

**มองรอบทิศกับชีวิตและสุขภาพของผู้หญิง:
แนวทางในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพ
Holistic View of Life and Women's Health:
Guideline for Promoting Health Service Accessibility**

ภัทรพรรณ ทำดี*
Patrapan Tamdee

บทคัดย่อ

สุขภาพของผู้หญิงนั้นมีความเกี่ยวข้องกับสถานภาพของผู้หญิงทั้งในฐานะที่เป็น “เพศหญิง” และเป็น “ผู้หญิง” ไปพร้อมกัน ทั้งนี้ จากการทบทวนประสบการณ์ของผู้หญิงจากผลการวิจัยที่ผ่านมาของผู้เขียน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 เป็นต้นมา และงานวิจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นด้านสุขภาพของผู้หญิง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าก่อนจะพิจารณาเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้หญิงจึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจชีวิตและความต้องการของผู้หญิงแต่ละกลุ่มตามสถานะความเป็นหญิงในมิติต่าง ๆ ประกอบกัน ไม่ว่าจะเป็น ผู้หญิงในฐานะที่เป็น “หญิงสาว” ซึ่งเข้าไปเกี่ยวข้องกับ ความสวยความงาม ความเป็นโสด และเพศวิถี ของพวกเธอ ในขณะเดียวกัน สุขภาพของผู้หญิงยังเกี่ยวข้องกับ “ความเป็นแม่” ของพวกเธอ ทั้งผู้หญิงที่ “เป็นแม่” “ต้องการเป็นแม่” และ “ไม่อยากหรือยังไม่อยากเป็นแม่” นอกจากนั้น ผู้หญิงยังต้องทำหน้าที่เป็น “แรงงาน” ซึ่งสุขภาพมีความเชื่อมโยงกับงานของผู้หญิงเป็นอย่างยิ่ง อีกทั้งผู้หญิงหลายคนยังมีอัตลักษณ์ที่ซ้อนทับกันระหว่าง “ความเป็นแม่” และ “แรงงาน” และในท้ายที่สุดผู้หญิงยังต้องแบกรับภาระในฐานะ “ผู้ดูแล” สมาชิกในครอบครัว เนื่องจากถูกนำมาเชื่อมโยงกับ “ความเป็นหญิง” ซึ่งเป็นภาระที่ไม่มีวันสิ้นสุดอันนำไปสู่ข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้หญิงในที่สุด

อย่างไรก็ตาม หากต้องการศึกษาความต้องการด้านสุขภาพ และเงื่อนไขที่เชื่อมโยงกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้หญิงเหล่านี้ยังจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น เพื่อนำไปสู่การวางแผนและการสนับสนุนที่สอดคล้องกับความต้องการจำเป็นของผู้หญิงต่อไป เพราะถึงแม้จะเป็น “ผู้หญิงเหมือนกัน...แต่ต้องการการดูแลต่างกัน”

คำสำคัญ: ผู้หญิง, การเข้าถึง, สุขภาพ, บริการสุขภาพ

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

Assistant professor, Department of Sociology and Anthropology, Faculty of Social Sciences, Kasetsart University

Received: 24 March 2021, Revised: 19 May 2021, Accepted: 24 May 2021

Abstract

Women's health is closely related to the women's identity, status, and role that shape her view in defining who she is as a 'woman' or a 'female'. This article derived from the finding of women's experiences in the author's prior research since 2013, and documentary research associated to women's health issues. In reality, before considering access to women's health services, it is important to understand the lives and needs of each group of women according to their desires for womanhood, concerns in feminine beauty, lifestyle of being single, and sexual preferences. For example, women's health is linked to their choice of 'motherhood', which covers those who are 'mothers', 'want to be mothers', and 'don't or still don't want to be a mother'. In addition, traditional jobs expect women to be good at 'service or emotional labor' has elevated overlapping identities between 'motherhood' and 'labor'. Moreover, women are still expected to fulfill the role of 'a family caregiver' since it is thought of to be embedded in woman nature-that this burden is a never-ending in female life cycle.

However, in order to examine entire health needs and conditions related to women's health services accessibility, more specific empirical data and future studies need to take into consideration that not all women need of care are the same.

Keywords: Woman, Accessibility, Health, Health service

ความนำ

“ผู้หญิงเหมือนกัน...แต่ต้องการการดูแลต่างกัน” นับเป็นข้อสรุปส่วนหนึ่งจากผลการวิจัยของผู้เขียนในประเด็นเรื่อง “ผู้หญิงโสด: สุขภาพและชีวิตทางสังคม” ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ความหลากหลายของผู้หญิงเป็นเงื่อนไขสำคัญอย่างยิ่งที่เชื่อมโยงกับทั้งการใช้ชีวิตทางสังคม ปัญหาสุขภาพ ตลอดจนวิธีการจัดการกับปัญหาสุขภาพด้วยฐานของทรัพยากรที่แต่ละคนมีอยู่แตกต่างกัน ดังนั้น หากจะสนับสนุนให้ผู้หญิงได้เข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเหมาะสมแล้ว จำเป็นที่จะต้องเข้าใจในธรรมชาติและความหลากหลายของผู้หญิง ซึ่งมีทั้งผู้หญิงที่เป็น “วัยรุ่น” “หญิงสาว” “หญิงโสด” ผู้หญิงที่ต้องทำหน้าที่ “ภรรยา” ผู้หญิงที่เป็น “แม่” และยังต้องทำหน้าที่ “ผู้ดูแล” สมาชิกในครอบครัว ตลอดจนผู้หญิงในฐานะ “แรงงาน” นอกจากนั้น ยังมีผู้หญิงที่มีลักษณะเฉพาะอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นผู้หญิงในกลุ่มชาติพันธุ์ ผู้หญิงที่มีความพิการ และผู้หญิงที่มีความต้องการพิเศษ ซึ่งนอกจากบริการสุขภาพสำหรับผู้หญิงจะเกี่ยวข้องกับความหลากหลายด้านสถานภาพและบทบาทของผู้หญิงเหล่านี้แล้ว ยังต้องเชื่อมโยงกับสวัสดิการสุขภาพและสวัสดิการสังคมที่จะมาพร้อมกับสถานภาพของผู้หญิงด้วยเช่นกัน

ทั้งนี้ สุขภาพของผู้หญิงจึงเกี่ยวข้องกับสถานภาพทั้งในฐานะที่เป็น “เพศหญิง” และเป็น “ผู้หญิง” ไปพร้อมกัน ซึ่งแน่นอนว่าในฐานะที่เป็น “เพศหญิง” ที่มีลักษณะทางชีวภาพแตกต่างจากชายในแง่ของการให้กำเนิด ทำให้สุขภาพของผู้หญิงต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับด้านอนามัยเจริญพันธุ์เป็นสำคัญ โดยสถานะด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิงจะเป็นไปเช่นไรนั้นขึ้นอยู่กับ “ความเป็นหญิง” ของพวกเธอด้วย ก่อนจะพิจารณาเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้หญิง จึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจชีวิตและความต้องการของผู้หญิงแต่ละกลุ่มตามสถานะความเป็นหญิงในมิติต่าง ๆ เหล่านี้ประกอบกัน บทความฉบับนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้หญิงจากประสบการณ์งานวิจัยที่ผ่านมาของผู้เขียน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 จนถึงปัจจุบัน จำนวน 7 เรื่อง ซึ่งประกอบด้วยงานวิจัยที่ใช้ระเบียบวิธีการศึกษาทั้งในรูปแบบเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ทั้งงานวิจัยที่เน้นศึกษาเกี่ยวกับผู้หญิงโดยตรง เช่น ผู้หญิงที่เป็นโสเภณี ผู้หญิงที่เป็นแม่ ผู้หญิงทำงาน และงานวิจัยที่มีผู้หญิงเข้าไปเกี่ยวข้องในฐานะส่วนหนึ่งของกลุ่มเป้าหมายในการศึกษา เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลในครอบครัว เป็นต้น ทั้งนี้ โดยนำประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและข้อจำกัดด้านสุขภาพตลอดจนการเข้าถึงและการใช้บริการสุขภาพสำหรับผู้หญิงมาสังเคราะห์และนำเสนอ โดยเพิ่มเติมข้อมูลสนับสนุนจากการทบทวนงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับสถานภาพของผู้หญิงในมิติต่าง ๆ ทั้งในส่วนของผู้หญิงที่เป็นแม่ ผู้หญิงโสเภณี ผู้หญิงที่อยากเป็นแม่ วัยรุ่นหญิง แรงงานหญิง และหญิงผู้ดูแลในครอบครัว เป็นต้น เพื่อให้สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่เชื่อมโยงระหว่างชีวิตทางสังคมและสุขภาพของผู้หญิงได้อย่างครอบคลุม ทั้งนี้ เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดรูปแบบของบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับลักษณะเฉพาะของผู้หญิงต่อไป

อย่างไรก็ตาม สิ่งที่จะนำเสนอต่อไปนี้เป็นเพียงประสบการณ์ส่วนหนึ่งของผู้หญิงจากผลการวิจัยในประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพผู้หญิงที่ผ่านมาของผู้เขียน และงานวิจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องบางส่วนเท่านั้น หากต้องการศึกษาความต้องการด้านสุขภาพ และเงื่อนไขที่เชื่อมโยงกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้หญิง เหล่านี้ยังจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น เพื่อนำไปสู่การวางแผนและการสนับสนุนที่สอดคล้องกับความต้องการจำเป็นของผู้หญิงต่อไป

สุขภาพของผู้หญิงในฐานะที่เป็น “หญิงสาว”

ผู้หญิงและผู้ชายถูกสร้างขึ้นโดยธรรมชาติแต่ “ความเป็นหญิง” และ “ความเป็นชาย” นั้นถูกสร้างขึ้นโดยวัฒนธรรม (Mitchell, 1979) ความแตกต่างทางเพศจึงไม่ได้เกิดขึ้นจากความแตกต่างทางร่างกาย ตั้งแต่เกิดแต่ถูกสร้างเมื่อบุคคลได้เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมใดวัฒนธรรมหนึ่งจึงทำให้บุคคลกลายเป็นผู้หญิงและผู้ชายในที่สุด (Cavallro, 2003) ซึ่งโครงสร้างเหล่านี้ได้ดำรงอยู่และปฏิบัติการทั้งในพื้นที่ส่วนตัวและพื้นที่สาธารณะของผู้หญิง ตัวอย่างหนึ่งที่เห็นได้ชัดเจน คือ ผู้หญิงในฐานะที่เป็น “หญิงสาว” ซึ่งต้องคง “ความสาว” และ “ความสวย” อยู่เสมอ อันเป็นผลมาจากการประกอบสร้างทางสังคมวัฒนธรรมในเรื่องคุณค่าของผู้หญิงที่ถูกผูกติดกับเรื่องความงาม และบทบาทของอุตสาหกรรมความงามที่มีต่อผู้หญิง (Ruf, 2020) ชีวิตและสุขภาพของผู้หญิงจึงถูกผูกโยงเข้ากับความเป็นหญิงของพวกเธอซึ่งถูกสร้างขึ้นโดยวัฒนธรรมอย่างหลีกเลี่ยงได้ยาก

ความเป็น “หญิงสาว” ของผู้หญิงนั้นมีความเชื่อมโยงกับทั้ง “ความเป็นหญิง” ที่ถูกประกอบสร้างโดยสังคม และ “ความเป็นสาว” ที่ถูกกำหนดด้วยบรรทัดฐาน และค่านิยมที่เกี่ยวข้องกับคุณค่า ซึ่งในที่นี้เกี่ยวข้องกับทั้ง “ความงาม” “ความเป็นโสด” และ “ความเป็นผู้หญิงที่ดี” ซึ่งถูกตัดสินผ่านทางเพศวิถีของผู้หญิง

เมื่อความงามถูกมองเป็นเรื่อง “ไม่จำเป็น”

คงไม่มีสิ่งใดที่จะผูกมัดผู้หญิงเข้าไว้เป็นหนึ่งเดียวกันได้เท่ากับรูปโฉมภายนอกของพวกเธออีกแล้ว ไม่ว่าจะเป็นผู้หญิงในช่วงวัยหรือสถานะใดก็ตาม ทั้งความหวาดกลัวเรื่องความแก่ชรา ความอ้วน ความผอม และความทุกข์ที่เกิดจากไม่สามารถมีรูปร่างไปตามภาพลักษณ์ในอุดมคติได้ (Wolf, 1990) ทั้งผู้หญิงวัยรุ่นหรือผู้หญิงสูงวัย หญิงที่แต่งงานแล้ว หรือยังเป็นโสด ล้วนใช้ชีวิตอยู่ภายใต้อิทธิพลของค่านิยม “ความงาม” ในการใช้ตัดสินคุณค่าของผู้หญิง และคงปฏิเสธได้ยากว่า มีผู้หญิงจำนวนไม่น้อยที่ไม่สามารถดึงตัวเองให้หลุดพ้นจากสิ่งเหล่านี้ได้ ในขณะเดียวกัน คนในสังคมก็พร้อมที่จะดูถูกดูแคลน และล้อเลียนความไม่สมบูรณ์แบบเหล่านี้ เพราะเป็นการกระทำที่ถูกทำให้เป็นปกติในสังคม จะเห็นได้ว่าสิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้หญิงอย่างยิ่ง โดยเฉพาะเมื่ออยู่ในช่วงวัยที่สังคมและคนรอบข้างให้คุณค่ากับเรื่องนี้ค่อนข้างสูง ผลที่ตามมาก็คือ ผู้หญิงกลุ่มนี้ต้องใช้ชีวิตท่ามกลางความเสี่ยงกับการพยายามจัดการกับรูปร่าง หน้าตา ผิวพรรณ ตลอดจนภาพลักษณ์ของตนเอง เพื่อให้หลุดพ้นจากความรู้สึกไม่มั่นใจ ไร้ค่า อันเกิดจากความไม่พึงพอใจในรูปลักษณ์ และการนำเอารูปลักษณ์มาเป็นส่วนหนึ่งในการกำหนดคุณค่าของตน จนในที่สุดจึงต้องเผชิญกับผลกระทบด้านสุขภาพ อันเนื่องมาจากการเสี่ยงจากการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อความงามเหล่านี้ทุกรูปแบบ ซึ่งจะพบเห็นข่าวอยู่บ่อยครั้งถึงกรณีที่มีเด็กสาวจำนวนไม่น้อยที่ต้องเจ็บป่วย หรือแม้กระทั่งเสียชีวิตจากความเสี่ยงในการลองใช้ผลิตภัณฑ์ลดน้ำหนักและดูแลรูปร่าง ซึ่งอาจไม่ได้เกี่ยวข้องกับความรู้ การศึกษา หรือชนชั้นของผู้หญิงโดยตรง เพราะแม้ว่าผู้หญิงจะทราบถึงผลเสียของการใช้ยาลดน้ำหนักก็ตามแต่ยังมีพฤติกรรมการใช้ยาลดน้ำหนักเพื่อหวังผลในเรื่องของความรวดเร็วของน้ำหนักที่ลดลง (ศิริรักษ์ กิจชนะไพบูลย์, 2555)

สิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงการพ่ายแพ้ต่ออุดมการณ์ความงามและการถูกกระตุ้นจากการตลาดแบบทุนนิยม เพื่อให้ตนเองถึงพร้อมด้วยความงาม ด้วยความพยายามในการจัดการกับข้อบกพร่องของรูปลักษณ์ภายนอก และเน้นให้เห็นประสิทธิผลทันที (วิจิตร ว่องวาริทิพย์, 2549) ส่งผลให้เกิดพฤติกรรม การลดน้ำหนักที่ไม่ถูกต้อง เช่น การใช้ยาลดน้ำหนัก การทนนวดอาหารไปจนถึงการล้วงคอให้อาเจียน (จุลณี เทียนไทย, 2549; ศิริรักษ์ กิจชนะไพบูลย์, 2555) ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย และถึงแม้จะมีวิธีการดูแลรูปร่างรูปแบบใหม่ ๆ เผยแพร่ทั่วไปในสื่อออนไลน์ แต่ยังคงพบวิธีการใช้ยาลดความอ้วนที่มาในรูปแบบผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เช่น ผลิตภัณฑ์ที่มีฤทธิ์ช่วยระบาย และผลิตภัณฑ์ที่ทำให้รู้สึกอิ่มแต่ให้พลังงานต่ำ (วารุณี ชลวิหาร, 2559) ซึ่งวางจำหน่ายกันอย่างแพร่หลายในปัจจุบันโดยเฉพาะบนสื่อออนไลน์

อีกทั้งการถ่ายทอดวัฒนธรรมการควบคุมน้ำหนักของผู้หญิงที่ส่งต่อกันผ่านสื่อสังคมออนไลน์ อย่างเช่น อินตราแกรม (IG) ในหลากหลายรูปแบบ ที่ผลที่ปรากฏในรูปแบบเดียวกันคือ ผลกระทบเชิงลบที่เกิดขึ้นกับสุขภาพของผู้หญิงเอง ไม่ว่าจะเป็น ความรู้สึกผิด ความรู้สึกอาย ความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองที่ลดลง เมื่อนำตนเองไปเปรียบเทียบกับคนอื่นที่ปรากฏบนอินตราแกรม ทำให้สุขภาพจิตแย่ลงเมื่อรับรู้ถึงรูปลักษณ์ของตนเองที่แย่กว่าผู้อื่น เป็นต้น (O'Shea, 2020) นอกจากนั้น ในกรณีของการจัดการความอ้วนของผู้หญิง

จะเห็นได้ว่า สื่อในระบบทุนนิยมยังคงมีบทบาทอย่างยิ่งในการนำเสนอผลิตภัณฑ์เพื่อการลดน้ำหนักในรูปแบบต่าง ๆ โดยผ่านการสร้างภาพตัวแทนของผู้หญิงในอุดมคติของชาย และโปรโมชันที่ทำให้ผู้หญิงตัดสินใจง่ายขึ้นในการจัดการกับความอ้วนของตนเอง (Hook, 2000) อย่างไรก็ตาม ในท้ายที่สุดแล้ว ผู้หญิงกลับต้องพบกับความล้มเหลวในการลดความอ้วนของตนเองเนื่องจากสินค้าและบริการในการลดความอ้วนที่ราคาสูง อีกทั้งความงามในอุดมคติที่ถูกสร้างขึ้นโดยสื่อและกระแสแฟชั่นนั้นกลับกลายเป็นอุดมการณ์ความสวยงามที่สุดท้ายแล้วผู้หญิงไม่สามารถทำให้เป็นจริงได้เลย แต่ในทางกลับกัน ผู้หญิงเหล่านี้ยังคงต้องเผชิญกับการถูกล้อเลียนเหยียดหยาม และเยาะเย้ยด้านรูปร่างจากสังคมรอบข้าง จนรู้สึกทั้งอับอาย ทั้งทุกข์ใจ จนไม่สามารถหลุดพ้นจากวังวนของการจัดการความอ้วนได้หากยังทำไม่สำเร็จ (ปัทมา กวนเมืองไต้, 2560)

อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาในประเด็นการใช้บริการสุขภาพในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความงามมักจะเป็นการใช้บริการในรูปแบบของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากความผิดพลาดและผลกระทบหรือผลข้างเคียงจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเพื่อดูแลรูปร่างซึ่งก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว มากกว่าที่จะเป็นการใช้บริการสุขภาพเพื่อดูแลเรื่องความสวยงามที่ปลอดภัยโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญภายใต้สวัสดิการที่มีอยู่อย่างครอบคลุม เนื่องจาก “ความงาม” ยังถูกมองเป็นเรื่อง “ไม่จำเป็น” “สิ้นเปลือง” และ “ไร้เหตุผล” ที่จะมีส่วนร่วมใด ๆ รองรับได้ และการแสวงหาหรือยอมเสี่ยงใช้ผลิตภัณฑ์เหล่านี้ถูกมองว่าเป็นเรื่องที่ผู้หญิง “ทำตัวเอง” ซึ่งหากผู้หญิงต้องการความงามที่ปลอดภัยและได้มาตรฐาน ผู้หญิงจำเป็นต้องแลกกับค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง และแสวงหาข้อมูลเหล่านี้ด้วยตนเอง ในขณะที่ความพยายามเปลี่ยนแปลงค่านิยมเกี่ยวกับความงามเหล่านี้ไม่สามารถทำได้เพียงระยะเวลาอันสั้น และตราบที่ผู้หญิงยังไม่สามารถถูกดึงให้หลุดพ้นจากสิ่งเหล่านี้ได้ การยอมรับว่าเรื่องสุขภาพความงามเป็นส่วนหนึ่งของบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้หญิง เพื่อหาทางออกร่วมกันอย่างเหมาะสม และในระดับที่กำลังพอดีหรือเรียกว่า “จำเป็น” อาจจะเป็นทางเลือกหนึ่งที่ดีในการไปพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงค่านิยมเรื่องนี้ในสังคมซึ่งกำลังมีการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป ในขณะที่ผู้หญิงกลับได้รับผลกระทบจากเรื่องนี้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องมายาวนาน

ผู้หญิงโสดยุคใหม่กับกายสุขภาพรอบตัว

ถึงแม้จะไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจนว่า ผู้หญิงโสดหรือผู้หญิงที่แต่งงานแล้วใครจะมีสุขภาพที่ดีกว่ากัน เพราะมีเงื่อนไขอื่น ๆ ที่เชื่อมโยงกับสุขภาพของผู้หญิงนอกเหนือจากความเป็นโสดหรือไม่โสด และคงไม่มีประโยชน์ที่จะมาตัดสินว่าผู้หญิงกลุ่มไหนจะมีสุขภาพดีกว่ากัน เนื่องจากรูปแบบการใช้ชีวิตของผู้หญิงทั้งสองกลุ่มต่างมีเงื่อนไขที่กระทบต่อสุขภาพด้วยกันทั้งสิ้น ในกรณีของผู้หญิงโสดโดยเฉพาะผู้หญิงโสดยุคใหม่ที่ “ใคร ๆ ก็เป็นโสด” ด้วยอัตราการครองโสดของผู้หญิงที่เพิ่มสูงขึ้น การใช้ชีวิตด้วยความรู้สึกว่าเป็นคนกลุ่มน้อยหรือรู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจ คงเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นได้น้อยกว่าในอดีต แต่สิ่งที่เพิ่มมากขึ้นคือ ความพยายามในการต้อง “พึ่งตนเอง” อย่างเต็มที่ เพราะด้วยโครงสร้างครอบครัวและโครงสร้างสังคมในปัจจุบันคงไม่สามารถช่วยประคับประคองชีวิตโสดของผู้หญิงให้ดำเนินไปได้อย่างมั่นคงหากปราศจากความพยายามขวนขวายทรัพยากรเพื่อสร้างความมั่นคงในชีวิตให้กับตนเองในอนาคต ความเจ็บป่วยหรือภาวะสุขภาพของผู้หญิงกลุ่มนี้จึงไม่ได้เกี่ยวข้องกับความเป็นโสดของผู้หญิงโดยตรงเท่านั้น แต่เชื่อมโยงกับการใช้ชีวิตแบบคนโสด หรือภาระหน้าที่ซึ่งสังคมคาดหวังจากความเป็นโสดของพวกเธอเหล่านั้น

ทั้งนี้ นอกจากความเจ็บป่วยที่เชื่อมโยงกับระบบอนามัยเจริญพันธุ์ซึ่งผู้หญิงโสดอาจมีโอกาสเสี่ยงมากกว่าผู้หญิงที่เคยตั้งครรภ์เนื่องจากสัมพันธ์กับฮอร์โมนในร่างกาย เช่น มะเร็งเต้านม (เดลินิวส์, 2559) จากผลการศึกษาของผู้เขียนในประเด็นเรื่อง “สุขภาพและชีวิตทางสังคมของผู้หญิงโสด” (ภัทรพรณ ทำดี, 2557) ส่วนหนึ่งสะท้อนให้เห็นว่า การต้องใช้ชีวิตอยู่ภายใต้สังคมสมัยใหม่ที่มีความเสี่ยงสูง โดยมีเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ICT) เป็นเงื่อนไขสำคัญที่ส่งผลต่อปรากฏการณ์ด้านสุขภาพในรูปแบบของการแพร่กระจายของโรคและความเจ็บป่วยรูปแบบใหม่ ซึ่งเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมในรูปแบบเดียวกันในสังคมสมัยใหม่ทั่วโลก ถึงแม้ว่าผู้หญิงโสดอาจจะได้รับผลกระทบด้านสุขภาพจากปรากฏการณ์ดังกล่าวไม่แตกต่างจากประชากรกลุ่มอื่น แต่ด้วยมุมมองที่สังคมมีต่อความเป็นโสดของพวกเธอ เช่น ในเรื่องการแต่งงาน ซึ่งผู้หญิงโสดถูกคาดหวังว่าสามารถรับภาระงานที่หนัก และไม่เป็นเวลาได้มากกว่าเพื่อนร่วมงานที่มีครอบครัว เช่นเดียวกับการเป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากสมาชิกคนอื่นที่มีครอบครัวถูกมองว่ามีภาระต้องดูแลครอบครัวตนเองเป็นหลัก หน้าที่ในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือบุพการีในบ้านจึงมักต้องตกอยู่กับผู้หญิงโสด ทั้งในฐานะที่เป็นหญิงและฐานะที่เป็นโสด

ความเจ็บป่วยของผู้หญิงกลุ่มนี้จึงเป็นผลมาจากภาระความรับผิดชอบในเรื่องดังกล่าว ทำให้โอกาสในการดูแลตนเองโดยเฉพาะการเข้าใช้บริการสุขภาพตามสวัสดิการที่ได้รับกลายเป็นความไม่สะดวกและเป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ของผู้หญิงโสด ซึ่งในทางกลับกัน สิ่งที่ยุ่งโสดเหล่านี้ต้องการคือ สวัสดิการสังคมและการทำงานที่เหมาะสมเพียงพอที่จะทำให้ตนเองสามารถดูแลคนในครอบครัวได้ เช่น สวัสดิการในเรื่องของการลางานเมื่อมีภาระต้องรับผิดชอบดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย และต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ไปพร้อมกับการดูแลชีวิตตนเองให้มั่นคงได้ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการพยายามแสวงหาการสร้างหลักประกันที่มั่นคงด้วยตนเอง เช่น การซื้อประกันชีวิตและสุขภาพเพิ่มเติม และประกันเงินออมสำหรับวัยเกษียณ ตลอดจนการลงทุนรูปแบบต่าง ๆ ซึ่งยิ่งทำให้ผู้หญิงโสดมีภาระค่าใช้จ่ายในเรื่องดังกล่าวเพิ่มขึ้นและจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการสะสมความมั่นคงทางการเงินสำหรับอนาคตมากกว่าการลงทุนด้านสุขภาพในปัจจุบัน ดังนั้นการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้หญิงโสดในที่นี้อาจไม่ได้เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการโดยตรง แต่เกี่ยวข้องกับความจำเป็นหลายประการในชีวิตที่ทำให้ผู้หญิงโสดไม่สามารถใช้บริการสุขภาพตามสวัสดิการที่ตนเองได้รับได้อย่างเต็มที่

นอกจากนั้น ประสบการณ์สุขภาพของผู้หญิงโสดยังหมายถึงประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความจำเป็นหรือข้อจำกัดต่าง ๆ ที่ถือว่าเป็นอุปสรรคต่อการที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี เช่น เงื่อนไขหรือข้อจำกัดของสวัสดิการด้านสุขภาพ ปัญหาและอุปสรรคในการเข้ารับบริการสุขภาพ เป็นต้น เนื่องจากผู้หญิงโสดบางรายหลีกเลี่ยงที่จะไปพบแพทย์หรือเข้ารับการรักษาถึงแม้จะมีอาการเจ็บป่วยเนื่องจากต้องเผชิญกับระบบบริการสุขภาพที่ไม่สะดวก ไม่คล่องตัว และการให้บริการสุขภาพที่ไม่สอดคล้องและไม่ตอบสนองต่อสถานภาพความเป็น “สาวโสด” ของพวกเธอ เช่น การเข้ารับการตรวจสุขภาพเฉพาะของสตรี อีกทั้งข้อจำกัดในแง่ของสวัสดิการสุขภาพตามสิทธิ โดยเฉพาะระบบประกันสังคม ซึ่งทำให้ผู้หญิงโสดยอมเสียสิทธิในการเข้ารับการรักษาตามสวัสดิการแต่ยอมเสียค่าใช้จ่ายเองเพื่อให้ได้รับการดูแลที่คิดว่ามีมาตรฐานมากขึ้น รวดเร็วกว่าเพื่อให้ตนเองสามารถกลับไปทำหน้าที่ได้อย่างสะดวกมากกว่า ซึ่งเงื่อนไขเหล่านี้ก็กลับส่งผลให้ผู้หญิงโสดต้องใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับความเจ็บป่วยยาวนานขึ้น และบางครั้งทำให้ความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ทวีความรุนแรง

เพิ่มมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันก็ต้องเสียค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้นและต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเหล่านั้นด้วยตนเอง

“เพศวริลี” กับความเป็น “ผู้หญิงที่ดี”

ในสังคมไทยวิธีคิดเรื่องความเป็น “ผู้หญิงที่ดี” ยังคงผูกติดกับเรื่องของประสบการณ์ด้านเพศสัมพันธ์ ถึงแม้ว่าในสังคมสมัยใหม่จะมีการเปลี่ยนแปลงวิธีคิดในการตัดสินใจและให้คุณค่ากับผู้หญิงโดยให้ความสำคัญกับเงื่อนไขอื่นมากขึ้น แต่คงปฏิเสธไม่ได้ว่า ลึก ๆ แล้ว คนในสังคมยังคงไม่ได้ปล่อยวางเงื่อนไขเรื่องเพศสัมพันธ์ลงซะทีเดียว ในขณะที่ผู้หญิงจะถูกบังคับและควบคุมในเรื่องเพศมากกว่า และถูกวัฒนธรรมกำหนดให้ต้องรู้จักเก็บความต้องการเรื่องเพศไว้ การแสดงออกถึงความต้องการในเรื่องนี้ก่อนหรือแสดงออกมากจะถูกตราหน้าว่าเป็นผู้หญิงที่ไม่ดี ไม่เหมาะสม ผู้หญิงจึงต้องควบคุมและเก็บกดความต้องการเหล่านั้นไว้ ทั้งผู้หญิงที่เป็นภรรยา และโดยเฉพาะผู้หญิงโสด ทำให้ผู้หญิงไม่สามารถควบคุมหรือกำหนดทั้งความต้องการในการมีเพศสัมพันธ์ การป้องกันเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยในคู่สมรสที่สามีมักอ้างความไว้วางใจเป็นเงื่อนไขของการต่อรองหรือบังคับให้ต้องมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการป้องกัน อีกทั้งไม่สามารถควบคุมเรื่องของการตัดสินใจมีบุตรได้ ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นได้กับทั้งในผู้หญิงวัยรุ่น ผู้หญิงโสด หรือผู้หญิงที่เป็นภรรยา และกลายเป็นที่มาของปัญหาการตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อมและการทำแท้ง ในที่สุดผู้หญิงจะต้องเป็นผู้ถูกตราหน้าว่าเป็นคนบาป เป็นแม่ใจร้ายที่ฆ่าลูกตัวเอง ซึ่งไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อร่างกายอันเนื่องมาจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยเพราะต้องทำแบบหลบ ๆ ซ่อน ๆ เท่านั้น ยังส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจของผู้หญิงอย่างรุนแรงอีกด้วย บริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบในประเด็นดังกล่าวจึงค่อนข้างเป็นเรื่องที่อ่อนไหวทั้งสำหรับผู้หญิงและสำหรับผู้ให้บริการที่ต้องคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวและประเด็นด้านจริยธรรมเป็นหลัก

นอกจากนั้น ยังมีผู้หญิงอีกกลุ่มหนึ่งซึ่งเห็นว่าเพศสัมพันธ์ของหญิงไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นกับชาย จึงเลือกที่จะมีเพศวริลีแบบหญิงรักหญิงแต่ผลที่ได้รับกลับกลายเป็นว่าผู้หญิงกลุ่มนี้มักถูกตีตราจากสังคมเนื่องจากมีเพศวริลีที่ไม่สอดคล้องกับเพศวริลีกระแสหลักของสังคมจึงต้องเผชิญกับอคติ ความขัดแย้ง และปัญหาด้านสัมพันธภาพ อันเนื่องมาจากพฤติกรรมทางเลือกปฏิบัติในระดับบุคคลทั้งจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน การปฏิบัติของบุคลากรทางสุขภาพ และการถูกปฏิเสธจ้างงานจากบริษัท ตลอดจนการเลือกปฏิบัติในระดับองค์กรซึ่งเป็นผลมาจากกฎหมาย และนโยบายสาธารณะที่ไม่มีผลบังคับเกี่ยวกับการปกป้องสิทธิมนุษยชน จึงทำให้เกิดปัญหาสิทธิในการทำธุรกรรมทางการเงิน สิทธิในฐานะคู่ชีวิต และความขัดแย้งระหว่างเพศวริลีหญิงรักหญิงกับสถาบันศาสนา ด้วยเหตุดังกล่าวจึงทำให้ผู้หญิงกลุ่มนี้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ง่าย เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เนื่องจากความคิดอคติการเลือกปฏิบัติและการไม่ได้รับการยอมรับ ทั้งจากเพื่อน ครอบครัวรวมทั้งแหล่งบริการทางด้านสุขภาพ เกิดเป็นความเครียดสะสมจนกระทั่งทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นภาพสะท้อนของแรงกดดันจากสังคมที่สร้างแรงกดดันให้กับผู้หญิงที่รักในเพศเดียวกัน (สุนนทิพย์ บุญเกิด และกัลยา ไข่เกาะ, 2560)

ในกรณีของหญิงรักหญิงซึ่งได้รับผลกระทบจากอคติทางเพศในระบบสุขภาพ หลายคนที่เคยมีประสบการณ์ในการไปเข้ารับบริการด้านสุขภาพทางเพศมาแล้ว เลือกที่จะไม่ไปใช้บริการอีก ด้วยเหตุผลว่าไม่อยากไปเจอกับการเลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากความไม่เข้าใจหรืออคติของเจ้าหน้าที่ เนื่องจากการบอกเล่า

เรื่องปัญหาสุขภาพทางเพศให้กับผู้ให้บริการฟังยังหมายถึงการต้องเปิดเผยเรื่องราวชีวิตทางเพศของตนเอง ที่อาจเป็นความลับส่วนตัวให้กับผู้ให้บริการได้รับทราบด้วย ซึ่งอาจจะจำเป็นต้องดำเนินการในพื้นที่เฉพาะ และควรมีบุคลากรทางการแพทย์ที่มีทัศนคติที่เข้าใจความเป็นตัวตน เข้าใจในความเป็นหญิงรักหญิง เนื่องจาก ผู้หญิงกลุ่มนี้ยังคงรู้สึกอายหรือกังวลใจที่จะไปพบแพทย์เมื่อมีปัญหาหรือความผิดปกติเกี่ยวกับระบบการทำงานของอวัยวะเพศ เนื่องจากรู้ว่าสังคมยังมีอคติต่อผู้หญิงรักเพศเดียวกันอยู่ นอกจากนี้ ยังขาดข้อมูล ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยทางเพศอันเป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองไม่ว่าจะเป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเรื่อง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ช่องทางในการติดต่อเอชไอวี เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยระหว่างผู้หญิง กับผู้หญิง และการดูแลสุขภาพทางเพศของผู้หญิงที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิง รวมไปถึงการขาดผู้เชี่ยวชาญ ด้านการให้คำปรึกษาด้านปัญหาชีวิตและสุขภาพที่มีความรู้ และความเข้าใจในความเป็นตัวตน และวิถีชีวิต ทางเพศของหญิงรักหญิงด้วย (สุโลพร ชลวิไล, 2550)

สุขภาพของผู้หญิงกับ “ความเป็นแม่”

สังคมได้ผูกติดความหมายและบทบาทของการให้กำเนิดไว้กับทัศนคติของสังคมที่มีต่อผู้หญิง ซึ่งทำให้ชีวิตผู้หญิงถูกคาดหวังให้ต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ทั้งในเรื่องการตั้งครรภ์ การคลอด หรือการให้กำเนิด และการเลี้ยงดู เนื่องจากบทบาทและหน้าที่หลักในการเป็นแม่และเลี้ยงดูลูกนั้นดูเหมือนว่าจะเป็น “ธรรมชาติ” ที่ถูกสร้างไว้เพื่อเพศหญิงเท่านั้น ดังนั้นการมีลูกจึงเป็นการเติมเต็ม “ความเป็นผู้หญิง ให้สมบูรณ์” ซึ่งในแง่ “ความเป็นผู้หญิง” จึงเท่ากับ “ความเป็นแม่” นั่นเอง (Oakley, 1980 อ้างถึงใน วัจนา เสิรมสาธณสวัสดิ์, 2561) จนเกิดเป็นมายาคติของ “ความเป็นแม่” ที่ว่า ลูกนั้นต้องการแม่ แม่หนึ่ง ก็ต้องการลูก ดังนั้น ผู้หญิงจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเป็นแม่ (Oakley, 1974 อ้างถึงใน Ruf, 2020) ดังนั้นผู้หญิงจึงถูก จำกัดด้วยความจำเป็นในการมีลูก และภาระในการให้กำเนิดจึงทำให้ผู้หญิงไม่สามารถเป็นตัวของตัวเองได้ (Firestone, 1970) ทั้งนี้ เมื่อลักษณะทางชีวภาพของผู้หญิงกำหนดให้ต้องรับหน้าที่ในการให้กำเนิด ในขณะที่สังคมก็คาดหวัง “ความเป็นแม่” ของผู้หญิงไว้มากกว่าแค่การตั้งครรภ์และให้กำเนิดเท่านั้น แต่รวมถึง การรับผิดชอบเลี้ยงดู และทุ่มเท เสียสละทุกอย่างเพื่อลูกได้ สุขภาพของผู้หญิงที่เป็นแม่จึงแยกออกจาก บทบาทความเป็นแม่ที่เป็นไปตามความคาดหวังของสังคมไม่ได้เช่นกัน อย่างไรก็ตาม ถึงแม้สังคมจะคาดหวัง ความเป็นแม่จากผู้หญิง แต่ไม่ใช่ผู้หญิงทุกคนที่ต้องการอยากเป็นแม่ และมีผู้หญิงอีกจำนวนไม่น้อย ที่อยากเป็นแม่แต่ไม่สามารถเป็นได้ ด้วยเงื่อนไขทั้งทางด้านสุขภาพ และเงื่อนไขทางสังคมวัฒนธรรม ซึ่งผู้หญิง แต่ละกลุ่มต่างต้องการบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความเป็นแม่ในรูปแบบที่แตกต่างกันไป

ผู้หญิงที่ “เป็นแม่”

สำหรับผู้หญิงที่ตัดสินใจและเลือกแล้วว่าต้องการจะ “เป็นแม่” สิ่งที่คุณผู้หญิงกลุ่มนี้ต้องเตรียมพร้อม คือชีวิตที่มาพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงและความคาดหวัง ตั้งแต่ความพร้อมในการตั้งครรภ์ การคลอด และการเลี้ยงดูบุตร ในขณะที่สถานภาพของผู้หญิงในปัจจุบันไม่ได้รับผิดชอบงานในบ้านโดยเฉพาะหน้าที่ ของ “แม่” อย่างเดียว แต่ยังถูกคาดหวังให้ทำงานนอกบ้านในฐานะ “แรงงาน” อีกด้วย ความขัดแย้งระหว่าง

บทบาท (role conflict) ของผู้หญิงจึงเกิดขึ้น ซึ่งโดยทั่วไปผู้หญิงประสบปัญหาความขัดแย้งนี้มากกว่าผู้ชาย ด้วยบรรทัดฐานของสังคมและวัฒนธรรม (มนสิการ กาญจนะจิตรา, ทรงพันธ์ เจริมประยงค์, กัญญาพัชร สุทธิเกษม และรีนา ต๊ะดี, 2562) กรณีศึกษาหนึ่งที่สะท้อนความยากลำบากในการซ้อนทับของสถานะของผู้หญิง คือ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของผู้หญิงที่ต้องทำงานไปด้วย การมีหน้าที่และความรับผิดชอบหลายอย่างอาจทำให้ผู้หญิงเองรู้สึกสับสนและคับข้องใจที่ไม่สามารถแสดงบทบาททั้งสองได้อย่างสมบูรณ์ เนื่องจากบทบาททั้งสองต่างเป็นบทบาทที่ต้องใช้เวลาด้วยกันทั้งคู่ (ชุดิมา โลมรัตน์นันทและภาวิกา ศรีรัตนบัลล์, 2556)

จากการศึกษาประสบการณ์ของแม่ยุคใหม่ที่ต้องทำงานและเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไปด้วยให้ได้ อย่างน้อย 6 เดือนของผู้เขียน (ภัทรพรรณ ทาดี, 2559) ได้สะท้อนให้เห็นถึงความพยายามในการฝ่าฟันอุปสรรคต่าง ๆ ทั้งในเรื่องการทำงานที่ไม่เอื้อต่อการให้นมบุตร ตลอดจนการต้องต่อสู้กับความเข้าใจและทัศนคติของคนในครอบครัวที่มีต่อการให้นม ในขณะที่สังคมก็คาดหวังต่อบทบาทความเป็นแม่ที่ควรต้องให้ลูกได้กินนมแม่ให้ได้อย่างน้อย 6 เดือนตามเกณฑ์ที่ถูกกำหนดขึ้นในทางการแพทย์ อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้กลายเป็นตัวชี้วัดสำคัญ และเชื่อมโยงไปที่สุขภาพและพัฒนาการของเด็กเป็นหลัก ในขณะที่ผลกระทบทั้งทางสุขภาพ และการใช้ชีวิตของแม่กลับถูกพูดถึงน้อยกว่า ซึ่งผลการศึกษาพบว่า แม่ทำงานกลุ่มนี้ต้องเผชิญกับอุปสรรคสำคัญ ได้แก่ การต่อสู้กับบรรทัดฐานของร่างกายตนเองและลูก ความเชื่อในการเลี้ยงดูเด็กของคนในครอบครัวที่แตกต่างกัน การลงทุนกับอุปกรณ์หรือเครื่องมือในการให้นม บริบทของการทำงานที่ไม่เอื้ออำนวย ความเหนื่อยล้าของร่างกาย ความสับสนกับข้อมูลที่หลากหลาย ความกดดันกับปริมาณน้ำนม ความเสี่ยงในการใช้ยาหรือสมุนไพรในการกระตุ้นน้ำนม และความเสี่ยงของการให้นมในที่สาธารณะ โดยเฉพาะในประเด็นด้านสุขภาพ สิ่งแม่ทำงานที่ต้องบิมนมไปด้วยทำงานไปด้วยและเลี้ยงลูกไปด้วยต้องเผชิญอย่างแน่นอนก็คือความรู้สึกเหนื่อยล้าของร่างกาย อีกทั้งการพักผ่อนที่น้อยลง เพราะนอกจากจะต้องตื่นมาดูแลลูกเล็กกลางดึกแล้ว บางรายยังต้องตื่นมาบิมนม และยังต้องมีการรับผิดชอบอื่น ๆ ในช่วงกลางวันอีกด้วย โดยเฉพาะในรายที่มีประสบการณ์ต้องเลี้ยงลูกเพียงลำพังคนเดียวโดยไม่มีคนช่วย อีกทั้งสามีก็มีการะที่ต้องทำงานนอกบ้าน ซึ่งส่งผลทั้งต่อสภาพร่างกายและจิตใจของแม่หลังคลอดเป็นอย่างมาก

บริการสุขภาพสำหรับผู้หญิงกลุ่มนี้จึงไม่เพียงจะเกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการในด้านการตรวจสุขภาพ และพัฒนาการของลูกโดยเน้นที่การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการให้คำปรึกษาในเรื่องการให้นมจากคลินิคนมแม่ ในสถานบริการสุขภาพเท่านั้น แต่ควรครอบคลุมถึงบริการและคำปรึกษาสำหรับการดูแลสุขภาพของแม่ด้วย และควรดำเนินการควบคู่ไปกับสวัสดิการสังคม ทั้งในแง่สิทธิการลาคลอด หรือการลาเพื่อเลี้ยงดูบุตร ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ในทางปฏิบัติมีแม่บางรายที่ต้องกลับไปทำงานก่อนครบกำหนดเนื่องจากความเร่งรัดของภาระงานที่ต้องรับผิดชอบ โดยรายที่ลางานเพื่อเลี้ยงลูกได้น้อยที่สุดคือ 11 วัน ในขณะที่แม่บางรายต้องขอลางานเพิ่มโดยไม่รับเงินเดือนเพื่อให้เลี้ยงลูกได้อย่างต่อเนื่องถึง 6 เดือน หรือแม่แต่สิทธิในการลาคลอด ซึ่งปัจจุบันพบว่าผู้หญิงจำนวนไม่น้อยที่ต้องทำงานจนใกล้คลอดซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของแม่และลูก

ผู้หญิงที่ “ต้องการเป็นแม่”

ถึงแม้ผู้หญิงส่วนหนึ่งจะยังคงยึดมั่นในอุดมการณ์ความเป็นแม่ และคาดหวังว่าในช่วงชีวิตนี้ขอให้ได้มีโอกาสได้ดำรงฐานะความเป็นแม่ แต่ไม่ใช่ทุกคนจะสามารถทำให้เป็นจริงได้ เพราะยังมีผู้หญิงอีกส่วนหนึ่งที่ “ต้องการเป็นแม่” แต่ไม่สามารถเป็นได้ เนื่องจากข้อจำกัดในด้านสุขภาพ หรือเหตุผลทางสังคมวัฒนธรรมอื่น ๆ สำหรับกลุ่มที่มีข้อจำกัดทางร่างกาย และรู้สึกเป็นทุกข์จากการไม่มีลูกอย่างมาก เนื่องจากส่วนใหญ่ความกดดันทางสังคมมักตกอยู่ที่ฝ่ายหญิง และถูกผลักดันให้ไปรับการรักษา (ณัฐยา บุญภักดี, 2550) ซึ่งในที่สุดจำเป็นต้องอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ เนื่องจากค่าใช้จ่ายของผู้ที่ตกอยู่ในภาวะมีบุตรยาก ซึ่งไม่ว่าความผิดปกติจะเกิดขึ้นกับคู่สมรสฝ่ายชายหรือหญิงก็ตาม แต่ผู้หญิงในฐานะเจ้าของมดลูกจำเป็นต้องแบกรับภาระในการรับบริการทางการแพทย์เพื่อช่วยให้มีบุตรด้วยหลากหลายวิธีการ และต้องแบกรับผลกระทบหรือผลข้างเคียงต่าง ๆ จากกระบวนการดังกล่าว ซึ่งสุดท้ายแล้วก็อาจต้องพบความผิดหวังเพราะไม่ใช่ทุกคนที่จะประสบความสำเร็จจากกระบวนการเหล่านี้ ในขณะที่สวัสดิการสุขภาพยังไม่ครอบคลุมสิทธิในเรื่องดังกล่าว และคู่สมรสยังต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเรื่องเหล่านี้ด้วยตนเอง แต่ในขณะเดียวกัน ผู้หญิงที่ต้องเข้าสู่กระบวนการดังกล่าวกลับต้องรับผลกระทบด้านสุขภาพซึ่งเกิดคำถามว่า การดูแลสุขภาพในส่วนนี้ควรถือเป็นความเจ็บป่วยที่ควรได้รับการดูแลสุขภาพตามสิทธิและสวัสดิการสุขภาพที่ตนใช้สิทธิอยู่ได้หรือไม่ ทั้งนี้บริการสุขภาพในประเด็นดังกล่าวอาจจะต้องครอบคลุมถึงบริการในการให้คำปรึกษาและหาทางออกในการมีบุตรที่เหมาะสมด้วย โดยไม่ได้เน้นเฉพาะการผลักดันเข้าสู่การใช้เทคโนโลยีอย่างเดียว แต่เป็นการให้คำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ โดยผ่านการประเมินด้านสุขภาพของคู่สมรสและประเมินความเป็นไปได้ทั้งในแง่เงื่อนไขทางเศรษฐกิจสังคม การมีส่วนร่วมของครอบครัว ในการดำเนินการให้ประสบความสำเร็จด้วย โดยเน้นการมีส่วนร่วมทั้งฝ่ายชายและฝ่ายหญิง ไม่ใช่การผลักภาระให้กับฝ่ายหญิงแต่เพียงฝ่ายเดียว

นอกจากนั้น ในปัจจุบัน ยังพบว่า มีผู้หญิงโสดจำนวนไม่น้อยที่ต้องการมีลูก แต่ไม่ต้องการมีสามี ซึ่งผู้หญิงกลุ่มนี้เองก็ “ต้องการเป็นแม่” เช่นเดียวกัน ซึ่งรวมถึงคู่รักเพศเดียวกันด้วย แต่ด้วยเงื่อนไขทางสังคม วัฒนธรรม ทำให้ความปรารถนาดังกล่าวกลายเป็นเรื่องยาก โดยเฉพาะหากผู้หญิงต้องการจะเป็นผู้ตั้งครรภ์ และคลอดบุตรด้วยตนเอง ซึ่งผู้หญิงกลุ่มนี้มีความต้องการทั้งในส่วนของการดูแลสุขภาพ การแพทย์ ข้อมูลทางด้านกฎหมาย ตลอดจนข้อจำกัดและผลกระทบต่าง ๆ และความเป็นไปได้ก่อนที่จะดำเนินการตัดสินใจ และเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่จำเป็นต้องพึ่งพาเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ซึ่งมีหลายวิธี แต่อาจต้องพึ่งพาการบริจาคสเปิร์มซึ่งยังไม่มี ความชัดเจนเรื่องบรรทัดฐานที่จะรองรับในเรื่องนี้ได้ และมีประเด็นด้านจริยธรรมที่จะเข้ามาเกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ค่อนข้างมาก ไม่ว่าจะเป็น การรับจ้างตั้งครรภ์ ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับเด็กที่แม่อุ้มท้องโดยไม่มีสามี และผลกระทบทางสังคมอื่น ๆ ที่จะเกิดขึ้นกับเด็กในอนาคตขณะที่ การอุ้มบุญหรือคู่รักเพศเดียวกันต้องการมีลูกด้วยการอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ต่าง ๆ ตามกฎหมายยังไม่รองรับให้เป็นมารดาหรือบิดาโดยชอบธรรม นอกเสียจากการจดทะเบียนรับเป็นบุตรบุญธรรม (ไทยรัฐออนไลน์, 2560) อย่างไรก็ตาม เมื่อความเป็นแม่ยังคงเป็นที่ปรารถนาของผู้หญิงในขณะที่ผู้หญิงเองมองว่าไม่ควรถูกจำกัดโดยการมีสามี ทั้ง ๆ ที่ตนเองมีความพร้อมในการเลี้ยงดูบุตรได้ ในอนาคตจึงอาจจำเป็นต้องมีการพิจารณาทางเลือกนี้กันอย่างจริงจัง และสามารถออกแบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการดังกล่าวได้

ผู้หญิงที่ (ยัง) “ไม่อยากเป็นแม่”

ในขณะที่ผู้หญิงจำนวนไม่น้อยมีความต้องการและพยายามดิ้นรนที่จะเป็นแม่จนสุดความสามารถ แต่ในทางกลับกันยังมีผู้หญิงส่วนหนึ่งที่ “ไม่อยากเป็นแม่” หรือ “ยังไม่อยากเป็นแม่” เนื่องจากการเป็น “ผู้หญิง” ไม่ได้ส่งผลต่อชีวิตการทำงานหรือทำให้ผู้หญิงเสียเปรียบในการทำงานเท่ากับ “การเป็นแม่” ราคาของการมีลูกจึงอยู่ในระดับที่สูงเมื่อผู้หญิงจำเป็นต้องเลือกระหว่างการทำงานหรือการเลี้ยงลูกที่มีคุณภาพ ผู้หญิงหลายคนจึงเลือกออกจากงาน เพื่อสามารถให้เวลากับลูกได้อย่างเต็มที่ หรือจำเป็นต้องเปลี่ยนงานเพื่อให้สามารถรักษาสอดคล้องระหว่างงานกับการมีเวลาให้กับลูกและครอบครัว (มนสิการ กาญจนะจิตรา, ทรงพันธ์ เจริมประยงค์, กัญญาพัชร สุทธิเกษม และริษา ต๊ะดี, 2562) ในทางกลับกัน จึงมีผู้หญิงที่พยายามที่จะยืดอายุในการตั้งครรภ์ออกไป หรือตัดสินใจที่จะไม่ตั้งครรภ์เลย ซึ่งถือเป็นสิทธิของผู้หญิงอีกเช่นเดียวกันที่จะเลือกตัดสินใจในเส้นทางชีวิตของตนเองได้ เนื่องจากผู้หญิงมีเป้าหมายในชีวิตของตนเองแตกต่างกัน การตัดสินใจมีลูกเพื่อความมั่นคงและสมบูรณ์พร้อมของครอบครัวอาจไม่ใช่คำตอบของการมีครอบครัวอีกต่อไป ในขณะที่ผู้หญิงเองก็มีเป้าหมายชีวิตในส่วนอื่นที่เป็นปลายทาง เช่น ความสำเร็จและความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน การได้ใช้ชีวิตอย่างอิสระและมีคุณค่า หรือการได้ใช้ชีวิตเพื่อทำประโยชน์ต่อผู้อื่นและสังคม สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นเงื่อนไขสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจที่จะมีลูกของผู้หญิง ผู้หญิงกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องพึ่งพาเทคโนโลยีช่วยในการคุมกำเนิดรูปแบบต่าง ๆ รวมทั้งการเก็บรักษาไข่หรือการแช่แข็งไข่เพื่อให้มีความสมบูรณ์และพร้อมนำมาใช้ในกรณีที่ผู้หญิงพร้อมที่จะตั้งครรภ์ ซึ่งถึงแม้ว่าปัจจุบันจะมีการให้บริการในลักษณะดังกล่าวในโรงพยาบาลหลายแห่ง แต่ต้องแลกกับค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูงเช่นกัน

อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าจะเป็นผู้หญิงที่แต่งงานและหรือผู้หญิงที่นิยมตนเองว่าโสดแต่ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคู่ชีวิตไม่แตกต่างจากผู้หญิงที่แต่งงานแล้ว รวมทั้งผู้หญิงที่อยู่ในวัยที่ยังไม่พร้อมสำหรับการมีลูกอย่างหญิงวัยรุ่น วัยเรียน ต่างก็จำเป็นต้องพึ่งพาเทคโนโลยีที่จะช่วยยับยั้งการตั้งครรภ์ หรือการคุมกำเนิด เพื่อยืดเวลาของการเป็นแม่ออกไป หรือตัดสินใจที่จะไม่เลือกเส้นทางนี้เลย ในขณะที่เทคโนโลยีเพื่อการคุมกำเนิดนั้น ยังถูกสังคมให้ความหมายว่าเป็นสิ่งที่คู่ควรกับผู้หญิงที่แต่งงานมีสามีแล้วแต่ยังไม่พร้อมที่จะมีบุตรเท่านั้น และเป็นเรื่องของการวางแผนครอบครัวมากกว่าที่จะเป็นเรื่องทั่วไปสำหรับผู้หญิงทุกกลุ่ม และมีแนวโน้มที่จะถูกมองว่า “ไม่เหมาะสม” หากผู้หญิงกลุ่มอื่น ๆ เข้าไปยุ่งเกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิดเหล่านี้ ซึ่งในที่สุดอาจกลายเป็นการผลักดันให้ผู้หญิงบางส่วนต้องเข้าสู่วังวนของการตั้งครรภ์และการทำแท้งเนื่องจากความไม่พร้อมที่จะมีบุตร โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งข้อมูลจากการสำรวจสถานการณ์การทำแท้งในประเทศไทย ชี้ให้เห็นว่าผู้หญิงท้องไม่พร้อมยังคงเข้าไม่ถึงบริการทำแท้งที่ปลอดภัย และอันตรายจากการทำแท้งที่ไม่ได้มาตรฐานนับเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับต้น ๆ มีผู้หญิงที่ป่วยด้วยภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้งผิดกฎหมายเข้ารับรักษาตัวตามสถานพยาบาลของรัฐทั่วประเทศหลายหมื่นคนต่อปี ข้อมูลจากการสำรวจสถานการณ์การทำแท้งในประเทศไทยดังกล่าวได้ชี้ให้เห็นว่าผู้หญิงท้องไม่พร้อมยังคงเข้าไม่ถึงบริการทำแท้งที่ปลอดภัย และอันตรายจากการทำแท้งที่ไม่ได้มาตรฐานนับเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับต้น ๆ มีผู้หญิงที่ป่วยด้วยภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้งผิดกฎหมายเข้ารับรักษาตัวตามสถานพยาบาลของรัฐทั่วประเทศหลายหมื่นคนต่อปี ในขณะเดียวกัน การที่ผู้หญิงเลือกยุติการท้องที่ไม่พร้อมของตนเองก็จะถูกการตีตราการทำแท้งด้วยบาปและขยายไปถึงเจ้าหน้าที่ซึ่งให้บริการการทำแท้งด้วย (โพสต์ทูเดย์, 2558) อีกทั้งการทำแท้งที่ปลอดภัยก็อาจยังไม่ใช่ทางออกของปัญหาเนื่องจาก

เป็นการแก้ไขที่ปลายเหตุ แต่การสนับสนุนการคุมกำเนิดให้แก่ผู้หญิงทุกกลุ่มที่มีประสิทธิภาพทางเพศ แต่ไม่พร้อมมีบุตรได้อย่างครอบคลุมอาจเป็นอีกหนทางหนึ่งในการจัดการกับสถานการณ์ดังกล่าวได้ในระยะยาว

เมื่อผู้หญิงต้องทำหน้าที่ “แรงงาน”

หน้าที่ในการตั้งครรภ์ การคลอด และการเลี้ยงดูบุตร ได้ทำให้ความแตกต่างด้านร่างกายในฐานะผู้ให้กำเนิดของผู้หญิง นำไปสู่การเสียเปรียบทั้งในเชิงกายภาพ สังคม และจิตใจ ในมิติเรื่องงานอีกด้วย สิ่งเหล่านี้คือการแบ่งชนชั้นอีกประเภทหนึ่ง นั่นคือ ชนชั้นทางเพศ (sex class) ระหว่างเพศหญิงและเพศชาย ภายใต้โครงสร้างสังคมที่กำหนดด้วยระบบชายเป็นใหญ่แน่นอน (Firestone, 1970) ซึ่งชนชั้นดังกล่าวได้กลายเป็นส่วนหนึ่งในการตัดสินคุณค่าและสิ่งที่ผู้หญิงพึงได้รับจากการเป็นแรงงานที่แตกต่างจากชาย ในขณะที่ทัศนคติเกี่ยวกับบทบาททางเพศแบบดั้งเดิม (traditional gender role attitude) เชื่อว่าผู้หญิงควรมีหน้าที่ในการดูแลบ้านและครอบครัว เช่น ทำอาหาร เลี้ยงดูบุตร และเป็นแรงงานในครัวเรือนที่ไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นเงินโดยตรง ส่วนผู้ชายมีหน้าที่ทำงานนอกบ้าน แต่ในปัจจุบัน สังคมไทยเริ่มปรับเปลี่ยนทัศนคติดังกล่าวมาเป็นทัศนคติเกี่ยวกับบทบาททางเพศแบบเสมอภาค (Egalitarian) โดยเชื่อว่าทั้งหญิงและชายล้วนมีบทบาทหน้าที่ในการทำงานและดูแลครอบครัวได้เท่าเทียมกัน ทำให้สังคมให้การยอมรับบทบาทของผู้หญิงในฐานะ “แรงงาน” ที่ได้รับค่าตอบแทน และเป็นกำลังหลักในภาคเศรษฐกิจมากขึ้น อย่างไรก็ตาม คงปฏิเสธไม่ได้ว่าทัศนคติต่อบทบาททางเพศแบบเหมารวมที่มีต่อผู้หญิงและผู้ชายยังคงมีผลต่อความก้าวหน้าในอาชีพของผู้หญิง (ปาริฉัตร ตู้อำ และชาติ ไตรจันทร์, 2556) อีกทั้งยังต้องเผชิญกับความแตกต่างของค่าจ้างระหว่างผู้หญิงและผู้ชายในตลาดแรงงานไทยอยู่อย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีสาเหตุเพราะผู้หญิงมีผลการทำงานด้อยกว่าชาย แต่เป็นภาพสะท้อนของปัญหาการเลือกปฏิบัติทางเพศ (Glass ceiling effect) ในสังคมไทย (ปวีณา ลีตระกูล, 2557; จุฬาลักษณ์ นิ้มไชยพันธ์ และสริน โอสธานันต์กุล, 2556; ฉัตรมณี ข้อเพชร และกิริยา กุลกลการ, 2554) จึงทำให้ผู้หญิงที่เป็นแรงงานจำเ็นที่จะต้องพยายามมากขึ้น พยายามมากขึ้น และเสียสละตนเองมากขึ้น เพื่อให้ได้รับการปฏิบัติและความก้าวหน้าในการทำงานได้ทัดเทียมกับชาย

ปัจจุบันผู้หญิงจึงไม่ได้ถูกคาดหวังเฉพาะในบทบาทของความเป็นแม่เท่านั้น แต่ถูกคาดหวังให้สามารถสร้างคุณค่าในเชิงเศรษฐกิจไปพร้อมกันด้วย ในขณะที่ผู้หญิงทำงานนอกบ้านมากขึ้น แต่ภาระในการดูแลบ้านส่วนใหญ่กลับยังคงอยู่ในความรับผิดชอบของผู้หญิงเกือบทั้งหมด ทำให้ผู้หญิงต้องทำงานหนักจนมีเวลาพักผ่อนหรือดูแลตนเองด้านสุขภาพน้อยกว่าเท่าที่ควร นอกจากนั้น เนื่องจากการแบ่งงานกันทำตามเพศ ทำให้หน้าที่หลักและงานส่วนใหญ่ที่ผู้หญิงทำมักถูกจำกัดให้เป็นงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทั้งการกินการอยู่ การทำความสะอาด และงานการดูแล ซึ่งเชื่อมโยงกับงานของผู้หญิงในพื้นที่สาธารณะด้วย เพราะผู้หญิงมักถูกคาดหวังให้ประกอบอาชีพที่เกี่ยวข้องกับคุณลักษณะดังกล่าว สิ่งเหล่านี้จึงเป็นเงื่อนไขสำคัญที่กำหนดงานสำหรับผู้หญิง และเชื่อมโยงกับสุขภาพของผู้หญิงในที่สุด

สุขภาพที่เชื่อมโยงกับ “งานของผู้หญิง”

เมื่อความเป็นหญิงถูกมองว่าต้องมาพร้อมกับทักษะในการให้บริการ และให้การดูแล ซึ่งงานในลักษณะนี้มักเป็นงานที่ต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้คนภายใต้สถานะที่ผู้หญิงตกอยู่ในฐานะที่เป็น “ผู้ให้” บริการ และการดูแล ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างผู้หญิงกับฝ่าย “ผู้รับ” บริการและการดูแลจึงไม่เคยเท่าเทียมกัน ซึ่งทำให้ผู้หญิงมีแนวโน้มที่ต้องควบคุมอารมณ์ และต้องอดทนอดกลั้นต่อสถานการณ์ความสัมพันธ์ดังกล่าวค่อนข้างสูง หรือเรียกว่าเป็นงานในลักษณะ “emotional labor” นั่นเอง ซึ่ง Hochschild (2012) ได้พูดถึงงานประเภทหนึ่งที่น่าสนใจและเป็นงานที่มีมากขึ้นในสังคมหลังอุตสาหกรรม (post-industrial society) ในปัจจุบัน นั่นคือ งานที่เรียกว่า emotional labor หรืองานที่จำเป็นต้องจัดการกับอารมณ์ของตนเอง emotional management ในขณะที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่เสมอ ซึ่งผู้หญิงมักจะถูกจัดให้ทำงานประเภทนี้มากกว่าผู้ชาย เช่น พนักงานต้อนรับบนเครื่องบินที่เป็นผู้หญิงซึ่งนอกจากจะอยู่ในฐานะของ emotional labor แล้ว ก็ยังจัดอยู่ในงานประเภท physical labor ด้วย หรืองานให้บริการประเภทอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นพนักงานให้บริการทางโทรศัพท์ หรือพนักงานบริการด้านความงามและสุขภาพ เป็นต้น จะเห็นได้ว่า ในขณะที่ผู้หญิงต้องพยายามควบคุมตนเองอย่างหนักแต่ก็กลับถูกควบคุมจากอำนาจภายนอกเพื่อให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อแลกกับค่าตอบแทนที่ตัดสินจาก “ทักษะทางธรรมชาติ” ของผู้หญิงที่ไม่จำเป็นต้องจ่ายด้วยสิ่งตอบแทนที่ราคาแพง

ตัวอย่างของงานผู้หญิงที่เข้าข่ายลักษณะดังกล่าว เช่น งานของครูและผู้ดูแลเด็ก ซึ่งจากงานวิจัยของผู้เขียนที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การทำงานและการถูกควบคุมผ่านการถูกสอดส่องด้วยเทคโนโลยี และสื่อสังคมออนไลน์ของครูและผู้ดูแลเด็กปฐมวัย (ภัทรพรรณ ทาดีและวัชร บุญวิทยา, 2563) ได้สะท้อนให้เห็นว่า ครูและผู้ดูแลเด็กเหล่านี้ต้องใช้ความรับผิดชอบอย่างสูงและความอดทนในการควบคุมทั้งอารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง ทั้งผ่านวิธีการควบคุมจากภายในด้วยอุดมการณ์ความเป็นครู และการควบคุมการทำงานจากภายนอก โดยผ่านการควบคุมโดยตรงจากผู้บังคับบัญชาและผู้บริหาร และการควบคุมทางอ้อมผ่านสื่อสังคมออนไลน์ที่ดูเหมือนอยู่ไกลแต่ทำงานอย่างใกล้ชิดและส่งผลกระทบในวงกว้างทั้งต่อตัวครูและผู้ดูแล ต่อเด็กในความดูแล และต่อสถาบันการศึกษา โดยเฉพาะในโรงเรียนเอกชน เนื่องจากการดูแลเด็กเล็กต้องอาศัยความละเอียดรอบคอบและความรับผิดชอบเป็นอย่างมากเนื่องจากเด็กวัยนี้ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดทั้งในแง่ความปลอดภัยและการส่งเสริมพัฒนาการ ดังนั้นนอกจากความคาดหวังขององค์กรที่มีต่อพนักงานในการปฏิบัติหน้าที่อย่างไม่ขาดตกบกพร่องแล้ว ยังมีความคาดหวังของผู้ใช้บริการคือผู้ปกครองที่ฝากบุตรหลานให้อยู่ในความรับผิดชอบไว้อีกด้วย โดยผู้ปกครองเหล่านี้ล้วนมาพร้อมกับความคาดหวังและความต้องการให้สถานศึกษาดูแลบุตรหลานของตนเองอย่างใกล้ชิด

ผลที่ตามมาก็คือ การไม่สามารถแยกระหว่างเวลาส่วนตัวกับเวลาทำงานได้อย่างชัดเจน ทำให้ครูเกิดความเครียดสะสมโดยไม่รู้ตัว และส่งผลต่อสุขภาพอื่น ๆ โดยรวม อีกทั้งไม่มีโอกาสได้ลาพักหรือพักผ่อนได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากการลาหยุดงานสัมพันธ์กับการถูกลดค่าตอบแทน อีกทั้งสิทธิและสวัสดิการต่าง ๆ ในการเข้ารับบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมล้วนขึ้นอยู่กับต้นสังกัดเป็นหลัก ซึ่งมีครูจำนวนไม่น้อยที่ยังคงต้องทำงานภายใต้สวัสดิการที่ค่อนข้างจำกัด ไม่ว่าจะเป็นการได้รับค่าตอบแทนต่ำกว่าวุฒิ การไม่ได้เลื่อนขั้นเงินเดือน เนื่องจากการกำหนดค่าตอบแทนโดยเฉพาะในโรงเรียนเอกชนมักขึ้นอยู่กับเจ้าของสถานศึกษา

และผลประกอบการของสถานศึกษาเป็นหลัก จึงจำเป็นต้องใช้ชีวิตอยู่ภายใต้ความไม่มั่นคงในเรื่องรายได้ ในขณะที่สวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ตามหลักเกณฑ์และวิธีการเบิกจ่ายเงินสวัสดิการสงเคราะห์เกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลของครูในโรงเรียนเอกชน ยังคงค่อนข้างมีข้อจำกัดทั้งในเรื่องวิธีการเบิกจ่าย และวงเงินในการใช้บริการแต่ละปี ซึ่งมีแนวโน้มที่จะไม่เพียงพอที่จะรองรับการเข้ารับบริการสุขภาพที่จำเป็น ซึ่งประเด็นเหล่านี้เป็นเพียงตัวอย่างงานของผู้หญิงที่เชื่อมโยงกับสุขภาพ และควรได้รับการพิจารณาทั้งการเข้าถึงบริการสุขภาพและสวัสดิการที่เกี่ยวข้องกับงานของผู้หญิงไปพร้อมกันด้วย

“ความเป็นแม่” และ “แรงงาน” อัตลักษณ์ที่ซ้อนทับกันของผู้หญิง

เมื่อผู้หญิงต้องทำหน้าที่ทั้งแม่และแรงงานไปพร้อมกัน โดยสังคมต่างคาดหวังให้ผู้หญิงสามารถทำตามบทบาทที่คาดหวังทั้งสองส่วนอย่างไม่ขาดตกบกพร่องและสมบูรณ์แบบ ดังกรณีของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ได้กล่าวไปข้างต้น ซึ่งนอกจากสังคมจะคาดหวังให้แม่ต้องเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพื่อสุขภาพที่สมบูรณ์และพัฒนาการที่สมวัยของเด็กแล้ว ในฝั่งของผู้ประกอบการเองก็คาดหวังผลสัมฤทธิ์ในการทำงานจากผู้หญิงกลุ่มนี้ด้วยเช่นกันทั้งการเร่งรัดให้กลับมาทำงาน และปฏิกิริยาความคาดหวังจากเพื่อนร่วมงาน เมื่อผู้หญิงจำต้องแบ่งเวลาส่วนหนึ่งเพื่อใช้สำหรับการปั๊มหรือบีบเก็บน้ำนมในระหว่างวันเพื่อให้สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ได้อีกเนื่องยาวนานที่สุดเท่าที่จะทำได้

ทั้งนี้ จะเห็นได้อย่างชัดเจนในกรณีของแม่ที่ทำงานในสายงานการให้บริการสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือเภสัชกร เป็นต้น ซึ่งเป็นข้อสังเกตว่าบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเหล่านี้กลับมีข้อจำกัดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทั้ง ๆ ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นอย่างดีทั้งในส่วนของหลักการและวิธีการ อีกทั้งยังสามารถให้คำแนะนำและสนับสนุนแม่คนอื่น ๆ ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ แต่เนื่องจากบริบทในเรื่องของงานที่เป็นงานให้บริการเวลาการทำงานที่ต่อเนื่องยาวนานและบ่อยครั้งที่จำเป็นต้องปฏิบัติงานในกรณีฉุกเฉิน อีกทั้งสถานที่ในการปฏิบัติงาน เช่น โรงพยาบาล อาจจะต้องการส่งเสริมการให้นมแม่ของผู้มาใช้บริการ แต่กลับไม่เอื้อกับบุคลากรขององค์กร (ภัทรพรธน์ ทาดี, 2559) ประกอบกับบริบทการทำงานของวิชาชีพเหล่านี้ เช่น กรณีของวิชาชีพพยาบาลซึ่งต้องทำงานในลักษณะ shift work ที่ต้องอยู่เวรเป็นผลัด สภาพงานหนัก อีกทั้งมีแบบแผนการปฏิบัติงานที่เข้มงวด ซึ่งส่งผลต่อความสุขในการทำงาน ความแปลกแยกในการทำงาน (สุวณา พฤษสุวรรณ, 2540) และยิ่งทุกข์มากขึ้นเมื่อไม่สามารถทำหน้าที่แม่ที่ดีได้ ทั้ง ๆ ที่ตนเองมีทั้งความรู้ และความเข้าใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นอย่างดีจากกรณีดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า บริบทการทำงานส่งผลอย่างยิ่งต่อการให้บริการสุขภาพ ซึ่งในกรณีนี้การเลี้ยงดูลูกพัฒนาการของลูกถือเป็นส่วนหนึ่งของบริการสุขภาพสำหรับคนเป็นแม่เช่นกันและถึงแม้จะเป็นคนในแวดวงสุขภาพเองแต่ก็ควรจะได้รับสิทธิและสวัสดิการในฐานะผู้หญิงที่เป็นแม่คนหนึ่งด้วยเช่นกัน งานกับสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพตลอดจนสวัสดิการสังคมที่เชื่อมโยงกับสุขภาพจึงเป็นเรื่องที่แยกออกจากกันไม่ได้ยาก

เมื่อผู้หญิงต้องรับภาระ “ผู้ดูแล” สมาชิกในครอบครัว

เนื่องจากทั้งตัวผู้หญิงเองและสังคมรอบข้างต่างยอมรับว่า “งานบ้าน” หรือ “งานการดูบ้าน” นั้นเป็นงานในหน้าที่ของผู้หญิงโดยไม่ต้องตั้งคำถาม ซึ่งนับเป็นอีกภาพสะท้อนหนึ่งของภาพเหมารวมทางเพศสภาพของผู้หญิง ไม่ว่าจะเป็นการต้องรับผิดชอบงานบ้าน รวมทั้งบทบาทในฐานะผู้ดูแลหรือผู้เลี้ยงดู เช่น ความอ่อนโยน ความอบอุ่น ผู้หญิงจึงถูกกำหนดให้มีบทบาททางสังคมในฐานะผู้ดูแลไปโดยปริยาย (Eagly & Steffen, 1984) ผู้หญิงจึงถือเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของคนในสังคม ไม่ว่าจะเป็นบทบาทของผู้หญิงในครอบครัวในฐานะผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัว หรือที่เรียกว่า family caregiver ซึ่งผู้หญิงมักจะอยู่ในฐานะผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) ทั้งในสถานะของความเป็น “ลูกสาว” ที่ต้องรับภาระในการดูแลพ่อแม่หรือปู่ย่าตายายในบ้าน โดยเฉพาะหากเป็นลูกสาวที่โตซึ่งต้องรับภาระหน้าที่ที่แทนสมาชิกอื่น ๆ ในบ้านที่แต่งงานและต้องรับผิดชอบครอบครัวใหม่ของตนเองเป็นหลัก หรือในฐานะที่เป็น “ภรรยา” ซึ่งต้องดูแลสามีที่เจ็บป่วยหรือเข้าสู่วัยชรา และในฐานะ “แม่” ที่ต้องเป็นผู้ดูแลลูกเป็นหลักซึ่งผู้หญิงมักถูกคาดหวังมากกว่าสมาชิกคนอื่น ๆ ผู้หญิงจึงต้องเป็นผู้รับผิดชอบต่อสุขภาพของสมาชิกในบ้าน แม้ว่าผู้หญิงจะต้องดูแลชีวิตตัวเองเป็นหลัก ผู้หญิงก็มักจะเห็นสุขภาพของตนเองเป็นเรื่องสำคัญรองจากสุขภาพของสมาชิกคนอื่นในบ้าน

ภาระการดูแลที่เชื่อมโยงกับ “ความเป็นหญิง”

สังคมไทยยังคงยึดถือค่านิยมเรื่องความกตัญญูตอเวทิตี ดังนั้นการดูแลบุพการีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจึงเป็นหน้าที่ของลูกหลานในครอบครัวโดยมีทั้งบุตรหลาน คู่สมรส และญาติพี่น้องร่วมกันทำหน้าที่ดังกล่าว ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่มักเป็นผู้หญิงที่อยู่ในช่วงวัยกลางคนขึ้นไป และมีสถานะเป็นบุตรสาวหรือภรรยา เนื่องจากหน้าที่ในการดูแลผู้อื่นถูกมองว่าควรเป็นหน้าที่ของผู้หญิง และผู้หญิงควรจะทำหน้าที่นี้ได้ดีกว่าสมาชิกที่เป็นชาย โดยเฉพาะผู้หญิงโสด เนื่องจากยังไม่ต้องรับผิดชอบครอบครัวของตนเอง ซึ่งผลการศึกษาในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวในชุมชน จ.เชียงใหม่ ซึ่งผู้เขียนได้เข้าไปมีส่วนร่วม (Tamdee and et al., 2019) ได้สะท้อนให้เห็นเช่นกันว่า ภาระในการดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือนยังคงตกอยู่กับผู้ดูแลซึ่งเป็นหญิง โดยเฉพาะผู้หญิงที่เป็นโสด และมีสถานะเป็นบุตรสาวหรือภรรยา อย่างไรก็ตามผู้ดูแลเหล่านี้ส่วนใหญ่ไม่เคยมีการเตรียมความพร้อมหรือได้รับการอบรมใด ๆ เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุมาก่อน แต่อาศัยประสบการณ์ ความรู้สึกผูกพัน และความกตัญญูต่อผู้สูงอายุเป็นหลักในการดูแล สำหรับสังคมไทยแล้ว ผู้ดูแลซึ่งโดยส่วนใหญ่เป็นหญิงยังอยู่ในฐานะไร้อำนาจต่อรอง อีกทั้งมักเป็นการดูแลภายใต้เงื่อนไขของความกตัญญูโดยอาจไม่ได้มีการเตรียมความพร้อม มีประสบการณ์ หรือมีความรู้ในด้านการดูแลผู้สูงอายุมาก่อน ตลอดจนผลกระทบทางเศรษฐกิจ เนื่องจากค่าใช้จ่ายในครอบครัวที่เพิ่มขึ้น และอาจนำไปสู่ปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวตามมาได้ (ศิริณี ศรีหาภาค, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และณิศร เต็งรัง, 2556)

ทั้งนี้ ผลการศึกษาจำนวนไม่น้อยได้ชี้ให้เห็นแล้วว่า ผู้รับหน้าที่เป็นผู้ดูแลส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจมากกว่าสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ (Wasilewska, Stinson, and Camerona, 2017; Winahyu, Hemchayat and Charoensuk, 2015) โดยเฉพาะผู้ดูแลซึ่งต้องรับภาระดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม (depression, dementia and alzheimer) ซึ่งเป็นอาการที่ต้องมีการดูแลประคับประคองอย่างต่อเนื่อง และอาจมีอาการรุนแรงมากขึ้น ซึ่งเป็นภาระอย่างยิ่งสำหรับผู้ดูแลในระยะยาว (Chen et al., 2010; Hirakawa, Kuzuya, Enoki, Hasegawa, and Iguch, 2008) เช่นเดียวกับการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะทางสุขภาพเรื้อรัง (chronic health condition) (Tao and McRoy, 2015; Mahdavi, Fallahi-Khoshknab, Mohammadi, Hosseini, and Haghi, 2017) นอกจากนี้ เนื่องจากโครงสร้างครอบครัวที่เปลี่ยนไป สมาชิกในครอบครัวมีจำนวนน้อยลง จึงทำให้ผู้ดูแลซึ่งมักจะเป็นผู้หญิงในบ้าน ต้องทำหน้าที่เพียงลำพังไม่ได้มีการสลับเปลี่ยน ผู้ที่มีโรคประจำตัวอยู่แล้วอาจจะมีอาการกำเริบมากขึ้น และอาจมีปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ตามมา และมีแนวโน้มที่จะพบภาวะทางอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป หรือมีภาวะซึมเศร้าตามมา (Rezende, Coimbra, Costallat, and Coimbra, 2010; Rezende, Gomes, Rugno, Eva, Lima, and De Carlo, 2017) อีกทั้งผู้หญิงยังมีบทบาทเชิงซ้อน โดยอาจรับภาระรับผิดชอบในฐานะอื่น ๆ เช่น เป็นแม่ และยังต้องทำงานนอกบ้านไปด้วยและยังต้องมีการดูแลบุตรหลานของตน หรือรับภาระในการดูแลบิดามารดาของคู่สมรสร่วมด้วย (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2551) ซึ่งโดยทั่วไปเป็นภาระการดูแลที่ไม่ได้รับค่าตอบแทน (unpaid family caregiver) (Tao and McRoy, 2015) ในขณะเดียวกัน ยังมีโอกาสต้องรับภาระค่าใช้จ่ายเพิ่ม และผลกระทบในด้านอื่น ๆ ตามมา เช่น การลาหยุดงาน การขาดรายได้ ความเหน็ดเหนื่อย ความท้อแท้ ความรู้สึกไร้ที่พึ่ง และการต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายบางส่วนที่ไม่ครอบคลุมโดยระบบประกันสุขภาพ และต้นทุนของการดูแลในด้านอื่น ๆ เช่น ค่าเดินทางค่าจ้างผู้ดูแลแทน เป็นต้น (ภาวีกา ศรีรัตนบัลล์, 2561)

ภาระการดูแลที่ “ไม่มีวันสิ้นสุด”

จากบทความของ อ.พญ.วัจนา ลิละพัฒนะ และ ผศ.พญ.สายพิน หัตถิรัตน์ ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลได้กล่าวถึงภาระการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยเรื้อรังในบ้าน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องนอนติดเตียงซึ่งต้องพึ่งพาผู้ดูแลตลอดเวลา นั้นมาซึ่งคำถามที่ว่า ตกลงจะเป็นใครที่ป่วยกว่ากันระหว่างผู้ป่วยซึ่งอาจนอนติดเตียงหรืออยู่ในสภาวะที่ไม่สามารถรับรู้สิ่งรอบข้างได้แล้ว หรือผู้ดูแลที่เต็มไปด้วยความรู้สึกผิดและเหน็ดเหนื่อย เนื่องจากต้องทุ่มเทเวลาทั้งหมดไปกับการดูแลซึ่งก่อให้เกิดความตึงเครียดสูง อีกทั้งตัวผู้ดูแลเองก็อาจมีปัญหาด้านสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาสุขภาพ ชีวิตความเป็นอยู่ ฐานะการเงิน และชีวิตส่วนตัวของตนเอง ยิ่งถ้าเวลาผ่านไปแล้วผู้ดูแลยังคงปราศจากความช่วยเหลือจากสมาชิกคนอื่น ๆ ในบ้าน ก็จะทำให้เกิดความเหนื่อยล้าจากภาระของผู้ดูแล (caregiver burden) หรือถึงกับหมดไฟไปเลย (caregiver burnout) ซึ่งในบทความดังกล่าวได้มีการยกตัวอย่างกรณีศึกษาของผู้ดูแลรายหนึ่งซึ่งมีสถานะเป็นลูกสาวคนโตของแม่ซึ่งเป็นผู้ป่วยติดเตียงไม่รับรู้ และช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย ด้วยความที่เธอเป็น “ลูกสาวคนโต” เป็น “พยาบาล” “ไม่ได้แต่งงาน” และเป็นผู้ที่สนิทกับแม่มากที่สุด พี่น้องคนอื่น ๆ จึงมอบให้เป็นผู้ดูแลโดยมอบอำนาจการตัดสินใจทุก ๆ ด้านให้ทั้งหมด และให้ผู้ป่วยย้ายมาอยู่ที่บ้านลูกสาวคนโตจนถึงปัจจุบัน ซึ่งหลังจากที่เพิ่งเกษียณอายุราชการ

มา และกำลังต้องปรับตัวกับชีวิตหลังเกษียณอย่างมาก จากที่เคยดูแลแม่แค่ครั้งคืน แต่ต้องกลายเป็น 24 ชั่วโมง เนื่องจากเด็กจากศูนย์ที่เคยจ้างมาช่วยดูแลลาออกบ่อย อีกทั้งตัวเองยังมีโรคประจำตัวเป็นโรคหัวใจ ทำให้เหนื่อยและเครียดมาก ในขณะเดียวกันก็ต้องใช้ชีวิตอยู่กับความรู้สึกผิด ถ้าจะปล่อยให้แม่ต้องเสียชีวิตไปในขณะที่ตนเป็นผู้ดูแล แต่ก็ไม่อยากให้แม่ต้องทุกข์ทรมาน อีกทั้งหนึ่งก็ไม่อยากมารับภาระดูแลนี้แล้ว (วัจนา สิละพัฒนะ และสายพิน หัตถิรัตน์, 2561)

จากกรณีศึกษาดังกล่าว แสดงให้เห็นชัดเจนว่า ภาระของการเป็นผู้ดูแล ซึ่งส่วนใหญ่ถูกมอบให้เป็นหน้าที่ของผู้หญิงในฐานะที่ถูกมองว่าเป็นเพศที่มีความพร้อมในทักษะการดูแลมากกว่า โดยเฉพาะการเป็นผู้ดูแลหลักของสมาชิกในครอบครัว ทั้งที่เป็นผู้สูงอายุและผู้ที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ แต่เป็นภาระที่เมื่อเริ่มต้นขึ้นแล้วจะผูกมัดผู้หญิงไปจนตลอด ผู้ดูแลจึงต้องเผชิญกับความรู้สึก 2 ขั้ว เมื่อฝั่งหนึ่งก็ต้องการหลุดพ้นจากการดูแล ซึ่งนั้นก็หมายถึงการที่สมาชิกในครอบครัวเหล่านั้นพ้นตัวจากความเจ็บป่วยที่อาจเป็นไปได้ยาก หรือเสียชีวิตลง อันเป็นเรื่องที่แค่คิดก็รู้สึกผิดแล้ว เพราะขัดแย้งกับค่านิยมเรื่องความกตัญญู จาริต และศีลธรรมในใจ อีกฝั่งหนึ่งจึงต้องพยายามอดทนอดกลั้น หรือจนกระทั่งสิ้นหนทาง เดินหน้าทำหน้าที่ของตนเองเพื่อคนที่รักต่อไป และโดยเฉพาะเมื่อโครงสร้างครอบครัวในปัจจุบันผลักดันให้ผู้รับภาระดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุก็คือผู้สูงอายุด้วยกันเอง ทั้งในฐานะลูกหลาน คู่ชีวิต และญาติพี่น้อง ซึ่งจากกรณีศึกษาสถานการณ์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวในชุมชน จ.เชียงใหม่ (Tamdee et al., 2019) พบว่า นอกจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ประมาณ 2 ใน 3 จะเป็นผู้หญิงแล้ว ในจำนวนนี้มีเกือบ 1 ใน 4 ที่อยู่ในวัยผู้สูงอายุเช่นกัน และเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลอยู่ในช่วงอายุที่เริ่มเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ คือ ระหว่าง 46-59 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย คือ 49 ปี ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในการดูแลที่ผู้สูงอายุต้องการการดูแลและช่วยเหลือค่อนข้างมากไปจนถึงอย่างมากมีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ต้องการการดูแลและช่วยเหลือเพียงเล็กน้อยหรือยังพอช่วยเหลือตัวเองได้โดยครึ่งหนึ่งยังมีการมองเลื่อมหรือความจาลดลงอีกด้วย โดยผู้ดูแลเหล่านี้ไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมสำหรับการดูแลผู้สูงอายุมาก่อน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงภาระการดูแลที่ค่อนข้างหนักสำหรับผู้ดูแลที่อยู่ในวัยสูงอายุเช่นกัน

ดังนั้น หากจะพูดถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้หญิงซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล จึงไม่เพียงแต่พิจารณาเฉพาะบริการสุขภาพสำหรับตัวผู้ดูแลเท่านั้น แต่ต้องครอบคลุมหรือพิจารณา รวมไปถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ที่อยู่ในความดูแลด้วย เพราะนั่นหมายถึงการช่วยแบ่งเบาภาระของผู้ดูแล ในขณะเดียวกันเรื่องสวัสดิการสังคมต่าง ๆ ที่จะช่วยลดภาระในการดูแลลงได้มาก ไม่ว่าจะเป็นเรื่องสิทธิในแง่การทำงาน อย่างเช่น ประเด็นเรื่องการลางาน ค่าใช้จ่ายในการจ้างคนดูแล หรือแม้แต่การอำนวยความสะดวกในเรื่องของการเดินทางรับ-ส่ง ในกรณีที่ต้องพาผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยในการดูแลไปรับบริการสุขภาพ ซึ่งมักจะต้องดำเนินการต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องเข้าสู่วิธีการบำบัดทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู ซึ่งต้องทำอย่างต่อเนื่อง ยาวนานและไม่มีสิ้นสุดตลอดจนการให้บริการสุขภาพที่บ้าน การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษาในครอบครัว อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ หรือการมีระบบประกันการดูแลระยะยาว ซึ่งมีความจำเป็นทั้งกับการดูแลผู้สูงอายุ และการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน ซึ่งปัจจุบันพบผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตจากโรคเรื้อรัง เช่น โรคเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง และระบบทางเดินหายใจ ซึ่งมีความต้องการบริการการดูแลระยะท้ายหรือการดูแลแบบประคับประคอง (สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2561) ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งสำคัญทั้งสำหรับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ป่วย รวมทั้งของผู้ดูแลซึ่งต้องดูแลทั้งตนเอง และบุคคลในความดูแลควบคู่กันไป

สรุปอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

จากสถานการณ์ที่กล่าวมาทั้งหมดจะเห็นได้ว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้หญิงเชื่อมโยงกับชีวิตทางสังคมของผู้หญิงอย่างชัดเจน ดังนั้นหากจะส่งเสริมให้ผู้หญิงได้เข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเต็มที่แล้ว จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพิจารณาสภาพและชีวิตทางสังคมของผู้หญิงซึ่งทำให้ผู้หญิงจำเป็นต้องรับภาระหน้าที่หลากหลายและถูกคาดหวังจากสังคมในมิติที่หลากหลายเช่นกัน ทั้งนี้ หากพิจารณาปรากฏการณ์ดังกล่าวผ่านมุมมองของสตรีนิยมสายจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic feminism) เป็นอีกสายหนึ่งของสตรีนิยมที่ได้นำแนวคิดจิตวิเคราะห์มาอธิบายพัฒนาการความเป็นหญิงความเป็นชายที่นำไปสู่ความเป็นรองของผู้หญิงซึ่งลงลึกในระดับจิตใจ โดยเกิดขึ้นนับตั้งแต่เด็กได้เรียนรู้บทบาททางเพศของตนจากการผ่านช่วงพัฒนาการตามวิธีคิดของ Freud ทำให้ความรู้สึกถึงความเป็นหญิงเหล่านี้ถูกแทรกซึมเข้าไปในระดับจิตใจและอุดมการณ์ (Leland, 1992) ซึ่งเป็นเหตุผลที่ทำให้ผู้หญิงไม่สามารถสลัดทิ้งซึ่ง “ความเป็นหญิง” ในมิติต่าง ๆ ที่ฝังรากลึกในตัวตนของผู้หญิงเอง ไม่ว่าจะเป็นกรณี ความงาม ความเป็นแม่ หรือ การต้องทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลของผู้หญิงก็ตาม ผู้หญิงจึงถูกโน้มน้าวชักจูงตลอดจนกดดันให้ต้องเผชิญหน้ากับสิ่งเหล่านี้ ซึ่งภาวะดังกล่าวไม่ใช่ลักษณะทางชีวภาพแต่เป็นเรื่องเกี่ยวกับจิตของผู้หญิงที่เสมือนถูกกำหนดให้ต้องอยู่กับภาวะเหล่านี้ในทุกพื้นที่ และทุกระดับในสังคม สะท้อนให้เห็นว่าผู้หญิงและผู้ชายถูกสร้างขึ้นโดยธรรมชาติแต่ความเป็นหญิงและความเป็นชายถูกสร้างขึ้นโดยวัฒนธรรมนั่นเอง (Mitchell, 1974) โดยมีเงื่อนไขทางเศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรมหรือโครงสร้างทางภาษาเป็นตัวกำหนดหรือกดขี่สถานะของผู้หญิงในสังคม (Cavallro, 2003) นอกจากนั้น Mitchell (1974) ยังเห็นว่า ความเป็นหญิงเหล่านี้ล้วนเป็นผลมาจากระบบทุนนิยมและอุดมการณ์ชายเป็นใหญ่ (patriarchy) ซึ่งอุดมการณ์ดังกล่าวเป็นสิ่งที่ดำรงอยู่ในระดับจิตไร้สำนึก อีกทั้ง civilization หรือลักษณะของสังคมสมัยใหม่ยังส่งผลต่อความเป็นรองของผู้หญิง ซึ่งในสังคม pre-civilization ถึงแม้ผู้หญิงจะถูกกำหนดให้รับภาระในความเป็นแม่ หรือบทบาทในฐานะผู้ให้กำเนิดและผู้ดูแลเหมือนกัน แต่ผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะมีเสรีภาพและมีอำนาจ (matriarchy) ในการควบคุมและจัดการกับสิ่งเหล่านี้ได้มากกว่า เพราะ civilization ก็คือ patriarchy โดยเฉพาะการที่ผู้หญิงถูกควบคุมในเรื่องเพศอย่างเคร่งครัดมากกว่าผู้ชาย ซึ่งเป็นที่มาของการตัดสินความเป็น “ผู้หญิงที่ดี” ตามวิถีทางที่สังคมกำหนด

ข้อสังเกตอีกประการหนึ่งคือเป็นประเด็นเรื่อง “ความจำเป็น” สำหรับผู้หญิงที่ควรถูกมองว่าเป็นความจำเป็นด้านสุขภาพด้วยหรือไม่ เป็นคำถามที่ต้องคำนึงถึงด้วยเช่นกัน ตัวอย่างเช่น สุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความสวยความงามของผู้หญิง ทั้งนี้ เนื่องจากอัตลักษณ์ทางเพศหรือ gender identity เป็นสิ่งประกอบสร้างทางสังคมอย่างแท้จริงโดยอัตลักษณ์ทางเพศได้ถูกสร้างผ่านกระบวนการ identification และการเรียนรู้ภาษา ซึ่งเป็นสัญลักษณ์ทางวัฒนธรรมที่เราเรียนรู้โดยจิตไร้สำนึกโดยเฉพาะสัญลักษณ์ทางเพศและความสัมพันธ์หญิงชาย เป้าหมายของสตรีนิยมกลุ่มนี้จึงเป็นการพยายามทำให้ผู้หญิงได้สำนึกในสิ่งที่อยู่ในจิตไร้สำนึกเหล่านี้เพื่อช่วยให้ผู้หญิงได้หลุดพ้นจากการกดขี่ซึ่งถูกแทรกซึมเข้าไปในระดับจิตจนดูเหมือนผู้หญิงจะไม่มีทางหลุดพ้นจากสิ่งนี้ได้ (Leland, 1992) ดังเช่นกรณีของการที่ผู้หญิงไม่สามารถหลุดพ้นจากการถูกตีตราเรื่องรูปลักษณ์ภายนอก และไม่อาจปล่อยวางหากยังไม่สามารถจัดการกับเนื้อตัวร่างกายของตนเองได้สำเร็จ

ตามแบบอย่างความงามตามอุดมคติ ถึงแม้จะต้องแลกกับความเสียด้านสุขภาพก็ตาม ในขณะที่บริการสุขภาพอาจกำหนดสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพตามความจำเป็นทางการแพทย์ แต่ในทางกลับกัน สังคมกลับผลิตซ้ำค่านิยมที่ตอกย้ำคุณค่าของผู้หญิงที่ผูกโยงกับ “ความสวย” ของผู้หญิง จนผลักดันให้ผู้หญิงต้องตกอยู่ในวังวนของการจัดการกับเนื้อตัวร่างกายของตนเอง ซึ่งในที่สุดได้ทำให้ผู้หญิงต้องเจ็บป่วยจากความพยายามในการไล่ตามความคาดหวังของสังคมในเรื่องดังกล่าว ซึ่งสุดท้ายถูกมองว่าเป็นเรื่อง “ไม่จำเป็น” และผู้หญิงเป็นฝ่าย “ทำตนเอง” ให้ป่วย ความคาดหวังทางสังคมและอคติทางสังคมจึงส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้หญิงอย่างชัดเจน

อย่างไรก็ตาม จะเห็นได้ว่า การที่ผู้หญิงจะได้มาซึ่งอัตลักษณ์ความเป็นหญิงได้นั้น ผู้หญิงจะต้องดำรงอยู่อย่างอิสระในความสัมพันธ์ต่อครอบครัว ต่อชุมชน และต่อตัวเอง ซึ่งจะเห็นได้ว่าที่ผ่านมาผู้หญิงได้ถูกสร้างจากภายนอกโดยสัมพันธ์กับหน้าที่ทางสังคมแทนที่จะถูกสร้างจากความเป็นตัวของตัวเองหรืออัตลักษณ์ของผู้หญิงเอง (วารุณี ภูริสินสิทธิ์, 2545) หากผู้หญิงยังไม่สามารถสลัดตนให้หลุดพ้นเป็นอิสระจากสิ่งเหล่านี้ได้ ชีวิตและสุขภาพของผู้หญิงก็จะยังเชื่อมโยงกับอัตลักษณ์ที่ถูกสร้างจากสังคมเป็นสำคัญ ดังนั้นการเข้าถึงบริการสุขภาพในที่นี้จึงมีความสัมพันธ์กับสวัสดิการด้านสุขภาพและสังคมที่มาพร้อมกับสถานภาพและบทบาทของผู้หญิง เพราะถึงแม้ผู้หญิงจะได้รับสิทธิและสวัสดิการสุขภาพที่เพียงพอหรือไม่ก็ตาม หากอยู่ในสถานะที่ไม่สามารถใช้ประโยชน์จากบริการสุขภาพเหล่านั้นได้อย่างเต็มที่อันเนื่องมาจากภาระความรับผิดชอบอันเกิดจากสถานภาพบทบาท และอัตลักษณ์ของผู้หญิงที่หลากหลายและถูกกำหนดโดยสังคมเป็นหลัก ก็อาจไม่สามารถทำให้ชีวิตของผู้หญิงเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นได้ ซึ่งปัจจุบันทุกภาคส่วนของสังคมได้พยายามยอมรับและทำความเข้าใจมิติที่ซับซ้อนของชีวิตผู้หญิงอยู่อย่างต่อเนื่องเพื่อเป้าหมายร่วมกันคือคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้หญิง ซึ่งไม่ควรถูกมองแยกส่วนจากสุขภาพของสมาชิกคนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของผู้หญิง เพราะความทุกข์ความสุขของผู้หญิงเองก็ถูกผูกติดกับชีวิตของคนรอบข้างที่เป็นสุขเช่นกัน

นอกจากนั้น บริบทด้านสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่กล่าวถึงในที่นี่ อาจยังไม่ได้ครอบคลุมถึงผู้หญิงที่มีความหลากหลายและมีลักษณะเฉพาะได้ครบทุกกลุ่ม เพราะในสภาพความเป็นจริง ยังมีผู้หญิงอีกหลายกลุ่มที่มีข้อจำกัดในด้านสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพแตกต่างกัน ตัวอย่างเช่น ผู้หญิงที่เป็นแรงงานข้ามชาติ ซึ่งมีภาวะความเสี่ยงด้านสุขภาพทั้งในมิติด้านร่างกาย ความเครียดจากการใช้ชีวิตเพราะต้องปรับตัว ทำงานต่างถิ่น มีความไม่มั่นคงในการดำเนินชีวิต ความกลัว รวมไปถึงยังต้องเผชิญกับความอดอยาก อีกทั้งยังขาดความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพและขาดทักษะด้านการสื่อสาร ในขณะที่การรับบริการสุขภาพของแรงงานกลุ่มนี้ยังถูกจำกัดการเข้าถึงโดยมีปัจจัยทางสังคม อาทิ สิทธิในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสิทธิในการได้รับการคุ้มครองแรงงานเป็นตัวกำหนดตามสภาพเงื่อนไขของสังคม เป็นต้น (ดุขุฎิ อายุวัฒน์, อติเรก เร่งมานะวงษ์ และสังคม สุภรัตน์กุล, 2556) หรือในการณีของผู้หญิงที่มีอาชีพเฉพาะอย่างเช่น หญิงบริการ ซึ่งจำเป็นต้องมีแนวทางการส่งเสริมสุขภาพทางเพศที่มีลักษณะเฉพาะแตกต่างจากผู้หญิงกลุ่มอื่น เนื่องจากเป็นอาชีพที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพและถูกตีตราจากสังคม จึงอาจทำให้การส่งเสริม ป้องกัน และการดูแลสุขภาพทางเพศทำได้ไม่เต็มที่นัก ซึ่งรูปแบบการบริการสุขภาพอาจจำเป็นต้องปรับให้มีรูปแบบเชิงรุกมากกว่าผู้หญิงกลุ่มอื่น (เสาวนีย์ ทองนพคุณ, 2558)

เช่นเดียวกับการนี้ของผู้หญิงต้องขัง โดยเฉพาะหญิงต้องขังที่ตั้งครรภ์ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลด้านสุขภาพที่แตกต่างจากผู้ต้องขังหญิงกลุ่มอื่น โดยต้องครอบคลุมทั้งสุขภาพกาย สุขภาพครรภ์ และสุขภาพจิต เนื่องจากอยู่ในภาวะที่มีความเปราะบางและมีความกังวลในหลายด้าน ทั้งตนเองและลูกน้อยอีกทั้งควรได้รับการยืดหยุ่นในการปฏิบัติบางเรื่องเพื่อสุขภาพการตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพ (ศุภาว์ เผือกเทศ และนันทกา สวัสดิพานิช, 2558) อีกทั้งการใช้ชีวิตของผู้หญิงเหล่านี้ล้วนอยู่ได้ด้วยกำลังใจของตนที่เชื่อมโยงกับลูกในครรภ์ แต่ทั้งนี้คุณภาพของการจัดบริการด้านสุขภาพของหญิงต้องขังเหล่านี้ยังต้องขึ้นอยู่กับบริบทของเรือนจำ งบประมาณเจ้าหน้าที่ และการบริหารจัดการของเรือนจำแต่ละแห่งอีกด้วย (พิมพิไล ทองไพบูลย์, นันทกา สวัสดิพานิช, พิไลลักษณ์ ไรจนประเสริฐ และสุภาพร วรรณสันหัต, 2558) ดังนั้น หากต้องการศึกษาความต้องการด้านสุขภาพและเงื่อนไขที่เชื่อมโยงกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้หญิงเหล่านี้ จึงยังจำเป็นต้องอาศัยข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น เพื่อนำไปสู่การวางแผนและการสนับสนุนที่สอดคล้องกับความต้องการจำเป็นของผู้หญิงต่อไป เพราะถึงแม้จะเป็น “ผู้หญิงเหมือนกัน...แต่ต้องการการดูแลต่างกัน”

บรรณานุกรม

- จุลณี เทียนไทย. (2549). การเจริญเติบโตของวัยรุ่นไทยท่ามกลางกระแสความเปลี่ยนแปลงของสังคม: กรณีศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างทางเพศในการมองภาพลักษณ์รูปร่างในอุดมคติ ความไม่พึงพอใจในรูปร่างและวิธีการให้ได้มาซึ่งภาพลักษณ์รูปร่างอุดมคติที่ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพของวัยรุ่นไทย อายุ 16-19, รายงานวิจัย. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- จุฬาลักษณ์ นิมไชยพันธ์ และรสริน โอสธำนันต์กุล. (2556). การเลือกปฏิบัติทางด้านค่าจ้างระหว่างเพศในระดับภูมิภาคของตลาดแรงงานไทย. *วารสารเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 17(1), 43-71.
- นัตรมณี ข้อเพชร และกิริยา กุลกลการ. (2554). การเลือกปฏิบัติทางเพศด้านค่าจ้างในตลาดแรงงานไทย. *วารสารเศรษฐศาสตร์ประยุกต์*, 18(2), 17-31.
- ชุตินา โลมรัตนานนท์ และ ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์. (2556). อุดมคติและความเป็นจริงเรื่องความเป็นแม่ของผู้หญิงทำงาน. *วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*, 16(1), 1-15.
- ณัฐยา บุญภักดี. (2550). ผู้หญิง ไซ และความเป็นแม่, ใน *ผู้หญิงกับเทคโนโลยีสร้างลูก*. มุลินธิสร้างใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง, หน้า 11-16. กรุงเทพฯ: เอดิสัน เพรส โปรดักส์.
- ดุชนิ อายุวัฒน์, อติเรก เร่งมานะวงษ์ และสังคม สุภรัตนกุล. (2556). ภาวะสุขภาพและการรับบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติชาวลาวในภาคการผลิตเกษตรกรรมของภาคอีสาน. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 43(1), 4-16.
- เดลินิวส์. (2559). แพทย์เผย “สาวโส-ไม่มีลูก” เสี่ยงมะเร็งเต้านมสูง. สืบค้นจาก <https://www.dailynews.co.th/politics/374424>.
- ไทยรัฐออนไลน์. (2560). *ฝันสลาย! สาวโสอยากมีลูก หมดลพิษขอบริจาคสเปิร์ม มัดมือชก บีบีมีผัว*. สืบค้นจาก <https://www.thairath.co.th/scoop/1140705>.

- ปวีณา ลีตระกูล. (2557). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความแตกต่างของค่าจ้างระหว่างผู้หญิงและผู้ชายในตลาดแรงงานของประเทศไทย. **วารสารเศรษฐศาสตร์และนโยบายสาธารณะ**, 5(9), 38-54.
- ปัทมา กวนเมืองใต้. (2560). พุนิยามชายเป็นใหญ่กับประสบการณ์การจัดการความอ้วนของผู้หญิง. **วารสารสังคมศาสตร์บูรณาการ**, 4(2), 94-118.
- ปาริฉัตร ตู่ดำ และชาลี ไตรจันทร์. (2556). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความก้าวหน้าในอาชีพของผู้บริหารสตรีในองค์กรภาครัฐ: การทบทวนวรรณกรรม. **วารสารนักบริหาร**, 33(3), 25-32.
- พิมพิไล ทองไพบูลย์, นันทกา สวัสดิพานิช, พิไลลักษณ์ โรจนประเสริฐ และสุภาพร วรรณสันหัต. (2558). การจัดการบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้ต้องขังหญิงหลังคลอดในเรือนจำ. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา**, 21(1), 5-17.
- โพสต์ทูเดย์. (2558). **เสี่ยงผู้หญิงอยู่ตรงไหน? กับการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย**. สืบค้นจาก <https://www.posttoday.com/life/healthy/396388>.
- ภัทรพรรณ ทำดี. (2557). ผู้หญิงโสดในสังคมมหานคร: สุขภาพและชีวิตทางสังคม. ใน เอกสารรวมบทความการประชุมวิชาการด้านครอบครัวระดับชาติ ประจำปี 2557 “ครอบครัวอบอุ่น...พลังการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทย”. กรุงเทพฯ: กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- ภัทรพรรณ ทำดี. (2559). บนเส้นทางสายน้ำนมแม่: อัตลักษณ์ของแม่ทำงานยุคใหม่กับความยากลำบากในความเป็นแม่. **วารสารวิจัยสังคม**, 39(1), 1-37.
- ภัทรพรรณ ทำดี และวัชรีย์ บุญวิทยา. (2563). ผลกระทบของการสอดส่องผ่านเทคโนโลยีและสื่อสังคมที่มีต่อครูและผู้ดูแลเด็กปฐมวัย. **วารสารสังคมศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**, 50(1), 27-52.
- มนสิการ กาญจนะจิตรา, ทรงพันธ์ เจริมประยงค์, กัญญาพัชร สุทธิเกษม และริษา ต๊ะดี. (2562). **ราคาของการมีลูก: เมื่องานและลูกผูกอยู่บนเชือกเส้นเดียวกัน**. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภาวิกา ศรีรัตนบัลล์. (2561). **บ้านสุดท้ายของชีวิต: มุมมองเชิงสังคมวิทยาต่อการบริหารคุณภาพชีวิตระยะท้าย**. (พิมพ์ครั้งที่ 3). นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.).
- วัจนา ลีละพัฒนะ และสายพิน หัตถิรัตน์. (2561). **เมื่อผู้ดูแลทำไม่ไหวแล้ว**. ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. สืบค้นจาก https://med.mahidol.ac.th/fammed/th/postgrad/article_4.
- วัจนา เสริมสถานสวัสดิ์. (2561). การยืนยันตัวตนจากประสบการณ์ “ความเป็นแม่” ผ่านแนวคิดปรัชญาสตรีนิยมของอิริกาเรย์. **วารสารเทคโนโลยีสุรนารี**, 13(2), 133-150.
- วารุณี ชลวิหการพันธ์. (2559). ความชุกของการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพเพื่อควบคุมน้ำหนักอย่างไม่เหมาะสมของวัยรุ่นหญิงในจังหวัดสระบุรีและปัจจัยที่มีผล. **วารสารเภสัชกรรมไทย**, 8(2), 442-455.
- วารุณี ภูริสินสิทธิ์. (2545). **สตรีนิยมขบวนการและแนวคิดทางสังคมแห่งศตวรรษที่ 20**. กรุงเทพฯ: โครงการจัดพิมพ์คปไฟ.

- วิจิตร ว่องวารีทิพย์. (2549). **ร่างกาย เสน่ห์ อัตลักษณ์ และความเท่าเทียมเรื่องสุขภาพในสังคมไทย**. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- ศิริวัชร กิจชนะไพบูลย์. (2555). พฤติกรรมการลดน้ำหนักที่ไม่ถูกต้องของวัยรุ่นและเยาวชนไทย. **พยาบาลสาร**, 39(4), 179-190.
- สุนนทิพย์ บุญเกิด และกัลยา ไผ่เกาะ. (2560). ปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มหญิงรักหญิง: การเลือกปฏิบัติทางเพศ. **วารสารพยาบาลทหารบก**, 18(1), 15-21.
- สุไลพร ชลวิไ. (2550). **เพศไม่นิ่ง: ตัวตน เพศภาวะ เพศวิถี ในมิติสุขภาพ**. นครปฐม: ภาควิชาความร่วมมือในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ด้านเพศภาวะ เพศวิถี และสุขภาพ.
- เสาวนีย์ ทองนพคุณ. (2558). สุขภาพทางเพศ: แนวทางการส่งเสริมสุขภาพทางเพศในพนักงานบริการหญิง. **วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา**, 10(2), 117-125.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2551). **ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว**. รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).
- ศิริฉวี ศรีหาคาศ, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณิศร เต็งรัง. (2556). **ผลกระทบและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย**. รายงานการวิจัย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
- ศุภาวี เพือกเทศ และนันทกา สวัสดิพานิช. (2558). การจัดบริการด้านสุขภาพของเรือนจำตามการรับรู้ของผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา**, 23(3), 56-67.
- สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. (2561). **ระบบประกันการดูแลระยะยาว: ระบบที่เหมาะสมกับประเทศไทย**. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย.
- สุวนา พฤกษสุวรรณ. (2540). **ความแปลกแยกในการประกอบวิชาชีพพยาบาล**. (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล).
- Cavallaro, D. (2003). **French Feminist theory, an introduction**. New York, Continuum.
- Chen, H.M., Hou, S.Y., Yeh, Y.C., Chang, C.Y., Yen, J.Y., Ko, C.H., Yen, C.F., & Chen, C.S. (2010). Frontal function, disability and caregiver burden in elderly patients with major depressive disorder. **Journal of Medical Science**, 26(10), 548-54.
- Eagly, A.H. & Karau, S.J. (2002). Role congruity theory of prejudice toward female leaders. **Psychological Review**, 109(3), 573.
- Firestone, S. (1970). **The dialectic of sex: the case for Feminist revolution**. New York: Morrow.
- Hirakawa, Y., Kuzuya, M., Enoki, H., Hasegawa, J., & Iguch, A. (2008). Caregiver burden among Japanese informal caregivers of cognitively impaired elderly in community settings. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, 46(3), 367-74.
- Hochschild, A.R. (2012). **The managed heart: commercialization of human feeling**. Berkeley: University of California Press.

- Hook, B. (2000). **Feminism is for everybody: Passionate politics**. Cambridge: South End Press.
- Leland, D. (1992). Lacanian Psychoanalysis and French Feminism: Toward an Adequate Political Psychology. In Fraser, N. and Bartky, S.L. (Ed). **Revaluing French Feminism: Critical essays on difference, agency, and culture**. Bloomington, Indiana University Press: 113-135.
- Mahdavi, B., Fallahi-Khoshknab, M., Mohammadi, F., Hosseini, M.A., & Haghi, M.(2017). Effects of spiritual group therapy on caregiver strain in home caregivers of the elderly with alzheimer's disease. **Archives of Psychiatric Nursing**, 31(3), 269-73.
- Mitchell, J. (1974). **Psychoanalysis and Feminism**. New York, Penguin Books.
- O'Shea, L. (2020). Diet culture and Instagram: A Feminist exploration of perceptions and experiences among young women in the Midwest of Ireland. **Graduate Journal of Gender, Globalisation and Rights**, 1(1), 65-76.
- Wasilewska, M.B., Stinson, J.N., & Cameron, J.L. (2017). Web based health interventions for family caregivers of elderly individuals: A Scoping Review. **International Journal of Medical Informatics**, 103, 109-138.
- Winahyu, K.M., Hemchayat, M., & Charoensuk, S. (2015). Factors Affecting Quality of Life among Family Caregivers of Patients with Schizophrenia in Indonesia. **Journal of Health Research**, 29(Supplement1), 77-82.
- Wolf, N. (1990). **The beauty myth: how images of beauty are used against women**. London: Chatto & Windus.
- Rezende, G., Gomes, C.A., Rugno, F.C., Eva, G., Lima, N.K.C., De Carlo, M.M.R.P. (2017). Burden on family caregivers of the elderly in oncologic palliative care. **European Geriatric Medicine**, 8(4), 337-41.
- Rezende, T.C., Coimbra, A.M., Costallat, L.T., Coimbra, I.B. (2010). Factors of high impacts on the life of caregivers of disabled elderly. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, 51(1), 76-80.
- Ruf, AK. (2020). Representation of Motherhood in Game of Thrones. **Graduate Journal of Gender, Globalisation and Rights**, 1(1), 21-33.
- Tamdee, D., Tamdee, P., Greiner, C., Boonchiang, W., Okamoto, N., & Isowa, T. (2019). Conditions of caring for the elderly and family caregiver stress in Chiang Mai, Thailand. **Journal of Health Research**, 33(2), 138-150.
- Tao, H., & McRoy, S. (2015). Caring for and keeping the elderly in their homes. **Chinese Nursing Research**, 2(2-3), 31-4.