



ลักษณะจิตวิทยาและสังคมของผู้ที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ กรณีตั้งครรภ์แทน*

ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ พบ.**

บทคัดย่อ

การรับตั้งครรภ์แทนเป็นปรากฏการณ์ที่สร้างประเด็นโต้แย้งมากมายในช่วงกว่ายี่สิบปีที่ผ่านมา นอกจากนี้ในด้านจริยธรรมทางวิทยาศาสตร์การแพทย์แล้ว ยังมีผลต่อสังคมมนุษย์ในหลายด้าน โดยเฉพาะการต้องแยกนิยามความเป็นพ่อแม่ทางชีววิทยากับทางสังคมออกจากกัน การนำบุคคลที่สามคือหญิงผู้รับตั้งครรภ์เข้ามา มีส่วนในการสร้างครอบครัว ซึ่งชัดเจนว่าการรับบริจาคเพียงไข่หรือเชื้ออสุจิอย่างที่เคยเป็นมา การเลี้ยงดูเด็กที่เกิดมาจากกระบวนการนี้ว่าต่างจากการรับบุตรบุญธรรมที่มีมาแต่อดีตอย่างไร หรือการที่บุคคลกลุ่มพิเศษอย่างกลุ่มรักร่วมเพศว่า สมควรมีสิทธิเข้ามาใช้เทคโนโลยีนี้หรือไม่ มีความพยายามที่จะใช้กฎหมายเข้ามาช่วยลดความกำกวมของประเด็นเหล่านี้ลงในสังคมของหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทย บทความนี้ได้ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับลักษณะทางจิตใจและสังคมของผู้เกี่ยวข้องกับกระบวนการนี้เป็นหลัก โดยเอกสารเกือบทั้งหมดเป็นสิ่งที่รายงานในวารสารของต่างประเทศ เนื่องจากไม่พบเอกสารการศึกษาเรื่องนี้ในชาวไทย และได้เสนอความเห็นต่างๆ อันอาจเป็นประโยชน์ต่อการดูแลควบคุมการรับตั้งครรภ์แทนนี้ ให้เกิดผลดีและเหมาะสมกับทั้งผู้เข้าสู่กระบวนการและสังคมโดยรวมต่อไปในอนาคต

คำสำคัญ สุขภาพจิต การตั้งครรภ์แทน

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2550; 52(1); 60 - 85

* ได้รับทุนสนับสนุนจากมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ NHFB48003 มิถุนายน - กันยายน 2548

** ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กทม 10400



The Psychological and Social Aspects on Parties Involved in Surrogacy : Review of Articles*

*Pramote Sukanich, M.D.***

Abstract

Surrogacy has become one of the most controversial phenomenon caused by the progress of medical science during the past two decades. It is not only a medicoethical issue but it also affects the whole human society values and beliefs by redefining the biological and social parents, bringing the third person, surrogate mother, into the family development. How to properly raise the children from this process is another big question other than the right of gay or lesbian to use this medical progress to build their own “complete” family. Whether or not the effectiveness and the social acceptance of legal system to solve this dilemma is still unpredictable. This article has reviewed the reports on psychological and social aspects on all parties involved in the surrogacy process and although almost all of the reports were from Western journals and could not totally represent Thai views, the author hopes the review and some of the suggestions made in this article can be benefit to the those involved in surrogacy and the society as a whole in the future.

Keywords psychological aspect, social, surrogacy

J Psychiatr Assoc Thailand 2007; 52(1); 60 - 85

* Thai National Health Fund Grant NHFB48003 June-September 2005

** Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok 10400

บทนำ

ความพยายามในการมีบุตรของคู่สมรสที่ไม่อาจมีบุตรได้เองตามธรรมชาติมีมาตั้งแต่อดีตกาล อันเนื่องมาจากความเชื่อในทางศาสนาและวัฒนธรรมต่างๆ ที่ว่า การมีบุตรเป็นสิ่งที่พระเจ้าหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์มีประสงค์และประทานให้ มีจารึกใน Book of Genesis ตั้งแต่ยุคต้นคริสตศักราชว่า Sarai ภรรยาซึ่งไม่สามารถมีบุตรได้ ได้ให้ Abramสามีไปมีความสัมพันธ์กับ Hagar สาวใช้ในเรื่อง และมีการกำเนิดบุตรชื่อ Ishmael ซึ่งเชื่อได้ว่า การประพาศคล้ายเช่นนี้ ก็คงมีปรากฏในสังคมอื่นๆ เช่นกัน^{1,2}

จากกรณี Baby M ในสหรัฐอเมริกาเมื่อปี ค.ศ.1985 หรือ Baby Cotton ในประเทศสหราชอาณาจักรในปีเดียวกัน โดยในคดีแรก หญิงที่รับตั้งครรภ์แทนได้มอบเด็กให้คู่สามีที่สัญญาไว้ เมื่อแรกคลอด และได้ขอเด็กกลับไปเลี้ยงเอง 3 วัน หลังคลอด แต่ศาลได้ตัดสินในอีก 3 เดือนต่อมาให้หญิงผู้นั้นคืนเด็กแก่คู่สัญญาไป ส่วนในคดีหลังของ Baby Cotton นั้น หน่วยงาน Social Services ได้เข้ามาแก้ปัญหาให้คู่สัญญาได้เป็นพ่อแม่ใหม่ของเด็กไปใน 5 วันหลังคลอด² แต่ในความรู้สึกของคนที่ทั่วไป ข้อตัดสินทางกฎหมายนั้น ยังไม่อาจทำให้เกิดการยอมรับเป็นมาตรฐานแก่สังคมได้ และยังมีกรถกเถียงจากแนวคิดต่างๆ มากมาย

นิยามคำศัพท์

infertility หมายถึง การที่คู่สมรสไม่มีการตั้งครรภ์หลังจากมีเพศสัมพันธ์กันสม่ำเสมอ นาน 12 เดือน³

การตั้งครรภ์แทน (surrogacy) ตามร่างพระราชบัญญัติการตั้งครรภ์โดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. ... การตั้งครรภ์แทนหมายถึง⁴ การตั้งครรภ์โดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ โดยหญิงผู้ตั้งครรภ์มีเจตนาหรือข้อตกลงไว้ก่อนตั้งครรภ์ที่จะให้ทารกในครรภ์นั้นเป็นบุตรหรืออยู่ในอำนาจปกครองของผู้อื่น

traditional surrogacy หมายถึง การตั้งครรภ์แทนโดยหญิงผู้รับตั้งครรภ์ (surrogate mother, SM) จะตั้งครรภ์โดยมีปฏิสนธิระหว่างไข่ของตนเองผสมเทียมกับเชื้ออสุจิของฝ่ายสามีของคู่ที่ตกลงกันไว้ (artificial insemination) ในกรณีนี้ SM กับเด็กจะมีพันธุกรรมเกี่ยวข้องกันบางส่วน²

gestational surrogacy หมายถึง การตั้งครรภ์แทนโดยหญิงผู้รับตั้งครรภ์จะตั้งครรภ์โดยการรับตัวอ่อนที่เกิดจากการปฏิสนธิในห้องทดลองระหว่าง ไข่และอสุจิของคู่ที่ตกลงกัน ในกรณีนี้ SM จะเป็นเพียงผู้ตั้งครรภ์โดยไม่มีพันธุกรรมเกี่ยวข้องกันกับเด็กเลย²

intended/social or commissioning couples (CC) หมายถึง คู่สมรสที่มีความตั้งใจจะเป็นบิดามารดาและเป็นผู้ติดต่อสัญญาให้เกิดการตั้งครรภ์แทนและรับเด็กทารกที่เกิดจาก SM ไว้เป็นบุตรของตน

in vitro fertilization (IVF) คือการปฏิสนธิในห้องทดลอง ได้ตัวอ่อนคือ embryo แล้วนำไปฝังเจริญในมดลูกของหญิงที่ต้องการตั้งครรภ์

ประเด็นในแง่จิตสังคมที่เกิดขึ้นจาก surrogacy

ตั้งแต่กำเนิดของ Louise Brown เด็กหลอดแก้วรายแรกของโลกที่อังกฤษเมื่อปี 1978 ขบวนการช่วยการเจริญพันธุ์ได้ก้าวหน้าอย่างมาก จนแนวคิดของสังคมวัฒนธรรมไม่อาจหลอมรวมได้ทัน เกิดข้อถกเถียงในแง่ต่างๆ เช่น

1 การช่วยให้ตั้งครรภ์ไม่ว่าวิธีใดถูกมองได้ว่า อาจนำไปใช้ให้มีการคัดเลือกชาติพันธุ์มนุษย์อย่างผิดธรรมชาติ มีการเลือกเพศ หรืออาจมีการนำตัวอ่อนไปใช้ในเชิงวิทยาศาสตร์ หรือเชิงพาณิชย์ ลักษณะของเทคโนโลยีการช่วยเจริญพันธุ์เอง ทำให้การมีลูกของมนุษย์เป็นเรื่องทางชีววิทยา ไม่ได้มาจากพฤติกรรม อารมณ์ และความรู้สึกจากเพศสัมพันธ์อีกต่อไป

2 surrogacy ทำให้ความคิดหลายอย่างเกี่ยวกับการมีลูกกับครอบครัวแตกแยกซับซ้อนยิ่งกว่าแนวคิดเดิม surrogacy ทำให้มนุษย์เห็นว่าเป็นแม่แม่กับการตั้งครรภ์เด็ก ไม่ใช่เป็นเรื่องเดียวกัน เด็กที่รับมาเลี้ยงอาจมีพันธุกรรมที่เกี่ยวข้องกับคู่สามีภรรยา นั้น (ซับซ้อนไปกว่าการรับบุตรบุญธรรมเดิม ซึ่งประเด็นด้านพันธุกรรมไม่มีบทบาทอีกต่อไป) และ surrogacy ได้นำบุคคล ที่สามเข้ามา มีบทบาทที่สำคัญกับครอบครัวใหม่⁵⁻⁶

3 แม้กระบวนการ surrogacy จะดูเหมือนไม่มีความขัดแย้งกับจริยธรรมทางการแพทย์ที่ยึดหลักความยุติธรรม (justice) เคารพในความเป็นบุคคล (autonomy) หน้าที่ที่จะก่อคุณประโยชน์ (duty to do good) และหลีกเลี่ยงการทำให้เกิดผลร้าย (nonmaleficence) ก็ตาม ถึงกระนั้น แนวคิดนี้ก็ยังคงต้องถูกถ่วงด้วยสมดุลระหว่างจริยธรรม

ระดับย่อยรายบุคคลกับจริยธรรมระดับสังคมด้วย เนื่องจากวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ไม่อาจแยกตัวอยู่โดดเดี่ยวโดยไม่เคารพกับแนวคิดทางศีลธรรม ศาสนา ปรัชญา หรือหลักการทางสังคมที่จะเป็นเครื่องสะท้อนบอกผู้สร้างเทคโนโลยีอีกครั้งว่า เทคโนโลยีเหล่านั้นสร้างคามยุติธรรมก่อประโยชน์ โดยไม่สร้างผลร้ายต่อสังคมที่เหนือไปกว่าการเป็นประโยชน์ต่อบุคคลหรือไม่เพียงใด

4 ค่าใช้จ่ายสำหรับเทคโนโลยีนี้ รวมถึงกระบวนการสรรหา และจ่ายค่าตอบแทนแก่ SM ที่สูงมากทำให้มองได้ว่า ช่องว่างระหว่างคนรวยกับคนจนได้ห่างขึ้นอีกในอีกหนึ่งมิติ⁷

ดังได้กล่าวแล้วว่า แม้กระบวนการของการรับตั้งครรภ์แทนจะมีมานานกว่ายี่สิบปี แต่การศึกษาลักษณะต่างๆทางจิตวิทยาและสังคมวิทยาของหญิงที่รับตั้งครรภ์แทนยังมีน้อยมาก เนื่องจากประเทศที่มีการใช้กระบวนการนี้บ่อยๆ อย่างในสหรัฐอเมริกา หรือยุโรป มิได้มีกฎหมายบังคับให้มีการติดตามรายงาน หรือศึกษาข้อมูลของหญิงเหล่านี้ คู่สมรสที่ตกลงกันได้ และเด็กที่เกิดมาอย่างเป็นทางการ เมื่อปี ค.ศ. 2003 มีกฎหมายออกมาในสหรัฐอเมริกา ที่บังคับให้มีการรายงานการทำ surrogacy แก่รัฐทุกราย ซึ่งแตกต่างและล่าช้ากว่าการใช้บังคับกับการช่วยการเจริญพันธุ์วิธีอื่น เช่น IVF ซึ่งมีการบังคับทางกฎหมายให้มีการบันทึกทางสถิติมาตั้งแต่ปี 1992 แล้ว¹

การทบทวนเอกสารฉบับนี้ ได้พยายามจำกัดการรวบรวมในเรื่องที่เกี่ยวข้องทางจิตวิทยาและสังคมเป็นหลัก และนำเสนอผลการทบทวนเอกสารในเรื่องหลักๆ ที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

- 1 สถานการณ์การเจริญพันธุ์ทั่วไปในโลก
- 2 ความเห็นของศาสนาต่างๆ
- 3 สภาพทางจิตใจของผู้สมรสที่ไม่อาจมีบุตรได้เองตามธรรมชาติ
- 4 ลักษณะทั่วไปทางสังคมของทั้ง SM และ CC
- 5 เหตุจูงใจที่ SM รับตั้งครรภ์ให้คู่สามีภรรยาอื่น
- 6 SM มีความผูกพันกับเด็กที่ตนตั้งครรภ์จนคลอดเหมือนมารดาที่ตั้งครรภ์ธรรมชาติหรือไม่
- 7 SM มีความรู้สึกหรือคิดอย่างไรเมื่อต้องสละเด็กที่คลอด (relinquishing the child) ให้คู่สมรสที่ตกลงกันได้ (CC) และหลังจากนั้น SM ได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจ เกิดโรคทางจิตเวชขึ้นหรือไม่
- 8 ความสัมพันธ์ระหว่าง SM และ CC ตลอดกระบวนการมีลักษณะอย่างไร มีผลอย่างไรต่อสภาพจิตใจของทั้งสองฝ่าย
- 9 ความสัมพันธ์ของ SM กับสามีหรือลูกของ SM ที่เกิดมาก่อนเป็นอย่างไร และครอบครัวของ SM คิดอย่างไรกับการทำ surrogacy นี้
- 10 กลุ่มบุคคลพิเศษที่ต้องการมาใช้เทคโนโลยีนี้ โดยเฉพาะกลุ่มรักร่วมเพศ
- 11 หลักการให้คำปรึกษาแก่ผู้เข้าสู่กระบวนการ surrogacy ทั้งผู้ให้คำปรึกษา แพทย์ และองค์กรที่จัดให้มีบริการนี้

ผลการศึกษา

สถานการณ์การเจริญพันธุ์ในโลก

ถึงแม้ว่า โลกจะมีประชากรครบ 6 พันล้านคนไปแล้ว ตั้งแต่ปี 1999 ก็ตาม แต่การรณรงค์การคุมกำเนิดในโลกในช่วงครึ่งหลังของศตวรรษที่ผ่านมาอย่างแพร่หลายและได้ผล ทำให้โลกมีจำนวนประชากรไม่มากเท่ากับที่เคยประมาณกันไว้เมื่อต้นศตวรรษ จากสถิติการวางแผนครอบครัวได้ทำให้จำนวนบุตรต่อคู่สมรสหนึ่งคู่ ลดลงจากจำนวนบุตรประมาณ 6 คน ลงมาเหลือ ประมาณเฉลี่ยต่ำกว่า 1.4 คนต่อหนึ่งคู่สมรส ในปี ค.ศ.1995 ประเทศในยุโรปส่วนใหญ่ (เช่น 1.17 ในสเปน 1.81 ในฟินแลนด์ 1.61 ในโปแลนด์ 1.34 ในรัสเซีย)³ เหตุหนึ่งที่ทำให้มีการยอมรับการคุมกำเนิดในสังคมของประเทศเหล่านั้นได้ในเวลาอันสั้น คือ การที่สังคมเปลี่ยนแปลง จากสังคมเกษตรกรรมที่ต้องพึ่งแรงงานของลูกหลานอย่างมาก มาเป็นสังคมเมืองและอุตสาหกรรม มนุษย์ใช้เวลาอยู่ในระบบการศึกษายาวนานเกือบหนึ่งในสามของอายุขัย เริ่มชีวิตแต่งงานที่อายุ 26 ถึง 29 ปี (เป็นอายุเฉลี่ยในอิตาลีและประเทศแถบสแกนดิเนเวีย) ซึ่งล่าช้ากว่าเมื่อศตวรรษที่ 18-19 และยังคงรออีกหลายปีหลังอยู่กินกันกว่าจะเริ่มมีบุตร ด้วยความเชื่อที่ว่า คู่สมรสควรมีทรัพย์สินผ่านระดับมาตรฐานหนึ่งก่อน (เช่น มีบ้าน มีรถของตนเอง มีเงินพอส่งลูกเรียนก่อน) จึงควรมีลูกได้ แต่ในตลาดแรงงาน รายได้ของคนหนุ่มสาวทั่วไปกลับต่ำกว่ามาตรฐาน ทำให้ยิ่งต้องประวิงเวลาการเริ่มมีบุตรออกไปอีก ส่วนฝ่ายหญิงเองถึงแม้ว่า จะอยากมีบุตร แต่ก็ยังต้องการรายได้เพิ่ม ในสหรัฐอเมริกาพบว่า ตั้งแต่ทศวรรษที่ 1980³ เป็นต้นมา ซึ่งรายได้ของสตรีดีขึ้น

แต่อัตราการมีบุตรกลับลดต่ำลงอย่างเป็นสัดส่วนกัน มีบางคู่สมรสที่เห็นพ้องกันว่า การไม่มีบุตรกลับช่วยให้ตนใช้ชีวิตได้อย่างกังวลกับอนาคตน้อยกว่า มีคู่สมรสอีกจำนวนหนึ่งซึ่งเมื่อระดับเศรษฐกิจฐานะของเขาผ่านจุดที่ต้องการมาแล้ว แต่ไม่สามารถมีบุตรได้เอง ด้วยเหตุต่างๆ จึงก้าวเข้ามาขอรับบริการเพื่อช่วยการมีบุตร ซึ่งในแง่หนึ่งอาจมองได้ว่า สวนกับกระแสส่วนใหญ่ของโลกที่ต้องการลดอัตราการเพิ่มของจำนวนประชากรลง (ในประเทศจีน อนุญาตให้มี gestational surrogacy ตั้งแต่ สิงหาคม ค.ศ.2001 แต่อาจด้วยเหตุผลทางจริยธรรมมากกว่า การควบคุมจำนวนประชากรแต่เพียงอย่างเดียว)⁸

จากรายงานของ American Society for Reproductive Medicine 2002 แจ้งว่า ระหว่างปี ค.ศ.1985 ถึง 1999 มีเด็กที่เกิดจาก IVF ในประเทศถึง 129,000 ราย ในจำนวนนี้ ระหว่างปี ค.ศ.1991 ถึง 1999 มีการคลอดจาก IVF Surrogacy ประมาณ 1600 ราย ซึ่งเชื่อได้ว่า เป็นตัวเลขที่ต่ำกว่าความจริงมาก เนื่องจาก จากการรายงานสถิติแบบสมัครใจ เพราะกฎหมายที่บังคับให้มีการรายงานสถิติของการทำ surrogacy นั้นเพิ่งใช้บังคับเมื่อปี ค.ศ.2003 และเป็นความต้องการของบุคคลทั่วไป อยู่แล้วที่มักมีความประสงค์ให้กระบวนการ surrogacy ทั้งหมดของตนเป็นความลับ

แนวคิดจากศาสนา⁹⁻¹⁰

ศาสนาคริสต์¹¹

Jewish Law โดยหลักการที่เน้นความเป็นเอกภาพของครอบครัวมาแต่ดั้งเดิมแล้ว ดังนั้นการใช้เชื้ออสุจิหรือไข่จากผู้บริจาค ซึ่งเป็นบุคคลนอกครอบครัว ได้รับการคัดค้านจากนักบวชที่

เคร่งครัด โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้บริจาคมิใช่ชาววิทยาศาสตร์ไม่ห้ามการทำ surrogacy แต่บุตรที่เกิดต้องถือเป็นบุตรของชายเจ้าของเชื้ออสุจิ และ surrogate mother ต้องเป็นศาสนาเดียวกับคู่สมรสที่สัญญากัน นอกจากนี้ กฎหมายอิสราเอลกำหนดให้การทำ surrogacy ต้องได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการหลายสาขาอาชีพ จำนวน 7 คนก่อน

Roman Catholic Church สำนักวาติกัน มีความเห็นชัดเจนว่าคัดค้านเทคโนโลยีการช่วยเจริญพันธุ์ทุกแบบมาตั้งแต่ปี 1956 โดยสันตะปาปาปิอุส ที่ 12 (Pope Pius XII) โดยถือว่าเป็นการไม่ให้เกียรติต่อความเป็นมนุษย์ เด็กที่เกิดมาจะปราศจากจิตวิญญาณเพราะไม่ได้กำเนิดมาจากการร่วมเพศด้วยความรักของสามีภรรยา

Protestantism, Baptist, Mormon, Presbyterian, Jehovah's Witness และ Anglican Church ค่อนข้างให้อิสระแก่ผู้นับถือในเรื่องนี้

ศาสนาอิสลาม¹¹

สนับสนุนให้มีบุตรหลาน มากๆ (แต่ไม่อนุญาตต่อการรับบุตรบุญธรรม) ดังนั้นการรักษาตัวให้มีบุตรได้จึงไม่เพียงแต่เป็นข้ออนุญาต แต่ถือเป็นหน้าที่พึงปฏิบัติ เว้นแต่การใช้เชื้ออสุจิของสามีที่เสียชีวิตแล้วหรือของผู้บริจาค

อย่างไรก็ตาม แม้ในซาอุดีอาระเบียจะเคยอนุญาตให้มีการทำ surrogacy ในระหว่างเหล่าภรรยาของสามีเดียวกัน แต่ในการประชุมสภาอิสลาม ที่นครเมกกะ ในปี ค.ศ.1985 ได้มีความเห็นให้เพิกถอนคำอนุญาตการทำ surrogacy สำหรับชาวอิสลามออกแล้ว

ศาสนาพุทธ

ไม่มีการกล่าวถึงความเห็นของศาสนาต่อเรื่องนี้ในภาพรวมโดยตรง ยังคงให้เป็นตามวิจารณ์ญาณของผู้ต้องการมีบุตรเอง ว่าเป็นเจตนาบริสุทธิ์ที่ต้องการมีและเลี้ยงดูบุตร หรือเป็นความอยากช่วยเหลือผู้อื่นให้พ้นทุกข์ มีสุข ของหญิงผู้รับตั้งครรภ์หรือไม่

สภาพทางจิตใจของคู่สมรสที่ไม่มีบุตร

แทบทุกวัฒนธรรมในโลกเชื่อว่า การมีบุตรเป็นสิ่งที่น่ายินดีนำความสุขมาแก่ครอบครัว การมีบุตรมาก เคยได้รับการยอมรับว่า เป็นเรื่องจำเป็น เนื่องจากครอบครัวต้องการกำลังแรงงานมาช่วย และอาจนำความรู้เรื่องมาสู่ครอบครัวนั้นๆ ในทางชีววิทยาถือว่า การมีลูกเพื่อการสืบต่อพันธุ์ เป็นลักษณะสำคัญอย่างหนึ่งของสิ่งมีชีวิต เช่นเดียวกับการหายใจ กินอาหาร หรือเติบโต ในทางสังคมวิทยาอาจหมายถึงไปถึงการสืบวงศ์ตระกูล อันเป็นเรื่องสำคัญมากในครอบครัวที่มีอำนาจทางสังคมสูง แม้ในปัจจุบันที่ลักษณะทางเศรษฐกิจที่รัดตัว สังคมมีปัญหามากมายจนมีคู่สมรสหลายคู่ “ไม่มั่นใจที่จะเลี้ยงดูลูกให้ดีในสภาพแบบนี้ได้” และได้ยกเลิกความคิดที่จะมีบุตร แต่ก็ยังมีอีกหลายคู่สมรสที่ต้องการจะมีบุตร และทำทุกอย่างตามความเชื่อไม่ว่าการบนบานศาลกล่าว การหาอาหารบำรุง การไปขอลูกขอญาติๆ มาดูแล การรับบุตรบุญธรรม หรือการเข้าฟังวิทยาศาสตร์การแพทย์

การไม่สามารถมีบุตรเองได้จึงมีความหมายหลายอย่างต่อจิตใจของคู่สมรส¹² หลายคนอาจมองตัวเองหรือถูกมองจากคนรอบข้างว่า ครอบครัว

ยังไม่สมบูรณ์ ไม่มีความสามารถ ไม่มีความพยายามเพียงพอ ไม่ใช่เป็นชายจริงหญิงแท้ ทำให้สูญเสียความภูมิใจในตนเอง จนอาจหมดความสุขจากชีวิตคู่ โดยเฉพาะหากแนวคิดของสังคมมีการส่งเสริมให้มีบุตรมากๆ ผู้ไม่สามารถมีบุตรได้เองมักหมดความเชื่อมั่นว่าตนสามารถ “ควบคุม หรือสร้างร่างกายของตนเอง” ให้เป็นอย่างที่ต้องการได้ อาจมีปัญหาเกิดขึ้นในครอบครัวหรือคู่สมรส เกิดความรู้สึกน้อยหน้าคู่สมรสอื่นที่มีลูก นอกจากนี้ในหลายสังคมย่อย ยังถือว่า ลูกจะเป็นที่พึ่งแก่พ่อแม่ในยามชรา ช่วยเลี้ยงดูส่งเสียหรือปรนนิบัติเมื่อป่วยไข้ ดังนั้นการไม่มีลูก ก็จะทำให้สามภรรยาคนนั้น มีความรู้สึกมั่นคงต่ออนาคตลดลง²

หากคู่สมรสฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดถูกมองหรือได้รับการตรวจว่าเป็นหมัน ไม่สามารถมีลูกได้ ฝ่ายนั้นอาจรู้สึกว่าร่างกายของตนไม่แข็งแรงสมบูรณ์ (ผู้หญิงไทยหลายคนอาจกล่าวว่า “มดลูกของตนไม่ดี ไม่ค่อยแข็งแรง”) รู้สึกผิด กัดค้น ความสัมพันธ์ระหว่างคู่อาจห่างเหิน ในบางวัฒนธรรมสังคมอาจมีการ “สนับสนุน” ให้ฝ่ายชายไปมีคู่อื่นโดยหวังว่าจะมีลูกได้ดังปรารถนา

มีงานวิจัยในหลายประเทศที่สำรวจอุบัติการณ์ของโรคจิตกังวลและซึมเศร้าในคู่สมรสที่ไม่สามารถมีบุตรได้เอง และมารับบริการที่คลินิกช่วยการเจริญพันธุ์ ปรากฏผลได้แก่ ในไต้หวัน¹³ พบว่า ร้อยละ 40.2 ของกลุ่มตัวอย่าง 112 คู่ มีอาการของโรคทางจิตเวชโดยแบ่งเป็นโรคจิตกังวลทั่วไป ร้อยละ 23.2 โรคซึมเศร้า ร้อยละ 17 แต่การศึกษานี้ ไม่มีกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้มาที่คลินิกเปรียบเทียบ ส่วนการศึกษาในอิตาลีซึ่งมีกลุ่มที่คู่มีบุตรเป็นกลุ่มควบคุม¹⁴ พบว่า สตรีที่ไม่มีบุตร

มีคะแนนของความซึมเศร้า กังวล และ โกรธ สูงกว่าสตรีที่มีบุตร ในสเปน¹⁵ พบว่า ร้อยละ 69.6 ของผู้รับบริการในคลินิกช่วยเจริญพันธุ์อยู่ในภาวะการปรับตัวผิดปกติ โดยสัมพันธ์กับเพศสตรี จำนวนความล้มเหลวหลายครั้งของการรักษาที่ผ่านมาและความยาวนาน ของการรอมีบุตรส่วนในญี่ปุ่นพบว่า¹⁶ หญิงที่ไม่มีบุตรมีความเครียดสูงกว่าหญิงที่กำลังตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญ ในทงงานวิจัยรวมทั้งจากแอฟริกาใต้ได้แนะนำให้จัดบริการให้คำปรึกษาทางสภาพจิตใจกับผู้มาที่คลินิกช่วยการเจริญพันธุ์และกล่าวถึงผลดีของการได้ให้บริการนี้ไว้ทั้งสิ้น¹⁷

ลักษณะทางสังคมโดยทั่วไปของ SM

ในแต่ละประเทศมีกฎหมายควบคุมการเข้ามาเป็น SM แตกต่างกัน สหรัฐอเมริกามีการควบคุมอย่าง “หลวมๆ” มีตัวแทน agency ทั้งที่ต้องการผลประโยชน์และไม่ต้องการผลประโยชน์ เหมือนนายหน้าจัดหา SM ให้กับ CC ส่วนในอังกฤษ ตาม Surrogacy Arrangement Act 1985 ให้ CC เป็นผู้หา SM มาเอง โดยห้ามการหาผลประโยชน์ทางการค้าจาก surrogacy แต่มิได้ห้ามการจ่ายค่าตอบแทนต่อ SM^{11,18} Baslington (2002)¹⁸ พบ SM 15 ใน 19 รายของ SM มีบุตรมาแล้ว 1 ถึง 2 คน ยิ่งไปกว่านั้น มีถึง 14 รายเคยเป็น SM มาแล้ว Ciccarelli (1997)¹⁹ รายงานว่า SM 14 คนในการศึกษาของเขามีอายุระหว่าง 20 ถึง 30 ปี และมักมีบุตรของตนเองมาแล้วอย่างน้อย 1 คน เช่นเดียวกับ ส่วน Jadva (2003)²⁰ รายงานว่า SM 5 ใน 34 รายเคยเป็น SM มาแล้ว 1 ถึง 3 ครรภ์ และ SM 7 ใน 34 รายรู้จักกับ CC มาก่อน ซึ่งผู้วิจัยอภิปรายว่า อาจเป็นผลจากวิธีการสรรหาคนที่จะมาเป็น SM

จาก agency ที่มีความเชื่อว่า หญิงที่เคยมีบุตรมาแล้ว น่าจะเกิดปัญหาทั้งทางร่างกายและจิตใจในระหว่างการตั้งครรภ์น้อยกว่าหญิงที่ไม่เคยมีประวัติการตั้งครรภ์มาก่อนเลย ทั้งยังอาจไม่ต้องการที่จะเก็บเด็กที่คลอดไว้เองมากเท่าผู้ที่ยังไม่เคยมีลูกของตนเอง

ข้อเคลือบแคลงที่สุดของสังคมอย่างหนึ่งคือ SM อาจถูกชักจูงมาจากหญิงที่มาจากสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่ต่ำกว่า CC หรือเป็นชนกลุ่มน้อย แต่จากการศึกษาของ Ciccarelli (1997)¹⁹ พบว่า SM มักเป็นหญิงผิวขาว มีรายได้ประจําปานกลางถึงดี ทำงานอยู่ในระดับดี แต่ก็อาจเป็นผลจากการคัดกรองของ agency ที่จัดหา SM ก็ได้เช่นกัน

เหตุจูงใจในการมาเป็น SM

เป็นที่ทราบกันดีว่า ค่าใช้จ่ายเฉพาะทางการแพทย์ในการใช้เทคโนโลยีการช่วยมีบุตรนั้นสูงมาก ในสหรัฐอเมริกา ค่าใช้จ่ายในการทำ IVF และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทั้งหมดประมาณ 25,000 ถึง 100,000 ดอลลาร์ การทำ surrogacy ยิ่งต้องมีค่าใช้จ่ายสูงชันกว่านั้น (ในอังกฤษปี ค.ศ.1992 มีแนวทางการจ่ายค่าตอบแทนแก่ SM ว่าควรอยู่ระหว่าง 6,500 ถึง 10,000 ปอนด์ หรือในสหรัฐอเมริกา จะอยู่ประมาณ 10,000 - 20,000 ดอลลาร์) ทำให้เข้าใจได้ว่า เหตุจูงใจของการที่ SM มาเข้ากระบวนการนี้คือแรงจูงใจทางการเงินเป็นหลัก และยังเป็นข้อใจมตีได้ว่า จะมีการตั้งครรภ์เพื่อ “ขายลูก” เป็นอาชีพต่อไปในอนาคต หากปล่อยให้มีการทำ surrogacy อย่างขาดการดูแลควบคุมที่ดี อย่างไรก็ตาม เคยมีการสำรวจในประเทศแคนาดา และอังกฤษ เมื่อปี ค.ศ.1994 พบว่า มีนักศึกษาใน

มหาวิทยาลัยเพียงร้อยละ 10 ถึง 25 เท่านั้นที่ยอมรับกับการใช้เงิน “จ้าง” คนให้มาตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นอัตราการยอมรับได้ต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับการยอมรับการทำ IVF, embryo transplant และ artificial insemination (AI) แม้ในกลุ่มหญิงที่ไม่อาจตั้งครรภ์ได้เองก็ตาม จะมอง surrogacy ว่าเป็นวิธีที่ “ไม่เอายากรับ แต่ก็กลายเป็นทางเลือกจำเป็น (unwelcome but necessary option)”²¹

จากรายงานของ Blyth (1994)²², Edelman (2004)² ว่า แรงจูงใจหลักของการมาเป็น SM คือ ความต้องการเสียสละ (altruistic concerns) มีความเห็นใจอยากช่วยเหลือคู่สมรสที่ไม่อาจมีบุตรได้ อยากเห็นคู่นั้นมีความสุขกับการได้เป็น “พ่อแม่คน” บางรายบอกว่า ช่วยให้ SM เองได้เสริมความรู้สึกดี ๆ กับตัวเอง หรือได้ทำสิ่งที่เป็นประโยชน์ มีเพียงการศึกษาของ Baslington (2002)¹⁸ เท่านั้นที่ SM ร้อยละ 40 บอกว่าเงินเป็นแรงจูงใจหลัก แต่ไม่ใช่แรงจูงใจเดียวที่มี

จากรายงานของ Jadva (2003)²⁰ SM ร้อยละ 68 ทราบเรื่องการเป็น SM จากสื่อต่างๆ อีกร้อยละ 15 ได้รับคำแนะนำจากเพื่อน หรือสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว ส่วนในแง่ของแรงจูงใจนั้น SM 31 จาก 34 รายแจ้งว่า ต้องการมาเป็น SM เพราะอยากช่วยคู่ที่ไม่อาจมีบุตร 5 รายบอกว่ามีความสุขกับการได้ตั้งครรภ์ 2 รายแจ้งว่า ทำให้ตนเองรู้สึกดีกับตัวเอง และมีเพียง 1 รายที่บอกว่า ต้องการเงิน อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ Baslington¹⁸ ที่ใช้วิธีสัมภาษณ์กับ SM โดยตรงนั้น (อันอาจทำให้ได้ข้อมูลเรื่องความรู้สึกในรายละเอียดมากกว่า การใช้แบบสำรวจให้ผู้ตอบตอบเลือกตามตัวเลือก) SM หลายคนยอมรับว่า เมื่อแรกสมัครมาเป็น SM นั้น ไม่เคยมองว่าเงินสำคัญ จะไม่

เรียกร้องเงินเลย แต่เมื่อได้รับเงินจาก CC ซึ่งมักเป็นจำนวนสูงเข้าจริงๆ ก็ทำให้มีความรู้สึกดีที่ได้รับ และง่ายขึ้นที่จะรับเป็น SM อีกในครั้งต่อไป อีกหลายการศึกษาบอกว่า SM มีความสุขกับการได้ตั้งครรภ์ บางรายเคยแท้งบุตร หรือเคยยกลูกให้คนอื่นเป็นบุตรบุญธรรม Parker (1983) รายงานว่ามีร้อยละ 26 ที่เคยทำแท้ง ร้อยละ 9 เคยยกบุตรบุญธรรม แต่อัตราการเกิดทั้งสองปัจจัยนี้ ไม่ต่างจากประชากรทั่วไป บางการศึกษาพบว่า SM มักมีบุคลิกภาพโดยทั่วไปไม่ต่างจากมารดาที่ตั้งครรภ์ปกติ แต่อาจเป็นคนที่มีความคิดเป็นอิสระจากความคิดทางสังคมทั่วไป ยึดหยุ่นกับแนวคิดทางศีลธรรมที่ยึดกันในสังคม บางรายอาจอยากเป็นคน “แตกต่าง” จากผู้หญิงคนอื่น

ลักษณะทั่วไปของ CC และแรงจูงใจในการเลือกทำ surrogacy

Blyth (1995)²² ศึกษาคู่ CC 20 คู่ที่มาจาก self-help group ในประเทศอังกฤษ พบว่า ส่วนใหญ่จะเลือกทำ traditional surrogacy โดยภรรยา มักจะเป็นผู้ริเริ่มความคิดก่อน แล้วจึงไปขอความเห็นจากสามี และมักรู้สึกอายที่จะต้องไปค้นหาคัดเลือกหญิงที่จะมาเป็น SM และยังคงเล่าเรื่องของตนให้ SM ฟังเพื่อให้ SM พิจารณาว่า อยากจะมาตั้งครรภ์ให้ตนหรือไม่ด้วย ทำให้บางคู่มีความรู้สึกอึดอัดที่จะต้องพบ SM เรื่อยๆ ในระหว่างตั้งครรภ์ โดยเฉพาะฝ่ายสามีที่รู้สึกขัดแย้งในตนเองว่า ทำให้หญิงที่ไม่ใช่ภรรยาตั้งครรภ์ จึงวางตัวไม่ถูก van den Akker (2000)²⁴ สัมภาษณ์หญิง 28 รายที่มาปรึกษาการมีบุตรยากและเลือกจะเข้าสู่กระบวนการของ surrogacy ที่คลินิก 2 แห่งในลอนดอน พบว่า ร้อยละ 52 ที่เลือก surrogacy เนื่องจากไม่มีทาง

มีบุตรด้วยวิธีอื่นแล้ว เช่น ไม่มีมดลูก แต่ไม่เลือก การรับบุตรบุญธรรมเพราะต้องการมีลูกที่มีพันธุกรรม เกี่ยวข้องกัน ส่วนอีกร้อยละ 14 ล้มเหลวในการทำ IVF มาแล้ว ร้อยละ 7 ล้มเหลวในการขอรับบุตร บุญธรรม ยิ่งไปกว่านั้น ร้อยละ 59 ที่เคยผ่านการ ทำ surrogacy มาแล้วบอกว่า การเจรจาตกลง กับ SM เป็นเรื่องยุ่งยาก ร้อยละ 23 กล่าวว่า SM อาจไม่มอบลูกให้ตนเมื่อคลอด จะเห็นได้ว่า surrogacy ไม่ใช่ตัวเลือกลำดับต้นๆ ของคู่สมรส ทั่วไปที่ประสบปัญหาแต่อย่างใด Ragone (1996)²³ รายงานว่า เหตุผลหลักที่ CC เลือกการทำ surrogacy มากกว่าการรับบุตรบุญธรรมคือ ต้องการมีบุตรที่มี พันธุกรรมเกี่ยวข้องกับตน ทั้งคู่ CC มักรู้สึกอึดอัด ในช่วงแรกๆ ของการตัดสินใจ มักพยายามหาเหตุผล มาบอกตัวเองที่ได้เลือกกระบวนการนี้ ที่อาจค้าน กับความคิดของสังคมอยู่ โดยคิดว่า

1 ผู้ชายไม่มีบทบาทตั้งครรภ์ (เปลี่ยน จากการมีลูก) ดังนั้น ผู้หญิงคนไหนก็ไม่ต่างกันว่า จะตั้งครรภ์มีบุตรให้เขาจากเชื้อของเขา (เน้นความ เป็นพ่อทางชีววิทยาเหนือแนวคิดทางครอบครัว ตามสังคมเดิม)

2 การเลือกแบบนี้ทำให้ตนได้ลูกที่เป็น ลูกทางกรรมพันธุ์ของตนจริงๆ

3 สำหรับผู้หญิง บทบาทในการปฏิสนธิ การตั้งครรภ์และคลอด ของเด็กไม่ว่าจะเกิดใน ร่างกายของใครไม่สำคัญเท่า “ความตั้งใจและ ประสงค์เริ่มต้น” ของฝ่ายภรรยาของ CC ที่อยาก มีลูก (ความสำคัญในความเป็นแม่ในทางชีววิทยา ลดลง) การใกล้ชิดกับ SM ในระหว่างตั้งครรภ์และ การคลอด สามารถชดเชยความรู้สึกเป็นแม่ที่ไม่ได้ ตั้งครรภ์เองได้

ความคิดเหล่านี้ของทั้ง SM และ CC มักได้รับอิทธิพลมาจาก self-help group ที่จัดขึ้น โดย agency Klienepeter (2002)²⁵ พบว่า CC มักมี รายได้ดีมากกว่า 80,000 ดอลลาร์ต่อปี และให้ เหตุผลในการเลือกทำ surrogacy เช่นเดียวกับการ ศึกษาคือ ต้องการมีลูกที่มีพันธุกรรมของตน เกือบทั้งหมดพอใจกับความสัมพันธ์ที่มีกับ SM เว้นแต่บางครั้งที่จะไม่พอใจหากเห็นว่า SM ไม่ ดูแลสุขภาพครรภ์เท่าที่ควร Hughes (1990) ศึกษา เปรียบเทียบลักษณะของคู่สมรสที่เลือกรับ บุตรบุญธรรม (42 ราย) กับคู่ที่เลือกทำ surrogacy (53 ราย) และมีกลุ่มควบคุม 20 ราย พบว่าทั้งหมด มีระดับ self-esteem การศึกษาไม่ต่างกัน แต่คู่ที่ เลือกsurrogacy มักมีอายุและรายได้มากกว่า และมีโอกาสเป็น Catholic มากกว่า¹

โดยสรุป ไม่พบความแตกต่างของสภาพ ทางจิตในคู่ที่เลือกทำ surrogacy เพียงแต่จะมีอายุ และรายได้สูงกว่าคนทั่วไป ซึ่งทำให้เชื่อได้ว่า คนที่ มีฐานะการเงินที่ดีเท่านั้นที่สามารถเลือกเข้ารับ บริการชนิดนี้ได้

ปฏิภิกิริยาของครอบครัวและเพื่อนของ SM

รายงานของ Ciccarelli (1997)¹⁹ (2002)¹ และ Jadv (2003)²⁰ สอดคล้องกันว่า SM ส่วนใหญ่ เคยมีบุตรของตนเองตั้งแต่ 1 ถึง 4 คน และมี ครอบครัวหรืออยู่กับคู่ของตน ทำให้มีความ น่าสนใจว่า ครอบครัวของ SM จะมีปฏิภิกิริยา อย่างไรกับการที่คู่ หรือภรรยาหรือแม่ของตนไปรับ เป็น SM ให้คู่ที่สัญญาแล้ว

Jadv (2003)²⁰ รายงานว่า SM ร้อยละ 97 ได้คุยเรื่องนี้กับครอบครัวก่อน (อีกร้อยละ 3 อยู่คนเดียว) โดยในช่วงแรก ครอบครัวร้อยละ 2 ไม่เห็น

ด้วย ร้อยละ 48 สนับสนุน ส่วนอีกร้อยละ 48 เป็นกลางหรือรู้สึกทั้งสองอย่างปนๆ กัน แต่เมื่อ สัมภาษณ์อีกครั้ง 1 ปีหลังการคลอดพบว่า ร้อยละ 76 เห็นด้วย เหลือเพียงร้อยละ 3 ที่คัดค้าน กับคู่ หรือสามีนั้น SM ร้อยละ 57 แจ้งว่า คู่หรือสามี แสดงการสนับสนุนตั้งแต่ต้น ร้อยละ 24 เป็นกลางๆ หรือรู้สึกปนๆ กัน มีร้อยละ 19 ที่ไม่เห็นด้วย และ เมื่อสัมภาษณ์ SM ซ้ำหลังการคลอด 1 ปี พบว่า คู่หรือสามีของ SM ร้อยละ 96 รู้สึกดีกับการที่ SM ได้ทำ surrogacy และไม่พบว่าคู่หรือสามีของ SM คนใด จะแสดงการคัดค้านเลย SM ร้อยละ 87 บอกว่า คู่หรือสามีของตนให้การดูแลตนอย่างดี ระหว่างกระบวนการทั้งหมด SM ร้อยละ 90 เล่า เรื่องการรับตั้งครรภ์ให้ลูกของตนทราบตั้งแต่ต้น ที่เหลือบอกว่า ลูกยังเด็กเกินกว่าจะเข้าใจ แต่จะ บอกเมื่อเขาโตขึ้น และ SM บอกว่าลูกของพวกเขา ร้อยละ 81 รู้สึกดีที่แม่จะเป็น SM และเมื่อจะต้อง ยกเด็กที่คลอดให้ CC นั้น ลูกของ SM ร้อยละ 88 ให้การสนับสนุน นอกจากนี้ SM ส่วนใหญ่เล่าให้ เพื่อนสนิททราบ และร้อยละ 74 ของเพื่อนเห็นด้วย กับการตัดสินใจแต่แรก และเพิ่มเป็นร้อยละ 80 เมื่อสัมภาษณ์ซ้ำในเวลาต่อมา

Baslington (2002)¹⁸ พบว่า เมื่อให้ SM เรียงลำดับว่า ปัญหาใดแย่ที่สุดในการทำ surrogacy SM 4 ใน 14 รายบอกว่า ปัญหาเกี่ยวกับ CC เป็นเรื่อง แย่ที่สุด ซึ่งสูงกว่าการต้องยกเด็กให้ CC (3 ราย) ในขณะที่เมื่อสัมภาษณ์สามีของ SM 6 ราย นั้น 2 รายบอกว่า ไม่คิดว่ามีส่วนไหนของ surrogacy ที่แย่เลย ที่เหลือบอกว่า ปัญหาความสัมพันธ์กับคู่ CC ความกลัวที่ภรรยาจะเปลี่ยนใจไม่ยกเด็กให้ CC การต้องต่อสู้กับความเห็นของคนรอบข้าง และ ความรู้สึกเหมือนถูกกีดกันไม่ได้รับความสนใจ

ระหว่างที่ภรรยาอนโรงพยาบาล เป็นเรื่องที่แย่ ที่สุดอีกเรื่องเพียง 1 ราย จะเห็นได้ว่า ไม่มีการเอ่ย ถึงปัญหาของ SM กับครอบครัวของตนเองว่าเป็น ปัญหาเลย นอกจากนี้ Baslington (2002)¹⁸ ยังได้ ยกตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ของ SM บางรายที่ กล่าวว่ “ฉันเองบอกลูกทั้งหมดเกี่ยวกับการทำ surrogacy แต่ในครอบครัว จะไม่มีการแสดงความ เห็นเรื่องนี้กันอีก เราไม่เคยเอ่ยถึงเด็ก เพราะเรา ไม่รู้สึกว่าเด็กเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวของเรา”

ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่าง SM กับ CC

ช่วงที่ 1 ระหว่างทำความรู้จัก ให้สัญญา ก่อนการตั้งครรภ์ และระหว่างตั้งครรภ์

การศึกษาส่วนใหญ่พบว่า SM มักให้ ความสำคัญกับความรู้สึกสัมพันธ์ใกล้ชิดกับ CC ว่าส่งผลอย่างมากกับความพึงพอใจที่ได้ทำหน้าที่ SM เนื่องจาก SM ต้องการทราบว่า เด็กที่มอบให้ ไปจะได้รับการดูแลเลี้ยงดูที่ดีหรือไม่ ทั้งยังมีอีก หลายรายงานเช่น จาก Ciccarelli (1997)¹ Baslington (2002)¹⁸ หรือ Klinepeter & Hohman (2000)²⁶ ที่พบว่า SM รู้สึกผูกพันกับ CC มากกว่ารู้สึกกับเด็กในครรภ์ เสียอีก และระดับความสัมพันธ์ที่ดี มักทำให้ SM รู้สึกว่าเด็กในครรภ์เป็นของ CC ไม่ใช่ของตน Fischer & Gillman (1991)²⁶ รายงานว่า SM มีความรู้สึก ผูกพันกับเด็กในครรภ์ต่ำกว่าแม่ที่ตั้งครรภ์ทั่วไป Blyth (1994) และ Hohman & Hagan (2001)²⁸ สรุปว่า น้ำหนักของความสัมพันธ์ระหว่าง SM กับ CC นั้นมักอยู่ที่ฝ่ายภรรยาของ CC กับ SM เป็น ส่วนใหญ่ โดยทั้งคู่จะเหมือนเป็นหญิงสองคนที่ได้ เข้าใจและแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้สึกต่อกัน Blyth (1994)²² ตั้งข้อสังเกตว่า CC ทั้ง 20 รายใน

การศึกษาของเขา ตกลงกับ SM ไว้ว่า ฝ่ายภรรยาของ CC จะอยู่กับ SM ในระหว่างที่คลอดเด็ก Jadva (2003)²⁰ รายงานว่า จาก SM 34 ราย ร้อยละ 97 ถึง 100 บอกว่าความสัมพันธ์กับทั้งสามีและภรรยาของ CC ดีกว่า เข้ากันได้ดี เว้นแต่ในช่วงสามเดือนสุดท้ายก่อนคลอดที่มี SM 2 รายที่บอกว่าความสัมพันธ์กับฝ่ายสามีเย็นชา ไม่น่าพอใจ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65 ถึง 71) ได้พบปะกับทั้งคู่ของ CC อย่างน้อยเดือนละครั้งทั้งในระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอด มีเพียง 3 รายที่ไม่ได้พบกันอีกเลยหลังคลอด ร้อยละ 83 บอกว่า ฝ่ายภรรยาเข้ามามีส่วนร่วมอย่างมาก ส่วนฝ่ายสามีนั้นเข้ามามีส่วนร่วมปานกลาง (ร้อยละ 47) พอๆ กับมีส่วนร่วมอย่างมาก (ร้อยละ 44) และร้อยละ 94 มีความสุขที่ทั้งคู่เข้ามามีส่วนร่วมในระดับนี้ มีร้อยละ 6 คือ 2 รายที่ว่า CC มีส่วนร่วมไม่เพียงพอ ความไม่พอใจของฝ่าย SM ก็มักมาจากความรู้สึกว่า CC ไม่มาดูแลให้ความรู้จักหรือสนิทสนมด้วยเท่าที่คาดหวังไว้ จากที่เคยอ้างถึง Baslington (2002) ซึ่งได้สำรวจ SM 14 รายว่า เรื่องใดแย่ที่สุดในการเป็น SM นั้น เขารายงานว่า จำนวนสูงสุดคือ 4 รายบอกว่า ปัญหา กับ CC เป็นเรื่องที่แย่ที่สุด มี SM 1 รายที่บอกว่าเสียใจที่มาเป็น SM เนื่องจากฝ่ายสามีของ CC เหมือนไม่เคารพและดูแลตนเอง และอีก 1 รายที่พบว่า ฝ่ายภรรยาของ CC ใจแข็งแต่ตัวให้ผู้อื่นเข้าใจว่าเป็นผู้ตั้งครรภ์เสียเอง

ช่วงที่ 2 หลังการคลอดทั้งระยะแรกๆ และในระยะยาว

Hohman & Hagan 2001²⁸ พบว่า การที่ CC ไปอยู่ที่โรงพยาบาลทันที หรือในระหว่างคลอด และยอมให้ SM ได้มีโอกาสพบหรืออุ้มเด็กที่คลอด

บ้างจะทำให้ SM รู้สึกพอใจในการเป็น SM มากขึ้น และมี CC กับ SM บางคู่ที่ยังพบปะกันหลังการคลอดไปแล้วกว่า 10 ปี แต่ส่วนใหญ่แล้วมีการจำกัดการติดต่อแค่โทรศัพท์พูดคุย หรือส่งรูปลูกที่โตขึ้นไปให้ดู Ciccarelli (1997) พบว่า ความรู้สึกพอใจต่อการเป็น SM จะลดลงแปรตามความสัมพันธ์ที่ห่างเหินออกและรู้สึกว่าถูก CC ทอดทิ้ง Jadva (2003)²⁰ รายงานว่า หลังคลอด SM ร้อยละ 32 ยังได้พบทั้งฝ่ายภรรยาและเด็ก ได้พบฝ่ายสามีต่ำกว่าเล็กน้อยคือ ร้อยละ 26 ประมาณเดือนละครั้ง มีร้อยละ 21 ที่ไม่ได้พบกับทั้ง CC และเด็กอีกเลย ส่วนในรายที่ได้พบเด็กห่างๆ คือ ประมาณ 1 เดือนต่อครั้ง จนถึง 1 ปีต่อครั้งนั้น มีร้อยละ 44 แต่กลับได้พบฝ่ายสามีบ่อยกว่าคือร้อยละ 53

การส่งมอบเด็ก (Relinquishing)

surrogacy เป็นปรากฏการณ์ที่ด้านความรู้สึกและความเชื่อของสังคมปัจจุบันอย่างมากว่า เหตุใด SM จึง “ทิ้งลูกของตนได้ลงทั้งที่ตั้งท้องมาเอง” หรือ “เหตุใดจึงไม่มีสัญชาตญาณความเป็นแม่”²⁸ ซึ่งเป็นการสะท้อนความเชื่อของสังคมว่า ความรักของแม่ต่อลูกมาจาก “สายโลหิต” หรืออีกนัยหนึ่งคือมาจากปัจจัยทางชีววิทยาต่างๆ เช่น ฮอรโมน หรือการได้สัมผัสทางกายกับลูก

ไม่มีตัวเลขสถิติอย่างเป็นทางการว่า มี SM สักเท่าใดที่ปฏิเสธการมอบเด็กให้กับ CC หลังการคลอด มีเพียง Brazier (1998)¹⁸ ที่กล่าวไว้ว่า “จากหลักฐานเท่าที่เรารวบรวมได้ มีเพียงไม่มากเท่านั้น (คงประมาณ ร้อยละ 4-5 เท่านั้น) ที่ SM จะปฏิเสธการมอบเด็ก” หรือที่ Baslington (2002) ทบทวนไว้ในอังกฤษระหว่างปี 1992-3 มี SM 5 ใน 50 รายเท่านั้นที่ปฏิเสธ ส่วน van den Akkar

(1999)²⁹ สํารวจคลินิกและ agency รวม 8 แห่ง พบว่า มีการปฏิเสธเพียง 2 ใน 210 รายเท่านั้น Jadva (2003)²⁰ รายงานว่า เมื่อจะต้องยกเด็กให้ CC นั้น SM ร้อยละ 91 บอกว่าเป็นความรู้สึกที่เข้าใจตกลงกันได้ดี มี CC 3 รายที่ยกให้ SM ตัดสินใจเองว่า จะมอบเด็กให้เมื่อใด และ SM ทั้ง 34 คนบอกว่ามีความสุขกับการได้มอบเด็กไป โดยไม่รู้สึกลังเล หรือยากลำบากใจ โดยระดับความรู้สึกว่าไม่มีอะไรยากเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามเวลาหลังการมอบ คือเพิ่มจากร้อยละ 65 ในทันทีที่มอบเด็ก เป็นร้อยละ 85 ในสองสามเดือนถัดมา และเป็น ร้อยละ 94 ใน 1 ปีหลังจากนั้น ส่วนรายที่บอกว่า รู้สึกยากลำบากบ้างเมื่อมอบเด็กในระยะแรก 11 รายหรือร้อยละ 32 นั้น ความรู้สึกลำบากจะค่อยๆ ลดลงเหลือร้อยละ 15 ใน 3 เดือน และเหลือร้อยละ 6 ใน 1 ปี ไม่มีรายใดที่แจ้งว่า รู้สึกยากลำบากอย่างมากเลย เกือบร้อยละ 90 ของ SM สามารถปรับตัวกับกระบวนการนี้ได้โดยไม่ต้องไปปรึกษาปัญหาจิตใจกับใครทั้งก่อนและหลังคลอด มีเพียงร้อยละ 9 ที่ไปพบแพทย์ทั่วไป และร้อยละ 3 คือ 1 รายที่ไปตรวจเป็นผู้ป่วยนอกทางจิตเวช ในรายงานเดียวกันนี้ ยังบอกอีกว่า กรณีที่ CC กับ SM เป็นคนรู้จักกันมาก่อนซึ่งมี 7 ใน 34 รายนั้น SM 3 ราย รู้สึกว่าได้รับบทบาทเป็นพิเศษ ส่วนที่เหลือกล่าวว่าเหมือนเดิม ไม่มีอะไรพิเศษ ในขณะที่ SM 6 ใน 7 รายรับว่า รู้สึกผูกพันกับเด็กเป็นพิเศษ แต่ในกรณีที่ CC กับ SM ไม่รู้จักกันมาก่อนนั้น มี SM 5 ใน 27 รายที่รู้สึกว่าได้รับบทบาทเป็นพิเศษ 14 รายได้พบปะกับเด็ก 4 รายได้พบแต่กับ CC เท่านั้น ที่ต่างจากกรณีที่ SM กับ CC รู้จักกันมาก่อนมาก ก็คือมีเพียง 8 รายของ SM กลุ่มที่ไม่รู้จัก CC ที่รู้สึกว่าตนเองมีความ

สัมพันธ์พิเศษกับเด็ก อีก 19 รายบอกว่า ไม่มีอะไรเป็นพิเศษ ในทางตรงข้าม มี SM รายหนึ่งในการศึกษาของ Baslington (2002) ที่กังวลอย่างมากเมื่อทราบว่า ภรรยาของ CC คู่สัญญาของตนถูกวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง (ภายหลังทราบว่า วินิจฉัยผิด) และสามีมาแจ้งว่า อาจไม่รับเด็กไปเนื่องจากคงสู้กับปัญหาทั้งภรรยาที่กำลังจะตายและทารกเกิดใหม่ไม่ไหว Baor (2005)¹² ได้อ้างถึงงานของนักสังคมวิทยารายหนึ่งชื่อ de Beauvoir (1953)¹⁸ ซึ่งศึกษาเรื่อง “ความเป็นแม่” และกล่าวว่า สัญชาตญาณความเป็นแม่ไม่มีอยู่จริงตามธรรมชาติของมนุษย์ เมื่อเขาค้นคว้าประเพณีการเลี้ยงลูกของแม่ในยุโรปเมื่อ 300 ปีก่อนเทียบกับปัจจุบัน พบว่า แม่จะไม่ค่อยได้ใช้เวลาใส่ใจดูแลลูกนัก และน่าจะมิใช่เกิดจากความยากจน เพราะแม้แต่ในตระกูลที่มีฐานะแม่ผู้คลอดแทบจะไม่เคยเลี้ยงลูกของตนเองเลย แต่มีหญิงอื่นรับจ้างเลี้ยงลูกแทน จนกระทั่งคริสต์ศตวรรษที่ 19 ที่อัตราการมีบุตรลดลง การจะไปหาบุตรบุญธรรมก็ยากขึ้น จึงมีความพยายามสร้างความเชื่อของการมี “สัญชาตญาณความเป็นแม่” ขึ้นเพื่อให้แม่ทั้งหลายหันมารักถนอมลูกมากขึ้น อันเป็นผลให้อัตราตายของทารกแรกคลอดลดลงอย่างมากด้วย ดังนั้น ในทรรศนะของนักสังคมวิทยาบางคน และนักเคลื่อนไหวเพื่อสิทธิสตรีบางคน การมี surrogacy ขึ้นในสังคมจึงเป็นการทำให้มนุษย์รู้ว่า เรื่อง”สัญชาตญาณความเป็นแม่” นั้นไม่มีอยู่จริง เพราะไม่เพียงแต่จะสามารถตั้งครรรค์และคลอดโดยยกบุตรให้คนอื่นได้ (คล้ายกับการยกเด็กให้คนอื่นเป็นบุตรบุญธรรมแล้ว) หญิงยังสามารถรับเงินค่าจ้างตามสัญญาที่ให้ได้ด้วย Baslington (2002)¹⁸ ซึ่งได้ศึกษาโดยการสัมภาษณ์ SM ที่มาจาก self-help group ใน

อังกฤษ เชื่อว่า ลักษณะทางประเพณีสังคมย่อย (subculture) ที่ SM ใช้ชีวิตอยู่มีอิทธิพลกับ SM อยู่มาก โดยเฉพาะการที่ SM ได้เข้ากลุ่มที่ SM มารวมกันโดยมีผู้นำที่อาจมาจากองค์กรที่รับจัดให้มีการตั้งครรภ์แทน (agency) ซึ่งอาจมีแนวโน้มในการรักษาผลประโยชน์ขององค์กรคือ พยายามทำให้ SM มีความตั้งใจในการดูแลครรภ์ให้สมบูรณ์อย่างดีที่สุด และเกิดความรู้สึกขัดแย้งในใจในการที่จะต้องยกบุตรให้ CC หลังการคลอดน้อยที่สุด เช่น ช่วยให้ SM บางคนมองว่า นี่คือการทำงานเด็กที่อยู่ในครรภ์ไม่ใช่ลูกของตน ไม่ควรรู้สึกผูกพันกันตั้งแต่ต้น ไม่ควรคิดว่า เด็กครึ่งหนึ่งเกิดมาจากไข่ของตน ให้คิดเสียว่า ได้ยกไข่ให้คนอื่นไปแล้ว (ไม่ว่าจะใช้ไข่ของ SM หรือจาก CC ก็ตาม) ตอนนั้นก็เพียงแค่ตั้งครรภ์ต่อไปให้สามีของ CC เท่านั้น กล่าวได้ว่า บทบาทของกลุ่ม self-help ในอังกฤษก็คือ การพยายามให้ SM ให้ยึดถือคำมั่นสัญญาทางวาจาที่ให้ไว้กับ CC ว่าจะยกเด็กให้กับ CC หลังคลอดอย่างแน่วแน่ เนื่องจาก การทำ surrogacy ในอังกฤษ ยังไม่มีกฎหมายรับรอง ไม่อาจมีสัญญาเรียกร้องสิทธิตามกฎหมายได้ (จาก The Human Fertilization and Embryology Act 1990¹⁰ ของอังกฤษ นิยามว่า แม่ตามกฎหมายคือหญิงที่ตั้งครรภ์ SM ยังทรงสิทธิในการเก็บเด็กไว้เป็นลูก หรือหาก CC ไม่ต้องการรับเด็กไปเป็นลูก SM ก็ต้องรับเลี้ยงต่อ และเมื่อ CC จะรับเด็กไปเลี้ยงก็ต้องปฏิบัติตามกฎหมายรับบุตรบุญธรรม คือ CC ต้องจดทะเบียนสมรสตามกฎหมาย อายุไม่ต่ำกว่า 18 และฝ่ายสามีหรือ/และต้องมีพันธุกรรมเกี่ยวข้องกับเด็ก โดยที่พ่อแม่ตามกฎหมายยินยอมก่อน และไม่มีภาระจ่ายค่าตอบแทนอื่นๆ อีก และต้องยื่นคำร้องก่อนเด็กอายุครบ 6 เดือน)

Agency มักเน้นกับ SM ว่า SM มาช่วย “เพื่อนมนุษย์ที่ทุกข์ร้อน” ซึ่งเหมือนเพิ่มความรู้สึกยิ่งใหญ่มีพลัง (empower) ในการได้เข้ามาเป็น SM ของหญิงเหล่านั้นได้อย่างมาก และจะต้องการทำภารกิจของตนให้ดีสมบูรณ์ SM 7 ใน 14 ราย บอกว่า สิ่งที่ดีที่สุดของการได้เป็น SM ก็คือ จังหวะเวลาที่ได้เห็นหน้าของ CC ที่ดีใจมีความสุขมากตอนที่ CC กำลังมารับอุ้มเด็กไป นั่นเอง

หลายการศึกษาพบว่า ปัจจัยหลักประการหนึ่งที่มีผลต่อ “ความสบายใจ” ของ SM เมื่อจะต้องมอบเด็กให้ CC หลังคลอดก็คือ การได้มีความสัมพันธ์ที่ดีกับ CC ตลอดมาทั้งก่อน ระหว่างและหลังการตั้งครรภ์ Ragone (1994)²³ ศึกษา SM จากตัวแทนการจัด surrogacy 6 แห่งพบว่า การไม่ให้ SM กับ CC ได้พบกันเลย ซึ่งถือว่า เป็นการรับจ้างโดยแท้ นั้น SM เองคิดว่า ตนคงรู้สึกโศกเศร้าเมื่อต้องมอบเด็กให้กับ CC เมื่อถึงเวลาคลอดมากกว่า SM ในระบบที่ทั้งสองฝ่ายได้มีโอกาสรู้จักกัน

ผลกับเด็กที่เกิดจาก surrogacy การเจริญเติบโตในทุกด้านของเด็กที่เกิดจาก surrogacy

ไม่พบการศึกษาในไทยกับเด็กที่เกิดจาก surrogacy โดยตรง พบแต่การศึกษาของ ไสววรรณ ใฝ่ประเสริฐ³⁰ ที่รายงานว่า เด็กที่เกิดจากเทคนิค ICSI จำนวน 24 ราย มีการเจริญเติบโตทางร่างกาย และพัฒนาการทางกล้ามเนื้อปกติ เมื่ออายุ 2 ปี

Sarafini 2001³¹ รายงานว่า เด็กเหล่านี้ไม่มีความผิดปกติของพัฒนาการระบบวิคิด (cognitive development) ในเด็กที่คลอดเดี่ยว จากการทำ IVF surrogacy นอกจากนี้เมื่อประเมิน

ลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ของเด็ก ในด้านความแปรปรวนทางอารมณ์ การปรับตัวกับสถานการณ์ใหม่ๆ ระดับการเคลื่อนไหวทั่วไป ระดับความสม่ำเสมอในการตอบสนอง พบว่า เด็กไม่ว่าจะเกิดจาก surrogacy, egg donation หรือเกิดตามธรรมชาติ ไม่มีความแตกต่างกัน

ลักษณะการเลี้ยงดูและความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับ CC

ในปัจจุบัน ไม่พบการตีพิมพ์งานวิจัยที่ติดตามเด็กและครอบครัวที่เข้ากระบวนการ surrogacy ในระยะยาวจนเด็กเข้าวัยรุ่น พบแต่งงานวิจัยจากยุโรปของ Golombok et al (2002)³² ซึ่งติดตามครอบครัวบุตรบุญธรรม IVF และ Donor Insemination (DI) และครอบครัวทั่วไป อย่างละประมาณ 100 ครอบครัว จากกลุ่มศึกษาเดิมที่เข้าเคยวิจัยตีพิมพ์ไว้เมื่อปี 1996 จนเด็กเข้าวัยรุ่นตอนต้น ซึ่งอาจอนุมานมาแทนการศึกษาครอบครัว surrogacy ได้ว่า ไม่มีความแตกต่างของครอบครัวในแต่ละกลุ่มที่กล่าวมาเลย ส่วนที่แตกต่างก็มักเป็นข้อดีของครอบครัวที่ได้มีลูกโดยเทคโนโลยีการช่วยมีบุตรที่เข้ามามีส่วนร่วมกับลูกมากกว่าครอบครัวทั่วไป เด็กเหล่านี้ไม่มีปัญหาทางจิตใจ แต่อย่างไรก็ตาม มีเด็กเพียงร้อยละ 8.6 เท่านั้นที่ได้รับการบอกเล่าถึงวิธีการเกิดของตน

นอกจากนี้ Golombok (2005)³³ ได้ศึกษาครอบครัวของของเด็กเหล่านี้เมื่อเด็กอายุครบ 2 ขวบทั้งในแง่การทำหน้าที่ผู้ปกครอง ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่กับเด็ก และพัฒนาการทางจิตใจของเด็กเอง พบว่าไม่มีความแตกต่างจากครอบครัวที่เด็กเกิดจากการบริจาคนไข หรือครอบครัวปกติเลย แต่แม่ของเด็ก surrogacy กลับจะมีความสัมพันธ์ที่

ดีกับเด็กมากกว่าเสียอีก

Blyth (1994) สัมภาษณ์ CC 20 คู่ และทั้งหมดกล่าวว่า ลูกของตนควรได้รับการบอกเล่าว่าตนเกิดมาอย่างไร แต่ไม่มีการศึกษาต่อเนื่องว่า CC สักกี่รายที่ได้ทำอย่างที่ทำให้สัมภาษณ์ไว้ Golombok (2005)³³ ก็รายงานเหมือนกันว่า คู่ CC 44 คู่ที่เข้าศึกษาก็ตั้งใจจะเปิดเผยเรื่อง surrogacy กับเด็กเมื่อโตขึ้น และยังพบว่า คู่ CC ให้ความอบอุ่นและเข้ามามีส่วนเลี้ยงดูบุตรมากกว่าพ่อแม่ที่คลอดลูกโดยธรรมชาติ ที่น่าแปลกใจคือ ร้อยละ 95 ยังคงติดต่อกับ SM ในระดับหนึ่งและคงความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันไว้ van den Akker (2000)²⁴ พบว่า หญิงที่เข้า surrogacy 28 ใน 29 ราย บอกว่าจะเล่าเรื่องนี้ให้ลูกทราบ (ในจำนวนนี้ หากสามารถใช้ไข่ของตนเองได้ จะบอก 15 ใน 16 ราย แต่หากไม่สามารถใช้ไข่ของตนเองได้ จะบอกทั้ง 13 รายที่เหลือ) แต่ถ้าเปลี่ยนไปเลือกการรับบุตรบุญธรรม จะบอกเพียง 20 ใน 29 ราย และจะเหลือบอกเพียง 18 รายหากเลือกใช้ IVF ที่ต่ำที่สุดคือ ถ้าเลือกการรับบริจาคไข่หรือเชื้ออสุจิ van den Akker (2004)³⁴ รายงานว่า ร้อยละ 65.5 ของ CC แจ้งว่า จะบอกกับเด็กว่าเขาเกิดมาจาก surrogacy ซึ่งใกล้เคียงกับความเห็นของพ่อแม่ที่มีลูกเกิดจากการรับบริจาคอสุจิ คือร้อยละ 42.5 แต่ต่ำกว่ากลุ่มที่ลูกเกิดจาก IVF คือร้อยละ 77.8 อีกการศึกษาหนึ่งจากผู้หญิง 42 คนที่มารับการรักษาการมีบุตรยากที่คลินิก ร้อยละ 42.9 บอกว่าจะบอกลูก ในขณะที่ร้อยละ 35.7 จะไม่บอก (ที่เหลือไม่แน่ใจ) ซึ่งก็พบอีกเช่นกันว่า อัตราผู้จะบอกใกล้เคียงกับการรับบริจาคอสุจิ และต่ำกว่า IVF อันอาจสะท้อนว่าการเป็นหมันของชายเป็นเรื่องสำคัญ และต้องการเก็บเป็นความลับมากกว่าการเป็นหมันใน

หญิง น่าสนใจว่า เมื่อหญิงเหล่านี้ตัดสินใจเข้าสู่กระบวนการ surrogacy เรียบร้อยแล้ว ความต้องการบอกลูกจะเป็นร้อยละ 100 ดังที่ Blyth รายงานไว้ Jadva (2003) พบความแตกต่างในความต้องการของ SM ที่จะให้เด็กทราบวิธีการเกิดของเขา ระหว่างกลุ่ม SM ที่มีพันธุกรรมเกี่ยวข้องกับเด็ก (traditional surrogacy) กับกลุ่มที่ไม่มีความเกี่ยวข้อง (gestational surrogacy) คือ กลุ่มแรกต้องการให้ CC แจ้งให้เด็กทราบถึงร้อยละ 90 (17 จาก 19 ราย) ที่เหลือตอบว่า ไม่แน่ใจ ในขณะที่กลุ่มหลังซึ่งไม่มีพันธุกรรมเกี่ยวข้องต้องการให้บอกเด็กเพียงร้อยละ 60 (9 จาก 15 ราย) อีกร้อยละ 40 ไม่แน่ใจ Braverman & Corson (2002)³⁵ ได้ศึกษาเปรียบเทียบเจตคติและความเชื่อว่า พันธุกรรม การตั้งครรรภ์ หรือสิ่งแวดล้อม มีผลกับเด็กอย่างไร ในผู้บริจาคไข่ประมาณ 330 ราย กับ SM 110 ราย ในสหรัฐอเมริกา และพบว่า SM มักมีเจตคติที่ว่า พันธุกรรมส่งผลต่อทั้งน้ำหนักตัว ระดับเซาว์ปัญญาของเด็กมากกว่าสิ่งแวดล้อม SM ต้องการให้เด็กได้ทราบวิธีการเกิดให้มีสิทธิตัดสินใจว่าจะพบตนในอนาคตหรือไม่ มีความคิดถึงและเต็มใจที่จะพบเด็กในอนาคตสูงกว่ากลุ่มผู้บริจาคไข่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากงานวิจัยข้างต้นทั้งหมด พอสรุปได้ว่า ก่อนการทำ surrogacy CC ส่วนมาก เห็นด้วยกับการจะบอกเด็กถึงการเกิดของเขา แต่อาจยังไม่มีแนวทางที่จะช่วยให้ CC ได้ทำอย่างที่ดีอย่างสบายใจว่า จะไม่มีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวของเขา与孩子 ในขณะที่ SM โดยเฉพาะกลุ่มที่มีพันธุกรรมร่วมกับเด็กใน traditional surrogacy มีความต้องการที่จะให้เด็กได้ทราบว่าตนเป็น SM ดังนั้น สิ่งที่ Ciccarelli (2005)¹ คิดว่า น่าศึกษามากคือ การหาวิธีที่ดีและเหมาะสมที่สุด

ที่จะเล่าให้เด็กทราบ ประเด็นย่อยของกรณีนี้คือเด็กที่เกิดจาก traditional surrogacy กับที่เกิดจาก gestational surrogacy จะมีสภาพจิตต่างกันหรือไม่ หากได้ทราบว่า พันธุกรรมของเขาครึ่งหนึ่งมาจาก SM ควรจะมีข้อแนะนำด้วยว่า สมควรให้พบกับ SM หรือไม่ บ่อยครั้งเพียงใด และการที่เด็กยังคงได้พบกับ SM ต่อมาเรื่อยๆ จะส่งผลกับพัฒนาการทางจิตใจของเด็กรวมทั้งครอบครัวของ CC ทุกคนอย่างไร เช่น เด็กจะมีปฏิกิริยาเช่นเดียวกับกรณีการยกให้เป็นบุตรบุญธรรมหรือไม่ ที่เด็กหลายคนรู้สึกว่า แม่จริงๆ ไม่ต้องการตน

การเป็นพ่อแม่ของกลุ่มรักร่วมเพศ (Gay/lesbian parenting) ³⁶⁻³⁸

ในช่วงยี่สิบกว่าปีที่ผ่านมา ชายและหญิงรักร่วมเพศได้รับการยอมรับทางสังคมมากขึ้น และได้เรียกร้องสิทธิต่างๆ ให้เท่าเทียมกับชายหญิงทั่วไป การได้เป็นบิดามารดาเป็นสิ่งหนึ่งที่คนกลุ่มนี้บางรายต้องการอย่างมาก ชายรักร่วมเพศหลายรายได้หันไปให้หญิงอื่นการตั้งครรรภ์แทนแบบ traditional gestation ถึงแม้ว่าจะยังไม่มีความหมายประเทศโดยยอมรับให้มีการรับบุตรบุญธรรมโดยบุคคลที่ไม่มีคู่สมรสก็ตาม เนื่องจากมีความเชื่อว่าเด็กอาจไม่ได้รับการเลี้ยงดูอบรมที่ดีเท่ากับการมีทั้งบิดามารดาครบสองเพศ และเกรงว่าเด็กอาจมีปมด้อยที่มี “ทั้งพ่อแม่” เป็นเพศเดียวกัน จนอาจเกิดมีปัญหาทางอารมณ์หรือพฤติกรรมผิดปกติหรืออาจกลายเป็นรักร่วมเพศเหมือน “พ่อแม่” ในที่นี้ จะทบทวนเอกสารหลักฐานการวิจัยในประเด็นต่างๆ 3 ประเด็นคือ

1 เจตคติของการเป็นผู้ปกครองของชายรักร่วมเพศ

2. อัตลักษณ์ทางเพศและการพอใจในเพศตรงข้ามของเด็ก

3. การปรับตัวของเด็กในด้านอารมณ์และสังคม

เจตคติของการเป็นผู้ปกครองของชายรักร่วมเพศ

แม้ว่าสังคมและกฎหมายจะมีความเชื่อว่า กลุ่มรักร่วมเพศมีความแตกต่างจากผู้ปกครองทั่วไป และจะส่งผลกระทบต่อเจตคติการเลี้ยงดูบุตร แต่ผลจากงานวิจัยเบื้องต้นที่พบก็คือ ชายรักร่วมเพศกลับมีความใส่ใจรักเลี้ยงดูบุตรในด้านการส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเอง การเล่นหยอเย้า และจัดการกับปัญหาการเป็นผู้ปกครองทั่วไปได้ไม่ต่างจากพ่อแม่ทั่วไป ยิ่งไปกว่านั้น หากเปรียบเทียบในด้านการยึดถือระเบียบวินัยตามคำแนะนำในการเลี้ยงดูบุตรต่างๆ การพร้อมในการให้คำแนะนำ การส่งเสริมพัฒนากระบวนการคิด และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของลูกแล้ว ชายรักร่วมเพศที่เป็นผู้ปกครองกลับปฏิบัติได้เหนือกว่าชายที่เป็น “พ่อ” ทั่วไปเสียอีก แต่หากมองภาพรวมแล้ว ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในวิถีทางการเลี้ยงดูบุตร

อัตลักษณ์ทางเพศและการพอใจในเพศตรงข้ามของเด็ก

จากการศึกษาในเด็กวัยก่อนวัยรุ่นและผู้ใหญ่ไม่พบว่า มีความแตกต่างกันของอัตลักษณ์ทางเพศ การแสดงบทบาททางเพศนั้นๆ ในสังคม และการพอใจในเพศตรงข้ามของเด็ก ระหว่างกลุ่มที่เติบโตมากับพ่อหรือแม่ที่เป็นรักร่วมเพศที่หย่าเมื่อเทียบกับพ่อหรือแม่ทั่วไปที่หย่า เด็กเหล่านี้ส่วนใหญ่จากทั้งสองกลุ่มตอบว่า ตนชอบพอใจในเพศที่ตนเองเป็นอยู่ มีเกมกีฬาหรือของเล่นชิ้นโปรดแบบเด็กทั่วไป อยากเป็นพระเอกนางเอกใน

ภาพยนตร์ และรักเพศตรงข้าม ในขณะที่มีอัตราส่วนของผู้ที่ตอบว่าสนใจเพศเดียวกันเท่ากันกับกลุ่มเด็กที่โตมากับพ่อแม่ทั่วไป

การปรับตัวของเด็กในด้านอารมณ์และสังคมเนื่องจาก

1. การเป็นคู่ของกลุ่มรักร่วมเพศมักมีการหย่าร้าง จึงต้องคำนึงถึงบริบทของการหย่าร้างไว้เสมอ การศึกษาที่นำครอบครัวของกลุ่มรักร่วมเพศมาศึกษาเปรียบเทียบกับครอบครัวที่มีแม่คนเดียวเลี้ยงลูก (single parent family) ก็ยังไม่อาจเป็นการจับคู่เปรียบเทียบที่ดีนัก เนื่องจากผลเสียที่พบได้เสมอจากการวิจัยครอบครัวที่มีแม่คนเดียวนั้นพบว่ามาจากการที่แม่ต้องทำงานหนักจนไม่มีเวลา และเป็นผลเสียระยะยาวจากความขัดแย้งระหว่างสามีภรรยาตั้งแต่ก่อนหย่าร้าง มีน้ำหนักมากที่สุดซึ่งต่างจากกรณีของการเป็นพ่อแม่ของคนรักร่วมเพศที่ไม่อยู่ด้วยกันแล้ว

2. งานวิจัยที่เฉพาะเจาะจงของชายรักร่วมเพศในเรื่องนี้มีน้อยกว่าการศึกษาในกลุ่มลูกของหญิงรักร่วมเพศ จึงขอเสนอผลของการศึกษาในกลุ่มหลังเป็นแนวคิดแทน

จากทั้งคำแถลงของ American Psychiatric Association 2004 American Academy of Pediatrics 2002³⁸ ซึ่งประมวลจากงานวิจัยต่างๆ และความเห็นของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ไม่พบว่า ลูกของกลุ่มพ่อแม่รักร่วมเพศจะประสบปัญหาทางจิตใจ ปรับตัวไม่ได้ทางสังคม (ได้แก่ เพื่อน ครู สมาชิกอื่นในครอบครัว และเพื่อนของพ่อแม่) ที่ต่างไปจากลูกของกลุ่มพ่อแม่ทั่วไปแต่อย่างใด และไม่พบว่า มีอัตราการที่ถูกทารุณทางเพศต่างจากประชากรทั่วไป ทั้งสองสถาบันจึงไม่ต่อต้านการที่กลุ่มรักร่วมเพศที่ต้องการเป็นพ่อแม่ของเด็กไม่ว่าด้วยวิธีใด อย่างไร

กิตี Huggins (1989)³⁹ พบว่า ลูกของหญิงรักร่วมเพศที่มีคู่ออยู่ด้วย จะมี self-esteem สูงกว่าเด็กที่มีแต่หญิงรักร่วมเพศเลี้ยงดูคนเดียว ซึ่งอาจอธิบายได้จากผลการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่า ความสุขของเด็กมักแปรตามความสุขของพ่อแม่ หญิงรักร่วมเพศที่มีคู่มักมีสภาพทางจิตดีกว่าผู้ที่ไม่มีความรัก ทั้งยังสามารถเปิดเผยความรักต่อเพศเดียวกันให้ลูกหรือคนรอบข้างได้รับทราบ Paul (1986) รายงานว่าเด็กที่ทราบตั้งแต่เล็กว่า พ่อหรือแม่ของตนเป็นรักร่วมเพศจะปรับตัวได้ง่ายกว่ามาทราบตอนเข้าสู่วัยรุ่นแล้ว แต่เด็กกลุ่มนี้ จะเลือกที่จะเล่าเรื่องของพ่อแม่เรื่องนี้ให้กับคนที่สนิทมาก ๆ ทราบเท่านั้น

ผู้ขอรับการทำ surrogacy ในกรณีพิเศษอื่นๆ

มีผู้ขอรับบริการอีกหลายกลุ่ม ซึ่งเรียกร่องสิทธิทั้งทางกฎหมายและความเข้าใจจากสังคมได้แก่ ผู้หญิงที่เป็นโสด คู่สามีภรรยาที่มีโรคติดต่อไม่อาจมีเพศสัมพันธ์ได้ เช่น โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ผู้ที่มีการเก็บไข่ของภรรยาหรือเชื้ออสุจิของสามีหรือตัวอ่อนของตนไว้ แล้วฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเสียชีวิตไปแล้ว เป็นต้น อันอาจทำให้เกิดปัญหาในแง่จริยธรรมกฎหมายและสังคมตามมา อย่างไรก็ตาม ไม่สามารถค้นหาเอกสารที่กล่าวถึงกรณีพิเศษดังกล่าวในแง่เหตุและผลด้านจิตใจโดยเฉพาะได้ คงมีแต่การอภิปรายในกรณีทางกฎหมาย สังคมวิทยา เป็นส่วนใหญ่ จึงขอละไม่กล่าวถึงในการทบทวนเอกสารครั้งนี้

การบอกเด็กเกี่ยวกับการเกิดของเขา

แม้ว่า จะยังไม่มีการวิจัยโดยตรงเกี่ยวกับวิธีการแจ้งเด็กเกี่ยวกับการเกิดจาก surrogacy ของเขา แต่จากที่กล่าวไว้ก่อนหน้านี้แล้วว่า CC เกือบทั้งหมดมีความคิดว่า จะบอกเด็กเกี่ยวกับ

การเกิดของเขา แนวคิดทั่วไป ซึ่งมีการอนุมานจากประสบการณ์ที่ได้จากการรับบุตรบุญธรรม ร่วมกับแนวคิดของนักจิตวิทยาที่ศึกษาเรื่องครอบครัวบำบัด พบว่า การมีความลับระหว่างสมาชิกในครอบครัว จะบ่อนทำลายครอบครัว ทั้งหมดที่กล่าวมา ล้วนสนับสนุนให้มีการบอกเด็กเกี่ยวกับการเกิดของเขาทั้งสิ้น⁴⁰ ในที่นี้ จะนำข้อเสนอแนะของ Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine (ASRM)⁴¹ ในเรื่องการบอกเด็กเกี่ยวกับการเกิดของเขาในกรณีของการรับบริจาคไข่หรือเชื้ออสุจิมาแสดง

ASRM 2002 รับว่าได้เปลี่ยนความเห็นในปี ค.ศ.1993 ที่แนะนำให้เก็บความลับของผู้บริจาคให้เป็นนิรนามกับเด็ก มาเป็นยอมรับให้มีการเปิดเผยหากทุกฝ่ายยินยอม โดยเฉพาะในการรับบริจาคไข่ (คล้ายในกรณีของ traditional surrogacy) เนื่องจากการศึกษาพบว่า พ่อแม่มักจะเต็มใจจะเล่าให้เด็กทราบเกี่ยวกับการได้รับบริจาคไข่มากกว่าที่ไปรับบริจาคเชื้ออสุจิมา ในยุโรป และออสเตรเลีย ก็มีแนวโน้มในการให้สิทธิทางกฎหมายแก่เด็กที่จะได้รับรู้ข้อมูลพ่อแม่ทางชีววิทยาของตนเองได้ เมื่อต้องการ ส่วนในอังกฤษเองได้เปลี่ยนกฎหมายที่จะให้อำนาจเด็กที่อายุครบ 18 เข้ารับรู้ข้อมูลนี้ตั้งแต่ปี ค.ศ.2005

ASRM กล่าวว่า ข้อดีของการบอกให้เด็กทราบ ก็เพื่อให้เด็กสามารถพัฒนา identity ได้อย่างสมบูรณ์ มีความพอใจในตนเอง ไม่มีความลับในครอบครัว และไม่พบรายงานผลเสียต่อเด็กเมื่อมีการบอก ในทางตรงข้าม หากเด็กมาทราบโดยบังเอิญเมื่อเป็นวัยรุ่นจากผู้อื่น จะทำให้เด็กเกิดปัญหาทางจิตใจ ส่วนข้อค้านในการบอกเด็กคือ ไม่มีการศึกษาใดที่บอกว่า เด็กที่ไม่

ทราบเลยตลอดชีวิตจะมีปัญหาทางจิตสังคม พ่อแม่เองก็อยากให้เป็นเรื่องส่วนตัว ไม่ต้องเปิดเผย บางรายเกรงว่า เด็กจะรักตนน้อยลง หรือแย้งว่าเด็กมีพันธุกรรมของตนอย่างน้อยก็ครั้งหนึ่ง หรือทั้งหมด เพียงแต่ไปฝาก SM ให้ตั้งครรภ์และคลอดเท่านั้น ถือได้ว่า ตนเป็นพ่อแม่อย่างสมบูรณ์แล้ว ไม่เหมือนกับการรับบุตรบุญธรรม จะไปบอกเด็กให้ลับสนอีกทำไม เป็นต้น

ขั้นตอนในการเตรียมและบอกกับเด็ก

การให้คำปรึกษาก่อนเข้ากระบวนการควรมีข้อตกลงที่เป็นลายลักษณ์อักษรระหว่าง SM กับ CC ว่า จะเปิดเผยข้อมูลการเกิดให้เด็กได้ทราบแค่ไหน เพียงใด โดยได้มีการคุยกันถึงข้อดีข้อเสียของการที่จะบอกหรือปกปิดความลับกันก่อน

วิธีการบอกเด็ก อาจอาศัยคำแนะนำต่อพ่อแม่ที่รับบุตรบุญธรรมมาเป็นแนวทาง ซึ่งมักจะแนะนำให้บอกเด็กทราบเร็วที่สุดเท่าที่พ่อแม่คิดว่า ลูกจะเริ่มเข้าใจได้ เริ่มด้วยการเล่าเปรียบเทียบกับนิทานต่างๆ (อาจหาอ่านตัวอย่างนิทานได้จาก website ที่ทาง ASRM ได้แนะนำไว้) การเน้นที่ความรัก ความต้องการที่จะมีเขาเป็นลูก หากเด็กต้องการถามสิ่งใดเพิ่มเติม ก็ค่อยๆ ตอบเด็กด้วยท่าทีที่เข้าใจ ไม่แสดงความโกรธด้วยความรู้สึกน้อยเนื้อต่ำใจ

การให้คำแนะนำปรึกษา (counselling) ในการทำ surrogacy

Boivin et al (2001)⁴² และ European Society of Human Reproduction & Embryology (ESHRE) ได้ให้แนวทางที่แพทย์ หรือผู้เกี่ยวข้องจะให้คำปรึกษาแก่ผู้ต้องการมีบุตรและมาขอรับบริการเทคโนโลยีต่างๆ ไว้ คือ

วัตถุประสงค์คือ ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้ทำความเข้าใจกับความต้องการในชีวิตของเขา ในที่นี้คือ “ความสามารถมีบุตรเองได้” ส่งผลอย่างไรกับเขาและคู่บ้าง มีวิธีบรรเทาความรู้สึกเหล่านี้ได้อย่างไร รวมทั้งการตั้งครรภ์แทนนี้ เป็นวิธีการแก้ปัญหาที่เขาเลือกและต้องการหรือไม่ ให้กระจ่างชัด แล้วค้นหาให้พบแนวทางเพื่อให้บรรลุความต้องการนั้น มิใช่ทำเพื่อการรักษาเปลี่ยนแปลงจิตใจของเขา

ผู้ให้คำปรึกษาควรช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้คำนึงถึงผลของการตัดสินใจของเขาที่อาจเกิดต่อคนอื่นๆ รอบข้าง เช่นครอบครัว รวมทั้งเด็กที่จะเกิดจากเทคโนโลยีเหล่านี้ด้วย

ผู้ให้คำปรึกษาควรประเมินสภาพจิตใจและวิธีการต่อสู้ปัญหาที่ผู้รับคำปรึกษาเคยใช้อยู่เป็นประจำ ไว้ก่อน

เตรียมให้ผู้รับคำปรึกษาทราบล่วงหน้าว่ากระบวนการช่วยการมีบุตรทั้งหมดอาจล้มเหลว ต้องทำซ้ำแล้วซ้ำอีก ซึ่งอาจก่อความรู้สึกผิดหวังซ้ำหลายครั้ง (โอกาสที่การใช้เทคโนโลยีแต่ละครั้ง จะสำเร็จจนสามารถคลอดเด็กมีชีวิตออกมาได้มีต่ำกว่าร้อยละ 25) ผู้ให้คำปรึกษาควรไว้กับอารมณ์เหล่านี้จากผู้รับคำปรึกษาตลอดเวลา เด็กที่เกิดจากเทคโนโลยีการช่วยตั้งครรภ์ทุกวิธีรวมกัน จะมีโอกาสมีความผิดปกติแต่กำเนิดมากกว่าเด็กที่เกิดโดยธรรมชาติ ตั้งแต่ 1.29 เท่า 43 ถึง 2 เท่า 44

ในกรณีของ surrogacy ควรได้มีการอภิปรายประเด็นในการให้คำปรึกษาต่อทั้ง CC และ SM ดังต่อไปนี้

1 ประเมินเหตุจูงใจของ CC ในการทำ surrogacy ว่ามีเหตุผลทางการแพทย์หรือสังคมที่เพียงพอ (มิใช่เพียง ไม่มีเวลาว่างจะตั้งครรภ์ หรือ

กล่าวการตั้งครรภ์มีผลกับรูปร่างหรือความสวยงาม)

2 ช่วยให้ CC เข้าใจบทบาทของบุคคลที่สามที่จะเข้ามามีส่วนในกระบวนการ

3 เน้นให้ทราบว่า สามีหรือภรรยาอาจคิดเรื่องนี้ไม่เหมือนกัน

4 ประเมินสภาพจิตใจของ SM เหตุผลของการมาเป็น SM

5 ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจะปกปิดหรือเปิดเผยข้อมูลของบุคคลที่สามกับเด็กที่เกิดมาในอนาคต อภิปรายตักเตือนความยุ่งยากและผลกระทบในการจะนิยามความเป็นพ่อแม่กับเด็กทั้งในแง่จิตวิทยา ทางกฎหมาย แง่คิดทางศาสนา วัฒนธรรมที่มีกับการทำ surrogacy รวมทั้งที่จะเกิดกับเด็กต่อไปในอนาคต และควรบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ด้วย

6 ชี้แจงบทบาทหน้าที่ของ SM หรือ donor อื่นต่อครอบครัวผู้รับบริจาคว่าควรมีขอบเขตเพียงใด

7 อภิปรายกับ SM ว่า การเข้ามาทำหน้าที่นี้อาจส่งผลกับครอบครัวของเธอเองในระยะสั้นและระยะยาวอย่างไร

8 ช่วยให้ SM ได้คิดยืนยันกับตัวเองอีกครั้งว่า การมาเป็น SM มิได้เกิดจากการถูกบังคับหรือเพราะอำนาจทางการเงิน
สำหรับแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

American College of Obstetricians and Gynecologists 2004⁴⁵ ได้ให้แนวทางสำหรับแพทย์ที่ทำงานเกี่ยวกับ surrogacy และการให้คำแนะนำแก่ผู้มารับบริการดังต่อไปนี้

1 ข้อบ่งชี้ในทางการแพทย์ควรมาก่อนความสะดวกสบายของ CC และสุขภาพของ SM สำคัญกว่าสิ่งที่ SM ต้องการจากการได้เป็น SM

เสมอ ดังนั้น ควรมีการคัดกรองทั้งในแง่ความเสี่ยงทางสุขภาพกายและจิตใจอย่างเหมาะสมกับทั้ง 2 ฝ่าย ก่อนเข้าสู่กระบวนการทุกครั้ง (ตัวอย่างเช่น ข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ในการทำ surrogacy ที่ Bourn Hall Clinic ในอังกฤษ¹⁰ คือ เมื่อต้องตัดมดลูกจากการเป็นมะเร็ง หรือตกเลือดด้วยสาเหตุต่างๆ ไม่มีมดลูกแต่กำเนิด มีการแท้งบ่อยครั้ง ล้มเหลวจากการทำ IVF วิธีอื่นๆ หรือมีโรคทางกายใดๆที่ไม่ควรตั้งครรภ์เท่านั้น)

2 สุขภาพของ SM ที่อาจเกิดปัญหาขึ้นเมื่อตั้งครรภ์ สำคัญกว่าการจะต้องคลอดบุตรที่แข็งแรงให้ CC เสมอ

3 แพทย์ควรปฏิเสธหากเห็นว่า เด็กที่เกิดมาอาจไม่ได้รับการเลี้ยงดูที่ดี อาจมีอันตรายหรือไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม

4 หากขัดแย้งกับจริยธรรม หรือความเห็นส่วนตัวของแพทย์เองก็ควรปฏิเสธหรือส่งให้แพทย์ผู้อื่นดูแลแทน

5 กรณีที่ SM ถูกจัดหามาโดยตัวแทน agency ต่างๆ ควรเลือกผู้มาจากตัวแทนที่ไม่หวังผลกำไร

6 การจ่ายค่าตอบแทนกับ SM ควรมีข้อตกลงระหว่างทั้ง SM กับ CC ที่เป็นลายลักษณ์อักษร และตอบแทนกับการที่ SM สละเวลา ให้ความพยายามที่ดูแล ตั้งครรภ์ โดยเสี่ยงกับสุขภาพชีวิตส่วนตัว หรือสูญเสียรายได้ที่ควรได้ไป แต่มิใช่กำหนดว่าจะจ่ายค่าตอบแทนเมื่อสามารถคลอดเด็กที่สุขภาพดีให้ CC ได้ ซึ่งจะเท่ากับยอมรับให้มีการซื้อขายเด็กเกิดขึ้น⁴⁶ แพทย์เองไม่ควรรับเป็นผู้จัดหา SM มาให้ CC และไม่รับค่าตอบแทนมากกว่าการปฏิบัติรักษาทางการแพทย์ที่ได้ทำทั้งจาก SM และ CC

7 ไม่ควรแนะนำชักจูงให้หญิงใดหรือผู้ช่วยคนใดมาเป็น SM โดยยกค่าตอบแทนมาจูงใจ

8 เก็บรักษาความลับ และจะเปิดเผยต่อเมื่อได้รับอนุญาต

9 แพทย์และสถานพยาบาลนั้นควรจัดให้มีระบบในการเก็บข้อมูลเหล่านี้ในระยะยาว พร้อมทั้งอำนวยความสะดวกกับเด็กที่เกิดมาและภายหลังต้องการจะเข้ามาค้นหาข้อมูลการเกิดของเขาได้ตามสิทธิที่มี

หน้าที่ขององค์กรที่จัดให้มี surrogacy

van den Akker (1999)²⁸ ได้ทำการศึกษาและแนะนำไว้ตามประสบการณ์ในประเทศอังกฤษว่า

1 องค์กรควรกำหนดนโยบายเรื่องผู้มาขอรับบริการซึ่งอาจเป็นชายหญิงรักร่วมเพศ หญิงที่ไม่มีคู่แต่อยากมีบุตร หรืออื่นๆ ว่า จะปล่อยให้ เป็นสิทธิเสรีภาพส่วนบุคคล หรือเป็นเรื่องจริยธรรม

2 งานวิจัยพบว่า ทั้ง CC และ SM มีความรู้เกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยีช่วยมีบุตรและ surrogacy น้อยมาก ดังที่ Jadva (2003)²⁰ รายงานว่า ผู้ที่มาสวมครเป็น SM ถึงร้อยละ 68 เรียงนรู้กระบวนการนี้จากสื่อมวลชน ซึ่งสิ่งที่ทั้งสองฝ่ายรับรู้มา มักทำให้ “ความคาดหวังเกินจริง” เสมอ แต่ก็ เป็นเหตุให้ผิดหวัง และมี drop out ตามมาสูง ดังนั้น ควรมีการให้ความรู้กับทุกฝ่ายก่อนทุกครั้ง²⁰

3 ควรมีเกณฑ์การคัดเลือกทั้ง CC และ SM อย่างชัดเจน เป็นระบบ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สภาพเศรษฐกิจฐานะและสังคมให้ครบถ้วน ไม่ดูเพียงอายุ และสุขภาพร่างกาย ดังที่ปฏิบัติกันทั่วไป ส่วนการที่จะจัดให้มีเกณฑ์มาตรฐานสำหรับทุกองค์กร เพื่อป้องกันกรณีที่ทั้งสองฝ่ายจะวนเวียนไปหาองค์กรอื่นที่รับตนเข้ากระบวนการจนได้หรือไม่ นั้น ยังเป็นข้อถกเถียง

4 ควรหาผู้ให้คำปรึกษาที่ได้รับการอบรมและมีความชำนาญประจำองค์กร

5 ประเด็นการให้คำปรึกษา ได้แก่ การแนะนำทางเลือกอื่นนอกจากการทำ surrogacy ความสำคัญของการมีพันธูกรรมร่วมกับเด็ก ความยุ่งยากทางกฎหมาย จิตใจและสังคม ความสัมพันธ์ระหว่าง CC กับ SM ตลอดจนกระบวนการรวมทั้งการเปิดเผยข้อมูลกับเด็กในอนาคต และอาจขอพบกับสมาชิกอื่นในครอบครัวของทั้ง SM และ CC เพื่อประเมินว่ายินดี เพียงใด

6 การตกลงใดๆ ระหว่างผู้ร่วมกระบวนการทั้งหมดควรบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร แม้จะยังไม่มีความหมายบังคับ (ซึ่งกฎหมายควรเป็นกลางกับทั้ง CC และ SM) ไม่ควรใช้ความเชื่อใจส่วนตัวต่อไป

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

surrogacy เป็นกระบวนการที่วิทยาศาสตร์ทางการแพทย์สร้างขึ้น โดยรวมการใช้เทคโนโลยีการช่วยการตั้งครรภ์ กับการรับบุตรบุญธรรมแบบที่บุตรมีพันธูกรรมร่วมอยู่ด้วย อันเป็นผลให้กระบวนการนี้ซับซ้อนกว่าการพิจารณาขั้นตอนทั้งสองแยกจากกัน การทบทวนเอกสารนี้ยังอิงการศึกษารายงานที่เกิดขึ้นในต่างประเทศ เนื่องจากไม่สามารถสืบค้นรายงานเกี่ยวกับสภาพทางสังคมและจิตใจในประเทศไทยได้ และแม้ว่า ผลของเอกสารที่ทบทวนได้ส่วนใหญ่ระบุว่า ไม่เกิดความแตกต่างหรือมีผลเสียเกิดแก่ฝ่ายใดที่เข้าร่วมในกระบวนการนี้ แต่ข้อควรระวังคือ กระบวนการนี้ส่งผลกับระบบความคิดทางครอบครัวของสังคมโดยรวม ไม่ควรจำกัดมุมมองแต่ผลอันเกิดแก่กลุ่มคนเล็กๆ นอกจากนี้ ลักษณะงานวิจัยมีจำนวน

ตัวอย่างประชากรที่ไม่มาก และส่วนใหญ่ยังเป็นกลุ่มที่ได้รับการคัดเลือกโดยองค์กร หรือ agency วิธีการเก็บข้อมูลก็แตกต่างกันอย่างมาก อาจทำให้มีความโน้มเอียงของข้อมูลที่ได้ไปในทางบวก หรือได้ลักษณะข้อมูลที่ไม่กว้างพอ ในขั้นต้นนี้ ผู้ทบทวนเอกสารคิดว่า การศึกษาด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก น่าจะได้ข้อมูลมากกว่าการใช้แบบสอบถามมาตรฐานที่แจกให้ตอบกลับมาเอง ข้อด้อยอีกประการหนึ่งของการศึกษาส่วนใหญ่ที่ทบทวนมาคือ เป็นการศึกษาระยะสั้น หรือตัดขวาง (cross sectional) ใช้การระลึกความจำ (recall) ตอบ ทำให้ไม่อาจเห็นภาพสิ่งที่เกิดกับทุกฝ่ายในระยะยาวได้จริง อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลที่ได้ อาจบอกได้ว่า หากมีการเตรียมตัวและควบคุมการทำ surrogacy ที่ดี ก็สามารถทำให้ผลของกระบวนการออกมาในทางที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องพอใจได้อย่างน้อย ก็ในระยะสั้น ซึ่งอาจได้แก่มาตรการต่อไปนี้

1 การนำกระบวนการนี้เข้าสู่ระบบที่โปร่งใส และมีการควบคุมทั้งคุณภาพการใช้เทคโนโลยีโดยองค์กรวิชาชีพแพทย์เอง

2 มีการให้ความรู้ความเข้าใจกับเรื่องนี้ที่ครบถ้วนทุกด้านผ่านสื่ออย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันการนำเสนออิสระที่อาจเกินจริง ชักจูงให้ผู้ขาดความรู้และเสียเปรียบทางสังคมเข้าสู่ระบบ

3 ในแง่ของกฎหมายควรครอบคลุมในแง่ต่อไปนี

3.1 กำหนดลักษณะของ CC และ SM คร่าวๆ เช่น มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ต่างๆ ของ CC ไว้ เพื่อป้องกันการใช้เทคโนโลยีและกระบวนการนี้ในเชิงพาณิชย์ อย่างไรก็ตาม การกำหนดว่า CC ต้องเป็นสามีภรรยาที่ถูกต้องตามกฎหมาย อาจเป็น การจำกัดสิทธิของกลุ่ม

รักร่วมเพศ หรือสตรีที่ยังไม่แต่งงาน

3.2 ป้องกันการนำกฎหมายนี้ไปอ้างเหมือนกับยอมรับได้ว่า การมาเป็น SM เป็น “อาชีพที่ถูกต้องกฎหมาย” อีกอาชีพหนึ่ง

3.3 สร้างความเท่าเทียมกันในการต้องการมีบุตรโดยไม่ขึ้นกับฐานะทางการเงิน เช่น อนุญาตให้เบิกค่าใช้จ่ายในการเข้ารักษานี้ได้ในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ต้องเข้ากระบวนการนี้⁷

3.4 มีการบังคับให้ทุกองค์กรจัดการให้คำปรึกษาที่มีรูปแบบและบุคลากรมาตรฐาน เพื่อคัดกรอง ให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอแม้แต่หลังจบกระบวนการไปแล้ว พร้อมทั้งจะช่วยเหลือเด็กที่ต้องการรู้ข้อมูลในภายหลัง ตามสิทธิที่มีตามกฎหมาย

3.5 การบันทึกข้อมูล การรักษา ความลับ และการรายงานสถิติต่างๆ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาติดตามในอนาคต

3.6 ลักษณะสัญญาระหว่างคู่สมรสที่ต้องการมีบุตรกับหญิงผู้รับตั้งครรภ์ ควรกล่าวถึงการจ่ายค่าตอบแทนที่เหมาะสม สถานะความเป็นพ่อแม่ การจะได้พบกับเด็ก ส่วนการเลี้ยงดู หรือการยอมให้เปิดเผยการเกิดแก่เด็ก โดยป้องกันมิให้อำนาจทางการเงินมาทำให้ SM เสียเปรียบด้วยสิทธิลง

3.7 การขอรับเป็นบุตร⁴⁶ จะให้จดทะเบียน เหมือนรับบุตรบุญธรรมหรือไม่ ซึ่งตามกฎหมายในต่างประเทศ การยกบุตรให้เป็นบุตรบุญธรรมของผู้อื่น จะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อเด็กเกิดแล้วเท่านั้น อันอาจทำให้การนำบุตรไปดูแลโดย CC ล่าช้าออกไปจนอาจมีผลต่อพัฒนาการของเด็ก และจะปรากฏ ชื่อของ SM ในสูติบัตร

3.8 การปฏิเสธความเป็นพ่อแม่ทางกฎหมาย (ซึ่งอาจเกิดขึ้นได้จากทั้งสองฝ่าย) เช่น หาก CC หย่าร้างหรือไม่ต้องการเลี้ยงดูเด็กต่อด้วยเหตุผลต่างๆ แต่ก็อาจยากสำหรับฝ่ายสามีที่จะปฏิเสธ เนื่องจาก surrogacy จะอาศัยเชื้ออสุจิของเขาเสมอ

3.9 สิทธิที่ผู้เป็น SM จะสามารถเปิดเผยหรือต้องการการเป็นผู้ให้ไข่หรือเป็นผู้ตั้งครรภ์ของตนทั้งต่อสาธารณชนหรือต่อเด็ก

3.10 สิทธิที่เด็กจะได้รับรู้การเกิดของตน หรือการไปค้นหา SM เมื่อเติบโตขึ้น

สรุป

การรับตั้งครรภ์แทนหรือ surrogacy ยังถือเป็นปรากฏการณ์ใหม่อีกครั้งหนึ่ง ที่วิทยาศาสตร์การแพทย์มาสร้างคลื่นกระทบสังคมมนุษย์ในเกือบทุกด้านในช่วงยี่สิบกว่าปีที่ผ่านมา ผลของคลื่นนี้ต่อผู้เข้าสู่กระบวนการนี้โดยเฉพาะเด็กและครอบครัวในทางลึก และต่อแนวคิดของสังคมมนุษย์ในภาพกว้างเป็นสิ่งที่ควรมีการติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด การอาศัยกฎหมายหรือข้อบังคับอาจเป็นเครื่องมือที่ช่วยสร้างระเบียบของการใช้เทคโนโลยี แต่การสร้างและธำรงความหมายอันยิ่งใหญ่ของความเป็นครอบครัวยังคงเป็นสิ่งที่คนและสังคมต้องเป็นผู้ชี้นำกฎหมายมากกว่าการให้กฎหมายซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพียงสร้างความชัดเจนและลดความขัดแย้ง แต่มิได้บัญญัติเพื่อความเจริญอกงามทางวัฒนธรรมมาปกครองความคิดของเรา และควรระวังในการนำกฎหมายไปอ้างความถูกต้องให้เกิดอาชีพรับตั้งครรภ์ตามมาอีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Ciccarelli J, Beckman L. Navigating rough waters: An overview of psychological aspects of surrogacy. J Soc Issues 2005;61: 21-43.
2. Edelmann RJ. Surrogacy: the psychological issues. J Reprod Infant Psychol 2004;22:123-36.
3. The ESHRE Capri Workshop Group. Social determinants of human reproduction. Hum Reprod 2001;16:1518-26.
4. ประมวล วิรุฒมเสน. พระราชบัญญัติการคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์. รายงานจากการประชุมวิชาการประจำปี 2548 ของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมอนามัยการเจริญพันธุ์(ไทย)และชมรมเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์แห่งประเทศไทย โรงแรมเอเชีย กรุงเทพฯ 18-20 พฤษภาคม 2548.
5. Shore C. Virgin births and sterile debates: anthropology and the reproductive technologies. Curr Anthropol 1992;33:295-314.
6. Stotland NL. Psychiatric issues related to infertility, reproductive, technologies, and abortion. Prime care: clinics in 2002;29:13-26.
7. Beckman LJ, Harvey SM. Current reproductive technologies: increased access and choice?. J Soc Issues 2005;61:1-20.
8. China internet information center[homepage on the internet]. Gestational surrogacy banned in China. Available from: <http://www.china.org.cn/english/2001/jun/15215.htm>
9. Schenker JG. Assisted reproductive practice: religious perspectives. Reprod Biomed online 2005;10:310-9.

10. Serour G I. Bioethics in infertility management in the muslim world[homepage on the internet] Gyru Medical. Available from: <http://www.obgyn.net/eago/art12.htm>
11. Brisden PR, Appleton TC, Murray E Hussein M, Akagbosu F, Marcus SF. Treatment by in vitro fertilization with surrogacy: experience of one British centre. *BMJ*. 1994; 320: 924-9.
12. Baor L, Blickstein I. En Route to an "instant Family": psychosocial considerations. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2005;32 :127-39.
13. Chen TH, Chang SP, Tsai CF, Juang KD. Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Human Reprod* 2004;19: 2313-8.
14. Fassino S, Piero A, Boggio S, Piccioni V, Garzaro L. Anxiety, depression and anger suppression in infertile couples: a controlled study. *Hum Reprod* 2002;17:2986-94.
15. Guerra D, Liobera A, Veiga A, Barri PN. Psychiatric morbidity in couples attending a fertility service. *Hum Reprod* 1998;13: 733-6.
16. Matsubayashi H, Hosaka T, Izumi S, Suzuki T, Makino T. Emotional distress of infertile woman in Japan. *Hum Reprod* 2001;16:966-9.
17. Dyer SJ, Abrahams N, Mokoena NE, Lombard CJ, van der Spuy ZM. Psychological distress among women suffering from couple infertility in South Africa: a quantitative assessment. *Hum Reprod* ; 2005;20:1938-43
18. Baslington H. The social organization of surrogacy: relinquishing a baby and the role of payment in the psychological detachment process. *J. Health Psychol* 2002;7:57-71.
19. Ciccarelli JC. The surrogate mother: A post-birth follow-up study. Unpublished Doctoral Dissertation. Los Angeles: California School of Professional Psychology 1997.
20. Jadva V, Murray C, Lycett E, MacCallum F, Golombok S. Surrogacy: the experience of surrogate mothers. *Hum Reprod* 2003;18: 2196-204.
21. Dickens BM. Ethical issues arising from the use of assisted reproductive technologies. In. Vayena E, Rowe PJ, Griffin PD. Editors. *Medical, Ethical and Social Aspects of Assisted Reproduction*. Report of a meeting held at WHO Headquarters in Geneva, Switzerland, 2001, 17 -21; 333-48.
22. Blyth E. "I wanted to be interesting. I wanted to be able to say 'I've done something with my life'": Interviews with surrogate mothers in Britain. *J Reprod Infant Psychol* 1994;12:189-98.
23. Ragone H. Chasing the blood ties: Surrogate mothers, adoptive mothers and fathers. *American Ethnologist* 1996;23:352-65.
24. van den Akker O. The importance of a genetic link in mothers commissioning a surrogate baby in UK. *Hum Reprod* 2000;15:1849-55.
25. Kleinpeter CB. Surrogacy: the parent's story. *Psychol Rep* 2002;91:201-19.
26. Kleinpeter CH, Hohman MM. Surrogate motherhood: personality traits and satisfaction with service providers. *Psychol Rep* 2000;87: 957-70.
27. Fischer S, Gillman I. Surrogate motherhood: attachment, attitudes and social support. *Psychiatry* 1991 ;54:13-20.

28. Hohman MM, Hagan CB. Satisfaction with surrogate mothering: A relational model. *Journal of Human Behavior in the Social Environment* 2001;4:61-84.
29. van den Akker O. Organizational selection and assessment of woman entering a surrogacy agreement in the UK. *Hum Reprod* 1999;14:262-6.
30. ไสววรรณ ไผ่ประเสริฐ. การศึกษาการเจริญเติบโต และพัฒนาการของเด็กที่เกิดจากการปฏิสนธิโดยวิธี ICSI (บทคัดย่อจากวิทยานิพนธ์แพทย์ประจำบ้าน ภาควิชากุมารเวชศาสตร์) *J Thai Pediatr*: 40,1; 61-2.
31. Golombok S, MacCallum F. Practitioner review: outcomes for parents and children following non-traditional conception: what do clinicians need to know?. *J Child Psychol Psychiatry* 2003 44;303-15.
32. Golombok S, Brewaeys A, Giavazzi MT, Gerra D, MacCallum F, Rust J. The European study of assisted reproduction families: the transition to adolescence. *Hum Reprod* 2002;17:830-40.
33. Golombok S, MacCallum F, Murray C, Lycett E, Jadva V. Surrogacy families: parental functioning, parent-child relationships and children's psychological development at age 2. *J Child Psychol Psychiatry* ;In press 2005.
34. van den Akker. Adoption in the age of reproductive technology. *Journal Reproductive and Infant Psychology* 2004;19:147-59.
35. Braverman AM, Corson SL. A comparison of oocyte donor's and gestational carriers/surrogates' attitudes towards third party reproduction. *J Assis Reprod Genet* 2002;19: 462-9.
36. Patterson CJ. Lesbian and gay parenting [monograph on the internet]. Washington DC: American psychological association;1995 [cited June2005]. Available from: <http://www.apa.org/pi/parent.html>
37. Paige R U, editors. Resolution on sexual orientation, parents and children. Proceedings of the American Psychological Association 2004 July 28 -30; Honolulu, HI; 2005.
38. Perrin EC. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Technical report: coparent or second-parent adoption by same-sex parents. *Pediatrics* 2002;109:341-4.
39. Huggins SL. A comparative study of self-esteem of adolescent children of divorced lesbian mothers and divorced heterosexual mothers. *J Homosex* 1989;18:123-35.
40. Golombok S, Murray C, Brisden P, Abdalla H. Social versus biological parenting: family functioning and the socioemotional development of children conceived by egg or sperm donation. *J Child Psychol Psychiatry* 1999;40:519-27.
41. Steril F. Informing offspring of their conception by gamete donation. [monograph on the internet] In. Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine American Society for Reproductive Medicine. Ethical considerations of assisted reproductive technology. 2004. Washington DC; Available from: <http://www.asrm.org/Media/Ethics/ethicsmain.html>
42. Boivin J Appleton TC, Baetens P, Baron J, Bitzer J, Corrigan E. et al. Guidelines for counselling in infertility: outline version. *Hum Reprod* 2001;16:1301-4.

43. Rimm AA, Katayama AC, Diaz M, Katayama KP. A meta-analysis of controlled studies comparing major malformation rates in IVF and ICSI infants with naturally conceived children. *J Assist Reprod Genet* 2004 ;21:437-43.
44. Hansen M, Kurinczuk JJ, Bower C, Webb S. The risk of major birth defects after intracytoplasmic sperm injection and in vitro fertilization. *N Engl J Med.* 2002; 346: 725-30.
45. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Ethics 2003-2004. Surrogate motherhood. In. *Ethics in Obstetrics and Gynecology.* 2nd ed. American College of Obstetricians and Gynecologists 2004. Available from http://www.acog.org/from_home/publications/ethics/ethics050.pdf
46. Steinbock B. Payment for egg donation and surrogacy. *Mtt Sinai J of Med* 2004; 71:255-65.
47. Ciccarelli JK, Caiccarelli JC. The legal aspects of parental rights in assisted reproductive technology. *J Socl Issues* 2005;61:127-37.