



การประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลครอบครัวในการดูแลคู่สมรสที่มีบุตรยาก

จาวรรรณ ก้าวหน้าไกล พย.ม. *

บทนำ

การมีบุตรเป็นหน้าที่สำคัญของครอบครัวในการผลิตสมาชิกใหม่เพื่อการดำรงเผ่าพันธุ์ของมนุษย์ นอกจากนี้ยังทำให้ครอบครัวเกิดความสมดุลในการทำหน้าที่ของสมาชิกที่มีทั้งบิดา มารดาและบุตร ก่อให้เกิดความสุขและความแข็งแกร่งของครอบครัว อีกทั้งทำให้ครอบครัวมีพัฒนาการเป็นไปตามปกติ¹ ถ้าครอบครัวไม่มีบุตรหรือมีบุตรยากจะส่งผลกระทบต่อระบบครอบครัวและทำให้บทบาทของสามีภรรยาไม่เป็นไปตามความคาดหวังของสังคม ซึ่งผลกระทบจะย้อนกลับมามีผลต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นวงจรต่อไป ภาวะการมีบุตรยากจึงเป็นปัญหาครอบครัวที่เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวและเป็นปัญหาทางด้านประชากรและอนามัยเจริญพันธุ์อย่างหนึ่งที่มีแนวโน้มมากขึ้นในปัจจุบัน ซึ่งเป็นปัญหาของทุกภูมิภาคทั่วโลก ในประเทศที่พัฒนาแล้วอัตราการมีบุตรยากอยู่ระหว่างร้อยละ 7-17 เช่น นอร์เวย์ร้อยละ 7 อเมริการ้อยละ 8.5 ฟินแลนด์ร้อยละ 15 และอังกฤษร้อยละ 17 เป็นต้น²⁻⁵ สำหรับประเทศไทยปัญหาการมีบุตรยากของสตรีวัยเจริญพันธุ์อายุระหว่าง 15-49 ปี พบร้อยละ 15⁶ จากสถิติผู้รับบริการปัญหาการมีบุตรยากที่โรงพยาบาลศิริราช มีแนวโน้มสูงขึ้นจาก 4,000 ราย ในปี 2545 เพิ่มขึ้นเป็น 11,000 รายในปี 2552 เกือบ 3 เท่าในระยะ 7 ปี และมีแนวโน้มสูงขึ้นต่อไป⁷ แพทย์ทั่วโลกมีความเห็นที่สอดคล้องกันว่า อัตราการมีบุตรยากมีแนวโน้มสูงขึ้นควบคู่กับการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ที่เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นภาวะการมีบุตรยาก จึงเป็นปัญหาที่ทำให้ทนายสำหรับบุคลากรทางการแพทย์รวมถึงการพยาบาล บทความนี้มุ่งเสนอแนวคิดการประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลครอบครัวในการดูแลผู้ที่มีบุตรยาก เพื่อเป็นแนวทางแก่พยาบาลในการให้การดูแลและให้คำปรึกษาแก่คู่สมรสที่มีบุตรยากต่อไป

ความหมายและการรักษาการมีบุตรยาก

การมีบุตรยากเป็นภาวะที่ต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายให้ชัดเจน

การมีบุตรยาก (Infertility) หมายถึง ภาวะที่คู่สามีภรรยาที่มีความสัมพันธ์ทางเพศปกติสม่ำเสมอ โดยไม่ได้คุมกำเนิดเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี แล้วยังไม่สามารถตั้งครรภ์ได้ แบ่งเป็น 2 ชนิด⁸ คือ 1) ชนิดปฐมภูมิ (Primary infertility) ภาวะการมีบุตรยากที่ฝ่ายหญิงไม่เคยตั้งครรภ์เลย โดยพิจารณาอายุของฝ่ายหญิงถ้ามากกว่า 35 ปีขึ้นไปให้ระยะเวลาเพียง 6 เดือน 2) ชนิดทุติยภูมิ (Secondary infertility) เป็นภาวะการมีบุตรยากที่ฝ่ายหญิงเคยตั้งครรภ์มาก่อนแล้ว อาจสิ้นสุดที่การแท้งหรือคลอด หลังจากนั้นมีความสัมพันธ์ทางเพศกันปกติเกินเวลา 1 ปี แต่ไม่ตั้งครรภ์ โดยไม่นับระยะให้นมบุตร

หรือนับตั้งแต่วันสิ้นสุดการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา และไม่ได้คุมกำเนิดด้วยวิธีใด ๆ

การเป็นหมัน (sterility) หมายถึง การที่หญิงหรือชายไม่สามารถให้กำเนิดบุตรได้ มักเกิดเนื่องจากความผิดปกติเกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์ที่เป็นมาแต่กำเนิด เช่น การที่ฝ่ายหญิงไม่มีมดลูก ไม่มีรังไข่ หรือฝ่ายชายไม่มีการสร้างตัวอสุจิ

การรักษาภาวะการมีบุตรยาก มีผลลัพธ์ทางคลินิกวัดได้จาก 2 มิติ ได้แก่ มิติของคุณภาพ (effectiveness) เช่น อัตราการเกิดมีชีพ (life birth rates) และมิติของความปลอดภัย (safety) ได้แก่ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ (complication rates)⁹ เมื่อคู่สมรสมาขอคำปรึกษาจากพยาบาล พยาบาลควรมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการตรวจรักษา ไม่ว่าจะด้วยการมีเพศ

* อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

* Lecturer in Faculty of Nursing, Mahasarakham University, Thailand



สัมพันธ์ตามธรรมชาติหรือการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ (Assisted Reproduction Technology; ART) การรักษาภาวะการมีบุตรยาก แบ่งได้เป็น 2 แบบ คือ

1. การช่วยให้มีบุตรโดยวิธีที่มีการปฏิสนธิภายในร่างกาย ได้แก่ 1) การฉีดเชื้ออสุจิเข้าไปในโพรงมดลูก (Intra-Uterine Insemination; IUI) หลักการคือ ทว่าวันที่ไข่ตกทั้งการตกไข่ตามธรรมชาติ หรือใช้ยากระตุ้นไข่ให้ตก (Ovarian Induction; OI) และคัดเลือกเฉพาะเชื้ออสุจิที่แข็งแรง ขั้นตอนประกอบด้วย การกระตุ้นรังไข่ การกำหนดเวลาฉีดเชื้อ การเตรียมอสุจิ และเทคนิคการฉีดเชื้อ ซึ่งปัจจุบันนิยมฉีดเชื้ออสุจิเข้าสู่โพรงมดลูก¹⁰ อสุจิจะว่ายต่อไปทางท่อนำไข่เพื่อผสมกับไข่ได้ทันที โดยที่อสุจิเหล่านี้ยังไม่อ่อนแรงเหมือนอสุจิที่ตั้งต้นวางตั้งแต่ช่องคลอดขึ้นไป 2) การทำกิฟท์ (Gamete Intrafallopian Transfer; GIFT) หมายถึง ขบวนการที่มีการเก็บไข่และอสุจิออกมาจากร่างกาย จากนั้นนำไข่ที่ได้พร้อมกับตัวอสุจิใส่กลับเข้าไปในท่อนำไข่โดยการเจาะผ่านทางหน้าท้องในทันที โดยไม่ต้องรอให้เกิดการปฏิสนธิในอกร่างกาย ซึ่งเป็นวิธีที่ใกล้เคียงธรรมชาติมากที่สุด การทำกิฟท์สำเร็จครั้งแรก ในปี ค.ศ. 1984 โดย Ash RN. และคณะ¹¹ จากนั้นได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายในอเมริกาและประเทศอื่น ๆ ตามมา

2. การช่วยให้มีบุตรโดยวิธีที่มีการปฏิสนธิภายนอกอกร่างกาย ได้แก่ 1) การทำซิฟท์ (Zygote Intra-Fallopian tube Transfer; ZIFT) เป็นวิธีการเก็บเซลล์สืบพันธุ์ทั้งไข่และอสุจิมาผสมกันให้เกิดการปฏิสนธิในอกร่างกายก่อน แล้วจึงนำตัวอ่อนในระยะ zygote ใส่กลับเข้าไปในท่อนำไข่ เพื่อให้เซลล์ที่ปฏิสนธิแล้วเคลื่อนไปยังโพรงมดลูกเอง การทำซิฟท์ (ZIFT) ต้องทำการผ่าตัดส่องกล้องตรงช่องท้องเพื่อนำตัวอ่อนใส่เข้าไปในท่อนำไข่ 2) การทำเด็กหลอดแก้ว (In Vitro Fertilization - Embryo Transfer; IVF) ซึ่งแบ่งได้อีก 2 วิธีคือ 2.1) การทำเด็กหลอดแก้วด้วยการปฏิสนธิเองตามธรรมชาติ (Conventional IVF Program) การทำเด็กหลอดแก้ว เป็นวิธีการรักษาผู้มีบุตรยากที่เก่าแก่และทำกันมากที่สุดในโลก สำเร็จครั้งแรกในโลกเมื่อปี ค.ศ. 1978 ที่ประเทศอังกฤษ¹² ขั้นตอนของการทำเด็กหลอดแก้ว ประกอบด้วย การกระตุ้นไข่ การ

เก็บไข่ การปฏิสนธิในหลอดแก้ว และการย้ายตัวอ่อนในระยะ blastocyst กลับเข้าไปในโพรงมดลูกอีกครั้ง¹³ 2.2) การทำเด็กหลอดแก้วด้วยการช่วยปฏิสนธิแบบอิกซี่ (IVF & IntraCytoplasmic Sperm Injection Program; ICSI) การทำอิกซี่ คือ การฉีดตัวอสุจิเข้าไปในซัยโตพลาสซึมของเซลล์ไข่¹⁴ แต่ถ้าฉีดเข้าไปในชั้นใต้เยื่ออุเซลล์ไข่จะเรียกว่า SUZI (Subzonal Sperm Insertion)¹⁵ แล้วรอให้เกิดการปฏิสนธิเอง ทำให้ช่วยเพิ่มอัตราการปฏิสนธิ เหมาะสำหรับผู้มีบุตรยากอันมีสาเหตุจากตัวอสุจิที่ไม่สามารถเข้าปฏิสนธิกับไข่ได้ด้วยวิธีการเด็กหลอดแก้วธรรมดา เช่น ในกรณีที่ตัวอสุจิเคลื่อนไหวได้น้อย หรืออสุจิที่มีปริมาณน้อยกว่าปกติมาก ๆ และอีกจุดประสงค์หนึ่ง คือ ใช้สำหรับการวินิจฉัยโรคทางพันธุกรรมและเพศก่อนการฝังตัวของตัวอ่อน หรือ “พีจีดี” (Pre-implantation genetic diagnosis; PGD) กล่าวคือสามารถใช้แยกเซลล์ของตัวอ่อนในระยะก่อนการฝังตัวไปตรวจหาลักษณะของยีน ดีเอ็นเอ โครโมโซม ได้โดยที่ไม่ทำให้เกิดความพิการหรือความผิดปกติขึ้นในตัวอ่อนที่ผ่านขบวนการดังกล่าว ส่วนขั้นตอนอื่นเหมือนกับการทำเด็กหลอดแก้ว การทำดังกล่าวต้องทำผ่านเครื่องมือพิเศษที่ประกอบด้วยกล้องจุลทรรศน์ และเข็มขนาดเล็กมาก เพื่อจับไข่และฉีดตัวอสุจิเข้าไปในไข่ ด้วยการเคลื่อนไหวที่ละเอียดอ่อนนุ่มนวลมาก

อัตราค่าบริการและความสำเร็จ การตรวจและรักษาการมีบุตรยากต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงและใช้เวลานาน ทำให้คู่สมรสมีความคาดหวังสูงตามไปด้วย ประกอบกับอัตราความสำเร็จมีความแตกต่างกันไปในแต่ละวิธี ในทางกลับกันแม้เลือกใช้วิธีเดียวกันความสำเร็จในแต่ละคู่ก็แตกต่างกัน ดังนั้นการไปคำปรึกษาก่อนการตรวจและรักษาจึงเป็นด้านสำคัญสำหรับแพทย์และพยาบาลที่จะต้องให้ข้อมูลที่อยู่บนพื้นฐานความจริงไม่ทำให้คู่สมรสคาดหวังสูงเกินไป หรือหมอดก่าลังใจจนคู่สมรสท้อแท้ไม่อยากรับการรักษาต่อเนื่อง ซึ่งข้อมูลด้านอัตราค่าบริการและความสำเร็จมีความแตกต่างกันตามชนิดและสถานบริการของรัฐและเอกชน โดยมีค่าบริการโดยเฉลี่ยต่อรอบโดยประมาณดังนี้ (ตารางที่ 1)



ผลกระทบของภาวะการมีบุตรยากต่อพัฒนาการ และระบบครอบครัว

เนื่องจากพัฒนาการครอบครัวเป็นวงจรชีวิตของครอบครัวที่เริ่มจากจุดหนึ่งไปสู่อีกจุดหนึ่งตามระยะเวลาที่เหมาะสมซึ่งตามทฤษฎีพัฒนาการครอบครัว ระบุว่าครอบครัวจะถูกคาดหวังจากสังคมให้ปฏิบัติพัฒนาการตามระยะต่าง ๆ ของครอบครัวที่เปลี่ยนไปตามมิติของเวลา¹⁶ เสมือนวงล้อที่หมุนไป ครอบครัวผู้มีบุตรยากเช่นเดียวกัน เมื่อคน 2 คนตัดสินใจแต่งงานและเริ่มต้นชีวิตครอบครัว สังคมจะคาดหวังว่าเมื่อเวลาผ่านไประยะหนึ่งแล้วสามีภรรยาควรมีบุตร หากไม่สามารถมีบุตรได้ ครอบครัวจะมีพัฒนาการวางจรรยูกฎที่ถือเป็นครอบครัวระยะเริ่มต้น (Beginning families) เป็นเวลานาน จากนั้นจะเข้าไปสู่วงจรระยะท้าย คือ ระยะครอบครัววัยกลางคนและวัยชรา พัฒนาการของครอบครัวระยะเริ่มต้น¹¹ ได้แก่ การสร้างความพึงพอใจและการปรับตัวที่จะอยู่ร่วมกันของสามีภรรยา การสร้างความสัมพันธ์กับญาติแต่ละฝ่ายและการวางแผนครอบครัวว่าจะมีบุตรเมื่อใด มีกี่คน ซึ่งความสามารถในการมีบุตร จะเป็นอุปสรรคต่อการบรรลุพัฒนาการของครอบครัวดังนี้

ผลกระทบต่อพัฒนาการของครอบครัว
ครอบครัวผู้มีบุตรยากจะมีผลกระทบต่อพัฒนาการของครอบครัว ดังต่อไปนี้

1) ผลกระทบต่อการสร้างความพึงพอใจและการปรับตัวที่จะอยู่ร่วมกันของสามีภรรยา ครอบครัวผู้มีบุตรยากจะมีปัญหาเกี่ยวกับความคับข้องใจในความสามารถในการมีบุตรของตนเอง รู้สึกว่าตนเองล้มเหลวในการทำหน้าที่เพื่อเข้าสู่บทบาทการเป็นบิดามารดา และรู้สึกล้มเหลวในการก้าวเข้าสู่พัฒนาการครอบครัวในระยะต่อไป คือ ระยะเริ่มเลี้ยงดูบุตรคนแรก โดยฝ่ายชายจะรู้สึกว่าตนเองเป็นชายที่ไม่สมบูรณ์จากการที่ไม่สามารถมีบุตรได้ บางคนรู้สึกอายและไม่อยากให้คนอื่นทราบว่าตนเองไม่สามารถมีบุตรได้ โดยมักจะเชื่อมโยงการมีบุตรยากกับระดับสมรรถภาพทางเพศเข้าด้วยกัน¹⁷ โดยคิดว่าตนเองเป็นคนที่หย่อนสมรรถภาพทางเพศจึงทำให้มีบุตรยาก ฝ่ายชายจึงมักไม่ยอมเปิดเผยหรือปรึกษาเรื่องนี้กับใคร ส่วนฝ่ายหญิงจะรับรู้ภาวะการมีบุตรยากว่ามีผลกระทบต่อตนเองและ

ครอบครัวมากกว่าฝ่ายชาย รู้สึกว่าตนเองไม่สามารถทำหน้าที่บทบาทภรรยาที่ครบถ้วนสมบูรณ์ รู้สึกผิดหวังในตนเองหรือสามี บางคนรู้สึกอิจฉาครอบครัวที่มีบุตรซึ่งความรู้สึกเหล่านี้ส่งผลต่อความพึงพอใจและสัมพันธภาพในชีวิตสมรสทั้งสิ้น

2) ผลกระทบต่อการสร้างความสัมพันธ์กับญาติแต่ละฝ่าย ครอบครัวของผู้มีบุตรยากมักถูกคาดหวังจากญาติแต่ละฝ่ายว่าจะต้องมีบุตรเพื่อดำรงไว้ซึ่งเผ่าพันธุ์วงศ์ตระกูลของตน ครอบครัวที่ไม่มีทายาทมักจะส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ที่ติดกับญาติโดยเฉพาะพ่อแม่ของแต่ละฝ่าย ซึ่งถ้าปัญหาความสัมพันธ์กับพ่อแม่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งรุนแรง อาจส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของคู่สามีภรรยาได้ เพราะในครอบครัวสังคมไทยมักให้ความสำคัญต่อบุพการี¹⁸ แต่ละฝ่ายมักทนไม่ได้ถ้าอีกฝ่ายหนึ่งมีปัญหาเกี่ยวกับพ่อแม่ของตน อาจทำให้เกิดการหย่าร้าง หรือการมีภรรยาใหม่ที่สามารถมีบุตรได้ รวมถึงผลกระทบต่อเกี่ยวกับปัญหาทางทรัพย์สินมรดก¹⁹ เพราะหลายครอบครัวมีความต้องการบุตรหรือทายาทไว้สืบสกุลและดำรงไว้ซึ่งทรัพย์สินมรดกของครอบครัว การมีบุตรจึงหมายถึงความมั่นคงปลอดภัยทางมรดกและการทำนิติกรรมต่าง ๆ ภรรยาหรือสามีหลายคนจึงอยากมีทายาทเพื่อรับประกันว่ามรดกหรือทรัพย์สินต่าง ๆ จะไม่รั่วไหล หรือบางคนอาจใช้การมีบุตรเป็นเครื่องต่อรองผลประโยชน์บางอย่างจากคู่สมรสหรือครอบครัวอีกฝ่ายหนึ่ง เช่น การมีบุตรที่เกิดจากภรรยาหลายคน หรือความสำคัญของการมีบุตรชายในบางวัฒนธรรมหรือบางเชื้อชาติ เช่น คนจีน เป็นต้น

3) ผลกระทบต่อการวางแผนครอบครัว ครอบครัวที่เป็นไปตามระยะพัฒนาการปกติจะมีการวางแผนครอบครัวว่าจะมีบุตรเมื่อใด มีกี่คน โดยเมื่อต้องการมีบุตรจะเลิกคุมกำเนิดแล้วจะมีบุตรได้ แต่สำหรับครอบครัวผู้มีบุตรยาก การวางแผนมีบุตรและระยะเวลาการมีบุตรมักจะไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้ เพราะไม่สามารถมีบุตรได้ ส่งผลกระทบทำให้พัฒนาการในระยะตั้งแต่การเริ่มเลี้ยงดูบุตรคนแรกจนถึงระยะบุตรแยกไปมีครอบครัวใหม่ขาดหายไป ครอบครัวจะเข้าไปสู่วัยกลางคนและวัยชราเมื่อเวลาผ่านไป ทำให้ครอบครัวลักษณะนี้ขาดการเติมให้เต็มด้วยการมีบุตร ไม่ได้รับการ



ตอบสนองความพึงพอใจ ความสุข และกำลังใจจากบุตร ซึ่งแตกต่างจากครอบครัวที่มีบุตร

ผลกระทบต่อระบบครอบครัว ครอบครัวเป็นระบบย่อยของสังคม โดยทั่วไปภายในครอบครัวประกอบด้วย ระบบย่อยอีกหลายระบบ ได้แก่ ระบบย่อยคู่สมรส (Spouse Subsystem) ระบบย่อยบิดามารดาและบุตร (Parents and child Subsystem) ระบบย่อยพี่น้อง (Sibling Subsystem)^{1,16} แต่ระบบครอบครัวของคู่สมรสที่มีบุตรยากจะมีเพียงระบบย่อยคู่สมรสเท่านั้น ซึ่งเป็นโครงสร้างระบบที่ไม่ซับซ้อน ทำให้ความสัมพันธ์ของคู่สมรสส่งผลโดยตรงต่อระบบครอบครัว โดยไม่มีคู่ความสัมพันธ์อื่น เช่น บุตรคอยเชื่อมความสัมพันธ์ ถ้าครอบครัวปรับตัวได้จะทำให้ครอบครัวดำเนินต่อไป แต่ถ้าครอบครัวไม่สามารถปรับตัวหรือรักษาสมดุลได้ ระบบครอบครัวจะเกิดการล่มสลาย ในที่นี้หมายถึง การแตกแยกของครอบครัว คือ การแยกกันหรือหย่าร้างกัน ผลงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการมีบุตรยากเป็นสาเหตุหนึ่งของการบั่นทอนความสัมพันธ์ของคู่สมรส คู่สมรสรู้สึกว่าการมีบุตรยากไม่มั่นคง กล่าวโทษกันว่าเป็นสาเหตุหลักของการมีบุตรยากเกิดการทะเลาะกัน และหย่าร้างกันที่สุดในที่สุด รวมถึงความขัดแย้งกันในเป้าหมายของชีวิตว่าจะดำรงอยู่ได้หรือไม่ ถ้าไม่มีบุตรโดยเฉพาะในคู่สมรสที่ขาดการสื่อสารหรือตกลงกันเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตครอบครัวที่เหมาะสม¹⁷ เมื่อระบบย่อยภายในครอบครัวส่งผลต่อระบบครอบครัว ความมีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ ของสมาชิกแต่ละคนย่อมส่งผลให้สุขภาพครอบครัวดีด้วย^{1,16} แต่ถ้าสุขภาพร่างกายและจิตใจของสมาชิกแต่ละคนไม่สมบูรณ์ เช่น ในกรณีคู่สมรสที่มีบุตรยาก ย่อมมีสาเหตุมาจากสุขภาพทางกายที่เกิดจากระบบสืบพันธุ์โดยตรงหรือภาวะแทรกซ้อนในระบบอื่น ซึ่งสาเหตุของการมีบุตรยากนั้นองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้รายงานไว้ว่า สาเหตุของการมีบุตรยากเกิดจากฝ่ายหญิงร้อยละ 37 ฝ่ายชายร้อยละ 8 และเกิดจากทั้งสองฝ่ายร้อยละ 35⁷ เพราะฉะนั้นการที่สามีหรือภรรยาที่มีบุตรยากหรือเป็นหมั้นจึงส่งผลต่อสมดุลของครอบครัว

ผลกระทบที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งคือ ผลกระทบทางเศรษฐกิจ การตรวจรักษาการมีบุตรยากเป็นกระบวนการ

ที่สิ้นเปลืองทั้งเงินและเวลา มีผลกระทบต่องานประจำที่ทำอยู่ในการที่ต้องเดินทางไปติดตามการรักษา บางครั้งอาจเกิดความไม่เข้าใจกันระหว่างเพื่อนร่วมงาน เนื่องจากคู่สมรสบางคนไม่เปิดเผยการไปรักษาการมีบุตรยากแก่เพื่อนร่วมงานและผู้บังคับบัญชา²⁰ นอกจากนี้การมีบุตรยากยังเป็นภาวะวิกฤตของบุคคลและครอบครัวตามทฤษฎีวิกฤตอีกด้วย¹⁶ โดยเป็นวิกฤตที่เกิดขึ้นตามระยะพัฒนาการชีวิตมนุษย์ในวัยผู้ใหญ่หรือวัยเจริญพันธุ์ที่ไม่สามารถมีบุตรได้และเป็นภาวะวิกฤตจากเหตุการณ์ เช่น การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้มีบุตรยากหรือเป็นหมั้น รวมถึงเกิดการแตกแยกของครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากการมีบุตรยาก ถือว่าเป็นวิกฤตจากเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่ได้คาดการณ์ไว้ก่อน

บทบาทพยาบาลในการดูแลครอบครัวที่มีบุตรยาก

เป้าหมายหลักของการให้การพยาบาลครอบครัว คือ การส่งเสริมภาวะสุขภาพอนามัยของครอบครัว²¹ ดังนั้น พยาบาลจะทำหน้าที่หลายบทบาทเพื่อช่วยให้ครอบครัวและสมาชิกทุกคนผ่านพ้นวิกฤตรักษาสมดุลของครอบครัวต่อไปได้ บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลในการดูแลครอบครัวผู้มีบุตรยากตามขอบเขตของการพยาบาลครอบครัวเป็นดังนี้

1) ผู้สอนสุขศึกษา (Health educator) การพยาบาลผู้มีบุตรยากนั้นเป็นการพยาบาลที่ต้องสอดคล้องกับการรักษา การดูแลครอบครัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งไม่เพียงแต่ผู้รับบริการเพียง 1 คน แต่หากเป็น 2 คนขึ้นไป ซึ่งรวมเป็นครอบครัว ด้านร่างกาย พยาบาลมีบทบาทในการสอนเพื่อส่งเสริมให้คู่สมรสมีสุขภาพดีเตรียมพร้อมสำหรับการตั้งครรภ์ รวมถึงการดูแลตนเองขณะรักษา เช่น การฉีดฮอร์โมน การตื่นตามเวลาเพื่อวัดอุณหภูมิร่างกาย ถ้าการรักษาได้ผลจะรวมไปถึงการสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ด้านจิตใจ เนื่องจากการมีบุตรยากเป็นสาเหตุของความเครียดที่สำคัญอย่างหนึ่งของคู่สมรส ในทางกลับกันความเครียดก็เป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะการมีบุตรยากเช่นกัน^{3,22,23,24} ผลการวิจัยพบว่าความเครียดและภาวะซึมเศร้าในสตรีมีบุตรยากชนิด



ปฐมภูมิมีมากกว่าชนิดทุติยภูมิ³ สตรีที่มีบุตรยากมักคาดหวังการดูแลอย่างมืออาชีพจากแพทย์และพยาบาล การสอนของพยาบาลจะสามารถช่วยลดความทุกข์ใจ การส่งเสริมการดูแลตนเอง การฟื้นฟู และความเข้มแข็ง รวมถึงทัศนคติที่ดีต่อการรับการรักษาให้กับคู่สมรสที่มีบุตรยากได้²³

2) ผู้แนะแนว (Counselor) บทบาทของผู้แนะแนวเป็นบทบาทสำคัญบทบาทหนึ่งที่พยาบาลควรตระหนักและนำมาเป็นแนวทางการปฏิบัติพยาบาล โดยให้ตนเองเป็นแหล่งประโยชน์ที่ครอบครัวสามารถเลือกใช้เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจการแก้ไขปัญหาครอบครัว¹⁶ โดยการเสนอทางเลือกแก่ครอบครัวพยาบาลต้องคำนึงเสมอว่าตนต้องไม่ตัดสินใจแทนครอบครัว เป้าหมายในการเป็นผู้แนะแนวในครอบครัวที่มีบุตรยากนี้เพื่อให้คงไว้ซึ่งพัฒนาการของครอบครัวโดยการแนะนำ เสนอทางเลือกที่เป็นไปได้ที่จะเข้าสู่บทบาทการเป็นบิดามารดา ทางเลือกที่พยาบาลควรแนะนำสรุปได้ (แผนภาพที่ 1)

3) ผู้ให้คำปรึกษา (Interpersonal counseling) การเป็นผู้ให้คำปรึกษา เป็นบทบาทที่สำคัญในการพยาบาลคู่สมรสที่มีบุตรยาก เนื่องจากจะเห็นผู้รับบริการตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาจนถึงสิ้นสุดกระบวนการพยาบาลจะสามารถประคับประคองจิตใจของคู่สมรสได้แนวทางให้คำปรึกษาของพยาบาลแก่ผู้มีบุตรยาก²⁵ ได้แก่ การให้กำลังใจ การให้ข้อมูล พยาบาลควรให้ข้อมูลโดยใช้ภาษาที่คู่สมรสเข้าใจง่าย ไม่ซับซ้อนจนเกินไป การให้ความหมายและคำอธิบาย เพื่อให้คู่สมรสเข้าใจกระบวนการตรวจรักษาและใช้ประกอบการตัดสินใจที่ถูกต้อง และให้คำปรึกษาเชิงรักษา ซึ่งจำเป็นในกรณีที่คู่สมรสมีปัญหาด้านจิตใจและการปรับตัวมาก พยาบาลควรส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญในด้านนี้ เช่น จิตแพทย์ หรือนักจิตวิทยา

4) ที่ปรึกษา (Consultant) พยาบาลครอบครัวหรือพยาบาลคลินิกมีบุตรยากนอกจากจะเป็นผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการดูแลให้คำแนะนำปรึกษาแก่คู่สมรสที่มีบุตรยากแล้ว ยังสามารถเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ร่วมวิชาชีพที่ทำงานให้บริการทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการมีบุตรยากหรือเป็นหมันได้

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลครอบครัว และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้มีบุตรยาก

การใช้กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลครอบครัวกับการพยาบาลบุคคลถึงแม้ว่าจะไม่แตกต่างกันในหลักการ แต่สิ่งที่แตกต่างกันคือขอบเขตของการปฏิบัติ การพยาบาลครอบครัวมีขอบเขตการปฏิบัติที่กว้างกว่าเพราะพยาบาลต้องดูแลทั้งตัวบุคคลและครอบครัว ดังนั้นการพยาบาลครอบครัวจึงจำเป็นต้องเน้นที่บุคคลและครอบครัวนั้นด้วย¹⁶ วิธีการที่พยาบาลใช้ในการให้การดูแลบุคคลในการพยาบาลครอบครัว คือ กระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน^{16,24} ได้แก่ 1) การประเมินข้อมูล โดยการประเมินระดับครอบครัวและระดับบุคคล 2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยกำหนดปัญหาทางสุขภาพทั้งระดับครอบครัวและระดับบุคคล 3) การวางแผนการพยาบาล โดยกำหนดเป้าหมายการพยาบาล ระบุแหล่งสนับสนุนของครอบครัว กำหนดทางเลือกที่เป็นไปได้ และเลือกวิธีการปฏิบัติการพยาบาล 4) การปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล และ 5) การประเมินผลการให้การพยาบาล โดยพยาบาลสามารถประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลครอบครัวและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทฤษฎีพัฒนาการครอบครัว ทฤษฎีโครงสร้างหน้าที่ และทฤษฎีวิฤต เป็นแนวทางในการประเมินครอบครัวผู้มีบุตรยากดังต่อไปนี้

1. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีพัฒนาการครอบครัว ตามทฤษฎีพัฒนาการครอบครัว ครอบครัวที่ยังไม่มีบุตรมีความต้องการให้พยาบาลช่วยเหลือในด้านการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว ปัญหาเพศสัมพันธ์ การปรับบทบาทของคู่สมรส การเตรียมตัวตั้งครรรภ์และการปฏิบัติตนขณะตั้งครรรภ์

ความต้องการทางด้านสุขภาพ ในกรณีผู้มีบุตรยากคือ การขอรับคำปรึกษาจากแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับสาเหตุ การตรวจรักษา รวมถึงค่าใช้จ่ายในการตรวจรักษา การพยาบาล พยาบาลควรให้การดูแลผู้รับบริการให้สอดคล้องกับพัฒนาการและความต้องการทางสุขภาพ การดูแลให้บรรลุพัฒนาการของครอบครัว ได้แก่ การสร้างความพึงพอใจและการปรับตัวที่จะอยู่ร่วมกันของสามีภรรยา การสร้างความสัมพันธ์กับญาติแต่ละฝ่าย



และการวางแผนครอบครัว ดังที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว การดูแลตามความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ ได้แก่

1) การซักประวัติและค้นหาสาเหตุการมีบุตรยากเบื้องต้น พยาบาลควรมีทักษะในการซักประวัติทั้งประวัติทั่วไปและประวัติทางสูตินรีเวช ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแต่งงานและการคุมกำเนิด ประวัติทางนรีเวชของฝ่ายหญิง ภาวะการเจริญพันธุ์ของฝ่ายชาย และฝ่ายหญิง การมีเพศสัมพันธ์ที่เอื้อหรือเป็นอุปสรรคต่อการมีบุตร เป็นต้น²⁷ นอกจากนี้คู่สมรสควรได้รับการตรวจร่างกายเบื้องต้นในทุกระบบจากพยาบาล และตรวจรายละเอียดเพิ่มเติมโดยแพทย์ ส่วนการค้นหาสาเหตุของการมีบุตรยากนั้นเป็นหัวใจสำคัญของการตรวจรักษาการมีบุตรยาก เพราะสาเหตุของคู่สมรสแต่ละคู่ไม่เหมือนกันทำให้การรักษาแตกต่างกัน เพราะฉะนั้นพยาบาลควรมีความสามารถในการค้นหาสาเหตุและความเป็นไปได้ของการมีบุตรยากเบื้องต้น ซึ่งเป็นสมรรถนะหลักที่สำคัญอย่างหนึ่งของพยาบาล รวมถึงการแนะนำให้คำปรึกษาเบื้องต้นที่สอดคล้องกับสาเหตุจะสามารถทำให้คู่สมรสบางคู่สามารถมีบุตรโดยวิธีการธรรมชาติมากที่สุดอันเป็นเป้าหมายแรก ก่อนที่จะแนะนำส่งต่อพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและรับการรักษาโดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์เป็นอันดับรองลงมา การร่วมเพศตามธรรมชาติพยาบาลควรทราบช่วงเวลาที่ทำให้ร่วมเพศแล้วมีโอกาสตั้งครรภ์สูงสุด (The fertile window) คือ การที่มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่ประมาณ 5 วันก่อนมีการตกไข่ จนถึงวันที่มีไข่ตก โดยการร่วมเพศทุกวันหรืออย่างน้อยวันเว้นวันระยะนี้ จะสามารถเพิ่มอัตราการตั้งครรภ์ได้¹³ มีการศึกษาพบว่า ในคู่สมรสที่มีการเจริญพันธุ์ปกติ การร่วมเพศทุกวันจะเพิ่มโอกาสตั้งครรภ์มากกว่าคนที่ร่วมเพศนาน ๆ ครั้ง ถึงแม้ความเข้มข้นของอสุจิจะลดลงก็ตาม แต่ยังมีจำนวนหนึ่งที่อยู่ในวิสัยที่จะปฏิสนธิได้²⁸ หรือ อาจแนะนำให้ร่วมเพศวันเว้นวันได้²⁹ การหาโอกาสการตั้งครรภ์สูงสุดโดยการร่วมเพศตามระยะเวลาที่กำหนดข้างต้นนี้ เหมาะสำหรับแนะนำคู่สมรสที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี ที่คาดว่าสาเหตุการมีบุตรยากมาจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ถูกต้อง ส่วนผู้ที่มีอายุมากและคาดว่าจะไม่ได้มีสาเหตุมาจากระยะการร่วมเพศนั้น ควรแนะนำให้ตรวจหาสาเหตุอื่นต่อไป สำหรับคู่สมรสที่ร่วมเพศ

ตามระยะเวลาที่กำหนดแล้วยังไม่มีบุตร โดยไม่ทราบสาเหตุหรือยังไม่เคยไปตรวจรักษา และไม่ทราบว่าจะเริ่มจากตรงไหน สามีหรือภรรยาควรไปรับการตรวจรักษา ก่อนนั้น พยาบาลควรแนะนำให้ฝ่ายสามีไปตรวจน้ำเชื้ออสุจีก่อน ถ้าปกติ จึงแนะนำให้ภรรยาไปตรวจ เพราะผลการตรวจน้ำเชื้ออสุจิที่ผิดปกติ จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงการรักษา^{13,30} และการตรวจหาสาเหตุการมีบุตรยากของฝ่ายหญิงมีหลายวิธีและยุ่งยากมากกว่าฝ่ายชาย

2) การแนะนำส่งต่อให้พบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ การพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับคู่สมรสที่มีบุตรยาก การแนะนำส่งต่อเป็นอีกบทบาทหนึ่งที่สำคัญ โดยแนะนำให้คู่สมรสที่มีบุตรยากไปพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งคลินิกเอกชนหรือสถานพยาบาลของรัฐ จะทำให้ผู้ที่มีบุตรยากได้ข้อมูลที่ต้องการและเพียงพอในการประกอบการตัดสินใจที่ดีที่สุดได้ ไม่ว่าจะเป็นการเลือกแพทย์ผู้รักษา วิธีการ รวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษาซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งในการรับการรักษาต่อไป

3) การดูแลเพื่อเตรียมตัวเข้าสู่ระยะพัฒนาการต่อไปเมื่อเกิดการตั้งครรภ์ สตรีที่มีบุตรยากเมื่อตั้งครรภ์ควรได้รับการดูแลรักษาในคลินิกเฉพาะทางการรักษาผู้มีบุตรยาก หรือ แผนกฝากครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง การดูแลพยาบาลเป็นไปตามมาตรฐานการดูแลการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง (High risk pregnancy) แม้การตั้งครรภ์จะเป็นไปอย่างปกติก็ตาม เพราะถือว่าสตรีเหล่านี้เป็นผู้มีบุตรยาก การตั้งครรภ์ในแต่ละครั้งจึงหมายถึงการใช้ความพยายามและการลงทุนอย่างที่สุดของสตรีและครอบครัวนั้น ๆ พร้อมกับความคาดหวังที่มากขึ้นด้วย การให้คำแนะนำในการสังเกตความผิดปกติ การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ และโดยเฉพาะการสนับสนุนด้านจิตใจ เพราะความเครียด หรือปัจจัยทางด้านจิตใจ นอกจากจะเป็นสาเหตุหนึ่งของการมีบุตรยากแล้ว^{2,20,24} ยังส่งผลต่อระดับฮอร์โมนในสตรีและการตั้งครรภ์ด้วย โดยอาจทำให้เกิดการแท้ง ทารกโตช้าในครรภ์ น้ำคร่ำแตกก่อนกำหนดได้ การพยาบาลในแผนกฝากครรภ์จึงเป็นอีกบทบาทหนึ่งที่จะช่วยให้มีความปลอดภัยทั้งแม่และลูกตลอดการตั้งครรภ์ ส่วนระยะคลอดและระยะหลังคลอด พยาบาลควรดูแลตามลักษณะของการคลอดว่าคลอดปกติหรือใช้สูติศาสตร์หัตถการในการ



ช่วยคลอบโดยยึดหลักการ “ถูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย”

2. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบ ในการดูแลครอบครัวผู้มีบุตรยาก ใช้เพื่อวิเคราะห์ความซับซ้อนและโครงสร้างของระบบภายในครอบครัวและความเกี่ยวข้องของครอบครัวกับสิ่งแวดล้อมและลักษณะปฏิสัมพันธ์กับระบบอื่น ๆ ในชุมชนและสังคม^{16,31} การวิเคราะห์โครงสร้างของระบบภายในครอบครัว ได้แก่ ประเมินโครงสร้างของระบบครอบครัวว่าประกอบด้วยระบบย่อยใดบ้าง ส่วนใหญ่ครอบครัวที่มีบุตรยากที่เป็นครอบครัวเดี่ยวจะมีเพียงโครงสร้างระบบย่อยคู่สามีภรรยาเท่านั้น จากนั้นวิเคราะห์ความสัมพันธ์ในระบบย่อยนี้ว่ามีปัญหาระดับบุคคลและปัญหาครอบครัวใดบ้าง ได้แก่ ปัญหาระดับบุคคล เช่น ปัญหาด้านสุขภาพที่เป็นสาเหตุของการมีบุตรยาก ต้านจิตใจ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล รู้สึกด้อยค่า ปัญหาระดับครอบครัว อาทิเช่น ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยา ความสุขในการมีเพศสัมพันธ์ลดน้อยลง และปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ เป็นต้น นอกจากนี้ยังสามารถวิเคราะห์ความเกี่ยวข้องของครอบครัวกับระบบอื่น ๆ เช่น ระบบการศึกษา ระบบสาธารณสุข ระบบเศรษฐกิจ ระบบสังคมวัฒนธรรม และระบบอื่น ๆ ที่มีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว²¹ เมื่อพยาบาลสามารถประเมินครอบครัวและกำหนดปัญหาได้แล้ว จากนั้นนำไปสู่กระบวนการกำหนดกิจกรรมการพยาบาล การให้การพยาบาล และการประเมินผลต่อไป

3. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีโครงสร้างและหน้าที่ของครอบครัว พยาบาลควรเริ่มต้นที่การศึกษาโครงสร้างหน้าที่ของครอบครัวและสมาชิกในครอบครัวผู้มีบุตรยากทุกคน องค์ประกอบสำคัญที่มีผลต่อโครงสร้างของครอบครัว ได้แก่ ลักษณะบทบาทหน้าที่ซึ่งเป็นการประเมินการทำหน้าที่ของสามีภรรยา ระบบค่านิยม เป็นการประเมินค่านิยมภายในครอบครัว เช่น ค่านิยมเกี่ยวกับการมีบุตร วัตถุประสงค์ของการมีบุตรและผลกระทบของค่านิยมเรื่องการมีบุตรและไม่มีบุตรที่มีต่อครอบครัว กระบวนการสื่อสาร เช่น รูปแบบของการสื่อสารว่าเป็นการพูดคุยกะเปิดใจหรือเก็บกดไว้ สามีภรรยาสามารถสื่อสารความต้องการของตนให้อีกฝ่ายหนึ่งได้หรือไม่ และโครงสร้างอำนาจของครอบครัว ได้แก่ อำนาจการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ของครอบครัว โดย

เฉพาะใครเป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีการมีบุตร เช่น จะรับการตรวจรักษาภาวะมีบุตรยาก หรือจะรับลูกบุญธรรม หรือลูกของญาติมาเลี้ยงแทน ตลอดจนการปฏิบัติหน้าที่ที่เหมาะสมของสมาชิกครอบครัวแต่ละคน ได้แก่ ด้านความรักความเอาใจใส่ การอบรมเลี้ยงดู การผลิตสมาชิกใหม่ การเผชิญปัญหา การจัดหาทรัพยากรและสิ่งจำเป็นพื้นฐานสำหรับสมาชิกครอบครัว³¹ เมื่อประเมินครอบครัวและกำหนดปัญหาาระดับบุคคลและครอบครัวได้แล้ว ให้พยาบาลกำหนดกิจกรรมการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลต่อไป

4. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีวิกฤต การมีบุตรยากอาจถือเป็นภาวะวิกฤตในครอบครัว พยาบาลสามารถใช้ทฤษฎีวิกฤตในการประเมิน วินิจฉัยสาเหตุแห่งความเครียด ซึ่งนำไปสู่ภาวะวิกฤตได้แก่ ภาวะวิกฤตตามวัยและพัฒนาการของชีวิตหรือภาวะวิกฤตที่เกิดจากเหตุการณ์ที่ร้ายแรงโดยไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้า เช่น การเจ็บป่วย การหย่าร้าง การตายอย่างกะทันหัน เป็นต้น³¹ ภาวะวิกฤตตามวัยและพัฒนาการของชีวิตในครอบครัวผู้มีบุตรยากมักเป็นวิกฤตในวัยกลางคน¹⁶ คือ วัยกลางคนเป็นวัยที่เป็นผู้สร้างฐานะความมั่นคงของชีวิต เป็นผู้เกื้อหนุน รับผิดชอบครอบครัวอย่างมาก บุคคลวัยนี้ทำงานหนัก รับผิดชอบภาระงานสูงขึ้นกว่าในวัยหนุ่มสาว ต้องเลี้ยงดูครอบครัว รับผิดชอบต่อสังคม สำหรับผู้ที่มีปัญหาในระยะนี้ ได้แก่ การตกงาน การหย่าร้าง รวมถึงการไม่มีบุตรด้วยเช่นกัน ภาวะวิกฤตที่เกิดจากเหตุการณ์ที่ร้ายหรือเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้าสำหรับครอบครัวผู้มีบุตรยาก ได้แก่ การทะเลาะและทำร้ายร่างกายกัน การหย่าร้าง การแท้งลูกรวมถึงภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาการมีบุตรยากการพยาบาลที่สำคัญตามทฤษฎีวิกฤต คือ การให้คำแนะนำล่วงหน้า (Anticipatory Guidance) เพื่อให้คู่สมรสสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม การช่วยเหลือจัดการที่ติจะทำให้บุคคลและครอบครัวเติบโตและพัฒนาการปกติ แต่ถ้ามิได้รับการช่วยเหลือจัดการที่ติจะทำให้เกิดปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ต่อไป¹⁶ การสนับสนุนช่วยเหลือให้คู่สมรสสามารถใช้แหล่งสนับสนุนทั้งภายในและนอกครอบครัวเพื่อให้ครอบครัวสามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวได้ จึงเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล เช่นเดียว



กับการใช้ทฤษฎีอื่น ๆ เมื่อพยาบาลประเมินและกำหนดปัญหาระดับบุคคลและครอบครัวได้แล้ว พยาบาลจะสามารถวางแผนกิจกรรมการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลตามแผน และประเมินผลการพยาบาลตามขั้นตอนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอนต่อไป

บทสรุป

ภาวะการมีบุตรยากส่งผลกระทบต่อคู่สมรสที่ต้องการมีบุตรแต่ไม่สามารถมีได้ โดยเฉพาะด้านจิตใจ อารมณ์และจิตสังคมที่ทำให้เกิดความเครียด ความกลัว และภาวะซึมเศร้าได้ ผลกระทบด้านครอบครัวทำให้เกิดช่องว่างระหว่างสามี ภรรยาและญาติพี่น้อง อาจร้ายแรงถึงขั้นต้องหย่าร้างของคู่สามีภรรยา นอกจากนี้การรักษา ยังทำให้ความเสียหายต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การแท้ง ตั้งครรภ์แฝด ตั้งครรภ์นอกมดลูก ฯลฯ แต่คู่สมรสยังมีแนวโน้มรับการปรึกษาและรักษาในคลินิกมีบุตรยากมากขึ้นในปัจจุบัน เพื่อส่งเสริมชีวิตครอบครัวให้ถูกเติมเต็มด้วยการมีบุตร ผลลัพธ์มีทั้งการสมหวังและผิดหวัง พยาบาลในฐานะทีมสุขภาพที่ให้การดูแล จึงต้องมีความเข้าใจในปัญหาและความต้องการที่มีลักษณะเฉพาะของคู่สมรสที่มีบุตรยากนี้ เพื่อให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันเป็นบทบาทที่ท้าทายของพยาบาลวิชาชีพรวมถึงพยาบาลเวชปฏิบัติด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงมณฑิชา อัดถาวร สุตินรีแพทย์ประจำโรงพยาบาลจังหวัดร้อยเอ็ด และรอง รศ.ดร.พร้อมจิตร์ ท่อนบุญเหิม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ตรวจสอบความถูกต้อง ปรับปรุงแก้ไขให้บทความนี้มีคุณค่ายิ่งขึ้น

References

1. Friedman MM. Family Nursing: Research, Theory & Practice. 4th ed. Norwalk, CT: Appleton & Lange. The united states of America; 1998.
2. Cwikel J, Gidron Y. Psychological interactions with infertility among women. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2004; 117: 126-131.

3. Damti OB, Sarid O, Sheiner E, Zilberstien T, Cwikel J. Stress and distress in infertility among women. Harefuah 2008; 147(3): 256-60.
4. Healy DL, Trounson AO, Andersen AN. Female infertility, causes and treatment. Lancet 1994; 343: 1529-44.
5. Stephens EH, Chandra A. Updated projection of infertility in the United States: 1995-2025;1998;70:30-4.
6. ปาณฉัตร เสียงตั้ง, อมรา สุนทรธาดา. ภาวะการมีบุตรยาก: ประเด็นสังคมที่มากกว่าเรื่องเพศ ในประชากรและสังคม 2551: มิติ “เพศ” ในประชากรและสังคม. กฤตยา อาชวนิจกุล และ กาญจนา ตั้งชลทิพย์ บรรณาธิการ. นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม; 2551: 48-65.
7. เรื่องศิลป์ เขาวรัตน์. การรักษาภาวะมีบุตรยาก ใน นรีเวชวิทยา. วีรศักดิ์ วงศ์ถิรพร และคณะ. บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัท พี เอ ลีฟวิ่ง จำกัด; 2554: 261-269.
8. พัททิกษ์ เล่าห์เกริกเกียรติ, อิศรินทร์ ธนบุญวัฒน์. สาเหตุและการตรวจวินิจฉัยภาวะมีบุตรยาก. ใน ตำรานรีเวชวิทยา. วีรศักดิ์ วงศ์ถิรพร และคณะ. บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บริษัท พี เอ ลีฟวิ่ง จำกัด; 2554: 251-259.
9. Inge WH, Van Empel et al. Weaknesses, strengths and needs in fertility care according to patients. Human Reproduction 2010; 25(1): 142-149.
10. วิสันต์ เสรีภาพงศ์, ไพโรจน์ วิฑูรพัฒน์ชัย. ภาวะมีบุตรยาก ใน ตำรานรีเวชวิทยา. สมชัย นิรุตติศาสตร์ และคณะ. บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547: 497-516.
11. Ash RN, Ellasworth LR, Balmaceda JP, Wong PC. Pregnancy after translaparoscopic gamete intrafollopian transfer. Lancet; 1984: 1034-5.
12. โอภาส เศรษฐบุตร. การทำกิฟท์ในเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์. ธีระพร วุฒยานิช. บรรณาธิการ. เชียงใหม่: บริษัทนพบุรีการพิมพ์ จำกัด; 2546: 103-109.
13. พัททิกษ์ เล่าห์เกริกเกียรติ. แนวทางการดูแลรักษา ภาวะมีบุตรยากเบื้องต้น ใน สูตินรีเวชทันยุค. มงคล เบญจาทิบาล และคณะ. บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: บริษัท พี. เอ. ลีฟวิ่ง จำกัด; 2552: 247-251.



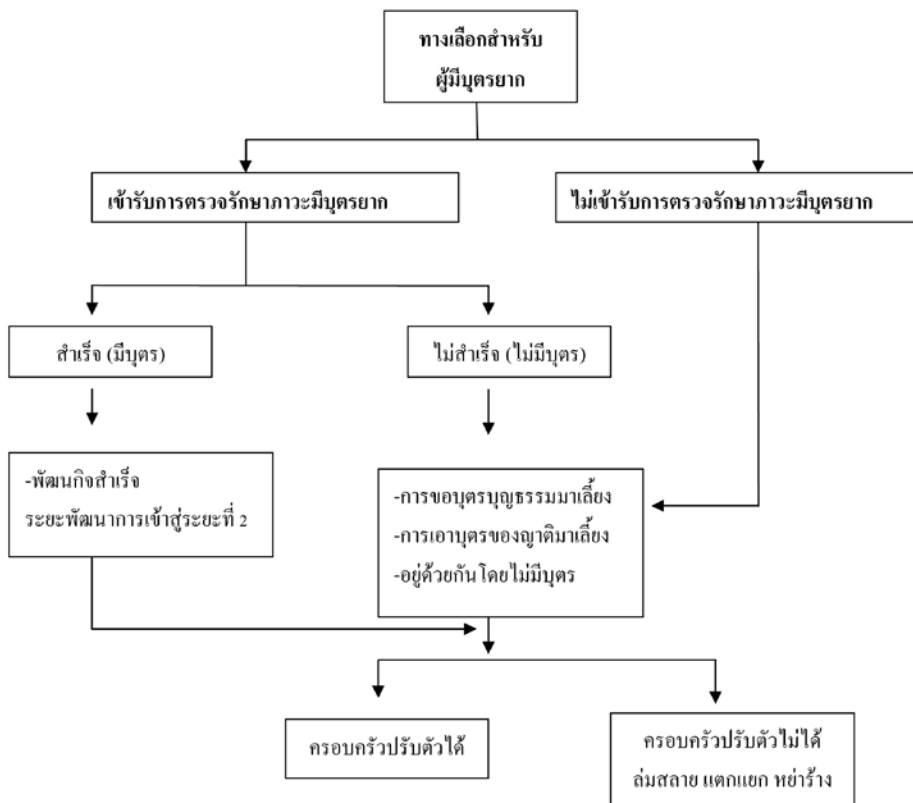
14. พรภิมล ตั้งชัยสิน. การฉีดตัวอสุจิเข้าไขว้(อิกซี่) ในเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์. ธีระพร วุฒยวนิช. บรรณาธิการ. เชียงใหม่: บริษัทนพบุรีการพิมพ์ จำกัด; 2546: 111.
15. สมชาย สุวจนกรณ์. การมีบุตรยากและเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ใน ตำรานรีเวชวิทยา. สมชัย นิรุติศาสตร์ และคณะ. บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547: 523-529.
16. Phupaiboon R. Family nursing: theoretical perspectives and application. 3th ed. Bangkok: VJ Printing; 1998.
17. อนเนก อารีพรอค. เพศศาสตร์ ใน สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ: บริษัทพิมพ์ดี จำกัด; 2548: 196-198.
18. จีรนาวี ทศศรี. ครอบครัวสัมพันธ์ เล่มที่ 1. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2545.
19. กาญจนา ลูกนันทน์. บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของบุคคลในครอบครัวและสังคม: ศิลปะการดำเนินชีวิต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัทเท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด; 2542.
20. Verhaak CM, Smeenk JMJ, Evers AWM, Kremer JAM, Kraaimaat FW, Braat DDM. Women's emotional Adjustment to IVF; A systemic review of 25 years of research. Hum Reprod Update 2007; 13: 27-36.
21. Friedman MM, Bowden VR, Jones EG. Family Nursing: Research, Theory & Practice. 5th ed. Pearson Education Inc. Upper Saddle River. New Jersey: The United States of America; 2003.
22. Shiu-Neng C, Pei-Fan M. Infertile couples's experience of family stress while women are hospitalized for Ovarian Hyperstimulation Syndrome during infertility treatment. Journal of Clinical Nursing; 2006.
23. Cwiek D, Branecka-Wozniak D, Fryc D, Grochans E, Rygielska M. Self-care and demand for social support in women with infertility. Ann Acad Med Stetin 2009; 55(2): 35-8.
24. Andrew FM, Abbey A, Halman LJ. Is fertility problem stress different? The dynamics of stress in fertile and infertile Fertile Sterile; 1992; 57: 1247-53.
25. รุ่งอรุณ เศรษฐบุตร. บทบาทของพยาบาลในงานด้านเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ในเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์. ธีระพร วุฒยวนิช. บรรณาธิการ. เชียงใหม่: บริษัทนพบุรีการพิมพ์ จำกัด; 2546: 23-28.
26. Friedman MM. Family Nursing: Theory and Practice. 3rd ed. Norwalk, CT: Appleton & Lange. The United States of America; 1992: 41.
27. สมสิญจน์ เพ็ชรยิ้ม. แนวทางการดูแลรักษาภาวะมีบุตรยากเบื้องต้น ใน สูตินรีเวชทันยุค. มงคล เบญจจาภิบาล และคณะ. บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: บริษัท พี. เอ. ลิฟวิ่ง จำกัด; 2552.
28. Katz DF. Human Cervical Mucus: Research Update. Am J Obstet Gynecol 2002; 165: 1984-6.
29. Stanford JB, White GL, Hatasaka H. Timing intercourse to achieve pregnancy: current evidence. Obstet Gynecol 2002; 100:1333-41.
30. Speroff L, Fritz MA, Female infertility. Clinical gynecology endocrinology and infertility. 7th ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins; 2005.
31. กองการพยาบาล. แนวทางการดำเนินงานการพยาบาลครอบครัว. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2545.



ตารางที่ 1 อัตราความสำเร็จและค่าบริการแยกตามสถานบริการของรัฐและเอกชน

| ประเภท | อัตราความสำเร็จ | สถานบริการเอกชน | สถานบริการของรัฐ |
|--------------------------------|-------------------------|-------------------|-------------------|
| การฉีดอสุจิเข้าโพรงมดลูก (IUI) | ประมาณ 15 % ต่อครั้ง | 12,000 – 18,000 | 6,000 – 8,000 |
| กิฟท์ (GIFT) | ประมาณ 30-40 % ต่อครั้ง | 80,000 – 100,000 | 20,000 – 50,000 |
| ซิฟท์ (ZIFT) | ประมาณ 40-50 % ต่อครั้ง | 150,000 – 200,000 | 100,000 – 150,000 |
| เด็กหลอดแล้ว (IVF) | ประมาณ 15-30 % ต่อครั้ง | 70,000 – 200,000 | 60,000 – 100,000 |
| อิกซี่ (ICSI) | ประมาณ 25-30 % ต่อครั้ง | 83,000 – 250,000 | 60,000 – 100,000 |
| พีจีดี (PGD) | - | 300,000 – 400,000 | 120,000 – 250,000 |

ดัดแปลงจากปาณฉัตร เสียงตั้ง และอมรา สุนทรธาดา⁶



แผนภาพที่ 1 แสดงขั้นตอนทางเลือกสำหรับผู้มีบุตรยาก