

รวมข้อเขียน บทความ และรายงานการวิจัย
ที่เกี่ยวกับ “ผู้หญิง” และ เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ในมิติต่างๆ
เพื่อสะท้อนประสบการณ์ของผู้หญิง
รวมถึงประเด็นใส่ใจที่ทุกฝ่ายต้องคำนึงถึงเป็นสำคัญ

“ผู้หญิง”

กับเทคโนโลยีสร้างลูก

โดย...มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง

สคส
มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง
Women's Health Advocacy Foundation



BIOTEC
a member of NSTDA

“พื้หณยง” กับ เทคโนโลยีสร้งลुक

โดย...มูลนิธิสร้งความเข้าใจเรื่องสุขภาพพื้หณยง

รวมข้อเขียน บทความ และรายงานการวิจัย
ที่เกี่ยวกับ “พื้หณยง” และ เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ในมิติต่างๆ
เพื่อสร้งกรอบการสนทนากันของพื้หณยง
รวมถึงประเด็นใส่ใจที่ทุกฝ่ายต้องคำนึงถึงเป็นสำคัญ

“ผู้หญิง” กับ เทคโนโลยีสร้างลูก

รวบรวมโดย	มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง
พิธีกรอักษร	อารดี ประสมทรัพย์
ISBN	978-974-88226-8-6
พิมพ์ครั้งที่ 1	มกราคม 2550
จำนวนพิมพ์	1,000 เล่ม
พิมพ์ที่	บริษัท เอดิสัน เพรส โปรดักส์ จำกัด

จัดพิมพ์โดย

มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส.)

12/22 ถ.เทศบาลสงเคราะห์ แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กรุงเทพมหานคร 10900

โทรศัพท์ 0 2591 1224 - 5 โทรสาร 0 2591 1099

www.whaf.or.th

สนับสนุนการจัดพิมพ์โดย

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

ร่วมกับ ศูนย์พันธุวิศวกรรมและเทคโนโลยีชีวภาพแห่งชาติ

คำนำ

แม้ว่าภาวะมีบุตรยากจะไม่ถูกนับเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศ แต่การมีประชากรวัยเจริญพันธุ์จำนวนกว่าร้อยละ 10 ที่ประสบกับปัญหานี้นับเป็นเรื่องบั่นทอนจิตใจและคุณภาพชีวิตไม่ใช่น้อย การพึ่งพาเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ (Assisted Reproductive Technologies – ARTs) จึงเป็นทางออกหนึ่งของคู่สามีภรรยาที่ประสบปัญหามีบุตรยาก แต่ปัจจุบันกระแสความนิยมใช้เทคโนโลยีเหล่านี้เริ่มแปรเปลี่ยนจากวัตถุประสงค์เดิมที่มีไว้เพื่อแก้ปัญหาสำหรับผู้ที่สีลูกยากเนื่องจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีก้าวไปไกลถึงขั้นการเลือกเพศและลักษณะทางพันธุกรรมของลูก และที่กำลังเป็นกระแสความนิยมในขณะนี้คือการตั้งครรรภ์แฝด จึงเกิดเป็นคำถามที่สังคมไทยยังไม่ได้เตรียมคำตอบไว้ นั่นคือ การใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ควรมีขอบเขตหรือไม่ แคไหน และอย่างไร

ก่อนที่จะก้าวไปถึงข้อสรุปเรื่องขอบเขต หรือกฎ กติกาในการใช้เทคโนโลยีเหล่านี้ สังคมไทยจำเป็นต้องเตรียมพร้อมรับกับคำถามต่างๆ อย่างรู้เท่าทันในทุกมิติ เพราะปัญหาการมีบุตรยากและการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์มีแง่มุมที่หลากหลายให้ต้องพิจารณา มูลนิธิสร้างสุขใส่ใจเรื่องสุขภาพผู้หญิงจึงได้รวบรวมบทความที่สะท้อนแง่มุมต่างๆ ของเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ เพื่อเป็นฐานทุนสำหรับผู้สนใจ

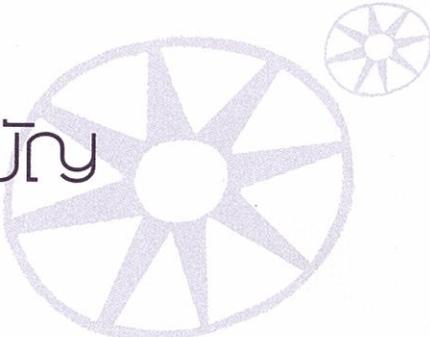
ครุ่นคิดกับประเด็นเหล่านี้ เช่น งานเขียนที่สะท้อนมุมมองที่มีก
 ถูกละเลย อันได้แก่ผลกระทบต่อสุขภาพผู้หญิงและการแสวงหา
 ประโยชน์จากไซของหญิง ข้อเขียนที่ตั้งคำถามกับบรรทัดฐาน
 ทางสังคมที่มองว่าผู้หญิงแต่งงานแล้วต้องพัฒนาสถานะความ
 เป็นแม่ขึ้นมาให้ได้ จึงจะถือว่าเป็นผู้หญิงที่สมบูรณ์ บทความที่
 อธิบาย “ความเป็นแม่” จากมุมมองสตรีนิยม รวมทั้งบทความที่
 เรียกร้องให้รัฐกำหนดนโยบายรองรับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์
 โดยมีเงื่อนไขว่าต้องเป็นนโยบายที่กำหนดโดยผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย
 นอกจากนี้ ยังมีบทความจากงานวิจัยเชิงมานุษยวิทยาที่สะท้อน
 ประสบการณ์ของผู้หญิงที่มีบุตรยากหรือไม่มีบุตรในสังคมไทย
 ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจว่าผู้หญิงไทยมองภาวะการมีบุตรยากหรือ
 ไม่มีบุตรของตนอย่างไร ได้รับการปฏิบัติจากบุคคลรอบข้าง
 อย่างไร มีแนวทางการแสวงหาความช่วยเหลือและเผชิญกับ
 ปัญหาต่างๆ อย่างไร และส่งท้ายด้วยรายงานที่รวบรวมนโยบาย
 และมาตรการที่เกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทั้งของ
 ไทยและต่างประเทศ ซึ่งช่วยให้เห็นท่าทีที่หลากหลายของสังคม
 อื่นๆ ที่มีต่อเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ รวมทั้งความ
 เคลื่อนไหวของไทยเองที่มีต่อประเด็นนี้

มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิงขอ
 ขอบพระคุณเจ้าของข้อเขียนทุกท่านที่อนุญาตให้นำผลงาน
 เหล่านี้มาตีพิมพ์และเผยแพร่ต่อสาธารณะ มูลนิธิฯ หวังเป็น
 อย่างยิ่งว่าหนังสือเล่มนี้จะเป็นจุดเริ่มต้นในการเปิดพื้นที่ให้
 สังคมได้หันมาถกเถียง เห็นด้วย และ/หรือเห็นแย้งในประเด็น
 เหล่านี้มากขึ้น ก่อนที่จะก้าวไปสู่การกำหนดท่าทีของภาค
 ประชาชนร่วมกัน เพื่อสุขภาพที่ดีของสมาชิกทุกคนในสังคมไทย



มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง

มกราคม 2550



สารบัญ

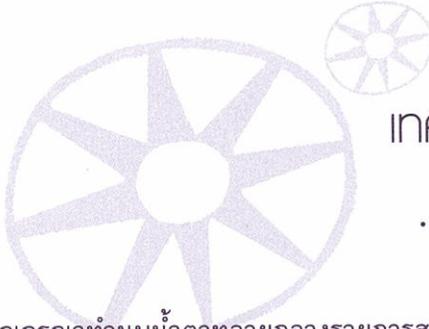
คำนำ	C
เทคโนโลยีสร้างลูก สร้างทุกขั้วให้ใคร <i>ณัฐยา บุญภักดี</i>	1
ผู้หญิง ไบ่ และคำว่า แม่ <i>ณัฐยา บุญภักดี</i>	5
การวิจัยสเต็มเซลล์ในมุมมองสตรีศึกษา <i>ณัฐยา บุญภักดี</i>	11
“แม่” ในมุมมองแบบสตรีนิยม (1) <i>ดร. วิลาสินี พิพิธกุล</i>	17
“ความเป็นแม่” จากมุมมองแบบสตรีนิยม (2) <i>ดร. วิลาสินี พิพิธกุล</i>	23
เสียงเพรียกจากผู้หญิงไม่มีลูก : ประเด็นความสัมพันธ์หญิงชาย <i>ดร. พิมพ์วัลย์ บุญมงคล</i>	29
นโยบายรัฐต้องรองรับมิติที่หลากหลายของเทคโนโลยีสร้างลูก <i>รัชัญญา ใจดี</i>	59
นโยบายและมาตรการของรัฐ ที่เกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ <i>รัชัญญา ใจดี</i>	65
รู้จักมูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง	83

เทคโนโลยีสร้างลูก... ...สร้างทุกขให้ใคร

โดย...นพวิญา บุญภักดี

บทความนี้พิมพ์ครั้งแรกใน...

คอลัมน์เสียงสตรีหนังสือพิมพ์โพสทูเดย์วันเสาร์ที่ 13 ธันวาคม 2546



เทคโนโลยีสร้างลูก...

...สร้างทุกข์ให้ใคร

ภาพคุณภรรยาทำนบน้ำตาหลายกลางรายการสนทนาเมื่อคืนวันพุธที่ผ่านมา ทำเอาผู้ชมทางบ้าน (รวมตัวดิฉันเองด้วย) ออดไม่ได้ที่จะร้องให้ตาม คุณภรรยาเป็นหนึ่งในผู้ที่มีบุตรยาก ทั้งที่ไม่คุมกำเนิดหลังแต่งงานมากกว่า 7 ปีแต่ก็ไม่ตั้งครรภ์ คงไม่ต้องเล่าซ้ำว่าคุณภรรยาเจออะไรบ้างที่คลินิกย่านพระรามหกแห่งนั้น เพราะเรื่องของเธอเป็นข่าวต่อเนื่องตลอดอาทิตย์นี้ สิ่งที่น่าสนใจคือความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์ของคุณภรรยา ช่างคล้ายคลึงกับผู้หญิงอีกจำนวนมากที่ตกอยู่ในกลุ่ม “ผู้มีบุตรยากหรือเป็นหมัน”

ยกตัวอย่างจากผลการศึกษาประสบการณ์และความคิดของผู้หญิงที่มีบุตรยาก โดย รศ.ดร. พิมพ์วัลย์ บุญมงคล แห่งศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ระดับลึกผู้หญิงที่มีบุตรยากจำนวน 12 คน และพยายามที่จะเข้าใจปัญหาจากมุมมองของผู้เป็นเจ้าของปัญหา พบว่าเรื่องของกรณีบุตรยาก เป็นปรากฏการณ์ที่สลับซับซ้อน ไม่ใช่เป็นเพียงเรื่องของคนอยากมีลูก และไม่ใช่ว่าเรื่องของผู้ที่เป็น “โรค” ชนิดหนึ่ง

ที่สำคัญคือเมื่อเกิดภาวะ “ไม่ท้องเสียที” ฝ่ายหญิงมักถูกเพ่งเล็งเป็นคนแรกว่ามีความบกพร่องตรงไหนซักที่ในอวัยวะของเธอ ทั้งที่การมีบุตรยากอาจมีสาเหตุอยู่ที่ฝ่ายชาย หรือไม่ก็ทั้งคู่

ผู้หญิงคนหนึ่งที่ทำให้สัมภาษณ์สะท้อนว่า “ผู้หญิงโดนตำมากกว่าผู้ชาย เป็นเพราะผู้หญิงมดลูกไม่ดี รังไข่ไม่ดี มีสาเหตุสารพัด แต่ผู้ชายที่มีเช็อน้อย กินยาเพิ่มเชื้อได้อาจจะติดลูกได้ ไม่เป็นไร แพนเคยกินยาเพิ่มเชื้อแล้ว แต่ไม่ติด”

เรียบเรียงโดย น.ส. อรุณรัตน์ น.ส. อรุณรัตน์

งานวิจัยในต่างประเทศพบว่าสาเหตุของการมีบุตรยากอยู่ที่ฝ่ายสามีประมาณร้อยละ 50 มีการนำน้ำเชื้อและตัวอสุจิไปตรวจโดยละเอียดและพบความผิดปกติต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการเคลื่อนไหวของตัวอสุจิ รูปร่างของตัวอสุจิ หรือในหลายกรณีปริมาณน้ำเชื้อที่ถูกสร้างมีน้อยมากด้วยผลกระทบจากการดื่มเหล้าสูบบุหรี่ และการกระทบกับสารเคมี

การค้นหาสาเหตุการมีบุตรยากหรือเป็นหมันในฝ่ายชายนั้น เป็นเรื่องไม่ยากไม่ซับซ้อน ใช้เวลาไม่นาน และแทบจะไม่ต้องเจ็บตัว แต่เราก็มักพุ่งเล็งไปที่ผู้หญิงและเริ่มกระบวนการรักษาไปโดยไม่ได้ตรวจหาสาเหตุในฝ่ายชาย ในหลายกรณีผู้หญิงจึงต้องเจ็บปวดโดยไม่จำเป็น

สรุปว่าสาเหตุที่ “ไม่ท้องเสียที” อยู่ที่ทั้งหญิงและชายพอกๆกัน แต่แล้วทำไมความกดดันจากสังคมจึงมักตกอยู่ที่ฝ่ายหญิง

ผู้หญิงคนหนึ่งเล่าว่า “ญาติๆพี่ล้าว่าเดี๋ยวแฟนไปมีคนใหม่ เราก็งงใจแต่ก็แกล้งตอบไปเล่นๆว่าเดี๋ยวฉันก็มีแฟนใหม่ได้” อีกคนเจอว่า “ญาติแฟนชายุให้เลิกให้หาใหม่”

ความกดดันที่มาในรูปแบบของการวิพากษ์วิจารณ์ การผลักดันให้ไปรับการรักษา และแสวงหาวิธีการใหม่ต่าง ๆ นานา เป็นความกดดันที่เนิ่นนานและสร้างความทุกข์ใจอย่างใหญ่หลวงแก่ผู้หญิง

ครั้งหนึ่งในวงเสวนาจับเข่าคุยกันเรื่องสุขภาพผู้หญิง ผู้หญิงคนหนึ่งลุกขึ้นเล่าว่ามีเพื่อนซึ่งพยายามจะมีลูก เพราะทุกข์มาก ครอบครัวสามีตำหนิ อยากจะหาสะใภ้ใหม่ จึงเข้าคลินิกมีบุตรยาก ไปทำกิฟท์แต่ก็ท้องนอกมดลูก จนต้องตัดปีกมดลูกและรังไข่ข้างหนึ่งออกไป ส่วนเพื่อนอีกคนไปทำกิฟท์ พอเจอกันก็เห็นว่าสภาพแย่มาก ทั้งฉีดยาและต้องกินยาเยอะมากในแต่ละวัน เป็นหลายสิบเม็ด ทำอยู่เป็นปี เสียเงินไปหลายแสนก็ไม่ท้อง และเลิกทำเพราะถอดใจแล้ว

ทั้งแรงกดดัน ความทุกข์ และความเสี่ยงต่อสุขภาพเหล่านี้ ต่างวางอยู่บน

พื้นฐานความเชื่อว่า คุณค่าของผู้หญิงอยู่ที่ความสำเร็จของการมีลูก ถ้าเป็นลูกชาย ชีตชั้นความสำเร็จก็อาจกระเถิบสูงขึ้นไปอีกหน่อย ถ้าเป็นลูกสาว ชีตนี้ก็อาจกระเถิบต่ำลงมาอีกนิด

ดร. พิมพวัลย์ เสนอไว้ในงานวิจัยนำร่องชิ้นนี้ว่าผู้หญิงที่ไม่มีลูกจะผ่านขั้นตอนของการเผชิญปัญหาและการปรับตัวอยู่ 3 ขั้นตอน คือ

ความทุกข์และการตีตรา - เนื่องจากรู้สึกล้มเหลวในความเป็นผู้หญิงและความเป็นเมีย รู้สึกผิด รู้สึกว่าเป็นคนมีบาปติดตัว รู้สึกว่าไม่เป็นที่ยอมรับของคนรอบข้าง และกังวลกับความไม่มั่นคงในชีวิตคู่ เพราะตัวตนความเป็นผู้หญิงในสังคมไทยถูกกำหนดโดยวัฒนธรรมทางเพศว่าผู้หญิงคือผู้ผลิตลูกเพื่อสืบวงศ์ตระกูล

ในขั้นที่ 2 ผู้หญิงจะแสวงหาคำอธิบายและวิธีแก้ไขปัญหามา แรงกดดันว่าต้องท้องต้องมีลูก ทำให้ผู้หญิงมีความอดทนอย่างเหลือเชื่อในการเสาะหาหนทางในการมีลูก ยอมเสี่ยงต่อวิธีการต่างๆ เพื่อเอาชนะ “ความไม่สมบูรณ์แบบ” ที่เป็นอยู่

สุดท้ายเมื่อไม่ประสบผลสำเร็จ ในขั้นที่ 3 ผู้หญิงจะกลับคืนสู่การให้คุณค่ากับตนเอง ทั้งด้วยการให้ความหมายใหม่เชิงบวกกับการไม่มีลูกของตนเอง ไม่ว่าจะเป็นการมองว่าตนเองมีบุญที่ไม่ต้องรับภาระไปตลอดชีวิต การทำงานหนักเพื่อให้ประสบความสำเร็จในงาน หรือการไข่มุมมองทางศาสนาเพื่อยอมรับสภาพของตนได้อย่างเป็นสุข

ผู้หญิงจำนวนหนึ่งผ่านมาหมดทั้งสามขั้นตอนและใช้ชีวิตอย่างมีความสุขเพราะมองเห็นคุณค่าในตนเอง ผู้หญิงอีกจำนวนหนึ่งยังสะดุดอยู่ ณ ขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่ง

สังคม (เราทุกคนนี่แหละ) ต้องช่วยลดแรงกดดัน อย่ากระทำความรุนแรงต่อผู้หญิงที่ไม่มีลูกด้วยการตำหนิติเตียน หรือเพ่งเล็งแต่เรื่องที่เธอไม่มีลูก

รัฐเองก็ต้องช่วยให้ผู้หญิงและคู่ผ่านพ้นไปถึงขั้นที่สามได้ง่ายขึ้น คลินิกผู้มีบุตรยากที่ตั้งอยู่แทบทุกโรงพยาบาลต้องเปิดมิติการบริการดูแลด้านจิตใจ เพราะเอาเข้าจริง “เทคโนโลยีสร้างลูก” ก็ช่วยให้คนสมหวังประมาณร้อยละ 10 เท่านั้นเอง

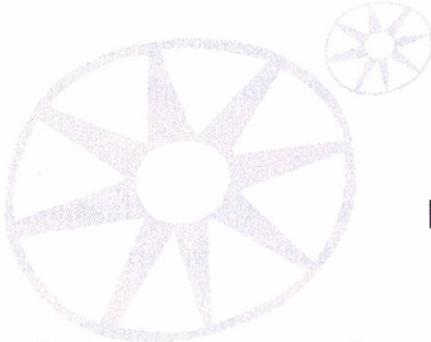


ผู้หญิง...ไป และคำว่า “แม่”

โดย...ณัฐยา บุญภักดี

บทความนี้พิมพ์ครั้งแรกใน...

คอลัมน์คิดต่างอย่างผู้หญิง หนังสือพิมพ์โลกวันนี้ วันศุกร์ที่ 26 สิงหาคม 2548



พูห์กบิง...ไป และคำว่า “ไป”

เอริน เป็นชื่อของหญิงสาวอเมริกันผู้ตัดสินใจบริจาคไข่ให้แก่คู่สมรสที่มีบุตรยาก เอรินอ่านหนังสือพิมพ์และเจอโฆษณาเชิญชวนผู้หญิงอายุตั้งแต่ 20 จนถึง 30 ต้นๆ มาบริจาคไข่พร้อมรับเงินสมนาคุณจำนวน 3,000 ดอลลาร์ หญิงสาวผู้นี้กำลังต้องการใช้เงินอยู่พอดี

เอรินเคยได้ยินเรื่องราวของการบริจาคไข่มาก่อน ในความเป็นอเมริกันชนเธอรู้ว่าคู่สมรสที่มีลูกยากจะไปรับบริการที่คลินิกเจริญพันธุ์ ฝ่ายหญิงจะต้องผ่านกระบวนการทางการแพทย์ที่เรียกว่า การใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ เพื่อช่วยให้เธอสามารถตั้งครรภ์ได้ และผู้หญิงเหล่านี้ต้องการ “ไป” ที่สมบูรณ์เพื่อนำไปใช้ในกระบวนการปฏิสนธิแล้วใส่กลับเข้าไปในมดลูกของเธอเองเพื่อเจริญต่อไปเป็นทารกตัวน้อย

คู่สมรสที่อยากมีลูกด้วยวิธีนี้ต้องจ่ายเงินเป็นค่าบริจาคไข่ประมาณ 3,000 – 5,000 ดอลลาร์ และจ่ายค่าบริการทางการแพทย์อีกประมาณ 10,000 – 20,000 ดอลลาร์

การประกาศขอรับบริจาคไข่พร้อมข้อเสนอว่าจะจ่ายเงินให้ถือเป็นเรื่องถูกกฎหมายในสหรัฐอเมริกา คนทั่วไปรับรู้เรื่องนี้ แต่สิ่งที่คนส่วนใหญ่ไม่รู้ก็คือผู้บริจาคไข่เองก็ต้องผ่านกระบวนการทางการแพทย์มากมายไม่แพ้ว่าที่คุณแม่

หัวใจสำคัญอยู่ตรงที่แพทย์จะต้องทำให้รอบประจำเดือนของผู้บริจาคไข่ ตรงกันกับรอบประจำเดือนของผู้รับบริจาค เป็นการเตรียมการให้ “ไข่” ของผู้บริจาค กับ “มดลูก” ของผู้รับบริจาค มีความพร้อมในเวลาเดียวกัน

กระบวนการทั้งหมดกินเวลาราว 5 อาทิตย์ เริ่มต้นจาก สองอาทิตย์แรก- ผู้บริจาคได้รับยาคุมกำเนิดเพื่อปรับสภาพรังไข่ให้ตรงกับรอบประจำเดือนของผู้รับ อีกสองอาทิตย์ต่อมา-ผู้บริจาครับการพ่นยาหรือฉีดยาเพื่อป้องกันการตกไข่ก่อนเวลาสมควร และเมื่อกำลังจะเข้าอาทิตย์สุดท้าย-ผู้บริจาคจะได้รับการฉีดยากระตุ้นให้รังไข่ผลิตไข่ จากนั้นคุณหมอมจะฉีดยาเพื่อเตรียมรังไข่ให้เกิดการตกไข่ออกมา ไข่สุดท้ายคือ ผู้บริจาคจะถูกทำให้สลบประมาณ 2 ชั่วโมงเพื่อให้คุณหมอดูดไข่ออกจากรังไข่ของเธอ

ไข่ที่ถูกดูดออกมาจะถูกนำไปวางรวมกับตัวอสุจิในงานเพาะเพื่อให้เกิดการรวมตัวหรือที่เรียกว่า ปฏิสนธิ และเจริญต่อไปเป็นเซลล์ตัวอ่อนหรือ เอ็มบริโอ หลังจากนั้นคุณหมอมจะใส่เอ็มบริโอเข้าไปในมดลูกของว่าที่คุณแม่ รอดูต่อไปว่าเอ็มบริโอจะสามารถเจริญเติบโตภายในมดลูกได้สำเร็จหรือไม่

หลังกระบวนการบริจาคไข่สิ้นสุดลง ผู้บริจาคต้องใช้เวลาราว 1-3 อาทิตย์กว่าร่างกายจะกลับเข้าสู่ภาวะปกติ ในช่วงเวลา 3 อาทิตย์นี้ ร่างกายจะมีความไวต่อการตั้งครรภ์มาก คือมีโอกาสสูงมากที่จะท้องว่างนั้นเอง เพราะฉะนั้นจึงต้องมีการคุมกำเนิดแบบดับเบิลในช่วงนี้ คืออาจจะทั้งฉีดยาคุมและใช้ถุงยางอนามัย หรือถ้าใช้ถุงยางอนามัยก็ต้องใส่สองอันซ้อน นอกจากนี้ยังต้องเฝ้าสังเกตสุขภาพและรอบประจำเดือนของตัวเองด้วยว่าเป็นปกติหรือไม่

ข้อมูลที่เรารู้ก่อนตัดสินใจบริจาคไข่ไม่ได้มีแค่กรรมวิธีต่างๆที่เราต้องเจอเท่านั้น ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงหรือผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นก็ควรต้องรู้ไว้ก่อนตัดสินใจ ต้องย้ำว่ามันอาจจะเกิดขึ้นนะะ ไม่ใช่ต้องเกิดขึ้นเสมอไป

ผลข้างเคียงที่พบบ่อยคือ อารมณ์แปรปรวน ซึมเศร้าหุดหู่ มดลูกบีบรัดตัว เต้านมตึงคัด ช่องคลอดแห้ง ปวดหัว และไม่สบายเนื้อสบายตัว ซึ่งอาจจะเป็นอย่างนี้ตั้งแต่ 2-5 อาทิตย์จึงจะหาย

ผลข้างเคียงอีกอย่างคือ การท้อง เพราะการได้รับยากระตุ้นให้ไข่ตกอาจทำให้เรามีความต้องการทางเพศสูงขึ้น การคุมกำเนิดแบบดับเบิลอย่างที่บอกจึงเป็นเรื่องสำคัญมากๆ และในช่วงที่ฉีดยากระตุ้นรังไข่ไปแล้วยังไม่ควรมีเซ็กส์ เพราะการมีเซ็กส์

ในขณะที่รังไข่เต็มไปด้วยไข่ที่พร้อมปฏิสนธิอาจจะทำให้เจ็บปวดมากและเป็นอันตรายต่อรังไข่ด้วย นอกจากนี้ยังมีโอกาสสูงที่จะเกิดท้องนอกมดลูก หรืออาจท้องแฝด

ผลข้างเคียงอีกอย่างที่เกิดยากแต่ถ้าเกิดขึ้นแล้วค่อนข้างอันตรายคือ การได้รับยากระตุ้นการตกไข่อาจทำให้มีอาการตกไข่มากเกินไปหรือรังไข่บวมน้ำซึ่งเจ็บปวดมาก ถ้าโชคร้ายของเหลวในรังไข่เล็ดลอดสู่ส่วนอื่นของร่างกาย เช่นถ้าเข้าไปในปอดก็จะหายใจลำบาก หรืออาจทำให้ไตทำงานผิดปกติเกือบจะเข้าขั้นไตวายซึ่งอันตรายมากที่นั่นเราจะไม่รู้ได้อย่างไรว่ากำลังจะเกิดภาวะเหล่านี้ มีสัญญาณเตือนที่เราต้องสังเกตอย่างละเอียด เช่น มีก้อนเลือดขนาดใหญ่ติดทางงวงใน มีความเจ็บปวดมากผิดปกติ หายใจไม่ถนัด อ่อนเพลียมากผิดปกติ ต้องจับตาดูอาการเตือนเหล่านี้ไว้และถ้าเกิดขึ้นให้รีบไปโรงพยาบาลโดยด่วน เข้าห้องฉุกเฉินเลยยิ่งดี

อีกเรื่องที่ต้องคิดก่อนตัดสินใจบริจาคไข่ก็คือ การบริจาคไข่อาจส่งผลให้ตัวผู้บริจาคมีลูกยาก แม้โอกาสที่เกิดจะต่ำมาก แต่ถ้าผู้บริจาคยังไม่เคยมีลูก นี่เป็นอีกเรื่องที่ต้องคิด เพราะการดูไข่ออกจากรังไข่โดยใช้เข็มขนาดจิ๋วแทงเข้าไปหลายครั้ง มีโอกาสทำให้เกิดแผลเป็นหรือการติดเชื้อที่อาจส่งผลให้มีลูกยากในอนาคต

ประการสุดท้ายคือผลข้างเคียงที่แม้แต่คณะกรรมการจริยธรรมแห่งชาติว่าด้วยเรื่องการช่วยเจริญพันธุ์แห่งสหรัฐอเมริกายังประกาศว่าการแพทย์มีองค์ความรู้น้อยมากและยังยืนยันไม่ได้ ก็คือโอกาสเป็นมะเร็งรังไข่ ซึ่งผลการศึกษาบางอันบอกว่าผู้หญิงที่เคยรับยากระตุ้นการตกไข่จะมีความเสี่ยงต่อมะเร็งรังไข่มากเป็น 3 เท่าของผู้หญิงที่ไม่เคยรับยา แต่ผลการศึกษาบางอันก็พบว่ามันเกิดขึ้นในกรณีที่ผู้หญิงรับยากระตุ้นการตกไข่ติดต่อกันนานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปเท่านั้น

ผู้บริจาคไข่บางคนมีมุมมองว่าการบริจาคไข่เป็นเสมือนการเสียสละที่ยิ่งใหญ่ ในขณะที่บางคนทุกข์ทรมานอย่างแสนสาหัสจากอาการที่รังไข่ถูกกระตุ้นมากเกินไป และมีความเห็นว่าผู้หญิงไม่ได้รับการคุ้มครองสุขภาพและสิทธิมากพอในขณะที่ร่างกายถูกกระทำโดยกระบวนการทางการแพทย์

การบริการทางการแพทย์สำหรับผู้มีบุตรยากในอเมริกาเป็นเรื่องของธุรกิจ สื่อมวลชนในอเมริกาถึงกับเรียกว่าเป็นอุตสาหกรรมเลยทีเดียว เพราะความที่มูลค่ารายได้ต่อปีมีตัวเลขสูงถึง 6 พันล้านเหรียญสหรัฐ เรื่องเงินนั้นไม่เข้าใครออกใครอย่างที่เรารู้ แม้ว่าการบริจาคไข่และอสุจิจึงเป็นการกระทำที่ชอบโดยกฎหมายแต่รายละเอียดต่างๆ เป็นเรื่องที่คู่สมรสที่มีบุตรยาก แพทย์ที่ให้บริการ และผู้บริจาคไข่ มาตกลงกันเอาเอง

จึงเป็นที่วิพากษ์วิจารณ์กันในอเมริกาขณะนี้ว่าควรหรือไม่ควรที่กฎหมายจะเอื้อมือเข้ามาพิทักษ์ปกป้องสิทธิของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง และแค่ไหน อย่างไร จึงจะพอเหมาะพอควร อย่างเช่น อายุของผู้บริจาค ความถี่ของการบริจาค การจ่ายค่าชดเชยให้ผู้บริจาค ซึ่งทำให้การบริจาคกลายเป็นการซื้อขายไข่ไปโดยปริยาย และคำถามเชิงปรัชญาก็คือการที่ผู้หญิงสามารถถ่ายทอดดีเอ็นเอของตนไปสู่เด็กอีกคนโดยไม่ต้องท้องหรือคลอดเองนั้น มันทำให้ความหมายของคำว่าแม่เปลี่ยนแปลงหรือไม่อย่างไร

ทั้งหมดนี้เป็นปัญหาในสังคมอเมริกันแล้ว แต่บ้านเรายัง เพราะยังไม่มีคดีตั้งขึ้นสู่ศาล แต่ในความเงียบนี้ไม่ได้แปลว่าเราไม่มีการซื้อขายไข่ เชื่อว่าอีกไม่นานเราต้องได้มาทำความเข้าใจและสร้างข้อตกลงกันล่ะค่ะว่าสังคมไทยจะยอมให้มีการดำเนินการกันแค่ไหนอย่างไร ล้อมคอกก่อนวัวหายจะดีกว่าไหมคะ ?



การวิจัย “สเต็มเซลล์” ในมุมมองสตรีศึกษา

โดย...บิฐญา บุญภักดี

บทความนี้พิมพ์ครั้งแรกใน...
คอลัมน์เสียงสตรี หนังสือพิมพ์โพสทูเดย์ วันเสาร์ที่ 20 สิงหาคม 2548)



การวิจัย “สเต็มเซลล์” ในมุมมองสตรีศึกษา

สเต็มเซลล์ (stem cell) หรือ เซลล์ต้นตอ หรือ เซลล์ต้นกำเนิด เป็นชื่อเรียกของเซลล์ที่มีศักยภาพที่จะพัฒนาไปเป็นเซลล์อวัยวะต่างๆของร่างกาย

บทความ “เซลล์มหัศจรรย์แห่งการบำบัด” โดย ริค ไวส์ แห่งนิตยสารเนชั่นแนล จีโอกราฟฟิก (NG) ประจำเดือนกรกฎาคม เกริ่นนำว่า เมื่อชีวิตเริ่มถือกำเนิดขึ้น เซลล์หนึ่งเซลล์จะแบ่งตัวออกเป็นสอง จากสองเป็นสี่ ทวีจำนวนขึ้น จนกลายเป็นลูกกลมๆ ที่ประกอบด้วยเซลล์มากมายซึ่งจะเติบโตเป็นมนุษย์ต่อไป นักวิทยาศาสตร์ฝันที่จะแยกเซลล์ไร้เดียงสาเหล่านี้ออกจากเอ็มบริโอของมนุษย์ เพื่อนำมากระตุ้นในสภาพปลอดเชื้อให้พัฒนาไปเป็นเซลล์กว่า 200 ชนิดซึ่งประกอบขึ้นเป็นร่างกายมนุษย์ ทั้ง เซลล์ตับ สมอ ผิวหนัง กระดูก และเส้นประสาท อันเป็นกระบวนการอัจศจรรย์ที่เกิดขึ้นในครรภ์มารดา ความใฝ่ฝันดังกล่าวจะนำไปสู่การปฏิบัติทางการแพทย์เพื่อซ่อมแซมอวัยวะหรือเนื้อเยื่อที่เสียหาย โดยใช้เทคโนโลยีใหม่ที่เรียกว่า เทคโนโลยีการรักษาและฟื้นฟูด้วยเซลล์ต้นกำเนิด (regenerative medicine) ซึ่งมีสเต็มเซลล์เป็นตัวเอกนี้เอง

แล้วสเต็มเซลล์มาจากไหน ? ต่อคำถามนี้ ริค ไวส์ แห่งนิตยสาร NG อธิบายว่า สเต็มเซลล์มี 2 ประเภทแบ่งตามแหล่งกำเนิด

ประเภทแรกเป็นสเต็มเซลล์ที่มีอยู่แล้วในร่างกายของมนุษย์โดยแฝงอยู่ในอวัยวะและเนื้อเยื่อต่างๆ สเต็มเซลล์ชนิดนี้เรียกว่า สเต็มเซลล์ผู้ใหญ่ หรือ adult stem cell เช่นในเลือด ไชกระดูก สมอ ตับอ่อน เป็นต้น สเต็มเซลล์ที่อยู่ในรกและสายสะดือถูกรวมอยู่ในกลุ่มสเต็มเซลล์ผู้ใหญ่นี้ด้วยเช่นกัน

สเต็มเซลล์อีกประเภทหนึ่งเรียกว่า สเต็มเซลล์จากเอ็มบริโอ หรือ embryonic stem cell เป็นสเต็มเซลล์ที่ได้จากการเพาะเลี้ยงเอ็มบริโอหรือกลุ่มเซลล์ที่เป็นตัวอ่อนนั่นเอง เอ็มบริโอที่ใช้ในการเพาะเลี้ยงสเต็มเซลล์มีที่มาจาก 2 แหล่ง คือ เอ็มบริโอที่เหลือจากการทำเด็กหลอดแก้ว กับเอ็มบริโอที่ได้จากการโคลนนิ่ง

ความต่างที่สำคัญระหว่างสเต็มเซลล์ผู้ใหญ่ กับสเต็มเซลล์เอ็มบริโอ คือ สเต็มเซลล์ของผู้ใหญ่มีพัฒนาการไปตามเนื้อเยื่อต้นกำเนิด เช่น สเต็มเซลล์จากสมองพัฒนาไปเป็นเซลล์ประสาทได้ แต่ไม่อาจเปลี่ยนเป็นเซลล์ตับหรือเซลล์กระดูกได้ ในขณะที่สเต็มเซลล์จากเอ็มบริโอสามารถพัฒนาไปเป็นเซลล์ชนิดใดก็ได้ นี่เป็นสิ่งที่ริค ไวส์ อธิบายไว้ในบทความของเขา แต่คำอธิบายนี้ยังไม่เป็นที่สิ้นสุดเพราะในปัจจุบันนักวิทยาศาสตร์ยังคงค้นหาคำตอบว่าเป็นเช่นนี้แน่นอนหรือไม่

อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลเท่าที่มีอยู่ทำให้แนวโน้มของการวิจัยนับแต่ขึ้นไป ก็คือ สเต็มเซลล์จากเอ็มบริโอสร้างความหวังเรื่องรองให้แก่วงการแพทย์มากกว่าสเต็มเซลล์จากผู้ใหญ่

คำถามคือ เราจะไปหาเอ็มบริโอจากไหนมาใช้ในการเพาะเลี้ยงสเต็มเซลล์ ?

การสร้างเอ็มบริโอทำได้หลายวิธีแต่ทุกวิธีล้วนแล้วแต่ต้องใช้ไข่จากร่างกายผู้หญิงทั้งสิ้น และการจะได้ไข่จากร่างกายผู้หญิงก็ออกจะเป็นเรื่องสาหัสเพราะอย่างที่ทราบกันว่าโดยทั่วไปร่างกายผู้หญิงเกิดการตกไข่เพียงเดือนละ 1 ฟองเท่านั้น

การหาสเต็มเซลล์จากเอ็มบริโอที่เหลือใช้ตามคลินิกช่วยผู้มีบุตรยากอาจเป็นเรื่องพอรับได้ แต่การสร้างสเต็มเซลล์จากเอ็มบริโอที่ได้จากการโคลนนิ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพและชีวิตของผู้หญิงจำนวนมากในโลก เพราะการอนุญาตให้มีการโคลนเอ็มบริโอส่งผลให้ผู้หญิงที่ถูกชวนให้เข้าร่วมโครงการวิจัยจำต้องรับยาฮอร์โมนที่ช่วยทำให้เกิดการตกไข่จำนวนมาก ในขณะที่ผลข้างเคียงที่เป็นอันตรายของยาฮอร์โมนเหล่านี้เป็นเรื่องที่เรายังไม่รู้อีกเยอะ หรือที่มีข้อมูลแล้วก็ยังเป็นข้อมูลเพียงบางเสี้ยวบางส่วนเท่านั้น และที่สำคัญ ไม่ใช่ไข่ทุกใบเมื่อผ่านกระบวนการโคลนแล้วจะสามารถก่อเกิดเอ็มบริโอที่มีคุณภาพพอที่จะให้สเต็มเซลล์ที่ใช้งานได้จริง มีรายงาน

ผลการศึกษาที่ดีพิมพ์ทางวารสารทางการแพทย์พบว่า ในไข่จำนวน 176 ใบสามารถก่อให้เกิดเอ็มบริโอได้เพียง 1 เอ็มบริโอเท่านั้น

ลองนึกดูว่าขณะนี้เรามีการวิจัยสเต็มเซลล์อยู่ที่โครงการในโลก และในการศึกษาวิจัยสเต็มเซลล์โครงการหนึ่งๆ นักวิทยาศาสตร์ต้องใช้เอ็มบริโอจำนวนมากเท่าใดเพื่อนำมาเพาะเลี้ยงสเต็มเซลล์ และนั่นจะหมายถึงผู้หญิงจำนวนเท่าไรที่ต้องรับยาฮอร์โมนเพื่อกระตุ้นให้ร่างกายสร้างไข่โดยที่ยังไม่แน่ชัดว่ายาฮอร์โมนเหล่านั้นจะปลอดภัยต่อสุขภาพจริงหรือไม่

การโคลนเอ็มบริโอเพื่อเพาะสเต็มเซลล์จึงเป็นเรื่องที่ผู้หญิงเพิกเฉยไม่ได้

การวิจัยว่าด้วยสเต็มเซลล์ทั้งหลายจึงเป็นเรื่องที่ผู้หญิงต้องเรียนรู้เพื่อให้เข้าใจและเท่าทันสถานการณ์

เรื่องน่าคิดสำหรับผู้รักความยุติธรรมทั้งหลายไม่เฉพาะแต่นักสตรีนิยมก็คือผู้หญิงที่ถูกชักชวนเข้าร่วมโครงการทดลองเหล่านี้จะได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วนก่อนที่จะได้ตัดสินใจด้วยตัวเองว่าจะเข้าร่วมหรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าในโครงการทดลองนั้นๆ มีการใช้ยาที่ยังไม่มีข้อมูลว่าปลอดภัยต่อสุขภาพหรือไม่

ยิ่งไปกว่านั้น เราทราบกันดีอยู่แล้วว่าโครงการทดลองบางโครงการมีการให้เงินหรือสิ่งตอบแทนเพื่อจูงใจผู้เข้าร่วมโครงการ

และถ้าจินตนาการต่อไปในวันข้างหน้า (หรืออาจกำลังเกิดขึ้นแล้วในมุมเงี้ยวๆ มุมใดมุมหนึ่งบนโลกใบนี้) อาจมีความเป็นไปได้ว่าประชากรผู้หญิงกลายเป็นคนงานในโรงงานผลิตไข่เพื่อป้อนตลาดสเต็มเซลล์ก็เป็นได้ !

ทุกวันนี้ วงการโคลนนิ่งเพื่องานวิจัย (research cloning) พุดถึงความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและการสร้างโอกาสของการมีสุขภาพดีด้วยการใช้สเต็มเซลล์ในการรักษา มากยิ่งกว่าการพุดถึงความเสี่ยงอันตรายของประชากรผู้ต้องเสียสละไข่ รวมไปถึงจะอย่างไรเพื่อขจัดความเสี่ยงต่ออันตรายเหล่านั้น

นอกจากนี้ การถกเถียงเรื่องควรหรือไม่ควรให้โคลนนิ่งเอ็มบริโอเพื่อสร้างสเต็มเซลล์นั้น ยังเป็นการถกเถียงโดยมีจุดใหญ่ใจความอยู่ที่เรื่องสถานภาพความเป็นมนุษย์ของเอ็มบริโอ และกลายเป็นเพียงการเถียงกันระหว่างฝ่ายสนับสนุนซึ่งมีจุดยืนอยู่ที่เรื่องสุขภาพกับวิทยาศาสตร์ กับฝ่ายค้านที่ถูกเหมารวมว่าเป็นฝ่ายศาสนาและพวกโปรไลฟ์ (pro-life) ซึ่งกลุ่มหลังนี้สร้างชื่อเสียงมานานเรื่องการต่อต้านการทำแท้ง

ภาพกระบวนการได้มาซึ่งสเต็มเซลล์หรือเอ็มบริโอเลยถูกอธิบายในเชิงวิทยาศาสตร์จนมองไม่เห็นว่ามีมนุษย์ผู้หญิงเป็นองค์ประกอบสำคัญของการทดลอง

ประเด็นคือ ผู้หญิงต้องตื่นรู้กับเรื่องนี้ เพราะข้อถกเถียงต่างๆ ไม่ได้มองเห็นตัวตนของผู้หญิงเลย ไม่ว่าจะแ่งมุมทางวิทยาศาสตร์ หรือในทางจริยศาสตร์ ภาษาที่ใช้ในการอธิบายเรื่องสเต็มเซลล์มันเป็นวิทยาศาสตร์และขาดการอธิบายจนประชาชนทั่วไปแทบไม่เคยรู้ว่า ผู้หญิงเกี่ยวข้องกับเรื่องนี้อย่างไร

ในระหว่างที่การถกเถียงระหว่างวิทยาศาสตร์กับศาสนากำลังดำเนินไปนั้น การวิจัยสเต็มเซลล์ก็ดำเนินไปในหลายประเทศเช่นเดียวกัน เพราะนั่นหมายถึงเม็ดเงินจำนวนมหาศาลที่จะไหลมาสู่ผู้ที่สามารถควบคุมเทคโนโลยีนี้ได้เป็นคนแรกของโลก ในจังหวะเวลาอันสำคัญนี้เองที่นโยบายหรือกฎหมายที่จะถูกกำหนดขึ้นมา ต้องถูกสร้างจากมุมมองของผู้หญิงด้วยเหตุที่เป็นกลุ่มเปราะบางต่อการได้รับผลกระทบที่เป็นอันตรายจากกระบวนการพัฒนาเหล่านี้

อย่าให้มนุษย์กลุ่มหนึ่งกลุ่มใดต้องมาสังเวทให้กับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีจะดีกว่า เพราะประเด็นพื้นฐานจริงๆ มีอยู่แค่ว่า จริยธรรมในการใช้เทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพสูงนั้นหน้าตาเป็นอย่างไร และรัฐจะใช้เงินของประชาชนผู้เสียภาษีอย่างไรให้มีประสิทธิภาพสูงที่สุดในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

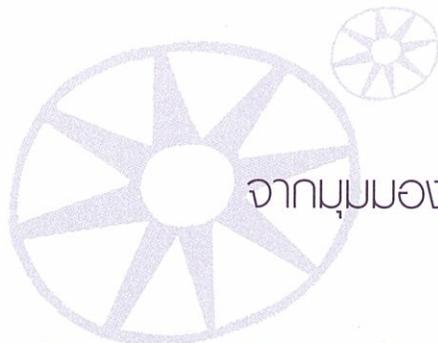


ความเป็นแม่ จากมุมมองแบบสตรีนิยม (1)

โดย...ดร. วิลาสินี พพิษฐกุล

บทความนี้พิมพ์ครั้งแรกใน...

คอลัมน์เสียงสตรี หนังสือพิมพ์โพสทูเดย์ วันเสาร์ที่ 14 สิงหาคม 2547



“ความเป็นแม่”

จากมุมมองแบบสตรีนิยม (1)

แนวคิดสตรีนิยม (Feminism) ให้ความสำคัญกับเรื่องของความสัมพันธ์แบบแม่กับลูกสาว (mother-daughter relationship) อย่างยิ่ง

เพราะเห็นว่าความสัมพันธ์นี้เป็นได้ทั้งขุมพลังอันยิ่งใหญ่ที่นำไปสู่ภาวะสร้างสรรค์และสิ่งดีงามต่างๆ แต่ในขณะเดียวกัน ความสัมพันธ์แบบแม่กับลูกสาวนี้ก็อาจจะกลายเป็นที่มาแห่งการทำลายล้าง และความรุนแรงในรูปแบบต่างๆ ได้ หากเป็นความสัมพันธ์แบบทั้งรักทั้งเกลียดชัง

ผู้เขียนถือโอกาสร่วมฉลองเทศกาลวันแม่แห่งชาตินี้ ด้วยการหยิบยกเอาเรื่องของแม่ หรือความเป็นแม่ (motherhood) มาวิเคราะห์ผ่านสายตาแบบนักสตรีนิยม ซึ่งในสัปดาห์นี้จะขอเน้นไปที่มุมมองของสตรีนิยมนอกกระแส แล้วค่อยมาพูดถึงสตรีนิยมที่เป็นทฤษฎีหลักในสัปดาห์หน้า

ก่อนอื่นต้องอธิบายว่าทำไมต้องมีสตรีนิยมนอกกระแสหลัก แล้วทฤษฎีสตรีนิยมที่ร้ายเรียนกันตามตำรานั้นได้สถาปนาตัวเองเป็นพวกกระแสหลักไปตั้งแต่เมื่อไหร่กัน

แม้ว่าสตรีนิยมจะเป็นแนวคิดที่มุ่งหรือสร้างความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเพศที่มีผลให้เพศหนึ่งมีอำนาจเหนือกว่าเพศหนึ่ง จนนำไปสู่รูปแบบของการกดขี่ในภาวะต่างๆ กันนั้น ตัวทฤษฎีสตรีนิยมเองก็ยังมีช่องว่างบางจุดที่ทำให้การอธิบายสภาพการกดขี่ทางเพศมีลักษณะของการเหมารวม และมองข้ามปัญหาเฉพาะของผู้หญิงในวัฒนธรรมต่างๆ ทำให้แนวคิดสตรีนิยมต่างๆ ไปถูกมองว่าเป็นแนวคิดจากมุมมองของผู้หญิงชนชั้นกลางมีการศึกษา และที่สำคัญคือ เป็นผู้หญิงตะวันตกผิวขาว หน้าที่เรียกกันว่าเป็นพวก white-western-middle class feminist เช่น สำนักคิดสตรี

นิยมแนวสุดขั้วซึ่งมักอยู่ในตะวันตก ก็จะมองเรื่องของความเป็นแม่ว่าเป็นเรื่องที่ถูก
อุปโลกนขึ้นมาเพื่อรับใช้หรือหล่อเลี้ยงระบบสังคมแบบชายเป็นใหญ่ การปลดปล่อย
ผู้หญิงในรูปแบบหนึ่งนั่นก็คือ การเปิดโอกาสให้ผู้หญิงหลุดพ้นออกจากสถาบันแห่ง
ความเป็นแม่ที่ถูกสังคมสร้างขึ้นนั่นเอง

แต่ในขณะเดียวกัน แนวคิดดังกล่าวข้างต้นก็ไปมีผลต่อการกดทับคุณค่าและ
พลังอันสร้างสรรค์ของผู้หญิงอีกกว่าก่อนโลก ที่เชื่อว่าความเป็นแม่คือโอกาสและสิทธิ
ที่ผู้หญิงจะได้ดูแลจัดการตัวตนของตนเอง อันเป็นสิทธิพิเศษที่เพศชายก้าวเข้าไปไม่ถึง

และนี่ก็คือตัวอย่างของการแตกสายความคิดมาเป็นสตรีนิยมนอกกระแสหลัก

ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นแนวคิดที่รวบรวมมาจากประสบการณ์และเรื่องราวแห่งชีวิต
จริงของผู้หญิงผิวสีและผิวดำที่กระจายกันอยู่ทั่วโลก ซึ่งแนวคิดนี้เริ่มต้นชัดขึ้นมา
ตั้งแต่เมื่อสามสิบปีเศษมานี้

ตามแนวคิดของสตรีนิยมนอกกระแสหลัก ความเป็นแม่นั้นมีความหลากหลาย
มีการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงความหมายไปตามบริบทต่างๆ อยู่เสมอ แต่ถึงกระนั้นก็ตาม
ความเป็นแม่คือฐานคิดสำคัญที่ช่วยให้ผู้หญิงได้แสดงออก ได้เรียนรู้ และได้สัมผัสกับ
พลังอำนาจของตัวเอง อันเป็นอำนาจที่ผู้หญิงสามารถนิยามตัวตน สามารถให้คุณค่า
และเคารพในตัวเองได้ แม้บางคนอาจจะมองว่าความเป็นแม่คือภาระอันหนักหน่วง
ของผู้หญิง แต่แนวคิดนี้กลับมองว่าความเป็นแม่ได้เปิดโอกาสให้ผู้หญิงได้ตระหนักใน
ความเป็นจริงแห่งการมีอยู่ของตัวตนมากขึ้น และทำให้ผู้หญิงสามารถมองเห็นความ
สัมพันธ์ของตัวเองกับครอบครัว ชุมชน และสังคมภายนอกได้อย่างชัดเจนมากกว่าผู้ชาย
ด้วยเหตุนี้เอง ผู้หญิงจึงรู้จักที่จะอยู่กับธรรมชาติและมองตัวเองเป็นหนึ่งเดียวกับวงจร
ชีวิตของธรรมชาติมากกว่าผู้ชาย และเพราะเหตุนี้เอง ผู้หญิงจึงเป็นผู้ทำลายธรรมชาติ
น้อยกว่าผู้ชายมากนัก

ตัวอย่างของคุณยายไฮ นักสู้เพื่อพิทักษ์ผืนนาของตนเองและครอบครัว เป็น
ภาพสะท้อนที่ยืนยันว่า ความเป็นแม่ของคุณยายไฮนั้น ไม่ได้มีแต่เพียงแค่มแม่ของลูกๆ ตาม
สายเลือดเท่านั้น แต่ยายไฮยังปลุกฝังความเป็นแม่ของตนไว้กับแผ่นดินที่จมอยู่ใต้น้ำ

ซึ่งเคยเป็นแหล่งเลี้ยงปากเลี้ยงท้องของครอบครัวมาหลายชั่วรุ่นคน ในที่นี้ ความเป็นแม่ของยายโจจึงเป็นตัวเชื่อมต่อระหว่างความรักความอบอุ่นของแผ่นดินแห่งบรรพบุรุษ กับความรักที่ถูกถ่ายทอดผ่านลูกๆ ของเธอ

สตรีนิยมนอกกระแสอธิบายว่า ความเป็นแม่มีได้ 4 ประเภทด้วยกัน ได้แก่ แม่โดยสายเลือด (bloodmother) คือแม่ที่ให้กำเนิดลูก ประเภทที่สอง ได้แก่ แม่ที่ช่วยดูแล (other-mother) คือแม่ที่ช่วยเลี้ยงดูลูกของคนอื่น ซึ่งในที่นี้พบเห็นได้มากในระบบเครือญาติของไทย ที่สมาชิกผู้หญิงในครอบครัว เช่น ยาย ย่า ป้า น้า จะช่วยกันดูแลเด็กๆ ในบ้านด้วย และแม่ประเภทที่สามคือ แม่ของชุมชน (community other-mother) คือแม่ที่เป็นเสมือนศูนย์กลางของชุมชน เป็นแม่ที่คอยให้ความสนับสนุนและสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนอย่างไม่รู้เหน็ดเหนื่อย ไม่ต่างอะไรกับการฟูมฟักลูกของตน อย่างที่ประเทศไทยของเรามีสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ เป็นเสมือนแม่ของแผ่นดิน แม่ของประเทศ และแม่ของปวงชนชาวไทย

แม่ประเภทที่สี่ ก็คือ แม่แห่งจิตวิญญาณ (spiritual mother) อันได้แก่ แม่ที่เป็นผู้นำพาผู้คนในสังคมไปสู่การมีชีวิตอันประเสริฐ และสันติภาพ ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งแม่ในทางโลกและแม่ในทางธรรม ตัวอย่างของคุณแม่เทเรซา ผู้เสียสละเพื่อคนยากไร้ แม่ที่ปะ หึงุญธรรมดาชาวอินเดียผู้เป็นเสมือนพระที่บิในทางธรรมให้แก่หญิงชายเกือบทั่วโลก และแม่อัมมา หึงุญอินเดียที่ได้รับรางวัลผู้นำแห่งศาสนาและจิตวิญญาณแห่งโลกเมื่อสองปีก่อน

แม่อัมมาได้เคยพูดถึงความเป็นแม่ไว้ว่ายิ่งใหญ่และทรงพลังเทียบเท่ากับจักรวาล ซึ่งไม่ได้ถูกจำกัดไว้ในขอบเขตของเพศเชิงสรีระคือความเป็นเพศหญิงเท่านั้น แต่เธอได้บอกว่าใครก็ตามที่มีความกล้าพอจะพัฒนาจิตวิญญาณไปพ้นจากการแบ่งแยกและความแตกต่างแล้ว คนคนนั้นจะเข้าถึงสภาวะของความเป็นแม่แห่งจักรวาลนี้ได้ ตรงนี้เองที่ชี้ให้เห็นถึงความรักของแม่ที่เป็นรักซึ่งเปี่ยมด้วยเมตตากรุณา เป็นความรักที่ขยายจากลูกในอกของตนเอง มาสู่ความรักในธรรมชาติและสรรพชีวิตทั้งหมดได้

โดยรวมแล้วแนวคิดสตรีนิยมนอกกระแสหลักพยายามจะทำให้ผู้หญิงได้มองเห็นพลังอำนาจของตนในฐานะแห่งแม่ไม่ว่าคนคนนั้นจะเป็นแม่หรือลูกสาวก็ตาม ทำให้

มีความกล้าที่จะปฏิเสธและไม่ยอมจำนนกับความเป็นแม่เพียงเพราะจารีตประเพณีที่ปฏิบัติต่อกันมา

หรือกล้าที่จะสร้างความหมายและคุณค่าแห่งความเป็นแม่เสียใหม่โดยไม่ยอมรับคำอธิบายแต่ดั้งเดิมที่ทำให้ความเป็นแม่กลายเป็นเพียงเรื่องปกติหรือเรื่องธรรมดาแนวคิดนี้สนับสนุนหลักการว่าความเป็นแม่นั้นมีอยู่แล้วในตัวของผู้หญิงทุกคน แต่จะมีพลังได้ก็ต่อเมื่อผู้หญิงตื่นขึ้นจากการถูกรอบงำทางความคิดทั้งหมด กล้าคิดในแนวทางของผู้หญิงและเชื่อมั่นในภูมิปัญญาของตัวเอง ซึ่งพัฒนาขึ้นมาจากศักยภาพของผู้หญิงที่สามารถสัมผัสกับความเคลื่อนไหวของชีวิตในสายสัมพันธ์ของโลกนี้ได้นั่นเอง

เชื่อว่าหากความรักและความเมตตาแบบแม่แผ่กระจายอยู่ในสังคมไทยมากมาย ความสงบสุขและความกล้าหาญของเยาวชนที่จะทำสิ่งดีๆ เพื่อแผ่นดินแม่ของพวกเขา ก็น่าจะเกิดขึ้นได้

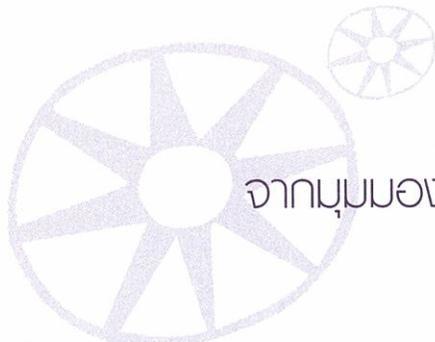


ความเป็นแม่ จากมุมมองแบบสตรีนิยม (2)

โดย...ดร. วิลาสิณี พิพิธกุล

บทความนี้พิมพ์ครั้งแรกใน...

คอลัมน์เสียงสตรี หนังสือพิมพ์โพสทูเดย์ วันเสาร์ที่ 21 สิงหาคม 2547



“ความเป็นแม่” จากมุมมองแบบสตรีนิยม (2)

สัปดาห์ที่แล้ว ผู้เขียนได้สะท้อนมุมมองของสตรีนิยมนอกกระแสหลักที่มีต่อความเป็นแม่ หรือ motherhood ไปแล้ว ในสัปดาห์นี้ จะขอถกกันเรื่องแนวคิดเกี่ยวกับความเป็นแม่ แบบสตรีนิยมทั่วไป หรืออาจจะเรียกได้ว่าเป็นสตรีนิยมกระแสหลักดูบ้าง

ดังที่ได้ชี้ให้เห็นแล้วว่า สตรีนิยมซึ่งเรียกตัวเองว่าเป็นพวกนอกกระแส เช่น พวกเฟมินิสต์ผิวสี ผิวดำ หรือพวกที่ไม่ใช่ตะวันตกนั้น ให้ความสำคัญกับคุณค่าของความเป็นแม่อย่างยิ่ง และเชื่อว่าพลังทั้งหมดในโลกนี้ล้วนแต่ก่อกำเนิดมาจากแม่ แต่ผู้หญิงมักถูกทำให้มองไม่เห็นพลังส่วนนี้และถูกทำให้เชื่อว่าความเป็นแม่เป็นเรื่องธรรมชาติหรือสัญชาตญาณของผู้หญิง สตรีนิยมนอกกระแสจึงพยายามยืนยันว่า ผู้หญิงต้องใส่คุณค่าและความหมายใหม่ให้แก่ความเป็นแม่ และตั้งอำนาจของการดูแลสรรพสิ่งทั้งหลายในโลกนี้คืนมา หากไม่ต้องการเห็นโลกหายนะไปมากกว่านี้

จะว่าไปแล้ว สตรีนิยมนอกกระแสหลักจะสอดคล้องไปกันได้กับความคิดความเชื่อของผู้หญิงไทยส่วนหนึ่ง และดูจะให้ความหวังในการต่อสู้เชิงวัฒนธรรมอยู่ไม่น้อย

แต่ครั้งมาดูข้างฝ่ายสตรีนิยมในกระแส ซึ่งส่วนใหญ่เป็นนักคิดฝ่ายตะวันตก กลับพบแนวคิดที่ค่อนข้างจะตรงกันข้ามแต่ก็ผสมผสานกันอยู่ในที่ นั่นคือ ฝ่ายนี้ไม่เห็นด้วยกับการเชิดชูสถาบันแห่งความเป็นแม่ เพราะมองว่าเบื้องหลังสถาบันนี้ก็คืออำนาจแบบชายเป็นใหญ่ที่แอบซ่อนอยู่ และสร้างมายาภาพให้แก่ผู้หญิงทั้งหลาย จนหลงใหลได้ปลื้มไปว่าการได้เป็นแม่คือจุดหมายปลายทางแห่งความฝัน

นักสตรีนิยมกลุ่มนี้จึงค่อนข้างโจมตีความเป็นแม่ที่ถูกสร้างขึ้นจนกลายเป็นสัญลักษณ์ของผู้หญิง และกลายเป็นวาทกรรมที่ไม่มีผลต่อการกำกับความคิด และการดำเนินชีวิตของผู้หญิง

อย่างไรก็ตาม ต้องขอย้ำว่านักสตรีนิยมหรือเฟมินิสต์เหล่านี้มิได้บอกว่าความเป็นแม่นั้นมีปัญหา แต่สิ่งที่เป็นตัวปัญหานั้นก็คือ วิธีการที่สังคมทำให้ความเป็นแม่กลายเป็นสถาบัน (institutionalized) ต่างหาก หรือพูดง่าย ๆ ก็คือ เฟมินิสต์ยืนยันว่าความเป็นแม่ในฐานะสถาบันเป็นสิ่งที่สังคมและวัฒนธรรมประกอบสร้างหรือเสกสรรปั้นแต่งขึ้น ไม่ใช่สิ่งที่มีอยู่แล้วตามธรรมชาติ

ยกตัวอย่างเช่น ซูลามิธ ไฟร์สโตน และจูเลียต มิทเชล ได้ชี้ให้เห็นว่าความแตกต่างของระบบอนามัยเจริญพันธุ์ระหว่างผู้หญิงกับผู้ชาย ได้ถูกนำมาใช้สร้างความชอบธรรมให้แก่การอยู่ ‘ติดบ้าน’ ของผู้หญิง เพราะผู้หญิงมีรอบเดือน ต้องอ้อมท้อง คลอดลูก ให้นมลูก จึงกลายเป็นเพศที่ต้องพึ่งพิงผู้ชายเพื่อการารอูรอด และยังทำให้ผู้ชายมีอำนาจเหนือเนื้อตัวร่างกายของผู้หญิง ในแง่ที่เป็นฝ่ายควบคุมระบบอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิง เช่น อยากให้ท้องหรือไม่ท้องเมื่อไร เป็นต้น

ส่วนแอนเดรียน ริช ที่เขียนหนังสือจากประสบการณ์ความเป็นแม่ ได้กล่าวถึงการที่ความเป็นแม่ได้ถูกทำให้กลายเป็นสถาบันว่า ทำให้ผู้หญิงเชื่อว่าถ้าใครไม่ใช่แม่ก็ไม่ใช่ผู้หญิงที่แท้จริง สถาบันความเป็นแม่จึงรับใช้ผลประโยชน์ของผู้ชายและทุนนิยม ไม่ใช่เพื่อการสร้างตัวตนของผู้หญิง อีกทศนะหนึ่งที่เกี่ยวข้องกันว่าเป็นบรมครูแห่งเฟมินิสต์ยุคคลาสสิก คือ ซีโมน เดอ เบอว์ว์ เจ้าของวาทะอันลือลั่นว่า “ผู้หญิงไม่ได้เกิดมาเป็นผู้หญิง แต่ถูกทำให้กลายเป็นผู้หญิงในภายหลัง” ได้กล่าวว่าการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้หญิงได้ดึงเอาพลังและความสนใจของผู้หญิงไปอย่างมาก เพราะการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้นำมาซึ่งความเจ็บปวดและทรมาน มิใช่แค่ในเรื่องของทางร่างกาย แต่หมายถึงทางจิตใจที่ทำให้ผู้หญิงส่วนใหญ่ยอมรับเอาความเป็นเพศที่ด้อยกว่าเข้ามาไว้ในตัวเอง

นักสตรีนิยมที่เน้นจุดสนใจไปที่เรื่องของจิตวิเคราะห์ได้อธิบายว่า ภาระหน้าที่ของผู้หญิงในฐานะแม่ได้กลายเป็นสาเหตุสำคัญของการแบ่งแยกแรงงานตามเพศและ

ทำให้ผู้ชายมีบทบาทเหนือและครอบงำผู้หญิงเสมอมา เพราะอย่างไรเสียความเป็นพ่อ ก็ไม่ต้องแบกภาระในบ้านเท่ากับความเป็นแม่อย่างแน่นอน

ข้างฝ่ายนักสตรีนิยมสายสังคมนิยมได้เพิ่มเติมว่าความเป็นแม่ถูกทำให้กลายเป็นตัวสร้างปัญหาให้แก่ผู้หญิงเพราะมันดำรงอยู่ในบริบทที่ผู้ชายมีอำนาจทางเศรษฐกิจและทุนเหนือกว่าผู้หญิงเสมอมา ทำให้ผู้ชายมีสถานะเป็นเหมือนเจ้าแรงงาน (ทางการผลิตในระบบครอบครัวและการผลิตซ้ำในเชิงของการมีบุตร) โดยที่แรงงานของแม่นั้นไม่ค่อยจะได้ถูกนับรวมว่ามีคุณค่าทางเศรษฐกิจเท่ากับแรงงานนอกบ้านอื่นๆ

สตรีนิยมแนวสุดขั้วได้พิจารณาความเป็นแม่ออกเป็น 2 มิติด้วยกัน คือ มิติที่เป็นประสบการณ์ กับมิติที่เป็นสถาบัน

ในแง่ของประสบการณ์นั้นสตรีนิยมสายนี้เชื่อว่าความเป็นแม่เป็นปัจจัยสำคัญที่เชื่อมต่อให้ผู้หญิงได้สัมผัสกับพลังภายในแห่งการก่อเกิดชีวิตใหม่และศักยภาพของผู้หญิงในการสืบทอดเผ่าพันธุ์ ทว่าพลังแห่งประสบการณ์นี้กลับถูกกดทับเอาไว้ภายใต้การสร้างสัญลักษณ์ของสถาบันแห่งความเป็นแม่ที่ถูกควบคุมโดยผู้ชาย ทั้งที่อยู่ในฐานะสามี พ่อ ลูกชาย และกฎหมายหรือจารีตต่างๆ ที่กำหนดโดยรัฐซึ่งสะท้อนวิธีคิดแบบผู้ชาย

ยกตัวอย่างเช่น การกำหนดจำนวนการมีบุตรของครอบครัว (ซึ่งส่วนใหญ่มุ่งที่จะพูดกับผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย) ซึ่งในบางสังคมต้องการให้ผู้หญิงผลิตลูกมากๆ ถึงกับจัดเอานโยบายแรงจูงใจต่างๆ ออกมา ในขณะที่บางสังคมใช้ทั้งไม้นวมและไม่แข็ง (เช่น การให้สวัสดิการพิเศษ และการเก็บภาษีมากขึ้น) เพื่อที่จะพรางผู้หญิงให้มีลูกแค่หนึ่ง และเมื่อผู้หญิงต้องให้นมลูก รัฐก็จะเข้ามาแทรกแซงเป็นระยะๆ ด้วยการออกแผนรณรงค์ที่แปรผันไปเรื่อยๆ ตามกระแสสุขภาพและกระแสทุน เช่น เวลานี้มีการเรียกร้องให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่แต่ในขณะเดียวกันก็ไม่ได้มีมาตรการอย่างจริงจังที่จะช่วยสนับสนุนค่าแรงและสวัสดิการของแม่ชนชั้นแรงงาน ภาพของผู้หญิงที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่จึงดูเหมือนจะเป็นสัญลักษณ์ของผู้หญิงชนชั้นกลางขึ้นไปมากกว่า ค่านิยมของการเลี้ยงลูก การให้นมลูก การหยุดให้นมลูก จึงเป็นไปตามความรู้และคำแนะนำของแพทย์หรือนักโภชนาการ และผลิตภัณฑ์เพื่อความสวยงามทั้งหลาย จนดูเหมือนว่า

ผู้หญิงแทบจะไม่มีสิทธิในเนื้อตัวร่างกายเลย ซึ่งต่างจากการเลี้ยงลูกในอดีตที่ไม่ใช่เรื่องของแม่คนในคนหนึ่ง แต่เป็นเรื่องของญาติพี่น้องและชุมชนที่ช่วยกันเลี้ยงดูและอบรมสั่งสอน

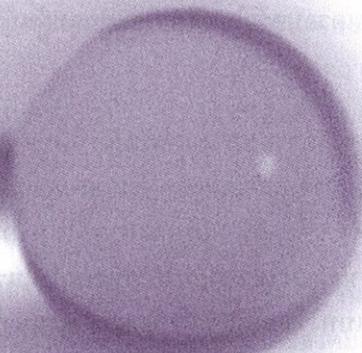
แม้ว่านักสตรีนิยมกระแสหลักเหล่านี้จะเสนอทางออกว่า ผู้หญิงต้องปลดปล่อยตัวเองออกจากพันธนาการของความเป็นแม่ให้ได้เสียก่อน จึงจะสามารถปลดปล่อยรูปแบบความไม่เท่าเทียมกันอื่นๆ ทางเพศได้ก็ตาม แต่หากนำเอาแนวคิดของสตรีนิยมแบบนอกกระแสหลักมาผสมผสานเข้าไปด้วยแล้ว อาจได้เห็นทางออกแบบเป็นรูปธรรมมากขึ้น คือ ทำให้ประสบการณ์และความรู้แบบผู้หญิงเกี่ยวกับความเป็นแม่มีคุณค่ามากขึ้น และลดความสำคัญของความเป็นแม่เชิงสถาบันหรือสัญลักษณ์ลงไป

นักสตรีนิยมเชื่อว่าหากเปลี่ยนแปลงสถาบันแห่งความเป็นแม่จากที่ผู้หญิงเป็นฝ่ายถูกสังคมกำหนด ให้ผู้หญิงเป็นผู้กำหนดชะตาชีวิตตัวเองนั้น จะเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ยิ่งใหญ่มากกว่าการปฏิรูปทางสังคมใด ๆ ทั้งปวง



เสียงเพรียกจากพู่หึงไม่มีลูก: ประเด็นความสัมพันธ์หญิงชาย

โดย..รศ.ดร.พิมพ์วิทย์ บุญมงคล





เสียงเพรียกจากพื้หนิงไม่มีลูก: ประเด็นความสัมพันธ์พื้หนิงชาย



บทนำ...

การวางแผนครอบครัวที่กำหนดไว้ภายใต้นโยบายอนามัยการเจริญพันธุ์ซึ่งได้ประกาศให้เป็นส่วนหนึ่งของนโยบายการพัฒนาสาธารณสุขระดับชาติในปี 2540 นั้น มิได้หมายความว่าถึงเพียงแค่ว่าเรื่องการคุมกำเนิด แต่ยังคงครอบคลุมถึงการให้บริการทางด้านอนามัยการเจริญพันธุ์แก่ผู้หญิงซึ่งต้องการมีบุตร เว้นระยะการมีบุตร และต้องการควบคุมจำนวนบุตรหรือขนาดของครอบครัว กลุ่มผู้หญิงที่เคยถูกละเลยไม่ได้รับความสนใจมากที่สุดในการวางแผนครอบครัวในอดีต ได้แก่กลุ่มผู้หญิงที่ต้องการจะมีบุตรแต่ไม่สามารถจะมีบุตรได้

ประเทศไทยในปัจจุบันรัฐได้จัดบริการสุขภาพแก่ผู้หญิงที่มีบุตรยากภายใต้โครงการ “คลินิกผู้มีบุตรยาก” ในโรงพยาบาลศูนย์ของทุกๆ จังหวัด และในโรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพมหานครเกือบทุกแห่ง ซึ่งคลินิกผู้มีบุตรยากนี้ให้บริการทางด้านการตรวจและรักษาแก่คู่สมรสที่มีบุตรยาก และได้ขยายบริการนี้ออกไปในระดับชุมชนรวมทั้งให้บริการแก่ประชาชนในเขตชนบท โดยให้คำปรึกษาและแนะนำแก่ผู้หญิงที่มีบุตรยาก การดำเนินโครงการดังกล่าวต้องการองค์ความรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้หญิงที่มีบุตรยากเหล่านี้ในช่วงวงจรชีวิต ในสถานการณ์ปัจจุบันเรายังมีองค์ความรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ ปัญหา และความต้องการของผู้หญิงที่มีบุตรยากอยู่น้อยมาก ตั้งแต่ประเด็นที่ว่าตัวผู้หญิงเองคิดอย่างไรเกี่ยวกับปัญหาการมีบุตรยากของเธอ เธออธิบายสาเหตุของปัญหาการมีบุตรยากหรือไม่มีบุตรของเธออย่างไร ปัญหาการไม่มีบุตรหรือมีบุตรยากส่งผลกระทบต่อชีวิต และความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและสังคมของเธอตลอดจนภาวะทางจิตใจของเธออย่างไร แรงกดดันจากสังคมซึ่งผู้หญิง

และสามีของเธอต้องเผชิญเป็นอย่างไร และมากมายสักเพียงใด ตลอดจนวิธีการที่ผู้หญิงเหล่านี้ใช้ในการเผชิญปัญหาต่อทัศนคติในทางลบจากสังคมเป็นอย่างไรบ้างประเด็นต่างๆ เหล่านี้มีความสำคัญที่ต้องได้รับการค้นคว้าศึกษาหาข้อเท็จจริงควบคู่ไปกับการวางแผนโครงการในการกำหนดกิจกรรมต่างๆ ของคลินิกผู้มีบุตรยาก และนโยบายด้านอนามัยการเจริญพันธุ์สตรี เพื่อให้การวางแผนโครงการและการดำเนินการดังกล่าวสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้หญิงและคู่สมรสที่มีปัญหา ตลอดจนสามารถทำให้บุคลากรทางด้านการศึกษาและสาธารณสุขสามารถจัดบริการให้สอดคล้องกับปัญหาด้านสังคมจิตวิทยา และปัญหาด้านการศึกษาของผู้หญิงและคู่สมรสเหล่านี้ได้มากที่สุด

ในบทความนี้ผู้เขียนต้องการสะท้อนประสบการณ์ของผู้หญิงที่มีบุตรยากหรือไม่มีบุตรในสังคมไทยในประเด็นหลัก 6 ประเด็นด้วยกัน ประเด็นแรก ผู้หญิงไทยให้คำอธิบายเกี่ยวกับปัญหาการไม่มีบุตรหรือมีบุตรยากของตนเองอย่างไร ใครเป็นผู้รับผิดชอบในปัญหาดังกล่าว ประเด็นที่สอง ผู้หญิงที่มีบุตรยากหรือไม่มีบุตรได้รับการปฏิบัติจากครอบครัว ชุมชน และสังคมอย่างไรบ้าง ประเด็นที่สาม ผู้หญิงที่มีปัญหาเกี่ยวกับการมีบุตรได้เสาะแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาของตนเองอย่างไรบ้าง ประเด็นที่สี่ ประสบการณ์และการเผชิญปัญหาของผู้หญิงที่ไม่มีบุตรเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร เมื่อเธอดำเนินชีวิตผ่านพ้นในแต่ละช่วงของชีวิต เธอมีวิธีการเผชิญปัญหาต่างๆ ที่เข้ามากระทบกับการดำเนินชีวิตและสภาพจิตใจของเธออย่างไร ประเด็นที่ห้า ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการจัดบริการสุขภาพให้กับผู้หญิงที่มีบุตรยาก และ ประเด็นสุดท้าย คือ ปัญหาผู้มีบุตรสะท้อนแนวความคิดเชิงทฤษฎีทางมานุษยวิทยาและภาพของสังคมและวัฒนธรรมไทยอย่างไรบ้าง

บทความนี้เขียนขึ้นจากข้อมูลที่ได้จากโครงการวิจัยนำร่องของผู้เขียนเอง ซึ่งได้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยของนักสตรีนิยม (feminist methodology) ซึ่งเป็นระเบียบวิธีวิจัยที่สะท้อนวิธีคิดและเสียงของผู้หญิงที่เผชิญปัญหา โดยเปิดโอกาสให้ผู้หญิงได้สะท้อนประสบการณ์ตรงต่อปัญหาชีวิตของเธอมากที่สุด และใช้วิธีการวิเคราะห์จากทัศนคติความเป็นหญิงชาย (gender perspective) ในการตีความและวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากงานสนาม ผู้เขียนได้ทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกกับผู้หญิงที่มีปัญหาในการมี

บุตรจำนวน 12 คน โดยเป็นผู้หญิงจากชุมชนในชนบท 4 คน และจากชุมชนเมือง (กรุงเทพมหานคร) จำนวน 8 คน เรื่องราวต่างๆ ที่ผู้เขียนค้นพบจากผู้หญิงเหล่านี้ได้จากการพูดคุยทั้งที่บ้านของผู้ให้ข้อมูลเอง ในคลินิกผู้มีบุตรยากขณะที่ผู้ให้ข้อมูลกำลังรอรับบริการอยู่ และจากสถานที่ทำงานของผู้ให้ข้อมูลเอง ส่วนใหญ่แล้วผู้เขียนเป็นผู้ทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเอง และมีนักวิจัยผู้ช่วยอีก 1 คนช่วยในการสัมภาษณ์ ส่วนการวิเคราะห์และตีความข้อมูลกระทำในฐานะของการใช้ทัศนะแบบคนใน (insider's perspective) เนื่องจากผู้เขียนเคยอยู่ในฐานะผู้หญิงที่มีบุตรยากอยู่เป็นเวลาถึง 6 ปี ซึ่งในปัจจุบันผู้เขียนประสบความสำเร็จในการตั้งครรภ์และมีบุตร 1 คนแล้ว



อุบัติการณ์ของปัญหาการไม่มีบุตรในสังคมไทย

อุบัติการณ์ของการมีบุตรยากขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เมื่อประมาณปี ค.ศ.1976 ประมาณร้อยละ 8-15 ของคู่สมรสในประเทศทางยุโรปและสหรัฐอเมริกา ประสบปัญหาการมีบุตรยาก และจากการคาดประมาณของ Behrman และ Patton ในปี ค.ศ.1980 พบว่าสหรัฐอเมริกาประสบปัญหานี้ร้อยละ 20 ของคู่สมรส สำหรับสถิติในประเทศไทย จากรายงานการสอบถามผู้หญิง 2,087 ราย ใน พ.ศ.2526 ของ นายแพทย์เสบีียง ศรีวรรณบุรณ์ พบว่าประสบปัญหาการมีบุตรยากร้อยละ 14.6 (Srivannaboon, 1986) และการสำรวจล่าสุดในปี พ.ศ.2540 พบว่าอุบัติการณ์ของ primary infertility¹ มีเพียงร้อยละ 2 แต่มี secondary infertility² อยู่ระหว่าง ร้อยละ 5.2-18.6 (สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ กองวางแผนครอบครัวและประชากร, 2541) ในปัจจุบันเนื่องจากพฤติกรรมทางเพศของคนในสังคมส่วนใหญ่เปลี่ยนไป การมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน และการเปลี่ยนคู่วางเพศบ่อยๆ รวมทั้งการทำแท้ง ทำให้โอกาสการเป็นกามโรคและเกิดการอักเสบติดเชื้อของอวัยวะในอุ้งเชิงกรานเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ในปัจจุบันผู้หญิง มีโอกาสในการศึกษาสูงขึ้น มีหน้าที่การงานจึงแต่งงานช้า หรือบางรายคุมกำเนิดจนอายุมากขึ้นจึง

¹ primary infertility หมายถึงไม่เคยตั้งครรภ์เลยตั้งแต่สมรสแล้วอย่างน้อย 1 ปี

² secondary infertility หมายถึงเคยตั้งครรภ์มาอย่างน้อย 1 ครั้งแล้ว ทั้งนี้รวมทั้งการตั้งครรภ์นอกมดลูก และการแท้งซ้ำแต่ไม่สามารถตั้งครรภ์ใหม่อีกได้หลังจากตั้งครรภ์ครั้งก่อนมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี

ต้องการมีบุตร ทำให้อุบัติการณ์ของการมีบุตรยากเพิ่มมากขึ้น (ฟวงเพ็ญ ริมดลิต, บรรณาธิการ, 2533:5)



การให้ความหมายของฟู้ทบูลิงต่อปัญหาการไม่มีบุตร:
 ใครเป็นผู้รับผิดชอบต่อปัญหา?

ในสังคมไทยผู้หญิงเป็นผู้รับผิดชอบหลักต่อสุขภาพและกิจกรรมด้านอนามัย การเจริญพันธุ์ทั้งหมด ผู้หญิงเป็นผู้ที่ต้องรับภาระในการใช้เทคนิคต่างๆ ในการคุมกำเนิด และร่างกายของผู้หญิงอีกนั้นแหละที่ต้องรับผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้วิธีการคุมกำเนิดต่างๆ เหล่านั้น สังคมให้คำอธิบายว่าหญิงบริการเป็นแหล่งแพร่ระบาดของโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ นี่คือวาทกรรมอย่างหนึ่งที่บอกว่าผู้หญิงต้องเป็นผู้รับผิดชอบต่อการเป็นแหล่งแพร่เชื้อโรคติดต่อที่เกิดจากเพศสัมพันธ์ ยิ่งไปกว่านั้นผู้หญิงต้องเป็นผู้รับผิดชอบในกรณีของปัญหาการเป็นหมัน สังคมส่วนใหญ่รวมทั้งผู้หญิงเองมองว่าปัญหาและความผิด (ปกติ) อยู่ที่ตัวผู้หญิง ในคู่สมรสที่เป็นหมันทั้งหมด ผู้หญิงเป็นผู้ที่ต้องเริ่มแสวงหาบริการเพื่อตรวจหาความผิดปกติของการไม่สามารถตั้งครรภ์ก่อน แม้ว่าการตรวจและการรักษาผู้ชายที่มีปัญหาการมีบุตรยากจะง่ายตายมากกว่า มีความซับซ้อนและลวงล้าอวยะต่างๆ ภายในร่างกายตลอดจนเสียค่าใช้จ่าย และเวลาน้อยกว่าก็ตาม ส่วนการตรวจและการรักษาในผู้หญิงกลับเป็นการตรวจและการรักษาที่เจ็บปวดและทนทรมาณ ซึ่งในหลายกรณีปัญหาการไม่มีบุตรอาจมาจากผู้ชาย หรืออาจมาจากทั้ง 2 ฝ่าย ตัวอย่างเช่น การศึกษาของมาเซีย อินฮอน และบัส ในประเทศอียิปต์ พบว่าประมาณเกือบร้อยละ 50 (40 จาก 87 ราย) ของสามีของผู้หญิงที่มีบุตรยาก ซึ่งได้ผ่านการตรวจจอสจิจพบว่ามีปัญหาการมีบุตรยาก เนื่องจากน้ำเชื้อและตัวอสุจิ ไม่ว่าจะเป็นปริมาณของเชื้ออสุจิ การเคลื่อนไหวของตัวอสุจิ รูปร่างของตัวอสุจิที่ผิดปกติ เป็นต้น หรือในหลายๆ กรณีเกิดจากปัญหาการกินเหล้า การสูบบุหรี่ และการกระทบต่อสารเคมีและความร้อนจัดต่างๆ ในที่ทำงานอันทำให้การสร้างตัวอสุจิน้อยลง (Inhorn & Buss, 1944:679) แต่หลายๆ ครั้งก็การละเลยปัญหาอยู่ที่ผู้ชาย และให้การรักษาแก่ผู้หญิงไปเลย ทำให้ผู้หญิงต้องเผชิญกับความเจ็บปวด ยากลำบากโดยไม่จำเป็น

ในกรณีที่ปัญหาได้รับการระบุว่าอยู่ที่ระบบอวัยวะเจริญพันธุ์ของผู้หญิงเอง การรักษาจะเริ่มขึ้นที่ตัวผู้หญิงโดยการซักประวัติ ซึ่งคำถามหลายอย่างมุ่งตรงไปที่ปัญหาทางสรีระของเธอในอดีต โดยทั่วไปจะไม่มีคำถามที่ถามเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศของสามีก่อนสมรสและนอกสมรส ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้หญิงเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น คลามิเดียซึ่งส่งผลให้เกิดการอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกรานซึ่งทำให้ผู้หญิงกลายเป็นหมันจากการรวบรวมหาสาเหตุของการมีบุตรยากในกลุ่มสมรส 8,500 คู่ จาก 25 ประเทศ องค์การอนามัยโลกรายงานว่าผู้หญิงที่ประสบปัญหาการมีบุตรยากในประเทศกำลังพัฒนา มีประวัติการอักเสบติดเชื้อของอวัยวะสืบพันธุ์สูงถึงร้อยละ 34 และร้อยละ 8.8 ของผู้หญิงที่มีบุตรยากมีประวัติการอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน ซึ่งส่วนหนึ่งมาจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่สามีนำมาจากการมีเพศสัมพันธ์ก่อนและนอกสมรสกับหญิงอื่น (WHO อ้างถึงใน พวงเพ็ญ ริมดุสิต, บรรณานิติการ, 2533:10) การศึกษาในประเทศนอร์เวย์ และประเทศแอฟริกายืนยันว่าปัญหาการอุดตันของปีกมดลูกมีความสัมพันธ์กับการมีคู่ว่อมเพศจำนวนหลายคน ปัญหาการติดเชื้อโรคทางเพศสัมพันธ์ การติดเชื้ออุ้งเชิงกราน และอีก 1 ใน 3 ของสาเหตุของการไม่มีบุตรเนื่องมาจากฝ่ายชาย แต่สาเหตุของการเป็นหมันในชายก็ยังไม่มีการศึกษามากนัก

หลังจากการตรวจเพื่อที่จะอธิบายสาเหตุของการมีบุตรยากของผู้หญิง แพทย์มักให้คำอธิบายไปที่ความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกายของผู้หญิง เช่น ท่อรังไข่อุดตันหรือมดลูกไม่สมบูรณ์พอที่จะให้ไข่ที่ผสมแล้วได้เจริญเติบโตอยู่ภายในมดลูก สิ่งที่สำคัญคือการอธิบายที่ว่า การมีบุตรยากขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมภายในของผู้หญิงเองได้แก่ มดลูกและท่อรังไข่มากกว่าคุณภาพของน้ำเชื้อ หรือตัวอสุจิของชาย แม้ในกรณีที่ตรวจพบว่ามีน้ำเชื้อหรือตัวอสุจิน้อย หรือรูปร่างของตัวอสุจิไม่สมบูรณ์พอก็ตาม ประเด็นของการให้ความหมายหรือคำอธิบายจากทั้งทางฝ่ายแพทย์และตัวผู้หญิงเอง ก็คือ แม้ว่าตัวอสุจิจะไม่สมบูรณ์แต่ก็สามารถพัฒนาและสร้างเป็นชีวิตใหม่ได้ภายใต้สิ่งแวดล้อม (มดลูกและท่อรังไข่) ที่สมบูรณ์ของผู้หญิง ในอินเดียมีอุปมาอุปไมยที่ว่า เมล็ดพันธุ์พืชที่แม่เป็นพันธุ์พืชที่ไม่สมบูรณ์ก็สามารถเจริญเติบโตได้ดีถ้าได้ดินดี ซึ่งหมายความว่าอสุจิแม้จะไม่แข็งแรงสมบูรณ์แต่ก็สามารถเจริญเติบโตได้ภายในมดลูกที่ดีและแข็งแรง ซึ่งเป็นการโยนภาระและคำอธิบายความผิดของการเป็นหมันให้กับผู้หญิง ดังส่วนหนึ่งของการพูดคุยกับผู้หญิงรายหนึ่งว่า

“ผู้หญิงโดนตำมากกว่าผู้ชาย เป็นเพราะผู้หญิงมดลูกไม่ดี รังไข่ไม่ดี มีสาเหตุสารพัด แต่ผู้ชายที่มีเชื่อน้อย กินยาเพิ่มเชื้อได้ อาจจะมีมดลูกได้ไม่เป็นไร แฟนเคยกินยาเพิ่มเชื้อแล้ว แต่ไม่ติด ที่คลินิกจ่ายมา”

(ศรี)

นี่คืออคติที่เป็นอยู่ในการอธิบายปัญหาการมีบุตรยากของกลุ่มสมรส ผู้หญิงเป็นผู้ที่ต้องรับผิดชอบต่อการครอบครัวยุคใหม่ บ้านเรือน ที่อยู่อาศัย สุขภาพอนามัยของสมาชิกภายในบ้าน และเธอก็ยังต้องรับผิดชอบต่อสิ่งแวดล้อมภายในระบบอวัยวะเจริญพันธุ์ของตนเองอาณาจักรทางโลกส่วนตัวทั้งสองมักเป็นสิ่งที่ผู้หญิงต้องรับผิดชอบเพียงผู้เดียว

จากการพูดคุยกับผู้หญิงหลาย ๆ คนถึงสาเหตุของปัญหาการมีบุตรยากของตนเอง สะท้อนความคิดที่ว่าความผิดปกติกติและปัญหาอยู่ที่ตนเองมากกว่าอยู่ที่สามี และตนเองเป็นผู้ที่จะต้องรับผิดชอบในการแสวงหาการตรวจวินิจฉัยและการรักษา

“แฟนไม่เคยตรวจ แต่เค้าสมบูรณ์ เคยมีผู้หญิงมาแล้ว เคยทำผู้หญิงท้อง ตอนไปลิเบีย ญี่ปุ่น ผู้หญิงไปทำแท้งมีผัวใหม่ เชื่อว่าปัญหาเป็นเพราะตัวเอง เกี่ยวกับผ่าตัด (เนื่องอกมดลูก: ผู้เขียน) มากกว่า”

(กนกวรรณ)

“เราไม่เคยโทษแฟน คิดว่าเป็นปัญหามาจากเรา แต่เรารู้ว่ามาจากเขาด้วย เคยเตือนเขาไม่ให้กินเหล้าสูบบุหรี่ แต่ไม่โทษเขา...เขาเคยบอกว่าฉันให้เธอแล้วเธอเก็บไม่ได้เอง sperm count บางตัวมี 2 หัว และไม่มีหาง หมอบอกว่าปัญหาอยู่ที่ทั้ง 2 คน แต่เราคิดว่าเป็นเรามดลูกไม่ดี ไปต่างจังหวัด ติดเชื้อ มี discharge มีการอักเสบของท่อรังไข่ ตอนหลังตัดไส้ตั้งทิ้ง...การไปต่างจังหวัดทำให้ติดเชื้อช่องคลอดและเรื้อรังมาตลอด...”

(ศรีกาญจน์)

ประเด็นที่น่าสนใจอีกอย่างหนึ่งคือ ความคิดเห็นของผู้หญิงในกลุ่มที่มีการศึกษาน้อย (จบชั้นประถม 4 หรือ 6) เกี่ยวกับภาวะการเจริญพันธุ์และผลกระทบของยาคุมกำเนิดต่อภาวะการเจริญพันธุ์ของตนเอง ประการแรก ผู้เขียนพบว่าผู้หญิงที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาแทบทั้งหมดมีความรู้เกี่ยวกับวงจรการเจริญพันธุ์ของตนเองในแต่ละรอบเดือน ตลอดจนระบบการเจริญพันธุ์น้อยมาก เช่น ผู้หญิงเหล่านี้ไม่ทราบว่าจะระยะเวลาที่สามารถตั้งครรภ์ได้ หรือไม่สามารถตั้งครรภ์ได้นั้น คือระยะเวลาใดของรอบเดือน ปรากฏการณ์ดังกล่าวนี้เช่นเดียวกับประเทศอื่นๆ ในแถบเอเชีย (Nichter & Nichter, 1996:8) ตัวอย่างเช่น ผู้หญิงในชุมชนชนบทหรือผู้หญิงบางคนที่มาใช้บริการที่คลินิกผู้มีบุตรยากใน กรุงเทพมหานครกล่าวว่า ตนสามารถตั้งท้องได้ในวันที่ 7 หลังจากมีประจำเดือน เป็นต้น อีกประเด็นหนึ่ง ผู้หญิงหลายๆ คนคิดว่าการกินยาเม็ดคุมกำเนิดอันเป็นวิธีการคุมกำเนิดชั่วคราวนั้น ก่อให้เกิดผลถาวรกับภาวะการเจริญพันธุ์ของตน จากการสะท้อนความคิดเห็นและความกังวลใจของพวกเธอต่อการใช้ยาคุมกำเนิดเป็นเวลานาน เธอให้ทัศนะว่าอาจทำให้พวกเธอเสี่ยงกับการไม่สามารถตั้งครรภ์ได้เนื่องจากทำให้เกิดการผิดปกติของมดลูก ดังคำพูดที่ว่า

“ฉีดยาแล้วมดลูกแห้ง เลิกกินยาแล้วเมนส์ไม่มาเลย”

(กนการรณ)

“ยาคุมมันมีผลต่อการไม่มีลูก ยาคุมมีโทษ รู้มา กินมากทำให้มดลูกฝ่อ”

(ชะเอม)

พูดอีกด้านหนึ่งวิธีคิดของผู้หญิงเหล่านี้ก็คือการให้ความหมายวิธีคุมกำเนิดชั่วคราวว่าเป็นวิธีคุมกำเนิดถาวร ปัญหาการมีบุตรยากในความคิดของผู้หญิงเองสัมพันธ์กับวิธีการวางแผนครอบครัวที่เธอต้องใช้ แม้ว่าเธอจะตระหนักในเรื่องนี้ตั้งแต่เธอก็ต้องเป็นผู้ใช้วิธีคุมกำเนิดเหล่านั้นเอง เพราะว่ามันเป็นความรับผิดชอบของเธอในเรื่องการวางแผนครอบครัว



พุทฺธนิมิตฺตที่ดูกลมอองว่ามีบุตรยาก ได้รับการปฏิบัติจากสังคมอย่างไร?

ในบริบทของครอบครัวและชุมชน บุคคลรอบๆ ตัวผู้หญิงที่มีปัญหาการมีบุตรยากรวมทั้ง เพื่อนๆ ญาติพี่น้อง และบุคคลในครอบครัวมักพูดคุยก่กล่าวหาผู้หญิงเหล่านี้ในทางลบ เริ่มตั้งแต่ปัญหาความริ้วฉานระหว่างคู่สมรส เช่น การที่สามีอาจไปมีภรรยาใหม่ และส่วนใหญ่อีกได้ให้คำแนะนำต่างๆ นานา ในการที่จะทำให้ผู้หญิงเหล่านี้มีบุตร เช่น การแนะนำยาแผนโบราณต่างๆ การแนะนำวิตามินต่างๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและความสามารถในการมีบุตร แหล่งการตรวจและรักษาที่มีประสิทธิภาพ และพิธีกรรมต่างๆ เพื่อการบนบานและขอพรเพื่อการตั้งครรภ์

จากผู้หญิงที่มีบุตรยากส่วนหนึ่งซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการปฏิบัติจากบุคคลรอบข้าง

“บนเจ้าพ่อพระยาพิชัย อุตระดิดถ์ ไม่ติด บนด้วยหัวหมูพ้อแม่บนให้”
 (ศรี)

“ที่เลือกมารักษาโรงพยาบาลนี้เพราะมีคนแนะนำ น้องสาวที่ทำงาน
 แนะนำให้มา”
 (ทองจันทร์)

“ญาติๆ พี่ล่อว่า เตี้ยวแฟนไปมีแฟนใหม่ เราก็รู้สึกที่เราสะเทือนใจ แต่
 ก็แก่งตอบไปเล่นๆ ว่าเตี้ยวฉฉก็มีแฟนใหม่ได้”
 (มาลา)

“เพื่อนจะพูดกับน้องอยู่เรื่อยว่าไม่มีลูกจะทำให้สามีอกใจไปมีแฟนใหม่”
(ชะเอม)

“ญาติแฟนเขาจะให้เลิก ญาติให้หาใหม่อีกคน...เขาพูดที่เล่นที่จริงในหมู่ญาติๆ หาใหม่ซักคน แฟนมาเล่าให้ฟัง เราบอกตามใจนะ เราหนีกรรมไม่พ้น”
(ศรีกาญจน์)

ผู้หญิงที่ประสบปัญหาการมีบุตรยากนั้น แม้ว่าคำแนะนำดังกล่าวดูเหมือนจะสนับสนุนให้เธอหาทางออกให้กับตนเอง แต่ในหลายๆ ครั้งคำพูดเหล่านั้นก็กลับทิ่มแทงทำร้ายเธอ ดังคำพูดที่ว่า

“มีแต่คนทักว่าทำไมไม่ปรึกษาหมอ ทำไมไม่ไปขอลูก เวลาใครมาพูดและมาถามก็สะกิดใจ ไม่อยากให้ใครพูดใครถาม จะโกรธมาก ทำให้เขาคิดว่าเราไม่ได้ทำอะไรเลยหรือ ฉะนั้นเวลาใครถามเรา เราจะตัดบทว่าไม่มีลูกก็สบายดีไม่มีภาระ ปากก็พูดไปอย่างนั้น แต่ใจอยากมีมาก”
(ชะเอม)

คำแนะนำตลอดจนการปฏิบัติต่างๆ จากสังคมและครอบครัว กลับเป็นการกล่าวโทษผู้หญิงเองว่าเธอไม่ได้ทำอะไรอย่างจริงจังหรือเพียงพอที่จะทำให้เธอมีลูกได้ ผู้หญิงมักถูกกล่าวหาว่าไม่ได้ทำอะไรหรือทำไม่พอเพียง แม้ว่าเธอจะดิ้นรนขวนขวายอย่างมากและทนทุกข์ทรมานกับความเจ็บปวดกับกระบวนการตรวจและรักษาเป็นระยะเวลายาวนานก็ตาม ไม่ค่อยมีใครที่สงสารเข้าอกเข้าใจเธอและเห็นใจเธอ ไม่มีใครที่ต้องการมีส่วนร่วมในประสบการณ์ที่เจ็บปวดหรือช่วยซึมซับอารมณ์ความรู้สึกของเธอ สังคมและครอบครัวกล่าวหาลงโทษและประณามเธอตลอดมา



ภาวะการมีบุตรยากของฟ้าหญิง

กับอุตสาหกรรมทางการแพทย์และปัญหาทางการแพทย์

ในอดีตที่ผ่านมาปัญหาการมีบุตรยากของผู้หญิงทั่วไปถูกมองว่าเป็นปัญหาทางด้านจิตใจและครอบครัวมากกว่าปัญหาทางการแพทย์ จนกระทั่งปี ค.ศ.1960 และ 1970 เมื่อมีการพัฒนาและค้นพบตัวยาซึ่งทำให้แพทย์สามารถควบคุมวงจรการทำงานของรังไข่ และเทคโนโลยีของกล้องจุลทรรศน์ที่ทำให้แพทย์มองเห็นระบบการพัฒนาของอวัยวะสืบพันธุ์ ตั้งแต่นั้นมาการเป็นหมันหรือการมีบุตรยากจึงกลายเป็นปัญหาทางการแพทย์ จากการศึกษาของกริล (Griell, 1991) ยังพบอีกว่าขณะที่ตัวยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ได้พัฒนาขึ้นมา และทำให้ปัญหาการมีบุตรยากของผู้หญิงกลายเป็นปัญหาทางการแพทย์ ปรากฏการณ์ดังกล่าวได้เคลื่อนตัวกลายเป็นระบบอุตสาหกรรมทางการแพทย์ขนาดใหญ่ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นการตอบสนองต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ทั้งนี้โดยมีเงื่อนไขปัจจัยอื่นๆ ที่ช่วยส่งเสริมให้ปัญหานี้กลายเป็นอุตสาหกรรมทางการแพทย์ เช่น การเพิ่มขึ้นของจำนวนสูติรีแพทย์ การลดลงของจำนวนเด็กที่สามารถขอมารักษาเป็นบุตรบุญธรรมเนื่องจากอัตราการเกิดลดต่ำลง เป็นผลมาจากการที่ผู้หญิงมีการศึกษาสูงขึ้นและเข้าสู่ตลาดแรงงานมากขึ้น ทำให้ชะลอการตั้งครรรภ์

การเปลี่ยนแปลงต่างๆดังกล่าวส่งผลกระทบต่อปัญหาการมีบุตรยากเปลี่ยนแปลงไปจากปัญหาที่เป็นเรื่องของชะตากรรมของบุคคลและคู่สมรสกลายเป็นปัญหาของส่วนรวมและสังคมทำให้ภาครัฐและเอกชนต้องจัดบริการสุขภาพให้กับกลุ่มผู้หญิงเหล่านี้ ปัญหาการมีบุตรยากของผู้หญิง ได้รับการตีความใหม่ว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขอย่างหนึ่งซึ่งอยู่ภายใต้กรอบแนวคิดทางการแพทย์ โดยมองร่างกายผู้หญิงเป็นอวัยวะซึ่งเป็น “โรค” และการรักษาคือ การควบคุม ปรับเปลี่ยน ตลอดจนกำจัดอวัยวะที่ชำรุดนั้นเสีย กรอบแนวคิดทางการแพทย์เกี่ยวกับร่างกายมนุษย์อยู่บนพื้นฐานของทัศนะแบบกลไกและแยกส่วน เมื่อทัศนะแบบการแพทย์เข้ามำกำหนดการมองปัญหาการมีบุตรยากของผู้หญิง ทำให้ผู้หญิงยอมรับคำอธิบายทางการแพทย์เกี่ยวกับธรรมชาติของการเจ็บป่วย และบทบาททางสังคมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย ซึ่งการแสวงหาการรักษาเยียวยาทำให้ผู้หญิงเองต้องสูญเสียความรู้สึกทางจิตใจเนื่องจาก

ความเจ็บปวด ความอาย สูญเสียเวลา ตลอดจนการสูญเสียทางเศรษฐกิจตลอดช่วงระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งสำหรับผู้หญิงบางคนอาจยาวนานมากกว่า 5 ปี ทั้งๆ ที่โอกาสในการประสบความสำเร็จมีน้อยมาก จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งโดยผู้เขียนกล่าวว่าความสำเร็จในการทำฟิสิกส์มีเพียงร้อยละ 25 และเด็กที่หลุดแก้วมีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น ผู้หญิงที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีและมีบุตรยากก็จะวนเวียนอยู่กับกระบวนการรักษาภาวะการมีบุตรยากของเธอเป็นระยะเวลานาน ทั้งเธอและแพทย์สร้างเงื่อนไขให้ลองดูอีกครั้ง อีกครั้งและอีกครั้ง... ซึ่งภาวะดังกล่าวเป็นภาวะที่ความเจริญทางเทคโนโลยีสร้างความคาดหวังที่บางครั้งอาจไม่เป็นจริงว่าพวกเธอไม่ใช่คนเป็นหมัน แต่เป็นเพียงบุคคลที่ยังไม่ตั้งครรภเท่านั้น

ทัศนะของกริล (Griel, 1991) ซึ่งประเด็นได้อย่างน่าสนใจว่าขณะที่เอกลักษณ์ของผู้หญิงขึ้นอยู่กับความสำเร็จในการมีบุตร เช่นเดียวกับเอกลักษณ์ของแพทย์ที่ต้องประสบความสำเร็จในการรักษา กระบวนการของเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เกี่ยวกับการตรวจรักษาการมีบุตรยากนี้ ทำให้ผู้หญิงได้รับแรงกดดันจากแพทย์ให้อยู่ในกระบวนการรักษาต่อไป จนกระทั่งประสบความสำเร็จหรือทางเลือกต่างๆ หมดลง



เศรษฐศาสตร์การเมืองกับการแก้ไขปัญหาการมีบุตรยาก

คำถามที่ต้องการได้รับคำตอบก็คือคนจนมีสิทธิที่จะได้รับการรักษาการมีบุตรยาก โดยการช่วยเหลือของรัฐหรือไม่ หรือถ้าเป็นคนจนแล้วเขามีสิทธิที่จะมีบุตรหรือไม่ ผู้เขียนเห็นว่าเราต้องแยกแยะระหว่างประเด็นในเรื่องความสามารถในการเลี้ยงดูบุตร และการที่คนยากจนต้องการจะมีบุตร ซึ่งผู้หญิงที่ยากจนเหล่านั้นก็คงได้พิจารณาระดับหนึ่งแล้วว่าสามารถที่จะให้การเลี้ยงดูบุตรได้ การที่สังคมหรือบริการรัฐปิดกั้นไม่ให้พวกเขาได้รับการรักษา โดยที่ยังไม่ได้รับฟังปัญหาและความต้องการของพวกเขาก็อาจเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง ทั้งนี้ผู้หญิงมีสิทธิขั้นพื้นฐานที่จะได้รับบริการช่วยเหลือจากรัฐถ้าต้องการจะมีบุตรแต่ไม่สามารถจะมีบุตร หรือต้องการเว้นระยะการมีบุตรหรือควบคุมจำนวนบุตร นอกจากนั้นปัญหาการไม่สามารถมีบุตรของผู้หญิงอาจก่อให้เกิดปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและด้านครอบครัวตามมามากมาย สิ่งรัฐอาจทำได้ก็คือการกำหนดขอบเขตของการช่วยเหลือไม่ให้เป็นการช่วยเหลือที่น้อยเกินไป และไม่มากจนเกินไป ยกตัวอย่างในหลายๆ ประเทศที่กำหนดแนวทางการรักษาผู้มีบุตรยาก

รัฐอาจอนุเคราะห์ให้ทำการรักษาได้ 3 ครั้งโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย แต่ถ้าเกินกว่านั้น คู่สมรสก็ต้องออกค่าใช้จ่ายเอง ซึ่งลักษณะนี้แสดงให้เห็นถึงความห่วงใยที่รัฐมีให้กับประชาชน อย่างไรก็ตามในกรณีของประเทศไทย แม้ว่ารัฐจะมองเห็นว่าปัญหาการมีบุตรยากเป็นปัญหาสำคัญระดับหนึ่งของสังคม จึงได้จัดบริการ “คลินิกผู้มีบุตรยาก” ไว้ในโรงพยาบาลต่างๆ ของรัฐแล้วก็ตาม แต่ภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาด้านนี้ยังคงค่อนข้างสูง ซึ่งเป็นภาระที่ค่อนข้างหนักสำหรับบุคคล และยิ่งสำหรับผู้หญิงที่ยากจนด้วยแล้วแทบจะหมดโอกาสในการได้รับบริการประเภทนี้ จากการศึกษาผู้เขียนเห็นว่า คุณภาพของบริการ ข้อมูลที่คนไข้ได้รับ ตลอดจนกระบวนการและรูปแบบของการรักษา ก็ยังแตกต่างกันด้วย สำหรับคนไข้ที่ยากจนกับคนไข้ที่มีเงิน ทำให้คนจนไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านนี้ได้อย่างเต็มที่

อีกประเด็นหนึ่งอันเนื่องมาจากพฤติกรรม “การเลี้ยงไข้” ของแพทย์ผู้ให้การรักษา จากประสบการณ์ของอาจารย์แพทย์ในโรงพยาบาลที่มีชื่อแห่งหนึ่งกล่าวว่า แพทย์ส่วนใหญ่ที่ให้การรักษาการมีบุตรยากยังรักษาโดยไม่หาสาเหตุของการมีบุตรยากให้ถ้วนถี่อย่างที่ควรจะเป็น เช่น ให้การรักษาโดยการผสมเทียมอยู่เป็นเวลา 2-3 ปี โดยไม่เคยตรวจดูเลยว่าปีกมดลูกมีการตีบตันหรือไม่ซึ่งจะพบการรักษาในลักษณะนี้บ่อย หรือการที่แพทย์บางคนเก็บคนไข้ไว้กับตัวตลอดเวลาเป็นระยะเวลาหลายปี โดยไม่ยอมส่งต่อให้แพทย์หรือสถานที่ที่มีความสามารถมากกว่า ซึ่งการกระทำในลักษณะนี้ทำให้คนไข้เสียผลประโยชน์มาก เนื่องจากการรักษาการมีบุตรยากนั้น สิ่งสำคัญสิ่งหนึ่งที่ต้องคำนึงคือ เรื่องอายุของคนไข้ที่จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ เมื่อให้การรักษาที่ไม่ถูกวิธีหรือไม่จำเป็น และยังใช้เวลาในการรักษาเป็นเวลาหลายปี จึงทำให้โอกาสที่ผู้หญิงจะประสบความสำเร็จลดน้อยลงไปเรื่อยๆ



ปฏิบัติการของครอบครัวต่อฟุทซิงที่มีบุตรยาก

ผู้หญิงที่มีบุตรยากมักถูกแรงกดดันและได้รับการวิพากษ์วิจารณ์จากสมาชิกในครอบครัวของฝ่ายสามีเป็นส่วนใหญ่ไม่ว่าจะเป็นการผลักดันให้มาตรวจหรือรับการรักษา

“แม่แพนเป็นคนออกหัวคิดให้เอาน้ำเชื่อน้องชายมาใช้”

(ชะเอม)

“พ่อแม่แพนอยู่อยู่ทัยธานีเคยมาเยี่ยม และต่อว่าว่าถ้าไม่มีลูกตอนแก่จะลำบาก พ่อแม่แพนอยากได้ให้มาหาหมอม พ่อแม่ไม่มีก็ได้ ไม่มีก็คือ ไม่มี”

(ศรี)

“ไม่มีลูกให้เขา เคยถูกดูถูกมาแล้วจากแม่แพน และแพนเป็นลูกคนเดียวของพ่อแม่ ไม่มีลูกให้เขาก็กระไรอยู่พยายามมีลูกให้ได้ ถ้ามีแล้ว 1 คน ก็ไม่เป็นไร...ถึงจะไม่มีอีก...แม่แพนอยากได้ เพราะลูกชายคนเดียว โหมโหยอยากว่าแม่แพน แพนพี่มีก็ได้ไม่มี ก็ได้ แม่อยากได้ ไม่นึกถึงคำพูดแม่แพนก็ไม่ทำ เจ็บตัวเปล่าๆ อายุเวลาตรวจภายใน ถ้าไม่ติดก็เลิกทำแล้ว”

(มาลา)

อย่างไรก็ตามโดยทั่วไปสามีของผู้หญิงเหล่านี้มักไม่ได้ประณามหรือลงโทษเธอ แต่กลับให้การสนับสนุนด้านกำลังใจและปลอบใจแก่เธอ เมื่อผู้หญิงที่มีบุตรยากต้องขอร้องให้สามีนำน้ำเชื่อไปตรวจ หรือไปตรวจพร้อมกับเธอที่คลินิก หรือไปเป็นเพื่อนเธอเพื่อการตรวจรักษา เขาก็มักให้ความร่วมมือด้วยดี แต่การร่วมมือในการให้น้ำเชื่อไปตรวจและรักษามักเป็นไปด้วยดีตราบเท่าที่เอกลักษณ์ความเป็นชายของเขายังอยู่ และมักจบสิ้นลงเมื่อเอกลักษณ์ความเป็นชายของเขาถูกบั่นทอนลง ตัวอย่างในกรณีที่ผู้ชายได้รับการขอร้องจากภรรยาให้นำน้ำเชื่อไปตรวจบ่อยครั้งเกินไป ในที่สุดเขาก็ปฏิเสธที่จะให้ความร่วมมืออีกต่อไป ดังเช่นศรีกาญจนเล่าให้ฟังว่า

“เวลาขอน้ำเชื้อเขาบ่อยครั้งเข้า แฟนเขาจะหงุดหงิดเพราะรู้สึกเหมือนเอาเขามาเป็นตัวทดลอง บอกเขาว่าขอน้ำเชื้อหน่อย ครั้งแรกร่วมมือดี มาตลอด ตอนหลังเขาบอกไม่เอา ไม่มี feeling ไม่มีก็ไม่มี เขารำคาญ และหงุดหงิด เขามองตัวเองเหมือนเป็นหนูทดลอง ตัวเองก็โกรธที่แฟนไม่ร่วมมือ แต่ก็เห็นใจเขา เขาบอกกับเรว่าถึงมีลูกแล้วฉันก็มีเมียใหม่ได้”
 (ศรีกาญจน์)



การแสวงหาแหล่งความช่วยเหลือต่างๆของผู้หญิงที่มีบุตรยาก

สำหรับพฤติกรรมกรรมการแสวงหาแหล่งความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาการมีบุตรยากของผู้หญิงเหล่านี้ ส่วนใหญ่มักไปรับบริการการตรวจและรักษาจากระบบการแพทย์แผนปัจจุบันของรัฐและเอกชน ควบคู่กันไปกับการรักษาตามแบบความเชื่อพื้นบ้านและศาสนา ตั้งแต่การบนบานศาลกล่าวอธิษฐานขอให้มียูกกับวัด หรือศาลเจ้าต่างๆ การกินยาแผนโบราณ และวิตามินบำรุงร่างกาย ส่วนใหญ่แล้วผู้หญิงเหล่านี้ผ่านการแสวงหาทางออกให้กับปัญหาของเธอจากแหล่งบริการทางการแพทย์ และแหล่งสนับสนุนต่างๆ ในชุมชน ทั้งจากสถานบริการภาครัฐและเอกชน แหล่งศาสนา และการแพทย์พื้นบ้าน ผู้หญิงเหล่านี้ถูกผลักดันให้พยายามลองผิดลองถูกกับแหล่งความช่วยเหลือใหม่ครั้งแล้วครั้งเล่า และเมื่อผลออกมาล้มเหลว ความรู้สึกและความผิดหวังก็ยิ่งมากขึ้น แม้แต่แหล่งความช่วยเหลือทางศาสนาที่เธอไปขอพรและประสบความสำเร็จ ก็มีส่วนทำให้ความรู้สึกและจิตใจของเธอแย่ลง เธออาจจะคิดว่าแม้ว่าเธอจะมีความเชื่อในศาสนานั้นๆ แต่เธอก็ยังไม่มีบุญพอเพียงที่จะทำให้เธอมีลูกได้ และไม่มีใครที่เธอจะไปหาและพูดระบายความรู้สึกได้เลย แต่ต้องสะสมความรู้สึกและความทุกข์ไว้ภายในมากขึ้นและมากขึ้นทุกที บุคคลรอบข้างในสังคมล้วนแล้วแต่พยายามที่จะเสนอให้เธอลองสิ่งใหม่ ซึ่งทำให้กระบวนการแสวงหาและจาริกของเธอยาวนาน สำหรับเธอเองก็มีสิ่งใหม่ๆ เข้ามาให้เธอได้ทดลองตลอดเวลา ด้วยยาใหม่ๆ หมอคนใหม่ที่เก่งๆ วัดใหม่ๆ ที่มีชื่อเสียงเพื่อบบนบานให้มีลูก



พิหฺนิงทำอะไรเมื่อต้องเผชิญกับการมีบุตรยาก

ประสบการณ์ชีวิตและการเผชิญปัญหาของผู้หญิงที่ไม่มีบุตรเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรเมื่อเธอได้ดำเนินชีวิตของเธอผ่านพ้นช่วงของชีวิต? และทำอย่างไรเธอจึงจะได้คุณค่าในตัวของเธอเองกลับคืนมา? ผู้เขียนใคร่เสนอว่ามีขั้นตอนต่างๆ 3 ขั้นตอน ซึ่งผู้หญิงที่ไม่มีบุตรต้องประสบ เผชิญปัญหาและปรับตัว

ขั้นตอนแรก: ความทุกข์และการตีตรา

ภาวะการไม่มีบุตรของผู้หญิงเสมือนเป็นภาวะวิกฤตของชีวิตที่ไม่คาดคิดและยากที่จะยอมรับได้ซึ่งภาวะดังกล่าวอาจเกิดขึ้นเพียงชั่วคราวหรือเป็นระยะเวลายาวนาน ความรู้สึกของผู้หญิงที่เริ่มรับรู้ว่าตนเองประสบกับปัญหาการไม่มีบุตรจะรู้สึกเสียใจ เกิดความรู้สึกว่าตนเองล้มเหลวในชีวิตในบทบาทความเป็นผู้หญิงและบทบาทความเป็นภรรยาของตนเอง เกิดความเครียด ความรู้สึกผิด รู้สึกว่าตนเองมีบาป ทั้งนี้เพราะการไม่มีบุตรของผู้หญิงไม่ตรงกับค่านิยมและบรรทัดฐานของสังคมซึ่งคาดหวังให้ผู้หญิงทำหน้าที่ตั้งท้องและมีบุตรเพื่อสืบสกุลต่อไป บรรทัดฐานและค่านิยมเหล่านี้ได้รับแรงเสริมจากกฎหมายของรัฐซึ่งส่งเสริมการมีบุตรโดยให้รางวัลกับการเป็นพ่อแม่ เช่น การลดหย่อนภาษีในกรณีที่มีบุตรเป็นต้น การให้คุณค่าทางวัฒนธรรมและสังคมกับการมีบุตรนี้ชัดเจนและปรากฏอยู่ในทุกชนชั้น เพศ อายุ ศาสนา และเชื้อชาติ (Griel, 1991) กริลให้ทัศนะว่าหัวใจของประสบการณ์การไม่มีบุตรอยู่บนพื้นฐานของการที่ไม่สามารถจะให้กำเนิดชีวิตใหม่สืบต่อจากตนเอง ซึ่งวิถีชีวิตดังกล่าวเป็นไปตามบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับวงจรชีวิตของผู้หญิง ซึ่งบรรทัดฐานดังกล่าวถูกตอกย้ำโดยครอบครัวและบุคคลรอบข้างของผู้หญิง และผู้หญิงเองก็ให้คุณค่าและยอมรับวิถีชีวิตเหล่านั้น (Griel, 1991)

ผู้หญิงจะรู้สึกเสมือนหนึ่งเป็นคนพิการไร้ความสามารถหรือบกพร่องต่อหน้าที่ของภรรยา มีความรู้สึกแปลกแยก รู้สึกว่าตนไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ครอบครัว และเครือญาติ เกิดความรู้สึกวิตกกังวลว่าภาวะการไม่มีบุตรของตนจะทำให้สามีออกไปมีภรรยาใหม่ ซึ่งแม้ว่าสามีจะพูดและแสดงออกซึ่งการสนับสนุนและให้กำลังใจเธอ แต่สามีของเธอก็ไม่ได้กระทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เมื่อเขากลับบ้านดึกเขาก็ไม่ได้

ให้คำอธิบายให้กับเธอ ความกังวลของผู้หญิงยังมีต่อไปอีกว่า ตนเองจะต้องว่าแห้วไปตลอดชีวิต เพราะไม่มีที่พึ่ง ไม่มีคนดูแล คำพูดต่างๆ ข้างล่างนี้ สะท้อนความรู้สึกของผู้หญิงที่มีบุตรยากได้เป็นอย่างดี

“สังคฺมมองเรวว่าเป็คนบาบ เพื่อนบ้านก็ว่าจะทำให้สามีออกใจไปมีแฟนใหม่ บ้างก็ว่าไม่มีน้ํายา ไร้ความสามารถ”

(ทองจันทร์)

“รู้สึกเสียใจ ว่าทำไมไม่มีลูกกับเขา”

(ศรี)

“ความรู้สึกของการไม่มีลูก รู้สึกเสียใจ ไม่มีคนใช้ ไม่มีคนดูแล”

(กนกวรรณ)

“ความรู้สึกของการไม่มีลูกนั้น รู้สึกว่าเราอายุมากแล้ว อยากมีลูกสักคนหนึ่งเพื่อขอข่าวขอน้ำกินตอนแก่ดูแลยามแก่เฒ่ารู้สึกกังวลใจตลอดถามตนเองว่าทำไมไม่มีลูกกับเขา”

(มาลา)

“เป็นธรรมชาติของหญิง เป็นโชคของคล่องใจ กลัวแฟนไปมีคนอื่น (เพราะ) เราไม่ได้สวย...อยากมีมากและไม่ตอบสนอง สะใภ้มีพี่น้องหลายคนมีลูกกันทั้งนั้น แต่เราไม่มีก็น้อยเนื้อต่ำใจ”

(ศรีกาญจน์)

เอกลักษณ์และความเป็นผู้หญิงในสังคมไทยถูกกำหนดโดยบทบาททางวัฒนธรรมของเพศหญิงว่าหมายถึงผู้ผลิตลูกเพื่อสืบวงศ์ตระกูล ทำให้ผู้หญิงเหล่านี้เกิดความรู้สึกละอาย รู้สึกผิด รู้สึกล้มเหลวในชีวิต มองตนเองในทางลบ ไร้ค่า หรือบกพร่องต่อความสามารถในความเป็นผู้หญิงของตนเอง

ขั้นตอนที่ 2: การหาคำอธิบายและการแก้ไขปัญห

หลังจากประสบกับปัญหาทางด้านจิตใจ ผู้หญิงที่มีบุตรยากเหล่านี้ก็พยายามแสวงหาคำตอบที่ทำให้เธอไม่ต้องท้องหรือตั้งท้องแล้วไม่สามารถรักษาบุตรในครรภ์ไว้ได้ตลอดจนแสวงหาทางออกเพื่อการมีบุตร ครั้นแล้วครั้งเล่าที่เธอต้องวนเวียนอยู่กับการตรวจรักษาที่ยาวนานซึ่งการตรวจรักษาของผู้หญิงที่มีบุตรยากเหล่านี้มักยาวนานเป็นปีๆ แต่พวกเธอก็มีความอดทนต่อกระบวนการที่ยาวนานนี้อ่างไม่น่าเชื่อ และเธอเพียงผู้เดียวเท่านั้นที่แบกภาระความรับผิดชอบในการให้การร่วมมือกับแพทย์ พวกเธอต้องอดทนและอดกลั้นต่อกระบวนการตรวจรักษาที่ยาวนาน โดยมีความหวังเพียงน้อยนิดที่แพทย์อธิบายให้คนไข้ แต่นั่นก็เป็นความหวังที่พวกเธอต้องการเสียดังและแลกกับมัน

ความรู้สึกแปลกแยกในการรักษาของแพทย์จึงเกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้หลายๆ ครั้งที่ผู้หญิงเหล่านี้โดยเฉพาะผู้หญิงชนบทที่มีการศึกษาน้อยไม่สามารถรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนต่างๆ ของการรักษาที่แพทย์ให้กับตน จึงมีความรู้สึกเหมือนถูกทดลอง ดังผู้หญิงจากชนบทที่เป็นหมั้นรายหนึ่งกล่าวว่า

“รักษาที่โรงพยาบาล...มา 3 ปี ส่องกล้องและทำอะไรๆ อีกมากมาย หมอบอกปีกมดลูกตัน ต้องผ่าหรือเป่าแต่ไม่เอา กลัว หมอเอายาให้กินวัดปรอท ทำทุกอย่าง แต่หมอให้ความหวังแค่ 10% หมอให้ความหวังน้อย..หมอนัดไปเรื่อยๆ ไปเจาะและตรวจ แต่ไม่บอกผลเรา ทำกับเราเหมือนหนูตะเภา ทดลองหลายอย่างโดยไม่บอกเรา”

(มาลา)

ในขั้นตอนที่สองนี้ผู้หญิงแสวงหาทางออกไปเรื่อยๆ พยายามดิ้นรนเพื่อเอาชนะปัญหาของตนเอง ยอมเสียสละทั้งเวลา พลังกาย พลังใจ ทรัพย์สิน ยอมทำตัวเป็นผู้ป่วย ยอมเจ็บปวด ทนทุกข์ทรมาน ยอมที่จะให้แพทย์กระทำการต่างๆ กับร่างกายและอวัยวะของตนเอง ทั้งหมดนี้เพื่อที่จะเอาชนะความไม่สมบูรณ์ที่เป็นอยู่ (ตั้งแต่การฉีดสียเข้าไปในโพรงมดลูก การเจาะหน้าท้อง การทำกิฟท์) และในกระบวนการตรวจรักษานี้มีเพียงเธอผู้เดียวเท่านั้นที่แบกภาระความรับผิดชอบในการเอาชนะปัญหาการมีบุตรยาก

ขั้นตอนที่ 3: การกลับคืนสู่การให้คุณค่ากับตนเอง

ผู้หญิงกลับคืนสู่สภาวะของการให้คุณค่ากับตนเองและเคารพตนเองโดยผ่านกลวิธีต่างๆ กัน บางคนใช้หลักศาสนาพุทธในการตีความสภาพชีวิตของตนเอง บางคนพยายามทำงานหนักมากขึ้นเพื่อให้ประสบความสำเร็จในหน้าที่การงานหลายๆ คนให้ความหมายใหม่ในทางบวกกับสภาวะการ ไม่สามารถมีลูกได้ของตนเอง ตั้งแต่การมองว่าจริงๆ แล้วตนโชคดี หรือมีบุญที่ไม่มีลูกซึ่งจะเป็นภาระไปตลอดชีวิต และอีกหลายๆ คนเลือกที่จะหาเด็กมาเลี้ยงเป็นบุตรบุญธรรม

“ชาวบ้านเขาน้องเป็นคนบาป แต่ท้ายที่สุดแล้วน้องไม่คิดที่น้องบาป คิดว่าเป็นบุญเพราะว่าลูกหาดียาก เลี้ยงตัวได้ เลี้ยงใจไม่ได้”

(ทองจันทร์)

ผู้หญิงที่มีบุตรยากส่วนใหญ่มักดำเนินชีวิตผ่านขั้นตอนทั้ง 3 ขั้นตอนที่กล่าวมานี้ และบางคนก็สะดุดอยู่ที่ขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่ง ซึ่งถ้ามองในฐานะผู้ให้บริการของรัฐควรจัดบริการที่จะทำให้พวกเขาสามารถผ่านเข้าสู่ขั้นตอนที่สามได้ง่ายดายขึ้น ถ้าเธอมีโอกาสหน่อยที่จะมีบุตร

ทฤษฎี Work(s) of Illness ของแอสลัม สตราทท์ (Strauss, 1984) กล่าวว่า เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งปัญหาการมีบุตรยากของผู้หญิงก็ไม่ต่าง

อะไรกับการเกิดโรคเรื้อรัง บุคคลที่อยู่รอบตัวผู้ป่วยมีพันธกิจที่ต้องเลือกทำและแสวงหาหลายอย่าง พันธกิจต่างๆ เหล่านี้เริ่มตั้งแต่การหาข้อมูล การตัดสินใจที่จะเลือกใช้บริการสุขภาพประเภทต่างๆ พันธกิจที่จะต้องอธิบายและแสดงอาการที่เป็นอยู่ให้แพทย์รับทราบ พันธกิจในการตรวจและรักษา พันธกิจในการจัดหาทุนทรัพย์มาใช้จ่ายในการรักษาเยียวยา พันธกิจในการจัดการกับอารมณ์ และความรู้สึกของตนเอง เช่น การเผชิญกับความวิตกกังวล ความผิดหวัง การข่มใจไม่แสดงความโกรธ หรือความทุกข์ของตนต่อผู้อื่น พันธกิจในการให้ความสนใจต่อความรู้สึกของผู้อื่นซึ่งถูกกระทบจากปัญหาของตน และพันธกิจในการวางแผนอนาคตว่าเธอจะดูแลตนเองในยามแก่ชราเมื่อเธอไม่มีบุตรได้อย่างไร

ผู้เขียนขอเสนอกรณีตัวอย่างของผู้หญิงรายหนึ่งที่ได้เริ่มต้นด้วยความทุกข์ทรมานในปัญหาการไม่มีบุตรของเธอ หลังจากขั้นตอนแรกเธอได้เข้าสู่ขั้นตอนที่สองที่พยายามค้นหาคำตอบ และทางออกให้กับปัญหาของตนเอง แต่เธอก็ยังไม่ประสบความสำเร็จในการตั้งครรภ์ ในที่สุดเมื่อชีวิตเธอล่วงเลยมาถึงอีกจุดหนึ่งของช่วงชีวิตหลังจากเธอได้พยายามทำทุกๆ วิธีเพื่อให้มีลูกแล้ว เธอได้บรรลุถึงคำอธิบายในทางบวกกับปัญหาการเป็นหมันของเธอ ซึ่งนำไปสู่สภาวะที่ทำให้เธอสามารถคืนความเป็นผู้หญิงที่มีคุณค่าในตนเองและในสังคมที่เธออยู่ได้อย่างสมบูรณ์

กรณีศึกษาตัวอย่าง ศรีกาญจน์ อายุ 53 ปี อาชีพลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ

หลังจากจบปริญญาตรี แต่งงานตอนอายุ 29 ปี รักกับแฟนมา 2 ปี จึงแต่งงานกัน คุณกำเนิดอยู่ระยะหนึ่งหลังจากนั้นก็ปล่อย แต่ก็ไม่มีลูก ต้องการมีลูกเพราะอายุมาก แฟนกินเหล้าและสูบบุหรี่ ความอยากมี (จึง)ให้เขากินฮอร์โมน geratol วิตามินรวม เป็นยาบำรุงของคนสูงอายุ เพื่อนแนะนำ หลังจากนั้น 1 เดือนท้องเลย ตอนนั้นไม่ทราบว่าเป็นปัญหาใคร แต่กำลังจะไปตรวจก็พอดีเกิดมาท้องขึ้น แต่เราเป็นคนแพ้อากาศต้องกินยาแก้แพ้ตลอด

ตอนตั้งท้องไม่แพ้ท้องแต่แพ้อากาศไอและหอบ เพราะไม่ได้กินยาแก้แพ้ จึงแท้งลูกตอน 4 เดือน เนื่องจากไอ จาม และหอบตลอด ไปชูดมดลูก suffer เพราะวาสัญเสียลูก ตอนเลือดไหล หมอเอาไว้ไม่ยอมหมอบอก ลูกอายุได้ 1 เดือนครึ่ง หมอบอกให้งดเว้นมีเพศสัมพันธ์เพื่อให้มดลูก แข็งแรง หลังจากนั้นพยายามมากกว่าแต่ก่อน ใช้เทคนิคทางการแพทย์ ต่างๆ ไปดูแม้กระทั่งทอริงไซไปฉีดสี มันตันอยู่ข้างหนึ่ง เลยฝึกธรรมชาติ ด้วยการใช้นานะสติ ให้มีลมผ่านตลอดเวลาทางทอริงไซ หลังจากนั้น หลายๆ เดือนไปตรวจอีกที ดมดลูกตันอีกใหม่ ไม่ตันแล้วก็พยายามมี ลูกอีกฉีดเอาเชื้อ sperm เข้าใน vagina และผ่านด่านที่เป็นกรดถึง ปากมดลูก รักษาหมอบีบียง ติดอีก 1 ครั้ง แล้วแท้งอีกเพราะมดลูก ที่ฝังตัวไม่ดี แพ้นหยุดหัวใจเอาเข้ามาเป็นตัวทดลอง บอกเขาว่าขอ น้ำเชื้อหน่อย ครั้งแรกร่วมมือมาตลอด ตอนหลังๆ เขาบอกไม่เอาแล้ว ไม่มี feeling ไม่มีก็ไม่มี ราคาคูและหยุดหัวใจ เขามองตัวเองเหมือนหนู ทดลอง ตนเองก็โกรธแฟนที่ไม่ร่วมมือ แต่ก็เห็นใจเขา เขาบอกกับเรา ว่าถึงมีลูกแล้วฉันก็มีเมียใหม่ได้

ความอยากจะมีลูกทำให้ต้องรักษาอยู่เป็นเวลานาน และบอกแฟนว่า น่าจะดเหล้าและบุหรี่ ตอนท้องได้มาตีใจมาก เป็นธรรมดาของหญิง เป็นโช่ทองคล่องใจกลัวแฟนไปมีคนอื่น (หัวเราะ) เราไม่ได้สวย เขากลับมาบ้านตี 1 ตี 2 บ่อยมาก เขาไปมีอะไรหรือไม่ก็ไม่รู้ ร้องให้ ทุกคืนร้องจนไม่ได้นอน มาวันหนึ่งแฟนกินเหล้ากลับบ้าน ถึงกลับ ไปถามเขา มีปากมีเสียงกัน อยู่ต่อมาจนอายุ 40 ปี มาคิดได้ว่าเกิดมา คนเดียว ตายคนเดียว หลังจากนั้นก็ไม่่วนวายอีกแล้ว ไม่ทะเลาะกัน ศาสนาพุทธสอนให้เราปลง เราไม่ถามเขา เขากลับเกรงใจเรา พอเรา ไม่พูดก็ไม่กลับบ้านอีก

อยากมีมากและไม่ตอบสนอง สะใภ้มีพี่น้องหลายคน มีลูกกันทั้งนั้น แต่เราไม่มีก็เหนื่อยเนื้อต่ำใจ ญาติแฟนเขาจะให้เลิก คงมีเชื้อสายจีน

ญาติให้หาใหม่อีกคน เขาพูดที่เล่นที่จริงในหมู่ญาติ หาใหม่ซักคน แพนมาแล้วให้ฟัง เรียบอกตามใจนะเราหนีกรรมไม่พ้น ตัดใจตอนอายุ 40 ปี พยายามอยู่มาสัก 5-6 ปี ตอนนั้นหาหมอลหลายอย่าง ไปวัด ขอลูกหลวงพ่อโสธร กินยาบำรุงมดลูก พี่สาวเขาเป็นเจ้าของร้านขายยา เอามาให้ แต่ไม่ได้ให้ผู้ชาย ทั้งที่ sperm count บางตัวมี 2 หัวและไม่มีหาง หมอบอกว่าปัญหาอยู่ที่ทั้ง 2 คน แต่เราคิดว่าเป็นเรามดลูกไม่ดี ไปต่างจังหวัดติดเชื้อ discharge มีการอักเสบของท่อรังไข่ตอนหลัง ตัดไส้ตั้งทั้ง การไปต่างจังหวัดทำให้เป็น RTI และ chronic มาตลอด ช่วงนั้นอายุมากแล้ว ไม่มีความหวังเท่าใด indication 40% มีลูก idiot ซักกลัว น้องชายยกลูกคนโตให้เป็นลูกคนโต ให้เรียกพ่อแม่

ต่อมาปลงได้ suffer อยู่จนถึง 45 เพราะมีเมนส์ ยังอยากมีลูก และอยากๆ เบื่อๆ หมอก็บอกว่าเธอเป็นคนมีบุญนะที่ไม่มีลูก ตอนนี้สบายไม่ อยากมีลูกแล้ว เห็นตัวอย่างคนอื่น เงินเดือนไม่พอ มีแต่ปัญหา แต่บางทีก็คิดว่าแก่แล้วใครจะเลี้ยง ตอบตัวเองว่าลูกอาจไม่ดี ถ้าลูก บางคนไม่ดี จะทำให้เราทุกข์ใจ

ได้มารักษาที่ศิริราช เพราะคุ้นเคยกับหมอ ไม่มีปัญหาในการใช้บริการ สามีเห็นใจมาตลอด เขาถามว่าอยากมีไหม เขารักเด็ก แต่เขาปลงบอก ว่าเขากำหนดให้อย่างนี้ เราไม่เคยโทษแฟน คิดว่าเป็นปัญหามาจากเรา แต่เรารู้ว่ามาจากเขาด้วย เคยเตือนเขาไม่ให้กินเหล้าสูบบุหรี่ แต่ไม่ โทษเขา เขาเคยบอกว่าฉันให้เธอแล้วเธอเก็บไม่ได้เอง เรายอมรับแต่น้อยเนื้อต่ำใจ เจ็บใจ แล้วยอมรับเรา compensate เราคิดว่าไม่มีก็ช่วยไม่ได้ คิดอยู่ 2 อย่าง 1. มีแล้วอาจไม่ดี 2. หาสมบัติไว้ซื้อบ้านมีคนดูแล



นัยยะเชิงทฤษฎีและการอธิบายสังคมวัฒนธรรมไทย จากกรณีศึกษาปัญหาพืहनิงที่มีบุตรยาก

การศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้หญิงที่ไม่มีบุตรในสังคมไทย ทำให้เกิดแนวความคิดเชิงทฤษฎีที่อธิบายความสัมพันธ์ชายหญิง และวัฒนธรรมของสังคมไทยได้หลายประการ

ประการแรก ในสังคมไทยผู้หญิงเรียนรู้ที่จะเป็นผู้รับผิดชอบต่อปัญหาทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับมิติของการเจริญพันธุ์ ตั้งแต่เรื่องของการคุมกำเนิดไปจนถึงการไม่มีบุตรเมื่อเกิดปัญหาการไม่มีบุตรขึ้นในคู่สมรส ผู้หญิงจะเป็นฝ่ายยอมรับการตำหนิจากสังคมและเครือญาติ ซึ่งทำให้สถานภาพและความเป็นผู้หญิงของเธอด้อยคุณค่าลงไป แม้ว่าสาเหตุของปัญหาการไม่มีบุตรนั้นน่าจะเป็นการร่วมกันรับผิดชอบทั้งฝ่ายหญิงและชาย ณ ร่างกายของผู้หญิงนี่เองที่เป็นแหล่งผลิตซ้ำ ในเรื่องอุดมการณ์ความเป็นรองของผู้หญิงในสังคมไทย ฟูโคลท์ (Foucault, 1980) ได้กล่าวถึงการเมืองในระดับจุลภาค (micro politic) ที่เกิดขึ้นในบริบทของการรักษาทางการแพทย์นั่นก็คือ การมีความรู้ทางการแพทย์ส่งผล ถึงการมีอำนาจของแพทย์นั่นเอง ฟูโคลท์ ได้พูดถึงอำนาจทางชีวภาพ (biopower) ว่าการครอบงำทางอำนาจมีได้ 2 ทาง ประการแรกอำนาจมาจากการตรวจสอบ กล่าวคือ ผู้หญิงจะเป็นคนแรกซึ่งจะต้องถูกแพทย์ตรวจร่างกายเพื่อหาความผิดปกติในระบบเจริญพันธุ์ของเธอ การที่แพทย์เป็นผู้ตรวจร่างกายผู้หญิงเพื่อหาคำตอบในเรื่องความผิดปกติที่เกิดขึ้นทำให้ผู้หญิงเกิดภาวะไร้อำนาจ มันคือเรื่องของทอรั้งไขขงเธอที่ต้องแก้ไขไม่ให้อุดตัน มันคือมดลูกของเธอที่ต้องทำให้สะอาด สภาพแวดล้อมภายในของเธอต้องได้รับการแก้ไขเปลี่ยนแปลง ผู้หญิงเองก็เป็นฝ่ายร่วมมือกับการครอบงำทางอำนาจนี้ด้วย โดยตั้งข้อสงสัยและเห็นด้วยกับสภาวะสุขภาพอนามัยของตนเอง หรือสภาวะทางอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเอง ตัวอย่างเช่น การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดสำหรับวงการวิชาชีพแพทย์และอุตสาหกรรมแพทย์พาณิชย์เองก็ได้ให้คำสัญญาต่อการผลิตเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ๆ หรือที่ดีกว่าปัจจุบัน เพื่อแก้ไขปัญหาการไม่มีบุตรของผู้หญิง ซึ่งทำให้เบี่ยงเบนความสนใจจากปัจจัยหรือเงื่อนไขทางสังคม เศรษฐกิจ หรือการเมือง ซึ่งเป็นสาเหตุของปัญหาการไม่มีลูก (ตัวอย่างเช่น ปัญหาเรื่องการปนเปื้อนของสารเคมีในไร่นาหรือ

โรงงาน) ปัจจัยทางการเมืองและเศรษฐกิจสนับสนุนให้เกิดการวิจัยเพื่อพัฒนาเทคโนโลยีทางด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ใหม่ๆ เนื่องจากมีการเติบโตของตลาดด้านนี้

ประการที่สอง อำนาจครอบงำผู้หญิงโดยการใช้อำนาจวาทกรรม (discourse) วาทกรรมทั้งหลายที่เกี่ยวกับปัญหาการมีบุตรยากมักกวนเวียนอยู่ที่ผู้หญิง คำแนะนำแก่คู่สมรสที่ไม่มีบุตรมักลงไปที่ตัวผู้หญิง โดยการบอกให้เธอทำอย่างนั้นอย่างนี้เพื่อให้มีบุตร คำแนะนำที่ให้กับผู้ชายนั้นแทบไม่มีเลย จะมีก็แต่เรื่องของการล้อเลียนให้ผู้ชายมีภรรยาใหม่เพื่อการมีบุตร แม้เมื่อมีการแสวงหาบริการการตรวจและรักษาเกิดขึ้น ผู้หญิงมักเป็นฝ่ายถูกประณามอีกเช่นกันเมื่อการรักษาประสบความสำเร็จล้มเหลว และตั้งข้อสงสัยเกี่ยวกับพฤติกรรม ความสามารถ และคุณสมบัติของเธอ

ผู้หญิงมักต้องเป็นผู้รับผิดชอบ และยอมเป็นผู้รับผิดชอบปัญหาการไม่มีบุตรถึงแม้ว่าสามีของเธอจะมีเชื้อสุงิ์น้อยก็ตาม นี่เป็นเพียงภาพสะท้อนของความเหลื่อมล้ำทางเพศหรือเป็นปรากฏการณ์ของพลวัตทางสังคมบางอย่างซึ่งผู้หญิงเลือกที่จะอยู่ในสถานะเช่นนั้นเอง ประเด็นหนึ่งที่พบจากงานวิจัยของผู้เขียนเองก็คือ ผู้หญิงที่ไม่มีบุตรบางคนสามารถลดการเสี่ยงต่อความล้มเหลวในเรื่องความสัมพันธ์ของชีวิตแต่งงาน ตัวอย่างเช่นความสัมพันธ์ที่ราวฉานกับสามีหรือเครือญาติของสามี ทั้งนี้โดยยินยอมเป็นผู้รับผิดชอบปัญหาการไม่สามารถมีบุตรได้เสียเอง โดยการกระทำเช่นนี้เธอสามารถรักษาความสัมพันธ์ที่ดีของเธอกับสามีและครอบครัวสามีไว้ได้ ซึ่งจากกรณีตัวอย่างที่ศึกษาพบความสัมพันธ์ที่ราบรื่นในชีวิตแต่งงานของผู้หญิงเหล่านี้ ประเด็นนี้เป็นประเด็นที่น่าจะได้ทำการศึกษาวิจัยต่อไป ข้อมูลจากงานวิจัยพบว่า ปฏิภิกิริยาของสามีต่อการแสดงความรับผิดชอบต่อปัญหาการไม่มีลูกของผู้หญิงเสียเองนั้นเป็นไปในทางบวก สามีของผู้หญิงเหล่านี้ไม่แสดงออกถึงการตำหนิตืดเย็นหรือกล่าวโทษกลับให้ความเคารพและเกรงใจ และเมื่อเวลาผ่านไปเมื่อผู้หญิงเหล่านี้อายุเพิ่มมากขึ้น คุณค่าและความเคารพในตัวเธอจากสามีและเครือญาติย่อมเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น แทนที่ผู้หญิงจะเป็นผู้ต่อสู้เพื่อให้หลุดพ้นจากการครอบงำทางอำนาจของผู้ชายในสังคมที่ชายเป็นใหญ่ ผู้หญิงเหล่านี้ดังเช่นศรีกาญจน์ ผู้หญิงในกรณีศึกษาตัวอย่างที่ยกมาข้างต้นเลือกที่จะยังคงมีความสัมพันธ์ที่ดีกับสามี ท่ามกลางสิ่งแวดล้อมที่ไม่แน่นอน และหนทางหนึ่งที่เธอได้ทำคือการเลือกในทางพุทธศาสนา ซึ่งทำให้เธอปรับคุณค่าในตัวของเธอให้ใหม่

เธอได้ทำกรรมดีไว้จึงทำให้ชาตินี้เธอไม่ต้องมีภาระที่จะต้องรับผิดชอบดูแลเด็ก ๆ ที่เป็นบุตรของเธอและเธอนั้นแหละคือผู้หญิงที่โชคดีที่สุด



ข้อเสนอแนะหัวข้อวิจัยเชิงนโยบาย

1. นักระบาคติวิทยาและนักสังคมศาสตร์ควรร่วมกันทำวิจัยในการสำรวจทางระบาคติวิทยา ในเรื่องปัญหาการมีบุตรยาก ทั้งในแง่ของอุบัติการณ์ของปัญหาในกลุ่มประชากรที่มีลักษณะทางเศรษฐกิจสังคมแตกต่างกัน ปัจจัยที่สัมพันธ์กับอุบัติการณ์ของปัญหาการมีบุตรยากทั้งของผู้ชายและผู้หญิง เช่น ปัญหาโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การทำแท้ง การใช้วิธีคุมกำเนิดต่างๆ รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงในสภาพแวดล้อมการทำงานต่อปัญหาการมีบุตรยาก เช่น การสัมผัสกับสารเคมีในโรงงานอุตสาหกรรม บัญเคมีและยาฆ่าแมลง แสงแดดที่ร้อนจัดมากเกินไป

2. นักสังคมศาสตร์จำเป็นต้องศึกษาการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะการมีบุตรหรือไม่มีบุตร ตลอดจนพฤติกรรมการแสวงหาความช่วยเหลือและการรักษาเยียวยาของผู้มีบุตรยาก การศึกษา พฤติกรรมการแสวงหาการรักษาต้องศึกษาจากทั้งในด้านผู้ให้บริการ ระบบบริการที่เป็นอยู่และผู้รับบริการ โดยครอบคลุมทั้งในประเด็นเรื่องบริการแก่ผู้หญิงที่มีปัญหาต้องการ เช่น บริการอะไร แบบไหน อย่างไร และบริการอะไรได้รับการสนับสนุนจากแพทย์ให้กับผู้หญิง แม้ว่าจะมีโอกาสประสบความสำเร็จเพียงเล็กน้อย รวมทั้งการศึกษาเงื่อนไขของผลประโยชน์ทางวิชาชีพและเชิงพาณิชย์ของแพทย์ซึ่งแนะนำและชักจูงการตรวจและรักษาโดยใช้เทคโนโลยีที่มีความเป็นไปได้ต่ำและมีราคาแพงมากในปัจจุบัน

3. การศึกษาเพื่อหารูปแบบการจัดบริการให้คำปรึกษาแนะนำสำหรับปัญหาทางสังคมจิตวิทยาเนื่องมาจากปัญหาการมีบุตรยากของผู้หญิงบริการนี้ควรให้กับกลุ่มเป้าหมายครอบคลุมทั้งหญิงและชาย โดยการนำเสนอปัญหาพร้อมทางแก้ไขในเรื่องความกดดันจากครอบครัว เครือญาติและความสัมพันธ์ในชีวิตคู่ ปัญหาความเครียดในเรื่องเพศสัมพันธ์ที่เกิดจากความต้องการมีเพศสัมพันธ์เพื่อการตั้งครรภ์ ต้องมีการวิจัยที่ชี้ให้เห็นถึงปัญหาทางด้านจิตใจ เพศสัมพันธ์ สังคมและเศรษฐกิจที่

คู่สมรสต้องเผชิญ แหล่งสนับสนุนทางสังคม ตลอดจนกลวิธีการเผชิญปัญหาและปรับตัวในกลุ่มประชากรที่มีพื้นฐานทางการศึกษา ถิ่นที่อยู่อาศัยที่แตกต่างกัน

การให้บริการด้านการปรึกษาและแนะแนวทางแก่คู่สมรสที่มีบุตรยาก จำเป็นต้องมีความเข้าใจอย่างถ่องแท้ต่อพันธกิจของการเจ็บป่วย (Work(s) of Illness Theory) ตามที่ได้กล่าวมาข้างต้น

4. การศึกษาทดลองหารูปแบบความเป็นไปได้ และประสิทธิภาพของการตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนของกลุ่มผู้หญิงที่มีบุตรยาก (self-help group) เพื่อดูว่ากลุ่มในลักษณะดังกล่าวจะสามารถช่วยผู้หญิงให้ผ่านวิกฤตของชีวิตไปจนถึงขั้นตอนที่ 3 ของชีวิตตนได้อย่างสมบูรณ์หรือไม่อย่างไร การศึกษาจำเป็นต้องทดลองและประเมินดูว่าผู้หญิงที่มีบุตรยากเหล่านี้จะสามารถช่วยเหลือแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในช่วงจังหวะชีวิตที่อยู่ในขั้นตอนที่ 1 และ 2 ได้เป็นอย่างดีหรือไม่อย่างไร หรือผู้หญิงที่มีบุตรยากเหล่านี้ต้องการได้รับคำปรึกษาแนะนำเป็นรายบุคคลจากบุคคลากรวิชาชีพ ในสหรัฐอเมริกามีกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (self-help group) ในกลุ่มผู้หญิงที่ไม่มีลูกด้วยตัวเอง พวกเขาจะพบกันบ่อยครั้ง เพื่อแลกเปลี่ยนปัญหา รวมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจและเสนอทางออกให้แก่กันและกัน ทั้งนี้เพราะ ผู้หญิงมีสิ่งต่างๆ มากมายที่จะแลกเปลี่ยนและให้กันได้



ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ทั้งหญิงและชายควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาการมีบุตรยากที่มีอยู่ในประเทศไทย ตั้งแต่ในเรื่องของอุบัติการณ์ของปัญหา สาเหตุของปัญหา เช่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การใช้วิธีคุมกำเนิดบางชนิด และความเป็นไปได้ในการรักษาปัญหาการมีบุตรยากด้วยเทคโนโลยีประเภทต่างๆ ต้องให้ข้อมูลด้วยภาษาที่ง่ายและชัดเจน ซึ่งประชากรทุกเพศและเศรษฐกิจฐานะสามารถเข้าใจและตัดสินใจได้ด้วย ความหวังที่ตั้งอยู่บนความเป็นจริง โดยเฉพาะประเด็นเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเป็นหมั้นและการใช้ยาคุมกำเนิดต้องมีการเผยแพร่ให้ผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์ได้ทราบ

2. ผู้หญิงในวัยเจริญพันธุ์มีสิทธิที่จะได้รับทราบปัญหาต่างๆ ที่กระทบต่อสภาวะอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเอง อีกทั้งต้องได้รับข้อมูลข่าวสารที่เพียงพอและชัดเจนเกี่ยวกับร่างกายและระบบอวัยวะเจริญพันธุ์ โครงการให้สุศึกษาในเรื่องเหล่านี้ต้องเริ่มขึ้นตั้งแต่ในโรงเรียนระดับมัธยมและต้องได้รับการสนับสนุนจากสื่อมวลชนทุกแขนง

3. ผู้หญิงที่มีบุตรยากต้องได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในทางบวก ควรจัดหาตัวแทนผู้หญิงที่มีบุตรยากที่ประสบความสำเร็จในชีวิตมาเป็น role model ให้แก่สังคม ตัวแทนกลุ่มผู้หญิงเหล่านี้ต้องได้รับการเปิดเผยแก่สังคมให้เห็นชัดเจน และเป็นผู้ให้การศึกษาแก่สังคมว่าผู้หญิงที่มีบุตรยากหรือเป็นหมันก็สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่าและทำประโยชน์ให้แก่สังคมได้เช่นเดียวกัน

4. กลุ่มเครือข่ายของผู้หญิงที่มีบุตรยากต้องได้รับข้อมูลจากผู้ให้บริการสาธารณสุขในเรื่องเกี่ยวกับการมีบทบาทเป็นผู้ให้การสนับสนุนในทางบวกกับผู้หญิงที่ไม่มีบุตร และไม่เป็นผู้ทำร้ายจิตใจหรือสร้างความกดดันให้กับผู้หญิงเหล่านี้ กลุ่มเครือข่ายของผู้หญิงเหล่านี้ต้องเข้าใจและตระหนักว่าการดำเนินชีวิตเป็นรูปแบบหนึ่งของความรุนแรงที่กระทำต่อผู้หญิงเช่นกัน

USRBanyu.com...

พวงเพ็ญ ริมดุสิต (บรรณาธิการ). (2533). ความก้าวหน้าในหลักการและวิธีการแก้ไข
 ปัญหาผู้มีบุตรยาก. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง.

มัลลิกา มัติโก. (2539). ไม่มีลูก: ถูกสังคมตีตรา. *สังคมศาสตร์การแพทย์*, 8(2),
 6-12.

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และกองวางแผน
 ครอบครัวและประชากร. (2541). *คู่มือการให้บริการเบื้องต้นสำหรับผู้
 ผู้มีบุตรยาก*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

Faucault, M. (1980). **The history of sexuality**, 1. New York: Vintage.

Griel, A. L. (1991). **Not yet pregnant: Infertile couples in contemporary
 America**. New Brunswick: Rutgers University Press.

Inhorn, M. C. & Buss, K. A. (1994). Ethnography, epidemiology and infertil-
 ity in Egypt. *Social Science and Medicine*, 39(5), 671-689.

Nichter, M. & Nichter, M. (1996). **Anthropology and international health:
 Asian case studies**. Gordon and Breach.

Srivannaboon, S. (1986, September). The infertile couples: Diagnosis and
 treatment. Paper Number 12, in the **5th Fertility Research
 Investigators' Meeting**. September.

Strauss, A., et al. (1984). **Chronic illness and the quality of life**. G. V. Mosby.

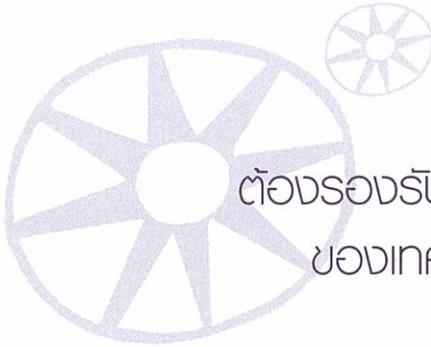
Whiteford, L. M. & Gongalez, L. (1995). Stigma: The hidden burden of
 infertility. *Social Science and Medicine*, 40(1), 27-36.

นโยบายรัฐ... ต้องรองรับมิติที่หลากหลาย ของเทคโนโลยีสร้างลูก...

โดย...ธัญญา ใจดี

บทความนี้พิมพ์ครั้งแรกใน...

คอลัมน์เสียงสตรี นสพ.โพสต์ทูเดย์ เสาร์ที่ 18 พฤศจิกายน 2549



นโยบายรัฐ... ต้องรองรับวิถีที่หลากหลาย ของเทคโนโลยีสร้างลูก...

เมื่อกลางเดือนที่แล้ว คุณวิลลีและเยลลีให้สัมภาษณ์นักข่าวด้วยความตื่นตื้นตันยินดีว่าประสบความสำเร็จในการไปใช้บริการทำซิฟท์ (Zygote intrafallopian transfer-ZIFT) แคมได้ลูกแฝด กลายเป็นชาวดีชาวเด่นของคนวงการบันเทิงที่อยากจะมีลูกแบบกำหนดได้ตั้งใจ คุณวิลลีอธิบายกับนักข่าวเพียงว่าการทำซิฟท์ไม่เหมือนกับการทำกิฟท์ เพราะเป็นกระบวนการกึ่งธรรมชาติ ได้ยินได้ฟังแล้วก็อดดีใจแทนที่ว่า คุณพ่อคุณแม่ทั้งสองไปด้วยไม่ได้ ที่พยายามจนสมหวังกับการสร้างครอบครัวอบอุ่นในอุดมคติตามความคาดหวังของสังคม แต่ต้องยอมรับว่ายังไม่อึดกับข้อมูลที่ได้รับ ทำให้ต้องกลับมาค้นข้อมูลเพิ่มเติมจากเว็บไซต์และเว็บบอร์ดต่างๆ

เว็บบอร์ดที่ไปเจอเข้านี้ คงไม่ผิดนักที่จะเรียกว่าเป็นชุมชนคนมีลูกยากขนาดย่อมๆ ที่เดียว มีทั้งญาติของผู้หญิงที่ต้องการจะมีลูก แต่ไม่ท้องสักที และผู้หญิงที่ผ่านกระบวนการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์เข้ามาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตัวเองอยู่จำนวนมาก มีทั้งคนที่ประสบความสำเร็จและล้มเหลว ที่สำคัญได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานทางกายของผู้หญิงที่ต้องผ่านกระบวนการนี้ อาทิ อาการมดลูกบีบรัดตัว รังไข่บวม น้ำจากการกระตุ้นรังไข่ รวมทั้งการใช้ชีวิตที่ไม่เป็นปกติสุขนักเพราะต้องเตรียมพร้อมไปพบหมอตลอดเวลาทันทีที่หมอติดต่อมาทั้งหมด นี่เป็นประสบการณ์ตรงที่หาไม่ได้จากสื่อมวลชนทั่วไป

ดูเหมือนภาพเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยผลิตลูกนี้จะแจ่มชัดมากขึ้น เมื่อผู้เขียนไปพบว่ามีระเบียบที่ควบคุมการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์อยู่เหมือนกัน ได้แก่

ประกาศของแพทยสภา เรื่องมาตรฐานการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ซึ่งกำหนดว่าสถานบริการที่จะให้บริการเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ได้นั้นต้องมีหนังสือรับรองจากราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย นอกจากนี้ยังกำหนดอีกด้วยว่าการให้บริการแต่ละครั้งต้องมีสูตินรีแพทย์ นักวิทยาศาสตร์ และพยาบาล ร่วมเป็นที่อยู่ด้วย แลอย่างน้อยต้องมีห้องปฏิบัติการเพาะเลี้ยงตัวอ่อน ห้องผ่าตัดสำหรับเก็บไข่ มีเครื่องมือเตรียมอสุจิ เพาะเลี้ยงตัวอ่อน และที่สำคัญต้องมีอุปกรณ์การกู้ชีวิตที่พร้อมใช้งานเสมอ

ในประกาศของแพทยสภานับเดี๋ยวนี้นี้ ยังได้แนบแบบฟอร์มรายงานผลการให้บริการสำหรับให้แต่ละสถานบริการกรอกข้อมูลและจัดส่งให้ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์อย่างน้อยปีละครั้ง ในแบบฟอร์มนี้กำหนดไว้อย่างละเอียดทีเดียวว่าต้องแจกแจงข้อมูลว่าได้ให้บริการรักษาภาวะมีบุตรยากโดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ประเภทใด จำนวนกี่ราย ประสบความสำเร็จกี่ราย ล้มเหลวกี่ราย มีผู้หญิงที่ตั้งท้องนอกมดลูกเท่าไร ทารกมีความผิดปกติหรือไม่ และการตั้งท้องนั้น เป็นการตั้งท้องทารกคนเดียว หรือตั้งท้องแฝดสอง สาม สี่หรือมากกว่านั้น และยังมีช่องให้กรอกอีกมากมายล้วนเป็นศัพท์เทคนิคทางการแพทย์ทั้งสิ้น แต่อย่างไรก็ตาม ดูเหมือนว่าแบบฟอร์มที่มีประโยชน์นี้ไม่ได้รับความสนใจจากหมอในการส่งข้อมูลกลับไปยังราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์นัก รวมทั้งกฎกติกาต่าง ๆ ตามประกาศนี้ก็ยังมีปัญหาในเรื่องการบังคับใช้อย่างจริงจัง ไม่ต่างไปจากกฎหมายอื่นๆ ในบ้านเรา

เรื่องของเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ยังไม่จบลงแค่นี้ แต่ดูเหมือนจะซับซ้อนและเผยให้เห็นมิติที่หลากหลายมากขึ้น เพราะพบว่าขณะนี้มีร่างกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีนี้อีก 2 ฉบับ ได้แก่ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งมีเพียงสามมาตราที่พูดถึงเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ และเป็นการเขียนอย่างกว้างๆ ว่าเป็นไปตามประกาศของแพทยสภา ส่วนร่างกฎหมายอีกฉบับหนึ่งคือร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ ซึ่งเพียงแค่อธิบายบอกเจตนารมณ์ชัดเจน ประมาณว่าผู้หญิงไม่เกี่ยว เด็กสำคัญกว่า ส่วนเนื้อหาของร่างกฎหมายนี้ ก็ไม่ได้รับรายละเอียดของการคุ้มครองสุขภาพของผู้หญิงที่เข้ารับบริการช่วยเหลือให้มีลูก อีกทั้งยังมอบอำนาจให้แก่คณะกรรมการที่จะจัดตั้งตามร่าง

กฎหมายนี้เป็นผู้พิจารณาอนุญาตในการเก็บรักษาวิจัย หรือใช้ประโยชน์จากตัวอ่อน ทั้งๆ ที่ผู้หญิงเป็นเจ้าของไข่ หากไม่มีไข่ของผู้หญิง ก็ไม่มีทางจะมีตัวอ่อนเกิดขึ้นได้

เมื่อตุลิกไปถึงเส้นทางของร่างกฎหมายคุ้มครองเด็กฯ ก็ยิ่งน่าสนใจ เพราะมีการโต้แย้งกันมากในประเด็นการห้ามคัดเลือกเพศก่อนการฝังตัวของตัวอ่อน โดยฝ่ายสนับสนุนการคัดเลือกเพศได้อธิบายว่าการวินิจฉัยโรคบางโรคจำเป็นต้องตรวจเพศของทารกด้วย ซึ่งเป็นมุมมองของแพทย์ ซึ่งเน้นการควบคุมโรค ส่วนอีกฝ่ายหนึ่งซึ่งไม่เห็นด้วยให้เหตุผลว่า การคัดเลือกเพศจะทำให้เกิดปัญหาในทางสังคมตามมาอีกมากมาย โดยเฉพาะความไม่สมดุลระหว่างเพศหญิงและเพศชาย โดยยกตัวอย่างกรณีประเทศจีนที่นิยมการมีลูกชายว่า ปัจจุบันเกิดปัญหาขาดแคลนผู้หญิงมากถึงขนาดต้องจ้างชาวต่างชาติมาแต่งงานกับผู้ชายจีน หรือบางครั้งมีการล่อลวงผู้หญิงเวียดนามมาแต่งงานด้วย ทั้งหมดนี้เป็นเพราะรัฐบาลจีนต้องการลดจำนวนประชากร โดยกำหนดให้ผู้หญิงแต่ละคนมีลูกได้คนเดียว ทำให้เกิดการฆ่าทารกเพศหญิงหรือเลือกเพศของทารก จนกลายเป็นปัญหาทุกวันนี้

ความพยายามที่จะต่อจิ๊กซอว์ภาพเทคโนโลยีสร้างลูกให้เป็นรูปเป็นร่างทำให้เริ่มมองเห็นว่าเทคโนโลยีนี้คงไม่ได้มีเพียงด้านเดียวเหมือนที่รับรู้จากสื่อผ่านทางประสบการณ์ของคุณวิลลีและเยลลีสหิชะแล้ว แต่ยังเกี่ยวโยงไปถึงผลกระทบต่อสุขภาพของผู้หญิงที่เข้ารับการรักษาภาวะมีบุตรยากตามคำนิยามของหมอ เรื่องของความเสมอภาคทางเพศระหว่างทารกเพศหญิงเพศชาย แถมยังไปพัวพันกับวัฒนธรรมและกฎหมายอีกด้วย

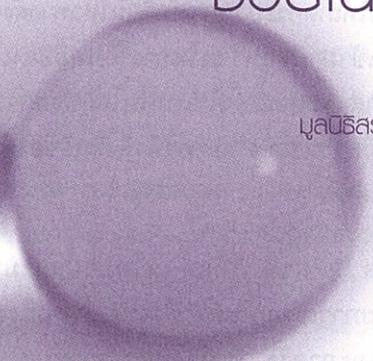
เมื่อการใช้เทคโนโลยีช่วยให้มีลูกมีมิติที่หลากหลายเช่นนี้ นโยบายของรัฐที่เกี่ยวข้องจึงควรมีความรอบด้าน รับฟังข้อมูลและประสบการณ์ของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายอย่างเปิดใจ โดยเปิดโอกาสให้ผู้หญิงได้บอกเล่าประสบการณ์ของตนเองทั้งในแง่มุมมองสุขภาพ และปัญหาอุปสรรคในการรับคำปรึกษาเพื่อช่วยให้มีลูก และมีพื้นที่ให้หมอในการแจกแจงข้อมูลทางวิทยาศาสตร์และเสนอแนะกฎ กติกาในการให้บริการที่คุ้มครองผู้รับบริการ ส่วนนักกฎหมายก็สามารถมาให้มุมมองปัญหาทางกฎหมายที่อาจเกิดตามมาจากการใช้เทคโนโลยีนี้ และที่สำคัญคนทำงานประเด็นผู้หญิง ก็จะได้เติมมุมมองที่ขาดหายไป ในประเด็นการคุ้มครองสุขภาพผู้หญิง

หากทุกฝ่ายได้มาร่วมกันคิด ร่วมกันมองแล้ว สังคมไทยก็จะมีนโยบาย
คุ้มครองสุขภาพที่รอบด้านและนำไปปฏิบัติได้จริง หมอเองก็จะสะดวกสบายใจกับ
แนวทางที่ชัดเจนขึ้น สามารถรอกแบบฟอร์มการดำเนินงานส่งไปยังราชวิทยาลัยสูติ
นรีแพทย์ ได้อย่างตรงไปตรงมา ซึ่งจะเป็นฐานข้อมูลเชิงสถิติที่สำคัญชิ้นหนึ่งของ
ประเทศทีเดียว และท้ายที่สุดผู้บริโภคเองก็จะได้รับการคุ้มครองอย่างแท้จริง



นโยบายและมาตรการของรัฐ ที่เกี่ยวกับเทคโนโลยี ช่วยในการเจริญพันธุ์

โดย รัชนีญา ใจดี
มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส.)





นโยบายและมาตรการของรัฐ ที่เกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยในการเจริญพันธุ์



เกริ่นนำ

รายงาน “นโยบายและมาตรการของรัฐที่เกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์” ฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมนโยบายและมาตรการของรัฐที่เกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ในปัจจุบันโดยสังเขป ทั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับผู้กำหนดนโยบาย และผู้เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทุกกลุ่มไม่ว่าจะเป็นผู้ให้บริการเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ผู้หญิงที่รับบริการ ผู้สนใจและทำงานประเด็นสุขภาพผู้หญิง เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อให้เกิดกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม เป็นการเปิดพื้นที่ให้กลุ่มคนที่หลากหลายได้เข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนนโยบายและมาตรการคุ้มครองสุขภาพผู้หญิงที่เข้าสู่กระบวนการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ซึ่งจะทำให้มาตรการและนโยบายนั้นมีความรอบด้าน คำนึงถึงสิทธิของผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการนี้ทุกฝ่ายอย่างเสมอภาคกัน

รายงานฉบับนี้นำเสนอข้อมูล 2 ส่วน ได้แก่ นโยบายและมาตรการในต่างประเทศที่เกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ซึ่งจะชี้ให้เห็นถึงความหลากหลายทางความคิดของประชาสังคมและภาครัฐ ซึ่งนำไปสู่การกำหนดนโยบายและมาตรการที่ครอบคลุมมิติต่างๆ ของการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ในส่วนที่สองเป็นการรวบรวมมาตรการของไทยเกี่ยวกับเทคโนโลยีนี้ ซึ่งหมายรวมทั้งมาตรการที่ประกาศใช้แล้ว และมาตรการหรือร่างกฎหมายที่กำลังอยู่ระหว่างการรับฟังความคิดเห็นและปรับปรุงร่าง

เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ : ความเคลื่อนไหวในต่างประเทศ



กำกับขององค์การระหว่างประเทศ

เด็กหลอดแก้ว (in vitro fertilization - IVF) คนแรกถือกำเนิดขึ้นในปี พ.ศ. 2521 และหลังจากนั้นคาดว่าทั่วโลกมีเด็กที่เกิดจากเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์วิธีต่างๆ รวมกันเกือบล้านคน ประเทศแถบยุโรปบางประเทศ มีเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ร้อยละ 5 ของการเกิดทั้งหมด (Vayena, E. et al, eds., 2001: 15-16) ปัจจุบัน ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์มีการพัฒนาไปอย่างมาก มีเทคนิควิธีการใหม่ๆ มากขึ้น ในการรักษาผู้มีบุตรยาก แม้ว่าจะยังไม่มีการรวบรวมถึงผลกระทบทางสุขภาพจากการใช้เทคโนโลยีเหล่านี้ก็ตาม

ที่ผ่านมาแม้ว่าองค์การอนามัยโลกจะได้ออกมาเรียกร้องให้นานาชาติต่อต้านการโคลนนิ่งมนุษย์เพื่อการสืบพันธุ์ (Reproductive Human Cloning) ในปี 2540 แต่ก็ไม่ได้มีจุดเน้นอยู่ที่การคุ้มครองสุขภาพผู้หญิงที่เข้าสู่กระบวนการรักษาภาวะมีบุตรยากแต่อย่างใด ในขณะที่มีผู้เข้าสู่กระบวนการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์มากขึ้น แต่การหยิบยกประเด็นห่วงใยด้านสังคมและจริยธรรม เพิ่งจะเกิดขึ้นไม่นานมานี้ โดยเพิ่งจะมีการเรียกร้องให้องค์การอนามัยโลก (WHO) หันมาสนใจประเด็นผลกระทบทางสังคมและจริยธรรมของการใช้เทคโนโลยีนี้เมื่อปี 2542 ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ตอบรับข้อห่วงใยดังกล่าว โดยการจัดประชุมเพื่ออภิปรายถึงผลกระทบของการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ขึ้นในเดือนกันยายน 2544 แม้จะเป็นเพียงแค่จุดเริ่มต้นในการอภิปรายสภาพปัญหาและผลกระทบ แต่ถือเป็นการเปลี่ยนมุมมองจากเดิมที่องค์การอนามัยโลกมองเรื่องเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ในแง่มุมมองทางเทคนิค และความก้าวหน้าทางการแพทย์ และวิทยาศาสตร์เท่านั้น

ในการประชุมครั้งนี้ มีการเสนอรายงานเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ประเภทต่างๆ ที่มีใช้ในปัจจุบันและประเด็นโต้แย้งเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีนี้ โดยในรายงานฉบับนี้ได้พาดพิงถึงผลกระทบต่อสุขภาพผู้หญิงว่า เทคนิควิธีการที่ใช้กับผู้หญิงเพื่อให้มีลูกได้นั้น ยังไม่มีผลการทดลองระยะยาวยืนยันถึงผลกระทบต่อสุขภาพผู้หญิง โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิธีการต่างๆ ได้มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว โดยมีวิธีการใหม่ๆ เพิ่มขึ้นมาเรื่อยๆ พร้อมกันนี้ ได้วิพากษ์ถึงการแก้ไขปัญหาค่าการมีบุตรยากโดยมุ่งจัดการกับร่างกายของผู้หญิงเท่านั้น เช่น การที่ผู้หญิงต้องกินยาฮอร์โมนเพื่อกระตุ้นรังไข่ ให้ไข่ตกหลายใบ อีกทั้งการใช้อุปกรณ์ลักษณะคล้ายเข็มเจาะรังไข่เพื่อนำไข่ออกมา ทั้งหมดนี้ ล้วนสร้างความเจ็บปวดทรมานแก่ผู้หญิงทั้งสิ้น นอกจากนี้ ยังมีความกังวลว่าในประเทศที่ยังไม่มีกฎระเบียบที่ชัดเจนในการกำกับดูแลการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์นี้ การให้บริการจะมีคุณภาพหรือไม่ และผู้หญิงจะได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนหรือไม่ ว่าตนเองจะผ่านกระบวนการอย่างไรบ้าง มีโอกาสตั้งครรภ์เท่าไร และไข่ของตนเองนั้น ถูกเก็บไว้ใช้ในวัตถุประสงค์อื่น โดยที่ตนไม่รู้หรือไม่

องค์กรระหว่างประเทศที่แสดงท่าทีแข็งขันในการทำข้อตกลงระหว่างชาติต่างๆ ร่วมกันเพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้ที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับกรวิจัยทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งรวมถึงการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ด้วยนั้น คือองค์การการศึกษา วิทยาศาสตร์ และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (UNESCO) โดยได้ตั้งคณะกรรมการระหว่างประเทศว่าด้วยจริยธรรมชีวการแพทย์ (International Bioethics Committee-IBC) เมื่อปี 2537 เพื่อพิจารณาประเด็นและแง่มุมทางจริยธรรมของการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยี รวมถึงการใช้ประโยชน์ด้านชีววิทยาการแพทย์ (โครงการชีวจริยธรรมและการวิจัยทางการแพทย์สมัยใหม่, 2548 : 4) จนถึงปัจจุบันนี้ ยูเนสโกได้ร่างปฏิญญามาแล้ว 3 ฉบับ และได้รับการรับรองจากประเทศสมาชิกแล้ว ได้แก่ ปฏิญญาสากลว่าด้วยพันธุกรรมมนุษย์และสิทธิมนุษยชน ได้รับการรับรองในปี 2540 (Universal Declaration on the Human Genome and Human Rights) ปี 2546 มีการรับรองปฏิญญาระหว่างประเทศข้อมูลพันธุกรรมของมนุษย์ (The International Declaration on Human Genetic Data) และรับรองปฏิญญาสากลว่าด้วยชีวจริยธรรมและสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration on Bioethics and Human

Rights) ในปี 2548 ซึ่งปฏิญญาล่าสุดนี้เป็นความพยายามที่จะจัดการกับประเด็นจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ วิทยาศาสตร์ชีวภาพ และการนำเทคโนโลยีต่างๆ มาใช้กับร่างกายมนุษย์ โดยมีหลักการกว้างๆ ว่าต้องเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิมนุษยชน และเสรีภาพขั้นพื้นฐาน เคารพการตัดสินใจและรักษาความลับของผู้ที่เกี่ยวข้อง การดำเนินการทุกครั้งต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจของผู้ที่เกี่ยวข้อง เคารพในความหลากหลายทางวัฒนธรรม เป็นต้น ซึ่งเป็นแนวทางให้กับประเทศต่างๆ ได้นำไปใช้ในการกำหนดนโยบายและกฎหมายภายในประเทศต่อไป ที่น่าสนใจคือในมาตรา 18 ได้ระบุว่า ควรส่งเสริมให้มีการพูดคุย อภิปรายในประเด็นชีวจริยธรรมในวงกว้าง โดยดึงทุกภาคส่วนในสังคมเข้าร่วม และต้องยอมรับความเห็นที่หลากหลาย



กฎหมายที่เกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์

ปัจจุบัน มีเพียงไม่กี่ประเทศที่ออกกฎหมายเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์มาเพื่อคุ้มครองผู้ที่เกี่ยวข้อง รายงานฉบับนี้จะยกตัวอย่างกฎหมายของประเทศที่ได้ชื่อว่ามีควมก้าวหน้าเป็นอย่างมากคือแคนาดา อังกฤษ และออสเตรเลีย

แคนาดา ได้ตรากฎหมายเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ในมนุษย์ (Assisted Human Reproduction Act - AHRA) ในเดือนมีนาคม 2547 กฎหมายนี้ได้กำหนดไว้ชัดเจนว่ากิจกรรมใดสามารถทำได้ และกิจกรรมใดที่ห้ามดำเนินการ โดยกิจกรรมที่อนุญาตให้ดำเนินการได้ก็ยังคงอยู่ภายใต้การควบคุมอย่างเคร่งครัดเช่นกัน กฎหมายนี้ห้ามการสร้างตัวอ่อนมนุษย์เพื่อการวิจัย การปรับปรุงพันธุกรรมมนุษย์ การสร้างตัวอ่อนพันธุ์ผสม ห้ามการโคลนนิ่งทุกชนิด ห้ามการเลือกเพศ ยกเว้นการวินิจฉัยโรคหรือความผิดปกติที่เกิดแก่เพศใดเพศหนึ่ง ห้ามการขายอสุจิ ไข่ และตัวอ่อน และห้ามการรับตั้งครรภ์โดยมีจุดประสงค์เพื่อการค้า สิ่งที่น่าสนใจสำหรับประเทศแคนาดาคือกระบวนการร่างกฎหมายฉบับนี้ถือเป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคมอย่างแท้จริง เพราะประชาชนเองได้สะท้อนถึงความจำเป็นในการมีนโยบายเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์มากกว่า 10 ปีแล้ว และคณะกรรมการเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์เองก็ได้จัดให้มีการพูดคุยเป็นประเด็นสาธารณะ โดยเชิญคนทุกสาขาอาชีพ มาร่วมอภิปรายกันนับหลายพันคน

ประเทศอังกฤษ มีกฎหมายเกี่ยวกับการเจริญพันธุ์ของมนุษย์และตัวอ่อน (Human Fertility and Embryological Act) ในปี ค.ศ. 1990 กฎหมายนี้ห้ามการเก็บรักษาและใช้ประโยชน์จากตัวอ่อนที่มีอายุเกิน 14 วัน และการนำตัวอ่อนมนุษย์ใส่เข้าไปในสัตว์ ห้ามการเปลี่ยนโครงสร้างพันธุกรรมของตัวอ่อน ห้ามการใช้ตัวอ่อนเพื่อจุดประสงค์อื่นใด ยกเว้นแต่จะได้รับอนุญาต มีการตั้งคณะกรรมการ The Human Fertilization and Embryology Authority (HFEA) ขึ้นในปีค.ศ. 1991 ถือเป็นองค์กรหนึ่งในไม่กี่องค์กรในโลกนี้ ที่มีกฎอย่างถึงในฐานะตัวแบบหนึ่งในการกำกับดูแลเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์และพันธุกรรม คณะกรรมการนี้ได้รับการแต่งตั้งจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข โดยมีข้อกำหนดว่าประธาน และรองประธาน และครึ่งหนึ่งของคณะกรรมการทั้งหมด (21 คน) ต้องไม่ใช่แพทย์หรือนักวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการทำวิจัยตัวอ่อนมนุษย์หรือให้บริการรักษาภาวะการมีบุตรยาก

คณะกรรมการนี้จะทำหน้าที่ออกแนวทางการให้บริการแก่สถานบริการต่างๆ รวมทั้งรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้บริจาคเซลล์สืบพันธุ์ การเก็บรักษา และเด็กที่เกิดจากเทคโนโลยีนี้ โดยสถานบริการเหล่านี้จะต้องถูกตรวจสอบเป็นประจำทุกปี จากทีมตรวจสอบซึ่งประกอบด้วยนักวิทยาศาสตร์ แพทย์ (clinician) และบุคคลที่มาจากสาขาอื่นๆ เช่น ผู้ให้คำปรึกษา ปัจจุบันมีผู้ตรวจสอบที่ไม่ได้ทำงานเต็มเวลาประมาณ 65 คน คณะกรรมการชุดนี้ ถือว่าค่อนข้างเปิดกว้างในเรื่องของการใช้เทคโนโลยี เนื่องจากได้อนุญาตให้ทำการโคลนนิ่งเพื่อการรักษาได้ แต่ห้ามการโคลนนิ่งเพื่อการเจริญพันธุ์ และเมื่อเดือนกรกฎาคมที่ผ่านมา ปรากฏข่าวว่าคณะกรรมการฯ อนุญาตให้นักวิทยาศาสตร์สามารถนำเซลล์สืบพันธุ์ของหญิงที่มารับบริการรักษาภาวะมีบุตรยากมาใช้ในการโคลนนิ่งมนุษย์เพื่อการวิจัยเซลล์ต้นกำเนิด ซึ่งผู้หญิงที่บริจาคไข่นี้จะได้รับการรักษาภาวะมีบุตรยากโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ถือเป็นการช่วยผู้มีบุตรยากที่มีรายได้น้อย ให้สามารถตั้งครรภ์ได้

ประเทศออสเตรเลีย ได้ออกกฎหมาย 2 ฉบับ ในปี ค.ศ. 2002 คือกฎหมายว่าด้วยการวิจัยตัวอ่อนมนุษย์ (Research Involving Human Embryos Act) กฎหมายห้ามโคลนนิ่งมนุษย์ (Prohibition of Human Cloning Act)

กฎหมายห้ามโคลนนิ่งมนุษย์ ห้ามโคลนนิ่งมนุษย์ในทุกกรณี ห้ามสร้างตัวอ่อนเพื่อจุดประสงค์อื่นใด ยกเว้นเพื่อการรักษาภาวะมีบุตรยากแก่ผู้หญิงคนหนึ่งคนใดเป็นการเฉพาะ แต่ภายใต้กฎหมายว่าด้วยการวิจัยตัวอ่อนมนุษย์ อนุญาตให้ใช้ตัวอ่อนที่เหลือจากการรักษาผู้มีบุตรยาก เพื่อการวิจัยได้ แต่ต้องได้รับการยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากบุคคลที่เป็นแหล่งที่มาของเซลล์สืบพันธุ์ หรือตัวอ่อนนั้น สภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ (the National Health and Medical Research Council- NHMRC) มีหน้าที่ควบคุมดูแลให้เป็นไปตามกฎหมาย และออกใบอนุญาตสำหรับกิจกรรมที่กำหนดให้ต้องขออนุญาต นอกจากนี้ ยังมีหน้าที่จัดทำฐานข้อมูลเกี่ยวกับการอนุญาตใช้ตัวอ่อน เช่น จำนวนตัวอ่อนที่เหลือจากการรักษาภาวะมีบุตรยาก จำนวนที่อนุญาตให้นำไปใช้ ผู้ที่ได้รับอนุญาต วันที่ออกใบอนุญาต เป็นต้น โดยข้อมูลเหล่านี้ต้องเปิดให้สาธารณะเข้าถึงได้

ประเทศเกาหลีใต้ ได้ออกกฎหมายจริยธรรมว่าด้วยชีวิต (Life Ethics Bill) ห้ามการซื้อ ขายเซลล์สืบพันธุ์และตัวอ่อน การวิจัยสเต็มเซลล์สามารถทำได้ในกรณีที่ใช้ไข่ที่เหลือจากการรักษาผู้มีบุตรยากเท่านั้น นอกจากนี้ ยังห้ามการโคลนนิ่งมนุษย์เพื่อการสืบพันธุ์ โดยกำหนดโทษจำคุก 10 ปีสำหรับผู้ที่ฝ่าฝืน กฎหมายฉบับนี้มีผลบังคับใช้ในปี 2548 (Isasi, M. et al, 2004) ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่นักวิทยาศาสตร์เกาหลีใต้ออกมายอมรับว่าได้สร้างผลการวิจัยเท็จว่าสามารถโคลนนิ่งสุนัขและมนุษย์ได้สำเร็จ ที่สำคัญยังเปิดเผยด้วยว่าได้บังคับให้นักวิจัยหญิง 2 คนในทีมบริจาดไข่เพื่อการวิจัย

เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ เชื่อมโยงกับการวิจัยเซลล์ต้นกำเนิด และการโคลนนิ่งเนื่องจากกิจกรรมเหล่านี้ล้วนเกี่ยวข้องกับเซลล์สืบพันธุ์หรือไข่ของผู้หญิง ซึ่งส่วนใหญ่ไข่ที่นำมาใช้ในการทำวิจัยมักมาจากไข่ผู้หญิงที่เข้ารับการรักษาภาวะมีบุตรยากที่ผ่านมาในแวดวงวิทยาศาสตร์ยังไม่มีการพูดถึงประเด็นผลกระทบต่อสุขภาพของผู้หญิงมากนัก รวมทั้งความสมัครใจของผู้หญิงที่เป็นเจ้าของไข่ว่าจะยินยอมให้นำไข่ของตนไปใช้ในการวิจัยหรือไม่ แต่หลังจากข่าวเกี่ยวกับนักวิจัยเกาหลีใต้ที่บังคับให้นักวิจัยหญิงบริจาดไข่เผยแพร่ออกไป วงการวิทยาศาสตร์และองค์กรผู้หญิงหลายองค์กรได้มีการอภิปรายประเด็นเหล่านี้กันมากขึ้น

นโยบายและมาตรการว่าด้วย เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย



นโยบายอนามัยการเจริญพันธุ์

เดิมทีนโยบายประชากรของไทยมีจุดเน้นอยู่ที่การวางแผนครอบครัว และวัดความสำเร็จจากอัตราการเพิ่ม-ลดของประชากร นโยบายนี้ส่งผลให้ผู้หญิงกลายเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ต้องถูกควบคุมภาวะการเจริญพันธุ์ โดยการเข้าและอุปการณณ์คุมกำเนิดต่างๆ อย่างไรก็ดี นโยบายที่มองผู้หญิงเป็นกลุ่มที่ต้องถูกควบคุมนี้เริ่มเปลี่ยนไปหลังจากการประชุมนานาชาติเรื่องประชากรและการพัฒนาที่ไคโร ในปี พ.ศ. 2537 โดยกระบวนทัศน์ของบุคลากรสาธารณสุขได้เริ่มเปลี่ยนจากการทำงานในเรื่องอนามัยแม่และเด็ก มาเป็นเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ที่คำนึงถึงสิทธิและสุขภาพทางเพศของผู้หญิง มากขึ้น (ณัฐยา บุญภักดี, 2547: 3)

กระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศนโยบายอนามัยการเจริญพันธุ์ในวันประชากรโลกเมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม 2540 ความว่า “คนไทยทุกคนทั้งชายและหญิง ทุกกลุ่มอายุ จะต้องมือนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี” โดยได้นิยามองค์ประกอบของอนามัยการเจริญพันธุ์ไว้ 10 ประการ ประกอบด้วย การวางแผนครอบครัว การอนามัยแม่และเด็ก โรคเอดส์ มะเร็งระบบสืบพันธุ์ โรคติดต่อในระบบสืบพันธุ์ การแท้งและภาวะแทรกซ้อน เพศศึกษา อนามัยวัยรุ่น ภาวะหลังวัยเจริญพันธุ์และสูงอายุ และภาวะการมีบุตรยาก (กรมอนามัย, 2543 : 10) ส่วนหน่วยงานระดับกองที่รับผิดชอบในการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการไคโรก็ได้เปลี่ยนชื่อจากกองวางแผนครอบครัวและประชากรเป็นกองอนามัยการเจริญพันธุ์ เพื่อให้สอดคล้องกับภารกิจและหลักการของหน่วยงานมากขึ้น



ระบบประกันสุขภาพกับการรักษาภาวะมีบุตรยาก

แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะได้ประกาศนโยบายอนามัยการเจริญพันธุ์ไปแล้วเกือบ 10 ปี แต่ก็ยังไม่มียุทธศาสตร์ด้านที่ชัดเจนเกี่ยวกับภาวะการมีบุตรยาก ซึ่งเป็นหนึ่งในองค์ประกอบของอนามัยการเจริญพันธุ์ มีเพียงเอกสารเผยแพร่เพื่อให้

ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก และมีคลินิกรักษาผู้มีบุตรยากในโรงพยาบาลของรัฐ ประมาณ 10 แห่ง แต่ยังไม่มีการผลักดันให้ภาวะการมีบุตรยากอยู่ในระบบประกันสุขภาพทุกประเภท ซึ่งระบบประกันสุขภาพของไทยอาจแบ่งได้เป็น 3 ระบบ ดังนี้

1. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือที่คนไทยรู้จักกันในชื่อ 30 บาทรักษาทุกโรคนั้น ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักประกันสุขภาพที่ประกาศใช้ในปี 2544 กำหนดไว้ว่า การวางแผนครอบครัว การตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์นั้น ผู้มีสิทธิไม่ต้องเสียค่าบริการหรือค่าใช้จ่าย แต่มีรายการที่ไม่รวมอยู่คือ การรักษาภาวะมีบุตรยาก และการผสมเทียม (สำนักกฎหมาย สปสช., 2544: 28-30)
2. กองทุนประกันสังคม ซึ่งตั้งขึ้นตาม พรบ. ประกันสังคม มีผลบังคับใช้เมื่อ 2 กันยายน 2533 กับสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไปและภายหลังได้ขยายออกไปให้ครอบคลุมสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 1 คนขึ้นไปเมื่อ 1 เมษายน 2545 ได้กำหนดรายการโรคที่ไม่อยู่ในความครอบคลุมในกรณีเจ็บป่วยหรือประสบอันตรายไว้ 15 โรค ซึ่งการรักษาภาวะมีบุตรยาก และการผสมเทียมนั้นรวมอยู่ใน 15 โรคนี้ด้วย
- 3.สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ นั้นจะเบิกได้ก็ต่อเมื่อเป็นการรักษาภาวะการเจ็บป่วย ซึ่งภาวะมีบุตรยากถูกตีความว่าไม่ใช่การเจ็บป่วย จึงไม่เข้าข่ายที่จะสามารถเบิกค่ารักษายาบาลได้

โดยสรุปแล้ว แม้ว่าภาวะมีบุตรยากจะเป็นหนึ่งในนโยบายอนามัยเจริญพันธุ์ของกระทรวงสาธารณสุข แต่ก็ยังไม่มียุทธศาสตร์ระบบประกันสุขภาพระบบใดที่คุ้มครองผู้ที่อยู่ในภาวะมีบุตรยาก



มาตรการกำกับดูแลการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์

ปัจจุบัน มีมาตรการที่ควบคุมหรือกำกับดูแลการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์อยู่เพียงมาตรการเดียว คือประกาศของแพทยสภา ซึ่งเป็นองค์กรวิชาชีพที่กำกับดูแลผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม โดยแพทยสภาได้มีประกาศออกมา 2 ฉบับ ได้แก่

1. ประกาศแพทยสภา ที่ 1/2540 เรื่องมาตรฐานการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์

วัตถุประสงค์ของประกาศฉบับนี้เพื่อ “ให้การบริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์เป็นไปอย่างมีมาตรฐาน สามารถคุ้มครองผู้รับบริการให้เหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ” รายละเอียดประกอบด้วยคำนิยามของ “เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์” การกำหนดหลักเกณฑ์และมาตรฐานของสถานบริการว่าต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ให้บริการต้องได้รับหนังสือรับรองจากราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย กำหนดองค์ประกอบของทีมเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ กำหนดลักษณะสถานที่ เครื่องมือ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ มีการควบคุมคุณภาพและจริยธรรม การให้บริการทุกครั้งต้องมีบันทึกทางการแพทย์ โดยผู้ให้บริการต้องรายงานข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการตามแบบฟอร์มที่แนบต่อราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย อย่างน้อยปีละครั้ง และได้กำหนดให้ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยกำกับดูแล และรายงานผลการดำเนินการต่อแพทยสภาปีละครั้ง

2. ประกาศแพทยสภา ที่ 21/2545 เรื่องมาตรฐานการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ (ฉบับที่ 2)

ระบุวัตถุประสงค์ไว้ว่าเพื่อกำหนดมาตรฐานเพิ่มเติม เพื่อคุ้มครองผู้รับบริการให้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยให้เพิ่มเติมประกาศฉบับแรกเป็นข้อ 4/1 ว่า การให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์จะต้องไม่เป็นการกระทำในลักษณะเป็นการทำสำเนาชีวิต (Human Cloning) เพื่อการเจริญพันธุ์ ห้ามการซื้อขายเซลล์สืบพันธุ์ ห้ามการรับจ้างตั้งครรภ์แทน การตรวจวินิจฉัยโรคทางพันธุกรรมของตัวอ่อนก่อนย้ายเข้าสู่โพรงมดลูก (Pre-implantation Genetic Diagnosis) ทำได้เฉพาะการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรคตามความจำเป็นและสมควร แต่ต้องไม่เป็นการกระทำในลักษณะที่อาจทำให้เข้าใจได้ว่าเป็นการเลือกเพศ

ที่ผ่านมา ยังไม่เคยมีการติดตามว่าประกาศแพทยสภาทั้ง 2 ฉบับนี้ เป็น เครื่องมือหรือมาตรการที่เพียงพอในการคุ้มครองผู้บริโภคหรือไม่ และได้ให้แนวทาง ปฏิบัติที่ชัดเจนแก่ผู้ให้บริการเพียงใด หรือสามารถบังคับใช้ได้จริงหรือไม่ ซึ่งจากการ ติดตามข้อมูลสถิติเกี่ยวกับการให้บริการเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ในประเทศนั้น อาจกล่าวได้ว่ายังไม่มีข้อมูลสถิติเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ที่สมบูรณ์และ ครบถ้วน ไม่ว่าจะป็นจำนวนผู้รับบริการ อัตราความสำเร็จ ความล้มเหลวของการใช้ เทคโนโลยีนี้ และประเภทของเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ที่มีใช้ เนื่องจากมีสถาน บริการบางแห่งเท่านั้น ที่ขึ้นทะเบียนกับราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสถานบริการภาครัฐ หากสถานบริการได้ดำเนินการตามประกาศ แพทยสภาอย่างเคร่งครัด โดยการขออนุญาตจากราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่ง ประเทศไทย รวมทั้งรายงานข้อมูลที่ต้องและครบถ้วน ประเทศไทยจะมีฐานข้อมูล เกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ที่สมบูรณ์ สามารถนำมาใช้เป็นฐานในการ กำหนดนโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้องต่อไปได้



มาตรการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

ขณะนี้มีความพยายามที่จะผลักดันมาตรการเพื่อคุ้มครองอนามัยเจริญพันธุ์ และเพื่อกำกับดูแลการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์เป็นการเฉพาะ ดังนี้

1. ร่าง พรบ. คุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. ...

ร่าง พรบ. คุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์เกิดจากการร่วมมือกันระหว่าง ภาคประชาสังคมที่สนใจในสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิง และคณะกรรมการ สาธารณสุข ของสภาผู้แทนราษฎร ร่วมกันร่างพระราชบัญญัติฉบับนี้ขึ้น โดยได้รับความสนใจเป็นอย่างมากจากบุคลากรสาธารณสุข ขณะนี้ร่าง พรบ. ฉบับนี้ได้ผ่านการ วิพากษ์จากกลุ่มประชาสังคมที่สนใจในประเด็นอนามัยเจริญพันธุ์เรียบร้อยแล้ว แต่เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองทำให้ยังไม่มีการนำร่างนี้เข้าสู่การพิจารณา ของสภานิติบัญญัติ

ในส่วนของเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์นั้น ร่าง พรบ. ฉบับนี้กล่าวไว้เพียงสั้นๆ ใน 3 มาตรา โดยอยู่ในหมวดที่ 8 ว่าด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์

มาตรา 47 รัฐต้องส่งเสริม สนับสนุนให้สถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนจัดบริการให้คำปรึกษาและรักษาผู้มีบุตรยากตามความเหมาะสมอย่างมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน เพียงพอ และทั่วถึง ตลอดจนส่งเสริมการค้นคว้า ศึกษา วิจัย และพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน และเพียงพอ

มาตรา 48 การให้บริการด้านเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรมและต้องอยู่ภายใต้หลักเกณฑ์เงื่อนไข วิธีการที่กำหนดในข้อบังคับ หรือประกาศของแพทยสภา

มาตรา 49 บุคคลต้องได้รับการคุ้มครองในการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือการทดลองเกี่ยวกับบ่อนามัยการเจริญพันธุ์โดยสมัครใจ โดยได้รับข้อมูลที่ถูกต้องรอบด้านเกี่ยวกับโครงการวิจัยหรือการทดลองก่อนตัดสินใจเข้าร่วม และได้รับการคุ้มครองสิทธิตลอดเวลาที่อยู่ในโครงการวิจัยหรือการทดลองนั้นๆ

เนื้อหาใน 3 มาตรานี้ กำหนดไว้เป็นหลักการกว้างๆ โดยเฉพาะมาตรา 48 กำหนดเพียงว่าให้บริการเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์เป็นไปตามประกาศของแพทยสภา ซึ่งก็ยังไม่มีความชัดเจนในการปฏิบัติหลายประการ อาทิ แนวปฏิบัติในเรื่องการให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ กติกาในการสร้างและเก็บรักษาตัวอ่อน และแนวปฏิบัติในกรณีที่ผู้มารับบริการประสบความสำเร็จในการตั้งครรภ์แล้ว แต่ยังมีเซลล์สืบพันธุ์เหลืออยู่ และที่สำคัญไม่มีการกำหนดให้มีการติดตามประเมินผลกระทบทางสุขภาพของผู้หญิงหลังจากได้รับการรักษาภาวะมีบุตรยากไปแล้ว ไม่ว่าจะประสบความสำเร็จหรือไม่ก็ตาม ในภาพรวม จึงถือว่ายังไม่ครอบคลุมทุกมิติของเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์

2. ร่าง พรบ. คุ่มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์

คณะอนุกรรมการปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับเด็กตามมาตรฐานของรัฐธรรมนูญและอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการและผู้สูงอายุ (สท.) ได้จัดทำร่าง พรบ. คุ่มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ และได้ร่วมกับองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) จัดให้มีการเสวนาวิชาการร่าง พรบ. การตั้งครม.โดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ.... [ชื่อเดิม] เมื่อ 22 กุมภาพันธ์ 2549 และต่อมาได้นำข้อคิดเห็นมาปรับปรุงร่างกฎหมาย โดยได้เปลี่ยนชื่อร่างกฎหมายเป็น ร่าง พรบ. คุ่มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ.... ด้วยเหตุผลว่าเพื่อประโยชน์สูงสุดของเด็กที่เกิดจากเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ และเพื่อควบคุมไม่ให้ใช้เทคโนโลยีนี้ในทางที่ไม่ถูกต้อง

ร่างกฎหมายประกอบด้วยบทนิยาม และรายละเอียดอีก 6 หมวด โดยสรุปสาระสำคัญแต่ละหมวดได้ดังนี้

หมวด 1 : คณะกรรมการคุ่มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ กำหนดให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการขึ้นมา โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รักษาการตาม พรบ. นี้ มีตำแหน่งผู้แทนจากหน่วยงานราชการ และวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง และผู้ทรงคุณวุฒิด้านเด็ก สตรี และปรัชญา ซึ่งต้องเป็นผู้หญิงไม่น้อยกว่า 3 คน โดยมีกองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นฝ่ายเลขานุการ

หมวด 2: การให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ ได้เขียนไว้กว้างๆ ว่ามาตรฐานการบริการให้เป็นไปตามประกาศแพทยสภา ส่วนที่น่าสนใจคือใน มาตรา 16 ระบุไว้ว่า “ก่อนเริ่มดำเนินการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ ไม่ว่าจะวิธีใด ผู้ให้บริการต้องตรวจและประเมินความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ขอรับบริการและผู้บริจาคเซลล์สืบพันธุ์ที่จะนำมาใช้ดำเนินการเพื่อวินิจฉัยและป้องกันโรคที่อาจมีผลกระทบต่อเด็กอย่างร้ายแรง” ซึ่งแสดงให้เห็นแนวคิดที่มุ่งคุ่มครองสุขภาพเด็กที่เกิดจากเทคโนโลยีนี้ แต่ไม่ได้ระบุถึงการคุ่มครองสุขภาพผู้หญิงแต่อย่างใด

หมวด 3 : การตั้งครรภ์แทน เน้นการกำหนดคุณสมบัติว่าใครสามารถตั้งครรภ์แทนได้ และจะต้องมีความสัมพันธ์อย่างไรกับผู้ที่ประสงค์ให้มีการตั้งครรภ์ และกำหนดชัดเจนว่าห้ามการตั้งครรภ์แทนโดยหวังผลทางการค้า ห้ามการประกาศรับจะตั้งครรภ์แทน หรือหากนตั้งครรภ์แทน

หมวด 4 : ความเป็นบิดาและมารดาของเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ ได้กำหนดสถานะและความสัมพันธ์ของเด็กที่เกิดมากับผู้ประสงค์ให้มีการตั้งครรภ์ การคุ้มครองเด็กในกรณีที่ผู้ประสงค์ให้มีการตั้งครรภ์แทนเสียชีวิตก่อนเด็กเกิด และกรณีที่มีการเกี่ยวกันไม่ยอมรับเลี้ยงดูเด็กที่เกิดมา

หมวด 5 : การสร้าง เก็บรักษา วิจัย หรือใช้ประโยชน์จากตัวอ่อน ได้ห้ามการเก็บรักษา วิจัย และใช้ประโยชน์จากตัวอ่อนที่มีอายุเกินกว่า 14 วัน ห้ามการสร้างตัวอ่อนจากไข่และอสุจิ นอกเหนือจากการบำบัดรักษาภาวะมีบุตรยากของผู้หญิงคนหนึ่งคนใดโดยเฉพาะ

หมวด 6 : การควบคุมการดำเนินการโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ เป็นมาตรการที่ระบุชัดเจนว่าห้ามทำสำเนามนุษย์ และสำเนาตัวอ่อนพันธุ์ผสม ห้ามสร้าง เก็บรักษา วิจัย ใช้ตัวอ่อนพันธุ์ผสม ห้ามจำหน่าย นำเข้า ส่งออก ตัวอ่อนพันธุ์ผสม ห้ามซื้อ ขาย นำเข้า ส่งออก เซลล์สืบพันธุ์ หรือเซลล์ต้นกำเนิดที่ได้จากการปฏิสนธิระหว่างไข่กับอสุจิ เพื่อผลประโยชน์ทางการค้า ห้ามสร้าง หรือใช้เซลล์ต้นกำเนิดโดยไม่ได้รับความยินยอมจากผู้เป็นแหล่งเซลล์สืบพันธุ์ และหมวด 7 : บทกำหนดโทษ ในกรณีฝ่าฝืน พรบ. นี้

โดยสรุป ร่าง พรบ. คุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. ... ของ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการและผู้สูงอายุ (สท.) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์นี้ มีจุดประสงค์เพื่อคุ้มครองเด็กอย่างแท้จริง โดยไม่ได้ครอบคลุมถึงมิติสุขภาพผู้หญิง จึงพบว่าแม้ระบุถึงการตรวจสภาพร่างกายและจิตใจของผู้รับบริการเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์แต่ก็ไม่ได้เป็นไปเพื่อคุ้มครองสุขภาพผู้หญิง และไม่ได้ระบุถึงการที่ผู้ให้บริการต้องให้ข้อมูลที่ถูกต้อง รอบด้าน และให้ทางเลือกหลายๆ ทาง แก่ผู้หญิงที่มารับบริการ



เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมอนามัย. กระทรวงสาธารณสุข. 2543. อนามัยการเจริญพันธุ์
โครงการชีวจริยธรรมและการวิจัยทางการแพทย์สมัยใหม่ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
และศูนย์พันธุวิศวกรรมและเทคโนโลยีชีวภาพแห่งชาติ. เซลล์ต้นกำเนิด
และสังคม. เอกสารประกอบการประชุมระดับชาติเรื่องชีวจริยธรรม ครั้งที่
2 ปี 2548 วันที่ 22-23 ธันวาคม 2548 ณ โรงแรมรามาร์คเดนส์
ณัฐยา บุญภักดี. 2547. รายงานสรุปสถานการณ์ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของประเทศไทย.
เอกสารนำเสนอในการประชุมคณะอนุกรรมการเสริมสร้างความมั่นคง
ในชีวิตด้านสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ ในคณะกรรมการส่งเสริมและ
ประสานงานสตรีและสถาบันครอบครัวแห่งชาติ.
- ประกาศแพทยสภา ที่ ๑/๒๕๔๐ เรื่อง มาตรฐานการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยี
ช่วยการเจริญพันธุ์
- ประกาศแพทยสภา ที่ ๒๑/๒๕๔๕ เรื่อง มาตรฐานการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยี
ช่วยการเจริญพันธุ์ (ฉบับที่ ๒)
- ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2544
- ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการ
แพทย์ พ.ศ. ...
- ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. ...
- สำนักงานประกันสังคม. สิทธิประโยชน์ : โรคและบริการที่ไม่มีสิทธิได้รับบริการ
ทางการแพทย์ (กลุ่ม 15 โรคยกเว้น) จาก <http://www.sso.go.th>

ภษษอังกฤษ

Center for Genetics and Society. Canadian Parliament Approves the “Assisted Human Reproduction Act,” A Model of Responsible Policy. Retrieved 24 November 2006, from <http://genetics-and-society.org/policies/other/canada.html>

Isasi, M. et al. (2004). Symposium Article: part 2: Research Ethics: Legal and Ethical Approaches to Stem Cell and Cloning Research: A Comparative Analysis of Policies in Latin America, Asia, and Africa. Journal of Law Medicine & Ethics. Retrieved from <http://www.law.berkeley.edu/institutes/bclt/stemcell/resources.html#hanna>

Steve C. (23 July 2006). Eggs from IVF women can be used to clone embryos. Retrieved from http://news.independent.co.uk/uk/health_medical/article1201304.ece

Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. The General Conference, at its 33rd session, adopted by acclamation the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, on 19 October 2005.

Vayena, E., Rowe, P. J., Griffin, P. D., eds. Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction : Report of a meeting on “Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction” held at WHO Headquarters in Geneva, Switzerland 17–21 September 2001.



มูลนิธิสร้างความเข้าใจ เรื่องสุขภาพพื้หนิง ขับเคลื่อนด้วยองค์ความรู้ เพื่อให้สุขภาพพื้หนิงได้รับความคุ้มครอง

สิทธิในสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์เป็นหัวใจสำคัญของการมีสุขภาพดีสำหรับผู้หญิง แต่ทุกวันนี้ผู้หญิงไทยยังคงเจ็บป่วย พิกการ และตายจากสาเหตุที่สามารถป้องกันและหลีกเลี่ยงได้ถ้าเพียงสังคมไทยมีความมุ่งมั่นที่จะสร้างสุขภาพให้คนทุกเพศทุกวัยอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม

มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง หรือ สคส. จึงถือกำเนิดขึ้นเพื่อสนับสนุนสิทธิในสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิง



ปรัชญาของ สคส.

สุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ถือเป็นหัวใจสำคัญของสุขภาพผู้หญิง และสิทธิในสุขภาพทางเพศและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์เป็นสิทธิมนุษยชนของคนทุกคน



วิสัยทัศน์

สคส. อยากเห็นสังคมไทยยอมรับและตระหนักในสิทธิทางเพศและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์



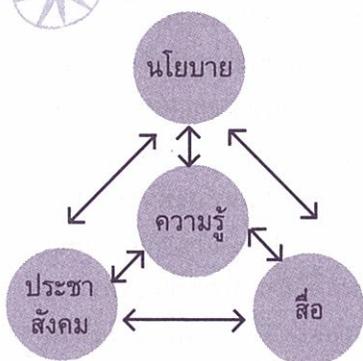
วัตถุประสงค์

1. สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องสิทธิและสุขภาพผู้หญิง
2. ดำเนินการให้ความรู้เรื่องสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้หญิงกลุ่มต่างๆ
3. สนับสนุนให้ผู้หญิงทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ

4. ศึกษาวิจัยและเผยแพร่องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิง
5. ดำเนินการเพื่อสาธารณประโยชน์ หรือร่วมมือกับองค์กรการกุศลอื่นๆ เพื่อสาธารณประโยชน์
6. ไม่ดำเนินการเกี่ยวข้องกับการเมืองแต่ประการใด



ยุทธศาสตร์ สกล.



สร้างและจัดการความรู้

นำข้อมูลด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ที่ได้จากงานวิจัยที่มีคุณภาพมาผลิตในภาษาและรูปแบบที่คนทั่วไปอ่านเข้าใจง่าย เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ผู้หญิงเข้าใจและรักเนื้อตัวร่างกายของตนเอง และสนับสนุนหรือดำเนินการวิจัยในเรื่องที่ยังขาดองค์ความรู้

รณรงค์ภาคนโยบาย

นำความรู้ไปใช้ในเวทีระดมสมองเพื่อค้นหาข้อสรุปและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่สนองตอบต่อปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ และนำข้อสรุปนี้ไปขับเคลื่อนภาคนโยบายเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม

รณรงค์ภาคสื่อ

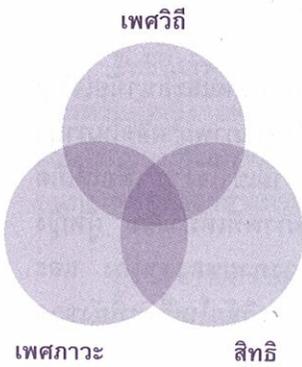
ทำงานร่วมกับนักสื่อสารมวลชน เพื่อค้นหาวิธีการสื่อสารเรื่องเพศ สิทธิทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์เพื่อขยายขอบเขตความเข้าใจในสถานการณ์ปัญหาที่เกี่ยวข้องโดยมุ่งหวังให้ผู้คนมีทางเลือกมากขึ้นในเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์และมีความตระหนักและเคารพสิทธิของตนเองและผู้อื่น

รณรงค์ภาคประชาสังคม

ทฤษฎีศาสตร์ของ สคส. เชื่อมร้อยกับกลุ่มทางสังคมและหน่วยงานที่มีเป้าหมายที่จะสร้างสุขภาพดีอย่างเป็นองค์รวมแก่คนในสังคม สคส. เชื่อมั่นว่าความสัมพันธ์แบบพันธมิตร (partnership) จะเป็นกุญแจสำคัญของการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงทางสังคม



กรอบแนวคิดในการขับเคลื่อนงานของ สคส.



การดำเนินงานของ สคส. วางอยู่บนกรอบแนวคิดหลัก 3 ประการคือ แนวคิดเพศภาวะ เพศวิถี และสิทธิ (genders, sexualities, and rights based approach) สคส. เชื่อว่าการขับเคลื่อนสังคมไทยไปสู่การเป็นสังคมที่มีความตระหนักว่าสิทธิทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์เป็นเรื่องพื้นฐานของชีวิตที่มีคุณภาพ ต้องเป็นการขับเคลื่อนบนความเข้าใจว่าคนในสังคมมีวิถีทางเพศที่แตกต่างและหลากหลาย (sexualities) และต้องคำนึงว่าชีวิตทางเพศของคนในสังคมเป็นสิ่งที่ได้รับอิทธิพลจากระบบความเชื่อและคุณค่าหลายระบบ โดยระบบที่มีอิทธิพล

มากคือระบบความเชื่อและคุณค่าที่เกี่ยวข้องกับภาวะความเป็นผู้หญิง/ความเป็นผู้ชาย (genders) และต้องคำนึงว่าความแตกต่างหลากหลายเหล่านี้ไม่ใช่สิ่งผิดปกติ สามารถแปรเปลี่ยนตามกาลเวลาและประสบการณ์ในชีวิต. รวมถึงต้องตระหนักว่าสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์จะดีไม่ได้ถ้าการละเมิดศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ยังดำรงอยู่ในสังคม



การบูรณาการ

สคส. สนับสนุนระบบการทำงานแนวราบ เน้นการทำงานเป็นทีม ช่วยกันคิด ตัดสินใจ ลงมือทำ และรับผิดชอบ เพื่อนร่วมงานเป็นกัลยาณมิตร สามารถวิพากษ์วิจารณ์ท้วงติงซึ่งกันและกันภายใต้บรรยากาศการทำงานที่เปิดกว้าง ตรงไปตรงมา และมีเมตตาต่อกัน โครงสร้างการบริหารงานของ สคส. ประกอบด้วยคณะกรรมการ และทีมเจ้าหน้าที่ประจำซึ่งร่วมกันกำหนดทิศทางการดำเนินงานของ สคส. โดยคณะกรรมการของ สคส. ประกอบด้วย

ศ.เกียรติคุณ พญ.เพ็ญศรี พิชัยสินธิ์	ประธาน
รศ.ดร. กฤตยา อาชวนิจกุล	รองประธาน
รศ.ดร. พิมพ์วัลย์ บุญมงคล	กรรมการและற்றுญิก
ผศ.ดร. วิลาสินี พิพิธกุล	กรรมการ
รศ.ดร. อนุชาติ พวงสำลี	กรรมการ
ณัฐยา บุญภักดี	กรรมการและเลขานุการ



งานที่ผ่านมายของ สคส.

สคส. ก่อตั้งอย่างเป็นทางการเมื่อปลายปี 2545 แต่การทำงานเรื่องสิทธิด้านสุขภาพผู้หญิงของทีมงานได้เริ่มต้นมาตั้งแต่ปี 2540 ในชื่อโครงการรณรงค์เพื่อสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ ส่วนหนึ่งของงานที่เราทำมีดังนี้



งานวิจัยและการจัดการความรู้ :

- จัดทำฐานข้อมูลสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ (2540-ปัจจุบัน)
- วิจัยเชิงคุณภาพ “บันทึกประสบการณ์ของผู้หญิงที่ตั้งท้องเมื่อไม่พร้อม” (2542-2543)
- วิจัยเชิงปริมาณ “สุขภาพผู้หญิงและประวัติการตั้งครรภ์” (2544-2545)
- วิจัยเรื่องกฎหมายและนโยบายที่มีผลต่อสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิง (2545-2546)
- จัดทำเว็บไซต์ สคส. เพื่อเผยแพร่ข้อมูล รายงาน และบทความที่เกี่ยวข้อง (2546-ปัจจุบัน)



งานรณรงค์ภาคนโยบาย :

- จัดเวทีระดมสมองสร้างข้อเสนอเชิงนโยบายในประเด็นสุขภาพที่เกี่ยวข้อง อาทิ ยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน การตั้งท้องเมื่อไม่พร้อม ความรุนแรงต่อผู้หญิง สุขภาพทางเพศของวัยรุ่น มะเร็งปากมดลูก วัยทอง สิทธิทางเพศ (2540-ปัจจุบัน)
- ผลิตเอกสารข้อเสนอเชิงนโยบายของประเด็นสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ที่ได้จากเวทีระดมสมองเชิงนโยบาย (2540-ปัจจุบัน)

- ขับเคลื่อนเพื่อให้มีกฎหมายคุ้มครองอนามัยเจริญพันธุ์โดยร่วมมือกับคณะกรรมการการสาธารณสุขทั้งของวุฒิสภาและสภาผู้แทนราษฎร ชมรมสมาชิกรัฐสภาสตรีไทย และพันธมิตรทั้งภาครัฐและเอกชน (2545-ปัจจุบัน)
- ขับเคลื่อนประเด็นสิทธิและสุขภาพผู้หญิงในประชาคมนโยบายนานาชาติ เช่น คณะกรรมการการจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีของอนุสัญญาว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีในทุกรูปแบบ



งานรณรงค์ภาคประชาสังคม :

- จัดเวทีเครือข่ายขับเคลื่อนเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ระดับภาคและระดับชาติ (จัดเป็นประจำทุกปี)
- ผลิตชุดข้อมูลสุขภาพที่อ่านง่าย อาทิ สุขภาพผู้หญิงในมุมมองใหม่ สารป้องกันการติดเชื้อ วัยทองในมุมมองใหม่ ทำอย่างไรให้ห่างไกลมะเร็งปากมดลูก สารป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้หญิง (Microbicides) เป็นต้น
- เสริมสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง เช่น จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (workshop) เรื่องสุขภาพผู้หญิง เรื่องเพศภาวะ (gender) กับอนามัยเจริญพันธุ์ เรื่องสิทธิทางเพศและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ จัดงานเสวนา เช่น ผู้หญิงกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ สารป้องกันการติดเชื้อสำหรับผู้หญิง เป็นต้น



งานรณรงค์ภาคสื่อ :

- ติดตามและวิเคราะห์การนำเสนอข่าวของสื่อมวลชนในประเด็นเพศและประเด็นผู้หญิง (2545-ปัจจุบัน)
- ผลิตรายงาน “การฉายภาพความรุนแรงต่อผู้หญิง : วิเคราะห์มุมมองสื่อไทย” (2549)
- พัฒนาแนวทางการเสนอข่าวประเด็นผู้หญิงร่วมกับสมาคมนักข่าวนักหนังสือพิมพ์แห่งประเทศไทย (2547-ปัจจุบัน)
- จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (workshop) กับสื่อมวลชนอาชีพเพื่อหนุนเสริมศักยภาพการทำข่าวประเด็นเรื่องเพศ (2549 เป็นต้นไป)



หน่วยงานที่สนับสนุนทุนดำเนินงาน

นับตั้งแต่ สคส. เริ่มก่อตั้งมาจนถึงปัจจุบัน หน่วยงานที่ให้ทุนสนับสนุนการดำเนินงานประกอบด้วย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) , Center for Reproductive Rights , Ford Foundation , International Family Health , Planned Parenthood Federation of America-International , Rockefeller Foundation , UNIFEM , Wallace Alexander Gerbode Foundation และยังมีหน่วยงานและบุคคลที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของ สคส. อีกจำนวนมากที่กล่าวถึงไม่หมดในที่นี้



ติดต่อเราได้ที่

มูลนิธิสร้างความสำเร็จเรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส.)

12/22 ถนนเทศบาลสงเคราะห์

แขวงลาดยาว เขตจตุจักร

กรุงเทพมหานคร 10900

โทรศัพท์ 02-591-1224 ถึง 5

โทรสาร 02-591-1099

อีเมลล์ contact@whaf.or.th

เว็บไซต์ www.whaf.or.th

จุดสมดุลของการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์อยู่ที่ใด

เป็นคำถามที่สังคมไทยต้องครุ่นคิดอย่างรอบด้านและรู้เท่าทัน เพราะปัญหาการมีบุตรยากและการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ มีแง่มุมที่หลากหลายให้ต้องพิจารณา ทั้งในแง่ผลกระทบต่อสุขภาพ การแสวงหาประโยชน์จากไข่ของผู้หญิง และอุดมการณ์ความเป็นแม่กับผลกระทบต่อสถานภาพผู้หญิง ในบางสังคมใช้เวลาคิดรุ่นคิดนานนับสิบปี จึงสามารถกำหนดนโยบายที่สะท้อนความคิดเห็นของทุกภาคส่วน อย่างแท้จริง สำหรับสังคมไทย แม้เราจะได้คำตอบ แต่เราก็เริ่มจากการคิดไปด้วยกัน