

ปัญหาสุขภาพของผู้หญิงกับการทำแท้งที่ผิดกฎหมาย

Women's Health Problems and Illegal Abortion

สุนีรัตน์ ยั้งยืน

Suneerat Yangyuen

Faculty of Public Health, Mahasarakham University

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทคัดย่อ

บทความนี้ผู้เขียนมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอปัญหาสุขภาพของผู้หญิงที่เกิดจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย รวมทั้งผลการบังคับใช้กฎหมายห้ามทำแท้ง ทั้งนี้เพราะการแท้งที่ไม่ปลอดภัยเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่บั่นทอนสุขภาพของผู้หญิงและเป็นสาเหตุสำคัญของการตายของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ทั้งๆ ที่การเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากสาเหตุดังกล่าวเป็นสิ่งที่ป้องกันได้ แต่เสียชีวิตเพราะส่วนใหญ่ไม่ได้รับความช่วยเหลือที่ถูกต้องและเข้าไม่ถึงบริการที่ปลอดภัย และถึงแม้จะมีการบังคับใช้กฎหมายห้ามทำแท้งมาเป็นเวลานานแต่ก็ไม่สามารถลดอัตราการทำแท้งได้เลย ทั้งนี้เพราะปัญหาการทำแท้งมีความซับซ้อน ละเอียดอ่อนและเชื่อมโยงกับอีกหลายปัจจัย เช่น ปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ กฎหมาย การเมือง ศาสนา ความเชื่อ และทัศนคติ จึงทำให้สถานการณ์การแท้งที่ไม่ปลอดภัยของประเทศไทยยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนและต่อเนื่อง

คำสำคัญ : กฎหมายห้ามทำแท้ง สุขภาพของผู้หญิง การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย

Abstract

This article aims to present women's health problems that caused by unsafe abortion and the law enforcement of illegal abortion. Unsafe abortion is a major public health problem that threatens women's health. It is a major cause of death in women of reproductive age. In spite of this preventable cause of death, the victims die because of not having access to safe abortion. Although abortion is prohibited by law for a long time, it cannot reduce abortion rate. The determinants of unsafe abortion are complex ranging from social, economic, legal, political, religious, and personal beliefs. As a result of these factors, unsafe abortion remains the major problem that needs to be resolved immediately and continuously.

Keywords: Abortion law, Women's Health, Unsafe abortion,

บทนำ

สังคมไทยรู้ว่าการทำแท้งเป็นสิ่งผิดกฎหมาย และมีการปราบปรามเป็นระยะ ๆ แต่ก็ยังมีข่าวเกี่ยวกับการทำแท้งตามหน้าหนังสือพิมพ์และสื่อต่าง ๆ อยู่เรื่อยมา เช่น

“ผะ พบบซากทารกชุกถึงขยะห้องน้ำหญิง”¹

“คนหาของเก่า ผะ พบบซากทารกถูกทิ้งถึงขยะที่ท่าฉลอม”²

“แม่ใจแตก กินยาขับ ก่อนเอาลูกฝังดิน”³

สำหรับสถานการณ์ที่เป็นข่าวดังในรอบปี 2553 ที่ผ่านมาก็คือการทำแท้งเถื่อนที่ถูกเปิดโปง เมื่อมีการพบซากตัวอ่อนมนุษย์จากการทำแท้งจำนวนนับพันในวัดไผ่เงินโชตนาราม กรุงเทพมหานคร ซึ่งสร้างความตระหนักในสถานการณ์การทำแท้งไปทั่วประเทศ ซึ่งหากมองย้อนไปถึงต้นเหตุของการทำแท้ง จะพบว่ามาจากปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งมีสาเหตุส่วนหนึ่งมาจาก การขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องระบบการเจริญพันธุ์และการใช้วิธีการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง การมีเพศสัมพันธ์โดยที่ผู้หญิงไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้า ทำให้ไม่มีการคุมกำเนิดเป็นต้น⁴ นอกจากนี้แรงกดดันที่เกิดจากการที่สังคมไม่ยอมรับการตั้งครรภ์นอกสมรส และการตั้งครรภ์ขณะกำลังศึกษา ทำให้ผู้หญิงที่ประสบปัญหาดังกล่าวต้องหาทางออกด้วยการทำแท้งจากการสำรวจของสวนดุสิตโพล⁵ เกี่ยวกับทัศนคติของกลุ่มผู้หญิงที่อยู่ในวัยเรียนอายุ 15-20 ปี พบว่าวัยรุ่นเคยมีเพื่อนหรือคนรู้จักมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน และอยู่ก่อนแต่ง ร้อยละ 78 มีเพื่อนหรือคนรู้จักที่ตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ ร้อยละ 72 มีเพื่อนหรือคนรู้จักทำแท้งในวัยเรียนร้อยละ 52 และจากข้อมูลของคลินิกการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของโรงพยาบาลรามธิบดี พบว่ามีหญิงที่ตั้งครรภ์อายุระหว่าง 10-24 ปี ร้อยละ 20 และในจำนวนนี้เป็นที่ตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม ร้อยละ 80 และมีการทำแท้งถึงร้อยละ 30⁶

การคาดประมาณอัตราทำแท้งในประเทศไทยนั้น ส่วนใหญ่ใช้ข้อมูลจากสถิติจำนวนผู้ป่วยที่เกิดภาวะ

แทรกซ้อนจากการทำแท้งที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลที่อยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งยังไม่รวมจำนวนผู้ที่ไปทำแท้งแล้วไม่เกิดอาการแทรกซ้อนหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนแต่ไม่ได้มารักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งคาดการณ์ว่าอัตราเฉลี่ยของการทำแท้งในปีหนึ่ง ๆ ปีละไม่ต่ำกว่า 300,000 ราย⁷ และเกือบทั้งหมดเป็นการทำแท้งที่ผิดกฎหมาย และเกิดในสถานบริการที่ไม่ถูกหลักการแพทย์ ขาดความรับผิดชอบ มีค่าใช้จ่ายสูง และเสี่ยงอันตรายต่อการเกิดอาการแทรกซ้อนหรือแม้กระทั่งเสียชีวิต ซึ่งผลกระทบของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้งนั้น พบว่ามีความรุนแรงหลายระดับ เช่นตกเลือด ติดเชื้อในมดลูก ไตวาย เลือดไม่แข็งตัว มดลูกทะลุ เกิดบาดทะยัก กรวยไตอักเสบ เป็นต้น บางรายก็พอรักษาได้ แต่หลายรายต้องพิการหรือเสียชีวิต สำหรับรายที่ไม่เสียชีวิตอาจจะเผชิญกับภาวะบกพร่องของระบบฮอร์โมนเจริญพันธุ์ เช่น มีลูกยาก ติดเชื้อเรื้อรัง ปวดท้องน้อยเรื้อรัง และสภาพบอบช้ำทางจิตใจ เป็นต้น นอกจากนี้รัฐบาลยังสูญเสียงบประมาณด้านการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเหล่านี้จำนวนมาก เพราะการดูแลรักษาพยาบาลผู้ที่ทำแท้งรายหนึ่ง ๆ มีค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยประมาณ 20,000 บาท หรือไม่ต่ำกว่า 300 ล้านบาทต่อปี และถ้าการทำแท้งนั้นเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมายังหมายถึงค่ารักษาพยาบาลที่จะเกิดขึ้นรวมไปถึงการสูญเสียอวัยวะหรือการเสียชีวิตด้วย⁸

สำหรับกฎหมายห้ามทำแท้งของไทยได้บัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายอาญาความผิดฐานทำให้แท้งลูก ในหมวด 3 ลักษณะ 10 ความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย ถึงแม้มีการประกาศใช้กฎหมายดังกล่าวแต่ก็พบว่าไม่ได้ช่วยให้การลักลอบทำแท้งลดลง เพราะยังมีผู้ป่วยด้วยภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้งผิดกฎหมายเข้ารับการรักษาตัวตามสถานพยาบาลของรัฐทั่วประเทศเป็นจำนวนหลายหมื่นคนต่อปี ซึ่งแม้แพทย์เองก็ยอมรับว่าอันตรายจากการทำแท้งที่ไม่ได้มาตรฐาน

นั้นเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับต้นๆ มาตลอด ดังนั้น เพื่อให้ปัญหาการทำแท้งลดขนาดลดอันตรายลงได้จริง แนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาคควรครอบคลุมประเด็นต่างๆ เช่น การลดจำนวนคนที่ต้องการทำแท้งด้วยการลดจำนวนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม การลดจำนวนคนที่บาดเจ็บ บาดเจ็บ บ่วย และตายจากบริการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย การให้ความรู้แก่ประชาชนที่ถูกต้องเรื่องการคุมกำเนิด และเข้าถึงบริการคุมกำเนิดได้อย่างทั่วถึง การให้คำปรึกษาแก่ผู้หญิงที่เกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม รวมทั้งการบังคับใช้กฎหมาย กฎระเบียบต่างๆ ที่มีอยู่อย่างจริงจัง เป็นต้น แม้เป็นเพียงปลายทางของปัญหาการทำแท้งหากได้ดำเนินการอย่างเป็นระบบควบคู่ไปกับการป้องกันและปรามปรามก็จะสามารถแก้ไขปัญหการทำแท้งได้อย่างเป็นรูปธรรมยิ่งขึ้น ซึ่งในบทความนี้ผู้เขียนมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอปัญหาสุขภาพของผู้หญิงที่เกิดจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย รวมทั้งผลการบังคับใช้กฎหมายห้ามทำแท้ง เพื่อให้เข้าใจถึงความสำคัญของปัญหาสุขภาพของผู้หญิงและการแท้งที่ไม่ปลอดภัยตลอดจนแนวทางในการแก้ไขปัญห

1. การทำแท้ง

หมายถึงการสิ้นสุดของการตั้งครรภ์ก่อนที่เด็กจะสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้นอกครรภ์มารดาเท่าที่องค์การอนามัยโลกใช้กันมาแต่เดิม ถือเอาการสิ้นสุดของการตั้งครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ หรือน้ำหนักทารกน้อยกว่า 1,000 กรัม⁹

ประเภทของการทำแท้ง โดยทั่วไปแบ่งได้ 2 ประเภทดังนี้

1.การแท้งที่เกิดขึ้นเอง(Spontaneous Abortion) เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเองโดยไม่ตั้งใจและมีได้เกี่ยวกับการกระทำใดๆที่ตั้งใจจะทำให้เกิดการแท้ง แต่เกิดจากความบกพร่องของไข่หรือตัวอ่อน หรือจากความไม่สมบูรณ์ของมดลูกหรือสภาพแวดล้อม เช่น ปากมดลูกปิดไม่ดี หรือมารดาใช้สูง เป็นต้น^{9,10}

2.การแท้งที่เกิดจากการกระทำ(Induced Abortion) ในทางการแพทย์แบ่งการแท้งที่เกิดจากการกระทำเป็น 2 ชนิดคือ

2.1การแท้งเพื่อการรักษา (Therapeutic Abortion) คือการแท้งที่แพทย์กระทำตามเงื่อนไขที่กฎหมายบ่งไว้ เช่น ในประมวลกฎหมายอาญามาตรา 305 โดยเหตุผลทางสุขภาพของผู้หญิงนั้น เป็นต้น¹¹

2.2 การแท้งผิดกฎหมาย (Illegal Abortion) คือการแท้งที่นอกเหนือไปจากข้อบ่งชี้ที่ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 305 บ่งไว้ ซึ่งการกระทำนั้นอาจเกิดจากแพทย์หรือจากผู้อื่น¹¹

วิธีการทำแท้ง

การทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลงหรือการทำแท้งตามหลักวิชาการในปัจจุบันแบ่งได้ 2 แบบคือ

1) Medical Abortion แท้งโดยใช้ยา ซึ่งมีขายอยู่หลายตัวที่เป็นยาอันตรายและจำเป็นจะต้องอยู่ในความดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์ เช่น Methotrexate ร่วมกับ Misoprostol, Ru-486(Mifepristone) ร่วมกับ Miso-prostol แต่ยาทั้ง 3 ชนิดนี้ไม่มีวางจำหน่ายตามร้านขายยาทั่วไปเนื่องจากเป็นยาควบคุมพิเศษ¹⁰

2) Surgical Abortion แท้งโดยใช้เครื่องมือ ขอนำมากล่าว 3 วิธี

2.1)การดูดตัวอ่อนซึ่งเป็นการทำแท้งระยะแรกคือไม่เกิน 8 สัปดาห์แรก วิธีการทำแท้งที่ใช้คือการดูดทำโดยใช้ยาชาชนิดที่บริเวณปากมดลูก แล้วขยายถ่างออกให้กว้าง จากนั้น ก็ใช้เครื่องดูดสุญญากาศ หรือ บั้มลมต่อกับท่อเล็ก ๆ สอดเข้าไปในมดลูก ค่อย ๆ ดูดตัวอ่อนออกมา⁹ อันตรายที่อาจเกิดได้ เช่น มดลูกทะลุ ติดเชื้อและอักเสบ¹¹

2.2) การขูดมดลูก กระทำได้ตั้งแต่อายุครรภ์ 4-12 สัปดาห์ โดยใช้แท่งขยายมดลูกสอดเข้าไปในปากมดลูกเพื่อให้ปากมดลูกขยายออกแล้วนำเครื่องมือขูดมดลูกสอดเข้าไปในมดลูกเพื่อขูด และตัดเอาทารกตัวอ่อนสายสะดือในมดลูกออกมา¹⁰ อันตราย

ที่อาจเกิดได้เช่น มดลูกทะลุ มดลูกอักเสบ ถ้าคนทำไม่ชำนาญอาจชุดลึกถึงกล้ามเนื้อมดลูกทำให้มีเลือดออกกะปริดกะปรอยเรื้อรัง และเมื่อภายหลังต้องการให้ตั้งครรภ์ก็อาจแท้งได้ง่าย¹¹

2.3) การเร่งคลอดใช้ในกรณีอายุครรภ์ 16-27 สัปดาห์ โดยการฉีดน้ำเกลือเข้มข้น 20 % เข้ามดลูกผ่านทางหน้าท้อง หลังจากนั้นก็ให้ยาเร่งคลอดในน้ำเกลือค่อยๆ หยดทางสายน้ำเกลือเข้าเส้นเลือด บางคนอาจใช้ยาขยายปากมดลูกสอดเข้าช่องคลอดช่วยให้การคลอดง่ายขึ้นด้วย หลังจากนั้นเมื่อปวดท้องคลอด คนไข้ก็ต้องเบ่งคลอดเหมือนคนคลอดทั่วไป¹⁰ อันตรายที่อาจเกิดได้ เช่น การติดเชื้อ มดลูกทะลุ รวมทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงคลอดซึ่งก็เหมือนการคลอดปกติทั่วไปแต่ทารกที่คลอดออกมาจะเสียชีวิต¹¹

ผลกระทบจากการทำแท้ง

ผู้ที่ลักลอบทำแท้งมักจะเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมามากมาย อย่างได้แก่การตกเลือด เสียเลือดมาก การอักเสบ ติดเชื้อ มดลูกเน่า มดลูกทะลุ และกรณีที่มีการติดเชื้อรุนแรงจนแพทย์ไม่สามารถช่วยได้ อาจถูกตัดมดลูกเพื่อช่วยชีวิต แต่บางรายแพทย์ช่วยไม่ทันก็เสียชีวิต ซึ่งในแต่ละปีจะมีผู้เสียชีวิตจากการทำแท้งไม่ปลอดภัยจำนวนมาก ดังข้อมูลของกรมอนามัย ปี 2542 พบว่าภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้งที่เป็นสาเหตุให้เข้ารับการรักษา ส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อ การอักเสบของอุ้งเชิงกราน ตกเลือด มดลูกทะลุ (ร้อยละ 12.4, 12.0, 11.8 และ 7.4 ตามลำดับ) และพบว่า การทำแท้งมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าการแท้งเองถึง 11 เท่า⁸ นอกจากนี้ยังมีผลกระทบด้านจิตใจ ซึ่งจากการศึกษาผลที่เกิดขึ้นภายหลังการทำแท้งพบว่า ส่วนใหญ่จะรู้สึกโล่งใจทันทีเมื่อกลับจากการทำแท้ง แต่เมื่อเวลาผ่านไปบางรายจะมีอาการวิตกกังวล รู้สึกผิด กลัวการตำหนิจากสังคมมีอาการซึมเศร้า ท้อแท้ผิดหวังกับชีวิต และแสดงออกมาเป็นความเจ็บป่วย¹² และยังมีผลกระทบด้านเศรษฐกิจ เนื่อง

จากต้องใช้เงินจำนวนหนึ่งในการทำแท้ง และถ้ามีภาวะแทรกซ้อนก็ต้องใช้จ่ายในการรักษา อาจก่อให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจ โดยเฉพาะในรายที่ฐานะยากจนอยู่แล้ว ส่วนในรายที่ทำแท้งไม่สำเร็จหรือไม่กล้าทำแท้งแต่ไม่มีความต้องการบุตร อาจก่อให้เกิดปัญหาสังคมตามมาได้แก่ การทอดทิ้งเด็กภายหลังคลอด การกระทำทารุณต่อเด็กในรูปแบบต่างๆ การฆ่าเด็ก หรือการเลี้ยงดูเด็กที่ขาดคุณภาพ ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาพฤติกรรมของเด็กอันจะส่งผลกระทบต่อสังคมที่จะต้องแบกรับภาวะปัญหาจากเด็กกลุ่มนี้ต่อไปในอนาคต¹³

2. กฎหมายห้ามทำแท้ง

การยุติการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์หรือ “การทำแท้ง” มีบัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายอาญา 5 มาตรา คือ มาตรา 301-305¹⁴ ซึ่งพอสรุปรายละเอียดดังนี้

2.1 ผู้หญิงไม่ว่าจะทำแท้งด้วยตนเองหรือยินยอมให้ผู้อื่นทำ ให้กฎหมายกำหนดว่าเป็นความผิดทั้งสิ้น และให้ได้รับโทษเท่ากัน แต่ทั้งนี้ผู้หญิงจะรับผิดชอบเมื่อได้ทำแท้งหรือยอมให้กระทำด้วยเจตนา (มาตรา 301)

2.2 บุคคลใดๆ ที่ทำแท้งให้ผู้หญิง แม้ผู้หญิงจะสมัครใจหรือยินยอมก็ตาม บุคคลนั้นถือว่าได้กระทำความผิดจะต้องได้รับโทษตามกฎหมาย (มาตรา 302) และจะได้รับโทษหนักขึ้น ถ้าการทำแท้งนั้นทำให้ผู้หญิงเป็นอันตรายสาหัส (มาตรา 302 วรรคสอง) หรือเสียชีวิต (มาตรา 302 วรรคสาม)

2.3 กรณีที่ทำแท้งโดยผู้หญิงไม่ยินยอม กฎหมายได้กำหนดบทลงโทษที่ทำให้ผู้หญิงแท้งหนักกว่ากรณีที่ผู้หญิงนั้นยินยอม และผู้กระทำความผิดต้องได้รับโทษหนักขึ้นถ้าทำให้ผู้หญิงนั้นได้รับอันตรายสาหัสหรือเสียชีวิต (มาตรา 303)

2.4 ถ้าการทำแท้งไม่เป็นผลสำเร็จ ซึ่งถือว่าการกระทำนั้นเป็นเพียงการพยายามทำแท้ง กฎหมายจะยกเว้นความผิดให้ โดยบุคคลผู้กระทำไม่ต้องได้รับโทษแม้ว่าการทำแท้งนั้นผู้หญิงจะยินยอมหรือไม่ก็ตาม

(มาตรา 304)

2.5 ระบุข้อยกเว้นที่ทำให้ผู้หญิงทำแท้งได้ซึ่งจะต้องทำโดยแพทย์และโดยความยินยอมของผู้หญิงมี 2 กรณีคือ (มาตรา 305)

1) จำเป็นต้องทำแท้งเนื่องจากสุขภาพของหญิง กรณีนี้กฎหมายอนุญาตให้ทำแท้งได้ เพราะหากไม่มีการทำแท้ง อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพของหญิงที่ตั้งครรภ์นั้น

2) เมื่อการตั้งครรภ์ของหญิงเกิดจากการกระทำ ความผิดทางเพศ ตามมาตรา 276, 277, 282-284

จากข้อยกเว้นในกรณีจำเป็นต้องทำแท้งเนื่องจากสุขภาพของหญิงคำว่า“เนื่องจากสุขภาพของหญิง”นั้น จะหมายถึงสุขภาพต่อกายเท่านั้นหรือจะหมายถึงสุขภาพของจิตของหญิงด้วย ยังเป็นปัญหาที่สงสัยกันอย่างมากสำหรับโรคทางกายที่อาจทำแท้งได้นั้นที่เห็นได้ชัดเจนและเป็นที่ยอมรับกัน เช่น¹⁵

- 1.1 โรคพิษแห่งครรภ์ เช่น ความดันโลหิตสูง
- 1.2 โรคหัวใจ
- 1.3 ตั้งครรภ์นอกมดลูก
- 1.4 โรคของมดลูกต่าง ๆ
- 1.5 วัณโรคอย่างร้ายแรง
- 1.6 ความดันโลหิตสูงอย่างรุนแรง
- 1.7 โรคอื่น ๆ ที่มีอันตรายต่อการตั้งครรภ์หรือต่อตัวหญิงเอง ทั้งนี้จะต้องเป็นความชัดเจนในโรคที่เป็น

3. ปัญหาการบังคับใช้กฎหมายห้ามทำแท้ง

ประเทศไทยมีการประกาศใช้ประมวลกฎหมายอาญา ตั้งแต่ พ.ศ. 2500 จนถึงปัจจุบัน ซึ่งได้บัญญัติความผิดฐานทำให้แท้งลูกไว้ใน มาตรา 301-305 โดยที่ผ่านมามีปัญหาจากการบังคับใช้กฎหมาย พอสรุปได้ดังนี้

1. ด้วยความไม่ชัดเจนของกฎหมาย โดยเฉพาะความหมาย “เนื่องจากสุขภาพของหญิงนั้น” ว่าจะมีความหมายเพียงใด และการทำแท้งที่กฎหมายอนุญาต มีปัญหาความชัดเจนในทางปฏิบัติ ดังนั้นโรงพยาบาล

ของรัฐ และแพทย์จึงจำกัดตัวเองที่จะทำแท้งตามข้อกำหนดของข้อนี้เฉพาะกรณีที่ชัดเจนจริงๆ เท่านั้นส่วนที่เหลือก็เข้าข่ายการทำแท้งที่ผิดกฎหมายทั้งสิ้น แพทย์สภาจึงได้ประชุมและมีมติให้นิยามคำว่า “สุขภาพ” ใน มาตรา 305 (1) แห่งประมวลกฎหมายอาญา จาก “จำเป็นต้องกระทำเนื่องจากสุขภาพของหญิงนั้น” ให้หมายถึง “สุขภาพกายและจิตของหญิงนั้น” และได้บรรจุไว้ใน “ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การปฏิบัติเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ ตามมาตรา 305 แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2548” และกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติงานสำหรับแพทย์ไว้อย่างละเอียดเพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่แพทย์ว่าไม่ได้ทำผิดกฎหมาย ซึ่งนิยามนี้ได้ครอบคลุมทั้งสุขภาพกายและจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ตามคำนิยามที่องค์การอนามัยโลกกำหนดขึ้น แต่มุมมองฝ่ายตำรวจหรือฝ่ายกฎหมาย กลับเห็นว่า “การทำแท้งเดือนนั้นผิดกฎหมายไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น แม้จะหยิบยกข้อบังคับแพทยสภามาใช้ก็ตาม” ดังนั้นแม้จะมีการตีความคำว่า “สุขภาพ” ให้ครอบคลุมทั้งกายและจิตใจโดยไม่ได้แก้ไขที่ตัวกฎหมายอาจจะไม่ได้ช่วยแก้ไขปัญหาคำถามได้ เพราะในปรัชญาของกฎหมายนั้น ประเด็นที่สำคัญกว่าคือ การกระทำแค่ไหนจึงจะเรียกได้ว่าจำเป็นต้องทำ ซึ่งฝ่ายกฎหมายจะตีความตามปรัชญาของกฎหมาย ไม่ใช่ปรัชญาสุขภาพ¹⁶ ซึ่งผู้เขียนมีความคิดว่าตามแนวทางข้อบังคับของแพทยสภา ข้างต้น จะทำให้แพทย์มีความมั่นใจมากขึ้นในการให้บริการทำแท้งที่ถูกต้องตามกฎหมายและเป็นทางเลือกอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้หญิงที่มีปัญหาสุขภาพจิตตามแนวทางการวินิจฉัยของแพทย์สามารถเข้าถึงบริการนี้ได้ เพราะถ้าแม้มีปัญหาสุขภาพจิต ย่อมส่งผลต่อการดูแลทารกในครรภ์ และเมื่อเด็กคลอดมาอาจมีผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย มีความบกพร่องทางกาย และจิตใจ เนื่องจากการได้รับการดูแลที่ไม่เต็มที่หรือไม่ถูกต้อง ซึ่งอาจจะเป็นการละเมิดของครอบครัวและสังคมต่อไป

2. การบังคับใช้กฎหมายไม่สอดคล้องกับสภาพ

ปัญหา จากผลการศึกษาสภาพปัญหาการทำแท้งของสังคมไทย พบว่า สาเหตุอันดับหนึ่งที่ทำให้ผู้หญิงต้องการยุติการตั้งครรภ์คือ ปัญหาทางเศรษฐกิจ ดังเช่น การศึกษาของณัฐยา บุญภักดี และ ดุสิตา พึ่งสำราญ⁷ เกี่ยวกับสภาพปัญหาและอัตราการทำแท้งในประเทศไทย พบว่าการตั้งครรภ์ที่มีปัญหานั้นมีสาเหตุมาจากปัญหาเศรษฐกิจ ร้อยละ 42 และจากปัญหาด้านเศรษฐกิจทำให้ผู้หญิงพยายามที่จะยุติการตั้งครรภ์ ร้อยละ 36 ซึ่งพบว่าในจำนวนนี้สามารถทำแท้งได้สำเร็จร้อยละ 19 และการศึกษาของสุวรรณวรรคามิน และนางลักษณ์ บุญไทย⁸ พบว่าสาเหตุที่ผู้หญิงตัดสินใจทำแท้ง เนื่องจากปัญหาเศรษฐกิจ ร้อยละ 56.8 การคุมกำเนิดล้มเหลว ร้อยละ 15.6 และถูกข่มขืน ร้อยละ 3.1 เป็นต้น ดังนั้นเงื่อนไขที่กฎหมายกำหนดให้สามารถทำแท้งได้ถูกกฎหมายตามมาตรา 305 จึงไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่แท้จริง และนำไปสู่การทำแท้งที่ผิดกฎหมายซึ่งก่อให้เกิดความเสี่ยงและเป็นอันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์ โดยส่งผลกระทบต่อการบาดเจ็บ ป่วย พิการ หรือเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้งที่ไม่ได้มาตรฐานทางการแพทย์ เช่น การตกเลือด การติดเชื้อในกระแสโลหิตหมดลูกทะเลเป็นต้น มีหลายหน่วยงานพยายามแก้ปัญหานี้โดยเพิ่มเงื่อนไขของการทำแท้งเข้าไปในกฎหมายเดิมเช่นการตั้งครรภ์เพราะคุมกำเนิดล้มเหลว การตั้งครรภ์ของผู้หญิงที่มีเชื้อเอชไอวี เป็นต้น แต่ก็ไม่เป็นผลสำเร็จเพราะการแก้ไขประมวลกฎหมายอาญาทำได้ยากและโดยเฉพาะกฎหมายห้ามทำแท้งเป็นกฎหมายที่ละเอียดอ่อนต่อความรู้สึกเชิงศีลธรรมของสังคมส่งผลให้เกิดกระแสต่อต้านมากกว่าสนับสนุน¹⁷

ดังนั้นจะเห็นได้ว่ากฎหมายจะมีผลบังคับใช้ต่อเมื่อกฎหมายนั้นสามารถจะเข้ากับสังคมได้อย่างเหมาะสม หากกฎหมายก้าวหน้าหรือล้าหลังการเปลี่ยนแปลงทางสังคมมากเกินไป กฎหมายนั้นจะเสี่ยงต่อการถูกละเลย ไม่ยอมรับ

4. ปัญหาสุขภาพผู้หญิงที่ท้าทายกับการบังคับใช้กฎหมายห้ามทำแท้ง

การแท้งที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe Abortion) เป็นปัญหาสาธารณสุขและปัญหาสังคมที่สำคัญ สาเหตุหนึ่งของปัญหาคือ ขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การใช้วิธีคุมกำเนิดที่ไม่ถูกต้องและการเข้าไม่ถึงบริการคุมกำเนิด และการศึกษาของสุชาดา รัชชกุล¹⁸ พบว่าการตัดสินใจทำแท้งของผู้หญิงส่วนหนึ่งมาจากปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจการศึกษาความจำเป็นส่วนตัวและโดยเฉพาะความกดดันทางด้านเศรษฐกิจที่บีบบังคับทำให้ความไม่ต้องการครรภ์ที่เกิดขึ้นด้วยความไม่ตั้งใจมีมากขึ้น¹⁹ และการศึกษาของอรอนงค์ วงศ์วิริยากร²⁰ พบว่าผู้หญิงที่ตัดสินใจทำแท้งให้เหตุผลว่า ตนเองยังเด็กอยู่ กลัวพ่อแม่ทราบ อยู่ในระหว่างศึกษา มีปัญหาค่าใช้จ่าย กลัวสังคมมองว่าเป็นเด็กใจแตก คู่ครองไม่รับผิดชอบและต้องการให้เอาเด็กออก เป็นต้น ซึ่งเมื่อมีการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมเกิดขึ้นแล้ว ผู้หญิงมักต้องเป็นฝ่ายต้องแก้ไขปัญหาลำพัง หากผู้หญิงคนนั้นไม่ได้รับคำปรึกษาและความช่วยเหลือที่ถูกต้องและทันต่อเวลา ก็จะแก้ปัญหาด้วยตัวเองอย่างไม่ถูกต้องและไม่ปลอดภัย เช่น พยายามที่จะสิ้นสุดการตั้งครรภ์ด้วยวิธีต่างๆ จนเป็นสาเหตุของภาวะแทรกซ้อนจากการแท้งที่ไม่ปลอดภัยโดยพบว่าผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมและไม่ได้รับการช่วยเหลือจะมีโอกาสทำแท้ง 3.9 เท่าของผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมแต่ได้รับความช่วยเหลือจากองค์กรหรือบุคคลต่างๆ²⁰ หรือหากการตั้งครรภ์นั้นจำเป็นต้องดำเนินต่อไปจนคลอดด้วยความไม่พร้อมของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวก็จะเกิดปัญหาการทอดทิ้งหรือทารุณกรรมเด็ก หรือแม้กระทั่งฆ่าทารกหลังคลอดตามมาในภายหลัง ดังที่สุพัตรา สุภาพ²¹ ได้ให้ความเห็นว่าเด็กนอกสมรสหรือเด็กที่เกิดจากพ่อแม่ไม่พึงปรารถนาอาจถูกทอดทิ้งไว้ตามสถานสงเคราะห์ต่างๆ หรืออาจจะถูกเลี้ยงดูเจริญเติบโตมาพร้อมความ

รู้สึกต่ำต้อย ไม่รู้จักความรัก ไม่ไว้วางใจผู้อื่น เมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่อาจไม่รู้จักหน้าที่ของการเป็นพ่อแม่ ขาดความรับผิดชอบต่อครอบครัวเป็นต้น องค์การอนามัยโลกได้คาดประมาณไว้ว่าทั่วโลกมีสตรีที่ต้องเผชิญกับปัญหาการทำแท้งปีละประมาณ 20 ล้านคน และเสียชีวิตปีละ 80,000 คน ซึ่งในจำนวนนี้ร้อยละ 95 อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา²² สำหรับประเทศไทยปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมและการแท้งที่ไม่ปลอดภัยยังคงเป็นปัญหาที่คุกคามสุขภาพกายของสตรีวัยเจริญพันธุ์ และการแท้งที่ไม่ปลอดภัยเป็นสาเหตุหนึ่งของการตายของมารดา จากการสำรวจของกรมอนามัย ปี 2542⁸ พบว่าร้อยละ 40 ของสตรีหลังแท้ง มีภาวะแทรกซ้อนอย่างรุนแรง และพบว่าอัตราการตายของสตรีจากการแท้งที่ไม่ปลอดภัย สูงถึง 300 ต่อ 100,000 สตรีที่ทำแท้ง

สำหรับผลการบังคับใช้กฎหมายห้ามทำแท้งของประเทศไทยนั้น ได้ส่งผลต่อระบบบริการสุขภาพและสุขภาพของผู้หญิงดังนี้²³

ก่อนปี 2548 ประเทศไทยยังใช้กฎหมายห้ามทำแท้งตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 301-305 พบว่าระบบสาธารณสุขไทยค่อนข้างมีคุณภาพ แต่แพทย์มักปฏิเสธการทำแท้งแม้จะได้รับการยกเว้นตามกฎหมาย

ปี 2548 มีการประกาศใช้ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การปฏิบัติเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ตามมาตรา 305 แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2548 พบว่าสถานบริการของรัฐส่วนใหญ่มีความพร้อมในการให้บริการทำแท้ง แต่ แพทย์ส่วนใหญ่ไม่ยอมทำแท้งให้ แม้จะเข้าเงื่อนไขตามกฎหมายอาญา และข้อบังคับแพทยสภาก็ตาม นอกจากนี้ตำรวจไม่ยอมรับข้อบังคับแพทยสภาแม้จะมีสถานะเป็นกฎหมายเช่นกัน

ถึงแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงตัวกฎหมาย แต่พบว่าการบังคับใช้กฎหมายดังกล่าวส่งผลต่อสุขภาพผู้หญิงเหมือนกัน คือ

- ผู้หญิงที่สามารถทำแท้งได้ตามกฎหมาย เช่นกรณีฉุกเฉินพบว่าผู้หญิงส่วนหนึ่งไม่ได้รับบริการทำแท้งและต้องตั้งท้องต่อจนคลอดเพราะแพทย์ไม่ยอมทำแท้งให้

- ยังพบว่ามีผู้หญิงส่วนหนึ่งทำแท้งไม่ปลอดภัย และเสี่ยงต่อการบาดเจ็บและเสียชีวิต

- ผู้หญิงที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ไม่มีเงินส่วนหนึ่งทำแท้งเอง ส่วนหนึ่งคลอดแล้วทิ้งลูก และผู้หญิงที่ทำงานในโรงงานถูกให้ออกจากงานเมื่อตั้งครรภ์

- การเก็บรวบรวมสถิติการทำแท้งที่สมบูรณ์ทำได้ยากเพราะเป็นเรื่องผิดกฎหมายดังนั้นข้อมูลที่ได้จึงเป็นการคาดประมาณจากจำนวนผู้เข้ารับการรักษาภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้งที่เข้ารับตัวในโรงพยาบาล ซึ่งกรมอนามัยได้ทำการสำรวจไว้ในปี 2542 พบว่าในจำนวนการทำแท้งทั้งหมดร้อยละ 40 เป็นการตั้งใจทำแท้ง หลังจากนั้นยังไม่มีการสำรวจตัวเลขการทำแท้งอีก

สถานการณ์ที่เกิดขึ้นในไทยดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาขององค์การอนามัยและสถาบัน กัท แมชอร์ (Guttmacher Institute) ซึ่งพบว่าประเทศที่มีการจำกัดเงื่อนไขการทำแท้งมากหรือกำหนดให้เป็นสิ่งผิดกฎหมายนั้น การทำแท้งมักเป็นบริการที่ไม่ปลอดภัยและส่งผลกระทบต่ออัตราการตายและบาดเจ็บจากภาวะแทรกซ้อนของการให้บริการทำแท้งที่ต่ำกว่ามาตรฐานขั้นต่ำสุดทางการแพทย์ ส่วนประเทศที่การทำแท้งเป็นเรื่องถูกกฎหมายและมีบริการที่ได้มาตรฐานและทั่วถึงจะมีผู้บาดเจ็บจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยต่ำมาก เช่นประเทศยุโรปตะวันตกมีอัตราการทำแท้งต่ำที่สุดทั้ง ๆ ที่การทำแท้งในประเทศเหล่านี้เป็นเรื่องถูกกฎหมาย และมีเงื่อนไขน้อยมากส่วนประเทศแอฟริกาใต้และเนปาลโดยเมื่อแอฟริกาใต้แก้ไขกฎหมายให้การทำแท้งถูกกฎหมายเมื่อปี 2539 ตัวเลขผู้ป่วยจากการทำแท้งไม่ปลอดภัยในปี 2543 ลดลงกว่าครึ่งเมื่อเทียบกับ ปี 2538 ส่วนเนปาลซึ่งเคยมีตัวเลขผู้หญิงที่เสียชีวิตจากการทำแท้งไม่ปลอดภัยติดอันดับต้น ๆ ของโลก ตัวเลข

กลับลดลงอย่างมากหลังจากการแก้กฎหมายในปี 2545 และข้อมูลเหล่านี้อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้สภายุโรป ซึ่งประกอบด้วยประเทศสมาชิกในยุโรป 47 ประเทศ รับรองข้อมติเมื่อ 16 เมษายน 2551 ให้การทำแท้งเป็นสิ่งถูกกฎหมาย และสามารถทำได้ภายใต้เงื่อนไขที่ยืดหยุ่นและเหมาะสม และต้องมีการจัดบริการทำแท้งที่ปลอดภัยให้ผู้หญิงเข้าถึงได้⁴

จากข้างต้นผู้เขียนมีความเห็นว่าการทำแท้งในสังคมไทยไม่เพียงแต่เป็นการกระทำที่ผิดกฎหมายที่ต้องกระทำความหลบซ่อนเสี่ยงต่อการถูกจับกุมแล้วยังต้องเสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพจากวิธีการทำโดยบุคคลที่ไม่ใช่แพทย์ และจะเห็นได้ว่าการมีกฎหมายห้ามทำแท้งไม่สามารถหยุดการทำแท้งได้แต่กลับเป็นเหตุให้ผู้หญิงต้องประสบปัญหาจากการลักลอบทำแท้งผิดกฎหมาย และประการสำคัญอย่างหนึ่ง คือความสามารถในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับสถานบริการช่วยเหลือที่ปลอดภัยต่อชีวิตจากการทำแท้งมีอยู่อย่างจำกัดและมีความแตกต่างกัน จึงทำให้ผู้หญิงอาจขาดโอกาสในการรับความช่วยเหลือด้านต่างๆ รวมทั้งการรับคำแนะนำปรึกษาเพื่อหาทางออกของปัญหาที่เหมาะสม จึงทำให้ผู้หญิงจำนวนหนึ่งต้องยอมเสี่ยงอันตรายเข้ารับบริการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยอันส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมา

5. ข้อเสนอในการแก้ไขปัญหการทำแท้ง

สำหรับความคิดในเรื่องการทำแท้งนั้นยังเป็นเรื่องที่ถกเถียงกันอยู่ หาข้อยุติไม่ได้ว่าควรเป็นอย่างไรรัฐควรจัดการกับปัญหาการทำแท้งอย่างไรบางความคิดเห็นบอกว่าควรจัดการแก้ไขกฎหมายให้สามารถทำแท้งเสรีได้บางความคิดเห็นบอกว่าควรหาทางแก้ไขวิธีอื่นที่ไม่ใช่การทำแท้ง ซึ่งจากการศึกษา ของณัฐยา บุญภักดีและ ดุสิตา พึ่งสำราญ⁷ เกี่ยวกับสภาพปัญหาและอัตราการทำแท้งในประเทศไทย พบว่าผู้หญิงร้อยละ 88-93 มีความเห็นว่าสังคมไทยควรอนุญาตให้มีการ

ทำแท้งที่ถูกกฎหมาย โดยให้เหตุผลว่าการห้ามไม่ให้ทำแท้งทำให้ผู้หญิงแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมด้วยการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยแทน ซึ่งการตัดสินใจทำแท้งเป็นเรื่องที่ผู้หญิงเจ้าของปัญหาต้องตัดสินใจเอง และบุญและบาปที่เกิดจากการทำแท้งเป็นเรื่องของผู้หญิงคนนั้น และยังมีความเห็นว่าการทำแท้งเป็นวิธีแก้ปัญหาคิดแล้วแล้วถูกทอดทิ้งให้กลายเป็นปัญหาสังคมซึ่งถ้าการห้ามไม่ให้ทำแท้งโดยที่ไม่มีความช่วยเหลือแบบอื่นมารองรับจะทำให้เกิดความลำบากในการเลี้ยงดูเด็กที่กำลังจะเกิดมา และมีผู้หญิงเกือบร้อยละ 100⁷ มีความเห็นว่าควรมีบุคลากรที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาและให้ข้อมูลต่างๆ ประกอบการตัดสินใจแก้ไขปัญหของผู้หญิง โดยบุคคลนี้ควรประจำอยู่ที่สถานพยาบาลทั่วไปและต้องให้ความช่วยเหลือหากผู้หญิงร้องขอ

แต่อย่างไรก็ตามในประเทศไทยการทำแท้งยังคงเป็นเรื่องผิดกฎหมาย ดังนั้นรัฐบาลควรมีหน่วยงานที่จะช่วยเหลือแม่ที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์เหล่านี้ ไม่ควรปล่อยให้แก้ปัญหาลงตามลำพัง ดังนั้นเพื่อให้อัตราการทำแท้งลดขนาด ลดอันตรายลงได้และไม่สร้างผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ตามมา ผู้เขียนขอเสนอแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวตามข้อเสนอของคณะจัดทำรายงานสุขภาพคนไทยปี 2551²⁵ ซึ่งควรครอบคลุมมิติต่อไปนี้

1. ลดจำนวนคนที่ต้องการทำแท้งด้วยการลดจำนวนการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม ทั้งนี้เพราะจำนวนการทำแท้งจะมากหรือน้อยเกี่ยวข้องโดยตรงกับจำนวนการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมเช่น ซิลีเปรูโนจีเรียพบว่ามีจำนวนการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมสูงและอัตราการทำแท้งก็สูงตามไปด้วย ส่วนประเทศที่มีอัตราการทำแท้งต่ำมักจะประเทศทางยุโรปตะวันตกซึ่งมีอัตราการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมในระดับต่ำมาก²⁶ สำหรับประเทศไทยปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมมีสาเหตุสำคัญจาก “การเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาซึ่งไม่สอดคล้องกับสภาพสังคมที่มีการตอบรับข้อมูลข่าวสารจากวัฒนธรรมต่างๆ มากมาย

ซึ่งกระตุ้นให้วัยรุ่นมีความสนใจ และต้องการเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศมากขึ้น แต่เรื่องเพศถูกมองว่าเป็นเรื่องส่วนตัว ไม่ควรพูดอย่างเปิดเผย รวมทั้งทัศนคติของผู้สอนเพศศึกษาที่ไม่ดีต่อเรื่องเพศเพราะคิดว่าเรื่องเพศเป็นสิ่งที่น่าอาย จึงทำให้วัยรุ่นขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องเพศ และอีกสาเหตุคือการไม่สามารถให้บริการด้านการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพแก่ประชาชนได้อย่างทั่วถึง²⁷ ดังนั้นการปรับเปลี่ยนนโยบายด้านสาธารณสุขควรตอบสนองกับปัญหานี้ โดยขยายกลุ่มเป้าหมายของบริการคุมกำเนิดและวางแผนครอบครัวให้ครอบคลุมทั้งกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ ทั้งที่แต่งงานแล้วและเป็นโสดด้วย และการจัดการศึกษาเรื่องเพศวิถีที่รอบด้านแก่เยาวชนทั้งหญิงและชาย เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพด้านเพศของตนเองได้

2. ลดจำนวนคนที่บาดเจ็บ ป่วย และตายจากบริการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย โดยการเปลี่ยนมุมมองปัญหาการทำแท้งให้เป็นปัญหาสุขภาพ ผู้ทำแท้ง คือ ผู้ประสบปัญหาด้านสุขภาพที่ควรได้รับความช่วยเหลือให้ปลอดภัย และเพื่อให้สามารถลดการบาดเจ็บและตายเพราะการทำแท้งเถื่อนควรสร้างระบบบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ที่รอบด้านซึ่งต้องเป็นระบบบริการสุขภาพพื้นฐานสำหรับบุคคลทุกกลุ่ม โดยควรประกอบด้วย การให้การปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิด การวางแผนครอบครัวและการให้บริการวิธีคุมกำเนิดแบบต่างๆ การให้คำปรึกษาแก่ผู้หญิงที่เกิดการตั้งครรภ์ไม่พร้อมโดยเป็นการปรึกษาที่เน้นทางเลือกต่างๆ และเคารพในสิทธิการตัดสินใจของเจ้าของปัญหาเป็นต้น¹⁷

บทสรุป

การแท้งที่ไม่ปลอดภัยเป็นปัญหาที่บั่นทอนสุขภาพของสตรีและเป็นสาเหตุของการป่วยและตายของสตรีวัยเจริญพันธุ์ทั่วโลกโดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนารวมทั้งประเทศไทย แต่เนื่องจากเป็นประเด็นที่ละเอียดอ่อน ปัญหานี้จึงไม่ค่อยได้รับความ

สนใจจากสังคม อันส่งผลให้สตรีที่มีปัญหาขาดโอกาสที่จะได้รับการดูแลที่ปลอดภัยทันสมัยและได้มาตรฐาน ซึ่ง การแก้ไขปัญหาค่าแท้งที่ไม่ปลอดภัยจำเป็นต้องได้รับความร่วมมืออย่างจริงจังและต่อเนื่องจากหลายฝ่าย โดยร่วมกันพัฒนาวิชาการที่ทันสมัยและได้มาตรฐาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้และร่วมกันหาทางออกหรือเสนอทางเลือกให้ผู้หญิงที่มีปัญหาให้มีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลทางเลือกที่ครบถ้วนสามารถตัดสินใจอย่างมีอิสระและเข้าถึงบริการและความช่วยเหลือด้านการแพทย์การสาธารณสุข และด้านสังคมที่เท่าเทียมกับผู้หญิงที่เจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ ต่อไปซึ่งแนวทางแก้ไขควรครอบคลุมประเด็นของการลดจำนวนคนที่ต้องการทำแท้งด้วย การลดจำนวนการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมและการลดจำนวนคนที่บาดเจ็บ ป่วย และตาย จากบริการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. ผะ พงษ์พานิช ทารกชุกถึงชะห้งน้พญิง. ไทยรัฐออนไลน์.[ออนไลน์] 9 กรกฎาคม 2554 [เข้าถึงเมื่อ 3 กันยายน 2554]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thairath.co.th/content/region/185140>
2. คนหาของเก่า ผะ พงษ์พานิช ทารกชุกถึงชะห้งน้พญิง. ไทยรัฐออนไลน์.[ออนไลน์] 4 พฤษภาคม 2554 [เข้าถึงวันที่ 3 กันยายน 2554]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thairath.co.th/content/region/168835>
3. แม่ใจแตก กินยาขับ ก่อนเอาลูกฝังดิน. ไทยรัฐออนไลน์.[ออนไลน์] 1 มิถุนายน 2554 [เข้าถึงวันที่ 3 กันยายน 2554]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thairath.co.th/content/region/175859>
4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์สุขภาพและสิ่งแวดล้อม : สถานการณ์การแท้งในประเทศไทย ปี 2542. [ออนไลน์]

- [เข้าถึงวันที่ 14 กรกฎาคม 2554.] เข้าถึงได้จาก ที่มา <http://advisor.anamai.moph.go.th/factsheet/POP7-5.htm>
5. สื่อองค์กรหนึ่งเอกชนจัด “รักนี้คุ้มได้” เพื่อป้องกันท้องก่อนพร้อม. ผู้จัดการออนไลน์. [ออนไลน์] 23 กรกฎาคม 2551 [เข้าถึงวันที่ 25 สิงหาคม 2554]. เข้าถึงได้จาก <http://www.manager.co.th/Campus/ViewNews.aspx?NewsID=9510000086466>
 6. “ท้องไร้เดียงสา 1 ปี ให้ล้มหายใจกว่า 7 หมื่นชีวิต” มติชนรายวัน. วันที่ 23 มกราคม 2552 หน้า 25.
 7. ญัฐยา บุญภักดี และ ดุสิตา พึ่งสำราญ. สภาพปัญหาและอัตราการทำแท้งในประเทศไทย. เอกสารประกอบการสัมมนาระดับชาติเรื่องทางเลือกของผู้หญิงที่ตั้งท้องเมื่อไม่พร้อม ภาค 2 ตอนร่วมกันสร้างทางเลือกให้หลากหลาย 1 สิงหาคม 2545 ณ โรงแรมโซลทวิน กรุงเทพมหานคร.
 8. สุวรรณ วรคามิน และนางลักษณ์ บุญไทย. สรุปผลการสำรวจสถานการณ์การแท้ง ในประเทศไทย ปี 2542. กองวางแผนครอบครัวและประชากร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2542. เอกสารประกอบการสัมมนา เรื่อง “ปัญหายุติการตั้งครรภ์” 6 สิงหาคม 2544 ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์คอนเวนชั่น กรุงเทพมหานคร.
 9. Bloom CL and Spong HR. William obstetrics. 23rd edition. New York:McGraw-Hill Companies, 2010.
 10. Lowdermilk D and Perry S. Maternity nursing. 7th edition. Canada: Mosby, Inc. 2006.
 11. สุวัฒน์ จันทระจาง. การทำแท้งกับปัญหาทางการแพทย์และสังคม. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์รุ่งเรืองสาส์นการพิมพ์, 2525.
 12. Smith D. A sociology for women. Madison: University of Wisconsin, 1979.
 13. สมพร วัฒนกุลเกียรติ. การตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจ : บทบาทของใครที่ต้องทบทวน. วารสารศูนย์บริการวิชาการ 2542; 7(4):47-53.
 14. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา.ประมวลกฎหมายอาญานับล่าสุด [ออนไลน์] [เข้าถึงวันที่ 15 สิงหาคม 2554]. เข้าถึงได้จาก <http://web.krisdika.go.th/data/law/law4/%BB06/%BB06-20-9999-update.pdf>
 15. วิสูตร ฟองศิริโพบูลย์. แพทย์ยุติการตั้งครรภ์ (ทำแท้ง) ให้ง่ายกับหญิงภายใต้เงื่อนไขที่แพทย์สมาคมกำหนด: กฎเกณฑ์ทันสมัยที่แพทย์ไทยควรรู้. เวชบันทึกศิริราช 2551;1(2):114-23.
 16. รายงานการประชุมวิชาการเรื่อง “ทิศทางการของการบริการวางแผนครอบครัวและเพศศึกษา: ทางออกของการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์” จัดโดยมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒและสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, ตุลาคม 2537.
 17. ชื่นฤทัย กาญจนจิตราและคนอื่นๆ. สุขภาพคนไทย 2551: ถึงเวลาต้องป้องกันและแก้ไขปัญหาทำแท้งเถื่อนให้ได้ผล. กรุงเทพมหานคร:บริษัท อัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน), 2551.
 18. สุชาดา รัชชกุล. การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการตัดสินใจทำแท้ง [วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษาดุสิตบัณฑิต สาขาพัฒนศึกษาศาสตร์]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร; 2541.
 19. สุพร เกิดสว่าง. ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการลักลอบทำแท้งในประเทศไทย. กรุงเทพฯ:ธีระ การพิมพ์, 2523.
 20. อรอนงค์ วงศ์วิริยากร. การศึกษาปัจจัยที่มีผล

- ต่อการทำแท้งและการตั้งครรภ์ต่อไปของหญิงที่ไม่พร้อมตั้งครรภ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาอาชีววิทยา และงานยุติธรรม]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.
21. สุพัตรา สุภาพ. ปัญหาสังคม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช, 2531.
 22. รายงานการประชุมนานาชาติ เรื่อง “The First International Congress on Women’s Health and Unsafe Abortion” จัดโดย มูลนิธิเพื่อสุขภาพและสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ของสตรี (แห่งประเทศไทย) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, พฤษภาคม 2553.
 23. มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง. การทำแท้งทั่วโลก จากกฎหมายถึงระบบบริการสุขภาพกับความเป็นจริงในชีวิตผู้หญิง.[ออนไลน์] [เข้าถึงวันที่ 10 สิงหาคม 2554]. เข้าถึงได้จาก <http://www.whaf.or.th/content/389>
 24. Susan A. Cohen. New data on abortion incidence, Safety illuminate key aspects of worldwide abortion debate. Guttmacher policy review, 2007.
 25. ชื่นฤทัย กาญจนจิตรา และคณะ.สุขภาพคนไทย 2551. กรุงเทพฯ:บริษัทอัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน), 2551.
 26. Henshaw SK, Singh S and Haas T. The incidence of abortion worldwide. International family planning perspectives 1999; 25 (suppl.):30-8.
 27. นภาพร หะวานนท์. การตอบโต้ของผู้หญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์. เชียงใหม่: ศูนย์สตรีศึกษาคณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2538.