชนิดปฐมภูมิจากสูติแพทย์ สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิตมาก่อน คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ค่า $r = 0.347$ จากการศึกษาที่คล้ายคลึงกันของ Yilmaz และ Oskay²⁰ สามารถคำนวณค่า Effect size = 0.136 กำหนดหลักเกณฑ์อำนาจการทดสอบให้มีระดับนัยสำคัญ เท่ากับ .05 และค่าอำนาจ การทดสอบ เท่ากับ 80 เปอร์เซนต์ มีจำนวน 6 ตัวแปร สามารถคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาได้จำนวน 161 ราย²¹

เครื่องมือในการวิจัยและคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะมีบุตรยาก ประกอบด้วย 1) อายุของสตรี 2) อายุของคู่สมรส 3) รายได้ครอบครัว 4) ระดับการศึกษา 5) โรคประจำตัวของสตรี 6) ระยะเวลาแต่งงาน 7) ระยะเวลาที่ตั้งใจมีบุตร 8) สาเหตุของการมีบุตรยาก 9) ระยะเวลาที่ได้รับการตรวจรักษาภาวะมีบุตรยาก และ 10) การรักษาเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยากที่ได้รับในปัจจุบัน

2. แบบสอบถามวิธีการสื่อสารเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก พัฒนาขึ้นโดย Schmidt และคณะ¹⁷ เพื่อประเมินลักษณะการสื่อสารเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) การสื่อสารเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยากและการรักษาภาวะมีบุตรยาก และ 2) การสื่อสารเกี่ยวกับอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะมีบุตรยาก มีข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ ข้อคำตอบเป็นการเลือกตอบ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ไม่สื่อสารกับบุคคลอื่น สื่อสารเฉพาะบุคคลใกล้ชิด และสื่อสารกับบุคคลส่วนใหญ่ที่รู้จัก แปรผลแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) การไม่สื่อสารเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยากกับบุคคลอื่น หมายถึง กลุ่มที่เลือกตอบไม่สื่อสารกับบุคคลอื่นเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยากและการรักษาอย่างน้อย 3 ใน 4 ข้อ และไม่สื่อสารกับบุคคลอื่นเกี่ยวกับอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะมีบุตรยากอย่างน้อย 1 ใน 2 ข้อ 2) การสื่อสารเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยากกับเฉพาะบุคคลใกล้ชิด หมายถึง กลุ่มที่เลือกตอบสื่อสารเฉพาะกับบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลส่วนใหญ่ที่รู้จัก

เกี่ยวกับภาวะมีบุตรยากและการรักษาอย่างน้อย 3 ใน 4 ข้อ และสื่อสารเฉพาะกับบุคคลใกล้ชิดเกี่ยวกับอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะมีบุตรยากอย่างน้อย 1 ใน 2 ข้อ และ 3) การสื่อสารเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยากกับบุคคลส่วนใหญ่ที่รู้จัก หมายถึง กลุ่มที่เลือกตอบสื่อสารเฉพาะกับบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลส่วนใหญ่ที่รู้จักเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยากและการรักษาอย่างน้อย 3 ใน 4 ข้อ และสื่อสารเฉพาะกับบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลส่วนใหญ่ที่รู้จักเกี่ยวกับอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับภาวะมีบุตรยากทั้ง 2 ข้อ

3. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม พัฒนาขึ้นโดย Zimet และคณะ²² เพื่อประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลสำคัญ 2) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และ 3) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน มีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ข้อคำตอบเป็นมาตราประเมินค่า 7 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างมาก) จนถึง 7 (เห็นด้วยอย่างมาก) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 12 - 84 โดยคะแนนรวมที่สูง หมายถึง มีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสูง

4. แบบสอบถามวิธีการเผชิญปัญหา พัฒนาขึ้นโดย Schmidt และคณะ²³ เพื่อประเมินวิธีการเผชิญปัญหาจากภาวะมีบุตรยาก โดยแบ่งเป็น 4 วิธี ได้แก่ 1) วิธีการหลีกเลี่ยงปัญหา 2) วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหา 3) วิธีการหลีกเลี่ยงปัญหาแบบแฝง และ 4) วิธีการตีความหมายเชิงบวก มีข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ ข้อคำตอบเป็นมาตราประเมินค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เคยใช้วิธีการเผชิญปัญหา) จนถึง 4 (ใช้วิธีการเผชิญปัญหาบ่อยมากที่สุด) แปรผลโดยคิดค่าคะแนนรวมแยกแต่ละวิธี โดยคะแนนรวมแต่ละวิธีอยู่ระหว่าง 3 - 28 คะแนน คะแนนรวมวิธีใดสูงที่สุด หมายถึง บุคคลใช้วิธีการเผชิญปัญหานั้นๆ มากที่สุด

5. แบบสอบถามความเครียดจากภาวะมีบุตรยาก พัฒนาขึ้นโดย Schmidt และคณะ¹⁷ เพื่อประเมินผลกระทบของภาวะมีบุตรยากที่ส่งผลต่อบุคคล ทั้งในด้านการดำเนินชีวิตของบุคคล สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และสังคม มีข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความเครียดจากภาวะมีบุตรยากในด้านบุคคล 2) ความเครียดจากภาวะมีบุตรยากในคู่สมรส และ 3) ความเครียดจากภาวะมีบุตรยากในด้านสังคม การตอบข้อคำถามแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 คำถามข้อที่ 1-4 ข้อคำตอบเป็นมาตราประเมินค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างมาก) จนถึง 5 (เห็นด้วยอย่างมาก) และส่วนที่ 2 คำถามข้อที่ 5-14 ข้อคำตอบเป็นมาตราประเมินค่า 4 ระดับ

ตั้งแต่ 1 (ไม่มีผลกระทบ) จนถึง 4 (มีผลกระทบเป็นอย่างมาก) แปลผลโดยนำคะแนนทั้ง 2 ส่วนมารวมกัน ค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 14-60 โดยคะแนนรวมที่สูง หมายถึง มีความเครียดจากภาวะมีบุตรยากสูง

การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยและนำแบบสอบถามดังกล่าวมาแปลเป็นภาษาไทย ตรวจสอบความถูกต้องของการแปลโดยการแปลย้อนกลับเป็นภาษาเดิม (back translation) จากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาล สติศาสตร์ จำนวน 2 ท่าน และสูตินรีแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิที่ปฏิบัติการในคลินิกผู้มีบุตรยาก จำนวน 1 ท่าน สามารถคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามวิธีการสื่อสารเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก แบบสอบถามวิธีการเผชิญปัญหา และแบบสอบถามความเครียดจากภาวะมีบุตรยาก มีค่าเท่ากับ 0.89 0.69 และ 0.86. ตามลำดับ แล้วนำไปทดลองใช้ในสตรีที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย สามารถคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามวิธีการสื่อสารเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบสอบถามวิธีการเผชิญปัญหา และแบบสอบถามความเครียดจากภาวะมีบุตรยาก มีค่าเท่ากับ 0.901 0.901 0.830 และ 0.906 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล SIRB Protocol Number 563/2563 (IRB1) และ COA. No. Si 604/2020 และผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย และสิทธิของผู้ร่วมวิจัยโดยเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยจนเกิดความเข้าใจในงานวิจัย ให้ความเป็นอิสระในการตัดสินใจปราศจากการบีบบังคับหรือทำให้เกิดความเกรงใจ รวมถึงรักษาความลับของข้อมูลและความปลอดภัยของผู้ร่วมวิจัยโดยการเผยแพร่ข้อมูลจัดทำในลักษณะภาพรวมไม่ระบุถึงตัวบุคคล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยขอความร่วมมือให้พยาบาลประจำหน่วยผู้มีบุตรยากคัดเลือกสตรีตาม

เกณฑ์และสอบถามความสนใจในการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบสตรีเพื่อแนะนำตัวและอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย หากสตรีมีความประสงค์ในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้สตรีอ่านเอกสารชี้แจงและลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย และอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม พร้อมแจกแบบสอบถามดังกล่าวให้ผู้ร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที ต่อราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS โดยกำหนดให้มีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

1. สถิติเชิงพรรณนา หาค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ ของคุณลักษณะส่วนบุคคลและภาวะมีบุตรยาก
2. สถิติเชิงอนุมาน ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณและวิเคราะห์โดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณแบบนำตัวแปรเข้าทั้งหมดเพื่อการหาอิทธิพลของอายุ รายได้ครอบครัว สาเหตุของภาวะมีบุตรยาก การสื่อสารเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก การสนับสนุนทางสังคม และวิธีการเผชิญปัญหาต่อความเครียดจากภาวะมีบุตรยาก

ผลการวิจัย

ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลและภาวะมีบุตรยาก กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 23 - 50 ปี อายุเฉลี่ย 37.24 ปี (SD = 4.18) โดยร้อยละ 68.3 มีอายุ 30 - 39 ปี สำหรับอายุคู่สมรสอยู่ในช่วง 27 - 59 ปี อายุเฉลี่ย 38.69 ปี (SD = 5.27) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.0 มีคู่สมรสอายุ 30 - 39 ปี รายได้ครอบครัวอยู่ระหว่าง 30,000 - 250,000 บาทต่อเดือน ($\bar{X}$ = 75,086.96, SD = 50251.54) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 65.2 มีรายได้ครอบครัวน้อยกว่า 75,000 บาท กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ร้อยละ 88.8) มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาแต่งงานเท่ากับ 6.41 ปี (SD = 3.88) และร้อยละ 83.2 ไม่มีโรคประจำตัว ในส่วนของภาวะมีบุตรยากพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่ตั้งใจมีบุตรเฉลี่ย 4.59 ปี (SD = 2.99) โดยร้อยละ 37.9 มีสาเหตุของภาวะมีบุตรยากเกิดจากฝ่ายหญิง มีระยะเวลาที่ได้รับการตรวจรักษาภาวะมีบุตรยากเฉลี่ย 2.15 ปี (SD = 2.23) และกลุ่มตัวอย่างทุกคนเคยได้รับการรักษาเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยากแล้วอย่างน้อย 1 วิธีการ (n = 161) โดยวิธีการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างได้รับมากที่สุด ได้แก่ การรับประทานยากระตุ้นการตกไข่ (ร้อยละ 57.8)

ข้อมูลการสื่อสารเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก วิธีเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคม และความเครียดจากภาวะมีบุตรยาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 55.9 มีการสื่อสารเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยากกับบุคคลส่วนใหญ่ที่รู้จักในส่วนของวิธีการเผชิญปัญหาจากภาวะมีบุตรยาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญปัญหาในลักษณะหลีกเลี่ยงปัญหาแบบแฝงมากที่สุด ร้อยละ 66.5 และใช้วิธีการหลีกเลี่ยงปัญหาน้อยที่สุด ร้อยละ 2.5 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในช่วง 37-84 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 69.37 คะแนน (SD = 9.01) ซึ่งอยู่ในระดับการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสูง และมีคะแนนความเครียดจากภาวะมีบุตรยากอยู่ในช่วง 14 - 50 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.19 คะแนน (SD = 8.48) ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ

ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัย อายุ รายได้ ครอบครัว สาเหตุของภาวะมีบุตรยาก การสื่อสารเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก การสนับสนุนทางสังคม และวิธีการเผชิญปัญหาต่อความเครียดจากภาวะมีบุตรยาก พบว่าตัวแปร อายุ รายได้

ครอบครัว สาเหตุของภาวะมีบุตรยาก การสื่อสารเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก การสนับสนุนทางสังคม และวิธีการเผชิญปัญหาสามารถอธิบายความผันแปรของความเครียดจากภาวะมีบุตรยากในสตรีที่มีบุตรยากได้ ร้อยละ 70.40 ($R^2 = .704$, $F = 32.264$, $p\text{-value} < .001$) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดจากภาวะมีบุตรยาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สาเหตุของภาวะมีบุตรยากจากฝ่ายหญิง ($\beta = .112$, $p\text{-value} < .05$) การไม่สื่อสารเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยากกับบุคคลอื่น ($\beta = .701$, $p\text{-value} < .001$) การสื่อสารเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยากเฉพาะบุคคลใกล้ชิด ($\beta = .400$, $p\text{-value} < .001$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = -.153$, $p\text{-value} = .006$) ส่วนอายุ รายได้ครอบครัว สาเหตุของภาวะมีบุตรยากจากฝ่ายชาย สาเหตุของภาวะมีบุตรยากจากฝ่ายชายและฝ่ายหญิง รวมถึงวิธีการเผชิญปัญหาทั้ง 4 วิธี ได้แก่ 1) วิธีการหลีกเลี่ยงปัญหา 2) วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหา 3) วิธีการหลีกเลี่ยงปัญหาแบบแฝง และ 4) วิธีการตีความหมายเชิงบวก มีอิทธิพลต่อความเครียดจากภาวะมีบุตรยาก อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 1)

ตาราง 1 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดจากภาวะมีบุตรยากในสตรีที่มีบุตรยาก ($n = 161$)

ตัวแปรต้น	B	SE	Beta	t	Sig
ค่าคงที่	26.420	5.253		5.030	.000
อายุ	.036	.091	.018	.399	.691
รายได้ครอบครัว					
น้อยกว่า 40,000 บาท	.498	.990	.023	.503	.616
40,000 บาท ขึ้นไป	Ref				
สาเหตุของภาวะมีบุตรยาก					
ฝ่ายหญิง	1.948	.962	.112	2.026	.045
ฝ่ายชายและฝ่ายหญิง	1.113	1.089	.054	1.022	.308
ฝ่ายชาย	- 2.520	1.350	.094	1.867	.064
อธิบายสาเหตุของภาวะมีบุตรยากไม่ได้	Ref				
การสื่อสารเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก					
ไม่สื่อสารกับบุคคลอื่น	19.804	1.597	.701	12.399	.000
เฉพาะบุคคลใกล้ชิด	7.134	.887	.400	8.040	.000
บุคคลส่วนใหญ่ที่รู้จัก	Ref				
การสนับสนุนทางสังคม	- .144	.052	-.153	-2.775	.006
วิธีการเผชิญปัญหา					
วิธีการหลีกเลี่ยงปัญหา	2.696	2.827	.050	.954	.342
วิธีการหลีกเลี่ยงปัญหาแบบแฝง	1.294	1.349	.072	.959	.339
วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหา	1.216	1.518	.059	.801	.424
วิธีการตีความหมายเชิงบวก	Ref				

$R = .839$, $R^2 = .704$, $F = 32.264$, Adjusted $R^2 = .682$

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของอายุ รายได้ครอบครัว สาเหตุของภาวะมีบุตรยาก การสื่อสารเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก การสนับสนุนทางสังคม และวิธีการเผชิญปัญหาต่อความเครียดจากภาวะมีบุตรยากในสตรีที่มีบุตรยาก ซึ่งพบว่าผลการวิจัยมีความสอดคล้องการสมมติฐานเป็นส่วนใหญ่ โดยคะแนนความเครียดจากภาวะมีบุตรยากโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 24.19 คะแนน การรับรู้ความเครียดจากภาวะมีบุตรยากอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งมีคะแนนใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมา²⁴ สามารถอธิบายได้จากกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยอายุมากกว่า 35 ปี ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีวุฒิภาวะและสะสมทรัพยากรที่ใช้ในการเผชิญปัญหามากขึ้นตามช่วงอายุ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า และมีรายได้ครอบครัวอยู่ในระดับที่สูง จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถและสิ่งอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงทรัพยากรเพื่อใช้ในการเผชิญปัญหาภาวะมีบุตรยากได้ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงเริ่มเข้าสู่การรักษาภาวะมีบุตรยาก ซึ่งอาจจะทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับประสบการณ์เกี่ยวกับผลกระทบจากการรักษาภาวะมีบุตรยากน้อย

สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดจากภาวะมีบุตรยากในสตรีที่มีบุตรยาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สาเหตุของภาวะมีบุตรยาก การสื่อสารเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก และการสนับสนุนทางสังคม ส่วนอายุ รายได้ครอบครัว รวมถึงวิธีการเผชิญปัญหา มีอิทธิพลต่อความเครียดจากภาวะมีบุตรยาก อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผลการศึกษานี้พบว่า สตรีที่มีสาเหตุของภาวะมีบุตรยากจากฝ่ายหญิง มีคะแนนความเครียดจากภาวะมีบุตรยากสูงกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่อธิบายสาเหตุของภาวะมีบุตรยากไม่ได้ เนื่องจากกระบวนการของการวินิจฉัยและการรักษาภาวะมีบุตรยากส่วนใหญ่จะกระทำโดยตรงต่อร่างกายของสตรี ไม่ว่าจะเป็นสาเหตุของภาวะมีบุตรยากจากฝ่ายใดก็ตาม ทำให้สตรีต้องเผชิญกับหัตถการและผลข้างเคียงของยาจากการรักษาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และหากสตรีได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นสาเหตุของภาวะมีบุตรยาก อาจทำให้สตรีเห็นคุณค่าในตนเองลดลง รวมถึงอาจได้รับความกดดันทางสังคมจากสามีหรือญาติเนื่องจากการไม่มีบุตร ซึ่งส่งผลต่อสัมพันธภาพในครอบครัว และนำไปสู่การหย่าร้างหรือการมีภรรยาใหม่ที่สามารถมีบุตรได้²⁵

สำหรับการสื่อสารเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก พบว่า

สตรีที่ไม่สื่อสารเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยากกับบุคคลอื่นและสตรีที่สื่อสารเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยากเฉพาะกับบุคคลใกล้ชิด มีคะแนนความเครียดจากภาวะมีบุตรยากสูงกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่สื่อสารกับบุคคลส่วนใหญ่ที่รู้จัก ซึ่งการมีข้อจำกัดในการสื่อสารเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก ทำให้ขาดโอกาสในการได้รับข้อมูลหรือความช่วยเหลือที่เกี่ยวข้องกับวิธีการปฏิบัติตนและการรักษาภาวะมีบุตรยากที่ถูกต้องและเหมาะสม¹⁷ ดังนั้น หากสตรีมีข้อจำกัดในการสื่อสารเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยากและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น จะส่งผลให้สตรีไม่สามารถระบายความกดดันหรือความรู้สึกคับข้องใจ รวมถึงขาดโอกาสในการได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการสนับสนุนทรัพยากรในการเผชิญกับปัญหา ซึ่งอาจทำให้การปรับตัวไม่เหมาะสม นำไปสู่การเกิดความเครียดจากภาวะมีบุตรยากขึ้นได้ นอกจากนี้ปัจจัยการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมยังมีอิทธิพลต่อความเครียดจากภาวะมีบุตรยาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$) โดยสตรีที่มีคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมสูง มีคะแนนความเครียดจากภาวะมีบุตรยากต่ำกว่าสตรีที่มีคะแนนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมต่ำ ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมถือเป็นแนวทางที่ช่วยบรรเทาความเครียดได้ การสนับสนุนทางสังคมอันได้แก่ การได้รับหรือแลกเปลี่ยนข้อมูล การช่วยเหลือทางการเงิน การได้รับคำแนะนำหรือการดูแลทางด้านอารมณ์จากบุคคลรอบข้าง อาทิ คู่สมรส ครอบครัว เพื่อน หรือบุคลากรทางสุขภาพ ที่ให้การดูแลเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก²⁶ สิ่งเหล่านี้เป็นทรัพยากรที่สตรีนำไปใช้จัดการแก้ไขปัญหาความเครียดจากภาวะมีบุตรยาก

สำหรับปัจจัย อายุ มีอิทธิพลต่อความเครียดจากภาวะมีบุตรยากในสตรีที่มีบุตรยาก อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .691$) ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อิทธิพลของอายุมีผลต่อความเครียดจากภาวะมีบุตรยากทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ จึงทำให้สตรีที่มีบุตรยากสามารถเกิดความเครียดจากภาวะมีบุตรยากได้ในทุกช่วงอายุ ในด้านของรายได้ครอบครัว มีอิทธิพลต่อความเครียดจากภาวะมีบุตรยาก อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = .616$) ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา¹⁶ โดยเมื่อพิจารณาข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ พบว่า สตรีที่มีบุตรยากร้อยละ 81.4 อยู่ในกลุ่มที่มีรายได้มากกว่าหรือเท่ากับ 40,000 บาทขึ้นไป ในขณะที่สตรีที่มีรายได้น้อยกว่า 40,000 บาท มีเพียงร้อยละ 18.6 ทำให้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างมีคุณลักษณะความเป็นเอกพันธ์ จึงมีความ

แผนแปรของข้อมูลน้อย ส่งผลต่อการวิเคราะห์อิทธิพลของรายได้ครอบครัวต่อความเครียดจากภาวะมีบุตรยากในกลุ่มตัวอย่างในส่วนของการเผชิญปัญหาทั้ง 4 วิธี มีอิทธิพลต่อความเครียดจากภาวะมีบุตรยาก อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่า ไม่ว่าสตรีจะใช้วิธีเผชิญปัญหาหลักขณะใดในระหว่างการรักษาภาวะมีบุตรยาก หากสตรีมีการรับรู้เชิงบวกเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมจากคู่สมรส จะส่งผลให้ความเครียดจากภาวะมีบุตรยากลดลง²⁷ ซึ่งเมื่อพิจารณาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลสำคัญ ครอบครัว และเพื่อนอยู่ในระดับสูง จึงอาจส่งผลให้ปัจจัยวิธีการเผชิญปัญหาไม่มีอิทธิพลต่อความเครียดจากภาวะมีบุตรยากในกลุ่มตัวอย่างนี้

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. พยาบาลประจำหน่วยผู้ที่มีบุตรยากควรประเมินความเครียดจากภาวะมีบุตรยากในสตรีที่เข้ารับการรักษาระยะ
2. พยาบาลประจำหน่วยผู้ที่มีบุตรยากควรส่งเสริมให้สตรีและคู่สมรสพูดคุยสื่อสารเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยากและการรักษา คู่สมรสควรทราบถึงการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะมีบุตรยากที่สตรีได้รับ เพื่อให้คู่สมรสเข้าใจและตอบสนองตรงตามความต้องการของสตรี และช่วยส่งเสริมให้สตรีปรับตัวต่อความเครียดจากภาวะมีบุตรยากได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเพื่อติดตามความสัมพันธ์ของความเครียดจากภาวะมีบุตรยากในแต่ละระยะของการรักษา
2. ควรทำการศึกษาในเชิงคุณภาพเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยากที่ส่งผลต่อสตรี เพื่อให้ได้รับทราบข้อมูลเชิงลึกและสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลสตรีที่มีบุตรยากได้อย่างเหมาะสม
3. ควรมีการศึกษาต่อไปในพื้นที่จังหวัดหรือภูมิภาคอื่นๆ เพิ่มเติม เพื่อให้มีข้อมูลที่หลากหลายและสามารถนำข้อมูลไปปรับใช้กับสตรีที่มีบุตรยากได้อย่างเหมาะสม

References

1. Awtani M, Mathur K, Shah S, Banker M. Infertility stress in couples undergoing intrauterine insemination and In vitro fertilization treatments. *Journal of Human Reproductive Sciences*. 2017;10(3):221-225.
2. Direkvand-Moghadam A, Sayehmiri K, Delpisheh A, Direkvand-Moghadam A. The global trend of infertility: An original review and meta-analysis. *International Journal of Epidemiologic Research*. 2014;1(1):35-43.
3. Eldib A, Tashani O. Infertility in the Middle East and North Africa Region: A systematic review with meta-analysis of prevalence surveys. *Libyan Journal of Medical Sciences*. 2018; 2(2):37-44.
4. Peek C, Im-em W, Tangthanaseth R. The state of Thailand's population 2015 "features of Thai families in the era of low fertility and longevity". Bangkok: United Nations Population Fund; 2016. (in Thai)
5. Suthutvoravut S, Chansorn P, Phunkham Y, Eaimkhong P, Intraraprasert S, Saejeng K. Reproductive Health Services for health personnel. Bangkok: Department of Health; 2012. (in Thai)
6. Bhandari S. Stress in women with reproductive failure. *Nepal Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2016;11(1):14-19.
7. Hajiyan T, Afshari P, Abedi MR, Hashemi E. Investigating infertility-related stress and adoption in Iranian infertile females with assisted reproductive technology failure. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*. 2017;6(2):e39632
8. Patel A, Sharma PSVN, Narayan P, Binu VS, Dinesh N, Pai PJ. Prevalence and predictors of infertility-specific stress in women diagnosed with primary infertility: A clinic-based study. *Journal of human reproductive sciences*. 2016;9(1):28-34.

9. Li X, Wang K, Huo Y, Zhou M. The effect of infertility-related stress on Chinese infertile females' mental health: The moderating role of marital adjustment. *PsyCh journal*. 2019;8(2):232-239.
10. Gana K, Jakubowska S. Relationship between infertility-related stress and emotional distress and marital satisfaction. *Journal of health psychology*. 2016;21(6):1043-1054.
11. Kim JH, Shin HS, Yun EK. A dyadic approach to infertility stress, marital adjustment, and depression on quality of life in Infertile couples. *Journal of Holistic Nursing*. 2018;36(1):6-14.
12. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Pub. Co.; 1984.
13. Sreshthaputra R. Stress and social support of infertile couples.(thesis). Chiang Mai: Chiang Mai University; 2005. (in Thai)
14. Ben Shlomo S, Skvirsky V, Taubman-Ben-Ari O, Azuri Y, Horowitz E. Mental health of women entering fertility treatment: What role do age and internal resources play? *Stress and health : journal of the International Society for the Investigation of Stress*. 2017;33(4):470-476.
15. Zaidouni A, Amal B, Siham A, Houyam H, Rachid B, Fatima O, et al. Predictors of infertility stress among couples diagnosed in a public center for assisted reproductive technology. *Journal of Human Reproductive Sciences*. 2018; 11(4):376-383.
16. Patel A, Sharma PSVN, Kumar P, Binu VS. Socio-cultural determinants of infertility stress in patients undergoing fertility treatments. *Journal of Human Reproductive Sciences*. 2018;11(2):172-190.
17. Schmidt L, Holstein BE, Christensen U, Boivin J. Communication and coping as predictors of fertility problem stress: cohort study of 816 participants who did not achieve a delivery after 12 months of fertility treatment. *Human Reproduction*. 2005;20(11):3248-3256.
18. Martins MV, Peterson BD, Almeida V, Mesquita-Guimaraes J, Costa ME. Dyadic dynamics of perceived social support in couples facing infertility. *Human Reproduction*. 2014;29(1): 83-89.
19. Aflakseir A, Zarei M. Association between coping strategies and infertility stress among a group of women with fertility problem in Shiraz, Iran. *Journal of reproduction & infertility*. 2013; 14(4):202-206.
20. Yilmaz T, Oskay UY. The evaluation of methods used to cope with infertility stress of infertile couples in turkey. *International Journal of Caring Sciences*. 2017;10(3):1595-1604.
21. Cohen J. A power primer. *Psychological bulletin*. 1992;112(1):155-159.
22. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*. 1988;52(1):30-41.
23. Schmidt L, Christensen U, Holstein BE. The social epidemiology of coping with infertility. *Human Reproduction*. 2005;20(4):1044-1052.
24. Aflakseir A, Zareh M. Relationship of infertility stress with perception of control among a group of women with fertility problem in Shiraz. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*. 2019; 21(1):e69079.
25. Vizheh M, Pakgohar M, Rouhi M, Veisy A. Impact of gender infertility diagnosis on marital relationship in infertile couples: A couple based study. *Sexuality and Disability*. 2015;33(4):457-468.
26. Noidee D, Anusanti S, Bankaert P. The study of nursing outcome indicators of female infertility assisted reproductive. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2020;21(3):324-330.
27. Martins MV, Peterson BD, Almeida VM, Costa ME. Direct and indirect effects of perceived social support on women's infertility-related stress. *Human Reproduction*. 2011;26(8):2113-2121.