

มุมมองใหม่ด้านสุขภาพทางเพศ และอนามัยเจริญพันธุ์ ปัญหาท้องเมื่อไม่พร้อม และการทำแท้ง

(Unwanted pregnancy and criminal abortion: Reflection for sexual and reproductive health in Thailand.)

โกกิน ศักรินทร์กุล พ.บ.,ว.ว.เวชศาสตร์ครอบครัว
โรงพยาบาลลำพูน

Pokin Sakarinkhul MD, RCFPT
Lamphun Hospital

บทคัดย่อ

ปัจจุบันปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และการทำแท้งนับเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทย ซึ่งส่งผลให้สตรีได้รับบาดเจ็บ และเสียชีวิตตามมาจากการกระทำความผิดกล่าว ปัญหานี้ นับเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์นอกเหนือไปจากปัญหาโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดมาจากความแตกต่างทางชีววิทยาระหว่างหญิงและชาย การกำหนดบทบาทเพศ และความสัมพันธ์ระหว่างชายหญิงภายใต้ระบบชายเป็นใหญ่ ที่ส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำทางเพศ และการใช้อำนาจต่อเพศหญิง เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวจึงควรมีการส่งเสริมการรับรู้ สิทธิทางเพศ พร้อมทั้งให้ความรู้ทางด้านสุขภาพทางเพศแก่ประชาชนทุกคน รวมถึงการผนวกสุขภาพทางเพศเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของทุกภาคีสังคม

คำสำคัญ: การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์, การทำแท้ง, สุขภาพทางเพศ, อนามัยเจริญพันธุ์, บทบาทชายหญิง

Abstract

Unwanted pregnancy and criminal abortion have highlighted the need to focus more deeply on issues related to gender studies. In the context of a male-dominant society and culture, as in Thailand, women can not bargain for their sexual rights anymore. To resolve these problems is to promote high-quality, non-discriminatory, acceptable and sustainable sexual and reproductive health programs in our country. In this article we look at some of the matters that need to be addressed in order to promote these programs.

Key words: Unwanted pregnancy, criminal abortion, sexual health, reproductive health and Thailand

บทนำ

การทำแท้งเกิดได้ทั้งจากปัญหาสุขภาพของมารดา และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ประเด็นของการทำแท้งเพื่อรักษาชีวิตของมารดานั้นไม่เป็นปัญหามากนัก เพราะกระทำในสถานบริการสุขภาพอย่างเปิดเผยด้วยวิธีการที่ถูกต้อง จึงมักไม่มีปัญหาทางสุขภาพที่ร้ายแรง

ตามมา แต่การทำแท้งที่เกิดจากการตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนาซึ่งคาดว่าสูงถึงปีละ 300,000 คน (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2541)¹ มักกระทำด้วยวิธีการที่ไม่ถูกต้อง สตรีกลุ่มนี้เสี่ยงต่อการตกเลือดผิดปกติ การช็อกจากการตกเลือด เยื่อบุโพรงมดลูกอักเสบ และความผิดปกติของระบบสืบพันธุ์อื่น ๆ รวมทั้งมีอันตรายถึง

ชีวิตได้ โดยเห็นได้จากข้อมูลของกรมอนามัยที่ระบุว่า อัตราส่วนการตายของมารดาเนื่องจากการแท้งไม่ปลอดภัยมีถึงร้อยละ 12.8 หรืออัตราตาย 5.6 ต่อแสนการเกิดมีชีวิต¹ อย่างไรก็ตามเนื่องจากการทำแท้งส่วนใหญ่กระทำผิดกฎหมาย จึงยากที่จะมีข้อมูลของปัญหานี้อย่างละเอียดชัดเจน มีเพียงรายงานการศึกษาเฉพาะในโรงพยาบาลเท่านั้น เช่น ข้อมูลการศึกษาในโรงพยาบาลราชวิถี โดยเรวดี คำประภา เมื่อปีพ.ศ.2538 พบว่าแพทย์ต้องรักษาการตกเลือด และรกค้าง จากการทำแท้งที่ผิดกฎหมายในปี 2536 จำนวน 566 ราย โดยที่ส่วนใหญ่เป็นสตรีกลุ่มอายุ 14-20 ปี¹ นอกจากนี้มีรายงานว่าค่าใช้จ่ายเพื่อการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้งมีราคาแพงมาก และยังพบว่า สตรีที่เข้ารับการรักษาภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวในโรงพยาบาลต่าง ๆ ในประเทศไทยนั้นส่วนใหญ่มีสถานภาพเป็นนักเรียนนักศึกษา¹

จากรายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547 โดยเขวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ พรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์ พบว่าความชุก (Prevalence) ของการแท้งที่เกิดขึ้นในหญิงอายุ 15-59 ปี คือร้อยละ 19.8 ในจำนวนนี้ประมาณเกือบ 1 ใน 4 หรือร้อยละ 5.4 เป็นการแท้ง

(ตารางที่ 1) นอกจากนี้ในรายงานเดียวกันยังระบุว่า ประชาชนไทยมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้น อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกลดลงเรื่อย ๆ พฤติกรรมป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์ยังไม่ดีพอ โดยที่เมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประจำ/คนรัก/ภรรยา ผู้ชายใส่ถุงยางอนามัยเพียงไม่ถึงร้อยละ 50 ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ยิ่งจะส่งผลให้ปัญหาการท้องเมื่อยังไม่พร้อม และการทำแท้งที่ความรุนแรงยิ่งขึ้น²

นอกจากภาวะทางร่างกาย และจิตใจที่หญิงตั้งครรภ์ต้องแบกรับการเปลี่ยนแปลงแต่เพียงผู้เดียวแล้ว ในยุคสังคมบริโภคนิยมการตั้งครรภ์ยังถูกมองว่าเป็นภาวะผิดปกติ เป็นโรคภัยไข้เจ็บที่ต้องได้รับการเยียวยา เป็นเพียงคนไข้ที่ต้องได้รับการตรวจจากผู้เชี่ยวชาญที่เป็นคนแปลกหน้า จากสถานที่อ้ากว้างโดดเดี่ยวเช่น โรงพยาบาล จากเข็มฉีดยา การตรวจที่ไม่จบสิ้น และคำสั่งมากมายจาก “ผู้รู้” หญิงมีครรภ์ถูกสั่งห้ามมิให้แตะต้องสิ่งที่สังคมบริโภคนิยมสั่งสอนให้เธอเสพ ไม่ว่าจะเป็นกาแฟ เหล้า บุหรี่ อีกทั้งยังกลายเป็นคนอ้วน อ้วนอ้วน ไม่มีเสน่ห์ ขัดแย้งกับภาพลักษณ์ที่ถูกกำหนดโดยค่านิยมสังคมปัจจุบัน ในด้านชีวิตการทำงาน การตั้งครรภ์กลายเป็นอุปสรรคต่อความสำเร็จในหน้าที่การงาน

ตารางที่ 1 ความชุกของการทำแท้งประเภทต่าง ๆ ในหญิงอายุ 15-19 ปี จำแนกตามภาคของประเทศ

ประเภทการแท้ง	ภาคกลาง	ภาคตะวันออก	ภาคเหนือ	ภาคใต้	กรุงเทพฯ	ทั่วประเทศ
	เฉลี่ยเหนือ					
ทำแท้ง (%)	2.4	6.0	6.7	7.3	7.0	5.4
แท้งโดยธรรมชาติ (%)	12.7	15.3	13.9	15.5	15.0	14.4
จำนวนตัวอย่าง	3,238	2,419	2,286	1,556	904	10,403

ที่มา: รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547

การถูกข้ายงาน ถูกพักงาน การลาคลอดสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่นายจ้าง (ชาย) มองว่าทำให้ผลผลิต (Productivity) ลดลง สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนมีส่วนผลักดันให้ผู้หญิงตั้งครรภ์ต้องพึ่งพาสามี ซึ่งหากหญิงคนใดมีสามีที่ไม่ดูแลเอาใจใส่ ปล่อยปละละเลย คิดสุรา สารเสพติดขัดขวางความต้องการทางเลือกอื่นที่จะทำให้เธอสามารถลดความกดดันเหล่านี้ลงไปได้ โดยเฉพาะในกรณีการตั้งครรภ์ที่ยังไม่พร้อม หรือการตั้งครรภ์ในวัยเรียน ทางเลือกหนึ่งที่ผู้หญิงถูกคิดขึ้นมา คือการทำแท้ง

สำหรับในประเทศไทยเรานั้นประมวลกฎหมายอาญา แม้จะถือการทำแท้งเป็นความผิดแต่ก็ยังอนุญาตให้ทำได้โดยถือว่าไม่มีความผิดในบางกรณี ซึ่งพอจะสรุปความผิดฐานทำให้แท้งลูกไว้ได้ดังต่อไปนี้

1. ต้องมีหญิงตั้งครรภ์
2. หญิงนั้นทำตนเอง หรือยอมให้ผู้อื่นกระทำให้มีความผิด (มาตรา 301)
3. ต้องมีการกระทำ หรือจกเว้นการกระทำ (มาตรา 59)
4. ผู้ใดที่ทำให้หญิงที่ตั้งครรภ์แท้งลูก โดยหญิงนั้นยินยอม หรือไม่ก็ตาม ย่อมมีความผิด (มาตรา 302, 303)
5. หญิงนั้นหรือผู้กระทำให้เจตนาจะทำลายเด็กในครรภ์ (มาตรา 59) ต้องมีการทำแท้งเกิดขึ้น
6. การพยายามกระทำความผิด ไม่ว่าหญิงนั้นหรือผู้อื่นที่หญิงยอมให้ทำ ไม่มีโทษ (มาตรา 304)
7. ข้อยกเว้นในการกระทำของแพทย์

จากประมวลกฎหมายข้างต้นจะเห็นได้ว่าเพศชายซึ่งเป็นผู้ที่มีส่วนทำให้เกิดการตั้งครรภ์แท้งจะไม่มีส่วนรับผิดชอบทางกฎหมายเลย นอกจากนี้การผ่อนผันไม่เอาผิดกับการทำแท้งมีเพียงสองเงื่อนไขเท่านั้นคือ ถ้าการตั้งครรภ์นั้นเป็นผลมาจากการถูกข่มขืน หรือผ่านการวินิจฉัยโดยแพทย์แล้วว่าท้องนั้นเป็นอันตรายร้ายแรงต่อ

สุขภาพของหญิง จะเห็นได้ว่าภายใต้กฎหมายที่มีอยู่ในปัจจุบัน ผู้หญิงที่ตั้งท้องนั้นมีส่วนร่วมน้อยมากหรือไม่มีเลยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการท้องที่ไม่พร้อมของตนเอง อีกทั้งยังขาดมุมมองด้านอื่น ๆ ที่สำคัญที่จะนำมาใช้ในการพิจารณาทางกฎหมาย เช่น มุมมองทางด้านจิตใจที่หญิงนั้นย่อมได้รับผลกระทบทางจิตใจ บางครั้งถึงกับมีอาการซึมเศร้า คิดฆ่าตัวตาย มุมมองทางสังคมเศรษฐกิจ เช่น รายได้ที่ลดลงขณะตั้งครรภ์ การขาดที่พักอาศัย

นอกเหนือจากข้อจำกัดทางกฎหมายแล้ว นโยบายในการให้ความช่วยเหลือแก่หญิงเหล่านี้ก็ยังไม่ชัดเจน ทำให้ผู้หญิงเหล่านี้ไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอเกี่ยวกับบริการทำแท้ง และไม่สามารถเข้าถึงแหล่งให้บริการทำแท้งที่มีมาตรฐาน และราคาถูก สิ่งที่เกิดขึ้นคือผู้หญิงต้องเผชิญกับอาการแทรกซ้อนภายหลังการทำแท้ง ความเสี่ยงต่อความพิการ และการเสียชีวิต ซึ่งในประเด็นนี้ ผู้เขียนเคยประสบกับหญิงที่ตั้งครรภ์เมื่อไม่พร้อม และต้องการทำแท้งซึ่งพยายามหาแหล่งบริการทำแท้งที่ได้มาตรฐานแต่ไม่สามารถรู้ราคาได้ (ค่าบริการ 10,000 บาทต่อครั้ง) จึงต้องทำแท้งเถื่อน และมีภาวะแทรกซ้อนตามมา สิ่งเหล่านี้เป็นการสะท้อนถึงความไม่ชัดเจนของนโยบายที่ส่งผลกระทบต่อผู้หญิงอย่างเห็นได้ชัด

โดยสรุปแล้วจากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้นทำให้เรามองเห็นได้ว่าปัญหาการท้องเมื่อไม่พร้อม และการทำแท้งมีอยู่โดยทั่วไปในสังคมไทย ข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบันอาจเป็นเพียงยอดของภูเขาน้ำแข็งที่โผล่ให้เราเห็นเพียงเล็กน้อย ยังมีอีกหลายแง่มุมของปัญหานี้ที่ต้องริบทำ ความเข้าใจถึงที่ไปที่มา สาเหตุ ผลกระทบ อันจะนำไปสู่ความตระหนัก และการร่วมมือกันของทุกภาคส่วนเพื่อหาหนทางแก้ไขปัญหาคือที่เหมาะสมต่อไป

ประเด็นหญิงชายกรณีท้องเมื่อไม่พร้อม และการทำแท้ง

แนวคิด และทฤษฎีเกี่ยวกับชายหญิงสามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์ถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดการท้องเมื่อไม่พร้อม และการทำแท้งได้หลากหลายแนวคิด ในที่นี้ขอยกตัวอย่าง 3 แนวคิดทฤษฎีได้แก่

1. ความแตกต่างระหว่างชายหญิง

ความแตกต่างทางชีววิทยาระหว่างชายหญิงที่เห็นได้ชัดเจนคือการที่ธรรมชาติสร้างสรีระให้ผู้หญิงต้องทำหน้าที่อุ้มท้อง ให้น้ำนมลูก และให้นมลูก โดยมีอวัยวะที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ คือ รังไข่ และมดลูก ในแต่ละรอบเดือนของผู้หญิงจะมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนทำให้ไข่ตกในช่วงกลางของรอบเดือน หากไข่ที่ตกมีการผสมกับอสุจิก็จะมีการปฏิสนธิเกิดเป็นตัวอ่อนไปฝังยังมดลูกเกิดเป็นการตั้งครรภ์ ซึ่งหากทั้งชายและหญิงไม่มีการเรียนรู้ถึงสรีระวิทยาที่แตกต่างกันนี้ก็จะไม่เกิดความตระหนัก และไม่ได้ทำการป้องกันการตั้งครรภ์อย่างเหมาะสม เช่น การใช้การนับระยะปลอดภัยหรือที่เรียกกันง่าย ๆ ว่าหน้า 7 หลัง 7 การหลังข้างนอก ซึ่งวิธีการดังกล่าวพบอัตราความล้มเหลว (หมายถึงใช้วิธีดังกล่าวแล้วยังมีการตั้งครรภ์) ถึง ร้อยละ 20 และ 18 ตามลำดับ⁶ ฉะนั้นจึงทำให้เกิดการตั้งครรภ์ขึ้นมา

2. การกำหนดบทบาทเพศ และความสัมพันธ์ระหว่างชายหญิง

ปัจจัยทางวัฒนธรรม และบรรทัดฐานทางสังคมทำให้เกิดการปลูกฝัง หรืออบรมขัดเกลาให้สมาชิกทั้งชายและหญิงต้องยอมรับเจตคติ และบทบาทตามที่สังคมกำหนดไว้⁷ ซึ่งในสังคมที่มองผู้หญิงเป็นเพศที่อ่อนแอ ถูกเอารัดเอาเปรียบหรือตกอยู่ในสภาพที่เสียเปรียบผู้ชาย ในแทบทุกด้าน ผู้ชายมองผู้หญิงว่าเป็นดอกไม้ เป็นเครื่องเล่น หรือเป็นวัตถุทางเพศ (Sex object) ลักษณะการผูกขาดอำนาจทางสังคมของผู้ชายเช่นนี้เป็นลักษณะ

สากลที่เกิดขึ้นในแทบทุกสังคมวัฒนธรรมทั่วโลก³ รวมถึงในสังคมไทยด้วย ทำให้ผู้หญิงเป็นผู้ถูกกระทำ

“แม่และยายสอนว่า...ผู้หญิงถ้าเสียตัวให้ผู้ชายคนไหนคนนั้นคือพ่อ...โคตรหนูเขาสอนอย่างนี้ทุกคน มีพ่อเดียวเท่านั้น ไม่มีใคร มีพ่อสองเลย เพราะเขาถือมากกว่าผู้หญิงที่มีพ่อตั้งแต่สองคนขึ้นไปจะทำมาหากินไม่ขึ้น มันดอกทอง มันเป็นกะหรี่ มันไม่ดี มันเป็นผู้หญิงไม่ดี”⁸

กรณีตัวอย่างของ วัน ผู้หญิงซึ่งถูกทำร้ายโดยสามี แต่ก็ยังทนความรุนแรง จนกระทั่งมีลูกด้วยกัน แม้คิดอยากจะทำแท้งแต่ก็ทำไม่ได้เนื่องจากถูกการปลูกฝังอบรม ขัดเกลาให้ “จงรักภักดีต่อพ่อ” และขอมก้มหน้าก้มตารองรับอารมณ์ของผู้ชายนี้ นับเป็นตัวอย่างอิทธิพลของการอบรม ขัดเกลาที่เกิดมาจากสภาพสังคมที่ถูกผูกขาดอำนาจโดยผู้ชาย

3. ระบบชายเป็นใหญ่ (Patriarchal principle)

คำว่า “ชายเป็นใหญ่” (Patriarchy) หมายถึงการปกครองโดยบิดาหรือผู้อาวุโส (The rule of the father of the “Patriarchy”) ปัจจุบันมีการนำมาใช้ในความหมายที่กว้าง ครอบคลุม 3 ลักษณะ คือ ลักษณะที่ฝ่ายชายมีอำนาจครอบงำฝ่ายหญิง (Male dominate) ลักษณะความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ฝ่ายชายอยู่เหนือฝ่ายหญิง (The power relationship) และลักษณะที่หมายถึงระบบ (System) ที่ฝ่ายหญิงตกอยู่ในฐานะที่เสียเปรียบฝ่ายชายในแทบทุกด้าน⁷

“ที่เขายืมเงิน เขากลับมาที่บ้าน หนูอยู่บ้านคนเดียว เพราะพ่อแม่อยู่กับพี่สาวที่โรงพยาบาล พี่สาวไปคลอดลูก เขากลับมาเอาของ แล้วก็มาทำหนู หนูไม่เป็นเมนส์ ท้องก็ใหญ่ขึ้น ก็เลยหนีออกมาจากบ้าน กลัวพ่อแม่กับพี่สาวจะรู้ เขาจะเสียใจ สงสารหลานที่เพิ่งคลอดด้วย ไม่รู้จะคุยกับใคร ครูก็ไม่กล้าคุยด้วย เดียวคนอื่นในหมู่บ้านจะรู้ว่าเราโดนข่มขืน โดนพี่เขยข่มขืน หมอ

อนามย์ก็ไม่ได้ไปหา ส่วนใหญ่ก็เห็นมีแต่ผู้หญิง แม่บ้านไปกัน ถ้าเป็นเกี่ยวกับเรื่องนี้เรายังเด็ก อายุ 15 ปีก็ไม่ควรไป⁵

กรณีเด็กสาวอายุ 15 ปี ถูกข่มขืนจนตั้งครรภ์นี้ สะท้อนให้เห็นถึงความไม่ชัดเจนของบทบาท และความ “เป็นใหญ่” ของสมาชิกในครอบครัว (พี่เขย) การที่ภรรยาของพี่เขยคลอดบุตรอยู่ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ของ “วัตถุทางเพศ” ได้ จึงพยายามหา “วัตถุทางเพศทดแทน” (Substituted sex object) ซึ่งก็คือน้องสาวของภรรยา อีกทั้งอำนาจของพี่เขยที่มีในบ้านและในสังคมที่อยู่ ส่งผลกระทบให้เด็กหญิงคนนี้มีไม่ทางออกเพราะถูกรอบงำอยู่ภายใต้อำนาจดังกล่าว ประกอบกับค่านิยมเชิงซ้อน (double standard) ที่สังคมอาจดำเนินเด็กหญิงผู้นี้ว่าปล่อยตัว ออชเหื่อ ให้ทำจึงทำให้เสียตัว ทำให้เด็กไม่กล้าที่จะพูดจา เล่าถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแม้แต่กับสมาชิกในครอบครัว จนตั้งครรภ์ และต้องทำแท้ง

จากข้อมูลข้างต้นเป็นการนำเสนอมิติชายหญิงด้านสุขภาพในประเด็นการท้องเมื่อไม่พร้อม และการทำแท้งซึ่งนับเป็นปัญหาที่กำลังเป็นที่วิพากษ์วิจารณ์อย่างมากในปัจจุบัน การศึกษาบทบาทชายหญิงเชื่อมโยงกับสถานการณ์ดังกล่าวจะมีส่วนช่วยให้เห็นภาพที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น และจะนำไปสู่การดำเนินการศึกษาปัญหา ป้องกัน แก้ไขอย่างเป็นรูปธรรมได้ต่อไป

มุมมองใหม่ด้านสุขภาพทางเพศ และอนามัยเจริญพันธุ์

ประเด็นการท้องเมื่อไม่พร้อม และการทำแท้งถือเป็นสี่ยาวหนึ่งของมิติชายหญิงด้านสุขภาพเท่านั้น ยังมีอีกหลากหลายประเด็นที่เกี่ยวข้อง เช่น การประเพณีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปัญหาการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งยังต้องการการศึกษา และเผยแพร่แนวคิดหญิงชายเพื่อความเข้าใจที่ถูกต้องของสังคมที่มีต่อเพศหญิงต่อไป ทั้งนี้องค์การอนามัยโลก (World Health Organization,

WHO) ในฐานะองค์กรที่มีบทบาทในการส่งเสริม และผลักดันให้เกิดการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม ได้ตระหนักถึงประเด็นหญิงชายที่มีผลต่อการเกิดปัญหาข้างต้น จึงได้ประกาศสิทธิทางเพศ (WHO Declaration of Sexual Rights) อันได้แก่⁶

1. สิทธิในการได้รับการบริการทางด้านสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ที่มีมาตรฐานสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งรวมถึงการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพทางเพศ และอนามัยเจริญพันธุ์ที่เหมาะสม
2. สิทธิที่จะค้นหา ได้รับ และส่งต่อข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางเพศ และอนามัยเจริญพันธุ์
3. สิทธิที่จะได้รับการศึกษาหรือความรู้เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ และอนามัยเจริญพันธุ์
4. สิทธิที่จะได้รับการยอมรับในเพศสภาวะของตน
5. สิทธิในการเลือกคู่
6. สิทธิในการเลือกที่จะมี หรือไม่มีความสัมพันธ์ทางเพศ
7. สิทธิในการมีเพศสัมพันธ์ที่เกิดจากความยินยอมพร้อมใจของหญิง
8. สิทธิที่จะแต่งงานโดยความยินยอมของหญิงผู้นั้นเอง
9. สิทธิในการเลือกที่จะตั้งครรภ์ มีบุตรหรือไม่
10. สิทธิที่จะได้รับความพึงพอใจ ความปลอดภัยในสุขภาพทางเพศ และอนามัยเจริญพันธุ์

การที่จะทำให้เกิดการยอมรับในสิทธิดังกล่าว นั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเร่งเสริมสร้างความรู้ การประชาสัมพันธ์ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ และอนามัยเจริญพันธุ์ แก่ทุก ๆ คนในสังคมในส่วนของประเทศไทย ดังแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 ที่ได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับสตรีไว้ 5 ด้าน คือ¹⁰

1. การพัฒนาศักยภาพสตรี ทั้งด้านอาชีพ การศึกษา และสุขภาพกายใจ
2. การมีส่วนร่วมของสตรีในกระบวนการตัดสินใจทุกระดับ โดยตั้งเป้าหมายไว้ว่าจะเพิ่มจำนวนผู้สมัครสตรีในการเลือกตั้งทุกระดับ ร้อยละ 30 เพิ่มจำนวนสตรีในระดับการตัดสินใจทางการเมือง และการปกครองเป็น 2 เท่า และเพิ่มสัดส่วนในคณะกรรมการที่มีอำนาจในการกำหนดนโยบายเป็น 50 ต่อ 50
3. ส่งเสริมความเสมอภาค และคุ้มครองทางสังคม ซึ่งจะเน้นการแก้กฎหมายและกฎระเบียบเพื่อให้เกิดความเสมอภาคระหว่างชายหญิง ภายในปี 2549 นอกจากนี้ ยังตั้งเป้าหมายที่จะออกกฎหมายต่าง ๆ เพื่อคุ้มครองสตรี เช่น กฎหมายขจัดความรุนแรงต่อสตรี กฎหมายคุ้มครองแรงงานนอกระบบ เป็นต้น
4. การพัฒนาสื่อเพื่อการดำเนินงานด้านสตรี เพื่อให้สื่อทุกประเภทนำเสนอภาพลักษณ์ของสตรีโดยปราศจากอคติทางเพศ พัฒนาองค์กร และการบริหารจัดการที่มีการดำเนินงานด้านสตรี โดยมีเป้าหมายในการยกระดับสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติขึ้นเป็นหน่วยงานระดับกรม

นอกเหนือจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 แล้ว แผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ฉบับปัจจุบัน (2545-2549) ยังได้กล่าวถึงเรื่องการเอาใจใส่ต่อผู้หญิงไว้อย่างหลากหลาย เช่น การสร้างความเสมอภาคระหว่างหญิงชาย การมีเพศสัมพันธ์ที่รับผิดชอบ และปลอดภัย การส่งเสริมกิจกรรมที่พัฒนาศักยภาพของสตรีทุกระดับ รวมทั้งสนับสนุน และให้โอกาสสตรีเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจแก้ปัญหาทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน และส่งเสริมกิจกรรมที่

สนับสนุนให้เกิดการตัดสินใจร่วมกันอย่างรอบคอบก่อนการมีเพศสัมพันธ์และก่อนมีบุตร การรณรงค์ที่จะพัฒนาศักยภาพของผู้หญิง ของคน ครอบครัว และชุมชนให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้อง¹¹ ซึ่งหากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการดำเนินการตามแผนอย่างเหมาะสมแล้ว สถานการณ์ต่าง ๆ ย่อมดีขึ้นได้

องค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้มีการส่งเสริมการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพทางเพศ (Sexual Health) แก่ประชาชนทุกคน พร้อมทั้งกระตุ้นให้มีการผนวกสุขภาพทางเพศเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของทุก ๆ ภาคส่วน เช่น ภาคการศึกษา ภาคนโยบายการเมือง ภาคเศรษฐกิจ โดยเน้นหลักการสำคัญ 6 ประการ ได้แก่¹²

1. ตระหนักถึงความสำคัญของเพศภาวะ และความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่มีส่วนสัมพันธ์กับสุขภาพทางเพศ เช่น การให้การศึกษาเกี่ยวกับเพศภาวะ การฝึกทักษะการป้องกันตนเองจากการมีเพศสัมพันธ์ที่มีความเสี่ยง
2. ตระหนักถึงความหลากหลาย ความแตกต่างในทุกๆ ด้านของกลุ่มคนในสังคม อันหมายถึงการเคารพในความแตกต่างทางศาสนา เชื้อชาติ ฐานะ สถานภาพทางสังคม และปัจจัยทุกปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งจัดบริการสุขภาพทางเพศให้เหมาะสมกับปัจจัยดังกล่าว
3. สนับสนุนการเคารพซึ่งสิทธิเสรีภาพของบุคคล
4. สนับสนุนการมีส่วนร่วมกิจกรรมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทางเพศ เช่น กิจกรรมให้ความรู้ค่ายเยาวชน การรณรงค์การใช้ถุงยางอนามัย เป็นต้น
5. พยายามระบุสาเหตุของความเสี่ยงต่อสุขภาพทางเพศที่มีอยู่ในสังคม ได้แก่ การสนับสนุนการวิจัยทางด้านสุขภาพทางเพศ การทำความเข้าใจกับเพศสภาวะอย่างปราศจากอคติ

6. แผนกบรรทัดฐานของสังคมให้เข้าเป็นส่วนหนึ่งในการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการส่งเสริมสุขภาพทางเพศ เช่น การจัดหอพักแยกชาย-หญิง การรณรงค์ให้วัยรุ่นสนใจการเล่นกีฬาเพื่อลดแรงขับทางเพศ การรณรงค์ให้หญิงรักนวลสงวนตัวหรือไม่อยู่ก่อนแต่ง

สรุป

ปัญหาสุขภาพทางเพศ และอนามัยเจริญพันธุ์ เช่น การท้องเมื่อไม่พร้อม การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ มีความเกี่ยวข้องกับประเด็นหญิงชายอย่างแยกไม่ออก การมุ่งเน้นการรักษาทางกายเพียงอย่างเดียวดังเช่นที่ผ่านมาอาจไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะจัดการปัญหาดังกล่าวให้ดีขึ้นได้ การผลักดันประเด็นหญิงชาย หรือเพศภาวะเข้าสู่กระแสหลัก (Gender Mainstreaming) โดยนำเพศภาวะกับการพัฒนา (Gender and Development) มาเป็นเครื่องมือ พร้อมทั้งสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือกันในทุกภาคส่วนของสังคมไทย จะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างเหมาะสมได้

เอกสารอ้างอิง

1. จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ. หนังสือชุด “สุขภาพคนไทย ปี พ.ศ. 2543” สถานะสุขภาพคนไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2543: 48.
2. เขาวรัตน์ ปรีภัยขัมและพรพันธุ์ บุญรัตพันธุ์. รายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547 The Report of Thailand Population Health Examination Survey III. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549: 163-164.
3. ยศ สันตสมบัติ. มนุษย์กับวัฒนธรรม พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2548: 147-271.
4. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. กฎหมายทำแท้ง: ข้อโต้แย้งที่ยังไม่ยุติ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สมมติธรรม, 2537: 21.
5. กนกวรรณ ธรรมวรรณ. รายงานผลการวิจัย บันทึกประสบการณ์ของผู้หญิงที่ตั้งท้องเมื่อไม่พร้อม. กรุงเทพมหานคร: โครงการรณรงค์เพื่อสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ สถาบันประชากร (The Population Council), 2545: 31.
6. วีระ ทองสง จตุพลศรี สมบูรณ์ และอภิชาติ โอพารัตนชัย. นรีเวชวิทยา (ฉบับสอบบอร์ด). กรุงเทพมหานคร: หจก.พี.บี. ฟอร์เนชั่นส์ สมมติธรรม, 2539: 515-518.
7. บุญเสริม หุตะแพทย์. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับชายหญิง. ใน ประมวลสาระชุดวิชาการศึกษามหาวิทยาลัยสุโขทัย (Gender studies) นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาศึกษาศาสตร์, 2545: 1-56.
8. อวิศา (ทับทิมแท้) จันทรแสนตอ. รายงานการวิจัย เรื่อง ความรุนแรงในครอบครัว: มุมมองของผู้หญิง (โครงการฝึกอบรมนักวิจัยด้านสตรีศึกษา รุ่นที่ 4 พ.ศ. 2542-2544 ศูนย์สตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่). เชียงใหม่: ศูนย์สตรีศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2544: 19.
9. World Health Organization, WHO Declaration of Sexual Rights [Online]. Available from: http://www2.huberlin.de/sexology/ECC5/who_declaration_of_sexual_righ.html [2006, Sep 19].
10. กรวิภา บุญเชื้อ. สถานภาพ และบทบาทชายหญิงในสังคมไทย. ใน ประมวลสาระชุดวิชาการศึกษามหาวิทยาลัยสุโขทัย (Gender studies) นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2545: 109-162.

-
11. วิระดา สมสวัสดิ์. รายงานการทบทวนมาตรการและนโยบายด้านเพศภาวะและเอดส์ในประเทศไทย (A Review of Measures and Policies on Gender and AIDS in Thailand. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2547.
 12. World Health Organization. Sexual health-a new focus for WHO [Online]. Available from <http://www.who.int/reproductive-health/hrp/progress/67.pdf> [2006, September 19].