



แบบรายงานผล

ภายหลังการเข้ารับการฝึกอบรม ดูงาน ประชุมสัมมนาวิชาการ นำเสนอผลงานวิชาการ ปฏิบัติการวิจัย  
ในประเทศ หลักสูตรที่หน่วยงานนอกเป็นผู้จัด

ตามบันทึกข้อความ ขออนุมัติเข้าร่วมประชมนานาชาติ เรื่อง "the ๕th International Congress on Women's Health and Unsafe Abortion - IWAC ๒๐๒๖" ที่ เลขที่ ๐๐๕พย.๐๑.๖๙/๑๙๙ ลงวันที่ ๒๖ มกราคม ๒๕๖๙ ซึ่งข้าพเจ้า ชื่อ-นามสกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์อิทธิพร สุวรรณอำภา ตำแหน่ง อาจารย์ประจำ สังกัด ภาควิชาการพยาบาลครอบครัวและผดุงครรภ์ ได้รับอนุมัติให้ไปฝึกอบรม ดูงาน ประชุม สัมมนาวิชาการ นำเสนอผลงานวิชาการ ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ หลักสูตร "the ๕th International Congress on Women's Health and Unsafe Abortion - IWAC ๒๐๒๖" ระหว่างวันที่ ๒๔ - ๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙ จัดโดย มูลนิธิเพื่อสุขภาพและสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ของสตรี(แห่งประเทศไทย) ร่วมกับแพทยสภา ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ โรงแรม Arnoma Grand Bangkok ถนนราชดำริ กรุงเทพมหานคร เบิกค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น เป็นเงิน ..... บาท

บัดนี้เสร็จสิ้นการฝึกอบรม ดูงาน ประชุมสัมมนาวิชาการ นำเสนอผลงานวิชาการ ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศแล้ว จึงขอรายงานผล ในหัวข้อ ต่อไปนี้

1. เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการฝึกอบรม ประชุม ดูงาน ปฏิบัติการวิจัยในประเทศ
  2. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา
  3. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการฝึกอบรม ประชุม ดูงาน ปฏิบัติการวิจัย ดังกล่าว เช่น เนื้อหา ความคุ้มค่า วิทยากร การจัดทำหลักสูตร เป็นต้น
- (โปรดแนบเอกสารที่มีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อข้างต้น)

1.เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการฝึกอบรม ประชุม ดูงาน ปฏิบัติการวิจัยในประเทศ

24-27 กุมภาพันธ์ 2569: Medical abortion practical aspects workshop “First trimester medical abortion- regimens, side effect, complications, follow up.

#### Medical Abortion (การยุติการตั้งครรภ์ด้วยยา)

1. Mifepristone (Mifegyne®)

2. Misoprostol (Cytotec®)

วิธีนี้ถูกใช้ทั่วโลกและได้รับอนุมัติครั้งแรกใน ฝรั่งเศส ปี 1988 ปัจจุบันใช้ใน มากกว่า 100 ประเทศประเทศไทย อนุมัติให้ใช้ ปี 2014

**ลักษณะการทำงานของยา** กระบวนการเหมือน การแท้งธรรมชาติ (spontaneous miscarriage)

**กลไกการออกฤทธิ์ของยา**

#### Mifepristone

1.ยับยั้ง progesterone receptor

2.ทำให้เยื่อโพรงมดลูกหลุดออก

3. ทำให้ gestational sac แยกจากผนังมดลูก

4.ทำให้มดลูกไวต่อ prostaglandin

**ส่งผลให้** corpus luteum เสื่อม ฮอโมน  $\beta$ -hCG ลดลง ปากมดลูกเปิด และมดลูกหดตัว และเกิด กระบวนการเหมือน การแท้งเองตามธรรมชาติ

#### วิธีใช้ยา

Day 1: ให้ Mifepristone 200–600 mg รับประทาน และหลังจาก 36–48 ชั่วโมง ให้ Misoprostol (prostaglandin) สามารถให้ยาได้ทาง oral sublingual vaginal rectal

ประสิทธิภาพของวิธีนี้ สำเร็จโดยไม่ต้องผ่าตัด 98.4%

#### อาการและผลข้างเคียงที่พบ

อาการปวด ปวดท้องหลังให้ prostaglandin พบประมาณ 80% คล้ายปวดประจำเดือน การรักษา NSAIDs (ibuprofen, diclofenac)

เลือดออก เลือดออกมากประมาณ ครึ่งวัน เลือดออกเล็กน้อยได้ ประมาณ 2 สัปดาห์

คลื่นไส้ incomplete abortion 1–4% ongoing pregnancy ~1%

**ข้อห้ามใช้ยา (Contraindications)** ตั้งครรภ์นอกมดลูก มี IUD อยู่ในมดลูก adrenal failure

ใช้ corticosteroid ระยะยาว แพ้ยาล mifepristone หรือ misoprostol มีโรคเลือดออกง่าย หรือใช้ anticoagulant

การยุติการตั้งครรภ์ด้วยยา (Medical abortion) เป็นวิธีการยุติการตั้งครรภ์ที่ได้รับการ ยอมรับอย่างกว้างขวางในระดับสากล โดยเริ่มได้รับการอนุมัติครั้งแรกในประเทศฝรั่งเศสเมื่อปี ค.ศ. 1988 และปัจจุบัน มีการใช้ในมากกว่า 100 ประเทศทั่วโลก ประเทศไทยได้อนุมัติให้ใช้วิธีนี้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 วิธีการดังกล่าวใช้ยาสอง ชนิดร่วมกัน ได้แก่ mifepristone (Mifegyne®) และ misoprostol (Cytotec®) ซึ่งเป็นยาที่มีความปลอดภัยและมี ประสิทธิภาพสูง กระบวนการทำงานของยาทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่คล้ายกับการแท้งตามธรรมชาติ โดยยับยั้งการทำงานของฮอโมนโปรเจสเตอโรน ทำให้เยื่อโพรงมดลูกและถุงการตั้งครรภ์แยกออกจากผนังมดลูก และกระตุ้นให้มดลูกหดตัวเพื่อขับถุงการตั้งครรภ์ออกจากร่างกาย

โดยทั่วไปแนวทางการรักษาจะเริ่มจากการให้ mifepristone รับประทาน เพื่อยับยั้งตัวรับ ของฮอโมนโปรเจสเตอโรน ส่งผลให้ corpus luteum เสื่อม การสร้างฮอโมนลดลง และมดลูกมีความไวต่อ prostaglandin มากขึ้น จากนั้นประมาณ 36–48 ชั่วโมง จะให้ misoprostol เพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูกและ

ทำให้เกิดการขยับการตั้งครรภ์ออก กระบวนการนี้มีประสิทธิภาพสูง โดยสามารถยุติการตั้งครรภ์ได้สำเร็จโดยไม่ต้องใช้การผ่าตัดในประมาณร้อยละ 98 ของผู้ป่วย และมีเพียงส่วนน้อยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติม เช่น การคุมดลูกในกรณีที่มีการตั้งครรภ์ต่อเนื่องหรือการแท้งไม่สมบูรณ์

อาการที่พบได้ระหว่างการรักษา ได้แก่ อาการปวดท้องน้อยจากการหดตัวของมดลูก เลือดออกทางช่องคลอด คลื่นไส้ หรืออาการไม่สบายเล็กน้อย ซึ่งโดยทั่วไปสามารถรักษาตามอาการได้ด้วยยาแก้ปวด เช่น ยากลุ่ม NSAIDs อย่างไรก็ตามมีข้อห้ามในการใช้วิธีนี้ในบางกรณี เช่น การตั้งครรภ์นอกมดลูก การมีห้วงอนามัยในโพรงมดลูก ภาวะต่อมหมวกไตล้มเหลว การใช้ยาฮอร์โมนสเตียรอยด์ระยะยาว หรือการแพ้ยา prostaglandin นอกจากนี้ยังต้องมีการติดตามผลหลังการรักษา โดยอาจใช้การตรวจอัลตราซาวด์หรือการวัดระดับฮอร์โมน hCG เพื่อตรวจยืนยันว่าการตั้งครรภ์สิ้นสุดลงอย่างสมบูรณ์

ในช่วงหลังมีการพัฒนาวิธีการที่เรียกว่า Very Early Medical Abortion (VEMA) ซึ่งหมายถึงการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยาในระยะที่อายุครรภ์ยังน้อยมาก ก่อนที่จะสามารถยืนยันตำแหน่งของการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูกได้จากการตรวจอัลตราซาวด์ โดยมักพบว่าผลการตรวจการตั้งครรภ์เป็นบวก แต่ยังไม่เห็นถุงการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูก หรือเรียกว่า pregnancy of unknown location (PUL) การศึกษาทางวิชาการพบว่าวิธีนี้มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยใกล้เคียงกับการเริ่มรักษาหลังจากยืนยันการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูกแล้ว และอาจมีข้อดีหลายประการ เช่น ลดระยะเวลาการรอคอย ลดระยะเวลาที่ผู้หญิงต้องเผชิญกับอาการจากการตั้งครรภ์ และช่วยให้สามารถวินิจฉัยภาวะตั้งครรภ์นอกมดลูกได้เร็วขึ้นหากมีการติดตามผลอย่างเหมาะสม

โดยสรุป การยุติการตั้งครรภ์ด้วยยาเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพสูง ปลอดภัย และสอดคล้องกับกระบวนการทางธรรมชาติของการแท้ง การพัฒนาวิธีการในระยะเริ่มต้นมาก เช่น VEMA ทำให้สามารถให้การรักษาได้รวดเร็วขึ้น ลดความทุกข์ทรมานและจิตใจของผู้ป่วย และยังคงมีความปลอดภัยเมื่อมีระบบการติดตามผลทางคลินิกที่เหมาะสม ดังนั้นแนวทางทางการแพทย์สมัยใหม่จึงสนับสนุนให้สามารถเสนอการรักษาด้วยวิธีนี้แก่ผู้หญิงได้ทันทีหลังจากที่ผู้ป่วยตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ โดยไม่จำเป็นต้องรอให้การตั้งครรภ์สามารถยืนยันตำแหน่งในโพรงมดลูกได้เสมอไป

### Abortion Laws: Europe Constantly Improving While the U.S. Is Rolling Back

การยุติการตั้งครรภ์เป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องทั้งด้านการแพทย์ สังคม และกฎหมาย ซึ่งมีพัฒนาการแตกต่างกันในแต่ละประเทศ จากการศึกษาพบว่าในอดีตมนุษย์มี ภาวะเจริญพันธุ์ตามธรรมชาติสูง ทำให้ตลอดช่วงชีวิตการเจริญพันธุ์ของผู้หญิงประมาณ 35 ปี จำเป็นต้องมีการใช้วิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ เพื่อจำกัดจำนวนบุตรให้เป็นไปตามความต้องการของครอบครัว หากการคุมกำเนิดล้มเหลวและเกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ การยุติการตั้งครรภ์จึงกลายเป็นทางเลือกหนึ่งในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ผู้หญิงส่วนใหญ่มักตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์เมื่อเห็นว่าไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรได้อย่างเหมาะสมในขณะนั้น จึงถือเป็นการตัดสินใจอย่างมีความรับผิดชอบต่องานของตนเองและครอบครัว

อย่างไรก็ตาม ในอดีตหลายสังคมได้กำหนดข้อจำกัดเกี่ยวกับการคุมกำเนิดและการยุติการตั้งครรภ์ โดยข้อจำกัดเหล่านี้ไม่ได้เกิดขึ้นจากเหตุผลทางการแพทย์หรือจริยธรรมที่มุ่งคำนึงถึงผู้หญิงเป็นศูนย์กลาง แต่มีรากฐานจากบริบททางการเมืองและสังคม เช่น ความต้องการเพิ่มจำนวนประชากรของรัฐหรือกองทัพในช่วงสงคราม ตัวอย่างเช่น ในยุโรปช่วงต้นศตวรรษที่ 19 การทำแท้งถูกกำหนดให้เป็นความผิดทางอาญา และกฎหมายเหล่านี้ถูกนำไปใช้ในประเทศอาณานิคมต่าง ๆ ทำให้หลายประเทศยังคงใช้กฎหมายที่ล้าสมัยซึ่งไม่สอดคล้องกับหลักฐานทางการแพทย์ในปัจจุบัน ต่อมาในปี ค.ศ. 1967 สหราชอาณาจักรได้เริ่มทำให้การยุติการตั้งครรภ์ถูกกฎหมาย เนื่องจากพบว่าการห้ามทำแท้งไม่สามารถแก้ปัญหาได้จริง และนำไปสู่การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย ในปัจจุบันประเทศส่วนใหญ่ในยุโรปได้ปรับปรุงกฎหมายให้เอื้อต่อการเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ มากขึ้น เช่น การขยายอายุครรภ์ที่สามารถยุติได้ การยกเลิกข้อกำหนดการรอคอยหรือการอนุญาตจากแพทย์หลายคน และการให้บริการที่ครอบคลุมในระบบสุขภาพของรัฐ แนวโน้มดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าหลายประเทศเริ่มตระหนักว่าการจำกัดการเข้าถึงบริการไม่ได้ช่วยลดจำนวนการทำ



แท้ง แต่กลับเพิ่มความเสี่ยงต่อการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย ในทางตรงกันข้าม ประเทศบางแห่ง เช่น สหรัฐอเมริกา กลับมีแนวโน้มเพิ่มข้อจำกัดเกี่ยวกับการทำแท้งในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา โดยมีการออกกฎหมายจำกัดจำนวนมาก ส่งผลให้การเข้าถึงบริการมีความยากลำบากมากขึ้น

สำหรับประเทศไทย เดิมทีไม่มีทบัญญัติกฎหมายเกี่ยวกับการทำแท้งจนกระทั่งได้รับอิทธิพลจากกฎหมายยุโรปเมื่อประมาณ 150 ปีก่อน ต่อมาจึงมีการกำหนดให้การทำแท้งเป็นความผิดทางกฎหมาย และในปี พ.ศ. 2499 ได้มีการแก้ไขกฎหมายให้แพทย์สามารถทำแท้งได้ในบางกรณีตามมาตรา 305 อย่างไรก็ตาม ในปี พ.ศ. 2564 ศาลรัฐธรรมนูญได้วินิจฉัยให้บทบัญญัติบางส่วนของกฎหมายเดิมขัดต่อรัฐธรรมนูญ ส่งผลให้มีการปรับปรุงกฎหมายใหม่ และอนุญาตให้ผู้หญิงสามารถยุติการตั้งครรภ์ได้ตามเงื่อนไขทางกฎหมายจนถึงอายุครรภ์ 12 สัปดาห์

โดยสรุป การพัฒนากฎหมายเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์สะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและความเข้าใจด้านสุขภาพสตรีที่เพิ่มขึ้น หลายประเทศได้ปรับปรุงกฎหมายให้สอดคล้องกับหลักฐานทางวิทยาศาสตร์และสิทธิมนุษยชนมากขึ้น ขณะที่บางประเทศยังคงมีข้อจำกัดที่เข้มงวด การสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการคุมกำเนิด การเข้าถึงบริการสุขภาพที่ปลอดภัย และการกำหนดนโยบายที่คำนึงถึงสิทธิและความปลอดภัยของผู้หญิงจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และลดความเสี่ยงจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยในสังคม.

## กฎหมายการทำแท้งในแต่ละประเทศ

### ประเทศนอร์เวย์

ประเทศนอร์เวย์เป็นประเทศที่มีระบบสาธารณสุขแบบรัฐสวัสดิการ โดยมีประชากรประมาณ 5.5 ล้านคน การให้บริการยุติการตั้งครรภ์เป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพ และบริการดังกล่าวไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับประชาชน การยุติการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ดำเนินการในแผนกสูติ-นรีเวชของโรงพยาบาล และข้อมูลการทำแท้งทั้งหมดจะถูกบันทึกไว้ในทะเบียนการทำแท้งระดับชาติ เพื่อใช้ในการติดตามสถานการณ์ด้านสาธารณสุขของประเทศ กฎหมายเดิมของนอร์เวย์ซึ่งประกาศใช้ในปี ค.ศ. 1975 กำหนดให้ผู้หญิงสามารถยุติการตั้งครรภ์ได้ตามความต้องการจนถึงอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ โดยผู้ที่อาศัยอยู่ในประเทศสามารถเข้ารับบริการได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย หากอายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ จำเป็นต้องได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการเฉพาะ ซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญหลายสาขา โดยพิจารณาจากเหตุผลต่าง ๆ เช่น ปัญหาสุขภาพกายหรือจิตของหญิงตั้งครรภ์ เหตุผลทางเศรษฐกิจและสังคม ความผิดปกติของทารกในครรภ์ หรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความผิดทางอาญา เช่น การข่มขืน อย่างไรก็ตาม การยุติการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในระยะเริ่มต้นของการตั้งครรภ์ และการทำแท้งในไตรมาสที่สองพบได้น้อยมาก โดยมีสัดส่วนน้อยกว่าร้อยละ 5 ของการทำแท้งทั้งหมด

ตลอดช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา ได้เกิดการถกเถียงทางสังคมและการเมืองเกี่ยวกับสิทธิในการยุติการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในช่วงทศวรรษ 1990 ที่มีการพัฒนาเทคโนโลยีการวินิจฉัยทารกในครรภ์ ทำให้เกิดการอภิปรายเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ในกรณีที่ทารกมีความพิการ รวมทั้งประเด็นสิทธิและศักดิ์ศรีของบุคคลที่มีความพิการ นอกจากนี้ในช่วงปี ค.ศ. 2014–2024 ยังมีการอภิปรายในสาธารณะเกี่ยวกับบทบาทของแพทย์ในการปฏิเสธการให้บริการด้วยเหตุผลทางจริยธรรม (conscientious objection) รวมถึงข้อจำกัดของกฎหมายเกี่ยวกับการลดจำนวนทารกในครรภ์ (fetal reduction) จากการพิจารณาพบว่ากฎหมายเดิมมีอายุเกือบ 50 ปี และไม่สอดคล้องกับบริบทของสังคมและการปฏิบัติทางการแพทย์ในปัจจุบัน จึงมีข้อเสนอให้ปรับปรุงกฎหมายใหม่ เนื่องจากกฎหมายเดิมใช้ถ้อยคำและแนวคิดที่ล้าสมัย อีกทั้งกระบวนการพิจารณาของคณะกรรมการถูกวิจารณ์ว่าเป็นภาระที่ไม่จำเป็นต่อผู้หญิงและคล้ายกับกระบวนการไต่สวนทางกฎหมาย นอกจากนี้ยังมีข้อกังวลจากฝ่ายคัดค้านว่าการปรับกฎหมายอาจทำให้จำนวนการทำแท้งในไตรมาสที่สองเพิ่มขึ้นหรือเพิ่มการทำแท้งด้วยเหตุผลเกี่ยวกับความผิดปกติของทารก อย่างไรก็ตาม หลักฐานทางข้อมูลแสดงให้เห็นว่ากฎหมายไม่ได้ส่งผลโดยตรงต่อจำนวนการทำแท้งหรือช่วงเวลาที่มีการทำแท้งอย่างมีนัยสำคัญ

ในปี ค.ศ. 2025 นอร์เวย์ได้ปรับปรุงกฎหมายการยุติการตั้งครรภ์ใหม่ โดยอนุญาตให้ผู้หญิงสามารถยุติการตั้งครรภ์ตามความต้องการได้จนถึงอายุครรภ์ 18 สัปดาห์ พร้อมทั้งให้สิทธิในการรับข้อมูล คำปรึกษา และการติดตามผลหลังการรักษา นอกจากนี้ยังมีการจัดตั้งคณะกรรมการพิจารณาการทำแท้งสำหรับกรณีที่อายุครรภ์ 18–22 สัปดาห์ โดย

คณะกรรมการประกอบด้วยแพทย์ นักกฎหมาย และผู้เชี่ยวชาญด้านสังคมและสุขภาพ เพื่อพิจารณาเหตุผลทาง การแพทย์และสังคมที่เกี่ยวข้อง กฎหมายฉบับใหม่นี้ยังระบุว่าบุคลากรทางการแพทย์สามารถปฏิเสธการให้บริการด้วย เหตุผลด้านมโนธรรมได้ แต่สถานพยาบาลต้องสามารถจัดให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ กฎหมาย ใหม่ยังเปิดโอกาสให้สามารถให้บริการยุติการตั้งครรภ์นอกโรงพยาบาลได้ โดยไม่มีข้อจำกัดทางกฎหมายเกี่ยวกับสถานที่ หรือบุคลากรที่ให้บริการ หน่วยงานสาธารณสุขระดับภูมิภาคมีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดให้ประชาชนสามารถเข้าถึง บริการได้อย่างทั่วถึง และมีการดำเนินโครงการนำร่องในระบบบริการปฐมภูมิ ตั้งแต่เดือนสิงหาคม ค.ศ. 2025 โดยได้รับ การสนับสนุนจากหน่วยงานด้านสาธารณสุขของประเทศ

โดยสรุป การพัฒนากฎหมายการยุติการตั้งครรภ์ของประเทศนอร์เวย์สะท้อนให้เห็นถึงการปรับตัวของนโยบาย สาธารณสุขให้สอดคล้องกับบริบทของสังคม สิทธิของผู้หญิง และความก้าวหน้าทางการแพทย์ โดยมุ่งเน้นการเข้าถึง บริการที่ปลอดภัย การคุ้มครองสิทธิในการตัดสินใจของผู้หญิง และการจัดระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและเป็น ธรรมต่อประชาชน.

### ประเทศญี่ปุ่น

การยุติการตั้งครรภ์ในประเทศญี่ปุ่นมีพัฒนาการทางกฎหมายและนโยบายที่สะท้อนถึงการเปลี่ยนผ่านจาก แนวคิดเรื่องการควบคุมประชากรไปสู่ประเด็นด้านสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ แม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงหลายครั้งใน ประวัติศาสตร์ แต่ระบบกฎหมายของญี่ปุ่นยังคงมีลักษณะเป็นกฎหมายเชิงควบคุมมากกว่าการคุ้มครองสิทธิของผู้หญิง โดยตรง ในด้านประวัติศาสตร์ กฎหมายสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการยุติการตั้งครรภ์เริ่มต้นในปี ค.ศ. 1948 เมื่อรัฐบาลญี่ปุ่น ประกาศใช้ Eugenic Protection Law ซึ่งมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อควบคุมจำนวนประชากรในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่ สอง กฎหมายฉบับนี้อุญาตให้มีการยุติการตั้งครรภ์ในบางกรณี และยังมีการบังคับห้ามในบางสถานการณ์ ต่อมาใน ปี ค.ศ. 1996 กฎหมายดังกล่าวได้รับการปรับปรุงและเปลี่ยนชื่อเป็น Maternal Body Protection Law เพื่อเน้นการ คุ้มครองสุขภาพของมารดามากขึ้น อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการปรับปรุงกฎหมาย แต่แนวคิดด้านสิทธิอนามัยการเจริญ พันธุ์ยังไม่ได้ถูกนำมาใช้เป็นหลักในการกำหนดนโยบายอย่างเต็มที่ ในด้านการปฏิบัติทางการแพทย์ ในอดีตการยุติการ ตั้งครรภ์ในญี่ปุ่นส่วนใหญ่ใช้วิธีการขูดมดลูก (Dilation and Curettage: D&C) ซึ่งยังคงถูกใช้อย่างแพร่หลายในปี ค.ศ. 2019 อย่างไรก็ตาม ในช่วงหลังได้มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการรักษา โดยการดูดสุญญากาศ (Vacuum Aspiration: VA) เริ่มถูกใช้มากขึ้น และในปี ค.ศ. 2023 วิธีดังกล่าวกลายเป็นวิธีหลักที่ใช้ในการยุติการตั้งครรภ์ ขณะที่การใช้วิธีขูด มดลูกเพียงอย่างเดียวลดลงอย่างมาก

อีกประเด็นสำคัญคือการใช้จ่ายทำแท้ง ซึ่งประเทศญี่ปุ่นอนุญาตให้ใช้จ่ายทำแท้งอย่างถูกกฎหมายค่อนข้างช้าเมื่อ เปรียบเทียบกับประเทศอื่น ๆ โดยประเทศฝรั่งเศสอนุญาตให้ใช้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1988 และสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 2000 ขณะที่ประเทศญี่ปุ่นเพิ่งอนุญาตให้ใช้จ่ายทำแท้งในปี ค.ศ. 2023 นอกจากนี้การเข้าถึงบริการยังมีข้อจำกัดหลายประการ เช่น ค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง และการควบคุมการให้บริการอย่างเข้มงวด นอกจากนี้ กฎหมายของญี่ปุ่นยังคงมีข้อจำกัด บางประการที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ เช่น การกำหนดให้ต้องได้รับความยินยอมจากคู่สมรสก่อนการยุติการ ตั้งครรภ์ การจำกัดให้เฉพาะแพทย์ที่ได้รับการแต่งตั้งเท่านั้นที่สามารถดำเนินการได้ และยังคงมีบทบัญญัติทางอาญาที่ เกี่ยวข้องกับการทำแท้งอยู่ในระบบกฎหมาย

โดยสรุป แม้ว่าประเทศญี่ปุ่นจะมีการพัฒนากฎหมายและเทคโนโลยีทางการแพทย์เกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ อย่างต่อเนื่อง แต่ระบบกฎหมายยังคงเน้นการควบคุมมากกว่าการยึดหลักสิทธิด้านอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างเต็ม รูปแบบ การเข้าถึงบริการจึงยังคงมีข้อจำกัดทั้งในด้านกฎหมาย ค่าใช้จ่าย และโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพ ซึ่ง สะท้อนให้เห็นถึงความท้าทายในการพัฒนานโยบายด้านสุขภาพสตรีในประเทศญี่ปุ่นในอนาคต.



## ประเทศออสเตรเลีย

มีระบบบริการสุขภาพแบบถ้วนหน้าที่ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐผ่านระบบ Medicare

ซึ่งเป็นระบบประกันสุขภาพของประเทศ การให้บริการสุขภาพขั้นพื้นฐานเน้นการดูแลในระดับปฐมภูมิ โดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (General Practitioners: GPs) ทำหน้าที่เป็นด่านแรกของการเข้าถึงบริการและดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ขณะที่โรงพยาบาลของรัฐให้บริการรักษาโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย ณ จุดให้บริการ อย่างไรก็ตาม ในบางบริการของการดูแลปฐมภูมิยังมีค่าใช้จ่ายที่ผู้รับบริการต้องจ่ายเองเพิ่มขึ้น เช่น การพบแพทย์หรือการตรวจทางรังสีวิทยา ในด้านสถานการณ์การยุติการตั้งครรภ์ในออสเตรเลีย พบว่าผู้หญิงประมาณ หนึ่งในสี่คน เคยมีประสบการณ์ยุติการตั้งครรภ์อย่างน้อยหนึ่งครั้งในช่วงชีวิต และมีการยุติการตั้งครรภ์ประมาณ 88,000 ครั้งต่อปี แนวโน้มสำคัญของระบบบริการคือการเพิ่มขึ้นของการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยาในระยะเริ่มต้นของการตั้งครรภ์ (Early Medical Abortion: EMA) ซึ่งเกิดขึ้นมากในชุมชนและพื้นที่นอกเขตเมือง รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบบริการจากเดิมที่เน้นเฉพาะผู้เชี่ยวชาญไปสู่รูปแบบที่ให้บริการในระบบปฐมภูมิมากขึ้น

ในด้านกฎหมาย ประเทศออสเตรเลียได้มีการยกเลิกการกำหนดความผิดทางอาญาเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ในทุกเขตปกครองของประเทศแล้ว และมีการกำหนดพื้นที่ปลอดภัย (safe access zones) เพื่อปกป้องผู้รับบริการจากการคุกคามบริเวณสถานพยาบาล อย่างไรก็ตาม การกำกับดูแลบริการด้านการยุติการตั้งครรภ์ยังคงอยู่ภายใต้ระบบสุขภาพของแต่ละรัฐ ทำให้มีความแตกต่างกันในเรื่องอายุครรภ์ที่อนุญาตให้ยุติการตั้งครรภ์ หรือข้อกำหนดในการขออนุญาตเพิ่มเติมในกรณีที่อายุครรภ์มาก นอกจากนี้ กฎหมายยังอนุญาตให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถปฏิเสธการให้บริการด้วยเหตุผลด้านมโนธรรม (conscientious objection) ซึ่งยังคงเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการในบางพื้นที่

ในด้านการให้บริการทางคลินิก การยุติการตั้งครรภ์สามารถทำได้ทั้งวิธีผ่าตัดและวิธีใช้ยา การยุติการตั้งครรภ์ด้วยยามักใช้ยาชุด MS-2 Step ซึ่งประกอบด้วย mifepristone และ misoprostol และได้รับอนุญาตให้ใช้ในอายุครรภ์ไม่เกิน 9 สัปดาห์ (63 วัน) โดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาลวิชาชีพ หรือผดุงครรภ์ที่ผ่านการรับรองสามารถสั่งยาได้ และเภสัชกรสามารถจ่ายยาได้ นอกจากนี้บริการดังกล่าวยังสามารถให้คำปรึกษาและติดตามผลผ่านระบบ telehealth ได้ ซึ่งช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการในพื้นที่ห่างไกล แม้จะมีการปรับปรุงกฎหมายและรูปแบบบริการอย่างต่อเนื่อง แต่ออสเตรเลียยังคงเผชิญกับอุปสรรคหลายประการในการเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ เช่น การขาดบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมอย่างเพียงพอ การขาดความโปร่งใสเกี่ยวกับสถานที่ให้บริการ ระบบการส่งต่อที่ไม่รวดเร็ว รวมถึงความยากลำบากในการเข้าถึงบริการในพื้นที่ชนบท นอกจากนี้ยังมีปัญหาในระดับผู้ให้บริการ เช่น ความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ การขาดการสนับสนุนทางวิชาชีพ และปัญหาความยั่งยืนด้านการเงิน ขณะที่ผู้รับบริการบางรายยังขาดความรู้เกี่ยวกับข้อจำกัดของอายุครรภ์สำหรับการใช้ยา ไม่มีทางเลือกในการเลือกวิธีการยุติการตั้งครรภ์ที่เหมาะสม และต้องเผชิญกับค่าใช้จ่ายหรือความยุ่งยากในการเข้าถึงบริการ

โดยสรุป ออสเตรเลียได้ดำเนินการปฏิรูปกฎหมายและระบบบริการด้านการยุติการตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การเข้าถึงบริการดีขึ้น โดยเฉพาะผ่านระบบปฐมภูมิ การใช้ telehealth และการยกเลิกข้อจำกัดบางประการของการสั่งจ่ายยา อย่างไรก็ตาม ยังมีความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและพื้นที่ห่างไกล ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขผ่านการพัฒนานโยบาย ระบบบริการ และการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้หญิงสามารถเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ได้อย่างเท่าเทียมและปลอดภัย.

## ประเทศเกาหลีใต้

ในอดีต การยุติการตั้งครรภ์ในประเทศเกาหลีใต้มีความเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับนโยบายควบคุมประชากรของรัฐ ภายใต้กฎหมาย Mother and Child Health Act ปี ค.ศ. 1973 ซึ่งอนุญาตให้มีการยุติการตั้งครรภ์ได้เฉพาะในบางกรณี เช่น การตั้งครรภ์จากการข่มขืน การร่วมประเวณีระหว่างเครือญาติ ความเสี่ยงต่อสุขภาพของมารดา หรือความผิดปกติทางพันธุกรรมของทารกในครรภ์ อย่างไรก็ตาม แม้จะมีข้อจำกัดทางกฎหมาย แต่ในทางปฏิบัติบริการยุติการตั้งครรภ์มักดำเนินการในคลินิกเอกชนโดยสูติแพทย์ และบางส่วนดำเนินการนอกกรอบกฎหมายหรือไม่มีการรายงานและควบคุมคุณภาพที่ชัดเจน

ในด้านคุณภาพบริการ พบว่ายังมีช่องว่างระหว่างแนวทางการดูแลตามหลักฐานเชิงประจักษ์กับการปฏิบัติจริง ตัวอย่างเช่น การขูดมดลูก (curettage หรือ dilation and evacuation) ยังคงถูกใช้กันอย่างแพร่หลาย แม้ในอายุครรภ์ระยะแรก นอกจากนี้ยังมีการใช้ยา methotrexate (MTX) เพื่อกระตุ้นให้เกิดการแท้ง แม้ว่าวิธีดังกล่าวจะได้รับการแนะนำให้เป็นแนวทางหลักสำหรับการยุติการตั้งครรภ์ในระยะเริ่มต้นแล้วก็ตาม ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางการรักษาที่สอดคล้องกับมาตรฐานสากลมากขึ้น

ในด้านการเข้าถึงบริการ การยุติการตั้งครรภ์ในเกาหลีใต้ยังคงมีความไม่เท่าเทียม โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่เปราะบาง เช่น วัยรุ่น ผู้ที่เคยประสบความรุนแรง ผู้พิการ ผู้อพยพ หรือผู้ลี้ภัย รวมถึงผู้ที่ต้องการยุติการตั้งครรภ์ในระยะท้ายของการตั้งครรภ์ ค่าใช้จ่ายในการเข้าถึงบริการมีความแตกต่างกันมากตั้งแต่ประมาณ 260 ถึง 7,500 ดอลลาร์สหรัฐ ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงบริการ นอกจากนี้ระบบสนับสนุนจากภาครัฐยังมีข้อจำกัด เช่น โรงพยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้เสียหายจากการล่วงละเมิดทางเพศบางแห่งยังไม่สามารถให้บริการยุติการตั้งครรภ์ได้อย่างเพียงพอ อีกประเด็นสำคัญคือข้อจำกัดในการเข้าถึงยาทำแท้ง โดยยา mifepristone ยังไม่ได้รับการอนุมัติให้ใช้ในประเทศเกาหลีใต้ ทำให้ผู้หญิงบางส่วนต้องหันไปซื้อยาทำแท้งผ่านช่องทางออนไลน์ที่ผิดกฎหมาย ซึ่งมีความเสี่ยงทั้งในด้านคุณภาพยา ความปลอดภัย และการขาดการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ หากเกิดภาวะแทรกซ้อนก็อาจไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม เนื่องจากบริการดังกล่าวอยู่นอกระบบสุขภาพอย่างเป็นทางการ

ในด้านสังคมและวัฒนธรรม การยุติการตั้งครรภ์ยังคงเผชิญกับตราบาปทางสังคมและข้อจำกัดด้านสิทธิในการตัดสินใจของผู้หญิง ในบางสถานพยาบาลยังมีการขอความยินยอมจากคู่สมรสชายก่อนการทำแท้ง หรือมีทัศนคติที่ไม่สนับสนุนการตัดสินใจของผู้หญิง นอกจากนี้ยังมีรายงานว่าผู้หญิงบางส่วนประสบกับการปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมหรือการตั้งคำถามเกี่ยวกับชีวิตส่วนตัวจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาด้านจริยธรรมและความเคารพต่อสิทธิของผู้รับบริการ

แม้ว่าการยุติการตั้งครรภ์ในเกาหลีใต้จะได้รับการยกเลิกความผิดทางอาญาแล้ว แต่ระบบบริการสุขภาพยังไม่ได้มีการปฏิรูปอย่างเพียงพอ ส่งผลให้ยังคงมีความไม่ชัดเจนทางกฎหมายและระบบบริการ ตัวอย่างเช่น กรณีการดำเนินคดีเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ในระยะ 36 สัปดาห์ในปี ค.ศ. 2024 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความไม่แน่นอนของระบบกฎหมายและการดูแลทางการแพทย์ในกรณีการตั้งครรภ์ระยะท้าย

โดยสรุป แม้ว่าประเทศเกาหลีใต้จะมีความก้าวหน้าในด้านการยกเลิกความผิดทางอาญาเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ แต่ยังคงมีความท้าทายสำคัญในด้านระบบบริการสุขภาพ การเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ การลดตราบาปทางสังคม และการพัฒนานโยบายที่สนับสนุนสิทธิด้านอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างแท้จริง ดังนั้นจึงมีข้อเสนอให้มีการพัฒนานโยบายเพิ่มเติม เช่น การอนุมัติและควบคุมคุณภาพยาทำแท้ง การบรรจุบริการยุติการตั้งครรภ์ในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ การพัฒนาแนวทางการรักษาระดับชาติ และการสร้างระบบข้อมูลที่ครอบคลุมเพื่อสนับสนุนการให้บริการที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ.



## เขตบริหารพิเศษฮ่องกง

การยุติการตั้งครรภ์ในเขตบริหารพิเศษฮ่องกงอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกฎหมาย

Offences Against the Person Ordinance (Cap.212 Section 47A) ซึ่งกำหนดเงื่อนไขในการให้บริการยุติการตั้งครรภ์อย่างชัดเจน โดยการยุติการตั้งครรภ์ไม่ถือเป็นความผิดทางอาญา หากดำเนินการโดยแพทย์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน และได้รับความเห็นจากแพทย์อย่างน้อยสองคนว่า การตั้งครรภ์นั้นอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อชีวิต สุขภาพ ภาย หรือสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์มากกว่าการยุติการตั้งครรภ์ หรือมีความเสี่ยงสูงที่ทารกจะเกิดมาพร้อมความผิดปกติทางร่างกายหรือจิตใจอย่างรุนแรง นอกจากนี้กฎหมายยังอนุญาตให้ยุติการตั้งครรภ์ได้จนถึงอายุครรภ์ ไม่เกิน 24 สัปดาห์ ยกเว้นกรณีจำเป็นเพื่อรักษาชีวิตของหญิงตั้งครรภ์

ในด้านสถานที่ให้บริการ กฎหมายกำหนดให้การยุติการตั้งครรภ์ต้องดำเนินการในสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตเท่านั้น เช่น โรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชน และองค์กรด้านการวางแผนครอบครัวของฮ่องกง (Family Planning Association of Hong Kong: FPAHK) การทำแท้งนอกสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาต หรือการดำเนินการที่บ้านถือเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมายและอาจมีโทษทั้งทางแพ่งและทางอาญาสำหรับวิธีการยุติการตั้งครรภ์ ในกรณีอายุครรภ์ระยะแรก มีการใช้ การยุติการตั้งครรภ์ด้วยยา (medical abortion) โดยใช้ยา mifepristone ร่วมกับ misoprostol ซึ่งเริ่มนำมาใช้เป็นบริการนำร่องตั้งแต่ปี ค.ศ. 2011 สำหรับอายุครรภ์ไม่เกิน 63 วัน และมีการปรับปรุงแนวทางการให้ยาในปี ค.ศ. 2013 เพื่อเพิ่มความสะดวกและลดผลข้างเคียงของผู้ป่วย หากเกิดภาวะเลือดออกมากหรือภาวะแทรกซ้อน อาจต้องใช้วิธีการดูดสุญญากาศ (manual vacuum aspiration) ในการรักษาเพิ่มเติม

ในกรณีการยุติการตั้งครรภ์ในไตรมาสที่สอง วิธีที่ใช้อยู่คือ การกระตุ้นให้เกิดการคลอดด้วยยา misoprostol ขณะที่วิธี dilation and evacuation จะใช้เฉพาะในบางสถานการณ์เท่านั้น แนวทางการรักษาที่ใช้ทั่วไปคือการให้ misoprostol ขนาด 400 ไมโครกรัมทุก 3 ชั่วโมง จนถึงสูงสุดประมาณ 5 ครั้ง เพื่อกระตุ้นการแท้งหรือการคลอด ก่อนการยุติการตั้งครรภ์ ผู้รับบริการจะต้องได้รับการให้คำปรึกษาก่อนการทำแท้ง (pre-abortion counselling) ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญในการช่วยให้ผู้หญิงตัดสินใจอย่างรอบคอบ โดยผู้ให้บริการจะอธิบายทางเลือกต่าง ๆ เช่น การตั้งครรภ์ต่อไปและการเลี้ยงดูบุตร การให้บุตรบุญธรรม หรือการยุติการตั้งครรภ์ พร้อมทั้งพิจารณาปัจจัยด้านสุขภาพ สถานการณ์ทางสังคม เศรษฐกิจ ความสัมพันธ์กับคู่ครอง และผลกระทบต่อการศึกษาและการทำงาน หากผู้หญิงตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์ จะมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอน ความปลอดภัย และการดูแลหลังการรักษา

ในช่วงหลัง แนวโน้มของการยุติการตั้งครรภ์ทั่วโลกเริ่มให้ความสำคัญกับ การยุติการตั้งครรภ์ด้วยยาแบบดูแลตนเองที่บ้าน (home-based medical abortion) ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้การสนับสนุนในแนวทางดังกล่าว งานวิจัยเชิงสำรวจในฮ่องกงที่ศึกษาผู้หญิง 204 คนที่เข้ารับบริการยุติการตั้งครรภ์ พบว่าผู้หญิงจำนวนหนึ่งเชื่อว่าสามารถจัดการการใช้ยาทำแท้งที่บ้านได้ และบางส่วนแสดงความสนใจที่จะเลือกวิธีนี้ในอนาคต อย่างไรก็ตาม วิธีดังกล่าวยังไม่ได้รับอนุญาตตามกฎหมายในฮ่องกง และยังต้องมีการศึกษาความเหมาะสมและความพร้อมของระบบบริการก่อนนำมาใช้จริง

โดยสรุป ระบบกฎหมายและบริการยุติการตั้งครรภ์ของฮ่องกงมีการกำกับดูแลอย่างเข้มงวด โดยเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยและการดำเนินการในสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาต แม้ว่าจะมีการพัฒนาเทคโนโลยีและแนวทางการรักษาใหม่ ๆ เช่น การใช้ยาทำแท้งและการดูแลตนเองที่บ้าน แต่การนำแนวทางเหล่านี้มาใช้ยังต้องพิจารณาภายใต้กรอบกฎหมายและนโยบายด้านสาธารณสุขของพื้นที่ต่อไป.



## ประเทศมาเลเซีย

สถานการณ์การยุติการตั้งครรภ์ในประเทศมาเลเซียมีความซับซ้อนและมีความคลุมเครือในด้านกฎหมายและการเข้าถึงบริการ แม้ว่าจะมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการยุติการตั้งครรภ์ แต่การตีความและการนำไปปฏิบัติยังมีความไม่ชัดเจน ส่งผลให้ผู้หญิงจำนวนมากยังไม่สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างปลอดภัยและถูกกฎหมาย ในภาพรวมกฎหมายเกี่ยวกับการทำแท้งในมาเลเซียจึงถูกมองว่ามีลักษณะ กำกวม (ambiguous) และยังมีข้อจำกัดหลายประการที่ส่งผลต่อการให้บริการด้านสุขภาพการเจริญพันธุ์

ปัจจัยสำคัญที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ในมาเลเซีย ได้แก่ อิทธิพลของศาสนา วัฒนธรรม และตราประทับทางสังคม (social stigma) ซึ่งส่งผลต่อทัศนคติของสังคมและผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ทำให้ผู้หญิงจำนวนหนึ่งไม่กล้าขอรับบริการหรือไม่ได้รับคำแนะนำที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังพบว่าทั้งประชาชนทั่วไปและบุคลากรทางการแพทย์บางส่วนยังมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายการยุติการตั้งครรภ์ค่อนข้างจำกัด จึงทำให้เกิดความสับสนเกี่ยวกับสิทธิและเงื่อนไขในการเข้าถึงบริการดังกล่าว

อีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญคือค่าใช้จ่ายในการรับบริการยุติการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในสถานพยาบาลภาคเอกชนซึ่งมักมีค่าใช้จ่ายสูง ส่งผลให้ผู้หญิงที่มีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจไม่สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียม ปัญหานี้ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพและเพิ่มความเสี่ยงต่อการใช้วิธีการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย

จากประสบการณ์ของนักเคลื่อนไหวด้านสิทธิการเลือกของผู้หญิงในมาเลเซีย (pro-choice activist) พบว่าการเคลื่อนไหวและการรณรงค์เกี่ยวกับสิทธิด้านการเจริญพันธุ์ได้เริ่มต้นมาตั้งแต่ช่วงทศวรรษ 1970 และมีการเปลี่ยนแปลงหลายด้านในช่วงประมาณ 15 ปีที่ผ่านมา ทั้งในด้านกฎหมาย การเมือง วัฒนธรรม และเทคโนโลยี อย่างไรก็ตาม ผู้หญิงยังคงเผชิญกับอุปสรรคหลายรูปแบบในการเข้าถึงบริการ รวมถึงการถูกคุกคามหรือการกีดกันทางสังคม ซึ่งนำไปสู่การจัดตั้งเครือข่ายและองค์กรสนับสนุนต่าง ๆ เพื่อช่วยเหลือผู้หญิงที่ต้องการบริการยุติการตั้งครรภ์

นอกจากนี้ การวิเคราะห์สถานการณ์ยังระบุว่ามีการทำแท้งจำนวนมากเกิดขึ้นในแต่ละปี แม้ว่าข้อมูลอย่างเป็นทางการจะมีจำกัดก็ตาม การประมาณจำนวนดังกล่าวมักอาศัยวิธีการวิเคราะห์ทางประชากรศาสตร์ เช่น Bongaarts Method เพื่อประเมินขนาดของปัญหาและแนวโน้มของการยุติการตั้งครรภ์ในประเทศ

โดยสรุป แม้ว่าประเทศมาเลเซียจะมีกฎหมายเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ แต่การเข้าถึงบริการยังคงเผชิญกับข้อจำกัดหลายประการ ทั้งจากความคลุมเครือของกฎหมาย อิทธิพลทางศาสนาและวัฒนธรรม การตีตราทางสังคม ความรู้ความเข้าใจที่ไม่เพียงพอเกี่ยวกับกฎหมาย และค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูง ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลให้ผู้หญิงจำนวนหนึ่งไม่สามารถเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยได้อย่างเหมาะสม.

## 2.การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

สามารถนำความรู้มาใช้ในการเรียนการสอน และนำมาเป็นข้อมูลในการวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้และช่วยเหลือสังคมในการเข้าถึงองค์ความรู้ในเรื่องของการทำแท้งถูกกฎหมาย การผลิตงานวิจัยใหม่ ๆ

## 3. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการฝึกอบรม ประชุม ดูงาน ปฏิบัติการวิจัย ดังกล่าว เช่น เนื้อหา ความคุ้มค่า วิทยาการ การจัดทำหลักสูตร เป็นต้น

เป็นข้อมูลความรู้ที่ดี มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างประเทศต่างๆ ควรมีการเข้าร่วมประชุมอย่างต่อเนื่อง เพื่อจะได้ทราบข้อมูลและความก้าวหน้าในเรื่องการดำเนินการ งานวิจัยต่างๆ