

บทที่ 5

พันธมิตรไตรภาคีในการผลักดัน

กระบวนการนำนโยบายวางแผนครอบครัวไปปฏิบัติ

หลังจากที่อุดมการณ์คุมกำเนิดก้าวขึ้นเป็นอุดมการณ์หลักทางประชากรของรัฐบาลแล้ว พันธมิตรไตรภาคีจึงสามารถสร้างวาทกรรมอย่างเหตุผลได้อย่างชอบธรรมในการผลักดันกระบวนการนำนโยบายวางแผนครอบครัวไปปฏิบัติในรูปของโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ ความสำเร็จของโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติอยู่ที่ความสามารถของพันธมิตรไตรภาคีในการจัดการด้านทรัพยากรการบริหารและด้านการบริหารมาตรการนโยบายต่างๆ ให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในการจำกัดขนาดครอบครัวที่มีอยู่ก่อนแล้ว จากการกำหนดของบริบทเชิงโครงสร้างของระบบทุนนิยม รัฐบาล-อำนาจนิยม และระบบอุดมการณ์แห่งการพัฒนา ดังนั้นในบทนี้จะนำเสนอปัจจัยด้านผู้กระทำการนโยบายในรูปพันธมิตรไตรภาคีของชนชั้นนำในภาคราชการภาคเอกชนภายในประเทศ และภาคต่างประเทศที่เป็นตัวหลักในการผลักดันกระบวนการนำนโยบายวางแผนครอบครัวไปปฏิบัติ

1. การก่อรูปของพันธมิตรไตรภาคี

1.1 การเข้าร่วมของภาคเอกชนในประเทศ

พันธมิตรไตรภาคีพัฒนาขึ้นมาจากพันธมิตรทวิภาคีในการผลักดันนโยบายวางแผนครอบครัวแห่งชาติปี 2513 พันธมิตรทวิภาคีมีฐานะเป็นหุ้นส่วน (partnership) ของชนชั้นนำที่ประกอบด้วยกลุ่มเทคโนโลยีในระบบราชการ (กลุ่มแพทย์, กลุ่มนักเศรษฐศาสตร์ และกลุ่มนักสังคมศาสตร์) และกลุ่มพลังภายนอก (USOM, Population Council, ECAFE)

กลุ่มชนชั้นนำของภาคเอกชนภายในประเทศยังไม่ได้เข้าร่วมในหุ้นส่วนพันธมิตรก่อนการประกาศใช้นโยบายวางแผนครอบครัวปี 2513 เนื่องจากสาเหตุที่แตกต่างกันคือ

- สมาคมวางแผนครอบครัวเอกชนคือ สมาคมครอบครัวบริการแห่งประเทศไทยที่นำโดยนายแพทย์ เอ็ม ณ บางช้าง ถึงแม้ว่าจะได้ชื่อว่าเป็นสมาชิกของสหพันธ์วาง

แผนครอบครัวระหว่างประเทศ (IPPF) แต่สมาคมครอบครัวฯ ถือได้ว่าเป็นเพียงกิจกรรมส่วนตัวของนายแพทย์ เอิบ ซึ่งยังมีแนวคิดพื้นฐานสนับสนุนการมีลูกมากโดยใช้การส่งเสริมวิธีคุมกำเนิดชั่วคราวเพื่อบรรเทาปัญหาของข้าราชการชั้นผู้น้อยในเมืองเป็นสำคัญ (ชัยยนต์ ประดิษฐศิลป์, 2533 : 278-280)

- กลุ่มนายทุนภายในประเทศยังไม่เข้าเป็นสมาชิกของพันธมิตรเนื่องจากถูกกีดกันจากชนชั้นนำทหารอนุรักษ์นิยม เพราะระแวงว่าคนจีนจะมาผลักดันนโยบายให้คนไทยมีลูกน้อยแต่คนจีนมีลูกมาก ทำให้สัดส่วนคนจีนในไทยสูงขึ้นจนอาจมีผลสนับสนุนให้คนจีนเข้ามามีอำนาจรัฐได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ในแต่ละปีของนายทุนเองก็มีความคิดไม่ลงรอยระหว่างการคุมกำเนิดและการส่งเสริมการมีลูกมีมาก ส่วนในกรณีของโรงพยาบาลหัวเฉียวซึ่งเป็นตัวแทนของทุนธนาคารกลุ่มไทหัว เข้ามามีบทบาทในการผลักดันนโยบายในฐานะเป็นเพียงช่วยเสริมข้อมูลให้แก่พันธมิตรทวิภาคี (เพ็งอ้าง : 310-311)

- กรณีนายทุนพ่อค้ากลุ่มร้านขายยา มีบทบาทในการขายเวชภัณฑ์คุมกำเนิดแบบชั่วคราวโดยเฉพาะยาเม็ดคุมกำเนิดด้วยการติดต่อเป็นการส่วนตัวระหว่างผู้ซื้อมาตั้งแต่หลังเปลี่ยนแปลงการปกครอง 2475 และต่อมาในยุคแห่งการพัฒนา ก็ยังได้รับความชอบธรรมจากรัฐในการขายยาโดยควบคุมการใช้สื่อมวลชนตั้งแต่การประกาศนโยบายวางแผนครอบครัวตามใจสมัครของประชาชนตั้งแต่ปี พ.ศ.2504 ทำให้ร้านขายยา มีบทบาทในการสนับสนุนการคุมกำเนิดมาก แต่ร้านขายยาไม่เข้าไปร่วมพันธมิตรทวิภาคี เนื่องจากร้านขายยาสามารถดำเนินธุรกิจได้ภายในกรอบนโยบายวางแผนครอบครัวปี 2504

ภาคเอกชนในประเทศเข้าร่วมเป็นสมาชิกส่วนที่สามของพันธมิตรไตรภาคี หลังจากที่มีประกาศนโยบายวางแผนครอบครัวแห่งชาติเมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2513 กล่าวคือหลังจากที่มีการประกาศเจตนารมณ์ของรัฐว่าจะเข้าไปควบคุมการเจริญพันธุ์ของประชาชนอย่างจริงจังโดยใช้ระบบการวางแผนส่วนกลางผนวกการคุมกำเนิด (ซึ่งถูกผูกขาดให้ใช้คำว่าวางแผนครอบครัว) เข้าในแผนพัฒนาแห่งชาติ ผลที่ตามมาคือการจัดตั้งโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติโดยการนำของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งได้กลายเป็นกลไกในการสร้างพันธมิตรไตรภาคีขึ้นมา

กระทรวงสาธารณสุขได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบการดำเนินงานของโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ โดยมีกองอนามัยครอบครัวเป็นผู้จัดการในการดึงผู้กระทำการของภาคเอกชนในประเทศเข้าร่วมในพันธมิตร พันธมิตรไตรภาคีเคลื่อนไหว

โดยอาศัยเวทีคณะกรรมการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ รวมถึงคณะกรรมการการวิจัย และประเมินผลงานวางแผนครอบครัว และคณะกรรมการการประสานงานวางแผนครอบครัวระหว่างภาครัฐบาลและภาคเอกชน (Rosenfield, 1996 : 11-12 ; ธีชัย มุ่ง การดี, 2533 : 3-4) กล่าวคือ

“สำหรับการปฏิบัติงานด้านกิจกรรมวางแผนครอบครัวนั้นอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของกองอนามัยครอบครัว ซึ่งมีหน้าที่และความรับผิดชอบในด้านจัดการประสานและติดตาม กำกับกิจกรรมวางแผนครอบครัวและจัดหาเวชภัณฑ์และอุปกรณ์คุมกำเนิด จัดการความช่วยเหลือจากต่างประเทศให้การสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ รวมทั้งฝึกอบรม นิเทศ เผยแพร่ และประชาสัมพันธ์ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งทำหน้าที่เป็นสำนักงานเลขาธิการโครงการวางแผนครอบครัว” (บุญเลิศ เลี้ยวประไพ, 2533 : 55)

องค์กรต่าง ๆ ของภาคเอกชนในประเทศที่เกี่ยวกับการคุมกำเนิดนั้นตั้งแต่เริ่มแรกอยู่ภายใต้การอุปถัมภ์ของรัฐบาล และต้องพึ่งพิงพลังภายนอกประเทศ แต่องค์กรเหล่านี้ก็สามารถพัฒนาตัวเองจนมีฐานะเป็นหุ้นส่วนของพันธมิตรไตรภาคีได้ด้วยวิธีการต่าง ๆ ดังนี้

1.1.1 สมาคมวางแผนครอบครัวเอกชน

สมาคมวางแผนครอบครัวเอกชนประกอบด้วยสมาคมหลัก 6 สมาคมด้วยกัน คือ สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย (สวท.), สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน, สมาคมทำหมันแห่งประเทศไทย หรือต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็นสมาคมทำหมันและพัฒนาคุณภาพชีวิตแห่งประเทศไทย, สมาคมสนับสนุนโครงการวางแผนครอบครัวในด้านประชาสัมพันธ์แห่งประเทศไทย (ASIN) หรือต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็นสมาคมส่งเสริมการผสมผสานกิจกรรมพัฒนาประชากรและสาธารณสุขแห่งประเทศไทย, สมาคมส่งเสริมโครงการวิจัยทางเจริญพันธ์แห่งประเทศไทย และสมาคมเร่งรัดพัฒนาคุณภาพชีวิต

สมาคมวางแผนครอบครัวเอกชนถูกจัดตั้งขึ้นมาจากการริเริ่มและอุปถัมภ์ของกลุ่มเทคโนโลยีที่เป็นชนชั้นนำข้าราชการและนักวิชาการโดยอาศัยความช่วยเหลือจากองค์การระหว่างประเทศ ซึ่งอยู่ในรูปเงินทุนประจำโครงการและยารวมถึงอุปกรณ์คุมกำเนิดคิดเป็นมูลค่าถึงร้อยละ 80-90 ของงบประมาณในการดำเนินงานทั้งหมด (ชัยยนต์ ประดิษฐศิลป์, 2533 : 395) อิทธิพลขององค์การต่างประเทศจะเห็นได้ชัดเจนจากลักษณะและรูปแบบการดำเนินงานของแต่ละสมาคมว่าเป็นไปตามทิศทางของกระแส

การให้ทุน (สัมภาษณ์เอมอร์ โชตินุกุล, ผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักงานสมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย, 14 มิถุนายน 2540)

อย่างไรก็ดีในบรรดาสมาคมวางแผนครอบครัวทั้งหมด จะพบว่ามิสมาคมพัฒนาประชากรและชุมชนที่สามารถพัฒนาตัวเองเป็นอิสระจากการครอบงำของระบบราชการ และการพึ่งพิงองค์ของพลังภายนอกจนอยู่ในฐานะหุ้นส่วนอย่างเต็มรูปของพันธมิตรใดภาคี

(1.1.1.1) สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระศรีนครินทร์บรมราชชนนี

การก่อรูปของสมาคมวางแผนครอบครัวเอกชนเริ่มต้นจากการก่อตั้งสมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย (สวท.) เป็นแห่งแรก สวท. ก่อรูปขึ้นมาในปี พ.ศ.2512 โดยการนำของกลุ่มชนชั้นนำข้าราชการและนักวิชาการของรัฐได้แก่ พลเอกเนตร เขมะโยธิน เลขาธิการสภาวิจัยแห่งชาติ และปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี, มล. เกษตร สนิทวงศ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย, นายแพทย์สมบุญ ผ่องอักษร ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, ดร.วิศิษฐ์ ประจบเหมาะ ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและฝึกอบรมทางประชากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, นายแพทย์จรัส ยามะรัต คณะแพทย์ศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ขุนสัจด์ จากโรงพยาบาลหญิง, นายแพทย์ยินดี ศุภเสน ผู้อำนวยการฝ่ายสาธารณสุขเทศบาลกรุงเทพฯ และคุณหญิงสุภาพ วิเศษสุรการ ศาสตราจารย์คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (คณะกรรมการสมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย 2533 : 14 ; สัมภาษณ์ เอมอร์ โชตินุกุล, เจ้าหน้าที่ชุดก่อตั้งสมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย, 14 มิถุนายน 2540)

แรงจูงใจเชิงผลประโยชน์ในการก่อตั้งสมาคมฯ คือโอกาสที่จะได้รับเงินสนับสนุนจาก IPPF เนื่องจาก IPPF เห็นว่าการทำงานขององค์กรเอกชน มีประสิทธิภาพสูงกว่าราชการ ผู้นำกลุ่มก่อตั้งได้รับข้อมูลเหล่านี้จากการเดินทางไปประชุมอบรมในต่างประเทศจนมีการกล่าวว่ “ทุนเรื่องวางแผนครอบครัวมีเยอะเหมือนนกบินให้ยิงได้ง่ายๆ” (สัมภาษณ์เอมอร์ โชตินุกุล, เพิ่งอ้าง)

นอกจากนี้ยังมีแรงจูงใจในการก่อตั้งองค์กรเอกชนเพื่อใช้ในการผลักดันนโยบายวางแผนครอบครัวแห่งชาติที่มีประสิทธิภาพกว่าสมาคมครอบครัวบริการแห่งประเทศไทยที่ “ไม่ Work พอ” (เพิ่งอ้าง) ดังนั้นการเริ่มก่อตั้ง สวท. จึงเป็นความต้องการ

ขยายฐานอำนาจของกลุ่มเทคโนโลยีโครตในการผลักดันนโยบายคุมกำเนิดแห่งชาติเป็นสำคัญ

หลังจากที่มีการประกาศนโยบายคุมกำเนิดแห่งชาติเมื่อวันที่ 17 มีนาคม พ.ศ.2513 แล้ว สภาคณาจารย์วางแผนครอบครัวฯ จึงได้ปรับวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งสมาคมอย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 14 เมษายน 2513 ว่ามีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการสนับสนุนนโยบายการวางแผนครอบครัวแห่งชาติในการเผยแพร่ความรู้และการให้บริการวางแผนครอบครัว (สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย, 2515 : 1-2)

สถานภาพของ สวท. เมื่อพิจารณาในเชิงปริมาณจากรายชื่อของคณะกรรมการอำนวยการชุดแรก พ.ศ.2513-2515 เปรียบเทียบกับชุดที่ 9 พ.ศ.2532-2535 จะพบว่า สวท. ยังคงอยู่ภายใต้การอุปถัมภ์ของชนชั้นนำข้าราชการ กล่าวคือ คณะกรรมการอำนวยการชุดแรกมีคณบดีของรัฐซึ่งประกอบด้วยคณบดีของกลุ่มเจ้า, ข้าราชการและนักวิชาการถึง 20 คน จากกรรมการทั้งหมด 24 คน และในชุดที่ 9 มีคณบดีของรัฐอยู่ถึง 12 คนจากกรรมการทั้งหมด 14 คน (ดูในภาคผนวก ข.)

และเมื่อพิจารณาในเชิงคุณภาพจะพบว่าคณะกรรมการอำนวยการของ สวท. ซึ่งมีบทบาทในการกำหนดนโยบายของสมาคมนั้นยังคงมี “แนวคิดแบบข้าราชการ” โดยมีคณะกรรมการบริหารเป็นตัวแทนของคณะกรรมการอำนวยการอีกทีหนึ่งในการเป็นที่เลื่องให้ผู้อำนวยการสำนักงานซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ในการวางโครงการตามนโยบายที่กำหนดไว้ ถึงแม้ว่าจะมีความคิดที่แตกต่างจาก “แนวคิดแบบราชการ” ในกลุ่มเจ้าหน้าที่ประจำของสมาคมแต่ก็ไม่มีอำนาจการนำในสมาคม (สัมภาษณ์เอมอร โชติบุญกุล, ผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักงานสมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทยช่วง พ.ศ. 2519-2526, 14 มิถุนายน 2540)

นอกจากนี้ยังมีนักธุรกิจในฐานะนายทุนในประเทศที่เข้ามาเป็นกรรมการในสมาคมวางแผนครอบครัวฯ ด้วย เช่น ในคณะกรรมการอำนวยการชุดแรกจะพบว่า มีนายบุญชู โรจนเสถียร กรรมการรองผู้จัดการใหญ่ธนาคารกรุงเทพ จำกัด ในสมัยนั้น นายเชาว์ขวัญยืน ผู้อำนวยการโรงกลั่นน้ำมันไทย และนายสุกิจ นิมมานเหมินทร์ อดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการ เป็นกรรมการ นักธุรกิจเหล่านี้ถึงแม้ว่ากรณีของนายเชาว์ “เขาเข้าใจถึงภาวะคุณภาพชีวิต เข้าใจถึงกำลังซื้อ ก็ทำให้เขาโดดมาช่วยเป็นกรรมการได้ ทั้งความคิดเห็นและได้กำลังทรัพย์จากเขาด้วย เขาให้เงินทันทีตั้ง 100,000 บาท ไม่ใช่

น้อยๆ” (สัมภาษณ์อารี สมบูรณ์สุข, อดีตนายกสมาคมวางแผนแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2528-2535, 29 พฤษภาคม 2529) แต่บทบาทหลักของนักธุรกิจในสมาคมฯ จริงๆ แล้วเป็นเพียงสัญลักษณ์ที่แสดงให้เห็นว่าสมาคมมีส่วนสมทบทุนจากภายในประเทศอันเป็นเงื่อนไขสำคัญ ในการขอทุนจาก IPPF มากกว่าเพราะ “เงินทุนของสมาคมฯ ไม่ได้จากนักธุรกิจ เพราะได้จาก IPPF เกือบ 100%” (สัมภาษณ์ เอมอร์ โชตินุกุล, ผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักงานสมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย ช่วง พ.ศ.2519-2526, 14 มิถุนายน 2540)

เมื่อพิจารณาสถานภาพของ สวท. ในความสัมพันธ์กับองค์การต่างประเทศจะพบว่า สวท. ยังคงต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงเงินทุนจาก IPPF ตั้งแต่เริ่มเป็นต้นมา กล่าวคือในช่วงแรกต้องพึ่งเงินจาก IPPF เกือบ 100% (เพ็งอ้าง) แต่ในช่วงหลัง (พ.ศ.2529) ก็ยังคงต้องพึ่งเงินจาก IPPF ถึง 80% ส่วน 20% ที่เหลือมาจากเงินช่วยเหลือของรัฐบาล 2 แสบบาทต่อปี ผ่านโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติตั้งแต่ปี 2526, เงินทุนต่างประเทศจากโครงการอื่น, การหารายได้ของสมาคม และการเก็บค่าบริการทางการแพทย์ (สัมภาษณ์อารี สมบูรณ์สุข, อดีตนายกสมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2528-2535, 29 พฤษภาคม 2529)

โดยสรุปแล้วฐานะของสมาคมวางแผนครอบครัวฯ ในพันธมิตร์ไตรภาคียังมีลักษณะเป็นผู้ได้อุปถัมภ์ของราชการ และพึ่งพิงเงินทุนจากต่างประเทศ นอกจากนี้เมื่อพิจารณาสถานภาพสมาคมวางแผนครอบครัวเอกชนอีก 4 สมาคมคือ สมาคมทำหมันฯ, สมาคม ASIN, สมาคมส่งเสริมโครงการวิจัยการเจริญพันธุ์ฯ และสมาคมเร่งรัดพัฒนาคุณภาพชีวิตก็จะพบว่าทั้งสี่สมาคมอยู่ในฐานะเช่นเดียวกับสมาคมวางแผนครอบครัวฯ ถึงแม้จะอยู่ในระดับที่แตกต่างกันคือ

(1.1.1.2) สมาคมทำหมันแห่งประเทศไทย

จัดตั้งขึ้นโดยกลุ่มแพทย์ที่เป็นข้าราชการและนักวิชาการตั้งแต่ปี 2518 จะพบว่าตั้งแต่เริ่มก่อตั้งสมาคมจะอยู่ภายใต้อุปถัมภ์ของกลุ่มแพทย์มาโดยตลอด กล่าวคือในคณะกรรมการชุดแรก พ.ศ.2518-2520 ปรากฏว่ากรรมการทั้ง 10 ตำแหน่งเป็นแพทย์ที่มาจากมหาวิทยาลัยของรัฐและกระทรวงสาธารณสุข ส่วนคณะกรรมการประจำปี 2532-2534 ยังคงเป็นแพทย์กลุ่มดังกล่าวถึง 9 ใน 10 ตำแหน่ง และมีนักวิชาการด้านประชากรศาสตร์ 1 คน (ดูภาคผนวก ญ.)

ส่วนในกรณีของเงินทุนดำเนินงานนั้นสมาคมทำหมันฯ ยังต้องพึ่งพิงเงินส่วนใหญ่จากโครงการทำหมันนานาชาติ (IPAVS), UNFPA และ USAID ส่วนที่เหลือส่วนน้อยนั้นได้รับจากโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติปีละ 2 แสนบาท, เงินค่าสมาชิกและการหาทุนภายในประเทศ (สมาคมทำหมันแห่งประเทศไทย มปป.)

(1.1.1.3) สมาคมสนับสนุนโครงการวางแผนครอบครัวในด้านประชาสัมพันธ์ (ASIN) ก่อตั้งขึ้นในปี 2518 โดยนายแพทย์สมบูรณ์ วัชรโรทัย อธิบดีกรมอนามัย ดังนั้นกลุ่มแพทย์ที่เป็นข้าราชการและนักวิชาการจึงเป็นผู้อุปถัมภ์สมาคมมาโดยตลอด กล่าวคือในคณะกรรมการบริหารชุดแรก พ.ศ.2520-2524 พบว่ามีกลุ่มแพทย์เป็นกรรมการถึง 10 ใน 12 คน และในชุดประจำปี พ.ศ.2532-2536 มีแพทย์ถึง 10 ใน 15 คน (ดูภาคผนวก ฎ)

งบประมาณส่วนใหญ่ของสมาคมได้รับจาก USAID ผ่านทาง FPIA (Family Planning International Assistance) ส่วนน้อยที่เหลือได้รับจากโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติจำนวน 2 แสนต่อปีตั้งแต่ปี 2526 และเงินบริจาคจากสมาชิกสมาคม (สัมภาษณ์ จำรูญ มีชนอม, อุปนายกสมาคมส่งเสริมการผสมผสานกิจกรรมพัฒนาประชากรและสาธารณสุขแห่งประเทศไทย, 21 เมษายน 2539)

การเปลี่ยนชื่อสมาคมฯ เป็นสมาคมส่งเสริมการผสมผสานกิจกรรมพัฒนาประชากรและสาธารณสุขแห่งประเทศไทยในปี 2532 โดยผนวกกิจกรรมด้านคุณภาพชีวิตและสาธารณสุขมูลฐานเข้าไว้ในวัตถุประสงค์ของสมาคม (วิฑูร แสงสิงห์แก้ว, 2539 : 10) แสดงให้เห็นปัญหาพึ่งพาเงินทุนจากภายนอกเนื่องจากต้องการขอทุนในรูปแบบโครงการด้านเอดส์ และสิ่งแวดลอมซึ่งเป็นทิศทางการให้ทุนขององค์กรทุนต่างประเทศในระยะหลัง

(1.1.1.4) สมาคมส่งเสริมโครงการวิจัยการเจริญพันธุ์แห่งประเทศไทย ก่อตั้งขึ้นโดยกลุ่มแพทย์เช่นเดียวกันตั้งแต่ปี 2522 ดังนั้นจะพบว่าคณะกรรมการสมาคมชุดแรกปี 2522-2525 และชุดประจำปี 2531-2534 เป็นแพทย์ที่เป็นนักวิชาการ และข้าราชการถึง 9 ใน 10 คน และ 8 ใน 9 คนตามลำดับ (ดูภาคผนวก ฐ.) ส่วนงบประมาณของสมาคมนั้นต้องพึ่งพาองค์การ FHI (Family Health International) (สัมภาษณ์บุญเลิศ เลี้ยวประไพ, กรรมการสมาคมส่งเสริมโครงการวิจัยการเจริญพันธุ์แห่งประเทศไทย พ.ศ.2523-2525 และ พ.ศ.2534 ถึงปัจจุบัน 8 พฤศจิกายน, 2539)

(1.1.1.5) สมาคมเร่งรัดพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นส่วนที่แยกตัวออกมาจากสมาคมวางแผนครอบครัวฯ หลังจากที่มีการปรับโครงสร้างองค์การแล้วมีผลให้เจ้าหน้าที่เกินอัตรากำลังคน ดังนั้นกลุ่มอาจารย์ และเจ้าหน้าที่ “ทีมประชากรศึกษา” ของสมาคมวางแผนครอบครัวฯ โดยการสนับสนุนของนายแพทย์สมศักดิ์ วรคามิน ผู้ร่วมก่อตั้งโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ ได้ออกมาตั้งสมาคมเร่งรัดพัฒนาคุณภาพชีวิต สมาคมนี้แสดงให้เห็นถึงการต้องพึ่งพาเงินทุนจากต่างประเทศอย่างมาก เนื่องจากในภายหลังต้องถูกล้มเลิกเพราะขาดแหล่งเงินทุนต่างประเทศ (สัมภาษณ์อารี สมบูรณ์สุข, นายกสมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย พ.ศ.2528-2538, 29 พฤษภาคม 2529 ; สัมภาษณ์เอมอร โชตินุกูล, ผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักงานสมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย ช่วง พ.ศ.2519-2526, 14 มิถุนายน 2540 ; สัมภาษณ์ชัยวัฒน์ ปัญจพงศ์, ผู้ร่วมก่อตั้งสมาคมเร่งรัดพัฒนาคุณภาพชีวิต, 25 เมษายน 2540)

(1.1.1.6) สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน (PDA) ถือได้ว่าเป็นสมาคมวางแผนครอบครัวเอกชนที่สามารถพัฒนาตัวเองจนมีฐานะเป็นหุ้นส่วนในพันธมิตรไตรภาคีอย่างแท้จริง โดยกลุ่มพลังนอกระบบราชการที่มีแนวคิด “แบบเอกชน” ภายใต้การนำของนายมีชัย วีระไวทยะ ได้พยายามปลดปล่อยตัวเองจากระบบอุปถัมภ์ของระบบราชการ และสร้างฐานการพึ่งตนเองที่เป็นอิสระจากอิทธิพลขององค์พลังภายนอกประเทศได้สำเร็จ

การพัฒนากลุ่มเริ่มต้นจากการต่อสู้กับกลุ่มข้าราชการที่มีบทบาทในสมาคมวางแผนครอบครัวฯ กล่าวคือในระยะแรกเมื่อคุณมีชัยได้เข้ามาทำงานหัวหน้าฝ่าย IE&C ของสมาคมได้เริ่มก่อรูปกลุ่มพรรคพวกจากสายสัมพันธ์ทางเครือญาติและเพื่อนสนิทในสมาคม เช่น นายแพทย์เทพพนม เมืองแมน, นายประจวบ ไชยสาส์น, ศาสตราจารย์ บำรุงสุข สีอำไพ, นายเกรียง ดันติประเสริฐสุข และอาจารย์ถนอม สูงนาค ต่อมากลุ่มได้ทำการเคลื่อนไหวเพื่อผลักดันคุณหญิงสุภาพ วิเศษสุรการ ออกจากตำแหน่งเลขาธิการของสมาคมและขอเข้ามาแทนที่ตำแหน่งโดยการต่อรองกับพลเอกเนตร เขมะโยธินขอแลกเปลี่ยนการสนับสนุนพลเอกเนตรในตำแหน่งนายกสมาคมต่อไป (สัมภาษณ์เอมอร โชตินุกูล, ผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักงานสมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย พ.ศ.2519-2526, 14 มิถุนายน 2540)

การก้าวขึ้นมามีอำนาจในตำแหน่งเลขาธิการของคุณมีชัยได้ก็โดยอาศัยการระดมคนในฐานะสมาชิกสมาคมมาเลือกตั้งกรรมการตามคำสั่งของคุณหญิงสุภาพ แต่กระบวนการกลับถูกใช้ในทางตรงกันข้ามโดยกลุ่มที่ถูกจัดตั้งจัดตั้งได้ทะเลาะกันให้คุณมีชัยเป็นเลขาธิการแทนคุณหญิงสุภาพ (สัมภาษณ์บุญเลิศ เลี้ยวประไพ, กรรมการอำนวยการ

สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย พ.ศ.2521-2523 และ พ.ศ.2532-2535, 8 พฤศจิกายน 2539 ; Rosenfield, 1996 : 14)

ต่อมาหลังจากที่คุณมีชัยได้ขึ้นเป็นเลขาธิการและผู้อำนวยการสำนักงานแล้ว ความขัดแย้งระหว่างกลุ่มข้าราชการและกลุ่มพลังนอกระบบราชการก็ได้ตกผลึกอยู่ที่ความขัดแย้งทางความคิดระหว่างพลเอกเนตรที่เป็นตัวแทนความคิดแบบราชการคือ ทำงานตามสายการบังคับบัญชาอย่างรอบคอบ และคุณมีชัยตัวแทนพลังนอกระบบราชการที่ต้องการทำงานอย่างรวดเร็วและไม่ชอบวิธีการแบบราชการ

อย่างไรก็ดีกลุ่มข้าราชการยังคงมีอิทธิพลในสมาคมสูงกว่ากลุ่มพลังนอกระบบราชการ เนื่องจากฐานอำนาจในคณะกรรมการผู้อำนวยการยังเป็นข้าราชการส่วนใหญ่ ดังนั้นเมื่อไม่สามารถกำจัดอิทธิพลของกลุ่มข้าราชการในสมาคมได้ คุณมีชัยจึงได้อาศัยเครือข่ายการติดต่อกับองค์การทุนระหว่างประเทศที่ได้สร้างขึ้นมาขอรับการสนับสนุนด้านเงินทุนจากต่างประเทศในการแยกตัวออกจากสมาคมวางแผนครอบครัวฯ มาตั้งองค์การใหม่ในรูปแบบสำนักงานบริการวางแผนครอบครัวชนชั้น ในปี 2517 หลังจากที่คุณมีชัยรู้ว่าจะได้เงินทุนก้อนใหญ่จาก IPPF ด้วยการสนับสนุน Dr. Malcolm Potts ผู้อำนวยการทางการแพทย์ของ IPPF (สัมภาษณ์เอมอร โชติบุญกุล, ผู้ช่วยผู้อำนวยการสำนักงานสมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย พ.ศ.2519-2526, 14 มิถุนายน 2540 ; Rosenfield, 1996 : 14)

สำนักงานบริการวางแผนครอบครัวสามารถตั้งตัวได้เมื่อพัฒนาขึ้นเป็นสมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน ในปี 2520 โดยการสนับสนุนของรัฐบาลญี่ปุ่นในนามองค์การ JOICFP ระหว่างปี พ.ศ. 2519-2524 และต่อมารัฐบาลอเมริกาในนาม USAID ให้ทุนสนับสนุนการดำเนินงานร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขในนามรัฐบาลไทยระหว่างปี พ.ศ. 2520-2533 (สำนักงานบริการวางแผนครอบครัวชุมชน, มปป. : 16 ; สัมภาษณ์มนัสวี อุณหันธ์, อดีตนายกสมาคมพัฒนาประชากร และชุมชน พ.ศ.2526-2534, 15 พฤษภาคม 2529)

การที่กลุ่มพลังนอกระบบราชการของสมาคมพัฒนาประชากรและชุมชนสามารถเติบโตขึ้นมาได้นั้นนอกจากความช่วยเหลือจากพลังภายนอกประเทศแล้วยังเกิดจากการรู้จักใช้พลังของระบบราชการด้วยกล่าวคือคุณมีชัยสามารถดึงชนชั้นนำข้าราชการเข้ามาร่วมเป็นคณะกรรมการภายใต้การกุมอำนาจของคุณมีชัย ทั้งในฐานะกรรมการในตำแหน่งเลขาธิการ และในฐานะเจ้าหน้าที่ในตำแหน่งผู้อำนวยการสำนักงานบริการวางแผน

แผนครอบครัวชุมชน (ดูในภาคผนวก ท.) ในระยะแรกของการดำเนินงาน และหลังจากนั้นกลุ่มพลังนอกระบบราชการได้เข้ามามีอำนาจในคณะกรรมการเต็มตัวโดยคุณมีชัยขึ้นเป็นนายกสมาคม และนายธวัชชัย ไตรทองเจ้าหน้าที่ผู้ใกล้ชิดเป็นเลขาธิการ แทนตั้งแต่ปี พ.ศ.2534 (ดูภาคผนวก ท.) หมายความว่ากลุ่มพลังนอกระบบราชการสามารถกุมอำนาจสมาคมทั้งในด้านการกำหนดนโยบายและด้านการนำนโยบายไปปฏิบัติ

สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชนสามารถปลดเปลื้องการพึ่งพิงจากต่างประเทศได้ โดยใช้วิธีการสร้างฐานทางเศรษฐกิจภายในประเทศ ของสมาคมฯควบคู่ไปกับการยังคงใช้ประโยชน์จากเงินช่วยเหลือจากพลังภายนอกประเทศอยู่คือ

“ถึงแม้ว่าเราจะได้รับความช่วยเหลือจากต่างประเทศ แต่เราก็สนใจไม่ได้ ขณะที่เงินช่วยเหลือก็เตรียมพร้อมที่จะรณรงค์หาเงินภายในประเทศอีกทางหนึ่ง” (สมจิตร์ ทิพย์ประภา, 2528 : 5)

ในการสร้างฐานทางเศรษฐกิจภายในประเทศเพื่อการพึ่งตัวเองนั้น ทางผู้นำสมาคมฯมีการวางแผนมาตั้งแต่เป็นสำนักงานบริการวางแผนครอบครัวชุมชน (สัมภาษณ์ มีชัย วีระไวทยะ, นายกสมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน, 20 ธันวาคม 2539) โดยได้กำหนดกลยุทธ์ที่สำคัญดังนี้

ก) การใช้ระบบเงินทุนหมุนเวียนคือ “เมื่อได้เงินมาแทนที่จะช่วยชาวบ้านแบบให้เปล่าก็จัดระบบให้ผ่อนชำระคืนเพื่อนำเงินไปใช้ในกิจกรรมที่เป็นสาธารณประโยชน์ต่อไป” (พิพิธภัณฑ์ประวัติการวางแผนครอบครัว, 2529 : 2)

โครงการวางแผนครอบครัวชุมชนซึ่งเป็นโครงการที่ได้รับทุนจาก IPPF ช่วง พ.ศ.2517-2521 ถือว่าเป็นโครงการแรกที่สมาคมฯสามารถใช้เงินทุนต่างประเทศในระบบเงินทุนหมุนเวียนแบบชุมชนช่วยชุมชนจนสามารถยืนด้วยตนเองได้ในเวลาต่อมา (สัมภาษณ์วิลาส เตโช, หัวหน้ากองวิจัยและประเมินผลสมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน, 7 กรกฎาคม 2529)

ต่อมาสมาคมฯ ได้ผนวกงานพัฒนาเข้ากับโครงการวางแผนครอบครัวตามแนวคิดของอุดมการณ์คุมกำเนิดไทยอย่างสมบูรณ์ และเริ่มมีการใช้ระบบเงินทุนหมุนเวียนในรูปสิ่งจูงใจเพื่อลดอัตราเจริญพันธุ์รูปแบบต่างๆ กล่าวคือผู้ที่ใช้การคุมกำเนิดก็จะได้รับสิทธิประโยชน์มากกว่าผู้ที่ไม่ยอมใช้ดังนี้ (สุนันทา สุวรรณาคม, 2524 : 42-48)

ก.1) โครงการด้านปัจจัยการเกษตร เช่น โครงการสุกรจะให้ซื้อเชื้อสุกรไปเลี้ยงในราคาร้อยละ 75 ของราคาทุนสำหรับผู้ที่ยอมคุมกำเนิด

ก.2) โครงการด้านปัจจัยทางการแพทย์และการอนามัย เช่น โครงการสร้างบ่อน้ำ หรืออ่างเก็บน้ำฝนจะให้ยืมเงิน 2,400 บาท แก่ผู้ที่ยอมคุมกำเนิด

ก.3) โครงการด้านบริการซื้อขาย เช่น โครงการให้ผู้ที่ยอมคุมกำเนิดซื้อขายประจำบ้านต่ำกว่าราคาตลาด

ก.4) โครงการด้านปัจจัยการเงินและอื่น ๆ เช่น ผู้ยอมคุมกำเนิดจะได้รับสิทธิกู้ยืมเงินเพื่อลงทุนขนาดเล็กได้โดยเสียดอกเบี้ยในอัตราที่ต่ำ

โครงการที่สมาคมใช้ระบบเงินทุนหมุนเวียนโดยตรงได้แก่โครงการพัฒนาหมู่บ้านชนบทแบบผสมผสาน-นารอง (Community Based Integrated Rural Development in Nangrong = CBIRD)

โครงการนี้ได้รับทุนจากรัฐบาลแคนาดาผ่านองค์การเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศแห่งประเทศไทย (Canadian International Development Agency) จำนวน 50 ล้านบาท ระหว่างปี 2527-2532 และครอบคลุมพื้นที่ 40 หมู่บ้านใน 13 ตำบลของอำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยให้เงินกู้แก่ชาวบ้านผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการชาวบ้าน และเมื่อทำโครงการเสร็จแล้วชาวบ้านต้องส่งเงินคืนสมาคมพัฒนาประชากรฯ ภายหลัง (ประวีณ พยัทธิภาพงศ์, มปป. : 25)

ข) การหารายได้จากการจัดตั้งบริษัท เนื่องจากการดำเนินในรูปสมาคมมีข้อจำกัดในการทำมาค้าขายและการเป็นเจ้าของทรัพย์สิน ดังนั้นกลุ่มผู้นำของสมาคมพัฒนาประชากรฯ จึงได้จัดตั้งบริษัทขึ้นมาเพื่อทำธุรกิจและนำกำไรมาให้สมาคมในรูปของเงินบริจาค (สัมภาษณ์วิลาส เตโช, หัวหน้ากองวิจัยและประเมินผลสมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน, 7 กรกฎาคม 2529)

บริษัทพัฒนาประชากรเป็นบริษัทแรกที่ตั้งขึ้นตามแผนการพึ่งตนเองของสมาคมโดย “บริษัทนี้ถ้าพูดตามบริคณสนธิจดไว้ก็ตั้งแต่ทำมาค้าขายทุกสิ่งทุกอย่างแม้กระทั่งการส่ง Import Export การซื้อหุ้น ขายหุ้น อะไรต่าง ๆ กระทำธุรกิจทำกำไรกันทั้งนั้น เพียงแต่มีเงื่อนไขว่าเมื่อมีกำไรแล้วต้องบริจาคให้สมาคมเพราะผู้ถือหุ้นกรรมการบริษัทก็คือ กรรมการบริหารงานของสมาคมเอง เราจะมีคณิสสิกรักษาพยาบาลอะไรต่าง ๆ ก็

เป็นเรื่องของบริษัทที่เข้าไป มีศูนย์ให้ข่าวสารก็เป็นเรื่องของบริษัทที่จะทำงานในเชิงของธุรกิจไปต่างหาก” (เพ็งอ้าง)

ตัวอย่างเช่นบริษัทพัฒนาประชากรได้ดำเนินธุรกิจด้วยการนำเข้าและส่งออก โดยในปี 2529 ได้ขายถุงยางอนามัยยี่ห้อ ฟุจเท็กซ์บีกแมน (เพ็งอ้าง ; คู่แข่ง, 2529 : 38)

ต่อมาได้มีการตั้งบริษัทในเครือสมาคมฯ เพิ่มขึ้นจำนวนมากตามพื้นฐานของเครือข่ายงานวางแผนครอบครัว และการพัฒนาในชนบทได้แก่ บริษัทนางรองพัฒนา, บริษัทห้วยเห็กไทย, บริษัทส่งเสริมอุตสาหกรรมชนบท จำกัด เป็นต้น (เพ็งอ้าง) การตั้งบริษัทเหล่านี้สอดคล้องกับนโยบายส่งเสริมอุตสาหกรรมขนาดย่อมในชนบทในสมัยที่คุณมีชัยดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีช่วยว่าการอุตสาหกรรม (พิพิธภัณฑ์ประวัติการวางแผนครอบครัว, 2529 : 2)

ตัวอย่างเช่น บริษัท ส่งเสริมอุตสาหกรรมชนบท จำกัด ได้ดำเนินธุรกิจเกี่ยวกับอุตสาหกรรมขนาดย่อมในชนบทในปี 2528 โดยได้ดำเนินกิจกรรมคือ การทอผ้าเห็กสำหรับตากสาหร่าย, การทำจากกลบอัดแห้ง, การผลิตอุปกรณ์สร้างส้วม, โรงงานผลิตชาจีน (สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน, มปป. : 22)

โดยสรุปแล้วกลุ่มพลังนอกระบบราชการโดยการนำของคุณมีชัย สามารถปลดเปลื้องสมาคมพัฒนาประชากรฯ จากการอยู่ใต้การควบคุมของชนชั้นนำข้าราชการและการพึ่งพิงเงินทุนต่างประเทศได้จนมีฐานะเป็นหุ้นส่วนในพันธมิตรไตรภาคี ดังจะเห็นได้จากการที่สมาคมพัฒนาประชากรฯ มีการเติบโตจนมีผู้กล่าวว่าเป็น “หนึ่งในองค์กรด้านการพัฒนาและวางแผนครอบครัวเอกชนที่ใหญ่ที่สุดในประเทศกำลังพัฒนา” (Rosenfield, 1996 : 14) กล่าวคือ ในปี 2529 สมาคมฯ มีเจ้าหน้าที่ประจำถึง 618 คน อาสาสมัคร 13,541 คน และงบประมาณปีละ 120 ล้านบาท (มูลนิธิอาสาสมัครเพื่อสังคม, 2529 : 74) และขอบข่ายการดำเนินงานได้ขยายตัวอย่างรวดเร็วจาก 23 อำเภอในปี 2517 เป็น 167 ในปี 2521 โดยพัฒนาจากรูปแบบงานวางแผนครอบครัวชุมชนมาเป็นรูปแบบงานวางแผนครอบครัวผนวกกับงานพัฒนาโดยการเสริมด้วยงานสาธารณสุขมูลฐาน งานพัฒนาชนบทและงานสังคมสงเคราะห์ นอกจากนี้ยังได้ขยายเป้าหมายไปต่างประเทศโดยการตั้งศูนย์พัฒนาประชากรและชุมชนแห่งเอเชียจัดอบรมแก่คนในประเทศต่างๆ กว่า 30 ประเทศ (สำนักงานบริการวางแผนครอบครัวชุมชน, มปป. ; สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน, มปป. : 7 ; มติชน, 2530 : 8)

ชนชั้นนำของระบบราชการได้ตั้งสมาคมวางแผนครอบครัวเอกชนเข้าเป็นส่วนหนึ่งของพันธมิตรด้วยการสนับสนุนเวชภัณฑ์คุมกำเนิดได้แก่ยาเม็ดคุมกำเนิด, ยาฉีดคุมกำเนิด, ถุงยางอนามัย และห่วงอนามัย คิดเป็นเงินเฉลี่ยปีละ 10-25 ล้านบาท ตั้งแต่เริ่มโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ นอกจากนี้ยังให้เงินสนับสนุนแต่ละสมาคมปีละ 2 แสนบาท ตั้งแต่ปี พ.ศ.2526 เป็นต้นมา ในขณะที่เดียวกันสมาคมวางแผนครอบครัวก็ให้การสนับสนุนราชการโดยการส่งรายงานจำนวนผู้รับบริการเป็นประจำทุกเดือน (คณะกรรมการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ, 2528 : 2-3)

1.1.2 กลุ่มร้านขายยา

จากการวิเคราะห์ที่ในบทที่ 3 พบว่ากลุ่มนายทุนการค้ายาสามารถขายยาและอุปกรณ์คุมกำเนิดได้อย่างกว้างขวางภายใต้กรอบนโยบายคุมกำเนิดตามความสมัครใจ พ.ศ.2504 ถึงแม้จะถูกจำกัดการโฆษณาทางสื่อมวลชนแต่ก็สามารถใช้ระบบปากต่อปากกับประชาชนได้

ร้านขายยาเป็นกิจการขนาดเล็กที่สืบทอดกันมาแต่บรรพบุรุษตั้งแต่การแพทย์แผนปัจจุบันได้เข้ามาแทนที่การแพทย์แผนโบราณ เนื่องจากได้มีการนำเข้ายาสำเร็จรูปจากต่างประเทศอย่างเป็นล่ำเป็นสันเข้ามาดำเนินการโดยคนจีนและชาวตะวันตกเป็นส่วนใหญ่ในช่วงแรก ลักษณะเช่นนี้จึงแตกต่างจากรัฐบาลที่นำยาเข้ามาเพื่อประกอบและผสมยาสูตรต่างๆ ออกใช้ในโรงพยาบาลและสถานบริการของรัฐ (ชเนญ วัลลภขุนทอง, 2528 : 435)

ในฐานะที่ภาคเอกชนได้รับอนุญาตให้จำหน่ายยาและอุปกรณ์คุมกำเนิดตั้งแต่ พ.ศ.2504 ร้านขายยาจึงได้อาศัยเครือข่ายที่สัมพันธ์กับประชาชนทั่วไปตามตรอกซอยทั่วทุกหัวระแหงในเมือง จำหน่ายยาและอุปกรณ์คุมกำเนิดแบบชั่วคราวมากที่สุดในช่วงก่อนประกาศนโยบายคุมกำเนิดแห่งชาติ พ.ศ.2513 เช่น พบว่าระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2512 ถึง มีนาคม พ.ศ.2513 บริษัทยาเอกชนได้จำหน่ายยาคุมกำเนิดแก่ร้านขายยาต่างๆ ประมาณ 4,030,811 แผง ซึ่งสูงกว่าจำนวนที่หน่วยสาธารณสุขและหน่วยงานรัฐอื่น ๆ จำหน่ายแก่ผู้รับบริการถึง 4.5 เท่า (กระทรวงสาธารณสุข, 2514)

ถึงแม้กลุ่มร้านขายยาจะมีบทบาทสูงในการนำนโยบายคุมกำเนิดปี 2504 ไปปฏิบัติ แต่ก็ยังไม่มีความพยายามใด ๆ ที่จะก่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างรัฐราชการกับกลุ่มร้านขายยา (กองประชากรสำนักเลขาธิการคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งเอเชียและแปซิฟิก, มปป. : 169)

หลังจากประกาศนโยบายวางแผนครอบครัวแห่งชาติ 2513 แล้ว กลุ่มพันธมิตร ทวิภาคีเห็นความสำคัญของร้านขายยาในการผลักดันการนำนโยบายไปปฏิบัติให้บรรลุ เป้าหมายที่ตั้งไว้ เนื่องจากร้านขายยาที่กระจายอยู่ในเมืองทั่วประเทศมีศักยภาพในการ กระจายยาและอุปกรณ์คุมกำเนิดได้ไม่ต่ำกว่า 8,000 แห่งในปี 2529 โดยแบ่งเป็นร้าน ขายยาแผนปัจจุบัน ไม่ต้องมีเภสัชกรคุมร้าน 3,000 กว่าแห่ง ร้านขายยาแผนปัจจุบัน บรรลุเสร็จ 5,000 แห่ง และร้านขายยาแผนโบราณ 6,000 แห่ง แต่ในภาคปฏิบัติในร้าน เดียวกันจะมีการขายยาซ้อนกันอยู่ เช่น ร้านขายยาแผนโบราณรวมกับแผนปัจจุบัน หรือ ขายยาแผนปัจจุบันร่วมกับแผนปัจจุบันบรรลุเสร็จ (สัมภาษณ์ สุทัศน์ จีระจริยาเวช, นายก สมาคมร้านขายยา, 12 พฤษภาคม 2530)

ในกลุ่มพันธมิตรทวิภาคีระหว่างองค์กรในภาครัฐราชการไทยกับพลังภายนอก ประเทศนั้นกระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้นำรัฐบาลไทยในการนำนโยบายวางแผน ครอบครัวไปปฏิบัติต้องการกลุ่มร้านขายยาเข้าร่วมเป็นพันธมิตร เนื่องจากต้องการให้ ร้านขายยาช่วยเพิ่มยอดผู้ใช้การวางแผนครอบครัวด้วยวิธียาเม็ดคุมกำเนิด (สมศักดิ์ วรคามิน, 2518 : 58)

ส่วนพลังภายนอกประเทศสนับสนุนกลุ่มร้านขายยาเข้ามามีบทบาทในการ กระจายบริการคุมกำเนิดเนื่องจากเห็นว่าร้านขายยาเป็นแหล่งบริการที่ประชาชนทั่วไป สามารถเข้าถึงได้อย่างสะดวกจากความคุ้นเคยและมีการกระจายตัวอยู่ทั่วไป (เลสเตอร์ อาร์ บราวน์, 2520 : 238-239)

ในช่วงแรกกระทรวงสาธารณสุขดึงกลุ่มร้านขายยาโดยการขอมอบอนุญาตให้ร้าน ขายยาเม็ดคุมกำเนิดซึ่งอยู่ในรายชื่อยาอันตรายได้โดยไม่ต้องมีใบสั่งยาจากแพทย์ และไม่ ต้องใช้เภสัชกรเป็นผู้จ่ายยา (สมศักดิ์ วรคามิน, 2518 : 58-59 ; เทพพนม เมืองแมน, 2522 : 9-10) แต่ต่อมาสมาคมวางแผนครอบครัวเอกชนได้เข้ามาเป็นผู้จัดการในการ ดึงกลุ่มร้านขายยาเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของพันธมิตรไตรภาคีโดยเป็นตัวกลางเชื่อมระหว่าง กลุ่มร้านขายยากับกระทรวงสาธารณสุข และองค์การระหว่างประเทศกล่าวคือ

สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทยได้เข้าไปจัดตั้งร้านขายยาให้เป็น อาสาสมัครวางแผนครอบครัวตั้งแต่ปี พ.ศ.2525 โดยร้านขายยาจะได้รับยาเม็ดคุม กำเนิดและถุงยางอนามัยในราคาถูกลงมาจำหน่ายหลังจากที่ผ่านการอบรมได้ ประกาศนียบัตร และบัตรประจำตัวจากสมาคมวางแผนครอบครัว แล้วยาเม็ดคุมกำเนิด และถุงยางอนามัยราคาถูกลงนี้ สมาคมวางแผนครอบครัวฯ ได้รับความช่วยเหลือจาก IPPF

อีกทอดหนึ่ง (สัมภาษณ์สุทัศน์ จีระจิราเวช, นายสมาคมร้านขายยา, 12 พฤษภาคม 2530 : สิทธิชัย สมบูรณ์เวชการ, 2528 : 29-42 ; สัมภาษณ์อารี สมบูรณ์สุข, นายสมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย, 19 พฤษภาคม 2529)

พบว่าในกลุ่มร้านขายยาที่เป็นสมาชิกของสมาคมร้านขายยาได้ผ่านการอบรมเป็นอาสาสมัครวางแผนครอบครัวของสมาคมวางแผนครอบครัวฯ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2524 ถึง พ.ศ.2528 เป็นจำนวนกว่า 1,200 คน ในทุกจังหวัดทั่วประเทศ (สิทธิชัย สมบูรณ์เวชการ, 2528 : 42)

สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชนเป็นอีกสมาคมหนึ่งที่นำร้านขายยาเข้าร่วมในพันธมิตรไตรภาคีโดยพยายามกระจายการคุมกำเนิดผ่านช่องทางการขายยาและอุปกรณ์คุมกำเนิดในราคาถูกลงตามร้านขายยา ซึ่งเป็นแนวคิดการตลาดเพื่อสังคมของการคุมกำเนิด (contraceptive social marketing) สมาคมฯ ได้อาศัยร้านขายยาเป็นผู้ขายยาเม็ดและอุปกรณ์คุมกำเนิดในราคาถูกลงจากการที่ได้รับความช่วยเหลือจากองค์การระหว่างประเทศผ่านมาทางกระทรวงสาธารณสุข โดยสมาคมได้ดำเนินโครงการนี้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2521 เป็นต้นมา (สัมภาษณ์วิลาส เตโช, หัวหน้ากองวิจัยและประเมินผลสมาคมพัฒนาประชากร และชุมชน, 29 กรกฎาคม 2529 ; Population Information Program, The John Hopkins University, 1985 : 775)

ดังนั้นสมาคมวางแผนครอบครัวเอกชนจึงเป็นผู้ตั้งและจัดตั้งกิจกรรมของกลุ่มร้านขายยาทั้งที่เป็นและไม่เป็นสมาชิกของสมาคมร้านขายยาที่ดั่งขึ้นเมื่อ พ.ศ.2524 เข้าร่วมในพันธมิตรไตรภาคีในการนำนโยบายวางแผนครอบครัวไปปฏิบัติ

1.1.3 คลินิกและโรงพยาบาลเอกชน

คลินิกและโรงพยาบาลเอกชนซึ่งประกอบด้วยคลินิกเอกชน, โพลีคลินิก และโรงพยาบาลเอกชนนั้น ในปี พ.ศ.2518 มีประมาณ 6,000 แห่งทั่วประเทศ และเริ่มถูกดึงเข้าสู่พันธมิตรไตรภาคีจากการจัดตั้งของสมาคมสนับสนุนโครงการวางแผนครอบครัวในด้านประชาสัมพันธ์แห่งประเทศไทย (ASIN) ภายใต้โครงการสนับสนุนการทำหมันในสถาบันแพทย์เอกชนตั้งแต่ปี พ.ศ.2519 เนื่องจากโครงการดังกล่าวได้รับการสนับสนุนจากโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติปีละ 2 แสนบาท ตั้งแต่ พ.ศ.2526 และองค์การวางแผนครอบครัวระหว่างประเทศ (FPIA) ประมาณ 71 ล้านบาท (วิฑูรย์ แสงสิงห์แก้ว, มปป. : คำนำ ; เล่มเดียวกัน : 1)

คลินิกและโรงพยาบาลเอกชนได้เข้าร่วมโครงการทำหมันของ ASIN ตั้งแต่ปี 2520 ถึงปี 2528 จำนวน 1,210 แห่ง โดยเป็นโรงพยาบาลเอกชน 110 แห่ง และเป็นคลินิกที่มีแพทย์ประจำ 1,100 แห่ง (เล่มเดียวกัน : 1-2) สาเหตุของการเข้าร่วมโครงการเนื่องจากคลินิกและโรงพยาบาลเอกชนจะได้รับค่าสมทบการทำหมันฟรีให้แก่ประชาชนรายละ 200 บาท (คณะกรรมการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ, 2527 : 14) นอกจากนี้ยังพบอีกว่าส่วนใหญ่ของสมาชิกที่เข้าร่วมโครงการเป็นแพทย์ของราชการที่มาทำงานกับภาคเอกชน ดังนั้นแพทย์คลินิกเอกชนจึงเสมือน “สวมหมวกสองใบ” (จรัญ มีชนอม, 2528 : 13)

ในอีกทางหนึ่ง สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทยได้ดึงคลินิกเอกชนเข้าร่วมในโครงการคลินิกเอกชนโดยการจัดหาและอุปกรณ์คุมกำเนิดที่ได้จาก IPPF ผ่านมาทางสมาคมด้วย เช่น ในปี 2527 พบว่ามีคลินิกเอกชนเข้าร่วมโครงการ 400 แห่งทั่วประเทศ (ชัยยนต์ ประดิษฐศิลป์, 2533 : 390-391)

1.1.4 บริษัทผลิตยาคุมกำเนิดภายในประเทศ

บริษัทผลิตยาคุมกำเนิดภายในประเทศจะทำการผลิตยาคุมกำเนิดโดยการสั่งตัวยามาจากต่างประเทศ แล้วมาผสมและบรรจุภายในประเทศ (สัมภาษณ์สุชนันต์ จิรจริยเวช, นายกสมาคมร้านขายยา, 12 พฤษภาคม 2530) บริษัทเหล่านี้จะเน้นผลิตยาเม็ดคุมกำเนิดและยาฉีดคุมกำเนิดและพบว่าภายในปี 2526 มีบริษัทผลิตยาฉีดคุมกำเนิดในประเทศ 9 แห่ง (Population Information Program, 1983 : 22)

บริษัทผลิตยาคุมกำเนิดภายในประเทศมีบทบาทน้อยในพันธมิตรไตรภาคี เนื่องจากยาคุมของ บริษัทเหล่านี้ยังไม่เป็นที่แพร่หลายนักเนื่องจากยาที่ผลิตในประเทศมีราคาสูงกว่ายาที่ซื้อมาจากต่างประเทศ เพราะเสียค่าใช้จ่ายสูงจากการต้องสั่งซื้อวัตถุดิบ เทคโนโลยี และสินค้าประเภทเครื่องจักรจากประเทศศูนย์กลาง และตลาดยาคุมกำเนิดก็ยังคงบอบอยู่มาก (ชัยยนต์ ประดิษฐศิลป์, 2533 : 391-392)

อย่างไรก็ดีในช่วงหลังบริษัทยาคุมกำเนิดภายในประเทศเริ่มมีบทบาทมากขึ้นจากการได้รับการประมูลยาคุมกำเนิดของโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติเช่น บริษัทไทยนครพัฒนา, บริษัทอำนาจเภสัช, บริษัทพรีฮาแลบ หรือบริษัทโอริอัน เป็นต้น (สัมภาษณ์สุพร เกิดสว่าง, เลขาธิการสมาคมส่งเสริมโครงการวิจัยเจริญพันธ์แห่งประเทศไทย, 8 พฤศจิกายน 2539)

กล่าวโดยสรุปแล้วในการก่อรูปพันธมิตรไตรภาคีโดยการดึงภาคเอกชนภายในประเทศเข้าร่วมกับพันธมิตรทวิภาคีที่มีอยู่เดิม นั้น พบว่าเริ่มต้นจากสมาคมวางแผนครอบครัวเอกชนโดยมีบางองค์กรสามารถปลดเปลื้องตัวเองจากระบบอุปถัมภ์ของรัฐบาล และการพึ่งพิงด้านเงินทุนของพลังภายนอกจนสามารถอยู่ในฐานะหุ้นส่วนของพันธมิตร หลังจากนั้นสมาคมวางแผนครอบครัวเอกชนจึงทำหน้าที่เป็นผู้นำในการดึงกลุ่มร้านขายยา, คลินิก และโรงพยาบาลเอกชนเข้าร่วมพันธมิตรไตรภาคีโดยบริษัทผลิตยาคุมกำเนิดภายในประเทศยังมีบทบาทน้อยอยู่มาก

1.2 ผลประโยชน์ในการก่อรูปพันธมิตรไตรภาคี

หลังจากการประกาศใช้นโยบายวางแผนครอบครัวแห่งชาติปี 2513 แล้วภาคเอกชนในประเทศได้เข้าร่วมเป็นสมาชิกส่วนที่สามของพันธมิตรไตรภาคี การก่อรูปพันธมิตรไตรภาคีของผู้กระทำการนโยบายระหว่างชนชั้นนำของภาคราชการ ภาคต่างประเทศและภาคเอกชนในประเทศเกิดจากการมีความเชื่อร่วมกันในอุดมการณ์คุมกำเนิดคือความเชื่อร่วมกันว่าการเพิ่มประชากรของไทยเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดปัญหาในการพัฒนาเศรษฐกิจ ปัญหาสังคมและปัญหาการเมืองการปกครอง ดังนั้นจึงต้องดำเนินการชะลอการเกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีการคุมกำเนิดสมัยใหม่และการพัฒนาเศรษฐกิจสังคม แต่อุดมการณ์คุมกำเนิดเป็นความเชื่อร่วมกันที่ใช้เป็นเหตุผลอ้างความชอบธรรมในการเคลื่อนไหวทางสังคมเพื่อตอบสนองผลประโยชน์รูปแบบใดรูปแบบหนึ่งเป็นสำคัญ ดังนั้นในที่นี้จะวิเคราะห์ถึงผลประโยชน์ที่เป็นเป้าหมายของอุดมการณ์คุมกำเนิดคือผลประโยชน์เชิงโครงสร้างของยุคแห่งการพัฒนา

ผลประโยชน์เชิงโครงสร้างในที่นี้หมายถึงผลประโยชน์เชิงภาวะวิสัย (objective interest) ของกลุ่มสังคมหรือชนชั้นที่สมาชิกแต่ละคนมีส่วนร่วมกันเนื่องจากอยู่ในตำแหน่งเดียวกันในโครงสร้างสังคม ไม่ว่าสมาชิกแต่ละคนในฐานะปัจเจกจะรู้ถึงผลประโยชน์นั้นหรือไม่ก็ตาม (Giddens, 1979 : 189 ; Isaac, 1987 : 96-98)

ผลประโยชน์เชิงโครงสร้างที่เป็นเป้าหมายของอุดมการณ์คุมกำเนิดได้แก่ การสนับสนุนการสะสมทุนของระบบทุนนิยมไทย, การสร้างความชอบธรรมต่อโครงสร้างอำนาจรัฐบาลและการสนับสนุนระบบอุดมการณ์แห่งการพัฒนา ผลประโยชน์เชิงโครงสร้างสะท้อนให้เห็นได้จากเนื้อหาของนโยบายวางแผนครอบครัวแห่งชาติปี 2513 ที่ระบุไว้ว่า

“รัฐบาลไทยมีนโยบายที่จะสนับสนุนการวางแผนครอบครัวด้วยระบบใจสมัครเพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ เกี่ยวกับอัตราเพิ่มของประชากรสูงมาก ที่จะเป็อุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ” (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2513 : 6)

ดังนั้นในหัวข้อต่อไปจะชี้ให้เห็นในรายละเอียดว่าเนื้อหาของนโยบายวางแผนครอบครัวแห่งชาติที่ระบุไว้ว่าจะจัด “อุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ” นั่นก็คือ การสนับสนุนผลประโยชน์เชิงโครงสร้างของกลุ่มพันธมิตรไตรภาคีได้แก่ การสะสมทุนของระบบทุนนิยม, การสร้างความชอบธรรมแก่โครงสร้างอำนาจรัฐราชการและการสนับสนุนระบบอุดมการณ์แห่งการพัฒนา

1.2.1 ผลประโยชน์ในการสะสมทุน

การรวมตัวของพันธมิตรไตรภาคีจากการมีอุดมการณ์ค้ำเหนี่ยวร่วมกันนั้นมุ่งตอบสนองผลประโยชน์เชิงโครงสร้างทางเศรษฐกิจเนื่องจากอุดมการณ์ค้ำเหนี่ยวที่ได้รับ ความชอบธรรมในรูปนโยบายวางแผนครอบครัวแห่งชาตินำมาซึ่งผลประโยชน์จากการ ช่วยลดอุปสรรคในกระบวนการสะสมทุน เนื่องจากอัตราเพิ่มของประชากรโดยเฉลี่ย ระหว่างปี พ.ศ.2490 ถึง พ.ศ.2503 ซึ่งเท่ากับร้อยละ 3.22 เมื่อเข้าสู่บริบทของระบบทุน นิยมของยุคแห่งการพัฒนาได้กลายมาเป็นอุปสรรคต่อการสะสมทุนคงที่ (fixed capital) หรือทุนกายภาพ (physical capital) และทุนมนุษย์ (human capital) ที่จะช่วยเพิ่มทุนมูลค่าส่วนเกินเชิงสัมพัทธ์ (relative surplus value) ของระบบทุนนิยมดังนี้

1.2.1.1 โครงสร้างประชากรที่เป็นอุปสรรคต่อการสะสมทุน

อัตราเกิดต่อพันในปี พ.ศ.2493, พ.ศ. 2503 และ พ.ศ. 2513 เท่ากับ 26.8, 34.7 และ 31.5 ตามลำดับ (ปราโมทย์ ประสาทกุล และอภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์, 2530 : 251) ทำให้โครงสร้างอายุประชากรเปลี่ยนแปลงไปลักษณะที่มีสัดส่วนของทารก และเด็กในช่วงอายุ 0-14 มากขึ้น คือ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 42.3 ในปี พ.ศ.2490 เป็น ร้อยละ 45.1 ในปี 2513 (เทียนฉาย กิระนันท์ และปิติ พูนไชยศรี, 2528 : 40) โครงสร้างอายุดังกล่าวได้กลายมาเป็นอุปสรรคการสะสมทุนคือ

เมื่อพิจารณาในแง่ผลกระทบต่อปริมาณผลการผลิตจะพบว่าโครงสร้างอายุ ประชากรที่มีสัดส่วนของทารกและเด็กในระดับสูง ย่อมทำให้ระบบเศรษฐกิจมีค่าใช้จ่ายในการบริโภคสูง ทั้งของภาครัฐและภาคเอกชนเนื่องจากทารกและเด็กเป็นวัยที่มีการบริโภค อยู่ในระดับสูงดังนั้นจึงทำให้การออมภายในประเทศช่วง พ.ศ.2503-2515 มีไม่เกินร้อยละ 25 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศในขณะที่การบริโภคภายในประเทศสูงกว่า ร้อยละ 75 (รังสรรค์ ธนะพรพันธุ์, 2523 : 57) ดังนั้นการออมในระดับต่ำย่อมมีผลให้ การลงทุนอยู่ในระดับต่ำ

โครงสร้างอายุประชากรดังกล่าวนอกจากจะทำให้การออมอยู่ในระดับต่ำแล้วยังมีผลต่อทิศทางการลงทุนอีกด้วย กล่าวคือทิศทางการลงทุนจะเป็นการเน้นการผลิตสินค้าบริโภคของเด็กและทารกซึ่งเป็นสินค้าบริโภคขั้นปฐมเพื่อตอบสนองโครงสร้างทางอายุของประชากรดังกล่าว ผลก็คือ ทำให้โอกาสในการลงทุนในสินค้าประเภททุนซึ่งเป็นสินค้าที่ใช้ในการผลิตสินค้าอื่นๆ ลดลง ดังนั้นการสะสมทุนจึงไม่อาจเติบโตไปได้อย่างรวดเร็วตามที่ยุคแห่งการพัฒนาต้องการ “เร่งรัด” พัฒนาได้ พบว่าในช่วงปี พ.ศ.2502-2512 มีบริษัทที่ได้รับการส่งเสริมการลงทุนจะเป็นประเภทอุตสาหกรรมผลิตสินค้าอุปโภคบริโภค เช่น ผลิตภัณฑ์ผ้า และอาหารมีจำนวนถึงร้อยละ 40.8 และมีมูลค่าร้อยละ 50.7 ของการลงทุนทั้งหมด ในขณะที่การลงทุนในสินค้าประเภททุนมีจำนวนเพียงร้อยละ 25.3 และมีมูลค่าร้อยละ 16.3 ของการลงทุนทั้งหมด (ปราณี ทินกร, 2531 : 178)

เมื่อพิจารณาผลกระทบต่อปริมาณของการหมุนเวียน ซึ่งวิธีการผลิตทุนนิยมมุ่งขยายตัวโดยดึงส่วนเกินจากเศรษฐกิจการเกษตรในชนบทจะพบว่า การที่ครอบครัวชานาในชนบทมีประชากรในวัยเด็กและทารกในสัดส่วนที่สูง ย่อมทำให้ครอบครัวเหล่านี้มีกำลังซื้อต่ำ เนื่องจากครอบครัวชานาจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการซื้อสินค้าบริโภคมาเลี้ยงดูลูกหลานมาก เช่น พวกเสื้อผ้า นมชัน น้ำตาล ทำให้มีความสามารถในการซื้อสินค้าปัจจัยการผลิต เช่น เครื่องท่อนแรง, ปุ๋ยวิทยาศาสตร์, ยาม่าแมลง ลดลง (จามะรี พิทักษ์วงศ์, 2527 : 26) ดังนั้นย่อมไม่ช่วยให้ผลิตภาพในการผลิตของชานาที่ดีขึ้นหรืออาจลดลงด้วยเมื่อพิจารณาในกรณีที่ดินเสื่อมคุณภาพลง การมีรายได้ต่ำจากผลิตภาพที่ไม่ดีขึ้นย่อมทำให้ชานามีกำลังซื้อสินค้าอุตสาหกรรมจากในเมืองต่ำ ดังนั้นนายทุนจึงได้ส่วนเกินจากชนบทในรูปของกำไรไม่เต็มที่พอที่จะทำให้กระบวนการสะสมทุนเติบโตได้อย่างรวดเร็ว

ดังนั้นโครงสร้างประชากรที่สัดส่วนของเด็กและทารกในระดับสูงจึงเป็นอุปสรรคต่อการเร่งรัดการสะสมทุนคงที่ประเภทเครื่องจักรอุปกรณ์และเทคโนโลยีการผลิต ในการพัฒนาอุตสาหกรรมของยุคแห่งการพัฒนา

1.2.1.2 ขนาดประชากรที่เป็นอุปสรรคต่อการสะสมทุน

การเพิ่มของขนาดประชากรของประเทศซึ่งเป็นเป้าหมายที่พึงปรารถนาของรัฐก่อนยุคแห่งการพัฒนาได้กลายมาเป็นปัญหาประชากรภายในบริบทของระบบทุนนิยมของยุคแห่งการพัฒนา (คณะอนุกรรมการวิจัยสาขาเศรษฐศาสตร์ และสาขาสังคมวิทยา สภาวิจัยแห่งชาติ, 2506 : 40) เนื่องจากการที่ขนาดประชากรได้เพิ่มจาก 26.3 ล้านคนในปี 2503 เป็น 34.4 ล้านคน ในปี 2513 (อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์ และวาทีณี บุญชะลิกษ์, 2533 : 52) ไปมีผลกระทบต่อกรเร่งรัดการรายได้ของรัฐ จากการส่งข้าวออก

ไปจำหน่ายยังต่างประเทศ กล่าวคือถึงแม้ไทยจะผลิตข้าวเหลือจากการบริโภค (ธวัชชัย เดชาติวงศ์ ณ อยุธยา และคณะ, 2506 : 239-243) แต่รัฐต้องการเงินตราต่างประเทศ จำนวนมากจากการขายข้าวเพื่อนำไปซื้อสินค้าประเภททุน ในขณะที่เดียวกันการส่งข้าวก็ยัง เป็นแหล่งภาษีที่สำคัญของรัฐในรูปค่าพรีเมียม และค่าภาษีส่งออกที่จะนำไปใช้ในการ สร้างโครงสร้างพื้นฐานทางเศรษฐกิจ (เช่น ถนน, เชื้อเพลิงไฟฟ้า) ร่วมกับเงินกู้จากต่างประเทศ ดังนั้นขนาดประชากรที่เพิ่มขึ้นจึงเป็นอุปสรรคต่อการสะสมทุนคงที่ (ชัยยงค์ ประดิษฐศิลป์, 2533 : 222-223)

การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรในบริบทของยุคแห่งการพัฒนายังเป็น อุปสรรคต่อการสะสมทุนมนุษย์ที่จำเป็นต่อการพัฒนาอุตสาหกรรมซึ่งได้แก่ ความรู้ความสามารถในการผลิต ทักษะในการทำงาน และการมีสุขภาพอนามัยดี เนื่องจาก

“ปัญหากำลังคนที่ประเทศกำลังพัฒนากำลังประสบอยู่ในขณะนี้ นั่นคือ ‘กำลังคนอันจำเป็นต่อแผน’ ทั้งนี้เนื่องจากเหตุผลว่าประเทศที่กำลังพัฒนานั้นส่วนมากเป็น ประเทศกสิกรรม สำหรับประเทศไทยนั้นมีความคิดว่ามีประชากรเกษตรถึงประมาณ 80% จึงหวังได้ยากกว่าจะมีทุนคน (human capital) พอที่จะเป็นผู้วางแผนงาน เป็นผู้บริหารงาน และผู้ควบคุมกิจกรรม ที่ก่อให้เกิดผลในระบบเศรษฐกิจได้อย่างพอเพียง ในขณะที่คนงานไร้ฝีมือ (unskilled workers) มีอยู่เป็นจำนวนมาก และเป็นผู้ก่อให้เกิดผลผลิตน้อย (low productivity) ซึ่งยังผลให้รายได้ประชาชาติต่อประชากรต่ำเมื่อจำนวนประชากรเพิ่มขึ้น ดังนั้นความพยายามในการวางแผนกำลังคนหรือทุนคนจึงควรจะพุ่งเล็งถึงเรื่องความขาดแคลนบุคคลประเภทแรกเพื่อจะได้มีมือที่มีประสิทธิภาพสูงเข้าสู่กระบวนการผลิต” (วิจิต แสงทอง และคณะ, 2506 : 150)

“กำลังคนอันจำเป็นต่อแผน” ซึ่งได้แก่ คนงานที่มีฝีมือ, นักเทคนิค และนัก วิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาระดับมหาวิทยาลัยจะมีผลต่อการเพิ่มมูลค่าส่วนเกินเชิงสัมพัทธ์ มากกว่าทุนกายภาพเสียอีก กล่าวคือ

“ในการนี้สำนักงานอีคาเฟ ได้เขียนสนับสนุนว่า เพียงร้อยละประมาณ 20-30 ของรายได้ที่เพิ่มขึ้นเท่านั้นที่เป็นผลเนื่องมาจากการเพิ่มปริมาณปัจจัยการผลิตส่วนที่เหลืออีกประมาณร้อยละ 70-80 นั้น เนื่องมาจากการปรับปรุงคุณภาพของปัจจัยการผลิตโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัจจัยกำลังคนในรูปของฝีมือ ความชำนาญและการศึกษา” (ประหยัด บุระศิริ, 2509 : 311)

การผลิตแรงงานคุณภาพซึ่งเป็น “กำลังคนอันจำเป็นต่อแผน” จะเป็นไปได้ก็ต่อเมื่อมีการสะสมทุนมนุษย์มากพอ แต่การสะสมทุนมนุษย์จะต้องอาศัยระบบการศึกษาระบบสาธารณสุข และระบบบริการสังคม อันเป็นโครงสร้างพื้นฐานสังคม (social infrastructure)

ในแง่ระบบการศึกษาการเพิ่มขึ้นของประชากรในยุคแห่งการพัฒนาของระบบทุนนิยมทำให้ค่าใช้จ่ายทางการศึกษาของรัฐเพิ่มขึ้นจนไม่สามารถรองรับนักเรียนในคุณภาพระดับเดิมได้ดังนั้น การจะปรับปรุงระบบการศึกษาให้มีคุณภาพ และประสิทธิภาพสูงพอจะผลิตกำลังคนที่มีความรู้ความชำนาญและมีฝีมือสูง จึงเป็นไปได้เลย (เพ็งอ้าง : 311-312)

กล่าวคือพบว่าในปี 2503 โรงเรียนสามารถรับเด็กอายุระหว่าง 7-18 ปี ได้ร้อยละ 56 แต่ในปี 2513 กลับได้เพียงร้อยละ 53 ในจำนวนเด็กที่เรียนจบชั้นประถมศึกษา 4 จำนวน 4 คน มีเพียงคนเดียวเท่านั้นที่เรียนต่อในชั้นประถมศึกษาที่ 5 และในจำนวนเด็ก 10 คน มีเพียงคนเดียวที่ได้รับการศึกษาชั้นมัธยมในระยะ 10 ปีข้างหน้า สถาปนิกของนโยบายวางแผนครอบครัวยังมองอีกว่าถ้าประชากรเพิ่มในอัตราปัจจุบันจะทำให้รัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายการศึกษาในภาคบังคับเพิ่มขึ้นจากปีละ 2,200 ล้านบาท เป็น 5,000 ล้านบาท ในปี 2523 (มล. เดช สนิทวงศ์, 2513 : 4-5)

ในแง่ระบบสาธารณสุขการเพิ่มขึ้นของประชากรของยุคแห่งการพัฒนายังทำให้ไม่สามารถผลิตแพทย์ พยาบาล และโรงพยาบาลให้มีสัดส่วนตามมาตรฐานสากลได้ (ฝน แสงสิงห์แก้ว, 2506 : 213-215) รวมถึงการสร้างสถานอนามัยให้เพียงพอแก่ประชาชนในบ้นบพด้วย (มะลิ ไทยเหนือ, 2506 : 223) การผลิตบุคคลากรและสร้างสถานบริการสาธารณสุขมีความสำคัญต่อการสะสมทุนมนุษย์ “เมื่อคำนึงถึงการพัฒนาเศรษฐกิจในเรื่องแรงงานหรือทุนคน คนที่มีคุณภาพดีย่อมให้แรงงานได้เต็มที่ และคนที่มีคุณภาพดีย่อมสามารถรับวิชาการต่างๆ และนำวิชาการต่างๆ ไปใช้ให้เกิดผลทางเศรษฐกิจได้” (เล่มเดียวกัน : 225)

ในแง่ระบบบริการสังคมการเพิ่มประชากรอย่างรวดเร็วยังทำให้ความต้องการบริการสาธารณสุขการของรัฐที่จัดให้ประชาชนสูงขึ้น แต่ถ้าลตอัตราเกิดคาดว่าจะทำให้รัฐสามารถประหยัดงบประมาณไปถึงประมาณปีละ 4,000 ล้านบาท ภายในปี 2533 (กองวางแผนกำลังคน สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติ, 2513 : 6)

“ในเมื่อการเพิ่มอย่างรวดเร็วของประชากรเป็นสิ่งที่กีดขวางการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศมิให้เป็นไปตามเป้าหมายและเป็นอุปสรรคในการพัฒนาการสาธารณสุข การศึกษาและบริการทางสังคมแล้ว จึงเป็นการสมควรแล้วที่จะพิจารณาให้มีนโยบายด้านประชากรโดยการวางแผนครอบครัวเพื่อส่งเสริมคุณภาพยิ่งกว่าปริมาณอันจะเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาประเทศต่อไป” (เล่มเดียวกัน)

ดังนั้นการกำหนดนโยบายวางแผนครอบครัวแห่งชาติจึงเป็นการช่วยจัดอุปสรรคต่อการสะสมทุนในยุคแห่งการพัฒนาหรือกล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่านโยบายวางแผนครอบครัวจะช่วยส่งเสริมการสะสมทุนในการพัฒนาอุตสาหกรรม กล่าวคือ อัตราเกิดที่ลดลงจะส่งผลให้โครงสร้างทางอายุประชากรเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่สัดส่วนของประชากรในวัยทารกและเด็กลดลง ดังนั้นจึงเปิดโอกาสเชิงโครงสร้างให้มีการลงทุนในสินค้าประเภททุนมากขึ้น และยังเปิดโอกาสในการยกระดับกำลังซื้อของชาวนาอันเป็นการสนับสนุนสินค้าอุตสาหกรรมด้วย ในขณะที่ตัวอัตราเพิ่มประชากรก็จะส่งผลกระทบต่อขนาดประชากร ทำให้รัฐสามารถประหยัดรายจ่ายจากการสร้างโครงสร้างพื้นฐานทางสังคมให้เพียงพอ และเปิดโอกาสให้การสะสมทุนมนุษย์มากขึ้น

1.2.2 ผลประโยชน์ในการสร้างความชอบธรรมแก่ระบบการเมือง

การรวมตัวของพันธมิตรไตรภาคีจากการมีอุดมการณ์ค้ำเหนี่ยวกันนั้นมุ่งตอบสนองผลประโยชน์เชิงโครงสร้างทางการเมือง คือ การสร้างความชอบธรรมต่อโครงสร้างอำนาจรัฐราชการ เนื่องจากนโยบายวางแผนครอบครัวแห่งชาตินั้นจะมาช่วยรักษาความชอบธรรมของระบบจากการตั้งปัญหาการเคลื่อนย้ายของชาวบ้านจากชนบทเข้ามาในกรุงเทพฯ มิให้เป็นปัญหาสังคม และปัญหาว่างงานรุนแรงขึ้นมาได้

จากการวิเคราะห์ในบทที่ 3 ผู้วิจัยได้ชี้ให้เห็นว่าการขยายตัวของรัฐราชการ, ระบบทุนนิยม และอุดมการณ์แห่งการพัฒนาสู่ชนบท ได้ก่อให้เกิดปัญหาในหมู่บ้านโดยการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตหมู่บ้านจากเดิมที่มีวิถีชีวิตพึ่งพาอาศัยระบบเครือญาติมาเป็นการพึ่งพาเศรษฐกิจเงินตรามากขึ้นจนทำให้เกิดปัญหาความยากจนในชนบทชาวบ้านมีโอกาสเชิงโครงสร้างในการปรับตัวต่อปัญหานี้หลายช่องทาง แต่ช่องทางเหล่านี้ก็มีข้อจำกัดคือ

1) การเข้าร่วมผลิตเพื่อตลาดมากขึ้น ทำให้ชาวบ้านยังคงอยู่ในวงจรของความยากจนของการเป็นหนี้เพิ่มขึ้นจนชาวนาต้องสูญเสียที่ดินมากขึ้น (ชัยนงค์ ประดิษฐศิลป์, 2533 : 235-236)

2) การย้ายไปบุกเบิกที่ดินใหม่พบว่าที่ดินทำการเพาะปลูกที่ยังอุดมสมบูรณ์ทั่วประเทศก่อนปี 2513 เหลือ 5 ล้านไร่ หรือร้อยละ 5.5 ของเนื้อที่เพาะปลูกทั้งหมด ซึ่งจะบุกเบิกหมดในไม่ช้า (มล.เดช สนิทวงศ์, 2513 ข. : 2) และโอกาสของบุกเบิกที่ดินดีในภาคกลางได้ลดลงไปมากตั้งแต่เข้าสู่ยุคแห่งการพัฒนา (ผาสุก พงษ์ไพจิตร และคริส เบเคอร์, 2539 : 58) ส่วนภาคอื่น ๆ การบุกเบิกที่ดินใหม่ต้องมีการลงทุนมากขึ้นจากการที่คุณภาพของที่ดินที่เหลือเหมาะสมต่อการเพาะปลูกน้อยกว่าเดิม เนื่องจากที่ดินส่วนใหญ่เป็นป่าต้นน้ำลำธารทำให้รัฐประกาศพระราชบัญญัติป่าสงวนแห่งชาติ ดังนั้นโอกาสการบุกเบิกที่ดินใหม่จึงมีข้อจำกัดขึ้น

3) การหารายได้จากการทำงานรับจ้างในชนบทยังมีข้อจำกัดจากอัตราการจ้างงานเติบโตอย่างเชื่องช้า และค่าแรงต่ำดังที่กล่าวมาแล้วในบทที่ 3

ดังนั้นการเคลื่อนย้ายแรงงานเข้ามาทำงานทำในเมืองหลวง จึงเป็นกระแสที่ได้รับความนิยมมากจากชาวบ้านในช่วงยุคแห่งการพัฒนาเพิ่มเติมจากการย้ายถิ่นระหว่างชนบทสู่ชนบทเพื่อบุกเบิกที่ดินที่มีตั้งแต่หลังเบาวิริงเป็นต้นมา ดังนั้นจะพบว่ามี การหลั่งไหลของชาวบ้านเข้ากรุงเทพเพิ่มขึ้นถึง 100% ในช่วงทศวรรษ 2503 และ 2513 (Sternstein, 1976)

ตามที่ได้อธิบายแล้วในบทที่ 3 ว่าการเคลื่อนย้ายแรงงานมาทำงานทำในเมืองหลวงเริ่มมีมาตั้งแต่ทศวรรษ 2450 แต่การเคลื่อนย้ายในลักษณะเป็น “กระแสหลั่งไหล” เข้ากรุงเทพ เริ่มเด่นชัดตั้งแต่ทศวรรษ 2503 เป็นต้นมา ดังนั้นจึงพบว่าผู้ย้ายถิ่นเกิด ซึ่งแสดงว่าเป็นคนกรุงเทพที่เกิดในต่างจังหวัดถึงร้อยละ 22.8 และ 27.2 ในปี 2503 และ 2513 (สุวลิณี เปี่ยมปิติ, มปป. : 236) และพบอีกว่าผู้ย้ายถิ่นภายใน 5 ปี มียอดสุทธิในช่วงปี 2498-2503 เท่ากับ 129,000 คน และเพิ่มเป็น 298,000 คน ในช่วงปี 2508-2513 (อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์, 2522 : 21)

กระแสการเคลื่อนย้ายแรงงานในยุคแห่งการพัฒนาเป็นผลมาจากการประสานระหว่างแรงผลักดัน (push factor) ของความยากจนในชนบทกับแรงดึงดูด (pull factor) ของโอกาสการทำงานในเมืองหลวง (Pasuk Phangpaichut, 1980 : 102) แต่ปัจจัยที่อยู่เบื้องหลังกระแสการเคลื่อนย้ายแรงงานสู่เมืองหลวงได้แก่ ปัจจัยเชิงโครงสร้างของยุคแห่งการพัฒนา คือ การรวมอำนาจสู่ส่วนกลางของโครงสร้างอำนาจราชการ และการพัฒนาอุตสาหกรรมของวิถีการผลิตทุนนิยมกล่าวคือ

โครงสร้างอำนาจรัฐราชการซึ่งเป็นผลจากการรวมศูนย์อำนาจสู่ส่วนกลางตั้งแต่สมัยปฏิรูปการปกครอง ทำให้กรุงเทพฯ มีฐานะเป็นเมืองเอกนคร (primate city) ที่ใหญ่ที่สุดแห่งหนึ่งของโลกเพราะเป็นที่รวมของศูนย์การปกครอง, ศูนย์การค้า, การเงิน การธนาคาร, การศึกษา, คมนาคม และอุตสาหกรรม (Bruce London, 1980 : 181)

ดังนั้นโครงสร้างดังกล่าวจึงเป็นพื้นฐานให้มีการกระจุกตัวของหัตถอุตสาหกรรมที่เติบโตขึ้นในยุคแห่งการพัฒนาเนื่องจากกรุงเทพฯ มีความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐานทางเศรษฐกิจมากกว่า, เป็นศูนย์กลางของการกำหนดนโยบายทำให้ผู้ลงทุนได้รับข้อมูลที่รวดเร็วต่อการปรับตัวทางธุรกิจ และมีตลาดผู้บริโภคสินค้าอุตสาหกรรมที่ใหญ่ที่สุดของประเทศ (ชัยชนต์ ประดิษฐศิลป์, 2533 : 237-238) ดังนั้นการพัฒนาอุตสาหกรรมในเมืองหลวงจึงเป็นพื้นฐานให้กระแสการเคลื่อนย้ายแรงงานของชาวบ้านมุ่งหลังไหลเข้าสู่กรุงเทพมหานคร

การหลังไหลเข้ามาของชาวชนบทในสายตาของชนชั้นนำรัฐราชการจะก่อให้เกิดปัญหาสังคมในเมืองหลวงเพราะ “หากรัฐบาลไม่สามารถจะจัดพัฒนาสาธารณูปโภคและบริการสังคมได้ทันกับอัตราการขยายตัวของคนเมือง ก็จะทำให้เกิดแหล่งเสื่อมโทรมขึ้นตามเมืองใหญ่ๆ เป็นที่ยอมรับกันว่า แหล่งเสื่อมโทรมเป็นต้นเหตุของปัญหาต่างๆ เช่น ปัญหาอาชญากรรม, อันธพาล, แก๊งวัยรุ่น, โสเภณี และยาเสพติดให้โทษ” (ฝน แสงสิงแก้ว, 2509 : 398)

ปัญหาแหล่งเสื่อมโทรมเป็นปัญหาสังคมของรัฐราชการที่คาราคาซังจนยากต่อการจัดการเพราะนอกจากทำให้รัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการพัฒนาด้านสังคมแก่คนที่อยู่ในแหล่งเสื่อมจนต้องเสียโอกาสในการจัดสรรงบประมาณเพื่อการพัฒนาแรงงานและโครงสร้างพื้นฐานทางเศรษฐกิจแล้ว การเข้าไปปรับปรุงแหล่งเสื่อมโทรมให้ดีขึ้นก็จะทำให้กระแสหลังไหลจากชนบทเข้ามามากขึ้นไปอีก (ชัยชนต์ ประดิษฐศิลป์, 2533 : 240-241)

นอกจากนี้การหลังไหลเข้ามาของคนจนในชนบทสู่กรุงเทพฯ ยังต้องประสบกับปัญหาว่างงาน เนื่องจากภาคอุตสาหกรรม ไม่สามารถดูดซับแรงงานจากชนบทได้ดีเพียงพอเพราะอุตสาหกรรมในยุคนี้ต้องพึ่งพาสินค้าและวัตถุดิบจากภายนอกจนไม่อาจขยายตัวได้เต็มที่ตามกลไกของการสร้างผลเชื่อมโยงไปข้างหน้า (Forward Linkage Effect) และผลเชื่อมโยงถอยหลัง (Backward Linkage Effect) (ชัยชนต์ ประดิษฐศิลป์, 2533 : 241-244) ดังนั้นจึงก่อให้เกิดปัญหาการว่างงานขึ้นในตัวเมืองหลวง (มล. เดช

สนิทวงศ์, 2513 ข : 3 ; กองวางแผนกำลังคน สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่ง
ชาติ, 2513 : 6) กล่าวคือ

ถึงแม้ว่าในการพัฒนาอุตสาหกรรมต้องการแรงงานกรรมกรในการผลิตเนื่อง
จากได้ประโยชน์จากการขูดรีดแรงงานราคาถูกของชาวนาที่อพยพทางานทำชั่วคราวและ
แรงงานของกรรมกรที่ขยายตัวจากการสูญเสียที่ดินในชนบทต้องหาขายแรงงานเลี้ยงชีพ
ในทศวรรษ 2513 แต่การพัฒนาอุตสาหกรรมที่ต้องพึ่งพิงในเชิงโครงสร้างก็ทำให้เกิด
ปัญหาการว่างงานขึ้นดังกล่าวข้างต้น ปัญหาการว่างงานที่เกิดขึ้นถ้าขยายใหญ่โตจนเป็น
ปัญหาสังคมก็จะส่งผลกระทบต่อความชอบธรรมของระบบการเมืองเนื่องจากการว่างงาน
จะไปกระทบต่อเป้าหมายการพัฒนาที่ใช้สร้าง ความชอบธรรมแก่ระบบการเมืองในยุคแห่ง
การพัฒนาดังคำขวัญที่ว่า “งานคือเงิน เงินคืองาน บันดาลสุข” และ “น้ำไหลไปสว่าง ทาง
ดีมีงานทำ บำรุงความสะอาด” (ลิขิต ธีระเวคิน, 2530 : 360)

สรุปแล้วนโยบายวางแผนครอบครัวแห่งชาติจึงช่วยบรรเทาปัญหาการเคลื่อน
ย้ายแรงงานจากชนบทสู่เมืองหลวงที่จะนำไปสู่ปัญหาแหล่งเสื่อมโทรมและการว่างงานใน
เมืองหลวง อันจะมีผลเสียต่อความชอบธรรมของโครงสร้างรัฐราชการ-อำนาจนิยม

ดังนั้นการรวมตัวของพันธมิตรไตรภาคีจากการมีอุดมการณ์ค้ำเหนี่ยวร่วมกัน
ในรูปแบบนโยบายวางแผนครอบครัวจึงก่อให้เกิดผลประโยชน์ในเชิงโครงสร้างทางการเมือง
คือ นโยบายวางแผนครอบครัวจะช่วยรักษาความชอบธรรมของระบบการเมือง

1.2.3 ผลประโยชน์ในการสนับสนุนระบบอุดมการณ์แห่งการพัฒนา

การรวมตัวของพันธมิตรไตรภาคีโดยมีความเชื่อในอุดมการณ์ค้ำเหนี่ยวร่วม
กันดังปรากฏในนโยบายวางแผนครอบครัวแห่งชาตินำมาซึ่งผลประโยชน์เชิงโครงสร้าง
ทางวัฒนธรรมแก่พันธมิตรไตรภาคี เนื่องจากนโยบายวางแผนครอบครัวจะเป็นตัว
สนับสนุนอำนาจการนำของอุดมการณ์แห่งการพัฒนาโดยการตอบสนองเป้าหมายการ
เพิ่มรายได้เฉลี่ยต่อหัว

อำนาจการนำของระบบอุดมการณ์แห่งการพัฒนาตั้งอยู่บนความเห็นพ้องต้อง
กันของชนชั้นนำและขยายการครอบงำไปสู่ประชาชนว่าการกินคืออยู่ดีของประชาชนจะต้อง
อาศัยการเร่งรัดสร้างความเจริญเติบโตให้มีรายได้เฉลี่ยต่อหัวของประเทศให้สูงขึ้นอย่าง
รวดเร็ว แต่จากสูตรรายได้เฉลี่ยต่อหัว =
$$\frac{\text{รายได้ประชาชาติ}}{\text{จำนวนประชากร}}$$

“ถ้าประชากรยังคงเพิ่มอย่างรวดเร็วต่อไปการพัฒนาเศรษฐกิจเพื่อให้ประชากรมีรายได้โดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่าตัวอาจจะต้องใช้เวลาไม่ต่ำกว่า 40 ปี แทนที่จะเป็น 24 ปี ตามเป้าหมายเดิมที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ” (คณะกรรมการวิจัยสาขาเศรษฐศาสตร์ และสาขาสังคมวิทยา, สภาวิจัยแห่งชาติ, 2506 : 40)

ดังนั้นจึงต้องมีการกำหนดนโยบายวางแผนครอบครัวแห่งชาติขึ้นเพื่อลดอัตราเกิดเพราะ

“หากอัตราการเกิดเริ่มลดลงบ้าง ผลผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติก็จะเพิ่มขึ้นรวดเร็วกว่าในกรณีที่อัตราเกิดยังคงอยู่ในระดับสูงมากเช่นในปัจจุบัน อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าผลผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติจะเพิ่มในอัตราคงที่ แต่รายได้หัวเฉลี่ยต่อบุคคลก็จะเพิ่มรวดเร็วยิ่งขึ้น เนื่องจากจำนวนบุตรที่บิดามารดาจะต้องเลี้ยงดูจะลดน้อยลง ตัวอย่างเช่น ในกรณีที่ผลผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติเพิ่มในอัตราร้อยละ 7 ต่อปี และอัตราการเกิดยังคงอยู่ในระดับสูง รายได้หัวเฉลี่ยต่อบุคคลจะเพิ่มจาก 3,113 บาท ในปี 2510 เป็น 6,491 บาทในปี 2533 แต่ถ้าอัตราการเกิดจะเพิ่มลดลงบ้าง เช่น ประมาณหนึ่งในสามของที่เป็นอยู่ในปัจจุบันในระยะ 15 ปีข้างหน้า ในปี 2533 รายได้หัวเฉลี่ยต่อบุคคลก็จะเพิ่มสูงขึ้นถึงประมาณ 7,571 บาท และจะกระจายรายได้โดยทั่วถึงกันยิ่งขึ้นแต่ครอบครัวจะมีเงินเหลือเพื่อใช้เลี้ยงดูบุตรมากขึ้น และรัฐบาลก็ไม่จำเป็นต้องกระจายรายจ่ายเพื่อช่วยเหลือประชากรที่มีฐานะยากจนอย่างกว้างขวางดังที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน” (กองวางแผนกำลังคน สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติ, 2513 : 3-4)

ดังนั้นนโยบายวางแผนครอบครัวแห่งชาติจึงสนับสนุนระบบอุดมการณ์แห่งการพัฒนาโดยการช่วยให้พันธมิตรไตรภาคีสามารถบรรลุเป้าหมายการพัฒนาในยุคแห่งการพัฒนาได้

นอกจากอุดมการณ์คุมกำเนิดที่มุ่งตอบสนองผลประโยชน์เชิงโครงสร้างจะเป็นเงื่อนไขจำเป็นในการรวมตัวของพันธมิตรไตรภาคีแล้วยังมีเงื่อนไขเพียงพอในการรวมพันธมิตรได้แก่ มีการเปลี่ยนแปลงระบอบการเมืองภายในโครงสร้างอำนาจรัฐราชการที่กักภาคประชาชนจากการเข้ามามีบทบาทในการตัดสินใจทางการเมือง จากระบอบอำนาจนิยมทหาร ในสมัยสฤษดิ์-ถนอม-ประภาส มาเป็นระบอบการเลือกตั้งหลัง 14 ตุลาคม 2516 การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้ภาคเอกชนซึ่งเคยอยู่ภายใต้การครอบงำของระบบอุปถัมภ์ของชนชั้นนำข้าราชการเข้ามามีบทบาททางการเมืองโดยตรงมากขึ้น (Suehiro, 1989 : 282-286 ; ชัยยนต์ ประดิษฐ์ศิลป์, 2533 : 186-188)

2. บทบาทของพันธมิตรไตรภาคีในการนำนโยบายไปปฏิบัติ

บทบาทของพันธมิตรไตรภาคีในการนำนโยบายวางแผนครอบครัวไปปฏิบัติ สอดคล้องกับการกำหนดเนื้อหา นโยบาย (policy content) นโยบายวางแผนครอบครัวให้ มีทิศทางสอดคล้องต่อการขยายตัวของรัฐราชการ, ระบบทุนนิยม และระบบอุตสาหกรรม แห่งการพัฒนาสู่ชนบท ดังนั้นกลุ่มเป้าหมายหลักในการนำนโยบายไปปฏิบัติคือ ชาวบ้าน ที่อยู่ในชนบท เนื่องจาก

“การเพิ่มของประชากรในอัตราที่สูงมากเช่นนี้มักจะมีในชนบทเป็นส่วนใหญ่ และจะมีผลกระทบกระเทือนต่อครอบครัวที่ประกอบอาชีพการเกษตรที่มีบุตรมาก เพราะ รายได้ต่ำ เป็นเหตุให้มีความเป็นอยู่อย่างแร้นแค้น สุขภาพอนามัยเสื่อมโทรมเนื่องจาก ขาดอาหารที่เป็นประโยชน์แก่ร่างกาย จึงไม่สามารถที่จะเลี้ยงดูและให้การศึกษาแก่บุตร ได้ดีเท่าที่ควร อาศัยเหตุนี้รัฐบาลควรจะให้ความช่วยเหลืออย่างรีบด่วนในการจำกัดขนาด ครอบครัว เป็นการบรรเทาทุกข์ของครอบครัวเหล่านั้น ทั้งยังจะช่วยแก้ปัญหาสังคม และ ปัญหาด้านคุณภาพของประชากรในอนาคตอีกด้วย ในขณะที่เดียวกันก็อาจจะช่วยแก้ปัญหา ในแง่ความมั่นคง และความปลอดภัยของประเทศด้วย” (มล.เดช สนิทวงศ์, 2513 ก : 2)

ภายใต้บริบทเชิงโครงสร้างสังคมและกรอบของเนื้อหา นโยบายดังกล่าว พันธมิตรไตรภาคีจึงได้เคลื่อนไหวสู่พื้นที่ในชนบทในรูปของโครงการวางแผนครอบครัว แห่งชาติ

2.1 บทบาทพันธมิตรไตรภาคีในกระบวนการวางแผน

นอกจากเนื้อหา นโยบายจะกำหนดทิศทางในการปฏิบัติการสู่ชนบทแล้ว การ มุ่งลดอัตราเกิดโดยการใช้การคุมกำเนิดสมัยใหม่ภายในบริบทของอุตสาหกรรมแห่งการ พัฒนาที่เน้นการเพิ่มรายได้เฉลี่ยต่อหัวทำให้ นโยบายวางแผนครอบครัวมีลักษณะนโยบาย ที่มุ่งเน้นเป้าหมายเชิงปริมาณ (target oriented policy) โดยอาศัยกระบวนการแปลง นโยบายมาสู่แผน กล่าวคือในความพยายามลดอัตราเกิดนั้นนโยบายวางแผนครอบครัวจะ ต้องกำหนดเป้าหมายเพิ่มจำนวนผู้ใช้บริการรายใหม่และคงผู้ใช้บริการรายเก่าเอาไว้เป็น กรอบการปฏิบัติ (สัมภาษณ์กฤติยา อาชวนิจกุล, กรรมการมูลนิธิผู้หญิง, 25 เมษายน 2540) ในแผนงานวางแผนครอบครัวของกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้คือ

ภายในบริบทของระบบอุดมการณ์แห่งการพัฒนาที่มุ่งการสร้างความสำเร็จ
เติบโตทางเศรษฐกิจโดยวัดจากการเพิ่มรายได้เฉลี่ยต่อหัวซึ่ง = $\frac{\text{รายได้ประชาชาติ}}{\text{จำนวนประชากร}}$ นั้น

การเพิ่มรายได้เฉลี่ยต่อหัว นอกจากขึ้นอยู่กับ การเพิ่มรายได้ประชาชาติแล้วยังขึ้นอยู่กับ
การลดอัตราเพิ่มประชากรด้วยการลดอัตราเกิด เนื่องจากการลดอัตราเพิ่มประชากรจะ
ขึ้นกับการลดอัตราราย และอัตราเกิดของประชากร ดังนั้นนโยบายวางแผนครอบครัวจึง
ผูกพันอยู่กับกลยุทธ์การพัฒนาเศรษฐกิจโดยผ่านการกำหนดการลดอัตราเพิ่มประชากร
ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 3 ถึงฉบับที่ 7 ออกมาเป็นตัวเลขเป้า
หมายเชิงปริมาณร้อยละ 2.5, 2.1 ; 1.5, 1.3 และ 1.2 เมื่อสิ้นสุดแต่ละแผนตามลำดับ
(เขาวลัทธิ ราชแพทยาคม, 2539 : 42)

กระบวนการกำหนดเป้าหมายในแผนประชากรเป็นผลมาจากการเคลื่อนไหว
ของพันธมิตรไตรภาคี คือ กลุ่มแพทย์กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มนักเศรษฐศาสตร์
ประชากรของสภาพัฒน์และกลุ่มนักสังคมศาสตร์ซึ่งพัฒนาเป็นนักประชากรศาสตร์โดย
การสนับสนุนเงินทุนในการวางแผนจากพลังภายนอกคือ UNFPA (สัมภาษณ์ธรรมรักษ์
การพิศิษฐ์ , รองเลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่ง
ชาติ, 22 กันยายน 2539)

จากภาพที่ 5.1 จะพบว่าพันธมิตรไตรภาคีได้ใช้เวทีคณะกรรมการนโยบาย
และแผนประชากรในการกำหนดเป้าหมายตั้งแต่ช่วงแผนพัฒนาฉบับที่ 4 ถึงฉบับที่ 7 ใน
แผนพัฒนาฉบับที่ 3 กระทรวงสาธารณสุขจะเป็นตัวหลักในวางเป้าหมาย (สัมภาษณ์
เชษฐ บัญประเทือง, ผู้อำนวยการกองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการ
พัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 11 พฤศจิกายน 2539) กระทรวงสาธารณสุขวาง
เป้าหมายในแผนพัฒนา ฉบับที่ 3 โดยใช้ฐานข้อมูลของโครงการอนามัยครอบครัว พ.ศ.
2511-2513 เนื่องจากความไม่พร้อมในการวางแผนหลังจากที่รัฐบาลจอมพลถนอม
กิตติขจร ประกาศนโยบายวางแผนครอบครัวแห่งชาติในเดือนมีนาคม 2513 อย่างไม่
คาดคิด (สัมภาษณ์มนัสวี อุณหันธ์, อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2525-2526,
7 พฤษภาคม 2529)

หลังจากกำหนดเป้าหมายในเชิงปริมาณเป็นอัตราเพิ่มประชากรในแผนประ
ชากรแล้ว กองอนามัยครอบครัวในนามของกระทรวงสาธารณสุขจะเป็นผู้กำหนดเป้า
หมายจำนวนผู้ใช้บริการคุมกำเนิดรายใหม่และผู้คงใช้ในแผนงานวางแผนครอบครัวโดย
จะแบ่งผู้ใช้บริการออกเป็นรายวิธีคุมกำเนิด (สัมภาษณ์มรกต กรเกษม, อดีตผู้อำนวยการ

กองอนามัยครอบครัว กระทรวงสาธารณสุข, 26 มกราคม 2530) ได้แก่ ท้องอนามัย, ยาเม็ดคุมกำเนิด, ทำหมันชายและหญิง, ยาฉีดคุมกำเนิด และยาฝังคุมกำเนิด ในช่วง พ.ศ.2515-2534 (ธัชชัย มุ่งการดี, 2533 :6)

ในที่สุดโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติจึงสามารถตั้งเป้าหมายเชิงปริมาณในรูปการให้บริการวางแผนครอบครัวแก่คู่สมรสเพื่อลดอัตราเพิ่มประชากรดังนี้ (ธัชชัย มุ่งการดี, 2533 : 5)

	ผู้รับบริการรายใหม่	ผู้รับบริการรายเก่า
แผนพัฒนา ฉบับที่ 3 พ.ศ.2515-2519	1,975,000	-
แผนพัฒนา ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2520-2524	3,029,000	2,191,921
แผนพัฒนา ฉบับที่ 5 พ.ศ. 2525-2529	4,593,000	4,161,000
แผนพัฒนา ฉบับที่ 6 พ.ศ. 2529-2534	6,651,000	5,692,567

ในการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ โครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติใช้กลยุทธ์ 2 แนวทางหลักคือ (Patama Bhiromrut, n.d. : 4 ; สัมภาษณ์ Anthony Bennett, อดีตผู้อำนวยการและอนามัยครอบครัวของมหาวิทยาลัยโคลัมเบีย ประจำโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ พ.ศ.2519-2531, 24 พฤษภาคม 2540)

- 1) มุ่งเพิ่มการจัดหา (supply) บริการคุมกำเนิดที่สามารถกระจายไปทุกแห่ง และประชาชนสามารถเข้าไปรับบริการได้
- 2) มุ่งเพิ่มความต้องการ (demand) ในการใช้บริการคุมกำเนิดโดยการสื่อสารให้ปฏิบัติวางแผนครอบครัว (IE&C)

2.2 บทบาทของสมาชิกในพันธมิตรไตรภาคี

พันธมิตรไตรภาคีจะแบ่งบทบาทกันทำที่แตกต่างแต่ช่วยเสริมซึ่งกันและกันในการนำนโยบายไปปฏิบัติดังนี้

2.2.1 บทบาทของพลังภายนอกประเทศ

พลังภายนอกประเทศมีบทบาทในการสนับสนุนด้านเงินทุน เวชภัณฑ์คุมกำเนิด และเทคโนโลยีสังคมเกี่ยวกับการคุมกำเนิดในการนำนโยบายวางแผนครอบครัวไปปฏิบัติ (Bennett, A., Frisen, C., Kamnuansilpa, P. and Mc William, J. 1990 : 78-79)

พลังภายนอกซึ่งประกอบด้วยรัฐบาลประเทศศูนย์กลาง เช่น รัฐบาลสหรัฐอเมริกา, ญี่ปุ่น, คานาดา, ยุโรปตะวันตก, องค์การระหว่างรัฐบาล เช่น UNFPA, องค์การเอกชนระหว่างประเทศ เช่น IPPF, Population Council, มูลนิธิฟอร์ด, มูลนิธิร็อกกีเฟลเลอร์ และบริษัทข้ามชาติ เช่น บริษัท อัจจอห์น, G.D.Searle, Syntex, Ortho Pharmaceutical Corporation ต่างก็มีความสัมพันธ์ในฐานะที่เป็นส่วนประกอบของขบวนการคุมกำเนิดระหว่างประเทศ โดยมีศูนย์กลางอยู่ที่สหรัฐอเมริกา ขบวนการคุมกำเนิดระหว่างประเทศได้ก่อรูปความคิดของขบวนการจากการหลอมความคิดนีโอมัลธัส เข้ากับทฤษฎีการพัฒนาให้ทันสมัยแบบตะวันตก (ชียยนต์ ประดิษฐศิลป์, 2533 : 475-475) ดังนั้นในเวทีสากลรัฐบาลสหรัฐอเมริกาจึงมีฐานะเป็นผู้นำขบวนการคุมกำเนิดระหว่างประเทศโดยเป็นผู้จัดสรรทุนให้แก่องค์การระหว่างรัฐบาลถึงร้อยละ 25, องค์การเอกชนระหว่างประเทศประมาณร้อยละ 30-40, องค์การเอกชนในประเทศที่มีของช่างานระหว่างประเทศ เช่น Pop Council, FPIA เป็นส่วนใหญ่ รวมทั้งการช่วยเหลือโดยตรงผ่าน USAID ซึ่งเป็นองค์กรตัวแทนรัฐบาลอเมริกาด้วย (วิฑูร แสงสิงแก้ว, มปป. : 55)

ในบริบทของไทยนั้นพลังภายนอกมีบทบาทสำคัญต่อการนำนโยบายวางแผนครอบครัวของไทยไปปฏิบัติ ดังจะเห็นได้ชัดจากความช่วยเหลือด้านเงินทุนดังปรากฏในตารางที่ 5.1 จะพบว่าความช่วยเหลือในรูปเงินให้เปล่าและเงินกู้แก่โครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติโดยตรง รวมถึงความช่วยเหลือแก่สมาคมวางแผนครอบครัวเอกชนด้วยทั้งหมดจะมีถึงประมาณ 120 ล้านดอลลาร์ หรือคิดเป็นประมาณร้อยละ 53 ของงบประมาณทั้งหมดตั้งแต่ พ.ศ.2515-2533 (Bennett, A., Frisen, C., Kamnuansilpa, P. and Mc William, J., 1990 : 79)

ตารางที่ 5.1 : งบประมาณโดยประมาณของโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติตั้งแต่ พ.ศ.2515-2533 (พันดอลลาร์สหรัฐ)

แหล่ง	2515	2516	2517	2518	2519	2520	2521	2522	2523	2524	2525	2526	2527	2528	2529	2530	2531	2532	2533	ทั้งหมด	
1. รัฐบาลไทย	478.1	523.8	595.2	771.4	1,000.0	2,228.5	2,542.8	2,314.2	2,032.1	1,756.5	7,905.8	8,458.5	7,978.2	7,858.0	8,420.0	8,924.0	9,884.0	12,818.0	17,588.0	103,958.9	
2. องค์การต่างประเทศ	15.8	18.0	14.7	17.9	18.9	23.5	15.3	14.8	18.1	17.7	51.5	53.0	50.4	44.8	48.8	70.6	88.8	77.4	97.8	737.3	
- A.I.D. Grant	1,052.3	1,242.8	1,433.3	1,433.3	1,433.3	4,381.9	2,261.9	2,485.7	2,347.8	1,982.8	1,900.0	1,356.5	1,852.1	2,284.0	1,878.0	500.0	948.0	1,160.0	1,160.0	31,711.5	
- A.I.D. Loans																				11,989.0	
- A.I.D. Central																				13,329.0	
- UNRPA	847.8	1,123.8	1,147.8	1,104.7	1,095.2	1,208.5	1,028.5	2,080.9	1,973.9	1,452.1	878.2	478.2	434.7	738.0	398.0	140.0	524.0	840.0	332.0	18,522.9	
- MCA	42.8	114.2	380.9	380.9	476.1	380.9	380.9	476.1	852.1	434.7	434.7	434.7	434.7	400.0	400.0					5,823.7	
- Pop. Council	78.1	78.1	78.1	78.1	78.1															380.5	
- ASBAN/Australia											81.3	78.2	43.4	88.0	48.0	128.0	88.0			544.9	
- เงินกู้จากธนาคารโลก									404.3	513.0										15,331.5	
- อื่น ๆ	380.9					9.5		204.7				43.4	39.1	48.0		156.0	92.0	256.0	56.0	1,285.8	
3. สมาคมวางแผนครอบครัว																					
- ครัวเรือนไทย																					
- สภท.	188.6	190.4	214.2	238.0	280.9	357.1	390.4	390.4	408.6	408.6	534.7	582.6	658.5	738.0	788.0					6,311.0	
สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน			190.4	304.7	666.8	914.2	719.0	733.3	880.8	782.6	928.0	1,191.3	1,208.6	1,476.0	1,656.0						11,829.5
สมาคมทำกินฯ						14.2	119.0	223.8	188.9	128.0	200.0	158.5	173.9	304.0							1,504.1
ASIN						14.2	257.1	323.6	439.1	513.0	352.1	347.8	369.5	256.0							2,877.8
แผนพัฒนาวิจัยภาวะเจริญพันธุ์ฯ																					493.9
ทั้งหมด	3,042.4	3,871.1	4,037.7	4,308.1	5,028.2	9,490.0	16,818.8	19,826.1	11,814.7	9,889.3	18,882.8	18,989.7	18,818.1	17,844.0	16,904.0	12,822.0	14,088.0	16,820.0	17,976.0	225,728.8	

ที่มา : Bennett, A., Frisen, C., Kamnuansilpa, P. and Mc William, J., 1990 : 80

ความช่วยเหลือด้านเงินทุนจากพลังภายนอกมีบทบาทในช่วงการของการทะยานขึ้น (Take-off) ของโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ ดังจะเห็นได้จากสัดส่วนความช่วยเหลือจากต่างประเทศมีมูลค่าส่วนใหญ่ในแต่ละปีตั้งแต่ พ.ศ.2515 ถึง พ.ศ. 2524 เพราะหลังจากนั้นรัฐบาลไทยก็ได้เข้ามาบริหารโดยการจัดสรรงบประมาณแผ่นดินตั้งแต่ร้อยละ 51.5 ในปี 2524 ถึงร้อยละ 97.8 ในปี 2533 ตามตารางที่ 5.1

ในบรรดากลุ่มพลังภายนอกที่มีบทบาทในประเทศไทยจะพบว่ารัฐบาลสหรัฐอเมริกาเป็นผู้นำของกลุ่มเนื่องจากผู้ให้ความช่วยเหลือรายใหญ่แก่ประเทศไทย กล่าวคือ ในจำนวนเงินช่วยเหลือทั้งหมด 120 ล้านดอลลาร์ดังกล่าวข้างต้น พบว่ารัฐบาลสหรัฐอเมริกาในนามของ USAID ให้ความช่วยเหลือประมาณ 57 ล้านดอลลาร์ หรือคิดเป็นร้อยละ 48 (Ibid) นอกจากนี้ยังเป็นผู้ให้ทุนแก่องค์การต่างประเทศอื่นๆ ที่ช่วยเหลือการดำเนินงานวางแผนครอบครัวในประเทศไทย ได้แก่ Family Health International, Family Planning International Assistance ที่ให้ทุนส่วนใหญ่แก่ ASIN, IPPF ที่ให้ทุนแก่ สวท. และสมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน, กองทุน Pathfinder ซึ่งให้ทุนแก่ศูนย์วิจัยวางแผนครอบครัวโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, Population Council, UNFPA เป็นต้น (The Population Crisis Committee, 1985 : 4,6,10,15)

ตัวอย่างเช่น Population Council ในปี 2528 มีงบประมาณสูงถึง 21.5 ล้านดอลลาร์ นั้นส่วนใหญ่มาจาก USAID (Ibid : 10) ส่วน UNFPA ในปี 2527 นั้น ประเทศสหรัฐอเมริกาให้ทุนเป็นสัดส่วนถึงร้อยละ 29 ของงบประมาณทั้งหมด (The Population Crisis Committee, 1988 : 2) ดังนั้นการให้ความช่วยเหลือของพลังภายนอกต่อประเทศไทยจึงมีลักษณะเครือข่ายของความสัมพันธ์อย่างเป็นระบบ โดยการนำของรัฐบาลสหรัฐอเมริกา และมีการแบ่งงานกันทำภายในระบบระหว่างองค์การต่างๆ แต่องค์การหลักที่แสดงบทบาทสำคัญในกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติจะได้แก่ USAID, UNFPA, Pop Council, รัฐบาลญี่ปุ่น กล่าวคือ

จากภาพที่ 5.1 ข้างต้นจะพบว่าพลังภายนอกมีบทบาทต่อการนำนโยบายวางแผนครอบครัวของไทยไปปฏิบัติโดยผ่านองค์การและหน่วยงานต่างๆ ของภาคราชการและภาคเอกชนในประเทศ คือ

ในการวางแผนประชากรโดยการนำของสภาพัฒน์ UNFPA มีบทบาทในการสนับสนุนในกระบวนการจัดทำแผน เช่น การจัดสัมมนา, การวิจัยเพื่อการวางแผน, ค่า

เอกสาร (สัมภาษณ์อรรถมรภัฏ การพิศิษฐ์, รองเลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 22 กันยายน 2539)

ในการดำเนินงานของโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ พบว่า Population Council มีบทบาทในการจัดองค์การโดยอาศัยผู้แทนที่ประจำอยู่กระทรวงสาธารณสุข คือ Allan Rosenfield, J. Oscar Alers, Nicholas Wright และ Peter Donalson (The Population Council, nd. : 10, สัมภาษณ์วินิจ อัศวเสนา, อดีตผู้อำนวยการกองอนามัยแม่และเด็ก พ.ศ.2503-2515, 26 มกราคม 2530 ; Rosenfield, 1996:18)

นอกจากนี้ในกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ USAID และ UNFPA ยังมีบทบาทในการสนับสนุนด้านการให้บริการคุมกำเนิด และการสื่อสารเพื่อให้ปฏิบัติวางแผนครอบครัวโดยตรง (อิชชัย มุ่งการดี, 2532 : 17-18 ; United Nations Fund for Population Activities, n.d. : 1)

พลังภายนอกยังให้การสนับสนุนเงินทุน และ/หรือ เวชภัณฑ์คุมกำเนิดแก่หน่วยงานของรัฐนอกกระทรวงสาธารณสุขโดยเฉพาะอย่างยิ่งมหาวิทยาลัยของรัฐ หน่วยงาน 2 ประเภทของมหาวิทยาลัยที่มีบทบาทสำคัญประเภทแรกได้แก่ สถาบันวิจัยประชากร คือสถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ได้รับการสนับสนุนเงินทุนในการวิจัยเชิงนโยบายเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวจากพลังภายนอกต่าง ๆ เช่น มูลนิธิฟอร์ด, มูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์, รัฐบาลแคนาดา ในนามของ CIDA, UNFPA, UNICEF, USAID, UNESCO เป็นต้น (สถาบันประชากรศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2528 ; บรรณาธิการ (นามแฝง), 2528 : 3)

หน่วยวิจัยในภาคสุตินรีเวชของคณะแพทยศาสตร์ต่าง ๆ เช่น หน่วยงานวางแผนครอบครัวของศิริราช และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทำการวิจัยเกี่ยวกับเทคโนโลยีคุมกำเนิดและการให้บริการโดยได้รับความช่วยเหลือจาก IPPF, มูลนิธิฟอร์ด, USAID, กองทุน Pathfinder และ Population Council เป็นต้น (วัลลีย์ ประสาททองโอสถ, 2517 : 191,195-196)

นอกจากนี้ในกรณีของภาคเอกชนภายในประเทศเฉพาะสมาคมวางแผนครอบครัวเอกชน 6 สมาคม และคลินิกและโรงพยาบาลเอกชนตามที่ได้สรุปวิเคราะห์แล้วในบทที่ 4 นั้น พลังภายนอกที่มีบทบาทหลักในการสนับสนุนด้านเงินทุนและเวชภัณฑ์คุม

กำเนิด ได้แก่ IPPF, JOICFP, USAID, UNFPA, โครงการทำหมันนานาชาติ, Family Planning International Assistance, Family Health International

ความช่วยเหลือของพลังภายนอกต่อองค์กรทั้งภาครัฐและภาคเอกชนในโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติมีปฏิสัมพันธ์ในลักษณะของหุ้นส่วนในการนำนโยบายไปปฏิบัติเนื่องจาก “ความช่วยเหลือเป็นไปตามความพอใจของทั้งสองฝ่าย เป็นการปรึกษาหารือกันมากกว่า กว่าจะลง sigm ความช่วยเหลือกันได้ต้องผ่านหลายขั้นตอนไม่ว่าจะเป็นความช่วยเหลือขององค์กรไหนก็แล้วแต่ เขาไม่ได้ให้ตามที่เราพอใจอยู่ที่เรา request ว่าต้องการเท่าไร บางทีทางเราขอมากเขาอาจจะตัดลงก็ได้ตามที่เขามีขีดความสามารถที่จะช่วยเหลือเราได้” (สัมภาษณ์มรกต กรเกษม, อดีตผู้อำนวยการกองอนามัยครอบครัวกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2525-2528, 28 มกราคม 2530)

กลไกที่พลังภายนอกใช้เป็นเครื่องมือในการมีส่วนร่วมควบคุมการดำเนินนโยบายวางแผนครอบครัวให้เป็นไปตามทิศทางได้แก่ การประเมินผลโดยคณะกรรมการร่วมระหว่างไทย-อเมริกัน ภายใต้การสนับสนุนของ USAID การประเมินผลโดย USAID โดยตรงมีอยู่ 2 ครั้ง ในช่วง พ.ศ.2515-2533 คือครั้งแรกหลังจากในปี 2520 เมื่อสิ้นสุดการดำเนินงานในแผนพัฒนา ฉบับที่ 3 และครั้งที่สองในปี 2527 ฐานะของการประเมินผลเห็นได้ชัดจากค่ากล่าวของหัวหน้าทีมประเมินผลทั้งสองครั้งที่ว่า

“รัฐบาลไทยและรัฐบาลอเมริกันก็มีความเห็นพ้องต้องกันว่าควรมีการประเมินผลการวางแผนครอบครัวที่ผ่านมาว่าได้ผลมากน้อยเพียงใด และสมควรที่จะให้ความช่วยเหลือในด้านการวางแผนครอบครัวแก่ประเทศไทยต่อไปหรือไม่” (เทพพนม เมืองแมน, 2522 : 7)

2.2.2 บทบาทของภาคเอกชนภายในประเทศ

ภาคเอกชนภายในประเทศซึ่งประกอบด้วยสมาคมวางแผนครอบครัวเอกชน, กลุ่มร้านขายยา, คลินิกเอกชน โรงพยาบาลเอกชน และบริษัทผลิตยาภายในประเทศ โดยมีสมาคมวางแผนครอบครัวเอกชนเป็นผู้นำในการประสานให้ส่วนต่างๆ เข้ามามีบทบาทในการนำนโยบายวางแผนครอบครัวไปปฏิบัติ

ภาคเอกชนมีฐานะเป็นหุ้นส่วนไตรภาคีในการกำหนดนโยบายอย่างเป็นทางการเมื่อได้เข้าร่วมกำหนดแผนประชากรในคณะกรรมการนโยบายและแผนประชากรตั้งแต่แผนพัฒนา ฉบับที่ 5 โดยการนำของสมาคมวางแผนครอบครัวเอกชน คือ

สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย, สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน และสมาคม ASIN (ดูในภาคผนวก ค.)

นอกจากนี้สมาคมวางแผนครอบครัวเอกชนยังมีบทบาทร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขในการกำหนดรูปแบบการดำเนินนโยบายวางแผนครอบครัวในเวทีของคณะกรรมการประสานงานวางแผนครอบครัวระหว่างภาครัฐบาลและภาคเอกชน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2521 โดยเริ่มจาก 4 สมาคมได้แก่ สมาคมวางแผนครอบครัว, สมาคมพัฒนาประชากร, สมาคมทำหมัน และสมาคม ASIN และต่อมาเป็น 6 สมาคมในปี 2532 โดยเพิ่มสมาคมส่งเสริมโครงการวิจัย และสมาคมเร่งรัดพัฒนาคุณภาพชีวิต (ดูในภาคผนวก ค. ; โครงการวางแผนครอบครัว กระทรวงสาธารณสุข, 2521)

ภาคเอกชนในประเทศมีบทบาทสำคัญในการดำเนินนโยบายวางแผนครอบครัว 2 ประการหลัก คือ การสื่อสารให้ปฏิบัติวางแผนครอบครัว (IE&C) และการให้บริการวางแผนครอบครัว เสริมภาครัฐ

1) การสื่อสารให้ปฏิบัติวางแผนครอบครัว การสื่อสารให้ปฏิบัติวางแผนครอบครัวเป็นภารกิจหลักของสมาคมวางแผนครอบครัวเอกชนเนื่องจากความคล่องตัวในการดำเนินงานดีกว่าระบบราชการของรัฐ ทำให้สมาคมภาคเอกชนสามารถ “กระตุ้นให้ประชาชนรู้จักและตื่นตัวในเรื่องของการวางแผนครอบครัวทางสื่อมวลชนในแขนงต่างๆ” (คณะกรรมการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ, 2538 : 8)

ประสิทธิภาพในการสื่อสารให้ปฏิบัติวางแผนครอบครัวของสมาคมวางแผนครอบครัวเอกชน ปรากฏเด่นชัดในการนำของคุณมีชัย วีระไวทยะ ตามที่ได้วิเคราะห์ไปแล้วในบทที่ 4 ว่า สามารถทำให้การวางแผนครอบครัวขยายจากเรื่องส่วนตัวมาเป็นเรื่องสาธารณะ และกลายมาเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน

2) การให้บริการวางแผนครอบครัวเสริมภาครัฐ ภาคเอกชนเสริมการให้บริการของรัฐ ทั้งในแง่ปริมาณและคุณภาพ กล่าวคือ ในแง่ปริมาณเป็นการเสริมจำนวนผู้ใช้บริการวางแผนครอบครัว เนื่องจากการบริการของรัฐไม่สามารถกระจายไปได้อย่างทั่วถึง (ประยูร กลิ่นชม, 2521 : 2) ส่วนในแง่คุณภาพเป็นการสร้างนวัตกรรมในการให้บริการวางแผนครอบครัว

การเสริมงานวางแผนครอบครัวแก่ภาครัฐ จะพบได้จากตารางที่ 5.2 ว่าภาคเอกชนเป็นแหล่งที่ให้บริการวางแผนครอบครัวแก่ประชาชนระหว่าง พ.ศ.2521-2530 อยู่ในช่วงร้อยละ 15-23 ของจำนวนผู้ใช้คุมกำเนิดทั้งหมด

ตารางที่ 5.2 จำนวนร้อยละของผู้ใช้วิธีคุมกำเนิดจำแนกตามแหล่งบริการ
ปี 2521-2530

แหล่งรับบริการ	2521/22* CPS1	2524 CPS2	2527 CPS3	2530 TDHS
รัฐบาล	77	78.4	79	81.9
เอกชน	23	21.6	21	15.3
กำหนดไม่ได้	-	-	-	2.8
รวม	100	100	100	100

ที่มา : การสำรวจสถานะการคุมกำเนิดในประเทศไทย ธันวาคม 2521 (CPS1)

การสำรวจสถานะการคุมกำเนิดในประเทศไทยรอบที่สอง (CPS2)

การสำรวจสถานะการคุมกำเนิดในประเทศไทยรอบที่สาม (CPS3)

การสำรวจประชากรและการอนามัยในประเทศไทย (TDHS)

หมายเหตุ : ไม่รวมตัวเมืองของจังหวัดต่าง ๆ

องค์กรในภาคเอกชนที่มีบทบาทในการให้บริการวางแผนครอบครัวมากที่สุด ได้แก่ ร้านขายยา และคลินิก กับโรงพยาบาลเอกชน กล่าวคือ ในปี 2524 มีผู้ใช้บริการคุมกำเนิดจากร้านขายยาจำนวนร้อยละ 12.2 ของผู้ใช้ทั่วประเทศโดยแบ่งเป็นยาเม็ดคุมกำเนิดร้อยละ 9.7 และถุงยางอนามัยร้อยละ 2.2 ส่วนคลินิกเอกชนมีผู้ใช้บริการวิธีต่าง ๆ ร้อยละ 7.5 (อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์ และพีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์, 2525 : 4) ต่อมาในปี 2530 จากการสำรวจประชากรและการอนามัยในประเทศไทยพบว่าการใช้บริการจากร้านขายยาเท่ากับร้อยละ 6.7 และจากคลินิกและโรงพยาบาลเอกชนเท่ากับร้อยละ 7.1 (Patama,n.d. 10)

การมีบทบาทในการสร้างนวัตกรรมเกี่ยวกับปฏิบัติการวางแผนครอบครัวของภาคเอกชนเกิดจากที่สมาคมเอกชนเป็นผู้รับภารกิจในการให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมายเฉพาะที่ยากแก่การเข้าถึงโดยระบบราชการได้แก่ กลุ่มมุสลิมในภาคใต้, กลุ่มชาวเขา, ผู้ลี้ภัย, คนสลัม, คนงานในโรงงาน, หมู่บ้านนิคม, รัฐวิสาหกิจ, กลุ่มสหกรณ์ (โครงการวางแผนครอบครัว กระทรวงสาธารณสุข, 2521) ดังนั้นจึงทำให้สมาคมวางแผนครอบครัวเอกชนสามารถพัฒนาทั้งระบบการให้บริการวางแผนครอบครัว และมาตรการที่นอกเหนือจากการวางแผนครอบครัว (beyond family planning) เข้ามาเสริมให้งานบริการวางแผน

แผนครอบครัวมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยเฉพาะงานของสมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน และสมาคมวางแผนครอบครัว ได้แก่ การใช้สิ่งจูงใจ การใช้อาหารแม่และเด็กเพื่อไม่ต้องมีลูกเมื่อ และการใช้โครงการพัฒนาเพื่อสร้างเงื่อนไขให้คนมาคุมกำเนิดในรูปการผสมผสานระหว่างโครงการพัฒนาชุมชนกับการบริการคุมกำเนิด (สัมภาษณ์มีชัย วีระไวทยะ, นายกสมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน, 20 ธันวาคม 2539)

ในแง่ของระบบบริการวางแผนครอบครัว สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน เช่นเดียวกับสมาคมวางแผนครอบครัว สามารถสร้างนวัตกรรมในรูปแบบระบบอาสาสมัครในหมู่บ้านชนบทให้เป็นที่แพร่หลายได้ ระบบอาสาสมัครเป็นนวัตกรรมเมื่อเปรียบเทียบกับระบบคลินิกของกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากระบบคลินิกไม่สามารถให้บริการครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มเป้าหมายได้ เพราะในแต่ละตำบลจะมีสถานีอนามัยเพียงแห่งเดียว ดังนั้นชาวบ้านในหมู่บ้านต่างๆ จึงต้องใช้เวลาเดินทางมากในขณะที่สถานีอนามัยเป็นสถานที่ราชการที่เปิด 9 โมงเช้าถึง 4 โมงเย็น ดังนั้นจึงไม่ค่อยสะดวกกับชาวบ้านบางส่วน สมาคมพัฒนาประชากรฯ จึงใช้ระบบอาสาสมัครเพื่อแก้ปัญหาเหล่านี้โดยการอบรมคนในหมู่บ้านให้รู้จักวิธีคุมกำเนิดอย่างง่าย ๆ เช่น การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ก็จะแก้ปัญหาความไม่สะดวกในการเดินทาง นอกจากนี้ชาวบ้านยังสามารถรับบริการจากอาสาสมัครได้ตลอดวันอีกด้วย (สัมภาษณ์วิลาส เตโช, หัวหน้ากองวิจัยและประเมินผล สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน, 7 พฤษภาคม 2524)

ในบรรดาองค์กรของภาคเอกชนภายในประเทศ ถือได้ว่าบริษัทยาคุมกำเนิดในประเทศไทยมีบทบาทในการนำนโยบายไปปฏิบัติค่อนข้างน้อย เนื่องจากการต้องพึ่งพาวัตถุดิบ, เทคโนโลยี และเครื่องจักรของประเทศศูนย์กลาง ทำให้คุณภาพยาคุมกำเนิดของบริษัทเหล่านี้ไม่ดีเท่ากับบริษัทยาข้ามชาติ ดังนั้นจะพบว่าส่วนแบ่งตลาดของยาคุมกำเนิดในประเทศไทยเป็นของออร์แกนอน และเซอริง ซึ่งเป็นบริษัทข้ามชาติถึงร้อยละ 60 (สัมภาษณ์ ศุภกิต อภิมนศบุตร, ผู้จัดการฝ่ายการตลาดของบริษัทออร์แกนอน (ประเทศไทย) จำกัด, 27 สิงหาคม 2539)

อย่างไรก็ดีในระบบประมูลราคาเพื่อซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิดของกองอนามัยครอบครัวมาทดแทนเวชภัณฑ์ที่เคยได้รับความช่วยเหลือนั้น ทำให้บริษัทภายในประเทศสามารถเข้ามามีบทบาทได้ระดับหนึ่งจากการชนะประมูล เช่น บริษัท ไทยนครพัฒนาในการขายยาเม็ดคุมกำเนิดแอนนา, บริษัท อำนวยเภสัช เรื่องยาฉีดคุมกำเนิด Depogestin, บริษัท เวสโก เรื่องยาฉีด Pheno-M, บริษัทโอสัน เรื่องยา Controlan เป็นต้น (สัมภาษณ์สุพร เกิดสว่าง, เลขาธิการสมาคมส่งเสริมโครงการวิจัยการเจริญพันธุ์แห่งประเทศไทย, 8 พฤศจิกายน 2539)

2.2.3 บทบาทของภาคราชการ

บทบาทของภาคราชการในการนำของกระทรวงสาธารณสุขในกระบวนการนำนโยบายวางแผนครอบครัวไปปฏิบัติถือว่าเป็นแกนกลางในการดำเนินงานของโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขมีความชอบธรรมในการใช้กลไกรัฐได้อย่างกว้างขวาง กระทรวงสาธารณสุขสามารถผลักดันนโยบายวางแผนครอบครัวลงสู่ชนบททั่วประเทศได้เนื่องจากสามารถดึงความช่วยเหลือจากพันธมิตรไตรภาคีในการจัดการด้านทรัพยากรในการบริหาร และการจัดการบริหารโดยอาศัยกลยุทธ์ของมาตรการนโยบายในรูปแบบต่างๆ

2.2.3.1 การจัดการด้านทรัพยากรในการบริหาร

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดการด้านทรัพยากรในการบริหารที่ใช้ในการดำเนินนโยบายวางแผนครอบครัวได้แก่ การจัดการด้านเงินทุน, ด้านบุคลากรผู้ให้บริการ, ด้านเวชภัณฑ์คุมกำเนิดและด้านสถานที่ให้บริการดังนี้

ในการจัดการด้านเงินทุนนั้นกระทรวงสาธารณสุขสามารถดึงความช่วยเหลือต่างประเทศในรูปแบบเงินให้เปล่าเป็นจำนวนถึง 295.5 ล้านบาท, 534.8 ล้านบาท และ 347.4 ล้านบาท ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 3 ถึงฉบับที่ 5 ตามลำดับ (กองอนามัยครอบครัว, 2528 : ตารางที่ 4) และในขณะที่เงินช่วยเหลือจากต่างประเทศลดลงนั้น กระทรวงสาธารณสุขก็สามารถดึงงบประมาณจากรัฐบาลไทยมาสนับสนุนงานวางแผนครอบครัวได้ ดังจะเห็นได้จากงบประมาณของโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติที่ได้รับจากรัฐบาลได้เพิ่มขึ้นตามลำดับจาก 10 ล้านบาทในปี 2518 เป็น 200 ล้านบาท ในปี 2528, 350 ล้านบาท ในปี 2532 และ 500 ล้านบาท ในปี 2533 (Patama Bhiromrut, n.d. : 12)

เงินทุนส่วนใหญ่ในงานวางแผนครอบครัวจะนำไปใช้เกี่ยวกับเวชภัณฑ์คุมกำเนิด เช่น ในปี 2535 กระทรวงสาธารณสุขใช้เงินสำหรับเวชภัณฑ์คุมกำเนิดมากกว่า 80% (ibid)

ในทรัพยากรการบริหารด้านอื่นๆ นอกจากเงินทุนนั้นกระทรวงสาธารณสุขเริ่มดำเนินงานจากการสานต่อจากโครงการวางแผนครอบครัวในรูปโครงการอนามัยครอบครัวระหว่างปี พ.ศ.2511-2513 ทำให้โครงการอนามัยครอบครัวช่วยเตรียมพื้นฐานการดำเนินงานสำหรับโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติโดยคือ ได้ทำการฝึกอบรมแพทย์ พยาบาล ผดุงครรภ์ และเจ้าหน้าที่อนามัยทั่วประเทศมาแล้วจำนวน 6,125 คน

พร้อมกับได้เปิดบริการขึ้นตามโรงพยาบาล สถานือนามัยและสำนักงานผดุงครรภ์ปีละ 20-25 จังหวัด จนครบทุกจังหวัดในปี 2513 ทำให้มีหน่วยงานวางแผนครอบครัวอยู่ทั่วไปมากกว่า 3,800 แห่ง (มนัสวี อุณหนันท์, 2519 : 619-620)

กลุ่มชนชั้นนำข้าราชการสามารถจัดการด้านสถานที่ให้บริการวางแผนครอบครัวได้โดยอาศัยการผสมผสานเข้ากับโครงสร้างเดิมที่มีอยู่ของกระทรวงสาธารณสุข (Aphichat Chamratthirang, 1987 : 20) ดังนั้นจึงสามารถกระจายบริการวางแผนครอบครัวไปทั่วประเทศโดยผ่านกลไกสถานบริการสาธารณสุขดังนี้ (จากภาพที่ 5.2 ; Patama Bhiromrat, n.d. : 7)

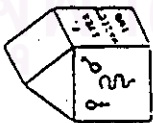



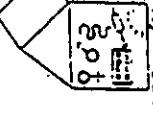
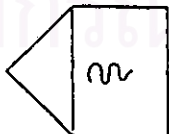
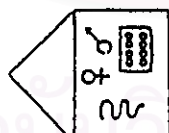
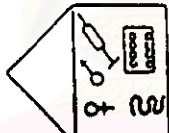
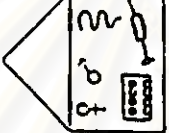






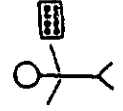
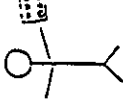
1) โรงพยาบาลจังหวัดในปี 2513 มีอยู่ 85 แห่ง ได้ให้บริการคุมกำเนิดด้วยการทำหมันหญิง, หมันชาย, ท่วงอนามัย, ยาเม็ดคุมกำเนิด และถุงยางอนามัย ได้ขยายสถานบริการเป็น 89 แห่งครอบคลุมพื้นที่เดิม 100% ในปี 2528 โดยเพิ่มการคุมกำเนิดด้วยการใช้ยาฝังคุมกำเนิด




2) โรงพยาบาลอำเภอในปี 2513 ให้บริการการทำหมันชาย, หมันหญิง, ท่วงอนามัย, ยาเม็ดคุมกำเนิด และถุงยางได้ขยายตัวจากจำนวน 227 แห่ง ซึ่งครอบคลุมพื้นที่ร้อยละ 44 มาเป็น 484 แห่ง ครอบคลุมพื้นที่ร้อยละ 89 ของพื้นที่ทั้งหมด โดยเพิ่มการใช้ยาฉีดคุมกำเนิดและยาฝังคุมกำเนิดในปี 2528

3) สถานือนามัยในระดับตำบล ซึ่งมีอยู่ 2,000 แห่งในปี 2513 ให้บริการยาเม็ดคุมกำเนิดและถุงยางอนามัย ต่อมาในปี 2533 ได้เพิ่มเป็น 8,000 แห่ง ครอบคลุมพื้นที่เดิม 100% โดยเพิ่มการให้บริการด้านท่วงอนามัยและยาฉีดคุมกำเนิด

4) อาสาสมัครสาธารณสุขในระดับหมู่บ้าน เริ่มจากการให้ยาเม็ดคุมกำเนิดในปี 2524 โดยครอบคลุมพื้นที่เพียงร้อยละ 8 ของพื้นที่ทั้งหมดขยายครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมดเดิม 100% ในปี 2528 โดยมีจำนวน อสม. เพิ่มเป็น 53,498 คน

ภาพที่ 5.2 โครงสร้างพื้นฐานการบริการสาธารณสุขและการบริการวางแผนครอบครัวระหว่าง พ.ศ. 2508-2528

	2508	2513	2518	2524	2528	หมายเหตุ
โรงพยาบาลจังหวัด						
ความครอบคลุม (ร้อยละ)	100% (N=83)	100% (N=85)	100% (N=88)	100% (N=89)	100% (N=89)	
โรงพยาบาลอำเภอ						
สัดส่วนต่อประชากร	1 : 100,000	1 : 150,000	1 : 166,000	1 : 149,000	1 : 94,603	
ความครอบคลุม (ร้อยละ)	33% (N=154)	44% (N=227)	46% (N=254)	50% (N=297)	89% (N=484)	
สถานอนามัยตำบล						
สัดส่วนต่อประชากร	1 : 14,500	1 : 10,000	1 : 9,500	1 : 7,500	1 : 6,786	
ความครอบคลุม (ร้อยละ)	34% (N=2,119)	49% (N=3,358)	56% (N=4,676)	66% (N=5,862)	95% (N=7,189)	
อาสาสมัครสาธารณสุข						
ความครอบคลุม(ร้อยละ)				8% (N=4,500)	100% (N=53,498)	

♀ = การทำหมันหญิง
 ♂ = การทำหมันชาย
 2 = ห่วงอนามัย
 = ยาเม็ดคุมกำเนิด
 = ยาสีคุมกำเนิด
 = ยาสีคุมกำเนิด
 N = จำนวน (แห่ง)

ที่มา : กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

นอกจากสถานบริการแล้ว ชนชั้นนำข้าราชการโดยความช่วยเหลือของตัวแทนพลักภายนอกเช่น Allan Rosenfield ตัวแทน Population Council (สัมภาษณ์สมศักดิ์ วรคามิน, อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2531-2532, 17 ธันวาคม 2539) ได้แก้ปัญหาการขาดแคลนบุคคลากรที่ให้บริการคุมกำเนิดได้สำเร็จกล่าวคือเมื่อสิ้นปี 2513 มีแพทย์ใช้ระบบงานของกระทรวงสาธารณสุข เพียง 330 คนเท่านั้น ที่มีสิทธิ์ในการให้บริการวางแผนครอบครัว และร้อยละ 50 ที่กระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพฯ ซึ่งสิ่งนี้เป็นผลผลิตของการขยายตัวของรัฐบาลที่รวมศูนย์สู่ส่วนกลาง แต่ในขณะเดียวกันภายใต้โครงสร้างอำนาจรัฐแบบอำนาจนิยม ก็ทำให้ชนชั้นนำดังกล่าวสามารถผลักดันพยาบาล และผดุงครรภ์เข้าเป็นผู้ให้บริการวางแผนครอบครัวเพิ่มเติมจากแพทย์ได้ ดังนั้นจึงมีผลให้คลินิกบริการวางแผนครอบครัวในระยะแรกเพิ่มขึ้นจาก 350 แห่งที่มีอยู่ในเมืองเกือบทั้งหมด เป็นมากกว่า 3,500 แห่ง ที่ส่วนใหญ่อยู่ในชนบท (Aphichat Chamrathirong, 1987 : 14-15)

การฝึกบุคคลากรอื่นขึ้นมาแทนแพทย์ช่วยเพิ่มผู้ให้บริการวางแผนครอบครัวได้ดังนี้ (ธัชชัย มุ่งการดี, 2533 : 6 ; Patama Bhiroment, n.d. : 6)

1) ท้องอนามัย ก่อนปี 2513 มีเฉพาะแพทย์เท่านั้นที่จะให้บริการได้ แต่ในปี 2515 เริ่มให้พยาบาลเป็นผู้ให้บริการใส่ห่วงได้ และต่อมาในปี 2519 จึงทดลองให้ผดุงครรภ์ใส่ห่วง และอนุญาตให้ใส่ได้ในปี 2523

2) ยาเม็ดคุมกำเนิด ก่อนปี 2513 มีเฉพาะแพทย์กับพยาบาลเท่านั้นที่จ่ายยาเม็ดได้ แต่ในปี 2513 เริ่มให้ผดุงครรภ์จ่ายยาเม็ดได้ และต่อมาในปี 2529 จึงให้อสม. จ่ายยาเม็ดสำหรับผู้ใช้บริการรายใหม่ได้

3) ยาฉีดคุมกำเนิด ในปี 2517 อนุญาตให้พยาบาลบริการยาฉีดได้ ต่อมาในปี 2526 จึงอนุญาตให้ผดุงครรภ์ฉีดยาคุมได้ รวมทั้งในปี 2528 ยังอนุญาตให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนชาวเขาฉีดยาคุมได้อีกด้วย

4) ยาฝังคุมกำเนิด หลังจากเริ่มให้แพทย์ผ่าตัดได้ในปี 2529 ก็ได้มีการทดลองให้พยาบาลฝังยาคุมในปี 2533 และมาอนุญาตให้บริการได้ในปี 2537

จากการที่ชนชั้นนำกลุ่มแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุขสามารถจัดการให้งานวางแผนครอบครัวเข้ามาเป็นงานประจำของกระทรวงสาธารณสุข และจัดหาบุคคลากรใน

การบริการคุมกำเนิดแทนแพทย์ได้นั้นทำให้กระทรวงสาธารณสุขสามารถขยายทรัพยากรในการให้บริการวางแผนครอบครัวให้มีความพร้อมใน 3 ด้าน ด้วยกันคือ สถานบริการ, บุคลากรผู้ให้บริการ และวิธีคุมกำเนิด (Aphichat Chamrathithinang, 1987 : 18) ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงกลายมาเป็นผู้ให้บริการคุมกำเนิดของประเทศ ตัวอย่างเช่น ในปี 2527 พบว่าหน่วยงานบริการของกระทรวงสาธารณสุขเป็นแหล่งที่สตรีมาใช้บริการถึงร้อยละ 78 ของสตรีทั้งหมด (อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์ และมะลิ สิวานานนท์ชัย, 2529:5) ซึ่งเป็นจำนวนเดียวกับในปี 2524 (อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์ และพีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์, 2525 : 4)

2.2.3.2 การจัดการด้านกลยุทธ์ของมาตรการนโยบาย

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรการนโยบายในการดำเนินนโยบายวางแผนครอบครัวสู่ชนบทในหลายรูปแบบด้วยกันคือ มาตรการให้บริการวางแผนครอบครัว, การสื่อสารให้ปฏิบัติวางแผนครอบครัว (IE&C), การให้สิ่งจูงใจ, การกวดขันทางสังคม, การอนามัยแม่และเด็กและการใช้โครงการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม แต่มาตรการหลักในการดำเนินงานได้แก่ การให้บริการวางแผนครอบครัวโดยมาตรการอื่น ๆ เป็นเพียงส่วนเสริม เนื่องจากชาวบ้านในชนบทมีความต้องการในการจำกัดขนาดครอบครัวอยู่เดิมเป็นพื้นฐานแล้ว

การขยายบริการวางแผนครอบครัวของโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ โดยผ่านกระทรวงสาธารณสุขได้รับการสนองตอบจากชาวบ้านอย่างกว้างขวางดังตัวเลขในตารางที่ 5.3 จะพบว่าการดำเนินงานสามารถเพิ่มผู้ใช้บริการรายใหม่ และคงใช้บริการเดิมได้เกินเป้าหมายที่ตั้งไว้ ตั้งแต่แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 3 จนถึงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5

การตอบสนองการเข้ามาของโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติของชาวบ้าน เกิดจากความต้องการในการจำกัดขนาดครอบครัวในชนบทจากสถานการณ์การมีลูกมาก เป็นภาระทางเศรษฐกิจซึ่งเป็นเงื่อนไขทางสังคมที่เกิดจากการขยายตัวของรัฐราชการ, ระบบทุนนิยม และระบบอุดมการณ์แห่งการพัฒนา ตามที่วิเคราะห์ในบทที่ 3

ตารางที่ 5.3 : จำนวนผู้รับบริการใหม่และ
ผู้รับบริการที่ยังคงใช้ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 3-6

แผนพัฒนาฯ	ผู้รับบริการรายใหม่ (ล้านคน)		ผู้รับบริการที่ยังคงใช้ (ล้านคน)	
	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	งานจริง
ฉบับที่ 3 พ.ศ.2515-2519	2.0	2.5	-	-
ฉบับที่ 4 พ.ศ.2520-2524	3.5	4.8	2.2	3.1
ฉบับที่ 5 พ.ศ.2529-2529	4.9	6.2	4.3	4.4
ฉบับที่ 6 พ.ศ.2530-2534	7.4	7.9	5.7	5.3

ที่มา : ฝ่ายสารสนเทศ กองอนามัยครอบครัว ; ธัชชัย มุ่งการดี, 2535 : 111

ความต้องการในการจำกัดขนาดครอบครัวของชาวบ้านในชนบท เป็นพื้นฐานที่มีอยู่ก่อนการดำเนินนโยบายวางแผนครอบครัวแห่งชาติ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าสตรีในวัยเจริญพันธุ์จึงยอมรับการวางแผนครอบครัวก่อนที่จะดำเนินนโยบายวางแผนครอบครัวแห่งชาติสู่ชนบท กล่าวคือในการสำรวจความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ (KAP) ในภาคเหนือที่บ้านปาง โดยนายแพทย์แม็คดาเนียล ในเดือนธันวาคม 2509 และเดือนกุมภาพันธ์ 2510 พบว่าสตรีในวัยดังกล่าวยอมรับการวางแผนครอบครัวถึงร้อยละ 97 (Mougne, 1981 : 218) ในภาคกลางที่โพธาราม ปี 2507-2508 พบว่ามีการยอมรับร้อยละ 73 (วิศิษฐ์ ประจวบเหมาะ, 2508 : 200) และในกลุ่มมุสลิมภาคใต้จังหวัดยะลา ในปี 2512 มีสตรีดังกล่าวยอมรับร้อยละ 80 (สุนทร สุวิปกิจ, 2522 : 59) และเมื่อมีการสำรวจทั่วประเทศในปี 2512 จะพบว่า มีสตรีในชนบทเห็นด้วยกับการวางแผนครอบครัวถึงร้อยละ 53 (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2515 : 66)

ดังนั้นในการนำนโยบายวางแผนครอบครัวไปปฏิบัติในชนบทนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงสามารถใช้ระบบการให้บริการวางแผนครอบครัวเป็นมาตรการหลักในการเพิ่มผู้ใช้บริการรายใหม่ และคงผู้ใช้บริการรายเดิมตามเป้าหมายได้ ส่วนมาตรการอื่นที่นอกเหนือจากการให้บริการวางแผนครอบครัวเป็นเพียงมาตรการเสริมคือ

1) การสื่อสารเพื่อปฏิบัติวางแผนครอบครัว (IE&C) เป็นเครื่องมือช่วยสร้างความมั่นใจในการรับบริการวางแผนครอบครัว แต่ “ไม่ต้องให้ก็ทำอยู่แล้ว” (สัมภาษณ์ ชิน ยวชิต, บุคคลตัวอย่างของรางวัลมูลนิธิสายใจไทยในฐานะผู้ชักจูงให้วางแผนครอบครัว,

13 ธันวาคม 2539) เนื่องจาก “งานใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุขไม่ใช่งานประชาสัมพันธ์ แต่เป็นการขยายบริการวางแผนครอบครัวมากกว่า” (สัมภาษณ์ Anthong Bennett, ตัวแทนศูนย์ประชากรและการอนามัยครอบครัวของมหาวิทยาลัย โคโลมเบียประจำโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ พ.ศ.2519-2531, 24 พฤษภาคม 2540)

ส่วนประชากรศึกษามีผลต่อการวางแผนครอบครัวในระยะยาวมากกว่าเพราะกลุ่มเป้าหมายเน้นไปที่เด็กที่ยังไม่ถึงวัยเจริญพันธุ์ และตั้งอยู่บนแนวคิดทางการศึกษาของ UNESCO และนักการศึกษาของไทยที่เน้นให้ประชาชนตัดสินใจคุมกำเนิดเองตามสภาพแวดล้อมที่ดำรงอยู่ (Ibid.)

2) มาตรการให้สิ่งจูงใจมีบทบาทเป็นเพียงตัวเสริมระบบบริการวางแผนครอบครัวที่มีอยู่ ไม่ใช่เป็นตัวกระตุ้น (galvanizing role) ให้มารับบริการเพราะชาวบ้านมีความต้องการคุมกำเนิดอยู่แล้ว (Bennett, Frisen, Kamneansilp and McWilliam, 1990 : 60)

ความพยายามที่ใช้การให้สิ่งจูงใจเป็นตัวกระตุ้นโดยตรง เกิดขึ้นนอกกระบวนการบริการวางแผนครอบครัวของกระทรวงสาธารณสุข โดยเริ่มจากสมาคมพัฒนาประชากรและชุมชนที่นำโดยคุณมีชัย วีระไวทยะ สมาคมฯ ได้จัดทำโครงการให้สิ่งจูงใจทางเศรษฐกิจเพื่อการวางแผนครอบครัว โดยเสนอให้สิ่งตอบแทนแก่บุคคล คู่สมรส หรือหมู่บ้านที่มีผลงานดีเด่นเป็นส่วนรวม รูปแบบการให้สิ่งจูงใจที่นำมาใช้ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของแต่ละชุมชน ภายใต้กรอบกิจกรรมคือ รูปแบบการให้สิ่งจูงใจที่เป็นปัจจัยทางการเกษตร การให้สิ่งจูงใจที่เป็นปัจจัยการเกษตร และการอนามัย, การให้สิ่งจูงใจที่เกี่ยวกับกิจกรรมการชื้อขาย และการให้สิ่งจูงใจที่เป็นปัจจัยทางการเงินและอื่น ๆ ทุกรูปแบบ โครงการของสมาคมฯจะดำเนินงานอยู่ในขอบเขตจำกัดไม่ได้ขยายไปทั่วประเทศ (สุนันทา สุวรรณโณดม, 2527 : 42-48)

แนวคิดการให้สิ่งจูงใจของสมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน ได้ขยายไปใช้ในการเร่งรัดการวางแผนครอบครัว โดยการจัด “มหกรรมใส่ห่วง” ของผู้ว่าอวัช มกรพงศ์ ในฐานะที่เป็นแนวทางหลักของกระทรวงมหาดไทย (สัมภาษณ์ วิลาส เตโช, หัวหน้ากองวิจัยและประเมินผลสมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน, 29 กรกฎาคม 2529 ; ชัยยนต์ ประดิษฐ์ศิลป์, 2533 : 347-348)

มหกรรมใส่ห่วงเป็นการรณรงค์ระดมจัดตั้งของราชการโดยความช่วยเหลือของ UNICEF และ UNFPA ให้ชาวบ้านมารับการใส่ห่วงภายในวันเดียว ให้ได้จำนวนมาก ดังนั้น

ต้องใช้ความรวดเร็ว เช่น การจัดที่อุดรดิตต์ ในวันที่ 29 เมษายน 2527 มีผู้มารับบริการประมาณ 8,000 คน ภายในวันเดียวโดยใช้วิทยาลัยครูอุดรดิตต์ แต่มีคนร่วมงานถึง 50,000 คนจนต้องใช้สัญญาณธงเขียว-แดง จัดจราจรของคนมาร่วมงาน ดังนั้นต้องใช้คนใส่ห่วง 1 คน ต่อ 2 เตียง และ “ผู้หญิงที่มาใส่ห่วงทุกคนต้องนุ่งผ้าถุงโดยไม่ใส่กางเกงใน เพราะไม่มีเวลาถอดกางเกงใน (สัมภาษณ์ ไกรวิท อังสิโรรัตน์, อดีตผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมวิชาการและบริการสาธารณสุข จังหวัดอุดรดิตต์ พ.ศ. 2520-2533, 13 ธันวาคม 2539)

Model ผู้ว่าธวัช “ช่วยเพิ่มความต้องการคุมกำเนิดเพียงชั่วคราว และจะลดลงหลังจากที่สิ่งตอบแทนที่จูงใจหยุดลง” (Bennett, Frisen, Kamnuansilp and Mcwilliam, 1990 : 60) ดังนั้นจึงพบว่าการดำเนินงานวางแผนครอบครัวของกระทรวงมหาดไทย ตั้งแต่ พ.ศ. 2526 นั้นในระยะแรกทำให้จำนวนผู้ใช้บริการห่วงอนามัยสูงขึ้นอย่างมากจนต้องตั้งเป้าหมายผู้ใช้ห่วงอนามัยในแผนประชากรใหม่หลังจากที่ลดเป้าหมายลงมาในแผนก่อนหน้านั้น (ชัยยนต์ ประดิษฐศิลป์, 2533 : 342-351) แต่ผู้ใช้บริการที่เพิ่มขึ้นดังกล่าวเกิดขึ้นเพียงในระยะสั้น เพราะภายหลังจากนั้นปรากฏว่ามีการรับจ้างเอาห่วงอนามัยออกจำนวนมาก โดยเสียค่าใช้จ่ายคนละ 30 บาท (สัมภาษณ์ Anthony Bennett, ตัวแทนศูนย์ประชากรและการอนามัยครอบครัวของมหาวิทยาลัยโคลัมเบียประจำโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ พ.ศ.2519-2531, 24 พฤษภาคม 2540) เนื่องจาก “หลังอิทธิพลผู้ว่าธวัช มีการถอดห่วงจาก 38,000 ราย เหลือแค่ 5,000 ราย” (สัมภาษณ์ไกรวิท อังสิโรรัตน์, อดีตผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมวิชาการและบริการสาธารณสุข จังหวัดอุดรดิตต์ พ.ศ.2520-2533, 13 ธันวาคม 2539)

การนำแนวคิดของสมาคมพัฒนาประชากรและชุมชนมาใช้ในอีกทางหนึ่งก็คือโครงการวางแผนครอบครัวในเขตที่มีการคุมกำเนิดต่ำโดยการสนับสนุนของ USAID หลังจาก USAID ได้เห็นความสำเร็จของสมาคมฯ ในการให้สิ่งจูงใจระดับหมู่บ้านในกองทุนพัฒนาหมู่บ้าน อย่างไรก็ตามก็เป็นการดำเนินงานเฉพาะพื้นที่มาก (Ibid : 59)

การให้สิ่งจูงใจโดยตรงของกระทรวงสาธารณสุขมุ่งเป้าหมายไปที่ผู้ให้บริการมากกว่าชาวบ้านผู้รับบริการ ได้แก่ การให้แก่ผู้ปฏิบัติการให้บริการ (เช่นแพทย์), ผู้ชักชวนคนมารับบริการ (เช่น อสม.) และหน่วยงานที่ให้บริการ (เช่นสถานอนามัย) (สัมภาษณ์วิศิษฐ์ บุญยกสานนท์, ผู้อำนวยการกองวางแผนเทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 25 มิถุนายน 2529 ; Anthony Bennett, อดีตตัวแทนศูนย์ประชากรและการอนามัยครอบครัวของมหาวิทยาลัย

โคลัมเบีย ประจำโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ พ.ศ.2519-2531, 24 พฤษภาคม 2540)

การให้สิ่งจูงใจแก่ผู้ชักชวนคนมารับบริการซึ่งส่วนใหญ่ได้แก่ อสม. ไม่ได้มีการจัดตั้งอย่างเป็นระบบ เพราะบางแห่งผู้นำส่งจะได้รับเงินเป็น case ละ 40 บาท ในการพาคนมาใส่ห่วง (สัมภาษณ์เนตรนภา คำพรมมา, เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนระดับ 3 สถานีอนามัยตำบลอุ้มจาน จังหวัดสกลนคร, 11 ธันวาคม 2539) บางแห่งได้รับเงินเป็นค่าพาหนะโดยจัดทำเป็นคูปอง (บุษธนา ศิลปรัศมี, 2532 : 68) แต่บางแห่งจะไม่มีค่า Case เลย (สัมภาษณ์หนูห้วน เมษา, อสม. สถานีอนามัยบ้านแสนพัน จังหวัดสกลนคร, 11 ธันวาคม 2539)

การให้สิ่งจูงใจแก่หน่วยงานบริการวางแผนครอบครัวทั้งภาครัฐและเอกชนในรูปของเงินอุดหนุนแก่หน่วยงานเป็นราคาต่อ case ของคนที่มารับบริการโดยเน้นที่การทำหมัน แต่การให้สิ่งจูงใจรูปแบบนี้เป็นเพียงการเสริมผู้รับบริการให้มากขึ้น เช่น ความพยายามให้ชาวบ้านทำหมันกันมากขึ้นเพื่อลดค่าใช้จ่ายของรัฐ พบว่าในช่วงแผนพัฒนาฉบับที่ 6 พ.ศ. 2530-2534 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดสรรงบประมาณสำหรับเงินอุดหนุนแก่หน่วยงานที่ให้บริการทำหมันปีละประมาณ 26 ล้านบาท หรือคิดเป็นประมาณร้อยละ 7 ของงบด้านการวางแผนครอบครัว (กองอนามัยครอบครัวกระทรวงสาธารณสุข มปป.)

ต่อมาในปี 2534 รัฐเริ่มให้เงินอุดหนุนแก่ภาคเอกชนในการรณรงค์ทำหมันชายรายละ 1,000 บาท รวมเป็นเงินปีละ 3 ล้านบาท (คณะกรรมการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ, 2538 : 2) เนื่องจากอัตราส่วนการทำหมันชายต่อหมันหญิงที่ลดลงจาก 1:24 ในปี 2513 มาเป็น 1:4 ในปี 2528 มีแนวโน้มสูงขึ้นหลังปี 2530 คือเป็น 1:9 ในปี 2530 และ 1:14 ในปี 2533 (กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย อ้างจากสุวชัย อินทรประเสริฐ และวิฑูร โอสถานนท์, 2535 : 391)

การให้สิ่งจูงใจโดยอ้อมของกระทรวงสาธารณสุขได้แก่ การให้บริการวางแผนครอบครัวโดยกำหนดเงินบำรุงเข้าสถานบริการ แต่เป็นเงินบำรุงที่จะไม่เรียกเก็บค่าบริการในรายที่ไม่สามารถจ่ายได้ และเงินบำรุงตามที่กำหนดก็จะต่ำกว่าราคาค้นทุนจริงๆ คือ เงินบำรุงยาเม็ด 5 บาท, ห่วงอนามัย 20 บาท หมันหญิง 150 บาท หมันชาย 50 บาท และยาฉีด 15 บาท ดังนั้นในปี 2524 จึงพบว่าในปี 2524 มีผู้รับยาฟรีถึงร้อยละ 56 และมีผู้เสียค่ายาแผงละ 5 บาท หรือมากกว่าเพียงร้อยละ 19

การให้สิ่งจูงใจรูปแบบนี้เป็นเพียงส่วนเสริมการให้บริการได้ส่วนหนึ่ง เพราะอัตราใช้ของผู้รับยาฟรีกับผู้เสียเงินบ้างไม่ต่างมากกันอย่างมากมาย และหลังจากที่ต่างประเทศลดความช่วยเหลือด้านเวชภัณฑ์คุมกำเนิดแล้วทำให้นโยบายนี้เป็นภาระหนักของกระทรวงสาธารณสุข จนต้องหาทางเก็บเงินค่าบริการอย่างจริงจัง (ฝ่ายวิเคราะห์และประเมินผลกองอนามัยครอบครัว, 2534 : 1-2)

3) มาตรการกีดกันทางสังคม เป็นมาตรการที่ได้รับการกำหนดเป็นนโยบายในแผนพัฒนา ฉบับที่ 4 จนถึงฉบับที่ 6 คือ ในแผนพัฒนา ได้กำหนดแผนนโยบายที่จะจำกัดการลดหย่อนภาษีเงินได้สำหรับบุตร, การให้ความช่วยเหลือด้านเงินและสวัสดิการเฉพาะแก่บุตรไม่เกิน 4 คนแรกในแผนพัฒนา ฉบับที่ 4 และลดลงเหลือไม่เกิน 2 คนแรก ในแผนพัฒนา ฉบับที่ 5 การจำกัดสิทธิการลาคลอด (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 พ.ศ.2520-2524, ฉบับที่ 5 พ.ศ.2525-2529 และฉบับที่ 6 พ.ศ.2530-2534)

มาตรการกีดกันทางสังคมไม่ค่อยมีผลในเชิงปฏิบัตินัก กล่าวคือก่อนจะนำไปใช้จะต้องใช้เวลาแปลงจากระดับนโยบายมาเป็นกฎหมายหรือระเบียบปฏิบัติเสียก่อน ยิ่งกว่านั้นในส่วนของนโยบายที่แปลงเป็นระเบียบปฏิบัติแล้ว ก็มีผลต่อการวางแผนครอบครัวน้อยมาก เช่นการจำกัดการลดหย่อนภาษีเงินได้ออกนำมาปฏิบัติในปี 2523 โดยกำหนดให้หักภาษีได้แค่ 3 คน แต่ระบบภาษีของไทยมีคนจำนวนน้อยที่เป็นพวกกินเงินเดือนประจำเท่านั้นที่จะเป็นผู้ได้รับผลกระทบ, การจำกัดเงินช่วยเหลือบุตรเฉพาะ 3 คนแรกนำมาปฏิบัติในปี 2523 ก็มีผลไม่มากเนื่องจากครอบครัวเฉพาะกลุ่มข้าราชการและตัดเงินไม่มากนักแค่เดือนละ 50 บาท ต่อบุตรหนึ่งคน ส่วนการจำกัดสิทธิการลาคลอดเฉพาะบุตร 2 คนแรก เพิ่งนำมาใช้ในปี พ.ศ.2538 นี้เอง (สัมภาษณ์บุญเลิศ เลี้ยวประไพ, อดีตอนุกรรมการนโยบายและแผนประชากรสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พ.ศ.2517-2534, 8 พฤศจิกายน 2539 ; เซษฐ์บุญประเทือง, หัวหน้ากองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 11 พฤศจิกายน 2539)

4) มาตรการด้านการอนามัยแม่และเด็กเพื่อลดอัตราตายของเด็กและทารก ซึ่งจะทำให้ครอบครัวไม่ต้องมีลูกเผื่อไว้ ถึงแม้ว่างานวางแผนครอบครัวจะใช้เครือข่ายของงานอนามัยแม่และเด็กมาตั้งแต่เริ่มดำเนินงานวางแผนครอบครัว แต่การผสมผสานการวางแผนครอบครัวกับการอนามัยแม่และเด็กเพื่อให้สตรีมาใช้บริการวางแผนครอบครัว

โดยตรงนั้น เพิ่งเริ่มนำนโยบายมาปฏิบัติตั้งแต่แผนพัฒนา ฉบับที่ 5 เป็นต้นมา ตามที่วิเคราะห์ในหัวข้อการผลิตซ้ำเพื่อสืบทอดอุดมการณ์คุมกำเนิดในบทที่ 4

มาตรการด้านการอนามัยแม่และเด็กมีผลต่อการใช้คุมกำเนิดน้อยมาก เพราะยังขาดผู้บริหารงบประมาณ และแผนงานที่ดีพอ (สัมภาษณ์ Anthony Bennett, ตัวแทนศูนย์ประชากรและการอนามัยครอบครัวของมหาวิทยาลัยโคลัมเบีย ประจำโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ พ.ศ.2519-2531, 24 พฤษภาคม 2540)

5) การใช้โครงการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมเพื่อสร้างเงื่อนไขในการลดอัตราเกิดได้รับพัฒนาขึ้นมาภายใต้แนวคิดประชากรกับการพัฒนาโดยการผลักดันของ UNFPA ในช่วงแผนพัฒนา ฉบับที่ 6 (สัมภาษณ์สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธ์, อดีตอนุกรรมการนโยบายและแผนประชากรสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 13 พฤษภาคม 2539 ; จีระ หงส์สตารมย์, อดีตอนุกรรมการนโยบายและแผนประชากรสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2 มิถุนายน 2530) อย่างไรก็ตามมาตรการนี้ยังไม่ได้แปลงสู่โครงการปฏิบัติเลยเมื่อมีการปฏิวัติขนาดครอบครัวเกิดขึ้นแล้วในประเทศไทย (เชษฐ บัญญัติ, ผู้อำนวยการกองวางแผนพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 11 พฤศจิกายน 2539)

กล่าวโดยสรุปแล้วความต้องการแฝงในการจำกัดขนาดครอบครัวของชาวบ้านในชนบทที่เป็นผลผลิตของโครงสร้างอำนาจรัฐราชการ-อำนาจนิยม, ระบบทุนนิยม และระบบอุดมการณ์แห่งการพัฒนา ได้รับการตอบสนองจากการขยายบริการวางแผนครอบครัวของรัฐราชการโดยการนำของกระทรวงสาธารณสุข

ความต้องการแฝงในการจำกัดขนาดครอบครัวในชนบท ไม่ได้รับการตอบสนองจากช่องทางอื่น ซึ่งเป็นปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดใกล้ชิด (proximate determinants) หรือตัวแปรระหว่างกลาง (intermediate variables) อย่างเพียงพอ จอห์น โนเดล อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์ และนิพนธ์ เทพวัลย์ (2530 : 73-11) ได้วิเคราะห์ถึงข้อจำกัดของตัวแปรต่างๆ สอดคล้องกับข้อมูลในภาคสนามของวิทยานิพนธ์นี้ เฉพาะในส่วนของผู้ชายชนบทดังนี้คือ

ในแง่อัตราการสมรสที่ลดน้อยลงและการแยกกันอยู่มากขึ้น ซึ่งเป็นเงื่อนไขที่มีผลต่อโอกาสการมีเพศสัมพันธ์ลดลง พบว่า การแต่งงานช้าลง ไม่สามารถเป็นช่องทางใน

การจำกัดขนาดครอบครัวในชนบทได้เพียงพอ เนื่องจากการแต่งงานของผู้ชายไทยในชนบทมักจะรอวัยให้พ่อแม่เสียก่อนถึงจะเป็น "คนสุก" พ่อที่จะแต่งงานได้ รวมถึงการที่ผู้ชายต้องเข้าเกณฑ์ทหารก่อนด้วย

ส่วนการแยกกันอยู่ระหว่างสามีภรรยาซึ่งเกิดขึ้นจากการย้ายถิ่นไปทำงานในต่างประเทศ หรือในเมือง มีบทบาทน้อยมากเพราะเป็นการเดินทางไปชั่วคราว และมีผลมากขึ้นในปลายทศวรรษ 2520 นี้เอง

การทำแท้งเพื่อจำกัดขนาดครอบครัวในชนบทมีข้อจำกัดเนื่องจากเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมาย ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 301-305 และขัดกับหลักคำสอนของพุทธศาสนา ทั้งในรูปแบบการนับถือศาสนาของคนในเมือง และแบบชาวบ้านที่ผสมเป็นพุทธ-ผี-พราหมณ์ นอกจากนี้วิธีการทำแท้งแบบดั้งเดิม เช่น การบีบมดลูก, การกินยาสมุนไพรรหรือยาดอกขับเลือด ยังเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพต่ำ ส่วนการทำแท้งด้วยวิธีการสมัยใหม่จะแพร่หลายในเมืองมากกว่าในชนบท

การให้นมมารดาแก่บุตรเพื่อขยายเวลาการตกไข่ของสตรีหลังคลอดให้นานขึ้นไม่ค่อยมีผล เนื่องจากสตรีไทยจะเริ่มให้อาหารเสริมแก่ทารกค่อนข้างเร็ว ทำให้มดลูกกลับเข้าสู่เร็ว

การคุมกำเนิดแบบดั้งเดิม เช่น การหลังภายนอก, การใช้สมุนไพรร "อากาศาฐ", การแยกกันอยู่หลังคลอดตามหลักศาสนา มีใช้กับกันเฉพาะหมู่มุสลิม แต่ยังคงว่ามีประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดต่ำอยู่ (สัมภาษณ์กลุ่มชาวบ้านบ้านบุญต จังหวัดปัตตานี, 8 เมษายน 2540)

ปัจจัยทางธรรมชาติอื่นๆ ก็ไม่ค่อยมีผลต่อการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ในชนบทได้แก่ การเป็นหมันโดยธรรมชาติ (primary sterility) ในไทยมีน้อยจึงไม่ค่อยมีผลต่อการเป็นหมันถาวร และความถี่ในการร่วมเพศซึ่งเป็นปัจจัยกำหนดศักยภาพในการมีบุตรของคนไทยก็ไม่น่าจะมีผลต่อการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์

3. การนำนโยบายวางแผนครอบครัวไปปฏิบัติในระดับหมู่บ้าน

ในฐานะที่ชาวบ้านในชนบทเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของนโยบายวางแผนครอบครัวแห่งชาติ ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จากการวิเคราะห์ภาพรวมระดับประเทศในหัวข้อที่ผ่านมา

พบว่า การดำเนินนโยบายของพันธมิตรไตรภาคีในการผลักดันมาตรการนโยบายต่างๆ ลงสู่หมู่บ้านนั้น มาตรการให้บริการวางแผนครอบครัวมีบทบาทเป็นมาตรการหลักในการดำเนินนโยบาย เนื่องจากชาวบ้านมีความต้องการในการจำกัดขนาดครอบครัวอยู่เป็นพื้นฐานแล้ว ดังนั้นชาวบ้านจึงสามารถรับบริการวางแผนครอบครัวจนโครงการประสบความสำเร็จในที่สุด ในหัวข้อนี้จะนำเสนอภาพระดับหมู่บ้านว่าปัจจัยภายในหมู่บ้านกรณีตัวอย่างมีปฏิสัมพันธ์กับการขยายตัวของรัฐราชการ ระบบทุนนิยมและอุดมการณ์แห่งการพัฒนาอย่างไร จึงทำให้ชาวบ้านเกิดความต้องการในการจำกัดขนาดครอบครัวแล้วปรับตัวหันมารับบริการวางแผนครอบครัวจากกระบวนการนำนโยบายวางแผนครอบครัวไปปฏิบัติ

การนำเสนอภาพในระดับหมู่บ้านทั้ง 4 ภาค ในที่นี้มิได้มีเป้าหมายที่จะให้เป็นตัวแทนของภาพหมู่บ้านทั้งประเทศ เพียงแต่ต้องการสะท้อนภาพในหมู่บ้านตัวอย่างว่าบริบทเชิงโครงสร้างมีปฏิสัมพันธ์กับปัจจัยภายในหมู่บ้านอย่างไรจึงทำให้การดำเนินโครงการวางแผนครอบครัวสอดคล้องต่อความต้องการของชาวบ้านดังกล่าว ดังนั้นจึงเป็นตัวอย่างที่ชี้ให้เห็นถึงลักษณะแนวโน้มหลักทั่วไปและลักษณะเฉพาะของแต่ละหมู่บ้าน

3.1 กรณีชุมชนตัวอย่างในภาคกลาง

ชุมชนตัวอย่างในภาคกลางจะนำเสนอกรณีศึกษาหมู่บ้านหัวไม้ซุง ตำบลดอนโพธิ์ทอง อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี

หมู่บ้านหัวไม้ซุง มีชื่อทางการว่า ทองเสื่อช่วน แต่ชาวบ้านนิยมเรียกหัวไม้ซุง เนื่องจากเป็นคำที่มีรากฐานมาจากประวัติการก่อตั้งหมู่บ้าน กล่าวคือ หมู่บ้านหัวไม้ซุงเป็นหมู่บ้านที่เกิดจากการบุกเบิกป่าเพื่อหาที่ดินทำนาเพิ่มหลังสนธิสัญญาเบาว์ริง ซึ่งอยู่ในกระบวนการขยายตัวของ การปลูกข้าวเพื่อส่งออกมากขึ้นในพื้นที่อำเภอเขตภาคกลาง จากการเป็นเขตที่มีน้ำอุดมสมบูรณ์ทำให้เมื่อ 100 ปีที่แล้วจึงมีชาวบ้านสุพรรณบุรี จากบ้านโคกโคเต่าได้เข้ามาบุกเบิกป่า โดยการตัดไม้และเหลือต่อไว้เป็นเป็นที่เด่นชัด ชาวบ้านบุกเบิกจึงได้เรียกพื้นที่ใหม่นี้ว่า หัวไม้ซุง (สัมภาษณ์กลุ่มชาวบ้านหัวไม้ซุง จังหวัดสุพรรณบุรี, 17 เมษายน 2540)

ถึงแม้จะอยู่ภายใต้อิทธิพลของการขยายตัวการปลูกข้าวเพื่อตลาด แต่จากสภาพข้อจำกัดการคมนาคม เพราะยังเป็นคูคั่นนาที่ใช้วัวเป็นหลัก และกรรมวิธีการปลูกข้าวแบบข้าวนาปี ทำให้ได้ผลผลิตไม่มากนักจึงมีผลให้ชาวบ้านในหมู่บ้านหัวไม้ซุงต้องคำนึงถึงความสามารถในการเลี้ยงตัวเองได้เป็นสำคัญ โดยจะเก็บข้าวไว้กินตลอดปีก่อน เมื่อเหลือจึงนำไปขาย นอกจากนี้ยังมีการทอดผ้าจากการปลูกฝ้ายเอง การทำผักสวนครัว และปลูกผลไม้เอาไว้บริโภค รวมถึงการจับปลาที่มีอยู่เป็นจำนวนมากจนชาวบ้านสามารถจับปลามาซังไว้เพื่อเอาไว้ทำอาหารหรือทำปลาเค็มได้โดยง่าย ส่วนเทคโนโลยีการผลิตถึงแม้จะใช้ควายเป็นหลัก แต่ชาวบ้านก็มีพฤติกรรมการลงแขกเพื่อแลกเปลี่ยนแรงงานระหว่าง “แขกแรง” ช่วยเหลือในช่วงไถ และเก็บเกี่ยว เนื่อง

จากหมู่บ้านมีพื้นฐานโยงใยกันเป็นเครือข่ายจากการเริ่มก่อตั้งหมู่บ้านที่เดิมมีครอบครัวญาติพี่น้องเพียง 4 ครอบครัว ถึงแม้ว่าในเวลาต่อมาชาวอีสานกลุ่มหนึ่งอพยพเข้ามาอยู่ด้วย แต่ชาวอีสานกลุ่มนี้ก็ยังสามารถเข้ากับประเพณีการลงแขกได้เป็นอย่างดี (เพ็งอ้าง) กล่าวโดยสรุปแล้วตั้งแต่แรกเริ่มก่อตั้งหมู่บ้านหัวไม้ซุงจึงยังอยู่ในวิถีชีวิตแบบหมู่บ้านที่มีการผลิตเพื่อยังชีพเป็นหลัก

การเปลี่ยนแปลงของหมู่บ้านหัวไม้ซุงเริ่มต้นจากการต้องพึ่งพิงสินค้าพื้นฐานจากเมืองมากขึ้นคือ การต้องหันมาซื้อเสื้อผ้าจากเมือง ในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่สอง เนื่องจากสถานการณ์ความแห้งแล้งทำให้ชาวบ้านปลูกฝ้ายไม่ได้ และการไปซื้อฝ้ายจากเมืองมีราคาแพงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ การซื้อเสื้อผ้าสำเร็จรูปโดยตรง ดังนั้นชาวบ้านจึงหันมาซื้อเสื้อผ้าจากเมืองใช้จนเลิกทอผ้าเองในเวลาต่อมา หลังจากนั้นการพึ่งพิงสินค้าจากเมืองก็ค่อยๆ มากขึ้นเมื่อมีการจับปลาด้วยวิธีการล่าปลาที่ละมาก ๆ ทำให้ปลาหายากมากขึ้น (เพ็งอ้าง) ดังนั้นการพึ่งพิงสินค้าจากเมืองมากขึ้นทำให้ชาวบ้านต้องการใช้เงินตรามากขึ้น

การขยายตัวของรัฐราชการในรูปแบบโครงการชลประทาน คือ การจัดสรรน้ำชลประทานจากเขื่อนภูมิพลในช่วงปลาย ทศวรรษ 2500 นั้น เป็นปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดการสร้างความเข้มข้นในการผลิตข้าว (Intensification) ในหมู่บ้านหัวไม้ซุง กล่าวคือ น้ำชลประทานเป็นเงื่อนไขที่ทำให้ชาวบ้านเปลี่ยนกรรมวิธีการผลิตข้าวจากการปลูกข้าวนาปีที่เป็นข้าวนักและจะปลูกได้ปีละครั้งเดียวมาเป็นการปลูกข้าวนาปรัง ที่สามารถใช้น้ำชลประทานปลูกได้ปีละ 2 ครั้ง และทำให้ได้ผลผลิตข้าวเหลือขายมากขึ้น แต่การปลูกข้าวนาปรังปีละ 2 ครั้งทำให้ดินไม่ค่อยได้พัก และการใช้ข้าวพันธุ์ใหม่ (พันธุ์ กข.) ที่ต้องใช้เวลาดำน้ำให้ต้องพึ่งพิงเทคโนโลยีการเกษตรสมัยใหม่ ดังนั้นชาวบ้านจึงต้องทำการลงทุนในการผลิตข้าวมากขึ้น คือ ต้องใช้ปุ๋ยวิทยาศาสตร์และยาฆ่าแมลง รวมถึงการใช้รถไถแทนการใช้ควาย เนื่องจากรถไถไต่ถึงวันละร่วม 10 ไร่ ในขณะที่ควายตัวหนึ่งไต่ได้เพียงวันละไม่เกินหนึ่งไร่ การลงทุนในการผลิตข้าวทำให้ชาวบ้านหัวไม้ซุงต้องขึ้นอยู่กับเงินตรามากขึ้นคือ “ยิ่งทำนามากแค่ไหนก็ต้องใช้จ่ายมากเท่านั้น” (เพ็งอ้าง)

การลงทุนในการผลิตข้าวนาปรังมากขึ้นมีผลกระทบต่อ การแลกเปลี่ยนแรงงานในรูปแบบการลงแขก กล่าวคือ นอกจากการใช้รถไถจะได้ผลดีกว่าการใช้ควายดังกล่าวข้างต้นแล้ว การต้องผลัดกันเป็น “แขกแรง” ทำให้คนเป็น “แขกแรง” ต้องเสียเวลาใช้แรงคืนถึง 1-2 เดือนถึงจะเริ่มทำนาของตัวเองได้ ดังนั้นในขั้นของการเกี่ยวข้าว ชาวบ้านหัวไม้ซุงจึงหันมาจ้างรถเกี่ยวข้าวแทนการลงแขกเกี่ยวข้าว แต่ชาวบ้านหัวไม้ซุงไม่ได้หันไปปลูกพืชเศรษฐกิจ เช่น ข้าวโพด เนื่องจากพื้นที่ในหมู่บ้านเป็นที่ลุ่มเมื่อมีฝนตกจะขังน้ำได้ดี ทำให้การทำนาได้ผลดีกว่าการปลูกพืชเศรษฐกิจ (เพ็งอ้าง)

ควบคู่ไปกับการเข้ามาของน้ำชลประทานก็คือ ถนนดินที่เกิดจากคลองส่งน้ำชลประทานทำให้รถพ่วงสามารถเดินทางเข้ามาซื้อข้าวถึงในหมู่บ้านได้ จึงทำให้การปลูกข้าวเพื่อ

ตลาดขยายตัวขึ้น จนเมื่อ 20 ปีที่แล้วมานี้ชาวบ้านหัวไม้ซุงได้เข้าสู่การผลิตเพื่อตลาดอย่างเต็มตัวคือ การขายข้าวนาปรังไปจนหมดโดยไม่เก็บไว้กิน และซื้อข้าวนาปีจากอีสานมากินแทน เพราะ “ข้าวนาปีอร่อยกว่าข้าวนาปรัง ข้าวนาปรังจะแข็ง” (เพ็งฮ้าง)

การหันมาปลูกข้าวนาปรัง, การลงทุนในการผลิตเพิ่มขึ้น, การผลิตเพื่อตลาดมากขึ้นและการพึ่งพิงสินค้าจากเมืองมากขึ้น ทำให้เกิดการแพร่หลายของเศรษฐกิจเงินตราในหมู่บ้านหัวไม้ซุง ดังนั้นวิถีชีวิตของชาวบ้านต้องขึ้นอยู่กับเงินตรามากขึ้น

การพึ่งพิงเงินตรามากขึ้นส่งผลกระทบต่อการใช้ลูก เนื่องจากการใช้ลูกมากในระบบเศรษฐกิจเงินตราทำให้เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น และเป็นอุปสรรคต่อการทำงานของพ่อแม่ ดังนั้นการใช้ลูกมากจึงกลายมาเป็นภาระทางเศรษฐกิจ ข้อมูลจากผู้ให้สัมภาษณ์สะท้อนสิ่งนี้ได้เป็นอย่างดี คือ

“การใช้ลูกสมัยก่อนยังไม่รัดตัว ปัจจุบันนี้เป็นภาระมาก ต้องใช้จ่ายมาก ฝากก็ต้องเสียเป็นหมื่น เรียนมาไม่รู้จะเอาไปต้มแกงได้หรือเปล่า” (สัมภาษณ์ภาน รักการดี, กลุ่มสัมภาษณ์ บ้านหัวไม้ซุง จังหวัดสุพรรณบุรี, 7 เมษายน 2540)

“เลี้ยงไม่ไหว ต้องทำงานตลอดเวลา ไม่มีเวลาเลี้ยงลูก” (สัมภาษณ์มณี ภูมิศรี, ชาวบ้านหัวไม้ซุง จังหวัดสุพรรณบุรี, 17 เมษายน 2540)

การใช้ลูกมากเป็นภาระทางเศรษฐกิจ ยังเป็นผลมาจากบทบาทความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจของบุตรที่เปลี่ยนแปลงไป ดังจะเห็นได้จากคำให้สัมภาษณ์ที่แตกต่างกันระหว่างคน 2 รุ่น คือ ผู้หญิงในรุ่นที่มีลูกมากจะมองเห็นบทบาทของบุตรในฐานะที่เป็นสินทรัพย์ทางเศรษฐกิจว่า

“ลูกช่วยทำงานทั้งหญิงและชาย ซื้ควายไปนาก่อนไปโรงเรียน เมื่อ 40 ปีที่แล้วยังไปรับจ้างทำนาหาเงินให้ครอบครัวเลย” (สัมภาษณ์มณฑา บุตดาเลิศ, ชาวบ้านหัวไม้ซุงรุ่นที่มีลูกมาก จังหวัดสุพรรณบุรี, 17 เมษายน 2540)

แต่เมื่อเปรียบเทียบกับผู้หญิงรุ่นที่มีลูกน้อยจะพบว่าบทบาทของบุตรก็คือ “เรียนอย่างเดียว” (สัมภาษณ์ มณี ภูมิศรี, ชาวบ้านหัวไม้ซุงรุ่นที่มีลูกน้อย จังหวัดสุพรรณบุรี, 17 เมษายน 2540)

บทบาทความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจที่เปลี่ยนไปได้ก่อให้เกิดการพัฒนาคุณค่าใหม่ในการมีบุตรระหว่างคนรุ่นก่อนและคนในรุ่นปัจจุบันของหมู่บ้านหัวไม้ซุงอย่างเห็นได้ชัด กล่าวคือ คนในรุ่นก่อนจะมองเห็นคุณค่าของการมีลูกมากของครอบครัวเพราะ

“ทางพุทธว่ามีลูกมากเพื่อจะให้คนได้เกิด ถ้าคนจะเกิดกับเราแต่ไม่ให้เกิด ถือว่าบาป” (สัมภาษณ์ มณฑา บุตดาเลิศ, ชาวบ้านหัวไม้ซุงรุ่นมีลูกมาก จังหวัดสุพรรณบุรี, 17 เมษายน 2540)

ส่วนในรุ่นปัจจุบันมองคุณค่าของการมีลูกน้อยในฐานะที่เป็นการลงทุนในตัวมนุษย์ โดยใช้การศึกษาเป็นหลักว่า

“สมัยแม่ (ผู้ให้สัมภาษณ์ : ผู้อ้าง) จะมีคนในหมู่บ้านเริ่มส่งลูกไปเรียนต่อหมู่บ้านละ 3-4 คน แต่มารุ่นแสงเดือน (ลูกผู้ใหญ่สัมภาษณ์ : ผู้อ้าง) รู้สึกจะส่งลูกไปเรียนต่อกันมากเลย” (สัมภาษณ์มณี ภูมิศรี, ชาวบ้านหัวไม้ซุงรุ่นมีลูกน้อย จังหวัดสุพรรณบุรี, 17 เมษายน 2540)

สถานการณ์การมีลูกเป็นภาระทางเศรษฐกิจ และคุณค่าของบุตรที่เปลี่ยนแปลงไปได้ก่อให้เกิดความต้องการในการจำกัดขนาดครอบครัวในหมู่บ้านหัวไม้ซุงก่อนที่มีการจัดตั้งสถานีอนามัยดอนโพธิ์ทองในปี 2515 ดังจะเห็นได้จากตัวอย่างของ “แม่มณี” ชาวบ้านรุ่นมีลูกน้อยจะพบว่า “แม่มณี” ตั้งใจจะมีลูก 2 คนคือ ชาย 1 คน หญิง 1 คน มาตั้งแต่ปี 2510 หลังจากที่รับรู้ว่ามีวิธีคุมกำเนิดจาก “หมอโรงพยาบาล” ในตัวจังหวัดสุพรรณบุรี แต่หลังจากมีลูกหญิง 1 คน แล้วพยายามมีลูกชายอีก 1 คนไม่สำเร็จ “แม่มณี” จึงได้เริ่มคุมกำเนิดโดยใส่ยารับประทานจากโรงพยาบาล ต่อมาเมื่อสถานีอนามัยดอนโพธิ์ทอง เริ่มให้บริการวางแผนครอบครัวในปี 2515 “แม่มณี” ถึงมารับบริการจากสถานีอนามัยดังกล่าว (สัมภาษณ์ มณี ภูมิศรี, ชาวบ้านหัวไม้ซุงรุ่นมีลูกน้อย จังหวัดสุพรรณบุรี, 17 เมษายน 2540)

ความต้องการในการจำกัดขนาดครอบครัวของชาวบ้าน ทำให้โครงการวางแผนครอบครัวของสถานีอนามัยดอนโพธิ์ทองที่เริ่มในปี 2515 ได้รับการต้อนรับจากชาวบ้านเป็นอย่างดีจนในปัจจุบันถือว่าโครงการประสบความสำเร็จ ดังจะเห็นได้จากการที่ชาวบ้านในหมู่บ้านหัวไม้ซุงมีอัตราการคุมกำเนิดเกินเป้าหมายของปี 2534 คือ ใช้คุมกำเนิดถึงร้อยละ 112 ของเป้าหมายที่ตั้ง และชาวบ้านโดยทั่วไปจะมีบุตรไม่เกิน 3 คน (สัมภาษณ์บุญชู สุนทรภาค, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 6 สถานีอนามัยดอนโพธิ์ทอง, 18 เมษายน 2540 ; สัมภาษณ์กลุ่มชาวบ้านหัวไม้ซุง จังหวัดสุพรรณบุรี, 17 เมษายน 2540)

การดำเนินงานให้บริการวางแผนครอบครัวของสถานอนามัยดอนโพธิ์ทอง ในระยะเริ่มต้นถึงแม้จะมีการต่อต้านจากอุดมการณ์ที่มีอยู่เดิม แต่การต่อต้านก็ได้รับการแก้ไขได้โดยไมยาก ดังคำสัมภาษณ์ของเจ้าหน้าที่สถานอนามัยที่เป็นผู้บุกเบิกว่า

“พระครูปริชาตคุณ ต่อต้านเพราะเห็นว่า เด็กจะเกิดไม่ให้เกิด เพราะเด็กเป็นตัวเป็นตนแล้ว พี่ (ผู้ให้สัมภาษณ์ : ผู้อ้าง) ไปอธิบายว่ายังไม่เป็นตัว ไม่ใช่การฆ่า พระครูจึงเข้าใจ และหันมาสนับสนุนคุมกำเนิดว่า ถ้าหมอมารเร็วกว่านี้คนคงคุมกำเนิดกันอีกมาก” (สัมภาษณ์ บุญชู สุนทรภาค, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สถานอนามัยดอนโพธิ์ทอง, 18 เมษายน 2540)

การให้บริการวางแผนครอบครัวที่สอดคล้องกับความต้องการของชาวบ้านทำให้งานดำเนินไปได้อย่างราบรื่น โดยสถานอนามัยดอนโพธิ์ทองไม่จำเป็นต้องอาศัยมาตรการอื่น เช่น การอนามัยแม่และเด็ก, การกีดกันทางสังคม หรือการทำแท้ง สถานอนามัยฯ ทำหน้าที่เพียงจัดให้คำแนะนำสตรีที่สถานอนามัย และอาศัยอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่เป็นชาวบ้านลงไปแนะนำในพื้นที่ (คุ้ม), นำส่งผู้รับบริการและจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดสำหรับผู้ใช้จ่ายกเว้นในช่วงรณรงค์เพื่อเพิ่มยอดผู้ใช้คุมกำเนิดทางสถานอนามัยถึงการจัดการโฆษณา (เฟื่องอ้าง)

ส่วนผู้ใหญ่บ้านนั้นพบว่าไม่จำเป็นต้องมีบทบาทในการดำเนินโครงการวางแผนครอบครัวมากนัก บทบาทของผู้ใหญ่บ้าน “เป็นเพียงจัดประชุมแจ้งข่าวและชักชวนคนมาคุมกำเนิด หลังจากนั้นก็ได้เกี่ยวข้องกับการคุมกำเนิดอีกเลย” (สัมภาษณ์สุดใจ พิมพ์แก้ว อดีตผู้ใหญ่บ้านหัวไม้ซุง จังหวัดสุพรรณบุรี, 18 เมษายน 2540)

กล่าวโดยสรุปแล้ว กรณีศึกษาหมู่บ้านหัวไม้ซุงจึงเป็นการชี้ให้เห็นถึงความสำเร็จในการนำนโยบายวางแผนครอบครัวไปปฏิบัติในระดับหมู่บ้านว่าเป็นผลมาจากการดำเนินมาตรการให้การบริการวางแผนครอบครัวเป็นหลักเนื่องจากสอดคล้องกับความต้องการจำกัดขนาดครอบครัวของชาวบ้านที่เกิดขึ้นก่อนการเข้ามาของโครงการ

3.2 กรณีชุมชนตัวอย่างในภาคเหนือ

ชุมชนตัวอย่างในภาคเหนือจะนำเสนอกรณีศึกษาหมู่บ้านปง อันเป็นที่ตั้งของตำบลอินทิล อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่

หมู่บ้านปงเป็นหมู่บ้านบุกเบิกที่ดินเพื่อการปลูกข้าวในทศวรรษ 2423 ภายใต้บริบทการแทรกแซงของจักรวรรดินิยมอังกฤษในพม่าที่ต้องการซื้อข้าวจากชานาไปเลี้ยงแรงงานในการทำป่าไม้ภาคเหนือ (Mougne, 1981 : 54 ; ปลาย้อ ชนะนันท์, 2530 : 13-14) และจากการสนับสนุนของรัฐล้านนาในการบุกเบิกหุบเขาบ้านปงทำให้

หมู่บ้านมีความแตกต่างกันทางสังคม (social differentiation) ตั้งแต่แรกเริ่มก่อตั้งหมู่บ้านเมื่อ 100 กว่าปีที่แล้ว คือความแตกต่างเกิดขึ้นจากการที่กลุ่มข้าราชการได้ที่ดินคนละ 40-50 ไร่ แต่ชาวบ้านที่ช่วยกันสร้างเมืองฝายจะได้คนละ 10-20 ไร่ การที่หมู่บ้านบุกเบิกผูกพันกับเมืองมาตั้งแต่แรกทำให้หมู่บ้านปงมิได้เป็นอิสระจากเศรษฐกิจเงินตรา ดังนั้นตั้งแต่ทศวรรษ 2463 เป็นต้นมาหลังจากที่ได้รับผลกระทบจากวิกฤติการณ์เศรษฐกิจโลก, การเป็นหนี้จากเงินกู้และการได้รับมรดกที่ดินน้อยลงตามลำดับ ทำให้ชาวบ้านเริ่มขายที่ดินให้แก่คนรวยจากการค้าเหมียงที่อพยพจากอำเภอดอยสะเก็ด และอำเภอเมือง และก่อให้เกิดระบบเจ้าที่ดินขึ้นมาในหมู่บ้านปง (Mougne, 1981 : 297, 308) กล่าวโดยสรุปแล้วพื้นฐานทางสังคมของหมู่บ้านจึงประกอบด้วยคน 2 กลุ่มคือ กลุ่มชนชั้นนำของหมู่บ้านที่มีฐานะอยู่ที่การเป็นเจ้าของที่ดินให้เช่าจำนวนมาก และผูกขาดอำนาจทางการเมืองเช่นการเป็นกำนันซึ่งรับผิดชอบหมู่บ้านปงมาโดยตลอด นอกนั้นคนส่วนใหญ่ของหมู่บ้านจะเป็นกลุ่มชาวบ้านที่ประกอบด้วยชาวนาขนาดย่อม, ชาวนาเช่า และชาวนารับจ้าง (Ibid : 308, 347, 348)

ระบบการผลิตของบ้านปงแต่เดิมมุ่งปลูกข้าวเหนียวไว้บริโภคเป็นหลัก ส่วนคนมีที่ดินน้อยหรือไม่มีเลยก็ต้องเช่าที่ดินเพิ่ม และ/หรือหางานรับจ้าง กล่าวคือในกลุ่มชาวนาขนาดย่อมจะมีที่ดินผลิตพอยังชีพจึงไม่ค่อยมีส่วนเกินเหลือพอสะสมทุนได้และอาศัยการแลกเปลี่ยนแรงงาน (เอาแรงเกี่ยวข้าว) เนื่องจากความเป็นเครือญาติหรือเพื่อนบ้านใกล้ชิดเคียง ส่วนกลุ่มชาวนาเช่าจะเช่าที่จากเจ้าที่ดินโดยจะจ่ายค่าเช่า 2 รูปแบบคือ ส่วนใหญ่จะใช้รูปแบบการแบ่งครึ่งผลผลิตและส่วนที่เหลือจะจ่ายค่าเช่าเป็นผลผลิตในอัตราตายตัว (การกินค่าหัวนา) และกลุ่มชาวนารับจ้างซึ่งส่วนใหญ่มาจากบรรพบุรุษที่เคยเช่านาหรือมีนาขนาดย่อมมาก่อน แต่ต้องขายที่ดินดังกล่าวข้างต้น ชาวนากลุ่มนี้จะรับจ้างทำนาและผลิตเหมียงเป็นหลัก (สัมภาษณ์กลุ่มชาวบ้านปง จังหวัดเชียงใหม่ 29 พฤศจิกายน 2539 ; Mougne, 1981 : 328-337)

ถึงแม้เศรษฐกิจเงินตราจะเริ่มมีมาตั้งแต่ก่อตั้งหมู่บ้านและมีการใช้เงินตราในชีวิตประจำวันของหมู่บ้าน ตัวอย่างเช่น คำพูดของแม่อุ้ยคำที่มีอายุ 65 ปี เล่าว่า “ตอนแม่อุ้ยเรียนได้เงินไปเรียนวันละสตางค์แดงเดียว ถ้าไปสอบไล่ที่ตำบลก็จะได้ 3 สตางค์ เวลาแม่ของแม่อุ้ยจะซื้อที่ดินต้องเดินแบกเงินไปที่อำเภอแม่แดงห่างจากหมู่บ้าน 5 กิโลเมตร ตอนมีสงคราม (สงครามโลกครั้งที่สอง : ญี่ปุ่น) เริ่มมีเงินเหรียญบาทเข้ามา” (สัมภาษณ์คำ คันตะโฮ, ชาวบ้านปงในการสัมภาษณ์กลุ่ม, 29 พฤศจิกายน 2539) แต่เงินตราก็มีอิทธิพลต่อชาวบ้านจำกัด

เศรษฐกิจเงินตราขยายตัวขึ้นหลังสงครามโลกครั้งที่สอง เมื่อมีถนนติดต่อระหว่างหมู่บ้านกับเมืองได้สะดวกขึ้น เพราะแต่เดิมต้อง “เดินไปขึ้นรถแม่แดงและซื้อของที่เรียง (เมืองเชียงใหม่ : ผู้อ้าง) แต่พอมีรถก็ขึ้นรถไปทำให้ค้าขายดีขึ้น” ดังนั้นชาวบ้านจึงต้องพึ่งพิงสินค้าจากเมืองมากขึ้น กล่าวคือ “รุ่นแม่ของพ่ออุ๊ยจะซื้อผ้าจากตลาดมาทอผ้าเอง แต่เมื่อ 40 ปีก่อนก็ต้องซื้อเสื้อผ้าจากกาด (ตลาด : ผู้อ้าง)” (สัมภาษณ์กลุ่มชาวบ้านปง จังหวัดเชียงใหม่, 29 พฤศจิกายน 2539 : สัมภาษณ์มนตรี ชัยมงคล, กำนันตำบลอินทขิล, 27 ธันวาคม 2539.)

การติดต่อสะดวกขึ้นเปิดโอกาสให้ชาวบ้านปงเริ่มหันมาปลูกพืชเศรษฐกิจเพื่อตอบสนองตลาดภายในประเทศ เช่น กระเทียม, หอม, ตั้งลิสง, พริก, แดงกวา, แดงโม แต่การปลูกพืชเศรษฐกิจในบ้านปงมีข้อจำกัดเรื่องน้ำในระบบเหมืองฝายไม่เพียงพอต่อการเพราะปลูกในฤดูแล้งสำหรับคนส่วนใหญ่ (Mougne, 1981: 341-343) ส่วนการเพิ่มผลผลิตข้าวก็เช่นเดียวกันจะปลูกข้าวได้ 2 ครั้ง ก็เฉพาะในที่ดินเขตที่มีชลประทานเหมืองฝายซึ่งเป็นที่ดินของเจ้าที่ดินส่วนน้อย คนส่วนใหญ่ที่เป็นชาวนาจนไม่มีความสามารถเพิ่มผลผลิตได้เนื่องจากต้องลงทุนสูงเกี่ยวกับค่าซื้อปุ๋ย และค่าใช้จ่ายอาหารการกินของกลุ่มแรงงานแปลกเปลี่ยนแรงงานเพิ่ม (Ibid, 482-483)

ในช่วงเวลาเดียวกันนั้นกลไกของรัฐราชการก็ได้ขยายตัวเข้าสู่หมู่บ้านปงมากขึ้นแต่กลไกที่สำคัญก็คือ สถานีอนามัยชั้นสองที่มีผลให้โรคคอตีบ โปлио และปอดบวมลดลง ทำให้ชาวบ้านปงเชื่อถือการแพทย์และสาธารณสุขสมัยใหม่มากขึ้น จะเห็นได้จากการที่หญิงคลอดบุตรแล้วจะเลิกอยู่ไฟมากขึ้น (Mougne, 1981 : 159, 460) ดังนั้นชาวบ้านจึงต้องพึ่งพิงกลไกของรัฐมากขึ้นเรื่อยๆ จนมาถึงปัจจุบันจะพบว่าชาวบ้านต้องเสียค่าใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาลมากขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า “ค่าหมอเสียมากตอนไปคลอดโรงพยาบาล เมื่อก่อนคลอดที่บ้านไม่ต้องเสียอะไรมาก แต่โรงพยาบาลดีกว่ามันใจกว่าสมัยก่อนหมอด่าแยแค่ 100-200 บาท แต่สมัยนี้ค่าทำคลอดหมื่นกว่าบาท ถ้าฝากก็สองหมื่นขึ้นไป” (สัมภาษณ์คำ คันธะโย, ชาวบ้านปง ในการสัมภาษณ์กลุ่ม 29 พฤศจิกายน 2539)

ความแพร่หลายของเศรษฐกิจเงินตราทำให้ชาวบ้านปงต้องพึ่งพิงเงินตรามากขึ้น เช่น ชาวนายากจนต้องสูญเสียที่ดินเป็นชาวนารับจ้างมากขึ้น และการพึ่งพิงเงินตราได้สร้างแรงกดดันให้การมีลูกมากของชาวนายากจนเป็นภาระทางเศรษฐกิจมากขึ้น เนื่องจากไม่สามารถปรับตัวโดยใช้การปลูกพืชเศรษฐกิจและการเพิ่มผลผลิตข้าวได้ ดังนั้นจะพบว่าชาวนายากจนบางส่วนเริ่มจำกัดขนาดครอบครัวโดยการทำแท้งแบบดั้งเดิม

(บีบท้อง) ตั้งแต่ปลายทศวรรษ 2493 การจำกัดขนาดครอบครัวในหมู่บ้านปงเกิดขึ้นเร็ว เนื่องจากปัจจัยเสริมทางวัฒนธรรม คือ การนับถือผีฝ่ายหญิงหลังการแต่งงานทำให้ผู้หญิงบ้านปงมีอำนาจในการตัดสินใจในการจำกัดขนาดครอบครัวมาก (Mougne, 1981 : 121, 215, 442-445)

แต่ความต้องการในการจำกัดครอบครัวจากการมีลูกมากเป็นภาระทางเศรษฐกิจขยายตัวอย่างกว้างขวางเมื่อบทบาททางเศรษฐกิจของบุตรเปลี่ยนไป และการหันไปมองคุณค่าของเด็กในแง่การลงทุนทางด้านการศึกษาคือ การมุ่งหวังให้ลูกเรียนต่อหลังจากจบชั้นประถมในโรงเรียนของหมู่บ้าน

บทบาทความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจของบุตรระหว่างคนรุ่นมีลูกมาก และคนรุ่นปัจจุบันในหมู่บ้านปง แตกต่างอย่างเห็นได้ชัดจากคำกล่าวที่ว่า

“เมื่อก่อนเด็กจบ ป.4 จะออกมาช่วยพ่อแม่ทำนา โรงเรียนต้องปิดตอนหน้าทำนา แต่มารุ่นหลานพ่ออุ๊ยแม่อุ๊ยจะเรียนอย่างเดียว เพราะถือว่ามีความรู้อย่างเดียวดีกว่ามีที่ดิน” (สัมภาษณ์กลุ่มชาวบ้านปง, 29 พฤศจิกายน 2539)

ผู้หญิงในรุ่นมีลูกน้อยก็มีความเห็นว่า “ลูกให้เรียนจริงจัง เพื่อมีงานทำในอนาคต ตอนแรกการครองชีพยังดีเลยจะเอา 3 คน แต่ต้องพอแค่ 2 คน เพราะต้องส่งเสียเล่าเรียนเสียค่าใช้จ่ายมาก คนอื่นๆ ในหมู่บ้านก็คิดคล้ายๆ กัน (สัมภาษณ์วิลาวัลย์ ชนันชนะ, ชาวบ้านปงรุ่นมีลูกน้อย, 26 ธันวาคม 2539)

ถึงแม้ว่าชาวนายากจนในหมู่บ้านปงพยายามแก้ไขปัญหาการเป็นภาระทางเศรษฐกิจของการมีลูกมากด้วยวิธีการต่างๆ แต่การปรับตัวด้วยวิธีการเหล่านี้ไม่อาจจัดการกับปัญหาเหล่านี้ได้ กล่าวคือการออกไปทำงานทำนอกหมู่บ้านตั้งแต่ปลายทศวรรษ 2493 ส่วนใหญ่จะไปเป็นแค่แรงงานราคาถูกหรือเป็นโสเภณี ในเชียงใหม่และกรุงเทพฯ การย้ายไปอำเภอฝาง ทำได้ในระยะแรกๆ แต่ต่อมามีปัญหาความมั่นคงของชาติทำให้กระแสเคลื่อนย้ายต้องหยุดลง การย้ายไปทำเหมืองก็มีข้อจำกัดเพราะมีการผูกขาดโดยพ่อค้าเจ้าของสวนและผู้เช่าสวนเหมือง (Mougne, 1981 : 203, 483)

ทางออกที่เหลือของชาวบ้านปงก็คือหันมาจำกัดขนาดครอบครัว โดยในระยะแรกจะใช้วิธีแบบดั้งเดิมแต่ก็ยังมีใช้กันน้อยได้แก่ การทำแท้งโดยการบีบท้องเป็นหลัก นอกนั้นยังมีการใช้ยาคุมเกล้าปรับประจำเดือน, การใช้ผงรกช้างผสมเกล้าเพื่อขยายเวลา

หลังคลอด, การปรับมดลูกโดยหมอตำแย และการเว้นระยะการมีบุตรโดยการอยู่ไฟทำให้มดลูกแห้ง ดังนั้นเมื่อโครงการวางแผนครอบครัวของโรงพยาบาลแมคคอมมิค จังหวัดเชียงใหม่โดยการนำของนายแพทย์เอ็ดวิน แม็คคาเนียล เข้ามาในหมู่บ้านปี 2510 จึงได้รับการต้อนรับจากชาวบ้านเป็นอย่างดีทั่วทั้งหมู่บ้าน ดังจะเห็นได้จากการสำรวจความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการคุมกำเนิด (KAP) ในปี 2509-2510 พบว่ามีผู้ยอมรับการคุมกำเนิดถึง 97% (Ibid : 211-213, 217-218)

ประสบการณ์ของผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์การดำเนินโครงการวางแผนครอบครัวของ “หมอแมค” ได้ชี้ให้เห็นถึงพฤติกรรมมารับการคุมกำเนิดของชาวบ้านได้เป็นอย่างดี ดังนี้

“ ‘หมอแมค’ เอาภาพยนตร์มาฉายเรื่องการมีลูกมากจะมีปัญหาเพราะหาเงินยาก แล้วจึงแจกยาฟรีตอนแรกๆ ต่อมาเมื่อมีคนมาเรื่อยๆ จึงเริ่มเก็บเงิน 20 บาทต่อ 3 เดือน แล้วแต่จะกินยา 3 แผง หรือจะฉีดยา ครั้งแรกมีคนมา 400-500 คน ในแถบตำบลอินทขิล เหมือนมิ่งงานวัด มีคนมาขายของและเก็บค่าที่ คนขายของต้องมาถามว่า ‘หมอแมค’ จะมาอีกเมื่อไร เพื่อจะได้ขายของ ชาวบ้านไม่ระแวงหมอแมคทั้งๆ ที่แมคเป็นฝรั่งคริสเตียน เพราะคนอยากคุมกำเนิด” (สัมภาษณ์แก้ว คันธะโย, ชาวบ้านปงในการสัมภาษณ์กลุ่ม, 29 พฤศจิกายน 2539)

การยอมรับวางแผนครอบครัวของชาวบ้านปงจะกระจายทั่วไปทั้งในกลุ่มชนชั้นนำของหมู่บ้าน และชาวนาส่วนใหญ่คือชาวนาขนาดย่อม ชาวนาเช่า และชาวนารับจ้าง

กลุ่มชนชั้นนำยอมรับการวางแผนครอบครัวเนื่องจากต้องการรักษาความก้าวหน้าในการสะสมความมั่งคั่งทางเศรษฐกิจดังนั้นกลุ่มชนชั้นนำจึงทำการวางแผนครอบครัวตั้งแต่เมื่อเริ่มมีโครงการเข้ามา (Mougne, 1981 : 308) จนถึงปัจจุบันดังคำพูดตัวแทนของชนชั้นนำว่า “คนรวยคุมกำเนิดเพราะกลัวฐานะจะแย่ลง ต้องใช้จ่ายเงินมากเวลาเรียนหนังสือของลูกๆ” (สัมภาษณ์มนตรี ชัยมงคล, กำนันตำบลอินทขิล จังหวัดเชียงใหม่, 27 ธันวาคม 2539)

ส่วนในกลุ่มชาวนาส่วนใหญ่ที่มีการยอมรับการวางแผนครอบครัวในกลุ่มชาวนาขนาดย่อม ชาวนาเช่า และชาวนารับจ้างตามลำดับจากมากไปน้อย ถึงแม้ชาวนารับจ้างจะยอมรับการวางแผนครอบครัวน้อยกว่าครึ่งหนึ่งของคนทั้งหมดในกลุ่ม เนื่องจากหลายคนยังเห็นว่าลูกเป็นสินทรัพย์ทางเศรษฐกิจที่จะช่วยหารายได้และเลี้ยงดูพ่อแม่ยาม

แก่เล่า แต่การยอมรับในกลุ่มชาวรับจ้างก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 28.3% ในปี 2510-2512 เป็น 45.4% ในปี 2516 (Mougne, 1981 : 233)

ชาวบ้านปงต้องพึ่งพิงเงินตราและสร้างภาระต่อการมีบุตรมากขึ้น เนื่องจาก การเข้ามาของไฟฟ้าในปี 2517 ทำให้ชาวบ้านปงต้องหาเงินซื้อเครื่องไฟฟ้ามากขึ้น กล่าวคือ

“เมื่อก่อนใช้น้ำมันก๊าด พอมาปี 2517 ไฟฟ้าเข้าหมู่บ้านก็มีการซื้อตู้เย็น ปีม น้ำ เตารีด ทีวี ชาวบ้านก็ใช้จ่ายกันมากขึ้น” (สัมภาษณ์มนตรี ชัยมงคล, กำนัน ตำบลอินทขิล จังหวัดเชียงใหม่, 27 ธันวาคม 2539)

การใช้จ่ายซื้อเครื่องไฟฟ้ากระจายไปยังกลุ่มชาวนาชาจนเมื่อการมีถนนลาดยางตอนสร้างเขื่อนแม่จัดในปี 2525 เนื่องจาก “รถที่ขายของเงินผ่อนมีหลังจากถนนเขื่อนแม่จัด ในการผ่อนเป็นรายเดือนมาจากการรับจ้าง” (สัมภาษณ์วิลาวัลย์ ชนินชนะ ชาวบ้านปงรุ่นมีลูกน้อย, 26 ธันวาคม 2539) ดังนั้นเมื่อ “มีเซลล์แมนมาถึงที่ ชาวบ้านก็เลยใช้จ่ายมากขึ้น ชาวบ้านต้องหาเงินมากขึ้นด้วย” (สัมภาษณ์มนตรี ชัยมงคล, กำนัน ตำบลอินทขิล จังหวัดเชียงใหม่, 27 ธันวาคม 2539)

โครงการวางแผนครอบครัวของโรงพยาบาลแมคคอมมิค ในฐานะส่วนหนึ่งของ พันธมิตรไตรภาคี จึงประสบความสำเร็จในการดำเนินการเนื่องจากสามารถตอบสนอง ความต้องการจำกัดขนาดครอบครัวของชาวบ้านปงที่เกิดมาก่อนโครงการจะเข้ามา ดังจะ เห็นได้จากอัตราคุมกำเนิดในปี 2534 คิดเป็นถึง 97% ของเป้าหมาย (สถานีอนามัย ตำบลอินทขิล, 2536 : 14) และเมื่อมาถึงปี 2537 ซึ่งเป็นปีสุดท้ายก่อนที่โครงการวางแผนครอบครัวโรงพยาบาลแมคคอมมิคจะถอนตัวออกจากหมู่บ้านปง จะพบว่าอัตราเพิ่มตามธรรมชาติของตำบลอินทขิล, เริ่มมีค่าติดลบคือมีอัตราเท่ากับ 0.67 (สถานีอนามัย อินทขิล, 2538 : 9) ค่าพูดของชาวบ้านแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของโครงการฯ ได้เป็นอย่างดีว่า

“รุ่นแม่ของแม่ฮุ่ยมีลูกเป็นโหล รุ่นแม่ฮุ่ยเองส่วนใหญ่มีลูกกัน 6 ถึง 7 คน ตอนที่เริ่มมีโครงการของหมอมแมคเข้ามา พอมารุ่นลูกของแม่ฮุ่ยมีแค่ 1 หรือ 2 คน” (สัมภาษณ์คำ คันตะโย, ชาวบ้านปง ในการสัมภาษณ์กลุ่ม, 29 พฤศจิกายน 2539)

ในกรณีของโครงการวางแผนครอบครัวของกระทรวงสาธารณสุขที่เข้ามาภายหลังโดยความรับผิดชอบของสถานีอนามัยอินทิล จึงเป็นเพียงส่วนเสริมของโครงการโรงพยาบาลแมคคอมิค ดังนั้น “อนามัยทำงานอย่างสบาย ให้ประชาชนมารับบริการที่สถานีฯ เอง” (สัมภาษณ์จันทร์จิรา ไชยสุภา, เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข 3 สถานีอนามัยตำบลอินทิล, 26 ธันวาคม 2539)

ส่วนบทบาทของกำนันซึ่งรับผิดชอบหมู่บ้านปงนั้น “ไม่ต้องทำอะไร ชาวบ้านพร้อมที่จะคุมอยู่แล้ว” (สัมภาษณ์มนตรี ชัยมงคล, กำนันตำบลอินทิล จังหวัดเชียงใหม่, 27 ธันวาคม 2539)

กรณีศึกษาหมู่บ้านปงชี้ให้เห็นลักษณะเฉพาะคือ เศรษฐกิจเงินตราในหมู่บ้านผูกพันกับการเข้ามาของรัฐล้านนาในการบุกเบิกก่อตั้งหมู่บ้าน เศรษฐกิจเงินตราที่ขยายตัวขึ้นช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่สองกับการประสบปัญหาทางการผลิตทำให้ชาวบ้านเริ่มมีความต้องการจำกัดขนาดครอบครัวมาตั้งแต่ปลายทศวรรษ 2493 ดังนั้นประกอบกับวัฒนธรรมที่ผู้หญิงมีอำนาจในการตัดสินใจเรื่องการมีลูก ทำให้ชาวบ้านปงตอบสนองโครงการวางแผนครอบครัวของโรงพยาบาลแมคคอมิคอย่างกว้างขวาง โครงการวางแผนครอบครัวดังกล่าวถือว่าเป็นโครงการบุกเบิกหนึ่งของพันธมิตรไตรภาคีที่นำโดยองค์กรของภาคเอกชน ดังนั้นจึงประสานกับโครงการของกระทรวงสาธารณสุขที่เข้ามาภายหลังได้เป็นอย่างดี

3.3 กรณีชุมชนตัวอย่างในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ชุมชนตัวอย่างในภาคอีสานจะนำเสนอกรณีศึกษาหมู่บ้านโคกสะอาด ตำบลอุ่มจาน อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดสกลนคร

บ้านโคกสะอาดเป็นหมู่บ้านเกิดใหม่ในสมัยสงครามอินโดจีนฝรั่งเศส (พ.ศ. 2483-2484) โดยการแยกตัวมาจากบ้านทุ่งมน ซึ่งปัจจุบันอยู่ในเขตตำบลเชียงเครือ อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ลักษณะการแยกตัวมาตั้งถิ่นฐานใหม่ของบ้านโคกสะอาดเป็นไปตามแบบแผนทั่วไปของหมู่บ้านในภาคอีสาน (ฉัตรทิพย์ นาถสุภา และพรพิไล เลิศวิชา, 2537 : 82-84) คือแยกหมู่บ้านมาเพื่อหาที่ดินทำนาเพิ่มหลังจากบ้านทุ่งมนไม่สามารถขยายพื้นที่ได้ ผู้อพยพมาก่อตั้งชุดแรกมี 4 ครอบครัว เป็นญาติพี่น้องกันและเป็นต้นสกุลที่สำคัญได้แก่ สกุลทุทธิไสย, เอื้องสุน, มัจรา และมังสะ ดังนั้นหมู่บ้านจึงมีพื้นฐานของระบบเครือญาติที่เข้มแข็งในจำนวน 100 กว่าครัวเรือนที่มีอยู่ในปัจจุบัน

นอกจากนี้บ้านโคกสะอาดยังมีอายุเพียง 55 ปี ซึ่งถือว่าเป็นรูปแบบหมู่บ้านอีสานทั่วไปที่มักมีประวัติการตั้งถิ่นฐานในช่วงเวลาสั้น และเป็นลักษณะที่แตกต่างจากหมู่บ้านในภาคอื่นๆ อย่างเห็นได้ชัด (สัมภาษณ์กลุ่มชาวบ้านโคกสะอาด จังหวัดสกลนคร, 6 พฤศจิกายน 2539)

จากพื้นฐานของหมู่บ้านที่ตั้งอยู่บนระบบเครือญาติทำให้ความแตกต่างกันทางสังคมในหมู่บ้านไม่ค่อยเด่นชัด การผลิตข้าวนาปีเพื่อการยังชีพเป็นหลักจะอาศัยการลงแขก “ขอแรง” ระหว่างครอบครัวมาตั้งแต่อดีต และความเชื่อในการนับถือศาสนาคริสต์นิกายคาทอลิกของคนส่วนใหญ่ก็ไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อความเป็นเอกภาพทางประเพณีอีสานกับคนพุทธที่มีอยู่จำนวนน้อยกว่าซึ่งอพยพมาจากบ้านโพนสว่าง ภายหลังก่อตั้งหมู่บ้านแล้ว (เพ็งอ้าง)

การขยายตัวของเศรษฐกิจเงินตราในหมู่บ้านเกิดขึ้นหลังจากมีการสร้างถนนเมื่อต้นทศวรรษ 2510 ทำให้รถสามารถเข้าหมู่บ้านได้ ดังนั้น “การค้าดีขึ้น เพราะไปขายของและซื้อของได้” เมื่อเปรียบเทียบกับสมัยก่อนที่ถนนเป็น “ทางกรู้น” ต้อง “เดินหาบข้าวสาร หาบไถไปขายที่สกล หรือใช้เกวียนขนข้าวไปขายที่สกลและตำบลดงมะไฟ” (สัมภาษณ์ลมา พุทธิไสย, ชาวบ้านโคกสะอาดในการสัมภาษณ์กลุ่ม, 6 พฤศจิกายน 2539)

เศรษฐกิจเงินตราแพร่หลายขึ้นหลังจาก รพช. (สำนักงานเร่งรัดพัฒนาชนบท) มาสร้างถนนลูกรังในต้นทศวรรษ 2520 ทำให้รถติดต่อกับหมู่บ้านได้ตลอดเวลาทุกฤดูกาล ไม่ใช่เฉพาะตอนหน้าแล้งที่ฝนไม่ตกเหมือนใช้ถนนดินที่มีอยู่เดิม ดังนั้นเมื่อมีการนำไฟฟ้าเข้าหมู่บ้านในปี 2526 จึงทำให้ชาวบ้านเริ่มใช้เงินซื้อเครื่องใช้ไฟฟ้ามากขึ้น เช่น พัดลม, ตู้เย็น, หม้อหุงข้าว, เทป, ทีวี เครื่องใช้ไฟฟ้าเหล่านี้จะมีคนนำมาขายจากตัวจังหวัดสกลนคร ทั้งในรูปแบบเงินสดและเงินผ่อน การใช้เครื่องไฟฟ้าเป็นไปอย่างกว้างขวางเพราะ “ชาวบ้านอยากมีเหมือนๆ กัน” หรือ “ชาวบ้านเลียนแบบกันมี” ดังนั้นชาวบ้านโคกสะอาดจึงต้องหาเงินตราเพิ่มโดยการทำงานรับจ้างหรือจากการกู้เงิน (สัมภาษณ์กลุ่มชาวบ้านโคกสะอาด จังหวัดสกลนคร, 6 พฤศจิกายน 2539)

การไปรับจ้างเพื่อหารายได้เพิ่มในระยะแรกๆ ชาวบ้านส่วนใหญ่จะออกไปทำงานในเมืองสกลนครหรือกรุงเทพฯ ในช่วง “นอกหนานา” ต่อมาเมื่อมีความต้องการแรงงานไทยในต่างประเทศ เช่น ตะวันออกกลาง ไต้หวัน หรือบรูไนมากขึ้น ทำให้ชาวบ้านหลายคนหันไปลงทุนเป็นกรรมกรในต่างประเทศโดยการกู้ยืมเงินในตอนไป เนื่อง

จาก “อยากไปเพราะเห็นคนอื่นไปได้เงินมามาก กลับมาซื้อนาได้” ดังนั้นการรับจ้างที่เพิ่มขึ้นจึงมีผลให้ระบบการขอแรงกันในบ้านโคกสะอาดเริ่มถูกกดดันโดยการจ้างคนทั้งในและนอกหมู่บ้านมาช่วยทำนาจนภายหลังเริ่มมีชาวบ้านบางคนนำเครื่องจักร เช่น จ้างรถนวดข้าวมาใช้แทนแรงงานมากขึ้น (เพ็งอ้าง)

อีกช่องทางหนึ่งในการตอบสนองความต้องการในการหาเงินตราเพิ่มได้แก่การกู้เงิน แต่เดิมการกู้เงินนอกระบบในหมู่บ้านจะต้องเสียดอกเบี้ยถึงร้อยละ 5 ต่อเดือน แต่เมื่อมี ธกส. (ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์) ซึ่งเสียดอกเบี้ยร้อยละ 9-12 ต่อปี ทำให้ชาวบ้านหันไปกู้ ธกส. กันอย่างกว้างขวางไม่ว่าจะเอาไปใช้ในการลงทุนทางการเกษตร, การไปทำงานต่างประเทศ และการซื้อของใช้ แต่ส่วนใหญ่แล้วชาวบ้านมักจะนำไปในการซื้อสินค้าฟุ่มเฟือยมากกว่า ทำให้ชาวบ้านส่วนใหญ่ต้องมาติดหนี้ ธกส. และนำไปสู่วงจรการเป็นหนี้ในบ้านโคกสะอาด (เพ็งอ้าง)

คำให้สัมภาษณ์ของครูใหญ่โรงเรียนบ้านโคกสะอาดสะท้อนให้เห็นถึงวงจรหนี้ในหมู่บ้านโคกสะอาดได้อย่างดีว่า

“ธกส. ระดมให้คนกู้เงินเลี้ยงหมู เลี้ยงวัว แต่จริง ๆ แล้วเอามาซื้อเครื่องอำนวยความสะดวกเช่น โทรี เลยต้องกู้เงินนายทุนดอกเบี้ยสูงไปใช้ ธกส. และต้องกู้ ธกส. เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ” (สัมภาษณ์ดาวิด พุทธิไสย ชาวบ้านโคกสะอาด ในการสัมภาษณ์กลุ่ม, 6 พฤศจิกายน 2539)

ความแพร่หลายของเศรษฐกิจเงินตราทำให้ชีวิตของชาวบ้านโคกสะอาดต้องขึ้นอยู่กับเงินตรามากขึ้น ชาวบ้านสามารถเห็นความแตกต่างระหว่างชีวิตที่ต้องขึ้นอยู่กับเงินตรามากขึ้นในปัจจุบันกับชีวิตในสมัยก่อนที่เงินตรายังไม่มีบทบาทสำคัญได้ดี ดังคำสัมภาษณ์ที่ว่า

“เมื่อก่อนไม่ต้องใช้เงินซื้อขาย แต่เดี๋ยวนี้วันหนึ่ง ๆ ต้องถึง 40-50 บาท จะหาตามโคกตามป่าไม่ได้แล้ว” (สัมภาษณ์นิภา ครูท่าคำ, ชาวบ้านโคกสะอาด ในการสัมภาษณ์กลุ่ม, 6 พฤศจิกายน 2539)

“เมื่อก่อนผักตำลึงคนขอกันกินได้ เดียวนี้ไม่กล้าเพราะเจ้าของเอาไปขาย” (สัมภาษณ์ดาวิด พุทธิไสย, ชาวบ้านโคกสะอาด ในการสัมภาษณ์กลุ่ม, 6 พฤศจิกายน 2539)

เมื่อชีวิตต้องขึ้นอยู่กับเงินตรามากขึ้นเช่นนี้ ทำให้ “รู้สึกว่าจะหาเงินได้ไม่พอเลี้ยงลูก” ชาวบ้านโคกสะอาดจึงได้ปรับบทบาทของลูกให้มีคุณค่าแบบใหม่โดยการใช้การศึกษาเป็นการลงทุนในตัวบุตรมากขึ้นดังคำกล่าวที่ว่า

“เด็กสมัยนี้ทำนาไม่ค่อยเป็นแล้ว เพราะต้องเรียนแต่อยากให้ลูกเรียนสูงๆ จะได้มีอาชีพเงินเดือนสูงๆ” (สัมภาษณ์ชื่นชม โกษาแสง, ชาวบ้านโคกสะอาดรุ่นมีลูกน้อย, 12 ธันวาคม 2539)

“ให้ตุ๊วักควายบ้างแต่เรียนเป็นหลัก จะให้หางานทำหลังเรียนจบแล้วส่งเงินให้ทางบ้าน” (สัมภาษณ์นพ เชียงฮุน, ชาวบ้านโคกสะอาด ในการสัมภาษณ์กลุ่ม, 6 พฤศจิกายน 2539)

ภาระทางเศรษฐกิจจากการมีลูกมากและการปรับบทบาทใหม่ของลูกในแง่ที่เป็นการลงทุนทางการศึกษาเป็นเงื่อนไขให้ชาวบ้านโคกสะอาดเกิดความต้องการในการจำกัดขนาดครอบครัวตั้งแต่ก่อนที่โครงการวางแผนครอบครัวจะเข้าดำเนินงานในหมู่บ้าน ในฐานะที่เป็นชุมชนคาทอลิก ทางศูนย์ส่งเสริมชีวิตครอบครัวอัครสังฆมณฑลท่าแร่-หนองแสง จึงได้จัดโครงการวางแผนครอบครัวตามธรรมชาติลงสู่หมู่บ้านโคกสะอาดในปี 2527 วิธีการวางแผนครอบครัวตามธรรมชาติที่นำมาให้บริการได้แก่ การสังเกตเมือกหาวันไข่สุกเพื่อจะได้เลือกว่าต้องการจำกัดขนาดครอบครัวหรืออาจจะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นอยู่กับสถานการณ์ของแต่ละครอบครัว (สัมภาษณ์สำเร็จ พรหมพิมพ์, เจ้าหน้าที่ศูนย์ส่งเสริมชีวิตครอบครัว อัครสังฆมณฑลท่าแร่-หนองแสง, 5 พฤศจิกายน 2539)

แต่โครงการวางแผนครอบครัวตามธรรมชาติไม่อาจตอบสนองความต้องการในการจำกัดขนาดครอบครัวของชาวบ้านโคกสะอาดได้เพราะชาวบ้านเข้าใจว่า “พระศาสนจักรสอนให้มีลูกมาก แต่อยากมีลูกน้อยเพราะกลัวลูกไม่มีคุณภาพ” และ “กลัวว่าคุมกำเนิดตามธรรมชาติไม่ได้เพราะแฟนต้องร่วมมือด้วย” (สัมภาษณ์ชื่นชม โกษาแสง, ชาวบ้านโคกสะอาดรุ่นมีลูกน้อย, 12 ธันวาคม 2539) ดังนั้นชาวบ้านส่วนใหญ่จึงหันไปรับโครงการวางแผนครอบครัวของรัฐบาลที่ลงมาดำเนินการในหมู่บ้านอย่างจริงจังในปี 2531 โดยก่อนหน้านั้นชาวบ้านโคกสะอาดก็ได้เริ่มไปรับบริการคุมกำเนิดตามสถานีนานามัยต่างๆ อยู่บ้างแล้ว

ถึงแม้จะอยู่ในบริบทของศาสนาคาทอลิกที่ปฏิเสธ “การคุมกำเนิดแบบวิทยาศาสตร์” แต่ความต้องการในการจำกัดขนาดครอบครัวก็ทำให้ชาวบ้านโคกสะอาดตัดสินใจรับ “คุมกำเนิดแบบวิทยาศาสตร์” ดังคำกล่าวที่ว่า

“คุณพ่อ (บาทหลวง : ผู้อ้าง) ห้ามคุมกำเนิดเพราะบาป แต่ต้องยอมบาปเพราะเลี้ยงไม่ไหวจริงๆ” (เพ็งอ้าง)

“หลักศาสนาคริสต์คุมเป็นบาปแต่ไม่มีผล กลับพบความร่วมมืออย่างดีจากชาวบ้าน” (สัมภาษณ์ธิดิพร ศรีอัจฉริยกุล, เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชนสถานีอนามัยหนองบัวสร้าง, 12 ธันวาคม 2539)

ดังนั้นการดำเนินโครงการวางแผนครอบครัวของรัฐบาลมีผลให้อัตราคุมกำเนิดในปี 2533 เพิ่มขึ้นเป็นถึงร้อยละ 88 ของผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่กันกับสามี (สถานตำบลอุ่มจาน, 2533 : 20) แต่เนื่องจากสาธารณสุขอำเภอมีนโยบายให้ชาวบ้านมีลูกไม่เกิน 2 คน ในขณะที่โครงการฯ ของบ้านโคกสะอาดเพิ่งลงมาดำเนินการอย่างจริงจังตั้งแต่ปี 2531 ดังนั้นทางโครงการฯ จึงต้องมีการเร่งรัดการวางแผนครอบครัวในบ้านโคกสะอาดโดยใช้มาตรการที่นอกเหนือจากการให้บริการวางแผนครอบครัวอยู่ที่สถานีอนามัยอย่างเดียวดังนี้ (สัมภาษณ์ธิดิพร ศรีอัจฉริยกุล, เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชนสถานีอนามัยหนองบัวสร้าง, 12 ธันวาคม 2539 ; สัมภาษณ์ประยงค์ คุรุทองคำ, ผู้ใหญ่บ้านหมู่บ้านโคกสะอาด จังหวัดสกลนคร, 12 ธันวาคม 2539)

ก. เจ้าหน้าที่อนามัยจะประสานงานกับผู้ใหญ่บ้านในการจัดตั้งชาวบ้านให้มารับบริการวางแผนครอบครัว โดยจัดเป็นคุ้มๆ ละ 8-10 หลังคาเรือน แต่ละคุ้มจะมีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นผู้ชักชวนชาวบ้านมาให้บริการ

ข. การให้สิ่งจูงใจเพื่อการคุมกำเนิดโดยการรณรงค์เร่งรัดให้คนมารับบริการวางแผนครอบครัว ในการรณรงค์จะมีการจับฉลากให้รางวัลแก่คนมารับบริการเป็นสร้อยคอทองคำ แต่ผู้มารับบริการจะได้รับ “แจกขนหนู” ทุกคน ส่วน อสม. จะได้ “ค่านำส่ง” 50 บาทต่อคน นอกจากนี้ทางสถานีอนามัยยังได้การสนับสนุนจากสมาคมวางแผนครอบครัวที่มาตั้งสำนักงานที่ตำบลท่าแร่ อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ในการให้สิ่งจูงใจแก่ อสม. เพื่อชักชวนคนมาวางแผนครอบครัวในรูปแบบต่างๆ เช่น การแบ่งเปอร์เซ็นต์จากการขายยาเม็ดคุมกำเนิด, การเสริมอาชีพเลี้ยงไก่แก่ อสม. เป็นต้น

ค. การเพิ่มความต้องการในการรับบริการวางแผนครอบครัวโดยใช้การสื่อสารให้ปฏิบัติวางแผนครอบครัว (IE&C) ในรูปแบบต่างๆ เท่าที่จะมีทรัพยากร เช่น การใช้หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน, การใช้รถเคลื่อนที่ให้สุขศึกษา

กรณีตัวอย่างหมู่บ้านทุ่งมน ชี้ให้เห็นว่าหมู่บ้านเกิดใหม่ที่มีอยู่ทั่วไปในภาคอีสานมีลักษณะร่วมเหมือนกับหมู่บ้านอื่นที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยเชิงโครงสร้างทำให้เกิดการขยายตัวของเศรษฐกิจเงินตรา แต่หมู่บ้านโคกสะอาดก็มีลักษณะเฉพาะของตนเองคือการแพร่หลายของเศรษฐกิจเป็นผลมาจากการแพร่กระจายค่านิยมบริโภคนิยมของระบบอุดมการณ์แห่งการพัฒนาเป็นสำคัญ แทนที่จะเกิดจากการสร้างความเข้มข้นในการผลิตเพื่อตลาด นอกจากนี้ลักษณะพิเศษอีกประการหนึ่งก็คือ การเป็นชุมชนคาทอลิกที่มีหลักคำสอนต่อต้าน “การคุมกำเนิดแบบวิทยาศาสตร์” ก็ไม่สามารถตอบสนองความต้องการในการจำกัดขนาดครอบครัวของชาวบ้านโคกสะอาดตรงกันข้ามกลับเป็นโครงการวางแผนครอบครัวที่ใช้การคุมกำเนิดแบบวิทยาศาสตร์ต่างหากที่สามารถตอบสนองความต้องการของชาวบ้านได้จนโครงการประสบความสำเร็จ

3.4 กรณีชุมชนตัวอย่างในภาคใต้

ชุมชนตัวอย่างในภาคใต้จะนำเสนอกรณีศึกษาหมู่บ้านปุยุด ตำบลปุยุด อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี

บ้านปุยุดเป็นหมู่บ้านมุสลิมที่เก่าแก่ “มีอายุหลายร้อยปี” พื้นฐานทางเศรษฐกิจของหมู่บ้านแต่เดิมเป็นการผลิตเพื่อยังชีพเป็นหลัก คือการทำนาดำเพื่อ “ไว้กินเหลือขายแต่ต้องชะกาด” การบริจาคมเงินต้องชะกาดร้อยละ 2.5 ของส่วนเกินของเงินจำนวน “ถ้าซื้อทองได้ 5 บาทเมื่อไหร่ต้องบริจาคม” พื้นฐานทางสังคมเป็นระบบเครือญาติที่ประกอบด้วย 3 ตระกูลใหญ่ คือ ตระกูลด้วน (เชื้อเจ้า) ตระกูลญุกตานนท์ และตระกูลอาดัม ทำให้มีการลงแขกมาต่อตีตพื้นฐานการยังชีพดังกล่าวสะท้อนให้เห็นได้จากการที่คนส่วนใหญ่มีภรรยาเพียงคนเดียว “เพราะลำบากเลี้ยงไม่ไหว ถ้าไหวจะมีมากกว่า 1 คน” (สัมภาษณ์กลุ่มชาวบ้านปุยุด จังหวัดปัตตานี, 8 เมษายน 2540)

เศรษฐกิจเงินตราเริ่มขยายตัวหลังสงครามโลกครั้งที่สอง “เมื่อญี่ปุ่นบุก” และมีถนนติดต่อกับเมืองปัตตานี ทำให้ชาวบ้านปุยุดซึ่งแต่เดิมทอผ้าใช้เอง ต้องมาซื้อผ้าจาก “นอกหมู่บ้านเพราะเร็วกว่า” ความผูกพันกับสินค้าจากเมืองเปลี่ยนแปลงจาก “เมื่อก่อนหาปลากินผักจากทุ่งนาได้” มาเป็นสภาพ “ต้องซื้อของกินของใช้มากขึ้น” ต่อมาความต้องการเงินตราขยายตัวในหมู่บ้านขยายตัวมากขึ้นเมื่อมีสินค้าบริโภคห่มเพื่อยเข้ามา เช่น ทีวี, ตู้เย็น, เตารีด ทำให้ชาวบ้านต้องหารายได้เพิ่มจากการรับจ้าง และลงทุนในการผลิตมากขึ้น ดังนั้นเศรษฐกิจเงินตรา

จึงแพร่หลายมากขึ้นในชีวิตของชาวบ้านปยุค กล่าวคือ “เมื่อต้องใช้เงินมากก็ต้องค้าขายมากขึ้น รับจ้างเพิ่ม” (เพ็งอ้าง)

การหารายได้เพิ่มจากการรับจ้างเริ่มต้นจากการไปรับจ้าง ‘ตามร้านคนจีนในเมือง’ ต่อมาก็ไป “ทำงานขายแรงที่มาเลย์ ถ้าอยู่ดีก็จะอยู่ถาวรในมาเลย์เลย” ส่วนการลงทุนในการผลิตจะเริ่มจากการใช้ปุ๋ยวิทยาศาสตร์มาร่วม 30 ปี แต่การลงทุนที่มทำให้ “ผลผลิตสูง แต่ขายได้ราคาต่ำกว่าเก่า” เนื่องจากชาวบ้านปยุคต้องตกเป็นเบี้ยล่างในกลไกตลาดของระบบทุนนิยม ดังนั้นการเพิ่มรายได้ของชาวบ้านจากการผลิตเพื่อตลาดจึงมีข้อจำกัด

การต้องพึ่งเงินตรามากขึ้นแต่มีข้อจำกัดในการเพิ่มรายได้ของชาวบ้านปยุค ทำให้การมีลูกมาก “ลำบากขึ้นแต่ไม่ถึงกับยากจน” ไม่ว่าจะค่ากินค่าใช้จ่ายหรือค่าเล่าเรียน (เพ็งอ้าง) เนื่องจากบทบาทและคุณค่าของบุตรได้เปลี่ยนไปแล้วคือ “สมัยก่อนไม่นิยมส่งลูกเรียนเพราะไม่มีใครช่วยทำงาน สมัยนี้ส่งลูกเรียนเพราะจะได้ก้าวหน้า ลูกเรียนอย่างเดียวไม่ค่อยช่วยพ่อแม่” ดังนั้น “การมีลูกจึงอยากให้ลูกมีอนาคต” (สัมภาษณ์มนฤดี สีเตะ, ชาวบ้านปยุครุ่นมีลูกน้อย, 9 เมษายน 2540)

ความต้องการในการจำกัดครอบครัวที่พัฒนาขึ้นมาเมื่อ 15 ปีที่แล้ว (สัมภาษณ์กลุ่มชาวบ้านปยุค จังหวัดปัตตานี, 8 เมษายน 2540) แต่มิได้ขยายตัวอย่างรวดเร็ว เนื่องจากปัจจัยด้านอุดมการณ์ของอิสลามที่ยังคงมีอิทธิพลอยู่ในบ้านปยุค ดังจะเห็นได้จากคำตอบของคนรุ่นมีลูกมาก เมื่อสัมภาษณ์เรื่องความตั้งใจจะมีลูกกี่คน และใครเป็นคนตัดสินใจระหว่างสามีภรรยาว่า “ไม่เคยวางแผนถือว่าเป็นไปตามอัลเลาะห์” (สัมภาษณ์มะฮะซง และมามะ, ชาวบ้านปยุครุ่นมีลูกมาก, 8 เมษายน 2540) และเมื่อถามกลุ่มสัมภาษณ์ในคำถามเดียวกันก็จะได้คำตอบที่เป็นเอกฉันท์ว่า “พระเจ้าตัดสิน” (สัมภาษณ์กลุ่มชาวบ้านปยุค จังหวัดปัตตานี, 8 เมษายน) นอกจากนี้ชุมชนแบบมุสลิมของบ้านปยุคยังมีระบบการคุมกำเนิดแบบดั้งเดิมที่ “ใช้เพราะไม่บาป” ตอบสนองความต้องการในการจำกัดครอบครัวได้บางระดับได้แก่ การใช้สมุนไพรที่เรียกว่า “อากาศายู”, การหลังภายนอก, การนับวันและการงดร่วมเพศหลังคลอด 100 วัน ตามหลักศาสนา ยกเว้นการทำแท้งซึ่งถือว่าเป็นบาปเพราะกลัว “วันพิพากษา” ซึ่งเป็นวันที่พระเป็นเจ้าของเจ้าจะตัดสินความดีความชั่วของมนุษย์หลังจากสิ้นโลกแล้ว (เพ็งอ้าง)

ดังนั้นเมื่อโครงการวางแผนครอบครัวของกระทรวงสาธารณสุขเข้ามาดำเนินการในหมู่บ้านปยุคจึงไม่ได้รับการตอบสนองจากชาวบ้านตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (สัมภาษณ์ปริศนา จันทนา, เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน 4 สถานีอนามัยตำบลปยุค, 9 เมษายน 2540) กล่าวคือ มีผู้มารับบริการวางแผนครอบครัวรายใหม่เพียงร้อยละ 51 ของเป้าหมายในปี พ.ศ.2534 (สถานีอนามัยปยุค, มปป. ข. : 15) เนื่องจากหลักศาสนาอิสลามถือว่าการคุมกำเนิดแบบสมัยใหม่เป็นบาป (สัมภาษณ์กลุ่มชาวบ้านปยุค จังหวัดปัตตานี, 8 เมษายน 2540 ; สัมภาษณ์ปริศนา จันทนา, เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน 4 สถานีอนามัยตำบลปยุค, 9 เมษายน 2540)

และโครงสร้างอำนาจในครอบครัวบ้านปุยุด มีรูปแบบที่ชายเป็นใหญ่ทำให้ “ผู้หญิงที่ต้องการคุมกำเนิดเพราะเหนียวต่อการเลี้ยงลูก” ไม่สามารถตัดสินใจได้โดยอิสระเหมือนดังเช่นผู้หญิงในภาคอื่น (สัมภาษณ์ปริศนา จันทนา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน 4 สถานีอนามัยตำบลปุยุด, 9 เมษายน 2540) ดังนั้นในสายตาของเจ้าหน้าที่อนามัยแล้วศาสนาอิสลามและรูปแบบชายเป็นใหญ่ในครอบครัวจึงเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินโครงการวางแผนครอบครัวในหมู่บ้านปุยุด (เพ็ง อ่าง)

อย่างไรก็ดียังมีการขยายตัวของความต้องการในการจำกัดขนาดครอบครัวของบ้านปุยุดภายใต้ข้อจำกัดของอุดมการณ์และระบบคุมกำเนิดแบบดั้งเดิมแสดงตัวออกมาให้เห็นได้จากชาวบ้านส่วนที่ตอบสนองรับคุมกำเนิดสมัยใหม่ของโครงการวางแผนครอบครัวจำนวนร้อยละ 51 ของเป้าหมายเนื่องจากเกิดกระแสการตีความอุดมการณ์ใหม่จากเดิมที่ว่า “ศาสนาอิสลามส่งเสริมการมีลูกมาก” (สัมภาษณ์มะแซง และมามะ, ชาวบ้านปุยุดรุ่นมีลูกมาก, 8 เมษายน 2540) มาเป็นว่าศาสนาให้เว้นระยะการมีบุตรได้เพราะ “กินยาไม่บาปถือว่าป้องกันการเกิด แต่ทำหมันถือว่าเป็นบาป เพราะไม่เปลี่ยนแปลงภายในร่างกาย” (สัมภาษณ์กลุ่มชาวบ้านปุยุด จังหวัดปัตตานี, 8 เมษายน 2540 ; สัมภาษณ์ตัวนดิน เเด่นอุดม, ผู้ใหญ่บ้านปุยุด, 8 เมษายน 2540)

นอกจากนี้การยอมรับโครงการวางแผนครอบครัวยังเกิดจากความคิดว่าการคุมกำเนิดสมัยใหม่ในสายตาของชาวบ้านแล้วมีประสิทธิภาพในการป้องกันการเกิดได้ดีกว่าการคุมกำเนิดแบบดั้งเดิมเพราะ “กินยาคุมได้ผล 100%” (สัมภาษณ์กลุ่มชาวบ้านปุยุด จังหวัดปัตตานี, 8 เมษายน 2540) และยังพบอีกว่ามีชาวบ้านปุยุดที่ไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการจำกัดขนาดครอบครัว (unmet need) แอบไปรับบริการวางแผนครอบครัวที่สถานีอนามัยอื่นเพราะ “กลัวคนในชุมชนรู้” นอกจากนี้ยังมีผู้หญิงบางคนไปทำแท้งเถื่อนซึ่งหลักการอิสลามถือว่าเป็นบาปหนัก (สัมภาษณ์ปริศนา จันทนา, สถานีอนามัยตำบลปุยุด จังหวัดปัตตานี, 9 เมษายน 2540)

ภายในบริบทของหมู่บ้านปุยุดทำให้เจ้าหน้าที่อนามัยผู้รับผิดชอบโครงการวางแผนครอบครัวต้องปรับกลยุทธ์ในการดำเนินโครงการเพราะ “ประมาณปี 2526-2527 มีการต่อต้านจากผู้ชายมาต่อว่าทำไมให้แฟนเค้าคุมเพราะเป็นบาป จึงต้องปรับท่าที่การทำงานแบบซิมลิก” โดยการเน้นการให้บริการคุมกำเนิดแบบชั่วคราวเพื่อการเว้นระยะการมีบุตรแก่เฉพาะผู้หญิงเท่านั้นเพราะในหมู่บ้านถือว่าผู้ชายทำหมันบาป และใช้วิธีการเยี่ยมบ้านแบบตัวต่อตัวเพื่อไม่ให้เพื่อนบ้านของผู้ใช้บริการรู้เรื่อง นอกจากนี้ยังต้องใช้มาตรการการให้สิ่งจูงใจเพิ่มเติมอีกด้วย เช่น การให้ค่าตอบแทนแก่ อสม.หรือหมอต้าแย “ผู้นำส่ง” ผู้รับบริการยาคุมและยาฉีด case ละ 15-30 บาท รวมถึงการรณรงค์ของทางจังหวัดกระตุ้นการมารับบริการเพิ่ม (เพ็ง อ่าง)

และภายในบริบทของหมู่บ้านมุสลิมที่ผู้ใหญ่วัยเป็นส่วนใหญ่เป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตเช่นนี้ทำให้ผู้ใหญ่วัยไม่เข้าไปมีบทบาทในโครงการวางแผนครอบครัว เพราะ “ศาสนาห้ามทำให้ดำเนินการยาก” (สัมภาษณ์ตัวนิติน เต็นอุตม, ผู้ใหญ่วัยปยุต จังหวัดปัตตานี, 8 เมษายน 2540)

ดังนั้นกรณีศึกษาบ้านปยุตจึงชี้ให้เห็นถึงความไม่สำเร็จของโครงการวางแผนครอบครัวตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ถึงแม้ว่าจะมีความต้องการ “แฝง” ในการจำกัดขนาดครอบครัวเกิดขึ้นจากอิทธิพลของปัจจัยทางเศรษฐกิจของระบบทุนนิยม แต่ความต้องการนี้ก็ไม่ได้ขยายตัวเต็มที่และยังไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet need) เนื่องจากปัจจัยทางวัฒนธรรมของศาสนาอิสลามยังมีความแข็งแกร่งอยู่ในชุมชนมุสลิมภาคใต้ตั้งนั้นจึงเป็นตัวให้ความชอบธรรมแก่ระบบการคุมกำเนิดแบบดั้งเดิม และต่อต้านการคุมกำเนิดสมัยใหม่ ความขัดแย้งระหว่างปัจจัยทางเศรษฐกิจและปัจจัยทางวัฒนธรรมจึงเป็นตัวกำหนดความสำเร็จหรือล้มเหลวของโครงการวางแผนครอบครัวในชุมชนมุสลิมเช่น หมู่บ้านปยุตที่ยกขึ้นมาเป็นตัวอย่าง

จากกรณีศึกษาชุมชนตัวอย่างทั้ง 4 ภาค ในการนำนโยบายวางแผนครอบครัวไปปฏิบัติในระดับหมู่บ้านซึ่งมีโครงการที่ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายในหมู่บ้าน 3 ภาคคือ ภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคอีสาน และโครงการที่ไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้คือ โครงการในหมู่บ้านมุสลิมภาคใต้ โครงการดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าการดำเนินงานโครงการวางแผนครอบครัวจะประสบความสำเร็จได้นั้น ปัจจัยบริบทเชิงโครงสร้างจะต้องขยายตัวและมีอิทธิพลเพียงพอที่จะสร้างความต้องการในการจำกัดขนาดครอบครัวในหมู่บ้านให้กว้างขวางพอที่จะรองรับเป้าหมายของโครงการได้ ความต้องการลักษณะดังกล่าวขึ้นอยู่กับปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงโครงสร้างภายนอกกับปัจจัยภายในหมู่บ้านแต่ละแห่งว่าจะสอดคล้องหรือขัดแย้งกันอย่างไร

แต่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงโครงสร้าง ปัจจัยภายในหมู่บ้านและการดำเนินโครงการวางแผนครอบครัวจากกรณีศึกษาของชุมชนตัวอย่างทั้งสี่แสดงให้เห็นทั้งลักษณะร่วมและลักษณะพิเศษเฉพาะคือ ลักษณะร่วมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงโครงสร้างและการผลิตเพื่อยังชีพจะก่อให้เกิดการขยายตัวของเศรษฐกิจเงินตราในฐานะที่เป็นเงื่อนไขจำเป็น (necessary condition) ส่วนการเป็นเงื่อนไขเพียงพอในการสร้างสภาวะการมีลูกมากเป็นภาระทางเศรษฐกิจและความต้องการในการจำกัดขนาดครอบครัวนั้นจะขึ้นอยู่กับลักษณะเฉพาะของแต่ละหมู่บ้าน เช่น การสร้างความเข้มข้นในการผลิตจะเป็นปัจจัยหลักในหมู่บ้านหัวไร่ปลายนา ความแตกต่างทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญในหมู่บ้านปง และการขยายตัวของค่านิยมบริโภคนิยมเป็นปัจจัยหลักในหมู่บ้านโคกสะอาด เป็นต้น ดังนั้นจึงทำให้การดำเนินโครงการวางแผนครอบครัวถึงแม้ว่าจะใช้มาตรการให้บริการเป็นหลัก แต่ก็มีการใช้มาตรการอื่นแตกต่างกันไปตามระดับความเข้มข้นด้วยเช่น ปัจจัยทางวัฒนธรรมเชิงโครงสร้างอำนาจในครอบครัวในภาคเหนือทำให้ผู้หญิงมีอิสระในการตัดสินใจคุมกำเนิดได้ดีแต่ในชุมชนมุสลิมภาคใต้ผู้หญิงมีอาจเป็นอิสระได้เต็มที่

4. การคงอยู่ต่อเนื่องของพันธมิตรไตรภาคี

การนำนโยบายวางแผนครอบครัวไปปฏิบัติมีพลวัตตั้งแต่แผนพัฒนา ฉบับที่ 3 จนถึงฉบับที่ 6 ได้เนื่องจากคามมีสมานฉันท์ในกลุ่มพันธมิตรไตรภาคีในการร่วมมือกันผลักดันกระบวนการดำเนินนโยบายให้บรรลุเป้าหมายตามที่ตั้งไว้ในแต่ละแผน ถึงแม้จะมีความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในพันธมิตรไตรภาคี แต่ก็ยังถือเป็นเรื่องรองที่มีอาจทำลายสมานฉันท์ระหว่างพันธมิตรได้ ความขัดแย้งที่เกิดในกลุ่มพันธมิตรไตรภาคีซึ่งจะยกเป็นตัวอย่างในที่นี้ได้แก่

ก) ความขัดแย้งระหว่างกลุ่มราชการไทยกับองค์กรของพลังภายนอก ในที่นี้จะยกตัวอย่างความขัดแย้งระหว่างธนาคารโลกกับข้าราชการและนักวิชาการไทยในโครงการประชากรเพื่อเร่งรัดงานด้านวางแผนครอบครัวและสาธารณสุขใน 20 จังหวัด ธนาคารโลกในฐานะผู้ช่วยจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 4 ให้ไทย (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2526 : 8) ได้นำเสนอเงินกู้แก่โครงการฯ โดยคิดดอกเบี้ย 10-11% แต่ทางข้าราชการสำนักงบประมาณและนักวิชาการจากสถาบันประชากรศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและสถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล ไม่เห็นด้วยเนื่องจากคิดว่าดอกเบี้ยสูงไปจึงปฏิเสธเงินกู้ของธนาคารโลก ความขัดแย้งสามารถแก้ไขได้โดยธนาคารโลกจัดการให้ไทยกู้แบบใหม่ผ่าน IDA (International Development Association) โดยเสียเฉพาะค่าธรรมเนียม 0.75% และชำระคืนภายในเวลา 30 ปี ทางฝ่ายไทยจึงยอมรับเงินกู้ดังกล่าว แต่หลังจากใช้เงินกู้ 60 กว่าล้านบาทโครงการแล้ว ธนาคารโลกก็ได้เข้ามาติดต่อเสนอเงินกู้อีกโดยเสียดอกเบี้ยทางฝ่ายไทยก็ได้ปฏิเสธไปอีก (สัมภาษณ์บุญเลิศ เลี้ยวประไพ, อดีตผู้อำนวยการสถาบันวิจัยประชากรและสังคม พ.ศ.2517-2523, 24 ธันวาคม 2529)

ข) ความขัดแย้งระหว่างกลุ่มในภาคราชการด้วยกันในที่นี้จะยกตัวอย่างความขัดแย้งในการประเมินผลนโยบายวางแผนครอบครัวในช่วงแผนพัฒนา ฉบับที่ 5 ระหว่างกลุ่มนักวิชาการที่ผูกพันกับกระทรวงสาธารณสุขกับกลุ่มนักวิชาการที่ผูกพันกับสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สภาพัฒน์) กลุ่มนักวิชาการสายกระทรวงสาธารณสุขอาศัยผลการวิจัยของคณะกรรมการประเมินผลร่วมไทย-อเมริกา ว่าอัตราเพิ่มประชากรในปี 2527 ได้ลดลงเหลือแค่ 1.6% ดังนั้นเมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนา ฉบับ 5 อัตราเพิ่มประชากรจะลดเหลือ 1.5% ตามเป้าหมายแน่นอน ในขณะที่กลุ่มนักวิชาการสายสภาพัฒน์ได้อาศัยผลการคาดประมาณทางประชากรของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยว่าอัตราการเพิ่ม ประชากรเมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนา ฉบับที่ 5 จะเป็น 1.7% เท่านั้น ความขัดแย้งระหว่างนักวิชาการทั้งสองสายได้ก่อให้เกิดความขัดแย้งอย่างมากเพื่อมุ่งรักษาชื่อเสียงทางวิชาการของแต่ละฝ่าย แต่ความขัดแย้งดังกล่าวก็ได้รับการบรรเทาลงเมื่อสำนักงานสถิติแห่งชาติได้ใช้วิธีการสำรวจพบว่า อัตราเพิ่มประชากรน่าจะเท่ากับ 1.6% (เพ็งอ้าง ; สัมภาษณ์สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, อดีต

อนุกรรมการนโยบายและแผนประชากรสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ; สัมภาษณ์เทพพนม เมืองแมน, อดีตประธานคณะกรรมการประเมินผลร่วมไทย-อเมริกัน, 25 ธันวาคม 2529 ; สัมภาษณ์มรกต กรเกษม, อดีตผู้อำนวยการกองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย, 26 มกราคม 2530)

ค. ความขัดแย้งระหว่างองค์กรในภาคราชการและภาคเอกชน ในที่นี้จะยกตัวอย่างความขัดแย้งระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและสมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน เกี่ยวกับการบริการวางแผนครอบครัว จะพบว่าความขัดแย้งในระดับปฏิบัติการเริ่มมีมาตั้งแต่เริ่มแรกดำเนินนโยบายวางแผนครอบครัว ตัวอย่างเช่นที่อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี เจ้าหน้าที่สมาคมฯ ได้อบรมอาสาสมัครจ่ายยาคุมกำเนิดแก่ชาวบ้านเนื่องจากเห็นว่าเจ้าหน้าที่ของกระทรวงมีไม่พอแต่ได้รับการต่อต้านจากเจ้าหน้าที่ของกระทรวงในพื้นที่เพราะไม่อยากให้คุณมีชัย วีระไวทยะ ได้ชื่อเสียง (สัมภาษณ์คม ปิองพันธ์, อดีตเจ้าหน้าที่ในฐานะแพทย์ของสมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน, 27 มีนาคม 2540) ส่วนความขัดแย้งในระดับนโยบายนั้นจะเกี่ยวกับความสำเร็จของโครงการวางแผนครอบครัวในประเทศไทย จอห์น โนเดล ผู้เขียนหนังสือการปฏิวัติขนาดครอบครัวในประเทศไทย ได้เขียนประเมินผลการให้บริการวางแผนครอบครัวว่า สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชนมีบทบาทในการให้บริการน้อยมาก เนื่องจาก “จริง ๆ เขาไม่ได้ต่อต้านมีชัย แต่โมโหต่างประเทศที่ชอบเขียนว่าความสำเร็จของโครงการวางแผนครอบครัวคือคุณมีชัย” (สัมภาษณ์ Anthony Bennetts, อดีตผู้แทนของศูนย์ประชากรและการอนามัยครอบครัวของมหาวิทยาลัยโคลัมเบีย ประจำโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ พ.ศ.2519-2531, 24 พฤษภาคม 2539) แต่เมื่อผู้วิจัยไปสัมภาษณ์คุณมีชัย คุณมีชัยแสดงความไม่พอใจต่อข้อเขียนดังกล่าว และให้เหตุผลว่าผู้เขียนหนังสือดังกล่าวไม่มีประสบการณ์ในภาคสนามจริง ๆ เหมือนกระป๋องอยู่ในห้องแอร์ (สัมภาษณ์มีชัย วีระไวทยะ, นายกสมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน, 20 ธันวาคม 2539)

อย่างไรก็ดีความขัดแย้งที่เกิดขึ้นก็ไม่มีผลต่อการทำลายกลุ่มพันธมิตรไตรภาคีลงได้ การคงอยู่ของพันธมิตรไตรภาคีเนื่องมาจากสมาชิกในพันธมิตรทั้งภาคราชการ ภาคเอกชน และภาคต่างประเทศต่างก็ยังได้รับผลประโยชน์จากการนำนโยบายวางแผนครอบครัวไปปฏิบัติ อยู่ ดังนั้นในที่นี้จะชี้ให้เห็นถึงผลประโยชน์ที่องค์กรในภาคราชการ ภาคเอกชนในประเทศ และภาคต่างประเทศได้รับ (real interest) ดังนี้คือ

4.1 ผลประโยชน์ขององค์กรในภาคราชการ

ผลประโยชน์ภาคราชการได้แก่ ระบบราชการ กลุ่มข้าราชการ และนักวิชาการของรัฐ ได้รับผลประโยชน์ในรูปของการประหยัดงบประมาณของรัฐ, การขยายหน่วยงาน, ความดีความชอบในหน้าที่การงาน และความก้าวหน้าในอาชีพ (ช็อนด์ ประดิษฐศิลป์, 2533 : 333-334, 360-372) ตัวอย่างเช่น ผลประโยชน์จากการประหยัดงบประมาณของรัฐ จาก

ตารางที่ 5.4 พบว่า การวางแผนครอบครัวช่วยรัฐบาลการประหยัดรายจ่ายพื้นฐานเพื่อบริการสังคมในช่วงแผนพัฒนา ฉบับที่ 5 ถึง 20,994 ล้านบาท และในช่วงแผนพัฒนา ฉบับที่ 6 เป็นจำนวนถึง 51,300 ล้านบาท เนื่องจากการวางแผนครอบครัวช่วยป้องกันการเกิดทำให้อัตราเพิ่มประชากรไม่สูงเกินไป จนรัฐต้องจัดหาบริการสังคมจำนวนมาก หรือถ้าพิจารณาในแง่การลงทุนของรัฐจะพบว่าการลงทุนในโครงการวางแผนครอบครัว 1 บาทจะทำให้สามารถประหยัดได้เงินได้ถึงเกือบ 40 บาท (Patama Bhiromrut, n.d ; 12)

ตารางที่ 5.4 การประมาณค่ารายจ่ายพื้นฐานเพื่อบริการสังคมระหว่างปี พ.ศ. 2525-2534

(หน่วย : ล้านบาท)

แผนพัฒนา	รายจ่ายพื้นฐานเพื่อบริการสังคม		รายจ่ายที่ประหยัดได้
	ไม่มีการวางแผนครอบครัว	มีการวางแผนครอบครัว	
แผนพัฒนา ฉบับที่ 5			
2525	90,323	87,962	2,321
2526	96,116	92,916	3,200
2527	102,261	98,600	4,061
2528	109,270	104,143	5,127
2529	116,620	110,375	6,245
รวม	514,590	493,596	20,994
แผนพัฒนาฉบับที่ 6			
2530	124,427	116,983	7,444
2531	132,721	123,990	8,731
2532	141,534	131,421	10,113
2533	151,159	139,489	11,670
2534	161,388	148,046	13,342
รวม	711,229	659,929	51,300

ที่มา : กองอนามัยครอบครัว, 2528 : ตารางที่ 3

นอกจากนี้รัฐบาลยังได้ประโยชน์จากเงินช่วยเหลือจากต่างประเทศในวางแผนครอบครัวด้วยโดยกระทรวงสาธารณสุขจะได้เงินให้เปล่าในช่วงแผนพัฒนา ฉบับที่ 3 ถึง ฉบับที่ 5 เป็นเงิน 295.5 ล้านบาท, 534.8 ล้านบาท และ 347.4 ล้านบาท ตามลำดับ ซึ่งรวมทั้งสิ้นเป็นเงินถึง 1,177.7 ล้านบาท ในช่วงเวลาดังกล่าว (กองอนามัยครอบครัว, 2528 ; ตารางที่ 4)

4.2 ผลประโยชน์ขององค์กรในภาคเอกชนในประเทศ

ผลประโยชน์ของภาคเอกชนในประเทศ ได้แก่ ผลประโยชน์ของร้านขายยาจากกำไรจากการขายและเวชภัณฑ์คุมกำเนิด โดยเฉพาะยาเม็ดคุมกำเนิดซึ่งมีชื่ออยู่ในยาอันตรายจะ

สามารถขายได้โดยไม่ต้องมีใบสั่งยาจากแพทย์ และไม่ต้องใช้เภสัชกรเป็นผู้จ่ายยา (ชัยยนต์ ประดิษฐศิลป์, 2533 : 385-389)

ผลประโยชน์ของคลินิกเอกชน โพลีคลินิกและโรงพยาบาลเอกชน คือ ประโยชน์จากการขายบริการวางแผนครอบครัวแก่ประชาชน และการสนับสนุนเงินทุนรวมทั้งเวชภัณฑ์คุมกำเนิดจากองค์การระหว่างประเทศ (เล่มเดียวกัน : 390-391)

พบว่าเงินค่าบริการที่ร้านขายยาและคลินิกเอกชนได้รับจากประชาชนเป็นเงิน 20.7 ล้านบาท, 63.8 ล้านบาท และ 88.6 ล้านบาท ในระหว่างแผนพัฒนา ฉบับที่ 3 ถึง ฉบับที่ 5 ตามลำดับ โดยรวมทั้งสิ้นจะเท่ากับ 173.1 ล้านบาท (กองอนามัยครอบครัว, 2528 : ตารางที่ 4)

ผลประโยชน์ของบริษัทยาคุมกำเนิดในประเทศได้แก่ กำไรจากการขายยาเม็ดคุมกำเนิดและยาฉีดคุมกำเนิด จากการขายในท้องตลาดและการได้รับการประมูลจากโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติตามที่วิเคราะห์ในหัวข้อ 1.1.4

ส่วนผลประโยชน์ของสมาคมวางแผนครอบครัวเอกชนส่วนใหญ่เป็นความช่วยเหลือจากต่างประเทศในรูปเงินให้เปล่าและเวชภัณฑ์คุมกำเนิด คิดเป็นมูลค่าถึง 80-90% ของงบประมาณในการดำเนินงานทั้งหมด (ชัยยนต์ ประดิษฐศิลป์, 2533 : 395) โดยสมาคมวางแผนครอบครัวได้รับส่วนใหญ่จาก IPPF, สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชนได้จาก 22 องค์กร ในปี 2528, สมาคมทำหมันฯ ได้จากโครงการทำหมันแห่งชาติ (IPAVS), UNFPA และ USAID เป็นต้น, สมาคม ASIN ได้จาก FPIA ส่วนใหญ่และสมาคมสนับสนุนการวิจัยภาวะเจริญพันธ์แห่งประเทศไทย ได้รับทุนวิจัยส่วนใหญ่จาก Family Health International (ชัยยนต์ ประดิษฐศิลป์, 2533 : 393)

4.3 ผลประโยชน์ขององค์กรในภาคต่างประเทศ

ผลประโยชน์ขององค์กรในภาคต่างประเทศจะต้องพิจารณาในฐานะที่เป็นผลประโยชน์ของขบวนการคุมกำเนิดระหว่างประเทศ ซึ่งประกอบด้วยรัฐบาลประเทศศูนย์กลาง, องค์กรระหว่างรัฐบาล, องค์กรเอกชนระหว่างประเทศ และบรรษัทข้ามชาติ, องค์กรเหล่านี้จะมีผลประโยชน์ต่อเนื่องกันอย่างเป็นระบบ ตัวอย่างเช่น

รัฐบาลสหรัฐอเมริกาในฐานะผู้นำของกลุ่มพลังภายนอกจะได้รับผลประโยชน์ในลักษณะของรัฐจักรวรรดิ กล่าวคือในช่วงแรกรัฐบาลอเมริกาจะเข้ามาช่วยงานโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติโดยมิได้หวังผลทางเศรษฐกิจโดยตรง แต่ได้รับผลประโยชน์

จากการใช้โครงการวางแผนครอบครัวต่อต้านคอมมิวนิสต์ และต่อต้านการปฏิวัติในประเทศโลกที่สามเป็นหลัก (ชัยยนต์ ประดิษฐศิลป์, 2533 : 372-374) ปฏิบัติการในช่วงแรกของรัฐบาลอเมริกาช่วยสร้างความเป็นสถาบันแก่องค์กรด้านการวางแผนครอบครัว และขยายตลาดผู้ใช้วิธีคุมกำเนิด ดังนั้นจึงเป็นการสร้างเงื่อนไขการเข้ามามีบทบาทของบริษัทยาคุมกำเนิดข้ามชาติที่มีเป้าหมายทางเศรษฐกิจในเวลาต่อมา ตัวอย่างเช่น การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดในการดำเนินนโยบาย

พบว่าตั้งแต่ปี 2511 รัฐบาลสหรัฐอเมริกาโดย USAID เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือยาเม็ดคุมกำเนิดฟรีแก่ไทยเป็นรายใหญ่ที่สุด โดยการซื้อยามาจากบริษัทยาข้ามชาติ เช่น บริษัท Searle, Syntax, Ortho Pharmaceutical Corporation, Park-Davis ต่อมารัฐบาลอเมริกาเริ่มดึงบริษัทยาข้ามชาติเข้ามามีบทบาทโดยการให้เงินกู้ระยะยาวแบบไม่คิดดอกเบี้ยให้รัฐบาลไทยไปซื้อเอง ในช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5 และในปี 2532 รัฐบาลอเมริกาจึงได้ตัดความช่วยเหลือทั้งหมด ปล่อยให้รัฐบาลไทยใช้งบประมาณของตนเองซื้อยาคุมกำเนิดโดยการประมูลตามที่ปรากฏในตารางที่ 5.5

ตารางที่ 5.5 จำนวนเวชภัณฑ์ยาเม็ดและยาฉีดคุมกำเนิดที่จัดซื้อโดยโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติกระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ.	ยาเม็ด (แผง)	ยาฉีด (หลอด)
2530	7,625,940	2,055,450
2531	8,035,580	2,064,000
2532	13,992,520	2,199,780
2533	19,625,400	4,266,387
2534	32,025,350	6,061,400

ที่มา : อีชชัย มุ่งการดี, 2535 : 114

ดังนั้นพฤติกรรมของรัฐบาลอเมริกาจึงเป็นการดึงบริษัทยาข้ามชาติเข้ามามีบทบาทในการดำเนินนโยบายวางแผนครอบครัวไทย บริษัทยาข้ามชาติเข้ามามีบทบาทในนโยบายวางแผนครอบครัวของไทยเนื่องจากมีแรงจูงใจเชิงผลประโยชน์จากการขายตัวยาที่เป็นวัตถุดิบ รวมถึงค่าสิทธิบัตรและรอยแยลดีจากบริษัทร่วมทุนในประเทศ บริษัทข้ามชาติสำคัญที่มีบทบาทในโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติได้แก่ บริษัท Syntex, Organon, Schering และ Wyeth (ชัยยนต์ ประดิษฐศิลป์, 2533 : 379-384)

ตัวอย่างของบริษัทยาข้ามชาติที่มีบทบาทในการดำเนินนโยบายวางแผนครอบครัวของไทยจะยกกรณีของบริษัทออร์กานอน บริษัทออกการนอนเริ่มนำยาเม็ดคุมกำเนิดมาขายในท้องตลาดหลังจากรัฐบาลประกาศใช้นโยบายวางแผนครอบครัว ปี พ.ศ. 2504 โดยอาศัยการขายผ่านตัวแทนจำหน่าย ต่อมาได้เข้ามาตั้งสาขาของบริษัทในปี 2510 และหลังจากการประกาศนโยบายวางแผนครอบครัวแห่งชาติแล้วระยะหนึ่ง กระทรวงสาธารณสุขก็เริ่มรับยาเม็ดคุมกำเนิดของบริษัทที่ชื่อโอโวสแตท ในปี 2525 และยาที่ชื่อพรีวีนอน ที่เป็นยาคุมตัวยาระดับต่ำในปี 2531 ผลจากการซื้อยาเม็ดคุมกำเนิดของกระทรวงสาธารณสุขทำให้บริษัทออกการนอนสามารถเพิ่มยอดการขายยาจากกระทรวงฯ จากการเริ่มต้นครั้งแรกประมาณ 1 ล้านเป็น 50 ล้านในปี 2533 และ 67 ล้านบาทในปี 2538 (สัมภาษณ์ สุภกิจ อภิมนต์บุตร, ผู้จัดการฝ่ายการตลาดของบริษัทออกการนอน ประเทศไทย จำกัด, 27 สิงหาคม 2539)

ส่วนองค์การระหว่างรัฐบาลและองค์การเอกชนระหว่างประเทศได้รับผลประโยชน์จากการขยายหน่วยงานโดยเงินทุนที่มาจากรัฐบาลประเทศศูนย์กลาง เช่น UNFPA ได้เงินทุนจากประเทศศูนย์กลางถึง 95% และ Population Council ในปี 2528 ได้เงินทุนส่วนใหญ่มาจาก USAID และรัฐบาลประเทศศูนย์กลางอื่นๆ นอกจากนี้รัฐบาลประเทศศูนย์กลางที่เป็นผู้นำในการให้ทุนก็สามารถเปลี่ยนบทบาทกันภายในกลุ่มได้เช่น การเปลี่ยนจากรัฐบาลสหรัฐอเมริกา ไปเป็นรัฐบาลญี่ปุ่น (ชัยยนต์ ประดิษฐศิลป์, 2533 : 375-378)

5. กระแสต่อต้านนโยบายวางแผนครอบครัวและการปฏิบัติขนาดครอบครัว

กระแสต่อต้านนโยบายวางแผนครอบครัวไปปฏิบัติจนถึงการปฏิบัติขนาดครอบครัวในปี 2533 เป็นต้นมาจะพบว่ามีการเคลื่อนไหวจากคนสามกลุ่มในสังคมไทย คือ กลุ่มมุสลิม, กลุ่มลัทธิสตรี และกระแสชาตินิยม อย่างไรก็ตามการเคลื่อนไหวทั้งสามกลุ่มนี้อาจดำเนินการในรูปขบวนการทางสังคมได้เนื่องจากปัจจัยภายในกลุ่มคือ จุดอ่อนในการจัดตั้งองค์กรและ/หรือ อุดมการณ์ที่เป็นระบบ และข้อจำกัดเชิงโครงสร้างของรัฐบาล การระบบทุนนิยม และระบบอุดมการณ์แห่งการพัฒนา ดังนั้นกระแสต่อต้านจึงไม่อาจทำทลายพันธมิตรไตรภาคี และเข้าไปมีบทบาทนำแทนในเวทีประชากรของประเทศได้

ในกระบวนการนำนโยบายวางแผนครอบครัวไปปฏิบัติมีกลุ่มที่ไม่เห็นด้วยกับอุดมการณ์คุมกำเนิด และกลยุทธ์ของชนชั้นนำพันธมิตรไตรภาคีหลายกลุ่มได้แก่ กลุ่มมุสลิมภาคใต้, กลุ่มลัทธิสตรี, กระแสชาตินิยม, กลุ่มคาทอลิก, กลุ่มผู้ลี้ภัย, กลุ่มชาวเขา,

กลุ่มชาวสลัม แต่มีเพียง 3 กลุ่มแรกเท่านั้นที่สามารถมีปฏิบัติการในเชิงต่อต้านได้เนื่องจาก

- กลุ่มคาทอลิกในไทยไม่เห็นด้วยกับอุดมการณ์ลวกมากจะยากจน ถึงแม้จะเห็นด้วยกับการลดอัตราเพิ่มประชากร เพราะมองเห็นปัญหาประชากรที่เกิดจากปัญหาเชิงโครงสร้างของความไม่ยุติธรรมในการกระจายทรัพยากรทางสังคมเป็นหลัก (มนัส จวบสมัย, 2521 : 45) และยังไม่เห็นด้วยในเชิงศีลธรรมกับการใช้วิธีการคุมกำเนิดสมัยใหม่ เนื่องจากถือว่าเป็นสิ่งแปลกปลอมฝ่าฝืนธรรมชาติที่นำเข้าสู่ร่างกาย (พระสันตะปาปาปอลที่ 6, 2521) แต่กลุ่มคาทอลิกไม่ได้แสดงบทบาทต่อต้านอย่างเป็นทางการ เนื่องจากยังขาดเจตจำนงในการเคลื่อนไหวทางการเมือง และกลุ่มคาทอลิกสามารถมีทางออกในการวางแผนครอบครัวที่เป็นเอกลักษณ์ของตนเอง คือ การวางแผนครอบครัวแบบธรรมชาติ ได้แก่ การใช้วิธีคำนวณหาวันไข่ตก, การวัดปรอทหาอุณหภูมิของร่างกาย และการสังเกตเมือก (ประนอม ศรีอ่อน และชัยศักดิ์ ศรีทิพย์อาสน์, 2521)

- กลุ่มผู้ลี้ภัย “การดำเนินงานในค่ายอพยพในระยะแรกถูกต่อต้านจากหน่วยงานต่างประเทศมาก” เพราะสำนักงานข้าหลวงใหญ่เพื่อผู้ลี้ภัยแห่งสหประชาชาติไม่มีนโยบายสนับสนุนการวางแผนครอบครัวและหน่วยงานเอกชนที่ทำงานวางแผนครอบครัวก็มีประมาณจำกัด แต่พันธมิตรไตรภาคีได้เสนอให้รัฐบาลติดต่อขอความช่วยเหลือจาก UNFPA ในภายหลัง (มีชัย วีระไวทยะ, 2527 : 23)

- กลุ่มชาวเขาเป็นกลุ่มที่ยังต้องการมีลูกมากในฐานะที่ถูกยังเป็นสินทรัพย์ที่จะช่วยสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจของครอบครัว (พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์, 2534) เพราะยังมีพื้นฐานเศรษฐกิจเพื่อยังชีพและพึ่งตนเองที่ต้องอาศัยแรงงานภายใต้ข้อจำกัดของเทคโนโลยีระดับต่ำ และการลงทุนน้อย (ชาย โพธิ์สิตา, 2530 : 2) แต่กลุ่มชาวเขาไม่มีโอกาสจัดตั้งกลุ่มในเรื่องวางแผนครอบครัวได้เพราะรัฐราชการตามมติคณะรัฐมนตรี พ.ศ.2525 ได้เข้าไปควบคุมชาวเขาในเรื่องวางแผนครอบครัวโดยการนำของกรมประชาสัมพันธ์ เนื่องจากรัฐราชการมองว่าการเพิ่มของประชากรชาวเขาจะเป็นตัวเร่งปัญหา ยาเสพติด, ปัญหาการทำลายป่า และปัญหาความมั่นคงตามชายแดนของประเทศให้รุนแรงยิ่งขึ้น (กรมประชาสัมพันธ์, มปป., 1-2) อีกประการหนึ่งชาวเขายังขาดความชอบธรรมในการเคลื่อนไหวทางการเมือง เพราะเพิ่งเริ่มได้รับสิทธิความเป็นพลเมืองตั้งแต่ปี 2527 เป็นต้นมา (ชาย โพธิ์สิตา, 2530 : 2)

- กลุ่มชาวสลัมในกรุงเทพ ถึงแม้จะมีองค์การพัฒนาเอกชนที่เป็นตัวกลาง เช่น มูลนิธิดวงประทีป, มูลนิธิเด็กอ่อนในสลัม แต่องค์กรเหล่านี้สนับสนุนการวางแผนครอบครัว โดยการนำโครงการเข้ามาในสลัม (สัมภาษณ์ ร้อย สิทาพงษ์, อดีตประธานคณะกรรมการชุมชนริมทางรถไฟ, 25 ตุลาคม 2539) นอกจากนี้วิถีชีวิตของชาวสลัมยังอยู่ในภาวะของสองด้านที่ขัดกันอยู่คือ ด้านหนึ่งของชาวสลัมส่วนใหญ่ถือว่าเป็นชนชั้นกรรมกรที่ทำงานรับจ้างจึงต้องการแรงงานของครอบครัว แต่ในอีกด้านหนึ่งชีวิตของชาวสลัมต้องอยู่กับเศรษฐกิจเงินตราอย่างเต็มที่ ทำให้มีข้อจำกัดในการมีลูกมาก (สัมภาษณ์กลุ่มชาวสลัมชุมชนริมทางรถไฟ ท่าเรือคลองเตย กรุงเทพฯ, 28 เมษายน 2540) ดังนั้นจึงไม่อาจก่อรูปอุดมการณ์ต่อต้านได้อย่างชัดเจน

5.1 กลุ่มมุสลิมภาคใต้

การเคลื่อนไหวของกลุ่มมุสลิมภาคใต้เพื่อต่อต้านนโยบายวางแผนครอบครัวเป็นความต่อเนื่องของความขัดแย้งทางวัฒนธรรมของคนมาเลย์มุสลิมกับชนชั้นนำของกรุงเทพฯ หลังจากที่รัฐราชการเข้าปกครองเจ็ดหัวเมืองทางภาคใต้เพื่อรวมศูนย์อำนาจเข้าสู่ส่วนกลาง ความพยายามในการก่อกบฏของกลุ่มมุสลิมเพื่อมีอำนาจปกครองท้องถิ่นอย่างเป็นทางการของตนเองนั้นเป็นกระแสที่มีมาตั้งแต่ พ.ศ.2449 จนถึงปัจจุบัน (Chavivan prachuabmoh, 1980 :56-60 ; จรัล มะลูลีม, กิติมา อมรทัต และพรพิมล ตรีโชติ, 2539 : 46-56)

นอกจากนี้อุดมการณ์คุมกำเนิดในแง่ “ลูกมากจะยากจน” ยังมีเนื้อหาที่ขัดแย้งโดยตรงกับอุดมการณ์หลักของอิสลามที่เชื่อว่าความยากจนขึ้นอยู่กับอัลเลาะห์ และอัลเลาะห์ก็จะไม่ให้ใครอดตาย (สัมภาษณ์อิหม่าม มะลูลีม, อดีตกรรมการกลางอิสลามแห่งประเทศไทย พ.ศ.2524-2536, 9 มกราคม 2540 ; สัมภาษณ์อนันต์ สุโลมาน, ผู้อำนวยการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 12 กระทรวงสาธารณสุข, 10 เมษายน 2540 ; สัมภาษณ์กลุ่มชาวบ้านปยุต จังหวัดปัตตานี, 8 เมษายน 2540)

ภายใต้บริบททางวัฒนธรรมและเนื้อหาทางอุดมการณ์ที่ขัดแย้งระหว่างรัฐราชการกับกลุ่มมุสลิมภาคใต้ การนำนโยบายวางแผนครอบครัวไปปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข จึงเป็นการถูกมองว่าเป็นส่วนหนึ่งของข้าราชการไทยที่เข้ามาปกครองในฐานะผู้ชนะเพื่อคอยเก็บภาษี และบังคับใช้กฎหมายที่แหวกแนวจากเอกลักษณ์ของอิสลาม ทำให้โต๊ะครูผู้สอนศาสนาตามชุมชนต่างๆ เป็นผู้นำในการเคลื่อนไหวต่อต้านการคุมกำเนิด เพราะ “คนมุสลิมกลัวไม่มีศาสนามากกว่าอย่างอื่น” (สัมภาษณ์อนันต์ สุโลมาน, เพิ่งอ้าง)

การเคลื่อนไหวของโต๊ะครูในชุมชนมุสลิมภาคใต้ขยายไปสู่ระดับประเทศโดยการนำของปัญญาชนมุสลิมผ่านทางหนังสือพิมพ์ทางนำ ซึ่งเป็นกระบอกเสียงแห่งเดียวของศาสนาอิสลามไทย เช่น การต่อต้านเอกสารเผยแพร่ของสมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย (ทางนำ 3 พฤษภาคม 2528 : 1-5) หรือการพิมพ์เผยแพร่หนังสือการคุมกำเนิด : โศกนาฏกรรมของอารยธรรมสมัยใหม่ (เมลาออลา เมาดูดี, มปป.)

พันธมิตรไตรภาคีตระหนักถึงความรุนแรงของปัญหาการต่อต้านจากกลุ่มมุสลิมภาคใต้ ครั้งแรกในปี 2521 จากการต่อต้านของยุวมุสลิมที่มีการเคลื่อนไหวภายในมัธยม และจำหน่ายเอกสารเรื่อง “ข้อพิสูจน์อันจัดแจ้ง” ตั้งแต่จังหวัดนครศรีธรรมราชลงไปถึงสี่จังหวัดภาคใต้ (คณะอนุกรรมการประสานงานวางแผนครอบครัวระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน, 2521 : 1-2)

พันธมิตรได้ปรับกลยุทธ์การดำเนินงานในสี่จังหวัดภาคใต้โดยพิจารณาจากวางแผนครอบครัวในบริบทของความมั่นคงของชาติ ดังนั้นจึงกำหนดมาตรการแบบไม่เผชิญหน้าจะแต่อาศัยการรณรงค์ IE&C กับผู้นำศาสนา โดยอาศัยสมาคมเอกชนเป็นหัวหน้าหอหน้าหน้าราชการ (คณะอนุกรรมการประสานงานวางแผนครอบครัวระหว่างภาครัฐบาลและภาคเอกชน, 2521 : 1-3) และต่อมาในปี 2523 สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย ซึ่งได้รับมอบหมายเป็นองค์กรหลักในการจัดการปัญหามุสลิมภาคใต้ ก็ได้พัฒนางานวางแผนครอบครัวให้สอดคล้องอยู่ในงานอนามัยแม่และเด็ก โดยจะเน้นการเว้นช่วงระยะการมีบุตร (สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย, 2533 : 19 ; มปป. 59-60)

กลยุทธ์ของพันธมิตรไตรภาคีสามารถหยุดยั้งการต่อต้านของกลุ่มมุสลิมมิให้เกิดขบวนการทางสังคมได้เนื่องจากสามารถดึงกลุ่มผู้นำภายในกลุ่มมุสลิมเข้ามาเป็นพวกได้ทำให้กลุ่มมุสลิมไม่สามารถจัดตั้งองค์กรได้อย่างมีเอกภาพ ความสำเร็จของกระบวนการดึงผู้นำมุสลิมเป็นพวกของพันธมิตรไตรภาคี โดยสมาคมวางแผนครอบครัวฯ และกระทรวงสาธารณสุข แสดงให้เห็นได้จากคำประกาศเกียรติคุณเนื่องในโอกาสครบรอบ 25 ปี นโยบายประชากรที่มีต่อนายแพทย์อนันต์ สุโลมาน และดร. อิมรอน มะสุลิม

นายแพทย์อนันต์ โดยความร่วมมือสมาคมวางแผนครอบครัวฯ, กระทรวงสาธารณสุข และ UNICEF (อนันต์ สุโลมาน, ผู้อำนวยการศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 12, 10 เมษายน 2540) “จึงได้พัฒนาแนวคิด และกลวิธีเพื่อนำศาสนามาเป็นแนวทางในการ

พัฒนางานวางแผนครอบครัว โดยได้รับความร่วมมืออย่างดีจากผู้นำศาสนาในท้องถิ่น การเข้าถึงผู้รับบริการโดยตรง และรณรงค์เรื่องคุณภาพชีวิต โดยเป็นวิทยากรให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา โรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม หรือ ปอเนาะ และเยาวชนทั้งที่อยู่ในระบบโรงเรียนและนอกระบบโรงเรียนของรัฐ ส่งผลให้การ วางแผนครอบครัวในพื้นที่ดังกล่าวเป็นที่ยอมรับ” (กระทรวงสาธารณสุข, 2539)

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าอัตราส่วนร้อยละของสตรีที่สมรส และอยู่กินกับสามีอยู่ ใช้ วิธีคุมกำเนิดเพิ่มขึ้นจาก 4.2% ในปี 2513 เป็น 28% ในปี 2527 (เขาวลักษณะ ราชแพทยาคม, 2529 : ตารางที่ 3)

บทบาทของแพทย์มุสลิม เช่น นายแพทย์อนันต์ ได้รับการสนับสนุนจากบทบาทผู้นำมุสลิมจากส่วนกลาง เช่น ดร.อิมรอน มะลูลีม ในฐานะเลขาธิการและกรรมการกลางอิสลามแห่งประเทศไทย โดย ดร.อิมรอน ได้เข้าไปเป็นที่ปรึกษาและวิทยากรในโครงการวางแผนครอบครัวแก่มุสลิมภาคใต้ของสมาคมวางแผนครอบครัว (สัมภาษณ์ อิมรอน มะลูลีม, กรรมการกลางอิสลามแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2524 - 2536, 9 มกราคม 2540) บทบาทเช่น ดร.อิมรอนในฐานะกรรมการที่ปรึกษาด้านศาสนาอิสลามของสมาคมฯ ซึ่งเป็นตำแหน่งที่มีผู้นำมุสลิมทำหน้าที่นี้มาตั้งแต่ปี 2516 ดังนั้นจึงเป็นบทบาทของ ดร.อิมรอน กระแสที่ต่อเนื่องของการผนวกผู้นำมุสลิมเข้าในงานวางแผนครอบครัวของสมาคมวางแผนครอบครัวฯ

ดร.อิมรอนมีบทบาทในการสยบการเคลื่อนไหวของกลุ่มผู้นำท้องถิ่นของมุสลิมที่ต่อต้านวางแผนครอบครัว โดยการประสานกับคณะกรรมการอิสลามประจำจังหวัด จนการต่อต้านจากกลุ่มปัญญาชน “ทางนำ” “ปัจจุบันไม่มีอีกแล้ว” (เพ็งอ้าง)

5.2 กลุ่มสิทธิสตรี

กลุ่มสิทธิสตรี ในองค์การพัฒนาเอกชนต่อต้านกระบวนการนำนโยบายวางแผนครอบครัวไปปฏิบัติในฐานะที่เป็นวิธีคิดแบบชายเป็นใหญ่ เนื่องจากนโยบายวางแผนครอบครัวทำให้ผู้หญิงต้องรับภาระในผลกระทบด้านสุขภาพจากวิธีคุมกำเนิดในประเทศไทยส่วนใหญ่ตั้งแต่การทดลองยาเป็นหนูตะเภา, การให้บริการอย่างรีบเร่งตามเป้าหมายเชิงตัวเลขของแผนประชากร, การให้ข้อมูลด้านเดียวของ IE&C, การชักจูงกึ่งบังคับในการใช้สิ่งจูงใจ และการกดดันทางสังคมตลอดจนการปล่อยปละละเลยไม่ได้ติดตามผลกระทบจากการใช้วิธีคุมกำเนิด ทั้งในระบอบนั้นและระยะยาว (สัมภาษณ์กฤติยา อาชวนิจกุล, กรรมการมูลนิธิผู้หญิง, 25 เมษายน 2540)

การเคลื่อนไหวของกลุ่มสิทธิสตรีเริ่มต้นจากการต่อต้านยาฉีดคุมกำเนิดยี่ห้อ เด็บโป-โพเวรา ในนามของกลุ่มอาสาสมัครเพื่อผู้บริโภคในปี 2524 ต่อมามีการขยาย เนื้อหาการต่อต้านเป็นการใช้วิธีการวางแผนครอบครัวสมัยใหม่ทั้งหมด โดยอาศัยแนว ร่วมกลุ่มศึกษาปัญหา (มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา), มูลนิธิเด็กและศูนย์ชาวผู้ หญิง ตั้งแต่ปี 2529 (ชัยยนต์ ประดิษฐศิลป์, 2533 : 413) และหลังจากนั้นมูลนิธิผู้ หญิง (ศูนย์ชาวผู้หญิง) ได้ก้าวขึ้นมาเป็นองค์กรนำในการเคลื่อนไหวในฐานะที่เป็นส่วน หนึ่งของการรณรงค์สิทธิสตรี เช่น การผลิตหนังสืออ่านประกอบสื่อผู้หญิงชุดเดินทางไป ช่างหน้า

การต่อต้านของกลุ่มสิทธิสตรีไม่อาจพัฒนาขึ้นเป็นขบวนการทางสังคมได้เนื่อง จากข้อจำกัดคือ

(1) ข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง เนื่องจากอำนาจการนำของระบบอุดมการณ์แห่ง การพัฒนา และอุดมการณ์คุมกำเนิดทำให้เทคโนโลยีของกรมแพทย์มีบทบาทครอบงำ ของประชาชนทั่วไป ดังนั้นรัฐราชการจึงอาศัยบทบาทของเทคโนโลยีเหล่านี้ตอบโต้การ เคลื่อนไหวทางความคิดของกลุ่มสตรี โดยอาศัยกลยุทธ์การประสานระหว่างกรมแพทย์ ของกระทรวงสาธารณสุข และกลุ่มแพทย์ของมหาวิทยาลัยของรัฐ กล่าวคือ

“เวลาถูกโจมตี คุณจะเห็นว่าทางกระทรวงสาธารณสุขเฉย เพราะเรามีข้อ ตกลงกับมหาวิทยาลัยโดยเฉพาะคณะแพทยศาสตร์หลาย คณะด้วยกัน เวลาถูกโจมตี เรื่องนี้ เดียวจุฬาก็ออกมาแย้ง เดียวศิริราชก็ออกมาแย้งว่าไม่จริง เราเฉยเพราะเราถือว่า เรามีส่วนได้ส่วนเสีย ถ้าตอบโต้หน้าหนักมันจะน้อย เราเอาคนกลางคือ พวกมหาวิทยาลัย ซึ่งถือว่าเป็นฝ่ายเรา แต่ในสายตาของประชาชนจะถือว่าพวกอาจารย์ พวกนักวิชาการเหล่านี้ เป็นคนกลาง เวลาเขาเข้ามาตอบโต้หน้าหนักมันก็มากขึ้น” (สัมภาษณ์มรกต กรเกษม, อดีตผู้ อำนวยการกองอนามัยครอบครัว กระทรวงสาธารณสุข, พ.ศ. 2525-2528, 26 มกราคม 2530)

(2) ข้อจำกัดภายในกลุ่มสิทธิสตรี เนื่องจากองค์กรพัฒนาเอกชนยังไม่ สามารถเป็นสถาบันได้ เพราะต้องพึ่งพาเงินทุนจากองค์กรทุนต่างประเทศ การให้ทุนจาก ต่างประเทศเริ่มลดลงตั้งแต่ พ.ศ.2530 และมีแนวโน้มว่าจะตัดความช่วยเหลือ หลังจากนั้นเพราะภาพพจน์ของประเทศไทยมีการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจสูงเกินกว่า 10 เปอร์เซ็นต์ จนไม่ถือว่าอยู่ในประเทศยากจนอีกแล้ว ทำให้องค์กรด้านผู้หญิงมีข้อจำกัดในการทำงานด้าน

การวางแผนครอบครัวมากขึ้นเพราะ “มีเรื่องอื่นสำคัญกว่าเช่น การช่มชิน” (สัมภาษณ์กฤติยา อาชีวนิจกุล, กรรมการมูลนิธิผู้หญิง, 25 เมษายน 2540)

5.3 กระแสชาตินิยม

กระแสชาตินิยมในทางประชากรเกิดจากการตระหนักถึงผลกระทบทางลบของการวางแผนครอบครัวต่อความมั่นคงทางสังคมของชาติในกลุ่มนักประชากรศาสตร์ โดยการนำของ ดร.เตียง ผาดไฮสง ตั้งแต่ปี 2528 เป็นต้นมา

กระแสชาตินิยมเกิดจากการให้ความหมายใหม่ต่อปัญหาประชากรว่า เป็นปัญหาการลดลงอย่างรวดเร็วของภาวะเจริญพันธุ์ เนื่องจากการเร่งรัดการวางแผนครอบครัว หรือ “สงครามประชากร” ทำให้มีผลเป็น “การล่มสลายของสังคม” ดังคำกล่าวที่ว่า

“งานวิจัยได้ดำเนินการต่อเนื่องกันมากกว่า 15 ปี จึงได้พบว่าการวางแผนครอบครัวที่ได้ดำเนินการมาอย่างเต็มที่นั้นจะนำคนไทยทั้งชาติ 60 ล้านคน และลูกหลานของเขาเข้าสู่สภาวะการล่มสลายในที่สุด” (เตียง ผาดไฮสง, 2538 : คำนำ VIII)

ดังนั้น “หนทางเดียวที่จะป้องกันการล่มสลายนดังกล่าวได้ก็คือ การปรับเปลี่ยนนโยบายประชากรของชาติจนสามารถยกระดับการเจริญพันธุ์ของชนชาติไทยให้สูงขึ้นจนถึงระดับทดแทนตนเองได้เป็นอย่างดีน้อยจึงจะสามารถรักษาชนเผ่าไทยซึ่งเป็นเจ้าของประเทศนี้ไว้ได้” (เพ็งอ้าง : 3)

การเคลื่อนไหวของกระแสชาตินิยมแสดงออกมาจากบทบาทของ ดร.เตียง ในการผลักดันปัญหา นโยบายและทางเลือกนโยบายวางแผนครอบครัวดังนี้ (สัมภาษณ์เตียง ผาดไฮสง, อาจารย์ประจำคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 26 พฤศจิกายน 2539)

- 1) การนำเสนอปัญหา นโยบายต่อที่ประชุมสัมมนาในการจัดทำแผนประชากรในแผนพัฒนา ฉบับที่ 6 โดยการจัดของคณะอนุกรรมการนโยบาย และแผนประชากรปี 2528
- 2) การส่งจดหมายถึงนายกรัฐมนตรี 3 ท่าน คือ นายกฯ เปรม ติณสูลานนท์ โดยชี้ให้เห็นถึงการล่มสลายของโรงเรียนประชาบาลในชนบท นายกฯ เปรมได้ส่งต่อไปกระทรวงศึกษาธิการซึ่งทำให้มีผลระดับหนึ่ง หลังจากนั้น

ส่งหนังสือให้นายกา ซาดิซาย ซุณหวัด และนายกา ชวน หลีกภัย แต่ถูก
ดองไว้เมื่อส่งไปให้กระทรวงสาธารณสุข

- 3) การเผยแพร่แนวร่วมกับ มรว.คึกฤทธิ์ ปราโมช ในฐานะปัญญาชนของรัฐ
ราชการไทยในปี 2534 มรว.คึกฤทธิ์เห็นด้วยกับแนวคิดของ ดร.เตียงและ
จะร่วมมือโดยเสนอให้ ดร.เตียง “ให้ต่อสู้ทางวิชาการ ส่วนอาจารย์จะเขียน
บทความลงในหนังสือพิมพ์”

อย่างไรก็ดีการเคลื่อนไหวของกระแสชาตินิยมไม่สามารถพัฒนาเป็นขบวนการ
ทางสังคมได้ เพราะขาดการจัดตั้งเป็นองค์กรในการเคลื่อนไหวดังจะเห็นได้จากการ
เคลื่อนไหวแบบบุกเดี่ยวของ ดร.เตียง ดังนั้นคนในกลุ่มพันธมิตรไตรภาคีจะรู้สึก
“มีอาจารย์เตียงคิดคนเดียว” (สัมภาษณ์ มีชัย วีระไวทยะ, นายกสมาคมพัฒนาประชากร
และชุมชน, 20 ธันวาคม 2539)

สรุปภาพรวมในบทนี้ ผู้วิจัยนำเสนอเนื้อหาของพันธมิตรไตรภาคีในการผลักดัน
กระบวนการนำนโยบายวางแผนครอบครัวไปปฏิบัติ โดยเริ่มต้นจากการชี้ให้เห็นถึง
การก่อรูปของพันธมิตรไตรภาคีว่าเป็นความต่อเนื่องจากพันธมิตรทวิภาคีระหว่างเทศ
โนแครดข้าราชการไทยกับกลุ่มพลังภายนอกประเทศในการผลักดันการกำหนดนโยบาย
วางแผนครอบครัวแห่งชาติปี 2513 โดยการเข้าร่วมของภาคเอกชนภายในประเทศกล่าว
คือ สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชนในฐานะองค์กรนำในภาคเอกชนสามารถเข้าร่วม
เป็นหุ้นส่วนพันธมิตรไตรภาคีได้เนื่องจากจัดการกับการเป็นผู้ใต้อุปถัมภ์ของระบบราช
การและการพึ่งพิงต่างประเทศได้ การรวมพลังเป็นพันธมิตรไตรภาคีภายใต้ความเชื่อใน
อุดมการณ์คุ้มกำเนิดร่วมกันนั้นมุ่งตอบสนองเป้าหมายผลประโยชน์เชิงโครงสร้างในการ
สนับสนุนกระบวนการสะสมทุนของระบบทุนนิยมไทยโดยการปรับโครงสร้างประชากร
และขนาดประชากรมิให้เป็นอุปสรรคต่อการสะสมทุน, การช่วยสร้างความชอบธรรมแก่
ระบบการเมืองด้วยการตรึงปัญหาการเคลื่อนย้ายแรงงานจากชนบทมิให้สร้างปัญหา
สังคมและปัญหาการว่างงานในเมืองหลวงและการสนับสนุนระบบอุดมการณ์แห่งการ
พัฒนาจากการตอบสนองเป้าหมายการเพิ่มรายได้เฉลี่ยต่อหัว

พันธมิตรไตรภาคีผลักดันกระบวนการนำนโยบายวางแผนครอบครัวไปปฏิบัติ
โดยเริ่มจากการเข้าไปมีบทบาทในการวางแผนจากการแปลงมาจากนโยบายวางแผน
ครอบครัวในรูปแบบที่เป็นทางการกำหนดเป้าหมายเชิงตัวเลขให้สอดคล้องกับเป้าหมายการ
พัฒนาประเทศ หลังจากนั้นในการนำนโยบายวางแผนครอบครัวไปปฏิบัติจะมีการแบ่ง

บทบาทกันทำระหว่างสมาชิกในพันธมิตรไตรภาคี คือ กลุ่มพลังภายนอกจะมีบทบาทในการสนับสนุนด้านเงินทุน และเวชภัณฑ์คุมกำเนิด ในขณะที่ภาคเอกชนในประเทศจะมีบทบาทสำคัญในงานด้านการสื่อสารให้ปฏิบัติวางแผนครอบครัว (IE&C) และเสริมการให้บริการของรัฐ ส่วนบทบาทของภาคราชการจะมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นตัวหลักในการดำเนินงานโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติสู่ภาคประชาชนในชนบททั่วประเทศ โดยกระทรวงสาธารณสุขสามารถจัดการด้านทรัพยากรการบริหารและด้านบริหารมาตรการนโยบายต่างๆ ได้ ประชาชนในชนบทยอมรับโครงการวางแผนครอบครัวของกระทรวงสาธารณสุขเนื่องจากประชาชนมีความต้องการจำกัดขนาดครอบครัวที่เกิดจากการขยายตัวของโครงสร้างทางเศรษฐกิจ การเมือง และวัฒนธรรมเป็นพื้นฐานอยู่ก่อน ดังนั้นกระทรวงจึงสามารถให้การให้บริการวางแผนครอบครัว เป็นมาตรการหลักได้โดยมีมาตรการนโยบายอื่นๆ เป็นเพียงส่วนเสริม

ในการพิจารณาถึงการนำนโยบายวางแผนครอบครัวไปปฏิบัติในระดับหมู่บ้าน ผู้วิจัยได้นำเสนอกรณีศึกษาหมู่บ้านดังกล่าวใน 4 ภาค โดยชี้ให้เห็นว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงโครงสร้าง และปัจจัยภายในหมู่บ้านที่ทำให้เกิดความต้องการในการจำกัดขนาดครอบครัวในหมู่บ้าน และเป็นพื้นฐานในการดำเนินโครงการวางแผนครอบครัวในหมู่บ้าน จากหมู่บ้านตัวอย่าง 4 หมู่บ้าน จะพบว่า มี 3 หมู่บ้านใน 3 ภาคที่โครงการประสบความสำเร็จตามเป้าหมายและหมู่บ้านมุสลิมในภาคใต้ไม่บรรลุเป้าหมาย กรณีศึกษาหมู่บ้านตัวอย่างชี้ให้เห็นถึงลักษณะร่วมของทั้ง 4 หมู่บ้าน และลักษณะเฉพาะเจาะจงของแต่ละหมู่บ้าน

ในหัวข้อสุดท้ายผู้วิจัยได้นำเสนอว่าการคงอยู่ของพันธมิตรไตรภาคีในการผลักดันนโยบายวางแผนครอบครัวตั้งแต่ปี 2513 จนถึงปี 2533-2534 เป็นผลมาจากการที่องค์กรในภาคราชการ ภาคเอกชนในประเทศ และภาคต่างประเทศต่างก็ได้รับผลประโยชน์จากการเข้าร่วมพันธมิตรถึงแม้ว่าจะมีความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในพันธมิตร แต่ก็จะมีฐานะเป็นความขัดแย้งรอง และสามารถจัดการได้ นอกจากนี้ยังมีกลุ่มนอกพันธมิตรไตรภาคีที่พยายามสร้างกระแสต่อต้านนโยบายวางแผนครอบครัวและการปฏิบัติขนาดครอบครัว แต่ก็ไม่สามารถพัฒนาขึ้นเป็นขบวนการสังคมได้ เนื่องจากข้อจำกัดจากเงื่อนไขภายในได้แก่ การไม่มีเจตจำนงทางการเมือง ขาดการสร้างอุดมการณ์และไม่มีการจัดตั้งองค์กร และข้อจำกัดเชิงภาวะวิสัยจากความสามารถในการจัดการความขัดแย้งของพันธมิตรไตรภาคีด้วย