

# ผู้หญิงกับการคุมกำเนิด

มลลิกา มัติโก\*

นโยบายประชากรและการวางแผนครอบครัวผ่านมาตรการการคุมกำเนิดที่ผ่านมา ได้ละเลยความจริงที่ว่า ผู้หญิงมีสิทธิที่จะเลือกหรือไม่เลือก และสิทธิที่จะควบคุมร่างกายตัวเอง การให้บริการอนามัยเจริญพันธุ์อย่างกว้างขวางแก่ผู้หญิงวัยต่างๆ นับจากวัยรุ่นจนถึงวัยหลังการเจริญพันธุ์ไปแล้ว จะส่งเสริมให้ผู้หญิงสามารถตัดสินใจเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับตนเองมากขึ้น

## 1. คำนำ

เป้าหมายนโยบายทางด้านสาธารณสุขหลายๆ ประการในประเทศไทย มุ่งเน้นผู้หญิงเป็นวัตถุสิ่งของ (object) มากกว่าความเป็นคน (subject) โดยปรากฏชัดเจนในนโยบายประชากรและโครงการวางแผนครอบครัวที่มีเป้าหมายเพื่อสนองตอบความต้องการในการลดอัตราเพิ่มของประชากร ลดภาวะการเจริญพันธุ์ และเพิ่มประสิทธิภาพของวิธีการคุมกำเนิดมากกว่า การตระหนักถึงสุขภาพอนามัยและการจัดบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์แบบครบวงจรให้กับผู้หญิงอย่างสมบูรณ์ บทความนี้ เป็นการนำเสนอแนวคิดการพิจารณาฐานะ และผลกระทบทางสุขภาพของผู้หญิงจากนโยบายประชากรและการวางแผนครอบครัวผ่านมาตรการการคุมกำเนิด โดยการทบทวนนโยบาย แผนงานโครงการ และงานวิจัยที่ผ่านมา มุมมองทางสังคมศาสตร์ในการมองร่างกายผู้หญิงที่ได้รับผลกระทบจากนโยบายวางแผนครอบครัว รวมทั้งข้อเสนอแนวทางนโยบายประชากรในมิติของความเสมอภาคทางเพศและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์

## 2. ผู้หญิงกับนโยบายและการวิจัยเกี่ยวกับการคุมกำเนิด: ภาพสะท้อนเชิงแนวความคิด

การคุมกำเนิด การควบคุมประชากร และการให้สิทธิความเสมอภาคแก่ผู้หญิงเท่ากับผู้ชาย ทุกประเด็นล้วนเป็นการเคลื่อนไหวทางสังคมที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับ การกระทำทางการเมืองที่ซับซ้อน ตลอดจนถึงเกี่ยวข้องกับลัทธิทางการเมืองด้านอื่นๆ เช่น ลัทธิเสรีนิยม ลัทธิหัวรุนแรง ลัทธิสังคมนิยม และหลักศาสนา ซึ่งความคิดในการเคลื่อนไหวเกี่ยวกับการควบคุมประชากร จะมีผลต่ออุดมการณ์ที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มผลประโยชน์ กับกลุ่มที่เสียเปรียบ ที่มีจุดแบ่งอยู่ที่ขีดชั้นของอำนาจที่ต่างกัน การเรียกร้องสิทธิในการคุมกำเนิดให้กับกลุ่มที่เสียเปรียบจึงมักรวมเรื่องการควบคุมร่างกายและชีวิตของผู้หญิงเข้าไว้เพื่อแสดงสัญลักษณ์แห่งอำนาจของกลุ่มที่ตกอยู่ท่ามกลางข้อกำหนดของกลุ่มต่อต้านการเกิด (antinatalist) กับกลุ่มที่สนับสนุนการเกิด (pronatalist) ขณะที่กลุ่มสตรีนิยม (feminist) ก็เรียกร้องสิทธิการควบคุมร่างกาย และชีวิตให้กับผู้หญิง

### 2.1 ผู้หญิงคือผู้ผลิตซ้ำ

หากพิจารณานโยบายการส่งเสริมให้ประชากรเพิ่มจำนวนบุตรที่ปรากฏอย่างชัดเจนในสมัยจอมพลแปลก

\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

พินูลสงคราม เป็นนายกรัฐมนตรี จะเห็นได้ว่านโยบายดังกล่าวเน้นมดลูกของผู้หญิงเพื่อใช้ในกระบวนการผลิตซ้ำ (reproduction) แร้งงานให้กับสังคม ภายใต้แนวคิดพื้นฐานทางชีววิทยาที่นำมากำหนดบทบาทของผู้หญิงคือการตั้งครรภ์ การเลี้ยงดูลูก และรับผิดชอบงานในบ้าน ตลอดจนความต้องการจำนวนบุตรจะมากหรือน้อยก็ถูกควบคุมด้วยดัชนีทางประชากรเพียงไม่กี่ตัว เช่น อัตราการเพิ่มประชากร อัตราการเกิด และอัตราการเจริญพันธุ์ โดยละเลยดัชนีทางสุขภาพ เช่น การตกเลือดระหว่างคลอด การแท้ง พิษแห่งครรภ์ การคลอดติดขัด และโรคแทรกซ้อนหลังคลอด ซึ่งล้วนแต่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้หญิงที่เกิดขึ้นภายหลังจากที่สังคมกำหนดว่าการตั้งครรภ์เป็นกิจกรรมของผู้หญิง และอาการแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอดเป็นความทุกข์ทรมานที่ผู้หญิงอาจต้องประสบ หากผู้หญิงไม่มาฝากครรภ์และตรวจครรภ์ตามเวลาที่กำหนด และที่สำคัญคือ ผู้หญิงต้องมาคลอดกับผู้มิวิชาชีพ

## 2.2 ผู้หญิงคืออุดมการณ์ทางประชากร

เมื่อระยะเวลาผ่านไปจนถึงอุดมการณ์ทางนโยบายประชากรแห่งชาติ พ.ศ. 2513 โดยรัฐได้รับอิทธิพลจากธนาคารโลกให้ตระหนักถึงปัญหาการเพิ่มขึ้นของประชากรที่มีแนวโน้มสูงขึ้น นับว่าเป็นความจำเป็นที่จะต้องให้คนไทยได้มีความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว ทำให้แนวคิดเรื่องการคุมกำเนิดเป็นมิติหนึ่งที่บรรจุอยู่ในนโยบายดังกล่าว ภายใต้เหตุผลว่า การที่ประชากรเพิ่มขึ้นมีผลกระทบกระเทือนและเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศในอนาคต ในช่วงนี้เองที่ชีวิตและร่างกายของผู้หญิงโดยเฉพาะผู้หญิงที่ยากจน ผู้หญิงชนกลุ่มน้อย และผู้หญิงที่สมรสแล้วที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ พลิกผันจากสภาพธรรมชาติมาสัมผัสกับวัฒนธรรมใหม่ๆ ภายใต้โครงการทดลองวิธีการคุมกำเนิดในรูปแบบต่างๆ ที่ได้รับความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์และการเงินจากต่างประเทศ ผู้หญิงที่ตกเป็นกลุ่มเป้าหมายไม่มีสิทธิในการเลือกใช้วิธีการคุม

กำเนิดนั้นๆ ด้วยตนเอง ผู้หญิงในสมัยนั้น (พ.ศ. 2500-2509) จะถูกทดลองให้ใส่ห่วงอนามัยรูปแบบต่างๆ เช่น ในปีพ.ศ. 2501 โรงพยาบาลหัวเฉียวให้บริการการใส่ห่วงอนามัยแบบ oppenheim และ ota ในปีพ.ศ. 2507 โรงพยาบาลพระปิ่นเกล้าใช้ห่วงอนามัยแบบลิปปีส์ ในปีพ.ศ. 2506 เริ่มใช้ในโรงพยาบาลแมคคอมิค และในปีพ.ศ. 2509 สภาประชากรสหรัฐอเมริกา ได้เริ่มทดลองใส่ชุดพิเศษทันทีภายหลังจากคลอดที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลหญิง (ราชวิถี) โรงพยาบาลวชิระ และโรงพยาบาลศิริราช

ในปีพ.ศ. 2510 คณะรัฐมนตรีลงมติเห็นด้วยกับรายงานการสำรวจประชากรและได้เสนอให้สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติมีหน้าที่รับผิดชอบในการกำหนดนโยบายเรื่องประชากรขึ้นในระดับชาติ รายงานฉบับนี้ยังได้กล่าวว่า “รัฐบาลควรจะให้การสนับสนุนและขยายขอบเขตการช่วยเหลือด้านการวางแผนครอบครัวให้แก่ครอบครัวที่ยากจนมีบุตรมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนภูมิภาคของประเทศ” จากนั้นการศึกษาทางการแพทย์และทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการคุมกำเนิด จึงเริ่มต้นขึ้นที่อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี ในปี 2507 เป็นโครงการวิจัยระหว่างสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ได้รับเงินอุดหนุนจากต่างประเทศจำนวน 3 หมื่นเหรียญสหรัฐ (สภาพัฒนาการเศรษฐกิจแห่งชาติ 2506)

แนวคิดเบื้องต้นในการศึกษาวิจัยจะมุ่งศึกษาเฉพาะคนยากจน ซึ่งมีอาชีพ ประเพณี ศาสนาและกลุ่มเชื้อชาติต่างๆ กัน และเป็นกลุ่มที่ต้องรับภาระในการเลี้ยงดูบุตรมากกว่าประชากรกลุ่มอื่นๆ จากนั้นจะนำผลวิจัยมาเพื่อศึกษาผลสะท้อนทางสังคม โดยเป็นการหาข้อเท็จจริงมาสนับสนุนความคิดที่ว่า หากการปฏิบัติการเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวครั้งนี้ รัฐบาลเป็นผู้ดำเนินการโดยแพทย์พยาบาลและเจ้าหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการแล้ว ผลสะท้อนต่อสังคมในด้านเกี่ยวกับศีลธรรมย่อมไม่เกิดขึ้น ในที่สุดประเทศไทยได้ประกาศนโยบายประชากรแห่งชาติอย่าง

## ผู้หญิงกับการคุมกำเนิด

เป็นทางการในปี 2513 และรวมการดำเนินงานกิจกรรม ประชากรเข้าไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของ ประเทศ เน้นงานด้านการลดอัตราเพิ่มประชากร และยกระดับการมีงานทำตั้งเป้าหมายลดอัตราเพิ่ม ประชากรจากร้อยละ 3 ให้เหลือ ร้อยละ 2.5 (สภาวิจัย แห่งชาติ 2506)

นอกจากนี้เริ่มมีการนำยาเม็ดคุมกำเนิด และยา ฉีดคุมกำเนิดมาใช้กับผู้หญิงเพิ่มมากขึ้น ทั้งๆที่บางครั้ง ยังไม่ทราบผลข้างเคียงของเทคโนโลยีเหล่านั้นก็มี จึง ทำให้ผู้หญิงไทยเป็นจำนวนมากต้องทนทุกข์ทรมานต่อ อาการแทรกซ้อนจากการคุมกำเนิดแบบต่างๆ เนื่องจาก เป็นทางเลือกหนึ่งที่ผู้หญิงรับรู้ว่าจะทำให้ชะลอการมีบุตร ขณะเดียวกันก็ได้รับคำตอบแทนหรือไม่เสียค่าบริการ แต่ทางเลือกดังกล่าวเป็นทางเลือกที่ไม่ปราณีต่อผู้หญิง เท่าใดนัก เพราะไม่ว่าจะเลือกวิธีไหนก็ให้โทษต่อ สุขภาพพอๆกัน จากการศึกษาเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ ของผู้หญิงในจังหวัดเชียงราย (พิมพ์วัลย์ บุญมงคล 2538) พบว่า ผู้หญิงส่วนใหญ่เลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดเพียง เหตุผลเรื่องความสะดวกและการใช้ตามผู้ที่เคยใช้มาก่อน ทั้งๆที่รู้ถึงอันตรายของวิธีการคุมกำเนิดเหล่านั้น เช่น มี โอกาสที่จะเป็นมะเร็ง เป็นต้น

### 2.3 ร่างกายผู้หญิงเป็นของสังคม

เมื่อเทคโนโลยีการคุมกำเนิดเข้าครอบงำร่างกาย ผู้หญิงภายใต้นโยบายประชากรแห่งชาติและได้กลายเป็น ส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตผู้หญิง ผลที่ตามมาคือ ร่างกาย ของผู้หญิงในวัยเจริญพันธุ์เหล่านี้ตกเป็นของสังคมเพื่อ ใช้ในการศึกษาวิจัย เพื่อตอบคำถามเกี่ยวกับวิธีการคุม กำเนิด โดยผู้หญิงจะถูกตั้งคำถามตั้งแต่คำถามที่ง่ายจน ถึงคำถามที่ยากๆ ที่ผู้หญิงรู้สึกว่าเป็นการล่วงล้ำสิทธิ ส่วนบุคคล เช่น คำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ และอารมณ์ทางเพศ (sexuality) เป็นต้น

ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแบบรูก ในรอบ 10 ปี ระหว่างพ.ศ. 2510-2520 พบว่าตลอด ระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา การคุมกำเนิดได้แทรก

เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของร่างกายผู้หญิงทั้งในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด และเป็นการยากที่จะประเมินว่าเป็น เพราะประสิทธิภาพของการดำเนินงานโครงการการ วางแผนครอบครัว หรือเป็นเพราะการเปลี่ยนแปลง ทางเศรษฐกิจและสังคม ที่มีผลต่อการลดจำนวนการมี บุตรลง อย่างไรก็ตามการศึกษาวิจัยมิได้หยุดนิ่งเฉพาะ ผู้หญิงในกรุงเทพฯเท่านั้น การวิจัยและการปฏิบัติงาน การวางแผนครอบครัวได้แพร่กระจายทั้งแนวคิดและ เทคนิควิธีไปในภาคเหนือ 17 จังหวัด (สุนทร ทองคง 2521) โดยผสมผสานกับงานอนามัยแม่และเด็ก

งานวิจัยในยุคนี้ส่วนใหญ่จะเป็นการวิจัยทางการ แพทย์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพและความประหยัดใน การใช้วิธีการป้องกันการปฏิสนธิวิธีต่างๆ เพื่อนำผล การวิจัยที่ได้ไปปรับปรุงประสิทธิภาพและวิธีการคุม กำเนิด โดยสืบความทุกข์ทรมานต่อผลแทรกซ้อนจาก วิธีการคุมกำเนิดอย่างสิ้นเชิง หรืออาจคิดว่าเป็นเพียง การบ่นซึ่งเป็นธรรมชาติของผู้หญิง และได้ทำงานของ ตนต่อไปตามทิศทางที่ถูกกำหนดจากแหล่งเงินทุน หรือ ความสนใจ เช่น การจัดสรรยาฉีดคุมกำเนิดให้แก่โรง พยาบาลจังหวัดและอำเภอในปี 2518 และโครงการวัด ผลการคุมกำเนิดใน 9 อำเภอ 4 จังหวัด (สิงห์บุรี ชัย นาท อุทัยธานี นครสวรรค์) ในปี 2521 มีการศึกษาผล ของการวางแผนครอบครัวในจังหวัดขอนแก่น (2520- 2524) พบว่า ในช่วงปี 2520-2521 ประชาชนจะเลือกใช้ การใส่ห่วงอนามัยมาก ขณะที่ปี 2522-2524 ประชาชน นิยมใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดสูงกว่า (ประกาศน์ เชาวน์ปรีชา 2521) ซึ่งงานวิจัยในยุคนี้ ร่างกายผู้หญิงยังถูกใช้เป็น เครื่องทดลองวิธีการคุมกำเนิดที่ขยายวงกว้างขวางมาก ขึ้น

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการคุมกำเนิดในยุคนี้เรียก ได้ว่า เป็นยุคที่ผู้หญิงถูกเอาเปรียบ ภายใต้อุดมการณ์ ทางประชากรและทางการแพทย์ กล่าวคือร่างกายของ ผู้หญิงถูกสังคมนำไปใช้เพื่อการขอเงินทุนอุดหนุนและ อุปกรณ์จากต่างประเทศ เพื่อการวิจัยเรื่องการคุมกำเนิด ที่เป็นประโยชน์ทางการศึกษามากกว่าจะคำนึงถึงความ

ต้องการที่แท้จริงของผู้หญิง หรือความทุกข์ทรมานที่เกิดจากผลข้างเคียงของวิธีการคุมกำเนิดที่หลากหลายซึ่งสามารถซื้อขายได้ง่ายตามร้านขายยาและร้านชำจะมีนักวิจัยคนใดบ้างที่จะศึกษาประวัติชีวิตของผู้หญิงตั้งแต่เริ่มใช้วิธีการคุมกำเนิด และเปลี่ยนวิธีใหม่ไปเรื่อยๆ เพราะมีอาการจากผลข้างเคียง และในที่สุดพบว่า เป็นมะเร็ง งานวิจัยที่ผ่านมาได้ช่วยแก้ไขผลข้างเคียงของวิธีการคุมกำเนิดให้ลดลงมากน้อยเพียงใด และสามารถตอบคำถามที่ผู้หญิงทุกคนอยากรู้ว่าจะมีอันตรายต่อร่างกายอย่างไรบ้าง หากใช้ในระยะเวลาหลายๆ หรือมีทางเลือกในการคุมกำเนิดวิธีใดที่ปลอดภัย คำถามเหล่านี้ นักวิจัยส่วนใหญ่รับรู้เป็นอย่างดี เพราะงานวิจัยและวิทยานิพนธ์ที่ศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้เกือบทั้งหมด มีข้อมูลความระทมทุกข์ของผู้หญิงที่เกิดจากการใช้วิธีการคุมกำเนิดเริ่มตั้งแต่อาการเลือดออกกะปริบกะปรอย คลื่นไส้ อาเจียน น้ำมน้อย หน้าเป็นฝ้า อ้วน ปวดท้อง ขณะมีประจำเดือน แต่ความผิดพลาดที่เกิดจากการใช้วิธีการคุมกำเนิดไม่ใช่วัตถุประสงค์หลักของการวิจัย เช่น วัตถุประสงค์ของการวิจัยต้องการศึกษาอัตราการคงใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ที่สัมพันธ์กับนโยบายยาฟรี (สุมาลี เพิ่มแพงพันธุ์ 2527) ผู้หญิงที่เป็นตัวอย่างได้บอกถึงอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด เช่นกัน แต่ความสำคัญจากคำบอกเล่าดังกล่าวถูกนำไปผสมกับปัจจัยอื่นๆ เช่น ความต้องการบุตรเพิ่ม ราคาผลิตภัณฑ์ แรงจูงใจ ตลอดจนปัจจัยทางประชากร สังคม วัฒนธรรม และจิตวิทยา ทำให้อาการแทรกซ้อนลดความสำคัญลงเมื่อนำไปรวมกับปัจจัยอื่นๆ ส่งผลให้ผู้วิจัยส่วนใหญ่ลืมความทุกข์ทรมานที่เกิดกับร่างกายของผู้หญิงที่นับวันอาการแทรกซ้อนที่เกิดจากวิธีการคุมกำเนิดที่ถูกสร้างขึ้นในวัฒนธรรมทางการแพทย์กลับกลายเป็นภาวะที่ผู้หญิงต้องทนทุกข์และต้องต่อสู้เพียงลำพัง

#### 2.4 ผู้หญิง: ตัวเราร่างกายเรา

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา นักสุขภาพผู้หญิงเริ่มให้ความสนใจปัญหาสุขภาพกับสิทธิในการควบคุมร่างกาย

ตนเองมากขึ้น โดยเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวกับการใช้บริการ การวางแผนครอบครัวและวิธีการคุมกำเนิด และได้นำประเด็นนี้ไปอภิปรายในการประชุมนานาชาติ เรื่องผู้หญิง ณ กรุงไนโรบี ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2530 นับว่าเป็นครั้งแรกที่เรื่องสิทธิของผู้หญิงในการเลือกใช้วิธีคุมกำเนิด ที่ปลอดภัยและตรงกับความต้องการของตนเองได้รับการตระหนักถึงและยอมรับอย่างกว้างขวาง สิทธิในเรื่องนี้ถูกนำมาพิจารณาอีกครั้งในที่ประชุมนานาชาติภายใต้ข้อตกลงระหว่างประเทศ เรื่อง Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2533 (กฤตยา อาชวนิจกุล 2535) และในการประชุมเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพของผู้หญิงทุกครั้ง เรื่องสิทธิในการควบคุมภาวะเจริญพันธุ์จะเป็นหัวข้อที่มีความสำคัญในลำดับต้นๆ เสมอ และในการประชุมว่าด้วยเรื่องสตรีในเดือนกันยายน 2538 ณ กรุงปักกิ่ง ประเทศจีน ก็ได้กำหนดเป้าหมายที่ต้องการคือ ให้ผู้หญิงมีโอกาสได้รับบริการด้านสุขภาพ โดยมีมาตรการเรื่องสิทธิของผู้หญิงด้านการเจริญพันธุ์ โดยรัฐบาลควรให้การสนับสนุนด้านสุขภาพการเจริญพันธุ์ และโครงการวางแผนครอบครัวอย่างเพียงพอ โดยรวมถึงการศึกษาและการยกระดับจิตสำนึกตลอดจนให้เน้นกลุ่มผู้ชายในฐานะเป็นพ่อและเป็นบุคคลที่ต้องรับผิดชอบต่อพฤติกรรมทางเพศของตน

ความสนใจงานการศึกษาเรื่องผู้หญิงในประเทศไทยขยายวงกว้างมากขึ้นตั้งแต่เริ่มระยะการจัดทำแผนพัฒนาสตรีระหว่าง พ.ศ. 2525-2529 ซึ่งงานศึกษารั้งแรกคือการศึกษาทบทวนและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้หญิงไทย โดยจัดเป็นหมวดหมู่ พบว่า ไม่มีการตั้งคำถามเกี่ยวกับสิทธิเสรีภาพของผู้หญิงเรื่องการคุมกำเนิดเลย ทั้งนี้งานวิจัยส่วนใหญ่ยังคงเน้นไปที่ปัญหาเทคนิคเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวอย่างไรก็ตามในการทำการวิจัยควรคำนึงถึงผลประโยชน์ของผู้หญิง และมีวิธีใดบ้างที่จะปกป้องสิทธิและสถานภาพของผู้หญิงไปพร้อมกับการลดอัตราการเติบโตของประชากร ประเด็นคำถามเกี่ยวกับสิทธิในการควบคุมร่างกายตนเอง

## ผู้หญิงกับการคุมกำเนิด

ในด้านการเจริญพันธุ์จำเป็นต้องศึกษาวิจัยเพื่อให้ภาพที่ละเอียดและชัดเจนของโลกผู้หญิงให้สังคมรับรู้ เพื่อนำไปสู่การเพิ่มระดับความเสมอภาคทางเพศให้สมดุลมากขึ้น

### 3. นโยบายการวางแผนครอบครัวกับร่างกายของผู้หญิง

ในช่วงเวลา 30 ปีที่ผ่านมา คำว่า “นโยบายประชากร” ได้สร้างสูตรสำเร็จรูป เพื่อการลดจำนวนการมีบุตร ซึ่งดำเนินการผ่านโครงการวางแผนครอบครัวที่มีวัตถุประสงค์หลักคือ การควบคุมการเกิด และพยายามสร้างจิตสำนึกให้คู่สมรส โดยเฉพาะผู้หญิงให้รับรู้ว่า การคุมกำเนิดมีผลดีต่อสุขภาพทั้งของแม่และเด็ก ช่วยลดอัตราการตายของมารดาและทารกแรกเกิด แต่ในทางตรงข้ามผู้หญิงเหล่านั้นก็กลับไม่ได้รับรู้ถึงผลข้างเคียงและอันตรายจากวิธีการคุมกำเนิดเหล่านั้น

จากการประชุมนานาชาติ เรื่อง “ทัศนะของผู้หญิงต่อการพัฒนาวิธีการคุมกำเนิดและการนำไปใช้” ที่เมือง Zeist ประเทศเนเธอร์แลนด์ เดือนเมษายน พ.ศ. 2534 ที่ประชุมได้มีการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่เท่าเทียมกัน 4 ระดับ และส่งผลกระทบต่อสิทธิในการควบคุมภาวะเจริญพันธุ์ของผู้หญิง ในประเทศโลกที่ 3 คือ 1) ความสัมพันธ์ระหว่างโลกซีกเหนือกับโลกซีกใต้ ประเทศด้อยพัฒนามักถูกบังคับทางอ้อมให้ยินยอมต่อการประกาศใช้นโยบายประชากรที่ต่อต้านการเกิด (antinatalist) และกลายเป็นตลาดการขายผลิตภัณฑ์การคุมกำเนิดแบบต่างๆ แหล่งใหญ่แห่งหนึ่ง ขณะเดียวกันผู้หญิงจำนวนมากต้องกลายเป็นหนูทดลองยาคุมกำเนิดที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ๆ 2) ความสัมพันธ์ระหว่างรัฐบาลกับประชาชน เป็นรูปแบบที่รัฐบาลเสนอนโยบายการวางแผนครอบครัวที่สั่งโดยตรงจากส่วนบนมาสู่ส่วนล่าง โดยมีผู้หญิงเป็นประชากรเป้าหมายหลักของแผนงาน และผู้หญิงเหล่านั้นไม่มีสิทธิที่จะควบคุมร่างกายของเธอเอง ตลอดจนไม่มีอิสระที่จะเลือกวิธีการคุมกำเนิด

ที่สอดคล้องกับความต้องการ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการการคุมกำเนิดและผู้รับบริการ ที่มีลักษณะของผู้รับบริการต้องขึ้นต่อผู้ให้บริการ การเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดเป็นการบังคับให้เลือก ขณะเดียวกันผู้รับบริการมักไม่ได้รับข้อมูลที่ตรงไปตรงมาในวิธีการคุมกำเนิดแบบต่างๆ และไม่ทราบถึงผลข้างเคียงหรืออันตรายต่างๆ นอกจากนี้บริการการวางแผนครอบครัวมีลักษณะเลือกปฏิบัติกับผู้หญิงด้อยโอกาสบางกลุ่ม เช่น คนจน ชนกลุ่มน้อยทางชาติพันธุ์ โสเภณี และ 4) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ชายและผู้หญิง มีลักษณะที่ผู้หญิงตกเป็นรองต่อผู้ชาย โดยจะพบว่าผู้หญิงจะเป็นผู้ที่เสี่ยงด้านสุขภาพต่อการใช้ผลิตภัณฑ์การคุมกำเนิดมากกว่าผู้ชาย ทั้งนี้เพราะผลิตภัณฑ์ส่วนใหญ่ มีไว้สำหรับผู้หญิง ดังนั้นผู้หญิงจึงตกอยู่ในภาวะจำยอม (กฤตยา อาชวนิจกุล 2527)

ประเทศไทยก็เหมือนกับประเทศด้อยพัฒนาอื่น ๆ ที่ประชาชนถูกล้างสมองว่าปัญหาการเพิ่มประชากรอย่างรวดเร็วเป็นรากเหง้าของปัญหาทั้งหลายทั้งปวงในปี 2513 ประเทศไทยมีนโยบายประชากรและประกาศว่า รัฐบาลมีนโยบายสนับสนุนงานวางแผนครอบครัวโดยสมัครใจ คำว่าการวางแผนครอบครัวโดยทั่วไปมีความหมายว่า การที่คู่สมรสร่วมกันกำหนดขนาดครอบครัวของตนตามความเหมาะสมกับฐานะครอบครัว โดยกำหนดจำนวนบุตรที่ต้องการจะมีและระยะเวลาของการมีบุตรว่าควรมีช่วงเวลาอย่างไรที่จะสามารถเลี้ยงบุตรของตนให้ดีที่สุด ซึ่งรวมถึง การส่งเสริมการมีบุตรในคู่สมรสที่เป็นหมั้นหรือมีบุตรยาก และการเลือกเพศของบุตรด้วย (กองอนามัยครอบครัว 2520) ส่วนคำว่าการคุมกำเนิด หมายถึง ความพยายามที่จะทำให้ผู้หญิงที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 15-49 ปี) มีจำนวนบุตรไม่เกินไปกว่าที่นโยบายประชากรของชาติได้วางเป้าหมายไว้ (กฤตยา อาชวนิจกุล 2524)

การคุมกำเนิดจึงมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการวางแผนครอบครัว โดยมีเครื่องมือในการคุมกำเนิดเป็นตัวเชื่อมโยง กล่าวคือ การวางแผนครอบครัวจะมีผล

ตามเป้าหมายต้องใช้วิธีการควบคุมกำเนิดในการช่วยลดอัตราการเกิดของประชากร

เหตุผลทางทฤษฎีที่น่าเชื่อถือล้วนผลักดันให้ผู้หญิงต้องตกเป็นเหยื่อของนโยบายประชากร และตลาดการค้าผลิตภัณฑ์คุมกำเนิดโดยไม่รู้ตัว แนวคิดชวนเชื่อให้ความเห็นว่า หากผู้หญิงมีโอกาสที่จะควบคุมภาวะเจริญพันธุ์โดยมีสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเอง และให้โอกาสในการเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดแบบต่างๆ ได้อย่างแพร่หลาย จะช่วยให้สุขภาพของแม่และเด็กจะดีขึ้น ขณะเดียวกันจะเป็นลดภาระการเลี้ยงบุตรลงไปได้ ผู้หญิงจะได้มีเวลาพัฒนาความรู้เพื่อยกฐานะของตนเองให้สูงขึ้น แต่ในสภาพความเป็นจริงปรากฏว่าร่างกายผู้หญิงถูกนำมาใช้ในการทดลองยา ถูกควบคุมจากนโยบายประชากร และถูกบังคับให้เป็นผู้บริโภครผลิตภัณฑ์คุมกำเนิดต่างๆ อย่างยอมจำนน

การมุ่งไปที่ตัวเลขเป้าหมายเพื่อลดอัตราเกิด หรืออัตราเพิ่มของประชากรในนโยบายการวางแผนครอบครัว ทำให้นักวางแผนครอบครัวลืมนึกไปว่า ผู้หญิงนั้นเป็นคนที่มีร่างกาย จิตใจ มีสิทธิที่จะเลือกหรือไม่เลือก และที่สำคัญที่สุดคือ ผู้หญิงมีสิทธิที่จะควบคุมร่างกายของตัวเอง (กฤตยา อาชวนิจกุล 2524)

สำหรับร่างกายทางการเมือง (body politic) เป็นแนวคิดเศรษฐศาสตร์การเมืองมาร์กซิสต์ที่อธิบายว่าร่างกายผู้หญิงถูกเอาเปรียบและถูกควบคุมหน้าที่สืบพันธุ์โดยนโยบายการวางแผนครอบครัว หรือโดยรัฐ กล่าวคือ ใช้ร่างกายผู้หญิงเพื่อการทดลองและใช้ผลิตภัณฑ์การคุมกำเนิดต่างๆ เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ห่วงอนามัย ยาเม็ดทำให้แท้ง ยาฉีด และยาคุมกำเนิดแบบฝังใต้ผิวหนัง นอกจากนี้ยังมีการใช้ฮอร์โมนสำหรับผู้หญิงในวัยหมดประจำเดือน ทั้งนี้ผู้หญิงส่วนใหญ่ไม่มีโอกาสเลือกหรือตัดสินใจได้ด้วยตนเอง และตราบไต่ที่ร่างกายผู้หญิงตกอยู่ภายใต้การครอบงำของนโยบายการวางแผนครอบครัว และการจัดการทางการแพทย์ (medicalization) ตราบนั้นร่างกายของผู้หญิงก็จะกลายเป็นร่างกายทางการเมืองมากขึ้น โดยจะเหลือ

ร่างกายส่วนที่เป็นปัจเจกชน (individual) น้อยลงหรือไม่เหลือเลย

### 3.1 การสร้างวิธีการคุมกำเนิดในความคงที่ของผู้หญิง

การที่ผู้หญิงเป็นผู้ผลิตซ้ำที่สำคัญ ทั้งในแง่ของการสืบทอดลูกหลาน (reproduction) และในกิจกรรมการผลิตอื่นๆ ในระบบเศรษฐกิจ ทำให้ผู้หญิงเป็นเพศที่สังคมต้องเข้าควบคุม ครอบงำ และบงการในรูปแบบต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการกีดกันผู้หญิงให้อยู่ชายขอบของวิถีการผลิตในสังคมทุนนิยม หรือแบ่งแยกผู้หญิงให้อยู่นอกพิธีกรรมทางศาสนา ทำให้ผู้หญิงอยู่ในสภาวะความเป็นรองของเพศชายมาโดยตลอด นอกจากจะควบคุมผู้หญิงซึ่งเป็นแรงงานสำคัญของสังคม รวมทั้งการควบคุมภาวะเจริญพันธุ์โดยการสร้างวิธีการคุมกำเนิดที่ให้ผู้หญิงเป็นผู้ที่ต้องเสี่ยงต่อสุขภาพและชีวิต ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาวิธีการคุมกำเนิดหลายชนิดสำหรับผู้หญิงนั้น เป็นการอาศัยสัญลักษณ์แห่งความคงที่ (symbol of constant) ของผู้หญิงเพื่อสร้างเทคโนโลยีใหม่ๆ เกี่ยวกับการคุมกำเนิดอยู่ตลอดเวลา ซึ่งสัญลักษณ์หรือตัวแทนแห่งความคงที่ของผู้หญิงในที่นี้คือ ประจำเดือน (menstruation) ที่มีความแน่นอน และจัดระเบียบได้ ประจำเดือนจะบอกให้ผู้หญิงรู้ว่าตั้งครรภ์หรือไม่ตั้งครรภ์ และบอกถึงระยะเวลาที่ปลอดภัยในการมีเพศสัมพันธ์ได้อย่างมีความสุขโดยไม่ต้องกลัวว่าจะตั้งครรภ์หรือสามารถบอกถึงความผิดปกติของมดลูกได้ และบอกถึงสภาวะทางสุขภาพที่แข็งแรงหรืออ่อนแอ (พิจารณาจากปริมาณและสีของประจำเดือน) ในขณะที่สังคมกลับใช้สัญลักษณ์แห่งความคงที่เป็นข้ออ้างว่าเป็นสิ่งสกปรก และควบคุมบังคับให้ผู้หญิงแยกตนเองจากศูนย์กลางแห่งอำนาจ และให้มองตนเองว่าสกปรกอ่อนแอ ยอมรับการแบ่งแยกและสถานภาพทางเพศที่เป็นรอง

ยิ่งไปกว่านั้น ในวงการวิทยาศาสตร์การแพทย์ เล็งเห็นประโยชน์ของการใช้สัญลักษณ์แห่งความคงที่แสวงหากำไรและผลประโยชน์โดยการสร้างเทคโนโลยี

## ผู้หญิงกับการคุมกำเนิด

เกี่ยวกับการคุมกำเนิดให้กลมกลืนกับความคงที่ของประจำเดือนภายใต้การยอมรับทางกฎหมายและการแพทย์ เทคโนโลยีเกี่ยวกับการคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับระบบประจำเดือนของผู้หญิง คือ ยาเม็ดคุมกำเนิดที่บริษัทยาต่างๆ พยายามแข่งขันกันผลิตออกสู่ตลาด เพื่อให้ผู้หญิงสามารถเลือกใช้ได้อย่างอิสระสำหรับประเทศไทย การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดเพิ่มมากขึ้นในช่วงปลายทศวรรษ 1960 ทั้งนี้มีผลมาจากการตัดสินใจของฝ่ายบริหารที่ยินยอมให้พยาบาล/ผดุงครรภ์จ่ายยาคุมกำเนิดได้โดยไม่ต้องมีใบสั่งยาจากแพทย์ (Freedman and Berelson 1976) อ้างใน Mauldin และ Sinding 1993)

### 3.2 ผู้หญิงตกเป็นเหยื่อของการตลาดและสิ่งจูงใจ

ในการรณรงค์ให้ผู้หญิงใช้วิธีการคุมกำเนิดเพิ่มมากขึ้น ภายใต้โครงการกระจายการคุมกำเนิดสู่ชุมชน โดยรับสมัคร “ผู้จ่ายแจก” (distributor) ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ให้นำผลิตภัณฑ์คุมกำเนิด เช่น ถุงยางอนามัย (บางครั้งเป็นยาคุมกำเนิด) ไปเสนอขายตามบ้านในราคาถูก ขณะเดียวกัน ผู้จ่ายแจกจะกระจายผลิตภัณฑ์คุมกำเนิดไปตามร้านค้าเล็กๆ ในชุมชน ในราคาต้นทุน ซึ่งการพัฒนาโครงการกระจายผลิตภัณฑ์คุมกำเนิดโดยชุมชนเป็นฐานมี 70 แห่ง ใน 40 ประเทศ นอกจากนี้ยังมีโครงการการตลาดทางสังคมเพื่อการคุมกำเนิด ที่ดำเนินการอยู่ใน 13 ประเทศซึ่งมีการจำหน่ายถุงยางอนามัย ยาเม็ดคุมกำเนิดและของอื่นๆ ในการวางแผนครอบครัวในราคาถูก จากประสบการณ์มากกว่า 1 ทศวรรษ แสดงให้เห็นว่าโครงการการตลาดทางสังคมเพื่อการคุมกำเนิด (CSM = Contraceptive Social Marketing) ดำเนินการไปได้ด้วยดี มีการโฆษณาประชาสัมพันธ์ และปรับตัวเข้ากับสภาพท้องถิ่น และสามารถเข้าถึงกลุ่มสตรีในวัยเจริญพันธุ์ประมาณร้อยละ 5-15 ในสามประเทศคือ บังกลาเทศ โคลัมเบีย และอียิปต์ซึ่งการดำเนินการโดยวิธีนี้จะให้ต้นทุน-ประสิทธิผล

(cost-effective) มากกว่าการทำงานในระบบการบริการชนิดอื่น

การใช้สิ่งจูงใจหรือการจ่ายเงิน เพื่อให้เกิดการยอมรับและใช้วิธีการคุมกำเนิดเป็นมาตรการของรัฐบาลที่ใช้เพื่อการรณรงค์ให้ผู้หญิงโดยเฉพาะผู้หญิงด้อยโอกาสยอมใช้วิธีการคุมกำเนิดอย่างไม่สมัครใจ การให้สิ่งจูงใจหรือการให้เงินไม่ได้เป็นการรับประกันว่าสตรีที่ใช้การคุมกำเนิดจะปลอดภัยจากผลข้างเคียง

การให้สิ่งตอบแทนเพื่อบีบบังคับให้ผู้ที่เสียเปรียบในสังคมคือคนจนต้องจ่ายอรรถกระทำในสิ่งที่พวกเขาไม่ปรารถนาจะทำ เป็นวิธีที่ผิดหลักจริยธรรมใช่หรือไม่ และเป็นประเด็นที่โต้เถียงก็ตลอดมาตั้งแต่อดีต เช่น การออกค่าใช้จ่ายทั้งหมดแก่ผู้หญิงเพื่อมาทำหมันโดยสมัครใจ โดยค่าใช้จ่ายจะรวมค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าดูแลเด็กและการสูญเสียรายได้จากการทำงาน ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงมาก จนคนยากจนไม่สามารถจะจ่ายได้ ในที่สุดคนยากจนเหล่านั้นต้องยอมจำนนต่อค่าตอบแทนหรือสิ่งจูงใจเหล่านั้น และตัดสินใจทำหมันในเวลาต่อมา

## 4. อนามัยเจริญพันธุ์ ฐานะใหม่ในนโยบายประชากร

ถึงเวลาแล้วที่ควรพิจารณาสถานะอนามัยเจริญพันธุ์ ให้เป็นส่วนหนึ่งในนโยบายประชากร เพื่อคลายความคิดดั้งเดิมที่ว่านโยบายประชากร คือ การวางแผนครอบครัว การให้บริการทางอนามัยเจริญพันธุ์อย่างกว้างขวางตามที่ Germain กับคณะ (1994) เสนอว่า ควรจะเน้นไปที่สุขภาพทางเพศ (sexual health) กล่าวคือ เป็นการรวมการให้บริการสำหรับผู้หญิงในวัยต่างๆ ทั้งหมด ตั้งแต่วัยรุ่นจนถึงวัยหลังการเจริญพันธุ์ไปแล้ว เหตุผลที่เสนอบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ที่ครอบคลุมทุกๆ ขั้นตอนของชีวิตผู้หญิง คือ “การบรรลุผลในการดูแลด้านอนามัยเจริญพันธุ์ การยกระดับฐานะ และการรับผิดชอบต่อความสัมพันธ์ทางเพศ”

บทบาทของอนามัยเจริญพันธุ์ในนโยบายประชากร

จะช่วยเปลี่ยนทิศทางและขอบข่ายของนโยบายที่มีอยู่เดิมให้สดใสนั้น ขณะเดียวกันบทบาทของอนามัยเจริญพันธุ์จะส่งเสริมการให้สิทธิแก่ผู้หญิงในการตัดสินใจเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดด้วยตนเองได้มากขึ้น

เราจะกำหนดความหมายใหม่ของนโยบายประชากรเมื่อรวมอนามัยเจริญพันธุ์เข้าไปไว้ในนโยบายได้โดยในปลายข้อด้านหนึ่ง ความหมายของนโยบายประชากรจะแคบ เพราะมีความหมายในการลดการมีบุตร โดยผ่านโครงการวางแผนครอบครัว ส่วนปลายข้ออีกด้านหนึ่งความหมายของนโยบายประชากรจะกว้างมาก โดยรวมไปถึงการกระจายทรัพยากร แนวคิดเรื่องความเป็นเพศชายเพศหญิง (gender) เชื้อชาติ และความไม่เท่าเทียมกันทางชนชั้นในการเข้าถึงบริการ และการควบคุมทรัพยากร

การแปลความหมายนโยบายประชากรในขอบเขตที่แคบ ดูเหมือนจะมีความซ้ำซ้อนน้อยมากกับแนวทางการเข้าถึงการอนามัยเจริญพันธุ์ และขอบข่ายของโครงการวางแผนครอบครัวในปัจจุบัน ในทำนองเดียวกันการกำหนดความหมายนโยบายประชากรในแนวกว้างจะมีความคล้ายคลึงกับนโยบายการพัฒนาและสวัสดิการของมนุษย์ ดังนั้น การขยายขอบข่ายนโยบายประชากรจึงตกอยู่ในสถานการณ์ที่ลำบาก กล่าวคือ ถ้าพิจารณาความหมายประชากรในวงแคบ งานที่เกี่ยวข้องกับประชากร คือการลดการมีบุตร ผ่านการวางแผนครอบครัว จะดำเนินต่อไปภายใต้ต้องค์กร UNFPA และถ้านโยบายประชากรถูกกำหนดความหมายในขอบข่ายของอนามัยเจริญพันธุ์เนื้อหาของนโยบายจะร่วมอยู่กับ WHO, UNICEF และ UNFPA ในกรณีนี้กองทุนสำหรับพัฒนาอนามัยเจริญพันธุ์จะมาจากงบประมาณของ 3 หน่วยงานดังกล่าว และหากนโยบายประชากรจะครอบคลุมงานด้านการปรับปรุงสวัสดิการของมนุษย์ซึ่งรวมถึงวิธีการและทรัพยากรที่จะลดความไม่เท่าเทียมกันขอบข่ายของนโยบายประชากรควรจะอยู่ในหน่วยงานของ UN ดังนั้นทางเลือกที่พึงประสงค์และถูกต้องสำหรับนโยบายประชากรควรต้องชัดเจนและควรระบุว่าองค์การ

ใดจะรับอาสาในการดูแลสุขภาพด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิงในฐานะที่เป็นคนทั้งคนที่สมบูรณ์ในทศวรรษหน้า

## 5. บทส่งท้าย

โลกยังเผชิญกับปัญหาการเพิ่มของประชากรต่อไปอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แม้ว่าประเทศส่วนใหญ่จะมีอัตราการเพิ่มประชากรลดลง แต่จำนวนผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์จะเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการขานรับนโยบายประชากร จะต้องตอบสนองต่อความเสมอภาคทางเพศ และสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ หรือสิทธิในการควบคุมร่างกายตนเอง การส่งเสริมการวางแผนครอบครัวที่ดำเนินการมาเป็นเวลามากกว่า 30 ปี ให้บทเรียนอันล้ำค่าแก่นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักประชากร และนักสิ่งแวดล้อมที่กำหนดว่า “ผู้หญิง” เป็นตัวปัญหาของการเพิ่มจำนวนประชากร ขณะเดียวกันก็ให้ผู้หญิงเป็นตัวแก้ปัญหาโดยผ่านกลไกของนโยบายการคุมกำเนิด ด้วยกลวิธีการชักจูง บังคับ และล่อลวงเพื่อให้ยอมรับการวางแผนครอบครัว

จากที่กล่าวมาแล้วทั้งหมด ไม่ได้หมายความว่าไม่ควรมีการวางแผนครอบครัวในประเทศกำลังพัฒนา แต่เสรีภาพในการสืบทอดเผ่าพันธุ์ เป็นสิ่งสำคัญที่งานวางแผนครอบครัวจะต้องใช้เวลาผู้หญิงในการตัดสินใจและกำหนดด้วยตนเอง และมีอิสระที่จะเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิด ตลอดจนสิทธิที่จะได้รับบริการที่มีคุณภาพ และมีโอกาสได้รับข้อมูลทั้งสองด้าน สิ่งเหล่านี้ก็คือสิทธิมนุษยชนที่ผู้หญิงทุกคนพึงจะได้รับ หากว่าเสรีภาพนั้นมีจริง แต่สิ่งที่ปรากฏให้เห็นจากสภาพความเป็นจริงของหลายประเทศ พบว่าการคุมกำเนิดที่ใช้อยู่ในโครงการประชากรมีแนวโน้มจะถูกใช้เพื่อการจำกัด (มากกว่าส่งเสริม) อิสระหรือเสรีภาพในการสืบทอดเผ่าพันธุ์ของทั้งผู้ชายและผู้หญิง

นัยทางประชากรเพื่อเสริมสร้างความเสมอภาคทางเพศ และสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์จะต้องเปลี่ยนแปลง



## ผู้หญิงกับการคุมกำเนิด

แนวคิดเกี่ยวกับผู้หญิง และเนื้อหาทางประชากร 4 ประการดังนี้

1. นโยบายทางประชากร จะต้องนำประเด็นเรื่องสิทธิมนุษยชนมาพิจารณา โดยต้องระบุชัดเจนว่าทุกคนจะต้องมีเสรีภาพและสิทธิโดยชอบธรรมขั้นพื้นฐานซึ่งจำเป็นต่อความปลอดภัยส่วนบุคคล และต่อการเลือกการคุมกำเนิด

2. นโยบายประชากรควรใช้ชื่อว่านโยบายการเจริญพันธุ์ ต้องเป็นนโยบายที่สร้างความเท่าเทียมกันทางเพศ ครอบคลุมทิศทางเพศหรือยึดถือเพศเป็นหลัก ซึ่งเป็นการบั่นทอนจิตใจผู้หญิง และให้ตระหนักว่า ผู้หญิงคือทรัพยากรที่มีค่าทางสังคม

3. นโยบายประชากร (การเจริญพันธุ์) จะต้องให้ผู้หญิงและผู้ชายสามารถเลือกมีพฤติกรรมทางเพศ (sexuality) และการเจริญพันธุ์ได้อย่างอิสระ มีการวางมาตรการเพื่อป้องกันการแทรกแซงของแนวคิดต่อต้านการเกิดและแนวคิดสนับสนุนการเกิดอันจะมีอิทธิพลหรือมาควบคุมบุคคล ครอบครัว ชุมชน และรัฐ

4. โครงการวางแผนครอบครัวควรใช้ชื่อว่าโครงการอนามัยเจริญพันธุ์ ต้องขยายขอบเขตการให้บริการเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ และอนามัยเจริญพันธุ์สำหรับผู้ชาย และผู้หญิงทุกกลุ่มอายุและผู้ด้อยโอกาสทุกคน

## เอกสารอ้างอิง

1. กฤตยา อาชวนิจกุล. *ผู้หญิงกับนโยบายประชากรและสิทธิในการควบคุมภาวะเจริญพันธุ์*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประชากรศาสตร์แห่งชาติ 19-21 พฤศจิกายน 2535 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
2. กฤตยา อาชวนิจกุล. “ร่างกายของเราทำไมเราไม่มีสิทธิ” *สตรีทัศน์*, ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 เมษายน-พฤษภาคม 2535: หน้า 10-19.

3. กฤตยา อาชวนิจกุล. “ผู้หญิงอยู่ตรงไหนในนโยบายประชากรกับการวางแผนครอบครัว” *สื่อผู้หญิงชุดเดินไปข้างหน้า*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิผู้หญิง, 2524: หน้า 82-87.
4. สุมาลี เพิ่มแพงพันธ์. *ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
5. สำนักงานสภาวิจัยแห่งชาติ. *การสัมมนาทางวิชาการเรื่องประชากรของประเทศไทย ครั้งที่ 1*. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ, 2521.
6. สุนทร ทองคง. “รายงานเรื่องผลการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวในรอบ 10 ปี ของภาคเหนือ”. การสัมมนาทางวิชาการแห่งชาติเรื่องประชากรของประเทศไทย ครั้งที่ 4 (21-25 สิงหาคม 2521) สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ, 2521.
7. ประกาศนีย์ เชาวน์ปรีชา. “รายงานเรื่องผลการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวของประเทศไทยในรอบ 10 ปี จังหวัดขอนแก่น 2520-2524.” การสัมมนาทางวิชาการแห่งชาติเรื่องประชากรของประเทศไทย ครั้งที่ 4 (21-25 สิงหาคม 2521) สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ, 2521.
8. Germain, A. “Reproductive Health and Dignity: Choices by Third World Women Technical Background.” Paper prepared for the International Conference on Better Health for Women and Children Through Family Planning. Nairobi, Kenya. Oct.1987.

