



ICPD และสิทธิมนุษยชน

20 ปีแห่งความก้าวหน้าด้านสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์
ผ่านหน่วยงานควบคุมกำกับการปฏิบัติตามสนธิสัญญา
แห่งสหประชาชาติและการปฏิรูปกฎหมาย

CENTER
FOR
REPRODUCTIVE
RIGHTS



พิมพ์ครั้งที่ 1: ธันวาคม 2556

จำนวน: 500 เล่ม

จัดพิมพ์เผยแพร่: กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย
อาคารสหประชาชาติ ชั้น 12
ถนนราชดำเนินนอก
กรุงเทพมหานคร 10200
โทรศัพท์: 0-2687-0135
โทรสาร: 0-2280-1871

ICPD และสิทธิมนุษยชน

20 ปีแห่งความก้าวหน้าด้านสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์
ผ่านหน่วยงานควบคุมกำกับการปฏิบัติตามสนธิสัญญาแห่งสหประชาชาติ
และการปฏิรูปกฎหมาย

CENTER
FOR
REPRODUCTIVE
RIGHTS



	หน้า
บทนำ	1
1 การตายและการเจ็บป่วยของมารดา	8
2 ข้อมูลและบริการคุมกำเนิด	14
3 การยุติการตั้งครรภ์	19
4 ข้อมูลและการศึกษาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ	25
5 วัยรุ่นและเยาวชน	30
6 บุคคลในกลุ่มประชากรที่ถูกกลั่นแกล้งหรือด้อยโอกาส	34
7 การติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์	39
8 ความรุนแรงต่อสตรี	44
9 วิธีปฏิบัติทางวัฒนธรรมที่เป็นอันตราย: การขลิบอวัยวะเพศสตรี และการสมรสในเด็ก	48
10 ความก้าวหน้าด้านสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ 20 ปีภายหลังการประชุม ICPD (ICPD+20)	53

เอกสารบรรยายสรุปการประชุมนานาชาติว่าด้วยเรื่องประชากรและการพัฒนา

ในปี พ.ศ. 2537 ณ การประชุมนานาชาติว่าด้วยเรื่องประชากรและการพัฒนา (International Conference on Population and Development – ICPD) ผู้แทนจาก 179 ประเทศได้เข้าร่วมประชุมและรับรองแผนปฏิบัติการ (Programme of Action) โดยประเทศต่างๆ มีความเห็นร่วมกันว่านโยบายประชากรจะต้องมุ่งส่งเสริมศักยภาพของคู่สามีภรรยาและบุคคลโดยเฉพาะสตรีให้สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับขนาดของครอบครัวของตนเองได้ โดยมีทำให้ข้อมูลและทรัพยากรที่จะช่วยในการตัดสินใจดังกล่าว และสนับสนุนให้พวกเขาตระหนักถึงสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเอง ซึ่งนับเป็นครั้งแรกในเอกสารฉันทามติระหว่างประเทศที่ประเทศต่างๆ เห็นพ้องร่วมกันว่าสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์คือ สิทธิมนุษยชนที่กฎหมายทั้งภายในและระหว่างประเทศได้ให้การยอมรับ

แผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนา (ICPD Programme of Action) ตระหนักว่าการบรรลุสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์นั้น เป็นองค์ประกอบสำคัญในการรับประกันสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ของบุคคล แผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนาได้ให้คำนิยามกว้างๆ ของอนามัยการเจริญพันธุ์ไว้ว่าคือ “ภาวะความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย จิตใจ และสังคม ในทุกๆ ด้านที่เกี่ยวข้องกับระบบ หน้าที่ และกระบวนการสืบพันธุ์ โดยไม่ใช่เป็นเพียงการปราศจากความเจ็บป่วย”¹ อนามัยการเจริญพันธุ์แสดงนัยว่า บุคคลสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้อย่างปลอดภัยและพึงประสงค์ มีความสามารถในการมีบุตร และมีสิทธิที่จะตัดสินใจที่จะมีหรือไม่มีบุตรในเวลาและระยะห่างที่ตนต้องการ² รัฐบาลนานาชาติได้ตระหนักถึงความเชื่อมโยงที่ไม่อาจแยกจากกันได้ของการพัฒนาที่ยั่งยืน กับการขจัดความยากจน และการส่งเสริมความเสมอภาคระหว่างเพศ และได้มุ่งมั่นในการแก้ไขปัญหาเหล่านี้ควบคู่ไปพร้อมๆ กัน นอกจากนี้แล้ว ประเทศต่างๆ ยังเห็นพ้องร่วมกันว่ากฎหมาย นโยบาย หรือวิธีปฏิบัติใดๆ ที่บีบบังคับและไม่เคารพอิสรภาพและการตัดสินใจของบุคคลจะต้องได้รับการยกเลิก การที่ประเทศต่างๆ รับรองแผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนานั้นแสดงถึงความมุ่งมั่นที่จะดำเนินมาตรการทางกฎหมาย นโยบาย งบประมาณ และมาตรการอื่นๆ ที่จะทำให้เกิดหลักการและสิทธิที่ปรากฏในเอกสารนี้

ทุกๆ ห้าปีนับตั้งแต่การประชุม ICPD ประเทศต่างๆ ได้มาร่วมประชุมกันเพื่อยืนยันความมุ่งมั่นดังกล่าว โดยวิเคราะห์ความคืบหน้าของการบรรลุอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาวะทางเพศ และสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ และตัดสินใจเกี่ยวกับงานที่ควรดำเนินการต่อไป จากการทบทวนเบื้องต้นในรอบห้าปีแรกๆ ของ ICPD (หรือที่เรียกว่า “ICPD+5”) ประเทศต่างๆ ได้เห็นพ้องให้ใช้เกณฑ์มาตรฐานและตัวชี้วัดในการติดตามการบรรลุสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาวะทางเพศ³ แผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนา ได้ช่วยกำหนดรูปร่างของการพัฒนามาตรฐานสิทธิมนุษยชนสากลและการนำไปใช้ ได้แก่ สิทธิซึ่งได้รับความคุ้มครองภายใต้อนุสัญญาว่าด้วยการขจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีในทุกรูปแบบ (Convention on the Elimination of Discrimination against Women) กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง (International Covenant on Civil and Political Rights) กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights) อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก (Convention on the Rights of the Child) และอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิคนพิการ (Convention on the Rights of Persons with Disability) รวมถึงเอกสารการลงมตร่วมกัน เช่น ปฏิญญาและแผนปฏิบัติการปักกิ่ง (Beijing Declaration and Platform of Action) ปฏิญญาริโอ+20 (Rio+20 Declaration) และมติของคณะมนตรีสิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติว่าด้วยภาวะการณตายของมารดา⁴ การลดอัตราการตายของมารดาและเพิ่มอัตราการเข้าถึงการคุมกำเนิดนั้นเป็นหนึ่งในเป้าหมายการพัฒนาที่สหัสวรรษ (Millennium Development Goals) ซึ่งเป็นเป้าหมายการพัฒนาที่มีการตกลงและรับรองในปี 2544 และแก้ไขในปี 2550 ในวาระครบรอบ 20 ปีนับตั้งแต่การประชุม ICPD กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) ได้รับหน้าที่เป็นผู้นำการทบทวนความคืบหน้าของประเทศต่างๆ ในการบรรลุเป้าหมายและสิทธิต่างๆ ที่ระบุไว้ในแผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนา⁵ โดยกระบวนการทบทวนนี้ได้แก่ การทบทวนกฎหมายและนโยบายที่มีการรับรอง เพื่อติดตามความสำเร็จและข้อท้าทาย และเพื่อวางแผนดำเนินการในขั้นตอนต่อไป*

* เอกสารฉบับนี้ร่างโดย Center for Reproductive Rights ด้วยทุนสนับสนุนและข้อมูลทางวิชาการจาก UNFPA โดยประเด็นว่าด้วยสิทธิมนุษยชนที่นำเสนอในเอกสารฉบับนี้ ตั้งอยู่บนแนวคิดทางกฎหมายและนโยบายที่พัฒนาโดยหน่วยงานต่างๆ ที่ทำหน้าที่ควบคุมกำกับการใช้สนธิสัญญาของสหประชาชาติ กฎหมายระดับประเทศ และแหล่งที่มาอื่นๆ ทั้งนี้ ความคิดเห็นของผู้เขียนอาจแตกต่างจากความคิดเห็นของ UNFPA

บทนำ (ต่อ)

เอกสารสรุปนี้เน้นให้เห็นถึงความคืบหน้าของประเทศต่างๆ ผ่านกฎหมายและนโยบายในการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนา และบรรยายถึงการพัฒนาด้านสิทธิมนุษยชนระดับประเทศและระดับสากลในประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ โดยการพัฒนากฎหมายและนโยบายนั้นไม่เพียงแต่เป็นเครื่องชี้วัดความมุ่งมั่นและการปฏิบัติตามของประเทศต่อมาตรฐานด้านสิทธิมนุษยชนสากล แต่ยังเป็นส่วนประกอบที่สำคัญเนื่องจากการเป็นารวางรากฐานของการบรรลุสิทธิ และรับรองการตรวจสอบได้ในกรณีที่มีการฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย

ประเด็นเกี่ยวกับสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศและมาตรฐานด้านสิทธิมนุษยชนที่บรรยายในเอกสารสรุปนี้เป็นประเด็นที่ถูกเลือกมาเพื่อที่จะแสดงให้เห็นถึงการบรรลุสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา เอกสารสรุปในแต่ละบทประกอบด้วยภาพรวมของปัญหา กรอบการทำงานที่ตั้งขึ้นภายใต้ ICPD เพื่อแก้ไขปัญหา มาตรฐานด้านสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้อง และตัวอย่างของกฎหมาย นโยบาย และการตัดสินใจของศาลที่มุ่งหมายให้เกิดสิทธิเหล่านี้ และท้ายสุด เอกสารสรุปนี้ได้ให้คำแนะนำบางประการในการพิชิตอุปสรรคในการบรรลุสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ

ในขณะที่องค์กรต่างๆ อาทิ คณะมนตรีสิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติ หน่วยงานของสหประชาชาติ และผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางที่ได้รับการแต่งตั้งจากสหประชาชาติ ต่างมีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐานสิทธิมนุษยชน มาตรฐานด้านสิทธิมนุษยชนที่ระบุในเอกสารสรุปเหล่านี้ เป็นมาตรฐานที่กำหนดโดยหน่วยงานต่างๆ ที่มีหน้าที่ติดตามการปฏิบัติตามสนธิสัญญา ซึ่งหน่วยงานเหล่านี้มีอำนาจในการตีความสิทธิต่างๆ ที่ระบุไว้ในสนธิสัญญาภายใต้หน่วยงานที่ตนรับผิดชอบ ซึ่งประเทศจะต้องปฏิบัติตาม อย่างไรก็ตาม อย่างไรก็ดี เอกสารสรุปนี้ไม่ได้กล่าวถึงหน่วยงานและข้อตกลงด้านสิทธิมนุษยชนระดับภูมิภาค แม้จะมีส่วนสำคัญต่อความก้าวหน้าด้านสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ มาตรฐานด้านสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศนั้นได้รับการส่งเสริมร่วมกันเนื่องจากหน่วยงานต่างๆ ที่มีหน้าที่ติดตามการปฏิบัติตามสนธิสัญญาระหว่างประเทศและระบบสิทธิมนุษยชนระดับภูมิภาคต่างก็มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ตัวอย่างต่างๆ ในเอกสารสรุปนี้มีจุดประสงค์เพื่อแสดงให้เห็นถึงการดำเนินงานของประเทศตามแผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนา โดยการแปลงข้อตกลงต่างๆ เป็นกฎหมายและนโยบายเพื่อส่งเสริมสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ บทสุดท้ายของชุดเอกสารสรุปนี้เน้นให้เห็นว่าการนำกฎหมายและนโยบายเหล่านี้ไปใช้เป็นขั้นตอนต่อไปที่สำคัญอย่างยิ่ง

หน่วยงานควบคุมกำกับการปฏิบัติตามสนธิสัญญา

สนธิสัญญาว่าด้วยสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศแต่ละฉบับของสหประชาชาติ จะมีหน่วยงานที่มีหน้าที่ควบคุมกำกับสนธิสัญญานั้นๆ โดยเฉพาะ ซึ่งเป็นที่รู้จักในนามของคณะกรรมการ มีอำนาจในการติดตามการปฏิบัติตามสนธิสัญญาของภาครัฐ คณะกรรมการแต่ละชุดจะอาศัยกระบวนการรายงานเป็นระยะๆ เพื่อตรวจสอบการปฏิบัติตามสนธิสัญญาของประเทศสมาชิกต่างๆ และจัดทำข้อสังเกตโดยสรุป หน่วยงานควบคุมกำกับสนธิสัญญาจะได้พัฒนา “ความคิดเห็นทั่วไป” หรือ “ข้อเสนอแนะทั่วไป” ซึ่งให้แนวทางที่ครอบคลุมในด้านการปฏิบัติตามสนธิสัญญาและการตีความข้อกำหนดในสนธิสัญญา นอกจากนั้นแล้ว คณะกรรมการบางชุดยังรับคำร้องจากบุคคลเกี่ยวกับการละเมิดสิทธิมนุษยชน และจะทำการวินิจฉัยว่าประเทศนั้นๆ ได้ฝ่าฝืนสนธิสัญญาหรือไม่

หลักเกณฑ์เกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศ

เนื่องจากสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์เป็นส่วนหนึ่งของสิทธิมนุษยชนที่ได้รับการคุ้มครองในระดับสากล ประเทศต่างๆ จะต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และมาตรฐานของสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศ เพื่อบรรลุภารกิจในการดำเนินมาตรการทางกฎหมาย นโยบาย และมาตรการอื่นๆ เพื่อก่อให้เกิดสิทธิดังกล่าว⁶ ประเทศต่างๆ ควรพัฒนากฎหมายและนโยบายสาธารณะที่สื่การบัญญัติและคุ้มครองสิทธิเหล่านี้อย่างชัดเจน⁷ รวมทั้งพัฒนาและดำเนินยุทธศาสตร์ระดับชาติที่ครอบคลุมเพื่อคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ⁸

ภารกิจของรัฐในการเคารพ ค้ำครอง และเติมเต็มสิทธิมนุษยชน ควรเป็นแนวทางในการพัฒนากฎหมายและนโยบาย ตลอดจนแนวทางปฏิบัติ สำหรับภารกิจในการเคารพสิทธิมนุษยชนนั้น รัฐจะต้องไม่ดำเนินการใดๆ ที่เป็นการแทรกแซงการใช้สิทธิของบุคคลไม่ว่าจะโดยตรงหรือโดยอ้อม⁹ ดังนั้นรัฐจะต้องไม่จำกัดการเข้าถึงการคุมกำเนิด ระบุหรือปิดเบี่ยงข้อมูลทางสุขภาพ หรือดำเนินการทางการแพทย์โดยบีบบังคับ¹⁰ ในส่วนของภารกิจในการค้ำครองสิทธิมนุษยชนนั้น รัฐจะต้องดำเนินมาตรการใดๆ เพื่อให้ไม่ทำให้บุคคลภายนอกแทรกแซงสิทธิมนุษยชนของผู้ใด และจะต้องกำหนดบทลงโทษต่อผู้ที่ละเมิดสิทธิมนุษยชนของผู้อื่น¹¹ โดยหน่วยงานควบคุมกำกับการปฏิบัติตามสนธิสัญญาได้อธิบายว่า รัฐควรบัญญัติกฎหมายให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างเท่าเทียม และกำหนดให้การบริการด้านสุขภาพของสถานบริการเอกชนเป็นไปตามมาตรฐานสิทธิมนุษยชน ตลอดจนใช้มาตรการใดๆ ในการค้ำครองบุคคลจากการดูแลรักษาแบบตั้งเดิมที่เป็นอันตราย¹² ส่วนภารกิจในการเติมเต็มสิทธิมนุษยชนนั้น รัฐจะต้องใช้มาตรการทางกฎหมาย งบประมาณ บริหาร และตุลาการ เพื่อให้บรรลุสิทธิมนุษยชนอย่างแท้จริง¹³

ในการให้ความเคารพ ค้ำครอง และเติมเต็มสิทธิมนุษยชนนั้น นอกเหนือจากการบัญญัติสิทธิมนุษยชนในกฎหมายและนโยบายแล้ว รัฐจะต้องใช้แนวทางบนพื้นฐานของสิทธิมนุษยชนในการพัฒนานโยบายและกิจกรรม การบัญญัติสิทธิมนุษยชนในกฎหมายและนโยบายจะช่วยยกระดับของประเทศทั้งในด้านการปฏิบัติตามมาตรฐานปัจจุบันและความรับผิดชอบต่อประชาชน โดยกฎหมายและนโยบายที่มีจุดประสงค์ที่จะเคารพ ค้ำครอง และเติมเต็มสิทธิมนุษยชนนั้นควรจะเป็นไปตามหลักเกณฑ์สิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศดังต่อไปนี้

ความเป็นอิสระ

ความเป็นอิสระคือหนึ่งในองค์ประกอบอันเป็นหัวใจของสิทธิต่อชีวิต ความเป็นส่วนตัว และอิสรภาพ ความเป็นอิสระรวมถึงสิทธิของบุคคลในการตัดสินใจเกี่ยวกับร่างกายของตนเอง การกำหนดจำนวนบุตร การเว้นระยะห่างของการมีบุตร และการเป็นอิสระจากการบีบบังคับ การเลือกปฏิบัติ และความรุนแรง¹⁴ ตัวอย่างเช่น องค์ประกอบหลักของแผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนา คือการยอมรับว่าการบังคับให้บุคคลต้องปฏิบัติตามกฎหมาย นโยบาย หรือแนวทางปฏิบัติด้านประชากรใดๆ ที่มีลักษณะบีบบังคับนั้น เป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนและจะต้องได้รับการยกเลิก โดยประเทศต่างๆ เห็นพ้องที่จะยกเลิกกฎหมาย นโยบาย และแนวทางปฏิบัติที่แทรกแซงสิทธิของบุคคลในการตัดสินใจอย่างเป็นอิสระ และป้องกันไม่ให้บุคคลภายนอกเข้าแทรกแซงสิทธิในความเป็นอิสระ ดังนั้น เพื่อให้หลักการนี้สามารถปฏิบัติได้จริง ประเทศต่างๆ จึงได้เห็นพ้องว่าจะต้องให้บุคคลสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการต่างๆ ที่จะช่วยให้พวกเขาสามารถใช้สิทธิแห่งความเป็นอิสระได้

การไม่เลือกปฏิบัติและความเสมอภาค

สิทธิแห่งการไม่เลือกปฏิบัติและความเสมอภาคนั้นเป็นหัวใจสำคัญของสนธิสัญญาสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศเกือบทุกฉบับ และเป็นสิ่งยืนยันถึงการค้ำครองในการใช้สิทธิอื่นๆ ทั้งหมด กฎหมายว่าด้วยสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศได้ห้ามการเลือกปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างทางเพศ เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ ภาษา ศาสนา ความพิการ และสถานะทางเศรษฐกิจ โดยหน่วยงานควบคุมกำกับสนธิสัญญาต่างๆ ยังได้ตระหนักถึงการเลือกปฏิบัติเนื่องจากปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ อายุ¹⁵ รสนิยมทางเพศและอัตลักษณ์ทางเพศที่แท้จริงและที่คนอื่นเข้าใจ¹⁶ สถานภาพสมรส¹⁷ สภาวะสุขภาพ (รวมถึงสถานะการติดเชื้อเอชไอวี)¹⁸ และการตั้งครรถ์¹⁹ ดังนั้น เพื่อก่อให้เกิดสิทธิด้านความเสมอภาค รัฐจะต้องดำเนิน “ทุกมาตรการที่เหมาะสม ซึ่งรวมถึงมาตรการทางกฎหมายในการพัฒนาและยกระดับสตรี เพื่อให้บรรลุสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐานเท่าเทียมกับบุรุษ”²⁰ พลวัตทางเพศที่อยู่ภายใต้สิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสภาวะทางเพศนั้นจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อกระบวนการก่อให้เกิดสิทธิเหล่านี้ได้ให้ความสำคัญอย่างเหมาะสมต่อการไม่เลือกปฏิบัติและความเท่าเทียมกัน สตรีซึ่งจัดเป็นกลุ่มที่เปราะบางหรือไม่ได้รับความสำคัญอาจต้องพบกับการเลือกปฏิบัติในหลายรูปแบบ ซึ่งเป็นการขัดขวางความก้าวหน้าของการพัฒนาและสิทธิมนุษยชน ซึ่งรวมถึงสิทธิในด้านสุขภาพ²¹ ในการก่อให้เกิดสิทธิในการไม่เลือกปฏิบัตินั้น รัฐจะต้องกำจัดการนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่เลือกปฏิบัติ และใช้มาตรการช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสเพื่อให้ทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันภายใต้กฎหมายและแนวทางปฏิบัติ²² นอกเหนือจากการกำจัดการเลือกปฏิบัติที่เป็นทางการในกฎหมายและนโยบายแล้ว รัฐจะต้องกำจัดการเลือกปฏิบัติที่มีอยู่ในสังคมด้วยการดำเนินมาตรการ

บทนำ (ต่อ)

เพื่อแก้ไขทัศนคติและสภาวะที่ก่อให้เกิดการเลือกปฏิบัติ²³ นโยบายและแนวทางปฏิบัติที่ทำให้สตรีต้องรับภาระอย่างไม่เหมาะสมในการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ครบถ้วน เช่น การต้องได้รับอนุญาตจากสามีถือเป็นการเลือกปฏิบัติ และจะต้องได้รับการยกเลิกเช่นกัน²⁴ ยิ่งไปกว่านั้น รัฐจะต้องใช้มาตรการต่างๆ ในการลบล้างความเชื่อทางสังคมและวัฒนธรรมที่เป็นการลดสถานะของสตรีทั่วโลกและส่งผลกระทบต่ออนามัยการเจริญพันธุ์ของสตรี²⁵

การตรวจสอบได้

แผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนาตระหนักว่าการให้ความสำคัญต่อการตรวจสอบได้ต่อประชากรทุกคน โดยเฉพาะกลุ่มที่ด้อยโอกาสและไม่ได้รับความสำคัญนั้น คือส่วนสำคัญในการดำเนินงานอนามัยการเจริญพันธุ์²⁶ การตรวจสอบได้นั้นมีความสำคัญ เพราะเป็นหลักประกันการดำเนินนโยบายและกิจกรรมอย่างเหมาะสม ป้องกันการละเมิดสิทธิมนุษยชน และเยียวยาในกรณีที่เกิดการละเมิด โดยกฎหมายและนโยบายควรจะระบุมาตรการในการยกระดับการตรวจสอบได้ ได้แก่ การกำกับดูแลการจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมเพื่อริเริ่มโครงการต่างๆ และการกำหนดบทบาทของกระทรวงต่างๆ ตลอดจนสิทธิและหน้าที่ของผู้ให้บริการด้านสุขภาพอย่างชัดเจน โดยการตรวจตราการละเมิดสิทธิมนุษยชนทั้งรายบุคคลและที่เป็นระบบ และการช่วยให้ผู้ที่อ้างว่าถูกละเมิดสิทธิสามารถเข้าถึงความยุติธรรมได้นั้น จะต้องมีการตรวจสอบได้ที่เป็นทางการ ตัวอย่างของกลไกการตรวจสอบได้ที่เป็นทางการ ได้แก่ ระบบตุลาการที่มีอำนาจวินิจฉัยการละเมิดสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศและสถาบันสิทธิมนุษยชนระดับประเทศ รวมถึงผู้รับเรื่องร้องเรียนที่ดูแลด้านสิทธิมนุษยชน นอกจากนี้แล้ว รัฐควรส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักถึงสิทธิของตนเอง ด้วยการรณรงค์ของภาครัฐให้สาธารณชนเกิดความตื่นตัว เพื่อให้ประชาชนได้ทราบถึงหน้าที่ของรัฐในการคุ้มครองสิทธิต่างๆ และสามารถยืนยันสิทธิของตนได้

การมีส่วนร่วมและการส่งเสริมศักยภาพ

แผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนาตระหนักว่าการบรรลุสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศนั้น จะต้องมีการส่งเสริมทุกภาคส่วนของสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มสตรี และการมีส่วนร่วมของสตรีในการกำหนดนโยบาย ซึ่งการมีส่วนร่วมของสตรีในการออกแบบและผลักดันแผนงานและบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศนั้นสามารถสะท้อนความต้องการเฉพาะด้านของสตรีได้ดีกว่าวิธีอื่นๆ นอกจากนี้แล้ว กระบวนการมีส่วนร่วมยังเป็นการส่งเสริมบุคคลรวมถึงสตรีและพลเมืองในการยืนยันสิทธิของตนเองและการรายงานเมื่อเกิดการละเมิดสิทธิ และเป็นการส่งเสริมความรับผิดชอบในการนำกฎหมายและนโยบายไปปฏิบัติ นอกจากนี้ จะต้องมีการดำเนินมาตรการอื่นๆ ที่ส่งเสริมสตรีทั่วโลกให้มีสถานะทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองที่ดีขึ้น เช่น การรับรองสิทธิในการศึกษา และการให้โอกาสในการว่าจ้างงานอย่างเสมอภาค²⁷ มาตรการดังกล่าวจะส่งเสริมสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศของสตรี และช่วยให้สตรีสามารถก้าวข้ามอุปสรรคที่ขัดขวางการใช้สิทธิเหล่านั้นได้

ความร่วมมือจากนานาชาติ

ประเทศต่างๆ ได้เห็นพ้องร่วมกันในแผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนาว่าจำเป็นต้องเพิ่มความร่วมมือและความช่วยเหลือจากนานาชาติ²⁸ โดยประเทศที่เป็นแหล่งทุนในการดำเนินงานอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ จะต้องยืนยันว่าจะเคารพและยกระดับมาตรฐานด้านสิทธิมนุษยชน และจะไม่คุกคามการใช้สิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานของสตรี ซึ่งรวมถึงสิทธิในการตัดสินใจโดยอิสระและได้รับข้อมูล²⁹ นอกจากนี้ ประเทศที่เป็นแหล่งทุนและประเทศผู้รับทุนควรมุ่งสร้างนโยบายความร่วมมือและยุทธศาสตร์การพัฒนาระยะยาวที่สอดคล้องกับประชากรในประเทศและวาระสำคัญในการพัฒนาของประเทศที่ให้ความเคารพและส่งเสริมสิทธิมนุษยชน³⁰

สิทธิในสุขภาพ: องค์ประกอบที่สำคัญ – ความพร้อมให้บริการ การเข้าถึงได้ การเป็นที่ยอมรับ และมีคุณภาพ

การจัดการบริการอนามัยการเจริญพันธุ์นั้นจะต้องเป็นไปตามกรอบของสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศ อันประกอบด้วยสิทธิในสุขภาพ กล่าวคือ มาตรฐานที่ให้การรับรองความพร้อมให้บริการ การเข้าถึง การเป็นที่ยอมรับ และคุณภาพของสถานบริการ สินค้า และบริการทางสุขภาพ³¹ ซึ่งมาตรฐานเหล่านี้ยังใช้กับปัจจัยพื้นฐานทางสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงการศึกษาและข้อมูลเรื่องเพศด้วย

- **ความพร้อมให้บริการ:** รัฐจะต้องจัดให้มีสถานบริการ บริการ เวชภัณฑ์ และการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพอย่างเพียงพอต่อการให้บริการแก่ประชาชน³² รวมไปถึงยาที่สำคัญ เช่น ยาคุมกำเนิด และยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน³³
- **การเข้าถึงได้:** รัฐจะต้องจัดให้ประชาชนสามารถเข้าถึงสถานบริการและบริการทางสุขภาพได้โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ หมายความว่าบุคคลทุกคนจะต้องสามารถเข้าถึงบริการได้ในทางกฎหมายและในทางปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส³⁴ นอกจากนี้ สถานบริการและบริการทางสุขภาพจะต้องสามารถเข้าถึงได้ในเชิงกายภาพ ซึ่งรวมถึงผู้ที่มีความพิการทางกาย และสามารถเข้าถึงได้ในเชิงเศรษฐกิจ ซึ่งหมายความว่ามีความเหมาะสม³⁵ การช่วยเหลือทางการเงินจะต้องตั้งอยู่บนหลักของความเสมอภาค เพื่อไม่ให้ครอบครัวหรือบุคคลที่มีฐานะยากจนต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพอย่างไม่เหมาะสม³⁶ และสุดท้ายคือ ข้อมูลจะต้องเป็นที่เข้าถึงได้ หมายความว่าบุคคลหรือกลุ่มใดๆ จะต้องสามารถแสวงหา ได้รับ หรือเผยแพร่ข้อมูลและแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพได้³⁷
- **การเป็นที่ยอมรับ:** สถานบริการ บริการ และเวชภัณฑ์จะต้องมีความเหมาะสมกับวัฒนธรรม และควรคำนึงถึงความสนใจและความต้องการของประชาชนชายขอบ ชนพื้นเมือง และความแตกต่างทางเพศและอายุของบุคคล³⁸
- **คุณภาพ:** การให้การดูแลด้านอนามัยการเจริญพันธุ์จะต้องมีคุณภาพ ซึ่งหมายความว่ามีความเหมาะสมในเชิงวิทยาศาสตร์ และการแพทย์ และผู้ให้บริการได้ผ่านการฝึกอบรมมาอย่างเพียงพอ³⁹

¹ *Programme of Action of the International Conference on Population and Development*, Cairo, Egypt, Sept. 5-13, 1994, para. 7.2, U.N. Doc. A/CONF.171/13/Rev.1 (1995) [hereinafter *ICPD Programme of Action*].

² *Id.*

³ See *Key actions for the further implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development*, U.N. GAOR, 21st Special Sess., June 30-July 3, 1999, U.N. Doc. A/S-21/5/Add.1 (1999).

⁴ Other important advancements in regards to sexual and reproductive rights include the Amman Declaration and Programme of Action, the United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples, the 2012 Commission on Population and Development resolution on adolescents and youth, and the 2012 Commission on the Status of Women resolution on maternal health of rural women. See *Amman Declaration and Programme of Action*, Amman, Jordan, Nov. 5-7, 2012; United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples, U.N. Doc. A/61/L.67 (Sept. 12, 2007); Commission on Population and Development Res. 2012/1 Adolescents and youth, Rep. of the Commission on Population and Development, 45th Sess., Apr. 15 & Apr. 23-27, 2012, U.N. Doc. E/2012/25, E/CN.9/2012/8 (2012); Commission on the Status of Women, Agreed conclusions on access and participation of women and girls in education, training and science and technology, including for the promotion of women's equal access to full employment and decent work, Rep. of the Commission on the Status of Women, 55th Sess., Mar. 12., Feb. 22-Mar. 4 & Mar. 14, 2011, U.N. Doc. E/2011/27, E/CN.6/2011/12 (2011).

⁵ See G.A. Res. 65/234, U.N. Doc. A/RES/65/234 (Apr. 5, 2011).

⁶ See, e.g., Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, *adopted* Dec. 18, 1979, art. 3, G.A. Res. 34/180, U.N. GAOR, 34th Sess., Supp. No. 46, at 193, U.N. Doc. A/34/46, U.N.T.S. 13 (*entered into force* Sept. 3, 1981) [hereinafter CEDAW] (“States Parties shall take in all fields, in particular in the political, social, economic and cultural fields, all appropriate measures, including legislation, to ensure the full development and advancement of women, for the purpose of guaranteeing them the exercise and enjoyment of human rights and fundamental freedoms on a basis of equality with men.”); International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, *adopted* Dec. 16, 1966, art. 2(1), G.A. Res. 2200A (XXI), U.N. GAOR, Supp. No. 16, U.N. Doc. A/6316 (1966) (*entered into force* Jan. 3, 1976) [hereinafter ICESCR] (“Each State Party to the present Covenant undertakes to take steps, individually and through international assistance and co-operation, especially economic and technical, to the maximum of its available resources, with a view to achieving progressively the full realization of the rights recognized

- in the present Covenant by all appropriate means, including particularly the adoption of legislative measures.”); International Covenant on Civil and Political Rights, *adopted* Dec. 16, 1966, art. 2(2), G.A. Res. 2200A (XXI), U.N. GAOR, 21st Sess., Supp. No. 16, U.N. Doc. A/6316 (1966), 999 U.N.T.S. 171 (*entered into force* Mar. 23, 1976) [hereinafter ICCPR] (“Where not already provided for by existing legislative or other measures, each State Party to the present Covenant undertakes to take the necessary steps, in accordance with its constitutional processes and with the provisions of the present Covenant, to adopt such legislative or other measures as may be necessary to give effect to the rights recognized in the present Covenant.”).
- ⁷ See Committee on the Rights of the Child (CRC Committee), *Concluding Observations: Costa Rica*, para. 64(b), U.N. Doc. CRC/C/CR/CO/4 (2011) (urging the state to “Design and implement an intersectoral public policy for health, sexual and reproductive rights aimed at adolescents within and outside the educational system and taking into account sexual and reproductive rights, healthy sexuality, prevention of unplanned pregnancies, sexually transmitted diseases, HIV/AIDS, and the accessibility and use of condoms and other contraceptives.”). Examples of legislation that explicitly incorporates sexual and reproductive rights include Bolivia’s 2009 Constitution and Albania’s 2002 Law on Reproductive Health. See Nueva Constitución Política del Estado [Constitution] Oct. 2008, arts. 14-15, 45, 48 & 66 (Bolivia) [hereinafter Bolivian Constitution]; Law No. 8876, Law on Reproductive Health (Apr. 4, 2002) (Albania).
- ⁸ Committee on the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW Committee), *General Recommendation No. 24: Article 12 of the Convention (women and health)*, (20th Sess., 1999), in *Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies*, para. 29, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II) (2008) [hereinafter CEDAW Committee, *Gen. Recommendation No. 24*].
- ⁹ Committee on Economic, Social and Cultural Rights (ESCR Committee), *General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health (Art. 12)*, (22nd Sess., 2000), in *Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies*, at para. 33, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. I) (2008) [hereinafter ESCR Committee, *Gen. Comment No. 14*]; CEDAW Committee, *Gen. Recommendation No. 24*, *supra* note 8, para. 14.
- ¹⁰ ESCR Committee, *Gen. Comment No. 14*, *supra* note 9, para. 34.
- ¹¹ See *id.* para. 33; CEDAW Committee, *Gen. Recommendation No. 24*, *supra* note 8, para. 15.
- ¹² ESCR Committee, *Gen. Comment No. 14*, *supra* note 9, para. 35.
- ¹³ *Id.* para. 33; see also CEDAW Committee, *Gen. Recommendation No. 24*, *supra* note 8, para. 17 (“The duty to fulfill rights places an obligation on States parties to take appropriate legislative, judicial, administrative, budgetary, economic and other measures to the maximum extent of their available resources to ensure that women realize their rights to health care.”).
- ¹⁴ See, e.g., *ICPD Programme of Action*, *supra* note 1, para. 4.1; Convention on the Rights of Persons with Disabilities, *adopted* Dec. 13, 2006, arts. 3 & 25, G.A. Res. A/RES/61/106, U.N. GAOR, 61st Sess., U.N. Doc. A/61/611 (*entered into force* May 3, 2008); CEDAW Committee, *Gen. Recommendation No. 24*, *supra* note 8, para. 31(e).
- ¹⁵ ESCR Committee, *General Comment No. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights*, para. 29, U.N. Doc. E/C.12/GC/20 (2009) [hereinafter ESCR Committee, *Gen. Comment No. 20*].
- ¹⁶ *Id.* para. 32.
- ¹⁷ *Id.* para. 31.
- ¹⁸ *Id.* para. 33.
- ¹⁹ See, e.g., C158 Termination of Employment Convention, 1982 (No. 158), *adopted* Jun. 22, 1982, art. 5, Geneva, 68th ILC Sess. (*entered into force* Nov. 23, 1985); C183 Maternity Protection Convention, 2000 (No. 183), *adopted* Jun. 15, 2000, Geneva, 88th ILC Sess. (*entered into force* Feb. 7, 2002); R191 Maternity Protection Recommendation, 2000 (No. 191), *adopted* Jun. 15, 2000, Geneva, 88th ILC Sess.
- ²⁰ CEDAW, *supra* note 6, art. 3.
- ²¹ CEDAW Committee, *General Recommendation No. 28: Core Obligations of States parties under article 2 of the Convention on the Elimination of Discrimination against Women*, (47th Sess., 2010), para. 31, U.N. Doc. CEDAW/C/GC/28 (2010) [hereinafter CEDAW Committee, *Gen. Recommendation No. 28*].
- ²² See generally ESCR Committee, *General Comment No. 20*, *supra* note 15.
- ²³ *Id.* para. 8(b).
- ²⁴ CEDAW Committee, *Gen. Recommendation No. 24*, *supra* note 8, para. 14.
- ²⁵ CEDAW, *supra* note 6, arts. 2(f) (“States Parties...undertake...[t]o take all appropriate measures, including legislation, to modify or abolish existing laws, regulations, customs and practices which constitute discrimination against women”) & 5 (“States Parties shall take all appropriate measures: (a) To modify the social and cultural patterns of conduct of men and women, with a view to achieving the elimination of prejudices and customary and all other practices which

are based on the idea of the inferiority or the superiority of either of the sexes or on stereotyped roles for men and women;”); Convention on the Rights of the Child, *adopted* Nov. 20, 1989, art. 24(3), G.A. Res. 44/25, annex, U.N. GAOR, 44th Sess., Supp. No. 49, U.N. Doc. A/44/49 (1989) (*entered into force* Sept. 2, 1990) [hereinafter CRC] (“States Parties shall take all effective and appropriate measures with a view to abolishing traditional practices prejudicial to the health of children.”); See CRC Committee, *General Comment No. 4: Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child*, (33rd Sess., 2003), in *Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies*, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II) (2008) [hereinafter Committee on the Rights of the Child, *Gen. Comment No. 4*] (incorporating sexual and reproductive health into the right to health).

²⁶ ICPD Programme of Action, *supra* note 1, para. 13.8(a) & (c).

²⁷ See *id.* Preamble, Principle 10 and para. 3.18.

²⁸ *Id.* para. 14.10.

²⁹ Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, *Technical guidance on the application of human rights-based approach to implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality*, para. 85, U.N. Doc. A/HRC/21/22 (July 2, 2012).

³⁰ ICPD Programme of Action, *supra* note 1, para. 14.3.

³¹ See ESCR Committee, *Gen. Comment No. 14*, *supra* note 9, para. 12.

³² *Id.* para. 12(a).

³³ *Id.*

³⁴ *Id.* para. 12(b)(i).

³⁵ *Id.* para. 12(b)(ii) and (iii).

³⁶ *Id.* para. 12(b)(iii).

³⁷ *Id.* para. 12(b)(iv).

³⁸ *Id.* para. 12(c).

³⁹ *Id.* para. 12(d).

1. การตายและการเจ็บป่วยของมารดา

ตลอดเวลา 20 ปีนับตั้งแต่การประชุม ICPD ได้มีการดำเนินขั้นตอนที่สำคัญเพื่อลดอัตราการตายและการเจ็บป่วยของมารดา โดยเกิดการเปลี่ยนแปลงแนวคิดขององค์กรทำงานระหว่างประเทศ กล่าวคือ จากเดิมที่มีแนวคิดว่าการตายของมารดา อยู่ภายใต้ขอบเขตของการดูแลสุขภาพเท่านั้น ปัจจุบันการตายของมารดาได้กลายเป็นประเด็นว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ซึ่งเกี่ยวข้องกับ การไม่เลือกปฏิบัติและการละเมิดสิทธิมนุษยชนอื่นๆ ตลอดจนความจำเป็นที่จะต้องส่งเสริมความรับผิดชอบจากภาครัฐ เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปว่าการตายของมารดานั้นสามารถป้องกันได้ และเป็นหน้าที่ของรัฐในการดำเนินงานป้องกัน¹ การเปลี่ยนแปลงนี้ ทำให้การตายของมารดาทั่วโลกต่อปีลดลงร้อยละ 47 ระหว่างปี 2533 ถึงปี 2553² โดยมากกว่าร้อยละ 70 ของมารดา ที่เสียชีวิตทั่วโลก เสียชีวิตเนื่องจากการตกเลือด ความดันโลหิตสูง การติดเชื้อ การยุติการตั้งครรภ์ด้วยวิธีการที่ไม่ปลอดภัย และการคลอดเหน็ดเหนื่อยหรือการคลอดติดขัด สาเหตุเหล่านี้สามารถป้องกันได้หากตรวจพบและจัดการอย่างเหมาะสมและทันเวลา³

แม้จะมีการพัฒนาดังกล่าว ยังคงมีอุปสรรคมากมายในการลดอัตราการตายและการเจ็บป่วยของมารดา ซึ่งแต่ละภูมิภาคมีอัตราการตายของมารดาที่แตกต่างกัน โดยร้อยละ 99 ของการตายของมารดาทั่วโลกนั้นเกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนา ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ในทวีปแอฟริกาทางตอนใต้ของทะเลทรายซาฮารา และอีกประมาณหนึ่งในสามอยู่ในภูมิภาคเอเชียใต้⁴ นอกจากนี้ในแต่ละปีมีวัยรุ่นที่คลอดบุตรสูงถึง 14-15 ล้านคน⁵ ซึ่งกว่าร้อยละ 90 อาศัยอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา⁶ โดยวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีมีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตระหว่างตั้งครรภ์หรือคลอดบุตรเป็นสองเท่าเมื่อเปรียบเทียบกับสตรีอายุมากกว่า 20 ปี ในขณะที่วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 15 ปี มีความเสี่ยงห้าเท่าต่อกรณีดังกล่าว⁷

ปัจจุบันสตรีจำนวนมากยังคงเผชิญอุปสรรคมากมาย และมักอันตรายถึงแก่ชีวิตในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพเมื่อตั้งครรภ์ ไม่ว่าจะเป็นความล่าช้าในการเข้ารับการดูแล การเข้าถึงสถานให้บริการดูแลสุขภาพ และการรับการรักษา⁸ ดังนั้นจึงมีการวางยุทธศาสตร์ที่อยู่บนพื้นฐานของสิทธิมนุษยชนเพื่อลดอัตราการตายของมารดา โดยส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลและบริการอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ ไม่ว่าจะเป็น การคุมกำเนิด การดูแลก่อนคลอด การยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย และการดูแลหลังการยุติการตั้งครรภ์ นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับสตรีและเด็กหญิงที่อยู่ในสถานการณ์ที่มีความเปราะบางหรือเป็นบุคคลชายขอบ

การตายและการเจ็บป่วยของมารดาในแผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนา

แผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนาให้การยอมรับว่าสตรีมี “สิทธิในการเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งจะช่วยทำให้พวกเขามีความปลอดภัยในการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร และช่วยให้คู่สามีภรรยามีโอกาสที่ดีที่สุดในการมีบุตรที่มีสุขภาพดี”⁹ แผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนายอมรับว่ามีปัจจัยหลากหลายที่ส่งผลให้อัตราการตายของมารดาเพิ่มขึ้นหนึ่งในนั้นได้แก่ การยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย¹⁰ และการตายของมารดาส่วนใหญ่เกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนา¹¹ นอกจากนี้ยังยอมรับว่าการให้การศึกษา การมีโภชนาการที่ดี การดูแลก่อนคลอด การดูแลเมื่อคลอดฉุกเฉิน การช่วยคลอด การดูแลหลังคลอด และการวางแผนครอบครัว ล้วนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการลดอัตราการตายของมารดา¹² โดยได้มีการบูรณาการเป้าหมายของแผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนาในการลดอัตราการตายของมารดา¹³ เข้ากับเป้าหมายการพัฒนาที่สหัสวรรษ (Millennium Development Goals: MDGs) ซึ่งประเทศต่างๆ ได้เห็นพ้องที่จะลดอัตราการตายของมารดาในประเทศของตนลงร้อยละ 75 จากปี 2533 ถึงปี 2558 ซึ่งแม้หลายประเทศจะมีความก้าวหน้า แต่การลดลงของอัตราการตายของมารดาเป็นหนึ่งในเป้าหมายการพัฒนาที่สหัสวรรษที่มีแนวโน้มจะประสบความสำเร็จน้อยที่สุด เนื่องจากมีเพียง 13 ประเทศที่จะสามารถบรรลุเป้าหมายได้ภายในปี 2558¹⁴ ทั้งนี้ ประเทศต่างๆ ได้เห็นพ้องร่วมกันในแผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนา ที่จะลดความเหลื่อมล้ำของอัตราการตายของมารดาในประเทศโดยคำนึงถึงความแตกต่างด้านภูมิศาสตร์ สังคมและเศรษฐกิจ และชาติพันธุ์¹⁵

เพื่อลดการเสียชีวิตของมารดา ประเทศต่างๆ ได้เห็นพ้องว่าจะต้องให้ความสำคัญมากยิ่งขึ้นกับการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม และจะต้องจัดให้มีบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาภาวะแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์¹⁶ ดังนั้น รัฐจึงควรบูรณาการการให้ข้อมูลและบริการเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวในการดำเนินงานเพื่อลดอัตราการตายของมารดา¹⁷ และการยุติการตั้งครรภ์โดย

1. การตายและการเจ็บป่วยของมารดา (ต่อ)

กฎหมายนั้นจะต้องมีความปลอดภัย¹⁸ นอกจากนั้นแล้วประเทศต่างๆ ยังเห็นพ้องว่าสตรีจะต้องสามารถเข้าถึงการดูแลหลังการยุติการตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพและมีมนุษยธรรม¹⁹ และจะต้องยึดมั่นในมาตรการการป้องกัน กำหนด และจัดการกับการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง²⁰ ยิ่งไปกว่านั้น ประเทศต่างๆ ได้เห็นพ้องที่จะให้ความสำคัญยิ่งขึ้นกับความต้องการด้านสุขภาพของวัยรุ่น²¹ และจัดให้มี “บริการให้ข้อมูล การศึกษา และคำปรึกษาเพื่อช่วยชะลอการมีครอบครัวก่อนวัยอันควร การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่พร้อม และการตั้งครรภ์ครั้งแรก”²²

มาตรฐานด้านสิทธิมนุษยชน

กรอบของสิทธิมนุษยชนซึ่งได้มีการพัฒนาผ่านสนธิสัญญาระหว่างประเทศและหน่วยงานควบคุมกำกับกับการปฏิบัติตามสนธิสัญญาแต่ละฉบับ ได้ยอมรับว่าการตายของมารดานั้นเป็นการละเมิดสิทธิในชีวิต²³ สุขภาวะ²⁴ ความเสมอภาค²⁵ และการไม่ถูกเลือกปฏิบัติ²⁶ คณะมนตรีสิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติได้มีมติหลายครั้งที่ระบุว่า การตายของมารดาคือการละเมิดสิทธิมนุษยชน และเรียกร้องให้ประเทศต่างๆ เพิ่มความสำคัญในการป้องกันให้มากขึ้น²⁷ หน่วยงานควบคุมกำกับกับการปฏิบัติตามสนธิสัญญาได้แสดงความสัมพันธ์ของอัตราการเสียชีวิตของมารดาที่เพิ่มสูงขึ้น กับการขาดแคลนบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ครอบคลุม²⁸ กฎหมายที่ห้ามการยุติการตั้งครรภ์²⁹ การยุติการตั้งครรภ์โดยไม่ปลอดภัยหรือผิดกฎหมาย³⁰ การคลอดบุตรของวัยรุ่น³¹ การแต่งงานก่อนวัยอันควร และการถูกบีบบังคับให้แต่งงาน³² และการไม่สามารถเข้าถึงอุปกรณ์คุมกำเนิดได้อย่างเพียงพอ³³ ในคดีประวัติศาสตร์ *Alyne da Silva Pimentel v. Brazil* นั้น คณะกรรมการขจัดเลือกปฏิบัติต่อสตรี (The Committee on the Elimination of Discrimination against Women – คณะกรรมการ CEDAW) ได้ตัดสินว่ารัฐจะต้องทำการแทรกแซงเท่าที่จำเป็นเพื่อป้องกันการเสียชีวิตของมารดา รวมถึงจัดให้มีบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมและตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของสตรี³⁴ รวมถึงกลุ่มคนชายขอบในสังคม³⁵ จากการที่หน่วยงานด้านสิทธิมนุษยชนได้จัดให้การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์เป็นพันธะหลัก รัฐจึงต้องดำเนินการเพื่อให้การตั้งครรภ์และการคลอดบุตรนั้นมีความปลอดภัย แม้ว่ารัฐจะมีอุปสรรคทางเศรษฐกิจเพียงใดก็ตาม³⁶

นอกจากแผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนาจะให้การยอมรับในความจำเป็นที่จะต้องทำให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์นั้นเป็นที่เข้าถึงได้ และความจำเป็นในการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยแล้ว หน่วยงานควบคุมกำกับกับการปฏิบัติตามสนธิสัญญาของสหประชาชาติยังเรียกร้องให้รัฐพัฒนานโยบายและการดำเนินงานลดอัตราการตายของมารดา³⁷ และช่วยให้สตรีสามารถเข้าถึงการทำคลอด³⁸ การดูแลก่อนคลอด³⁹ การดูแลกรณีคลอดฉุกเฉิน⁴⁰ และการดูแลที่มีคุณภาพสำหรับภาวะแทรกซ้อนอันเกิดจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย⁴¹ หน่วยงานควบคุมกำกับกับการปฏิบัติตามสนธิสัญญาได้ร้องขอให้รัฐหลายแห่งที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ เช่น ค่าใช้จ่ายที่สูง⁴² และทำให้ยากที่จำเป็นในการรักษาภาวะแทรกซ้อนซึ่งเกิดจากการตั้งครรภ์นั้นได้รับการลงทะเบียนและมีให้บริการ⁴³ รัฐจะต้องให้ความสำคัญกับปัจจัยที่เป็นพื้นฐานของการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ซึ่งรวมถึงน้ำดื่ม โภชนาการที่เหมาะสม การศึกษา การสุขภาพ และการขนส่ง⁴⁴ คณะกรรมการ CEDAW ได้แสดงจุดยืนว่า รัฐจะต้องดำเนินมาตรการต่างๆ เพื่อให้ชีวิตและอนามัยของสตรีมีครรภ์ได้รับการปกป้องอย่างเป็นพิเศษ⁴⁵

หน่วยงานควบคุมกำกับกับการปฏิบัติตามสนธิสัญญาได้ระบุว่า รัฐควรใช้มาตรการเฉพาะที่ให้ความสำคัญกับการตายของมารดา โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยงซึ่งมีอัตราการตายของมารดาสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ และต้องประสບอุปสรรคต่างๆ ในการเข้าถึงบริการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ ไม่ว่าจะเป็นสตรีที่ยังอายุน้อย⁴⁶ สุภาพชน⁴⁷ อาศัยในชนบท⁴⁸ เป็นชนกลุ่มน้อย⁴⁹ เป็นชนพื้นเมือง⁵⁰ ตลอดจนแรงงานย้ายถิ่น⁵¹

1. การตายและการเจ็บป่วยของมารดา (ต่อ)

ตัวอย่างประเทศ

อาร์เมเนีย

อาร์เมเนียเป็นประเทศที่ประสบกับอัตราการตายของมารดาสูงกว่าค่าเฉลี่ยของทวีปยุโรป⁵² จึงได้ใช้มาตรการเฉพาะเพื่อลดอัตราการตายของมารดา ได้แก่ การส่งเสริมอนามัยมารดาในกลุ่มคนชายขอบ เช่น วิทยาลัย และสตรีในชนบท โดยในปี 2551 อาร์เมเนียได้เพิ่มงบประมาณให้กับบริการด้านการดูแลก่อนคลอดบุตรถึงเกือบสองเท่า และได้จัดให้มีบริการคลอดบุตรฟรีสำหรับสตรี⁵³ ยิ่งไปกว่านั้น อาร์เมเนียยังให้ค่าตอบแทนพิเศษแก่ผู้ให้บริการ ทำให้ช่วยลดค่าใช้จ่ายของสตรี⁵⁴ นอกจากนี้ อาร์เมเนียยังจัดให้มีทีมทำคลอดฉุกเฉินเคลื่อนที่และทีมรีแพชท์ที่ออกเดินทางเพื่อรณรงค์ด้านอนามัยมารดาในพื้นที่ที่ยากต่อการเข้าถึง ไม่ว่าจะเป็นพื้นที่ห่างไกลในชนบท และพื้นที่ทุรกันดาร⁵⁵

อินเดีย

ในปี 2551 ศาลสูงของนิวเดลีได้วินิจฉัยพบความผิดพลาดของบริการอนามัยมารดาในประเทศอินเดียที่เป็นการละเมิดต่อสิทธิในชีวิตและสุขภาพ ซึ่งเป็นสิทธิที่ได้รับความคุ้มครองภายใต้กฎหมายภายในประเทศและระหว่างประเทศ จากกรณีที่สตรีสองรายถูกปฏิเสธในการได้รับบริการจากภาครัฐ ทำให้สตรีรายหนึ่งต้องคลอดบุตรได้ต้นไม่โดยที่ไม่มีผู้ที่มีทักษะในการทำคลอดอยู่ด้วย ส่วนสตรีอีกรายหนึ่งต้องเสียชีวิตด้วยเหตุที่สามารถป้องกันได้⁵⁶ ศาลจึงมีคำสั่งให้รัฐปรับปรุงการเข้าถึงบริการดูแลอนามัยมารดา⁵⁷ ได้แก่ การขนส่งเดินทางไปยังสถานบริการอนามัย⁵⁸ และการเข้าถึงบริการอนามัยมารดาสำหรับสตรีที่เดินทางข้ามเขตของรัฐ⁵⁹ และการเพิ่มการตรวจตราการปฏิบัติตามนโยบายว่าด้วยอนามัยมารดา⁶⁰ นอกจากนี้แล้ว ศาลยังสั่งให้รัฐบาลจ่ายค่าชดเชยให้กับเหยื่อและครอบครัวอีกด้วย⁶¹

เนปาล

เนปาลสามารถลดอัตราการตายของมารดาได้ถึงหนึ่งในสามจากปี 2533 ถึงปี 2553⁶² โดยความสำเร็จในการลดอัตราการตายของมารดานั้นเกิดจากการที่คนส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงผู้ที่มีทักษะในการทำคลอดได้มากขึ้น จากเดิมในปี 2549 ที่มีเพียงร้อยละ 19 ที่สามารถเข้าถึงผู้ที่มีทักษะในการทำคลอด เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 36 ในปี 2554⁶³ นโยบายแห่งชาติของเนปาลว่าด้วยผู้ที่มีทักษะในการทำคลอด ได้กำหนดยุทธศาสตร์ให้มีการอบรมระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว และจัดให้มีผู้ที่มีทักษะในการทำคลอดทั่วประเทศ ซึ่งรวมถึงการฝึกอบรมเพื่อรับรองว่ามีทักษะที่เหมาะสม⁶⁴ นอกจากนี้ เนปาลได้แก้ไขกฎหมายว่าด้วยการยุติการตั้งครรภ์ ในปี 2545 จากเดิมที่ห้ามการยุติการตั้งครรภ์โดยสิ้นเชิงเป็นการอนุญาตให้ยุติการตั้งครรภ์ได้โดยไม่มีข้อจำกัดภายใน 12 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์ และอนุญาตให้ยุติการตั้งครรภ์ได้หลังจาก 12 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์โดยขึ้นอยู่กับสถานการณ์ ซึ่งการแก้ไขกฎหมายดังกล่าวช่วยลดอัตราการตายของมารดาจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยได้อย่างมีนัยสำคัญ⁶⁵

1 See UN Department of Public Information, We Can End Poverty 2015 Millennium Development Goals: Goal 5: Improve Maternal Health (2010); Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, *Technical guidance on the application of human rights-based approach to implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality*, U.N. Doc. A/HRC/21/22 (July 2, 2012).

2 World Health Organization (WHO), UNICEF, United Nations Population Fund (UNFPA) & The World Bank, *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010*, 1 (2012) [hereinafter *Trends in Maternal Mortality*]; See also Rafael Lozano et al., *Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: an updated systematic analysis*, 378 *the Lancet* 1139 (2011) [hereinafter *Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5*].

3 *Rep. of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights on preventable maternal mortality and morbidity and human rights*, para. 6, U.N. Doc. A/HRC/14/39 (Apr. 16, 2010); WHO, *Maternal Mortality: Fact Sheet No. 348* (2012).

4 WHO, *Maternal Mortality: Fact Sheet No. 348* (2012).

5 WHO & UNFPA, *Pregnant Adolescents: Delivering on Global Promises of Hope* 4 (2006).

1. การตายและการเจ็บป่วยของมารดา (ต่อ)

- ⁶ *Id.* at 8.
- ⁷ U.N. Secretary-General, *We the Children: End-decade review of the follow-up to the World Summit for Children*, para. 181, U.N. Doc. A/S-27/3 (May 4, 2001).
- ⁸ Paul Hunt & Judith Bueno de Mesquita, Human Rights Centre, University of Essex, *Reducing Maternal Mortality: The Contribution of the right to the highest attainable standard of health* (2010).
- ⁹ *Programme of Action of the International Conference on Population and Development*, Cairo, Egypt, Sept. 5-13, 1994, para. 7.2, U.N. Doc. A/CONF.171/13/Rev.1 (1995) [hereinafter *ICPD Programme of Action*].
- ¹⁰ *Id.* para. 8.19.
- ¹¹ *Id.* (“At the global level, it has been estimated that about half a million women die each year of pregnancy-related causes, 99 per cent of them in developing countries.”).
- ¹² *Id.* para. 8.22.
- ¹³ *Id.* para. 8.21.
- ¹⁴ See *Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5*, *supra* note 2, at 1163.
- ¹⁵ *ICPD Programme of Action*, *supra* note 9, para. 8.21 (“Disparities in maternal mortality within countries and between geographical regions, socio-economic and ethnic groups should be narrowed.”).
- ¹⁶ *Id.* paras. 7.6, 7.24 & 8.19 (“Greater attention to the reproductive health needs of female adolescents and young women could prevent the major share of maternal morbidity and mortality through prevention of unwanted pregnancies and any subsequent poorly managed abortion.”).
- ¹⁷ *Id.* para. 8.25 (“All Governments [should]... reduce the recourse to abortion through expanded and improved family-planning services.”) & 8.26 (“Programmes to reduce maternal morbidity and mortality should include information and reproductive health services, including family-planning services. In order to reduce high-risk pregnancies, maternal health and safe motherhood programmes should include counselling and family-planning information.”).
- ¹⁸ *Id.* para. 8.25.
- ¹⁹ Key Actions for Further Implementation of the Program of Action of the International Conference on Population and Development, U.N. GAOR, 21st Special Sess., June 30-July 3, 1999, para. 63, U.N. Doc. A/S-21/5/Add.1 (1999); *ICPD Programme of Action*, *supra* note 9, paras. 7.24 & 8.25.
- ²⁰ *ICPD Programme of Action*, *supra* note 9, para. 8.23.
- ²¹ *Id.* para. 8.19.
- ²² *Id.* para. 8.24.
- ²³ See, e.g., Human Rights Committee (HRC), *Concluding Observations: Mali*, para. 14, U.N. Doc. CCPR/CO/77/MLI (2003).
- ²⁴ *Alyne da Silva Pimentel Teixeira v. Brazil*, Committee on the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW Committee), Commc’n No. 17/2008, paras. 7.5-7.6, U.N. Doc. CEDAW/C/49/D/17/2008 (2011) [hereinafter *Alyne v. Brazil*].
- ²⁵ See, e.g., HRC, *Concluding Observations: Mongolia*, para. 8(b), U.N. Doc. CCPR/C/79/Add.120 (2000); *Peru*, para. 20, U.N. Doc. CCPR/CO/70/PER (2000); *Trinidad and Tobago*, para. 18, U.N. Doc. CCPR/CO/70/TTO (2000).
- ²⁶ *Alyne v. Brazil*, *supra* note 24, paras. 7.5-7.6.
- ²⁷ See Human Rights Council Res. 11/8 Preventable maternal mortality and morbidity and human rights, Rep. of the Human Rights Council, 11th Sess., June 2-19, 2009, U.N. Doc. A/HRC/11/37, at 44 (Oct. 16, 2009).
- ²⁸ CEDAW Committee, *Concluding Observations: Malawi*, para. 31, U.N. Doc. CEDAW/C/MWI/CO (2006); *Mexico*, para. 32, U.N. Doc. CEDAW/C/MEX/CO/6 (2006); *Morocco*, para. 30, U.N. Doc. CEDAW/C/MAR/CO/4 (2008).
- ²⁹ See, e.g., HRC, *Concluding Observations: Chile*, para. 8, U.N. Doc. CCPR/C/CHL/CO/5 (2007); *Madagascar*, para. 14, U.N. Doc. CCPR/C/MDG/CO/3 (2007); *Panama*, para. 9, U.N. Doc. CCPR/C/PAN/CO/3 (2008).
- ³⁰ See, e.g., Committee in the Rights of the Child (CRC Committee), *Concluding Observations: Democratic People’s Republic of Korea*, para. 50, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.239 (2004); *Guatemala*, para. 40, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.154 (2001); *Haiti*, para. 46, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.202 (2003).
- ³¹ See, e.g., CEDAW Committee, *Concluding Observations: Eritrea*, para. 22, U.N. Doc. CEDAW/C/ERI/CO/3 (2006); *Mozambique*, para. 36, U.N. Doc. CEDAW/C/MOZ/CO/2 (2007).
- ³² See, e.g., CRC Committee, *Concluding Observations: Sudan*, para. 10, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.10 (1993).
- ³³ See, e.g., CRC Committee, *Concluding Observations: Chile*, para. 41, U.N. Doc. CRC/S/15/Add.173 (2002).
- ³⁴ *Alyne v. Brazil*, *supra* note 24, para. 7.6.
- ³⁵ *Id.* para. 7.7.

1. การตายและการเจ็บป่วยของมารดา (ต่อ)

- ³⁶ Committee on Economic, Social and Cultural Rights (ESCR Committee), *General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health* (Art. 12), (22nd Sess., 2000), in *Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies*, at para. 44(a), U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. I) (2008) [hereinafter *ESCR Committee, Gen. Comment No. 14*] (noting that the provision of maternal health care arises to the level comparable to that of “core obligations” under human rights treaties).
- ³⁷ See, e.g., CRC Committee, *Concluding Observations: Côte d’Ivoire*, para. 39, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.155 (2001); *Dominican Republic*, paras. 37-38, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.150 (2001); *Lesotho*, para. 44, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.147 (2001).
- ³⁸ See, e.g., ESCR Committee, *Concluding Observations: Korea*, para. 44, U.N. Doc. E/C.12/1/Add.95 (2003); *Nepal*, para. 46, U.N. Doc. E/C.12/NPL/CO/2 (2008).
- ³⁹ CEDAW Committee, *General Recommendation No. 24: Article 12 of the Convention (women and health)*, (20th Sess., 1999), in *Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies*, para. 31(c), U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II) (2008); ESCR Committee, *Gen. Comment No. 14, supra* note 36, para. 14.
- ⁴⁰ See, e.g., CEDAW Committee, *Concluding Observations: Burundi*, para. 36, U.N. Doc. CEDAW/C/BDI/CO/4 (2008); *Malawi*, para. 32, U.N. Doc. CEDAW/C/MWICO (2006).
- ⁴¹ See, e.g., CEDAW Committee, *Concluding Observations: Bolivia*, para. 43, U.N. Doc. CEDAW/C/BOL/CO/4 (2008); *Honduras*, para. 25, U.N. Doc. CEDAW/C/HON/CO/6 (2008); *Pakistan*, para. 41, U.N. Doc. CEDAW/C/PAK/CO/3 (2007).
- ⁴² See, e.g., HRC, *Concluding Observations: Poland*, para. 11, U.N. Doc. CCPR/C/79/Add.110 (1999).
- ⁴³ See, e.g., ESCR Committee, *Gen. Comment No. 14, supra* note 36, para. 43(d); The WHO Model List of Essential Medicines includes misoprostol for obstetric purposes. WHO, WHO Model List of Essential Medicines 29 (17th List 2011).
- ⁴⁴ See, e.g., ESCR Committee, *Gen. Comment No. 14, supra* note 36, para. 12(a).
- ⁴⁵ *L.C. v. Peru*, CEDAW Committee, Comm’n No. 22/2009, para. 8.15, U.N. Doc. CEDAW/C/50/D/22/2009 (2011).
- ⁴⁶ See, e.g., HRC, *Concluding Observations: Ecuador*, para. 11, U.N. Doc. CCPR/C/79/Add.92 (1998).
- ⁴⁷ See, e.g., HRC, *Concluding Observations: Argentina*, para. 14, U.N. Doc. CCPR/CO/70/ARG (2000).
- ⁴⁸ *Id.*
- ⁴⁹ See, e.g., HRC, *Concluding Observations: Ireland*, paras. 448-449, U.N. Doc. A/55/40 (2000).
- ⁵⁰ CRC Committee, *Concluding Observations: Nicaragua*, para. 20(e), U.N. Doc. CRC/C/NIC/CO/4 (2010).
- ⁵¹ International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families, adopted Dec. 18, 1990, G.A. Res. 45/158, U.N. Doc. A/RES/45/158 (1990); CRC Committee, *Concluding Observations: Mexico*, para. 72, U.N. Doc. CRC/C/MEX/CO/3 (2006).
- ⁵² WHO, *Maternal and newborn health: Facts and figures*, World Health Organization: Regional Office for Europe, <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/facts-and-figures> (last visited May 8, 2013); *Safe Motherhood*, UNFPA: Armenia, <http://unfpa.am/en/safe-motherhood> (last visited May 8, 2013). Armenia has a maternal mortality rate of 28.5, while the European average is 16.
- ⁵³ UNFPA, UNFPA submission to the Office of the High Commissioner for Human Rights on the topic of Preventable Maternal Morbidity and Mortality and Human Rights for inclusion into the thematic study on the subject requested by the Human Rights Council Resolution A/HRC/15/17, 8 [hereinafter UNFPA, Submission to OHCHR on Preventable Maternal Morbidity and Mortality] (on file at the Center for Reproductive Rights).
- ⁵⁴ *Id.* at 8.
- ⁵⁵ *Id.* at 8-9.
- ⁵⁶ Consolidated Decision, *Laxmi Mandal v. Deen Dayal Harinagar Hospital & Others*, W.P. (C) No. 8853/2008 & *Jaitun v. Maternal Home MCD, Jangpura & Others*, W.P. (C) Nos. 8853 of 2008 & 10700 of 2009 (Delhi High Court, 2010), paras. 28-29 [hereinafter Consolidated Decision, *Laxmi Mandal v. Deen Dayal Harinagar Hospital & Jaitun v. Maternal Home MCD*].
- ⁵⁷ *Id.* para. 62(i)-(iii).
- ⁵⁸ *Id.* para. 62(v).
- ⁵⁹ *Id.* para. 62(viii).
- ⁶⁰ *Id.* para. 62(vii).
- ⁶¹ *Id.* para. 51-61.

1. การตายและการเจ็บป่วยของมารดา (ต่อ)

- ⁶² Trends in Maternal Mortality, *supra* note 2, at 25.
- ⁶³ Government of Nepal, United Nations Country Team of *Nepal*, *Nepal* Millennium Development Goals: Progress Report 2010, 48 (2010); Population Division, Ministry of Health and Population, Government of Nepal et al., *Nepal Demographic and Health Survey 2011*, 128 (2012).
- ⁶⁴ Government of Nepal, National Policy on Skilled Birth Attendants: Supplement to Safe Motherhood Policy 1998 (2006).
- ⁶⁵ Guttmacher Institute, Making Abortion Services Accessible in the Wake of Legal Reforms: A Framework and Six Case Studies 27, 30 (2012).

2. ข้อมูลและบริการคุมกำเนิด

ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา สตรีอายุ 15-49 ปีในภูมิภาคที่กำลังพัฒนามีการคุมกำเนิดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 52 เป็นร้อยละ 62 ขณะที่ในภูมิภาคที่พัฒนาแล้วมีการคุมกำเนิดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 68 เป็นร้อยละ 72¹ อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการพัฒนาดังกล่าว สตรีจำนวน 222 ล้านคนในประเทศที่พัฒนาแล้วทั่วโลกที่ไม่ประสงค์ตั้งครรภ์มักไม่ใช่วิธีการคุมกำเนิดใดๆ หรือใช้วิธีการคุมกำเนิดแบบโบราณ ซึ่งมีอัตราความล้มเหลวสูง²

การไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการวิธีการคุมกำเนิดสมัยใหม่ได้ (The unmet need for modern methods of contraception) ทำให้สตรีไม่สามารถใช้สิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเองได้ ซึ่งรวมถึงสิทธิในสุขภาพและการศึกษา³ อุปสรรคที่ขัดขวางการเข้าถึงการคุมกำเนิดนั้นส่งผลเหลื่อมล้ำในกลุ่มเสี่ยงและประชาชนชายขอบ เช่น วัยรุ่น ชนกลุ่มน้อย ชนพื้นเมือง และคนพิการ เนื่องจากไม่ได้มีการออกแบบบริการให้บุคคลเหล่านี้สามารถเข้าถึงได้⁴ โดยในหลายประเทศนั้น กฎหมายห้ามการยุติการตั้งครรภ์ส่งผลให้สตรีที่ท้องไม่พร้อมต้องอุ้มท้องต่อไปจนครบกำหนด หรือต้องแสวงหาบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยและผิดกฎหมายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ยิ่งไปกว่านั้น เมื่อสตรีสามารถเข้าถึงการคุมกำเนิดได้ ก็จะสามารถเว้นช่วงการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรได้ ซึ่งผลการวิจัยพบว่าเป็นการนำไปสู่การตั้งครรภ์ที่มีสุขอนามัยที่ดีกว่า⁵ การไม่สามารถเข้าถึงถุงยางอนามัยเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้สตรีไม่สามารถป้องกันตัวเองจากการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ได้ รวมถึงเชื้อเอชไอวี⁶

ประชากรบางกลุ่ม เช่น สตรีที่ยังไม่แต่งงานและวัยรุ่น อาจพบกับอุปสรรคเฉพาะกลุ่มในการเข้าถึงข้อมูลและบริการเกี่ยวกับการคุมกำเนิด เนื่องจากความเชื่อที่ว่าพวกเขาไม่ควรยุ่งเกี่ยวกับเรื่องทางเพศ ยิ่งไปกว่านั้น นโยบายและการดำเนินการที่บีบบังคับ เช่นการบังคับให้ทำหมัน ซึ่งเป็นสิ่งที่ปฏิบัติสืบต่อกันมาตั้งแต่อดีต⁷ เป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนหลายประการ และส่งผลกระทบต่ออย่างเลื่อมล้ำต่อประชากรในกลุ่มเปราะบาง เช่น คนยากจน คนพิการ ชนกลุ่มน้อยตามชาติพันธุ์และเชื้อชาติ และสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี⁸

ข้อมูลและบริการคุมกำเนิดในแผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนา

แผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนาให้การยอมรับว่า “สิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์นั้นตั้งอยู่บนการยอมรับในสิทธิขั้นพื้นฐานของคู่ชีวิตทุกคนและบุคคลทุกคนในการตัดสินใจอย่างมีอิสระและมีความรับผิดชอบว่าต้องการมีบุตรจำนวนเท่าใด โดยเว้นระยะห่างเพียงใด และเมื่อไร และมีข้อมูลและวิธีการที่จะตัดสินใจเช่นนั้น”⁹ ดังนั้น เพื่อให้แนวคิดดังกล่าวบังเกิดผล ประเทศต่างๆ จึงเห็นพ้องว่าบุคคลจะต้องสามารถเข้าถึงวิธีการต่างๆ ในการวางแผนครอบครัวที่ปลอดภัย มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ ราคาเหมาะสม สะดวก และเป็นที่ยอมรับได้¹⁰ แผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนายอมรับว่าความต้องการคุมกำเนิดจากทั่วโลกนั้นยังไม่อาจตอบสนองได้¹¹ และประเทศต่างๆ ได้ยึดมั่นที่จะทำให้ทุกคนสามารถเข้าถึงการคุมกำเนิดได้ภายในปี 2558¹² เป้าหมายการพัฒนาที่ 5 (Millennium Development Goal 5B) ตั้งเป้าที่จะทำให้ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ และหนึ่งในตัวชี้วัดในการบรรลุเป้าหมายนี้คืออัตราการใช้การคุมกำเนิด (Contraceptive Prevalence)¹³

ประเทศต่างๆ ยังยึดมั่นที่จะทำให้การดำเนินงานวางแผนครอบครัวนั้นเป็นไปตามแนวคิดด้านสิทธิมนุษยชนและมาตรฐานด้านจริยธรรมและวิชาชีพ¹⁴ ซึ่งการให้บริการคุมกำเนิดจะต้องไม่เป็นการบีบบังคับและไม่เลือกปฏิบัติ¹⁵ โดยต้องให้ผู้ให้บริการตัดสินใจอย่างมีข้อมูล¹⁶ เคารพความเป็นส่วนตัว¹⁷ และรักษาความลับของผู้ใช้บริการ¹⁸ รวมทั้งเคารพศักดิ์ศรีของทุกคน¹⁹ รัฐควรดำเนินการทุกวิธีเพื่อให้การดำเนินงานวางแผนครอบครัวมีรากฐานจากการสมัครใจ²⁰ แผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนาตระหนักว่านโยบายของรัฐบาลที่ถูกรื้อถอนแบบมาเพื่อจูงใจให้บุคคลหรือครอบครัวตัดสินใจมีหรือไม่มีบุตรนั้นสิ่งที่ไม่ดีมีประสิทธิภาพและไม่ก่อให้เกิดผล²¹ และไม่ควรรำคาญเป้าหมายทางประชากรศาสตร์ เช่น เป้าหมายหรือโควตา มาเป็นตัวกำหนดการทำงานของเจ้าหน้าที่ให้บริการวางแผนครอบครัว²² ยิ่งไปกว่านั้น ประเทศต่างๆ ได้เห็นพ้องที่จะ “ระบุและจัดอุปสรรคสำคัญที่ยังคงมีอยู่ซึ่งเป็นการขัดขวางการให้บริการวางแผนครอบครัว”²³ ซึ่งรวมถึง “อุปสรรคที่ไม่จำเป็นทางกฎหมาย ทางกายภาพ ทางคลินิก และทางกฎระเบียบ”²⁴

2. ข้อมูลและบริการคุมกำเนิด (ต่อ)

มาตรฐานด้านสิทธิมนุษยชน

หน่วยงานควบคุมกำกับการใช้สนธิสัญญาได้ให้การยอมรับในความเกี่ยวข้องระหว่างความต้องการคุมกำเนิดที่ยังไม่อาจตอบสนองได้กับอัตราที่เพิ่มขึ้นของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น²⁵ การยุติการตั้งครรภ์²⁶ และการตายของมารดา²⁷ โดยตามหลักเกณฑ์ทางสิทธิมนุษยชนนั้น สิทธิของสตรีในการตัดสินใจต่อจำนวนบุตรและระยะห่างในการมีบุตร ครอบคลุมถึงสิทธิในการได้รับข้อมูลและทรัพยากรที่จะกระทำเช่นนั้น²⁸ ซึ่งรวมถึงการเข้าถึงเพศศึกษาและบริการวางแผนครอบครัว²⁹ รัฐจะต้องทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงยาตามบัญชียาที่จำเป็นขององค์การอนามัยโลกได้ ไม่ว่าจะเป็ดยาคูคุมกำเนิดโดยใช้ฮอร์โมนหรือยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน³⁰ รัฐควรดำเนินแนวทางต่างๆ เพื่อรับรองการเข้าถึงบริการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิดที่ครอบคลุมและมีคุณภาพ³¹ รวมถึงการคุมกำเนิดระยะยาว เช่น การทำหมัน³² สืบเนื่องจากแผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนาที่ตระหนักถึงความจำเป็นในการกำจัดอุปสรรคในการเข้าถึงการคุมกำเนิด หน่วยงานควบคุมกำกับการใช้สนธิสัญญาได้ชี้แจงเพิ่มเติมว่า อุปสรรคดังกล่าวประกอบด้วยค่าใช้จ่ายสูง³³ ข้อจำกัดเกี่ยวกับสถานะภาพสมรส³⁴ การอนุญาตจากบุคคลภายนอก³⁵ และความยินยอมจากผู้ปกครอง³⁶ หน่วยงานควบคุมกำกับการใช้สนธิสัญญาได้กำหนดให้อุปสรรคเหล่านั้นเป็นสิ่งที่สิ้นเปลืองละเมิดสิทธิในการได้รับการปฏิบัติโดยไม่แบ่งแยก³⁷ และสิทธิในสุขภาพ³⁸

เพื่อให้สอดคล้องกับพันธกรณีด้านสิทธิมนุษยชน รัฐควรดำเนินมาตรการต่างๆ เพื่อให้กลุ่มบุคคลที่เปราะบาง เช่น เด็กหญิงวัยรุ่น และสตรีในชนบทและพื้นที่แร้นแค้น สามารถเข้าถึงการคุมกำเนิดได้³⁹ นอกจากนี้ควรจัดให้มีบริการให้คำปรึกษาที่เป็นความลับและมีความละเอียดอ่อนต่อเด็กอีกด้วย⁴⁰ และวัยรุ่นควรจะสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการทางการแพทย์ได้โดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองเมื่อบรรลุนิติภาวะ⁴¹

หน่วยงานควบคุมกำกับการปฏิบัติตามสนธิสัญญาได้กำหนดอย่างชัดเจนว่ารัฐต้องดำเนินมาตรการต่างๆ เพื่อรับรองว่าการคุมกำเนิดตั้งอยู่บนพื้นฐานของความสมัครใจและการได้รับข้อมูลอย่างเต็มที่⁴² การทำหมันสตรีโดยใช้กำลังและบีบบังคับนั้นเป็นการละเมิดสิทธิในการได้รับการปฏิบัติโดยไม่แบ่งแยก สิทธิในสุขภาพ และการตัดสินใจที่จะมีบุตรจำนวนเท่าใดและในระยะเวลาเพียงใด และสิทธิในการอยู่โดยปราศจากการกระทำที่ทารุณ ไร้มนุษยธรรม และทำให้เสื่อมเสีย⁴³ โดยควรมีการสอบสวนและดำเนินคดีในกรณีของการทำหมันโดยไม่สมัครใจ⁴⁴ และจะต้องมีการให้การชดเชยแก่ผู้ที่ถูกบังคับให้ทำหมันอีกด้วย⁴⁵ รัฐควรจัดให้มีการอบรมเกี่ยวกับสิทธิของผู้ป่วยเพื่อป้องกันการทำหมันโดยไม่สมัครใจ⁴⁶ และควรมีการดำเนินมาตรการป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดการทำหมันโดยไม่สมัครใจในกลุ่มที่ตกเป็นเป้าหมายของการทำหมันลักษณะดังกล่าว ไม่ว่าจะเป็ยสตรีพิการ หรือผู้ที่มาจากชนกลุ่มน้อย⁴⁷ หน่วยงานควบคุมกำกับการปฏิบัติตามสนธิสัญญาตระหนักว่าสตรีในกลุ่มเหล่านี้อาจต้องเผชิญกับการเลือกปฏิบัติในหลายรูปแบบ และได้แนะนำให้รัฐใช้กลยุทธ์ที่หลากหลายในการแก้ปัญหา⁴⁸

ตัวอย่างประเทศ

กัวเตมาลา

ในเดือนเมษายน 2549 กัวเตมาลาบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยเรื่องการเข้าถึงบริการวางแผนครอบครัวอย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียม (The Law on Universal and Equitable Access to Family Planning Services)⁴⁹ ซึ่งรับรองการเข้าถึงบริการวางแผนครอบครัวอย่างครอบคลุม ไม่ว่าจะเป็นการคุมกำเนิด ข้อมูล คำปรึกษา และการศึกษาเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ⁵⁰ กฎหมายดังกล่าวกำหนดมาตรการสำหรับการให้บริการคุมกำเนิดในสถานบริการสุขภาพทั้งของรัฐและเอกชน โดยมีจุดประสงค์เพื่อช่วยให้วัยรุ่น ประชากรที่อยู่ห่างไกลเนื่องด้วยสภาพทางภูมิศาสตร์ ประชากรผู้ด้อยโอกาส และชุมชนในชนบทสามารถเข้าถึงการคุมกำเนิดได้⁵¹ นอกจากนี้แล้วกฎหมายยังกำหนดให้การคุมกำเนิดต้องได้รับการยินยอมโดยสมัครใจจากผู้ให้บริการ โดยมี การให้ข้อมูลและไม่ให้มีการโน้มน้าวหรือบีบบังคับ⁵² กฎหมายได้กำหนดให้ทำการสำรวจทั่วประเทศเพื่อระบุความต้องการที่ยังไม่อาจตอบสนองได้ในการวางแผนครอบครัว และเพื่อให้ทราบว่าจะสนองความต้องการนั้นได้อย่างไร⁵³ นอกจากนี้แล้ว กฎหมายนี้ยังทำให้เกิดยุทธศาสตร์ที่ออกแบบมาเพื่อขยายขอบเขตของการบริการให้แก่กลุ่มวัยรุ่น และกำหนดให้มีการศึกษาเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศทั้งในโรงเรียนของรัฐและเอกชน⁵⁴

2. ข้อมูลและบริการคุมกำเนิด (ต่อ)

นามิเบีย

ในปี 2555 ศาลสูงของนามิเบียได้ตัดสินคดีระหว่างสตรีสามคนกับรัฐบาลสาธารณรัฐนามิเบีย ว่าเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ของโรงพยาบาลรัฐได้ทำหมันสตรีสามคนที่มีเชื้อเอชไอวีโดยที่สตรีทั้งสามไม่สมัครใจ⁵⁵ แม้สตรีทั้งสามรายจะลงชื่อใบให้ความยินยอมในการทำหมัน แต่ศาลได้วินิจฉัยว่าพวกเขาถูกละเมิดโดยไม่ได้รับข้อมูลที่จำเป็นต่อการตัดสินใจ เนื่องจากไม่ได้รับคำปรึกษาที่เพียงพอ โดยสตรีคนหนึ่งได้รับการบอกกล่าวว่าการรักษาโรคมะเร็งจะถูกระงับหากเธอไม่ลงชื่อใบให้ความยินยอม⁵⁶

ฟิลิปปินส์

ในปี 2555 ฟิลิปปินส์ได้ออกกฎหมายการเป็นบิดามารดาอย่างมีความรับผิดชอบและอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. 2555 (Responsible Parenthood and Reproductive Health Act of 2012) ซึ่งให้การรับรองว่าสตรีที่มีฐานะยากจนสามารถเข้ารับการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่ที่สถานพยาบาลของรัฐได้อย่างถ้วนหน้าและไม่เสียค่าใช้จ่าย⁵⁷ กฎหมายฉบับนี้ยังมีข้อห้ามและบทลงโทษสำหรับผู้ให้บริการที่จงใจปกปิด หรือจำกัดการให้ข้อมูลการบริการและการดำเนินงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ รวมถึงผู้ตั้งใจเผยแพร่ข้อมูลที่เท็จ⁵⁸ ยิ่งไปกว่านั้น กฎหมายฉบับนี้ยังมีข้อห้ามและบทลงโทษสำหรับผู้ให้บริการที่ปฏิเสธการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์หากไม่ได้รับความยินยอมจากคู่สมรส⁵⁹

สหรัฐอเมริกา

ในปี 2553 สหรัฐอเมริกาได้ออกกฎหมายคุ้มครองผู้ป่วยและการรักษาพยาบาลในราคาที่เหมาะสม (The Patient Protection and Affordable Care Act) ซึ่งขยายโอกาสของสตรีในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ ซึ่งรวมถึงการคุมกำเนิดโดยไม่ต้องร่วมจ่าย เช่น การร่วมออกค่าใช้จ่ายหรือการหักค่าใช้จ่ายบางส่วน⁶⁰ โดยตามกฎหมายฉบับดังกล่าว นายจ้างส่วนใหญ่จะต้องรวมการคุมกำเนิดในรายการประกันสุขภาพของลูกจ้าง⁶¹ บทบัญญัตินี้เป็นการรับรองว่าสตรีที่ได้ทำประกันไว้จะสามารถจ่ายค่าบริการคุมกำเนิดได้ และช่วยให้สามารถวางแผนเกี่ยวกับจำนวนและระยะห่างของการมีบุตรได้ดียิ่งขึ้น

1 United Nations, The Millennium Development Goals Report 2012, 35 (2012) (These percentages reflect the increase from 1990-2010.).

2 Susheela Singh & Jacqueline E. Darroch, Guttmacher Institute, Adding It Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services – Estimates for 2012, 1 (2012).

3 Human Rights Committee (HRC), *Concluding Observations: Hungary*, para. 11, U.N. Doc. CCPR/CO/74/HUN (2002) (“The State party should take steps to protect women’s life and health, through more effective family planning and contraception (art. 6).”); Committee on the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW Committee), *Concluding Observations: Chile*, para. 28, U.N. Doc. CEDAW/C/CHL/CO/5-6 (2012) (expressing concern about pregnant adolescents being expelled from school); Dianne Hubbard, *Realising the right to education for all: School policy on learner pregnancy in Namibia*, in *Children’s Rights in Namibia*, 223 (Oliver C Ruppel ed., 2009).

4 Center for Reproductive Rights, *The Right to Contraceptive Information and Services for Women and Adolescents 10-11* (2010). See *Individuals Belonging to Marginalized and Underserved Populations Fact Sheet* for more information on the barriers faced by marginalized and underserved populations.

5 See Mayo Clinic Staff, *Family Planning: Get the facts about pregnancy spacing*, Mayo Clinic (May 27, 2011), <http://www.mayoclinic.com/health/family-planning/MY01691>.

6 *HIV/AIDS: Condoms for HIV prevention*, World Health Organization, <http://www.who.int/hiv/topics/condoms/en/index.html> (last visited May 8, 2013).

7 Coercive population policies and practices include measures that deprive women of their right to determine the number and spacing of their children in a voluntary and informed manner. This may include laws restricting the number of children a woman may have, sterilization campaigns targeting particular groups of women, and mandating or incentivizing reproductive health service providers to fulfill quotas for sterilizations, amongst others. See, e.g., *María Chévez v. Peru*, Case 12.191, Inter-Am. Comm’n H.R., Report No. 71/03, OEA/Ser.LV/III.118, doc. 70 rev. 2 (2003) [hereinafter *María Chévez v. Peru*]; Open Society Foundations, *Against Her Will: Forced and Coerced Sterilization of Women Worldwide* (2011) [hereinafter *Against Her Will*]; *V.C. v. Slovakia*, No. 18968/07 Eur. Ct. H.R. (2011) [hereinafter *V.C. v. Slovakia*].

2. ข้อมูลและบริการคุมกำเนิด (ต่อ)

- ⁸ See *Against Her Will*, *supra* note 7; *María Chévez v. Peru*, *supra* note 7; *V.C. v. Slovakia*, No. 18968/07 Eur. Ct. H.R. (2011); *F.S. v. Chile*, Inter-Am. C.H.R., pending admissibility (petition filed Feb. 3, 2009).
- ⁹ *Programme of Action of the International Conference on Population and Development*, Cairo, Egypt, Sept. 5-13, 1994, para. 7.3 & Principle 8, U.N. Doc. A/CONF.171/13/Rev.1 (1995) [hereinafter *ICPD Programme of Action*].
- ¹⁰ *Id.* paras. 7.2, 7.5(a), 7.12 & 7.14(c).
- ¹¹ *Id.* para. 7.13.
- ¹² *Id.* para. 7.16.
- ¹³ *Official list of MDG indicators*, Millennium Development Goals Indicators: The official United Nations site for the MDG Indicators (Jan. 15, 2008), <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/host.aspx?Content=indicators/officiallist.htm>.
- ¹⁴ *ICPD Programme of Action*, *supra* note 9, para. 7.17.
- ¹⁵ *Id.* para. 7.3 & Principle 8.
- ¹⁶ *Id.* para. 7.12.
- ¹⁷ *Id.* para. 7.23(c).
- ¹⁸ *Id.* para. 7.14(c).
- ¹⁹ *Id.* para. 7.14(a).
- ²⁰ *Id.* para. 7.15.
- ²¹ *Id.* para. 7.12.
- ²² *Id.*
- ²³ *Id.* para. 7.19.
- ²⁴ *Id.* para. 7.20.
- ²⁵ CEDAW Committee, *Concluding Observations: Indonesia*, para. 37, U.N. Doc. CEDAW/C/IDN/CO/5 (2007) (“The Committee also recommends that measures be taken to guarantee effective access of women and girls to information and services regarding sexual and reproductive health and contraception in order to reduce the rate of unsafe abortions and teenage pregnancy.”).
- ²⁶ HRC, *Concluding Observations: Albania*, para. 14, U.N. Doc. CCPR/CO/82/ALB (2004); *Equatorial Guinea*, para. 9, U.N. Doc. CCPR/CO/79/GNQ (2004).
- ²⁷ HRC, *Concluding Observations: Democratic Republic of Congo*, para. 14, U.N. Doc. CCPR/C/COD/CO/3 (2006); *Hungary*, para. 11, U.N. Doc. CCPR/CO/74/HUN (2002).
- ²⁸ Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW), *adopted* Dec. 18, 1979, art. 16, G.A. Res. 34/180, U.N. GAOR, 34th Sess., Supp. No. 46, at 193, U.N. Doc. A/34/46, U.N.T.S. 13 (*entered into force* Sept. 3, 1981).
- ²⁹ CEDAW Committee, *General Recommendation No. 21: Equality in marriage and family relations*, (13th Sess., 1994), in *Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies*, at para. 22, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II) (2008).
- ³⁰ Committee on Economic, Social and Cultural Rights (ESCR Committee), *General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health (Art. 12)*, (22nd Sess., 2000), in *Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies*, para. 12(a), U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. I) (2008) [hereinafter *ESCR Committee, Gen. Comment*].
- ³¹ ESCR Committee, *Gen. Comment No. 14*, *supra* note 30, para. 14.
- ³² See Committee on the Rights of the Child (CRC Committee), *Concluding Observations: Costa Rica*, para. 64(e), U.N. Doc. CRC/C/CRI/CO/4 (2011) (recommending the State “Ensure that girls and adolescents have free and timely access to emergency contraception and raise awareness among women and girls about their right to emergency contraception, particularly in cases of rape.”). See also Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, *Rep. of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Anand Grover – Addendum – Mission to Poland*, para. 85(h), U.N. Doc. A/HRC/14/20/Add.3 (May 20, 2010) (urging the State to allocate sufficient public health funds for sterilization procedures and other modern methods of contraception).
- ³³ See, e.g., CEDAW Committee, *Concluding Observations: Hungary*, para. 254, U.N. Doc. A/51/38 (1996); *Slovakia*, para. 28, U.N. Doc. CEDAW/C/SVK/CO/4 (2008); see also HRC, *Concluding Observations: Poland*, para. 9, U.N. Doc. CCPR/CO/82/POL (2004).
- ³⁴ See CEDAW Committee, *Concluding Observations: Mauritius*, para. 211, U.N. Doc. A/50/38 (1995).
- ³⁵ CEDAW Committee, *General Recommendation No. 24: Article 12 of the Convention (women and health)*, (20th Sess., 1999), in *Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies*, para. 14, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II) (2008) [hereinafter *CEDAW Committee, Gen. Recommendation No. 24*].

2. ข้อมูลและบริการคุมกำเนิด (ต่อ)

- ³⁶ *Id.* para. 14.
- ³⁷ See, e.g., HRC, *Concluding Observations: Argentina*, para. 14, U.N. Doc. CCPR/CO/70/ARG (2000); *Poland*, para. 11, U.N. Doc. CCPR/C/79/Add.110 (1999).
- ³⁸ CEDAW Committee, *Gen. Recommendation No. 24*, *supra* note 35, para. 14.
- ³⁹ CEDAW Committee, *Concluding Observations: Panama*, para. 43, U.N. Doc. CEDAW/C/PAN/CO/7 (2010) (“The Committee urges the State party to improve access to health services for all women and in particular for the most vulnerable groups of women, such as indigenous, Afro- and Asian-descendant women.”); CRC Committee, *Concluding Observations: India*, para. 15, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.115 (2000) (“The Committee recommends that the State party strengthen the existing National Reproductive and Child Health programme, targeting the most vulnerable groups of the population.”).
- ⁴⁰ See CRC Committee, *Concluding Observations: Oman*, para. 50, U.N. Doc. CRC/C/OMN/CO/2 (2006); *Russian Federation*, para. 56, U.N. Doc. CRC/C/RUS/CO/3 (2005).
- ⁴¹ CEDAW Committee, *Gen. Recommendation No. 24*, *supra* note 35, para. 14; CRC Committee, *Concluding Observations: Austria*, para. 15, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.98 (1999); *Bangladesh*, para. 60, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.221 (2003); *Barbados*, para. 25, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.103 (1999).
- ⁴² See HRC, *Concluding Observations: Slovakia*, para. 12, U.N. Doc. CCPR/CO/78/SVK (2003); CEDAW Committee, *Concluding Observations: Chile*, para. 35(b), U.N. Doc. CEDAW/C/CHL/CO/5-6 (2012).
- ⁴³ See *A.S. v. Hungary*, CEDAW Committee, Comm’n No. 4/2004, U.N. Doc. CEDAW/C/36/D/4/2004 (2006); HRC, *General Comment No. 28: Article 3 (The equality of rights between men and women)*, (68th Sess., 2000), in *Compilation of General Comments and Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies*, at 228, para. 20, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. I) (2008); Committee against Torture (CAT Committee), *Concluding Observations: Czech Republic*, paras. 12-13, U.N. Doc. CAT/C/CZE/CO/4-5 (2012).
- ⁴⁴ CEDAW Committee, *Concluding Observations: China*, para. 32, U.N. Doc. CEDAW/C/CHN/CO/6 (2006); *Czech Republic*, para. 24, U.N. Doc. CEDAW/C/CZE/CO/3 (2006).
- ⁴⁵ See CEDAW Committee, *Concluding Observations: Czech Republic*, para. 24, U.N. Doc. CEDAW/C/CZE/CO/3 (2006); HRC, *Concluding Observations: Japan*, para. 31, U.N. Doc. CCPR/C/79/Add.102 (1998); *Slovakia*, para. 12, U.N. Doc. CCPR/CO/78/SVK (2003).
- ⁴⁶ CEDAW Committee, *Concluding Observations: Czech Republic*, para. 24, U.N. Doc. CEDAW/C/CZE/CO/3 (2006).
- ⁴⁷ See CRC Committee, *General Comment 9: The Rights of Children with Disabilities*, (43rd Sess., 2006), in *Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies*, para. 60, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II) (2008); ESCR Committee, *Concluding Observations: China (including Hong Kong and Macao)*, para. 36, U.N. Doc. E/C.12/1/Add/107 (2005).
- ⁴⁸ CRC Committee, *Concluding Observations: Philippines*, para. 21, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.259 (2005); *Singapore*, para. 30(b), U.N. Doc. CRC/C/SGP/CO/2-3 (2011).
- ⁴⁹ *Decreto No. 87-2005, Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su integración en el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva* [Law on Universal and Equal Access to Family Planning Services and its Integration into the National Program on Sexual and Reproductive Health], DIARIO DE CENTRO AMÉRICA, No. 17, Apr. 27, 2006 (Guat.).
- ⁵⁰ *Id.* Preamble & art. 1.
- ⁵¹ *Id.* arts. 2-3, 5-6 & 9.
- ⁵² *Id.* art. 13.
- ⁵³ *Id.* art. 5.
- ⁵⁴ *Id.* art. 10.
- ⁵⁵ *L.M. and Others v. the Government of the Republic of Namibia*, 1603/2008, 3518/2008, 3007/2008 (High Court of Namibia, July 30, 2012), para. 80.
- ⁵⁶ *Id.* para. 40.
- ⁵⁷ Act Providing for a National Policy on Responsible Parenthood and Reproductive Health, Rep. Act No. 10354, § 2 (Dec. 21, 2012) (Phil.).
- ⁵⁸ *Id.* §§ 23-24.
- ⁵⁹ *Id.*
- ⁶⁰ Guttmacher Institute, *New Federal Protections Expand Coverage Without Cost-Sharing Of Contraceptives and Other Women’s Preventive Services* (2011).
- ⁶¹ *Id.*

3. การยุติการตั้งครรภ์

นับตั้งแต่มีการนำแผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนามาปฏิบัติ ประเทศต่างๆ ทั่วโลกกว่า 30 ประเทศได้แก้ไขกฎหมายเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ให้เป็นเสรี โดยขยายโอกาสให้สตรีสามารถเข้าถึงการยุติการตั้งครรภ์อย่างถูกกฎหมายได้ และยกเลิกกฎหมายที่ยัดเยียดข้อหาทางอาญาให้กับสตรีที่ยุติการตั้งครรภ์¹ และที่สำคัญคือการเปิดเสรีทางกฎหมายนี้เกิดขึ้นในบางพื้นที่ในละตินอเมริกาและแอฟริกา ซึ่งเป็นสองภูมิภาคที่ใช้กฎหมายห้ามการยุติการตั้งครรภ์อย่างเคร่งครัดและแพร่หลาย² องค์การอนามัยโลกตระหนักว่ากฎหมายห้ามการยุติการตั้งครรภ์ไม่ได้ช่วยลดจำนวนการยุติการตั้งครรภ์ให้น้อยลง แต่กลับเป็นการบังคับให้สตรีต้องยุติการตั้งครรภ์โดยไม่ปลอดภัยและไม่เปิดเผย ซึ่งเป็นอันตรายต่อชีวิตและสุขภาพของสตรี³ ปัจจุบัน ร้อยละ 13 ของการตายของมารดา มีสาเหตุมาจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย⁴ หรือประมาณ 47,000 คนทั่วโลกที่เสียชีวิตจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยในแต่ละปี⁵ ในบางประเทศ ร้อยละ 30 ของการตายของมารดา มีสาเหตุมาจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย⁶

ประชากรโลกประมาณร้อยละ 61 อาศัยอยู่ในประเทศที่อนุญาตให้ยุติการตั้งครรภ์ได้โดยไม่มีข้อจำกัด โดยขึ้นอยู่กับเหตุผลหรือบนพื้นฐานทางสังคมและเศรษฐกิจ ส่วนอีกร้อยละ 39 ที่เหลือนั้นอาศัยในประเทศที่ใช้กฎหมายห้ามการยุติการตั้งครรภ์อย่างเข้มงวด ซึ่งอาจไม่อนุญาตให้ยุติการตั้งครรภ์โดยสิ้นเชิงหรืออนุญาตให้ยุติการตั้งครรภ์ได้เฉพาะบางกรณีเท่านั้น เช่น กรณีที่การตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อชีวิตและสุขภาพของสตรีผู้นั้น หรือในกรณีการข่มขืน การมีเพศสัมพันธ์ในเครือญาติ (incest) หรือความผิดปกติของทารกในครรภ์ จะเห็นได้ว่ามีเพียงไม่กี่ประเทศเท่านั้นที่ใช้กฎหมายห้ามการยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งทำให้การยุติการตั้งครรภ์นั้นผิดกฎหมาย แม้ว่าการตั้งครรภ์จะมีความเสี่ยงต่อชีวิตของสตรีก็ตาม

ในกรณีที่การยุติการตั้งครรภ์เป็นสิ่งที่ถูกกฎหมาย ก็ยังคงมีอุปสรรคที่ขัดขวางไม่ให้สตรีเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ซึ่งองค์การอนามัยโลกตระหนักว่ากฎหมายและนโยบายที่กำหนดให้สตรีต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองหรือสามี การบังคับให้ชะลอเวลายุติการตั้งครรภ์ การตรวจอัลตราซาวด์ หรือการเข้ารับคำปรึกษาภาคบังคับหรือเชิงขู่ก่อนการยุติการตั้งครรภ์ ทั้งหมดนี้คือสิ่งที่ไม่มีความจำเป็นในทางการแพทย์ และเป็นการขัดขวางสตรีไม่ให้เข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย⁷ องค์การอนามัยโลกได้ระบุอย่างชัดเจนว่าสตรีจะต้องได้รับข้อมูลที่สมบูรณ์ ถูกต้อง และสามารถเข้าใจได้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และบริการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย ซึ่งรวมไปถึงการตรวจวินิจฉัยก่อนคลอด เพื่อช่วยให้สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ได้อย่างอิสระบนพื้นฐานของข้อมูล⁸ ยิ่งไปกว่านั้น องค์การอนามัยโลกยังตระหนักว่าการขาดความชัดเจนทางกฎหมายในกรณีที่รัฐอนุญาตให้ยุติการตั้งครรภ์ได้ในบางกรณี และการขาดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ กลายเป็นอุปสรรคที่ทำให้สตรีไม่สามารถเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยได้⁹ ประการสุดท้าย องค์การอนามัยโลกยังระบุว่าการตีตราการยุติการตั้งครรภ์ก็เป็นสิ่งที่ขัดขวางไม่ให้สตรีเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ที่ถูกกฎหมาย และอาจทำให้สตรีต้องใช้บริการทางสุขภาพหลังยุติการตั้งครรภ์เนื่องจากเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย¹⁰ อุปสรรคเหล่านี้ขัดขวางไม่ให้สตรีสามารถใช้สิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และมีส่วนทำให้การตายของมารดา มีอัตราเพิ่มสูงขึ้น

การยุติการตั้งครรภ์ในแผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนา

ประเทศต่างๆ ได้เห็นพ้องร่วมกันในแผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนาว่า ในประเทศที่อนุญาตให้ยุติการตั้งครรภ์ได้อย่างถูกกฎหมายนั้น การยุติการตั้งครรภ์ควรมีความปลอดภัยและสามารถเข้าถึงได้โดยระบบบริการทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน¹¹ แผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนาตระหนักว่าการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยนั้นนำไปสู่การตายของมารดา โดยมีผลกระทบที่เป็นอันตรายต่อสตรีและครอบครัว¹² ประเทศต่างๆ ได้ยึดมั่นที่จะ “ลดอัตราการตายจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยลงให้มากที่สุด”¹³ และใช้มาตรการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย เช่น การขยายและปรับปรุงบริการวางแผนครอบครัว¹⁴ นอกจากนี้ควรดำเนินมาตรการเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ และการรักษาอาการที่เกิดจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยให้แก่วัยรุ่นและสตรีอายุน้อย¹⁵ ประการสุดท้าย ประเทศต่างๆ ได้เห็นพ้องร่วมกันภายใต้แผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนาว่า “ในทุกกรณี สตรีควรสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพในการจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการยุติการตั้งครรภ์” และ “ควรมีบริการให้คำปรึกษาหลังการยุติการตั้งครรภ์ การให้ความรู้ และบริการวางแผนครอบครัว ไว้คอยรองรับความต้องการอยู่เสมอ”¹⁶

3. การยุติการตั้งครรภ์ (ต่อ)

มาตรฐานด้านสิทธิมนุษยชน

นับตั้งแต่การประชุม ICPD มาตรฐานสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศได้ให้ความสำคัญและขยายขอบเขตพันธกิจด้านสิทธิมนุษยชนของประเทศสมาชิกในเรื่องเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ โดยหน่วยงานควบคุมกำกับการปฏิบัติตามสนธิสัญญาได้แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างกฎหมายห้ามการยุติการตั้งครรภ์และอัตราการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยและการตายของมารดาที่สูงขึ้น¹⁷ หน่วยงานควบคุมกำกับการปฏิบัติตามสนธิสัญญาได้ประณามการห้ามการยุติการตั้งครรภ์โดยสิ้นเชิงว่าไม่สอดคล้องกับมาตรฐานด้านสิทธิมนุษยชน¹⁸ และเรียกร้องให้ประเทศสมาชิกกำจัดมาตรการที่ลงโทษสตรีและเด็กหญิงที่ยุติการตั้งครรภ์ และผู้ให้บริการทางสุขภาพที่ทำการยุติการตั้งครรภ์¹⁹

หน่วยงานควบคุมกำกับการปฏิบัติตามสนธิสัญญาได้เรียกร้องให้รัฐไม่ดำเนินคดีการยุติการตั้งครรภ์ และให้จัดให้การยุติการตั้งครรภ์เป็นบริการที่สามารถเข้าถึงได้ โดยขั้นต่ำสุดในกรณีการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อชีวิตหรือสุขภาพของสตรีผู้ตั้งครรภ์หรือการมีเพศสัมพันธ์ในเครือญาติ และกรณีที่ทารกมีความผิดปกติอย่างร้ายแรง²⁰ หน่วยงานควบคุมกำกับการปฏิบัติตามสนธิสัญญาได้ระบุอย่างชัดเจนว่า การปฏิเสธไม่ให้สตรีเข้าถึงการยุติการตั้งครรภ์นั้น เป็นการละเมิดต่อสิทธิในสุขภาพ²¹ ความเป็นส่วนตัว²² และสิทธิในการดำรงชีวิตโดยไม่ถูกกระทำอย่างทารุณ ไร้มนุษยธรรม และทำให้เสื่อมเสีย²³ คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนระบุว่า ข้อยกเว้นที่จำกัดเหล่านี้อาจไม่เพียงพอที่จะรับรองสิทธิมนุษยชนของสตรีได้ จึงเรียกร้องให้รัฐที่มีข้อยกเว้นดังกล่าวปรับแก้กฎหมายว่าด้วยเรื่องการยุติการตั้งครรภ์ให้มีความเป็นเสรีมากขึ้น²⁴ หน่วยงานควบคุมกำกับการปฏิบัติตามสนธิสัญญาได้เรียกร้องให้รัฐบรรจุข้อยกเว้นลงในกฎหมายห้ามการยุติการตั้งครรภ์ อาทิเช่น สภาวะสุขภาพจิตที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ²⁵

หน่วยงานควบคุมกำกับการปฏิบัติตามสนธิสัญญาได้ระบุว่า ในประเทศที่การยุติการตั้งครรภ์สามารถทำได้โดยถูกกฎหมายนั้น รัฐจะต้องจัดให้มีบริการยุติการตั้งครรภ์พร้อมตอบสนองความต้องการ ให้สามารถเข้าถึงได้ (รวมถึงราคาที่เหมาะสม) เป็นที่ยอมรับและมีคุณภาพดี²⁶ นอกจากนี้ยังเรียกร้องให้รัฐกำจัดอุปสรรคที่ขัดขวางการเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย เช่น การกำหนดให้มีการยินยอมจากบุคคลภายนอก ซึ่งรวมถึงความยินยอมจากสามี²⁷ และออกกฎหมายที่เป็นแนวทางที่ชัดเจนเกี่ยวกับเงื่อนไขของการยุติการตั้งครรภ์ที่ถูกกฎหมาย²⁸ มาตรฐานด้านสิทธิมนุษยชนกำหนดให้ภาครัฐต้องทำให้สตรีสามารถเข้าถึงการยุติการตั้งครรภ์ และมีบริการยุติการตั้งครรภ์รองรับอยู่เสมอโดยปราศจากการคัดค้านด้านมโนธรรม²⁹ ด้วยควบคุมกำกับแนวทางปฏิบัติ³⁰ และใช้กลไกเพื่อรับรองว่าสตรีจะได้รับการส่งต่อไปยังผู้ให้บริการรายอื่นอย่างทันท่วงทีและเป็นระบบ³¹ อีกทั้ง รัฐควรดำเนินมาตรการเพื่อระบุปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อความต้องการบุตรชาย และการยุติการตั้งครรภ์ซึ่งเกี่ยวข้องกับเพศของทารก³² และไม่ว่าการยุติการตั้งครรภ์จะมีสภาพทางกฎหมายอย่างไร หน่วยงานด้านสิทธิมนุษยชนได้ระบุว่า รัฐจะต้องทำให้สตรีได้รับการดูแลหลังการยุติการตั้งครรภ์อย่างเหมาะสม³³ โดยการดูแลหลังการยุติการตั้งครรภ์นั้นจะต้องไม่มีเงื่อนไขให้สตรีต้องยอมรับว่าตนได้ผ่านการยุติการตั้งครรภ์โดยผิดกฎหมาย ซึ่งอาจนำไปใช้ในการดำเนินคดีได้ เนื่องจากการตั้งเงื่อนไขดังกล่าวเข้าข่ายเป็นการกระทำที่โหดร้าย ไม่มีมนุษยธรรม และทำให้เสื่อมเสีย³⁴

ตัวอย่างประเทศ

โคลอมเบีย

ในเดือนพฤษภาคม 2549 ศาลรัฐธรรมนูญของโคลอมเบียได้มีคำตัดสินอันเป็นที่พูดถึงในวงกว้างว่า สตรีมีสิทธิที่จะยุติการตั้งครรภ์ของตนได้หากมีความเสี่ยงต่อชีวิตหรือสุขภาพ หากทารกในครรภ์มีความผิดปกติร้ายแรงต่อชีวิต และหากการตั้งครรภ์นั้นเป็นผลมาจากการข่มขืน การมีเพศสัมพันธ์ในเครือญาติ หรือการผสมเทียมโดยไม่สมัครใจ³⁵ ทั้งที่ก่อนหน้านี้กฎหมายของโคลอมเบียห้ามการยุติการตั้งครรภ์ทุกกรณีโดยไม่มีข้อยกเว้นใดๆ³⁶ โดยศาลระบุว่า “กฎหมายอาญาซึ่งห้ามไม่ให้ยุติการตั้งครรภ์ในทุกกรณีเป็นการระงับซึ่งสิทธิขั้นพื้นฐานของสตรี และเป็นการละเมิดศักดิ์ศรีของสตรีโดยการลดค่าของสตรีให้เป็นเพียงที่รองรับทารกในครรภ์โดยไม่มีสิทธิหรือได้รับประโยชน์อันเกี่ยวข้องกับการคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญ”³⁷

3. การยุติการตั้งครรภ์ (ต่อ)

ฝรั่งเศส

ในปี 2531 ฝรั่งเศสได้กลายเป็นประเทศแรกที่ยกใบอนุญาตสำหรับการยุติการตั้งครรภ์ด้วยยา³⁸ ซึ่งสตรีจะได้รับยาเร่งปฏิกิริยาให้ยุติการตั้งครรภ์โดยไม่ต้องเข้ารับการผ่าตัด³⁹ การยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยานั้นมีข้อดีมากกว่าการยุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดหลายประการ เนื่องจากไม่ต้องใช้ยาสลบ และสามารถทำเองที่บ้านได้⁴⁰ งานวิจัยระบุว่าสตรีหลายรายมองว่าการยุติการตั้งครรภ์ที่บ้านด้วยการใช้ยานั้นช่วยรักษาความลับและสะดวกสบายมากกว่า⁴¹ ในปี 2544 Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) แห่งฝรั่งเศสได้ออกแนวทางซึ่งระบุว่า สตรีสามารถยุติการตั้งครรภ์ โดยการใช้จ่ายด้วยตนเองที่บ้าน หรือที่ใดก็ได้ที่สะดวก ภายหลังจากที่ได้รับคำปรึกษาและยาจากแพทย์⁴² แนวทางดังกล่าวยังตระหนักว่า ในกรณีที่เป็นไปได้ สตรีควรมีสิทธิเลือกที่จะยุติการตั้งครรภ์โดยการใช้จ่ายหรือการผ่าตัด ยิ่งไปกว่านั้น ในปี 2556 ระบบประกันสุขภาพของฝรั่งเศสได้ริเริ่มการครอบคลุมค่าใช้จ่ายทั้งหมดของการยุติการตั้งครรภ์ จากที่เคยครอบคลุมร้อยละ 70-80 ก่อนหน้านี้ ซึ่งเป็นการแสดงให้เห็นถึงความมุ่งมั่นที่จะช่วยให้สตรีทุกคนสามารถเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ได้⁴⁴

แอฟริกาใต้

ก่อนเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2539 แอฟริกาใต้อนุญาตให้สตรียุติการตั้งครรภ์ได้เฉพาะกรณีที่มีการตั้งครรภ์เป็นอันตรายต่อชีวิตของมารดา หรือกรณีการข่มขืน การมีเพศสัมพันธ์ในเครือญาติ หรือทารกในครรภ์มีความผิดปกติ แต่เมื่อมีการออกกฎหมายทางเลือกในการยุติการตั้งครรภ์ (The Choice on Termination of Pregnancy Act) ทำให้สตรีสามารถยุติการตั้งครรภ์ได้อย่างถูกกฎหมายโดยไม่มีข้อจำกัดใดๆ ภายใน 12 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์⁴⁵ ส่วนครรภ์ที่มีอายุ 12-20 สัปดาห์นั้นสามารถยุติการตั้งครรภ์ได้หากแพทย์ให้การรับรองว่าการตั้งครรภ์นั้นมีความเสี่ยงต่อสุขภาพกายหรือสุขภาพจิตของมารดา หรือกรณีทารกในครรภ์มีความผิดปกติอย่างร้ายแรง หรือหากเป็นการตั้งครรภ์โดยถูกข่มขืนหรือมีเพศสัมพันธ์ในเครือญาติ หรือหากตั้งครรภ์ต่อไปจะส่งผลกระทบต่อสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของมารดา⁴⁶ หลังจากสัปดาห์ที่ 20 เป็นต้นไป สตรีจะสามารถยุติการตั้งครรภ์ได้ต่อเมื่อผู้ให้บริการทางสุขภาพสองรายวินิจฉัยตรงกันว่า การตั้งครรภ์นั้นเป็นอันตรายต่อชีวิตของมารดา หรืออาจทำให้ทารกมีรูปร่างผิดปกติอย่างร้ายแรง หรืออาจทำให้ทารกเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ⁴⁷ กฎหมายดังกล่าวยังให้สิทธิแก่ผู้เยาว์ในการยุติการตั้งครรภ์ได้โดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจากพ่อแม่หรือผู้ปกครอง⁴⁸ และกำหนดว่าการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์จะต้องไม่เป็นไปในเชิงบีบบังคับหรือชี้นำ⁴⁹ งานวิจัยเกี่ยวกับผลของทางเลือกในการยุติการตั้งครรภ์ พบว่าอัตราการตายของมารดาจากการยุติการตั้งครรภ์นั้นลดลงถึงร้อยละ 91 หลังจากที่มีการบังคับใช้กฎหมายฉบับดังกล่าว⁵⁰

อูรุกวัย

ในปี 2555 อูรุกวัยได้ออกกฎหมายฉบับใหม่ที่อนุญาตให้ยุติการตั้งครรภ์ได้โดยไม่มีข้อจำกัดภายใน 12 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์และขยายถึงสัปดาห์ที่ 14 หากการตั้งครรภ์นั้นเป็นผลมาจากการข่มขืน⁵¹ โดยก่อนหน้านี้ อูรุกวัยอนุญาตให้ยุติการตั้งครรภ์ได้เฉพาะกรณีที่มีการตั้งครรภ์เป็นอันตรายต่อชีวิตหรือสุขภาพของมารดาและในกรณีของการข่มขืนเท่านั้น การเปลี่ยนแปลงกฎหมายว่าด้วยการยุติการตั้งครรภ์ของอูรุกวัยเป็นการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญของแนวคิดในภูมิภาคละตินอเมริกาและคาบสมุทรแคริบเบียน ซึ่งมีเพียงไม่กี่ประเทศที่กฎหมายอนุญาตให้ยุติการตั้งครรภ์ได้โดยไม่มีข้อจำกัด กฎหมายใหม่ของอูรุกวัยกำหนดให้สตรีต้องอธิบายให้สูตินรีแพทย์ทราบถึงความยากลำบากทางเศรษฐกิจ สังคม หรือครอบครัวที่ตนเองต้องเผชิญหากตั้งครรภ์ต่อไปจนคลอด และจะต้องได้รับข้อมูลเกี่ยวกับกฎหมาย กระบวนการยุติการตั้งครรภ์ ความเสี่ยงจากการยุติการตั้งครรภ์ และทางเลือกอื่นๆ นอกเหนือจากการยุติการตั้งครรภ์จากคณะสหวิชาชีพ⁵² อย่างไรก็ตาม ข้อกำหนดเหล่านี้จะไม่ถูกนำมาบังคับใช้หากการตั้งครรภ์นั้นเป็นอันตรายต่อชีวิตหรือสุขภาพของมารดา หรือเป็นผลจากการข่มขืน และในกรณีที่ทารกในครรภ์มีความผิดปกติร้ายแรงต่อชีวิต⁵³

3. การยุติการตั้งครรภ์ (ต่อ)

- ¹ See Center for Reproductive Rights, *Abortion Worldwide: Seventeen Years of Reform* (2011). Since the publication of this document, there have been further liberalizations of a number of abortion laws, including Argentina, Brazil, Lesotho, Luxemburg, Mauritius, Rwanda, and Uruguay. See also *The World's Abortion Laws 2012*, Center for Reproductive Rights (2012), <http://worldabortionlaws.com/index.html>.
- ² See World Health Organization (WHO), *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems* 25, Table 1.2 (2012) [hereinafter WHO, *Safe Abortion Guidance*]. See also *The World's Abortion Laws 2012*, Center for Reproductive Rights (2012), <http://worldabortionlaws.com/index.html>.
- ³ WHO, *Safe Abortion Guidance*, *supra* note 2, at 23; See also Guttmacher Institute, *Facts on Induced Abortion Worldwide* (2012).
- ⁴ WHO, *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008* 1 (2011).
- ⁵ WHO, *Safe Abortion Guidance*, *supra* note 2, at 1.
- ⁶ Khalid S Khan, et al., *WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review*, 367 *The Lancet* 1066, 1071 (2006).
- ⁷ WHO, *Safe Abortion Guidance*, *supra* note 2, at 34, 36, 78 & 95-97; see also Guttmacher Institute, *The Impact of State Mandatory Counseling and Waiting Period Laws on Abortion: A Literature Review* (2009).
- ⁸ WHO, *Safe Abortion Guidance*, *supra* note 2, at 36-37, 93 & 97; see also *RR v. Poland*, Eur. Ct. of Human Rights, App. No. 27617/04 (2011); Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, *Rep. of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*, para. 47, U.N. Doc. A/HRC/22/53 (Feb. 1, 2013) (by Juan E. Mández).
- ⁹ See WHO, *Safe Abortion Guidance*, *supra* note 2, at 95; see also Guttmacher Institute, *Making Abortion Services Accessible in the Wake of Legal Reforms: A Framework and Six Case Studies* (2012) [hereinafter *Making Abortion Services Accessible*].
- ¹⁰ See WHO, *Safe Abortion Guidance*, *supra* note 2, at 23 & 95.
- ¹¹ *Programme of Action of the International Conference on Population and Development*, Cairo, Egypt, Sept. 5-13, 1994, paras. 7.6, 8.19, U.N. Doc. A/CONF.171/13/Rev.1 (1995) [hereinafter *ICPD Programme of Action*].
- ¹² *Id.* para. 8.19.
- ¹³ *Id.* para. 8.20(a).
- ¹⁴ *Id.* para. 8.52.
- ¹⁵ *Id.* para. 8.19.
- ¹⁶ *Id.* para. 8.25.
- ¹⁷ See, e.g., Committee on the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW Committee), *Concluding Observations: Paraguay*, para. 31(a), U.N. Doc. CEDAW/C/PRY/CO/6 (2011); *Chile*, para. 20, U.N. Doc. CEDAW/C/CHI/CO/4 (2006); Committee on Economic, Social and Cultural Rights (ESCR Committee), *Concluding Observations: Philippines*, para. 31, U.N. Doc. E/C.12/PHL/CO/4 (2008); Human Rights Committee (HRC), *Concluding Observations: Zambia*, para. 18, U.N. Doc. CCPR/C/ZMB/CO/3 (2007).
- ¹⁸ See, e.g., Committee Against Torture (CAT Committee), *Concluding Observations: Nicaragua*, para. 16, U.N. Doc. CAT/C/NIC/CO/1 (2009); HRC, *Concluding Observations: El Salvador*, para. 10, U.N. Doc. CCPR/C/SLV/CO/6 (2010); ESCR Committee, *Concluding Observations: Chile*, paras. 26, 53, U.N. Doc. E/C.12/1/Add.105 (2004).
- ¹⁹ See, e.g., CEDAW Committee, *General Recommendation No. 24: Article 12 of the Convention (women and health)*, para. 14, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II), at 358 (2008); HRC, *Concluding Observations: Costa Rica*, para. 11, U.N. Doc. CCPR/C/79/Add.107 (1999); Committee on the Right of the Child (CRC Committee), *Concluding Observations: Nicaragua*, para. 59(b), U.N. Doc. CRC/C/NIC/CO/4 (2010); Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, *Interim report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*, paras. 21, 65(h), U.N. Doc. A/66/254 (2011) (by Anand Grover) [hereinafter *Anand Grover 2011*].
- ²⁰ See, e.g., *L.C. v. Peru*, CEDAW Committee, Comm'n No. 22/2009, para. 12(b), U.N. Doc. CEDAW/C/50/D/22/2009 (2011) [hereinafter *L.C. v. Peru*]; CRC Committee, *Concluding Observations: Chad*, para. 30, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.107 (1999); *Chile*, para. 56, U.N. Doc. CRC/C/CHL/CO/3 (2007); *Costa Rica*, para. 64(c),
- ²¹ U.N. Doc. CRC/C/CRI/CO/4 (2011); HRC, *Concluding Observations: Guatemala*, para. 20, U.N. Doc. CCPR/C/GTM/CO/3 (2012); ESCR Committee, *Concluding Observations: Dominican Republic*, para. 29, U.N. Doc. E/C.12/DOM/CO/3 (2010); *Chile*, para. 53, U.N. Doc. E/C.12/1/Add.105 (2004).
- ²² *L.C. v. Peru*, *supra* note 20, para. 8.15.

3. การยุติการตั้งครรภ์ (ต่อ)

- ²³ K.L. v. Peru, HRC, Commc'n No. 1153/2003, para. 7, U.N. Doc. CCPR/C/85/D/1153/2003 (2005) [hereinafter K.L. v. Peru].
- ²⁴ *Id.* para. 7; L.M.R. v. Argentina, HRC, Commc'n No. 1608/2007, para. 10, U.N. Doc. CCPR/C/101/D/1608/2007 (2011) [hereinafter L.M.R. v. Argentina].
- ²⁵ HRC, *Concluding Observations: Poland*, para. 8, U.N. Doc. CCPR/CO/82/POL (2004).
- ²⁶ L.C. v. Peru, *supra* note 20, para. 9(b)(i).
- ²⁷ See, e.g., ESCR Committee, *General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health (Art. 12)*, (22nd Sess., 2000), in *Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies*, para. 12, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. I) (2008); K.L. v. Peru, *supra* note 22; L.M.R. v. Argentina, *supra* note 23; L.C. v. Peru, *supra* note 20.
- ²⁸ CEDAW Committee, *Concluding Observations: Kuwait*, para. 43(b), U.N. Doc. CEDAW/C/KWT/CO/3-4 (2011).
- ²⁹ See, e.g., ESCR Committee, *Concluding Observations: Peru*, para. 21, U.N. Doc. E/C.12/PER/CO/2-4 (2012); CEDAW Committee, *Concluding Observations: Costa Rica*, paras. 32, 33(c), U.N. Doc. CEDAW/C/CRI/CO/5-6 (2011); *Kuwait*, para. 42, 43, U.N. Doc. CEDAW/C/KWT/CO/3-4 (2011).
- ³⁰ See, e.g., CEDAW Committee, *Concluding Observations: Poland*, para. 25, U.N. Doc. CEDAW/C/POL/CO/6 (2007); Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Rep. of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Anand Grover – Addendum – Mission to Poland, para. 50, U.N. Doc. A/HRC/14/20/Add.3 (May 20, 2010).
- ³¹ See, e.g., CEDAW Committee, *Concluding Observations: Slovakia*, paras. 28, 29, U.N. Doc. CEDAW/C/SVK/CO/4 (2008).
- ³² See, e.g., *id.* para. 29; ESCR Committee, *Concluding Observations: Poland*, para. 28, U.N. Doc. E/C.12/POL/CO/5 (2009).
- ³³ CRC Committee, *Concluding Observations: India*, paras. 32, 33 & 49, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.115 (2000); CEDAW Committee, *Concluding Observations: Paraguay*, paras. 30, 31, U.N. Doc. CEDAW/C/PRY/CO/6 (2011).
- ³⁴ ESCR Committee, *Concluding Observations: Slovakia*, para. 24, U.N. Doc. E/C.12/SVK/CO/2 (2012); CEDAW Committee, *Concluding Observations: Chile*, para. 20, U.N. Doc. CEDAW/C/CHI/CO/4 (2006).
- ³⁵ CAT Committee, *Concluding Observations: Chile*, para. 7(m), U.N. Doc. CAT/C/CR/32/5 (2004); See also Anand Grover 2011, *supra* note 19, para. 30.
- ³⁶ Colombia Corte Constitucional [Colombia Constitutional Court], Sentencia C-355/2006 (2006) [hereinafter Sentencia C-355/2006].
- ³⁷ Código Penal Colombiano (Ley 599 de 2000) [Colombian Penal Code (Law 599 of 2000)], art. 122.
- ³⁸ Sentencia C-355/2006, *supra* note 35, para. 10.1 (“Ahora bien, una regulación penal que sancione el aborto en todos los supuestos, significa la anulación de los derechos fundamentales de la mujer, y en esa medida supone desconocer completamente su dignidad y reducirla a un mero receptáculo de la vida en gestación, carente de derechos o de intereses constitucionalmente relevantes que ameriten protección.”). Translation provided by Women’s Link Worldwide, C-355/2006, Excerpts of the Constitutional Court Ruling that Liberalized Abortion in Colombia 48, available at http://www.womenslinkworldwide.org/pdf_pubs/pub_c3552006.pdf.
- ³⁹ Ipas, *Medical Abortion – Implications for Africa 2* (2003).
- ⁴⁰ Association of Reproductive Health Professionals, *Health Matters, Seeking Early Abortion Services*, available at <http://www.arhp.org/Publications-and-Resources/Patient-Resources/Fact-Sheets/Early-Abortion>.
- ⁴¹ *Id.*; Gynuity, *Providing Medical Abortion in Low-resource Settings, An Introductory Guidebook 7* (2nd ed.) (2009).
- ⁴² See *Annotated Bibliography – Mifepristone Medical Abortion*, Gynuity Health Projects, <http://gynuity.org/resources/read/annotated-bibliography-mifepristone-medical-abortion-en/> (last visited May 13, 2013).
- ⁴³ Prise en Charge de l’Interruption Volontaire de Grossesse Jusqu’à 14 Semaines, mars 2001, Service des recommandations et références professionnelles, Section IV, available at http://www.ancic.asso.fr/textes/ressources/techniques_priseencharge.html.
- ⁴⁴ Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 (1), art. 43. See also France 24, *French State to Reimburse Abortions by 100%*, <http://www.france24.com/en/20121003-french-france-state-social-security-reimburse-abortion-100-percent-hospitals-women>.
- ⁴⁵ Financement de la sécurité sociale pour 2013, Portail du Gouvernement (Oct. 10, 2012), <http://www.gouvernement.fr/gouvernement/financement-de-la-securite-sociale-pour-2013>.
- ⁴⁶ Choice on Termination of Pregnancy Act 1996, Section 2(a) (South Africa).

3. การยุติการตั้งครรภ์ (ต่อ)

⁴⁷ *Id.* Section 2(b).

⁴⁸ *Id.* Section 2(c).

⁴⁹ *Id.* Section 5(3).

⁵⁰ *Id.* Section 4.

⁵¹ Making Abortion Services Accessible, *supra* note 9, at 11.

⁵² Interrupción Voluntaria del Embarazo, Ley N° 18.987 [Voluntary Interruption of Pregnancy, Law No. 18.987], Publicada D.O. 30 oct/012 – N° 28585, arts. 2 & 6(c) (Uruguay).

⁵³ *Id.* art. 3.

⁵⁴ *Id.* art. 6.

4. ข้อมูลและการศึกษาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ

การเข้าถึงข้อมูลและการศึกษาเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศนั้นเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยให้ทุกคนรวมถึงวัยรุ่น สามารถป้องกันสุขภาพและคุ้มครองสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศของตนเอง ทั้งนี้ รัฐมักจัดให้มีการสอนเพศศึกษาในโรงเรียน แม้ว่าควรจัดให้มีการสอนเพศศึกษาในสถานที่อื่นๆ ด้วยเช่นกัน เนื่องจากยังมีวัยรุ่นจำนวนมากในหลายพื้นที่ที่ไม่ได้เข้ารับการศึกษานี้ในโรงเรียน ข้อมูลเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศนั้นครอบคลุมถึงข้อมูลที่จัดให้แก่บุคคลทุกคนทั้งในสถานที่ที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

ในแต่ละปีการให้กำเนิดบุตรของวัยรุ่นคิดเป็นร้อยละ 16 ของการให้กำเนิดบุตรทั้งหมดในประเทศทางตอนใต้ของทะเลทรายซาฮารา ทวีปแอฟริกา ร้อยละ 12 ในทวีปเอเชียกลางตอนใต้และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และร้อยละ 18 ในละตินอเมริกาและคาบสมุทรแคริบเบียน¹ การสอนเรื่องเพศศึกษาจะช่วยให้นักเรียนและเยาวชนสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้² ซึ่งทำให้ลดความเสี่ยงทางสุขภาพที่เกิดจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยและผลกระทบเชิงลบในสิทธิด้านอื่นๆ อันเกิดจากการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ตัวอย่างเช่น การตั้งครรภ์และการคลอดบุตรของวัยรุ่นนั้นมีความเสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพ³ และอาจทำให้เด็กหญิงต้องออกจากโรงเรียนหรือถูกผู้บริบาลไล่ออกจากโรงเรียน⁴

การศึกษาหลายๆ งานชี้ให้เห็นว่าเพศศึกษาสามารถช่วยชะลอการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของวัยรุ่น⁵ และช่วยป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งรวมถึงการติดเชื้อเอชไอวี⁶ องค์การการศึกษาวิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (UNESCO) ได้กำหนดแนวทางสากลของการสอนเพศศึกษาไว้ว่าเพศศึกษาควรรวมถึงการสอนหลักเกณฑ์สิทธิมนุษยชน⁷ และใช้วิธีการสอนแบบมีส่วนร่วม ให้ข้อมูลที่หลักฐานพิสูจน์ได้ และมีความถูกต้องในเชิงวิทยาศาสตร์ อธิบายการใช้ถุงยางอนามัยและวิธีการคุมกำเนิดอื่นๆ และครอบคลุมเนื้อหาหลากหลาย ได้แก่ เรื่องเพศวิถีของบุคคล อนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ สิทธิมนุษยชน และความเสมอภาคทางเพศ⁸ เพศศึกษาไม่ควรเป็นการตีความเหมารวมหรือมีอคติ และไม่ควรมีข้อมูลที่เลือกปฏิบัติต่อชนกลุ่มน้อยทางเพศ⁹

ข้อมูลที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ เช่น การเจตนากล่าวเกินความจริงถึงความเสี่ยงทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการคุมกำเนิดหรือการยุติการตั้งครรภ์ เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการบรรลุอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ และอาจเป็นอุปสรรคขัดขวางบุคคลรวมถึงวัยรุ่นในการใช้บริการทางสุขภาพด้านอนามัยการเจริญพันธุ์¹⁰ นอกจากนี้ อุปสรรคอื่นๆ ในการเข้าถึงข้อมูลและการศึกษาเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ ได้แก่ ความเข้าใจและการต่อต้านของผู้ปกครองที่มีต่อเพศศึกษา การเผยแพร่ข้อมูลที่คลาดเคลื่อนและไม่อยู่บนพื้นฐานของวิทยาศาสตร์ กฎหมายที่ห้ามการเข้าถึงข้อมูลและการขาดความมุ่งมั่นทางการเมือง¹¹ ยิ่งไปกว่านั้น ประเทศต่างๆ ได้บังคับใช้หรือพยายามบังคับใช้กฎหมายที่ออกแบบมาโดยเฉพาะเพื่อขัดขวางการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ รวมถึงกฎหมายที่ขัดขวางหรือกำหนดบทลงโทษต่อการเผยแพร่ข้อมูลด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศด้วย¹² นอกเหนือจากการขัดขวางไม่ให้บุคคลเข้าถึงข้อมูลแล้ว กฎหมายดังกล่าวยังเป็นการสร้างการตีตราและขัดขวางสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศอีกด้วย

ข้อมูลและการศึกษาเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศในแผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนา

แผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนาระบุว่า การขาดความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษาและข้อมูลที่ไม่มีความน่าเชื่อถือในด้านอนามัยการเจริญพันธุ์เป็นอุปสรรคต่อการมีอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ดี¹³ คู่สามีภรรยาและบุคคลมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลและการศึกษาที่จำเป็นต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับจำนวนบุตรและระยะเวลาห่างของการมีบุตร¹⁴ ประเทศต่างๆ เห็นพ้องร่วมกันว่าทุกคนมีสิทธิในการได้รับการศึกษาซึ่ง “ที่ส่งเสริมการเคารพสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐาน รวมถึงสิทธิและเสรีภาพที่เกี่ยวข้องกับประชากรและการพัฒนา”¹⁵ การบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่รอบด้านนั้นประกอบด้วย การให้ข้อมูล การให้คำปรึกษาและการศึกษาเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ¹⁶ การดำเนินงานด้านการวางแผนครอบครัวควรให้ข้อมูลที่เข้าถึงได้ ครบถ้วน และถูกต้องเกี่ยวกับ “วิธีการวางแผนครอบครัวที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และหลากหลายที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้”¹⁷ นอกจากนี้ ประเทศต่างๆ ได้ยึดมั่นที่จะจัดอุปสรรคต่างๆ ที่ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ อาทิ อุปสรรคทางกฎหมาย อุปสรรคทางการแพทย์ และอุปสรรคทางภูมิศาสตร์¹⁸

4. ข้อมูลและการศึกษาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ (ต่อ)

ประเทศต่างๆ ตระหนักถึงความต้องการของวัยรุ่น¹⁹ จึงได้เห็นพ้องร่วมกันภายใต้แผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนาที่จะคุ้มครองและส่งเสริมสิทธิของวัยรุ่นในการได้รับการศึกษาและข้อมูลเกี่ยวกับการเจริญพันธุ์²⁰ และรับรองเสรีภาพในการเข้าถึงข้อมูลด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่รอบด้านและถูกต้องอย่างถ้วนหน้า²¹ แผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนาตระหนักถึงความสัมพันธ์ของการแต่งงานก่อนวัยอันควร การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และอัตราการตายที่เพิ่มสูงขึ้นของมารดาที่เป็นวัยรุ่น และชี้ให้เห็นว่าการศึกษานั้นมีบทบาทสำคัญในการป้องกันอันตรายเหล่านี้²² ทั้งนี้ การให้ข้อมูลจะช่วยให้วัยรุ่นสามารถตัดสินใจได้อย่างมีความรับผิดชอบเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ของตน มีความเข้าใจในเพศวิถีของตนเอง และสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้²³ โดยประเทศต่างๆ ได้เห็นพ้องร่วมกันในการดำเนินยุทธศาสตร์ทางการศึกษาเพื่อให้วัยรุ่นสามารถเข้าถึงข้อมูลในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์อย่างมีความรับผิดชอบ การวางแผนครอบครัว อนามัยการเจริญพันธุ์ และเพศวิถีของบุคคล²⁴ และควรมีการสอนเพศศึกษาในสถานที่ต่างๆ ได้แก่ ภายในครอบครัว ชุมชน สื่อ และในโรงเรียน²⁵

มาตรฐานด้านสิทธิมนุษยชน

นับตั้งแต่การประชุม ICPD หน่วยงานควบคุมกำกับการปฏิบัติตามสนธิสัญญาได้ตระหนักว่าสิทธิในสุขภาพนั้นได้ขยายไปถึง “ปัจจัยรากฐานของสุขภาพ เช่น การเข้าถึงการศึกษาและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ได้แก่ อนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ”²⁶ และคุ้มครองสิทธิในการแสวงหา การได้รับ และการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ²⁷ รัฐจะต้องช่วยให้สตรีสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้อย่างเสมอภาคกับบุรุษ²⁸ โดยสิทธิในสุขภาพนั้นกำหนดให้รัฐจัดอุปสรรคใดๆ ที่ขัดขวางการเข้าถึงการศึกษาและการรับข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ²⁹ รวมถึงอุปสรรคในการเข้าถึงเพศศึกษา เช่น การต้องได้รับความยินยอมจากบิดามารดา³⁰

หน่วยงานควบคุมกำกับการปฏิบัติตามสนธิสัญญาได้ตระหนักว่าเพศศึกษานั้นมีส่วนช่วยป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์³¹ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น³² การตั้งครรภ์โดยไม่พึงประสงค์³³ การยุติการตั้งครรภ์³⁴ และการตายของมารดา³⁵ โดยได้ระบุไว้อย่างชัดเจนว่ารัฐควรสนับสนุนให้วัยรุ่นสามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ³⁶ หน่วยงานควบคุมกำกับการปฏิบัติตามสนธิสัญญายังได้ตอกย้ำคำรับรองของแผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนาโดยระบุว่า รัฐควรจัดให้มีการสอนเพศศึกษาในโรงเรียนทุกแห่ง³⁷ และในสถานที่อื่นๆ เพื่อให้วัยรุ่นที่ไม่ได้เข้ารับการศึกษานี้สามารถเข้าถึงข้อมูล³⁸ หน่วยงานด้านสิทธิมนุษยชนตระหนักว่า ข้อมูลด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศนั้นควรมีเนื้อหาครบถ้วน เป็นกลาง และถูกต้องตามหลักวิทยาศาสตร์³⁹ โดยวิชาเพศศึกษาควรประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์⁴⁰ สิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ⁴¹ ความเสี่ยงจากการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย⁴² กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการยุติการตั้งครรภ์⁴³ และการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงการติดเชื้อเอชไอวี⁴⁴ ทั้งนี้ เพศศึกษาควรมีเป้าหมายเพื่อเปลี่ยนแปลงมุมมองทางวัฒนธรรมเกี่ยวกับความต้องการของวัยรุ่นในการคุมกำเนิด และเรื่องต้องห้ามอื่นๆ ที่เกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศของวัยรุ่น⁴⁵

ตัวอย่างประเทศ

โคลอมเบีย

ในปี 2554 มีการยื่นฟ้องกลุ่มเจ้าหน้าที่รัฐชาวโคลอมเบียจาก Procuraduría General de la Nación ในข้อหาละเมิดสิทธิของสตรีในการได้รับข้อมูล สิทธิในสุขภาพและชีวิต และสิทธิอื่นๆ จากการที่รัฐบาลเผยแพร่เอกสารทางการซึ่งมีข้อมูลที่เป็นเท็จ และก่อให้เกิดความเข้าใจผิดในเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ⁴⁶ โดยข้อความจำนวนมากของเจ้าหน้าที่รัฐมีลักษณะเป็นเท็จ เช่น การกล่าวว่าการคุมกำเนิดฉุกเฉินส่งผลให้เกิดการแท้ง การกล่าวว่าสถาบันและผู้ให้บริการด้านสุขภาพมีสิทธิตามกฎหมายที่จะปฏิเสธไม่ให้สตรีได้รับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ถูกต้องตามกฎหมายเนื่องจากขัดต่อศาสนาหรือศีลธรรมอันดี และการกล่าวว่ามีสิทธิได้รับบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยในประเทศโคลอมเบีย⁴⁷ ซึ่งศาลรัฐธรรมนูญตัดสินว่าการเผยแพร่ข้อมูลที่บิดเบือนนั้นเป็นการละเมิดสิทธิของสตรีในการเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์โดยการปฏิเสธการให้ข้อมูลที่จำเป็น ซึ่งศาลระบุว่า การเข้าถึงข้อมูลนั้นมี

4. ข้อมูลและการศึกษาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ (ต่อ)

โคลอมเบีย (ต่อ)

ความสำคัญอย่างยิ่งต่อสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ “เนื่องจากกลไกหนึ่งในการเลือกปฏิบัติที่สตรีต้องเผชิญมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันนั้น ยังคงปฏิเสธและสร้างอุปสรรคในการเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการและเป็นธรรม”⁴⁸ นอกจากนี้ ศาลยังพบว่าการกระทำเหล่านี้เป็นอันตรายต่อสิทธิของสตรีในศักดิ์ศรี ชีวิต สุขภาพกายและสุขภาพจิต⁴⁹ และมีคำสั่งให้เจ้าหน้าที่รัฐทำการแก้ไขข้อความอันเป็นเท็จเหล่านั้นด้วยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นจริงให้สาธารณสุขได้รับทราบ⁵⁰

เอลโตเนีย

ในปี 2539 เอลโตเนียได้จัดหลักสูตรการศึกษาภาคบังคับระดับชาติว่าด้วยการศึกษาเกี่ยวกับมนุษย์ ซึ่งรวมถึงเพศศึกษา โดยเป็นหลักสูตรที่ควบคู่ไปกับศูนย์ให้คำปรึกษาแก่เยาวชน ซึ่งให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศแก่เยาวชน โดยไม่คิดค่าใช้จ่าย ได้แก่คำปรึกษาเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย การวางแผนครอบครัว และการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์⁵¹ หลักสูตรระดับชาติและศูนย์ให้คำปรึกษาแก่เยาวชนได้รับความเชื่อถือว่าช่วยให้อัตราการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ลดลง และทำให้การใช้ถุงยางอนามัยและการคุมกำเนิดในกลุ่มวัยรุ่นมีอัตราเพิ่มสูงขึ้น⁵² โดยในระหว่างปี 2544-2552 พบว่าอัตราการยุติการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีลดลงร้อยละ 45 ในขณะที่อัตราการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีลดลงร้อยละ 96 ในช่วงเวลาเดียวกัน⁵³

ไอซ์แลนด์

กระทรวงศึกษาธิการของไอซ์แลนด์ได้วางกรอบการศึกษาวิชาเพศศึกษา โดยเป็นข้อบังคับให้โรงเรียนต้องปฏิบัติตาม⁵⁴ โดยกรอบการศึกษาดังกล่าวกำหนดว่าวิชาเพศศึกษาควรครอบคลุมทั้งในด้านชีวภาพและจิตสังคม ได้แก่ การคุมกำเนิด โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ความเสมอภาค อัตลักษณ์ทางเพศ และบทบาททางเพศ⁵⁵ เพศศึกษาเป็นวิชาบังคับซึ่งพ่อแม่ไม่สามารถห้ามไม่ให้ลูกเข้าเรียนได้⁵⁶ โดยในปี 2554 ไอซ์แลนด์ได้กำหนดงบประมาณเฉพาะเพื่อการบูรณาการการศึกษาเกี่ยวกับการล่วงละเมิดทางเพศในหลักสูตรของโรงเรียน⁵⁷ ซึ่งนักเรียนจะได้เรียนรู้ถึงองค์ประกอบของการล่วงละเมิดทางเพศ การยินยอมให้มีกิจกรรมทางเพศ และการรายงานในกรณีที่เกิดความรุนแรงทางเพศ⁵⁸

- 1 Guttmacher Institute & International Planned Parenthood Federation, In Brief: Facts on the Sexual and Reproductive Health Of Adolescent Women in the Developing World 1 (2010).
- 2 Guttmacher Institute, *Advancing Sexuality Education in Developing Countries: Evidence and Implications*, 14 Guttmacher Policy Review 17, 17 (2011) [hereinafter *Advancing Sexuality Education*] (“There is now clear evidence that sexuality education programs can help young people to delay sexual activity and improve their contraceptive use when they begin to have sex.”).
- 3 Save the Children, *Children Having Children: State of the World’s Mother 2004*, 4 (2004) (indicating that complications arising from pregnancy and child birth are the leading causes of death for 15- to 19-year-old girls in the developing world); United Nations Population Fund (UNFPA), *State of the World Population 2004*, 76 (2004) (indicating that adolescents between the ages of 15 and 19 have twice the risk of dying due to pregnancy-related complications compared to women in their twenties.).
- 4 Michelle J. Hindin & Adesegun O. Fatusi, *Adolescent Sexual and Reproductive Health in Developing Countries: In Overview of Trends and Interventions*, 35 *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 58, 58 (2009).
- 5 *Advancing Sexuality Education*, supra note 2, at 17 (“There is now clear evidence that sexuality education programs can help young people to delay sexual activity and improve their contraceptive use when they begin to have sex.”).
- 6 See World Health Organization (WHO), Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) & United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), WHO Information Series on School Health Document Six: Preventing HIV/AIDS/STI and Related Discrimination: An Important Responsibility of Health-Promoting Schools (1999).
- 7 UNESCO, *International Technical Guidance on Sexuality Education: An evidence-informed approach for schools, teachers and health educators – Volume II Topics and learning objectives 17-20* (2009) [hereinafter UNESCO, *Technical Guidance on Sexuality Education Volume II*].

4. ข้อมูลและการศึกษาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ (ต่อ)

- ⁸ See, e.g., UNESCO, *International Technical Guidance on Sexuality Education: An evidence-informed approach for schools, teachers and health educators – Volume I The rationale for sexuality education 18-22* (2009); UNESCO, *Levers of Success: Case studies of national sexuality education programmes 20-22* (2010); Commission on Population and Development Res. 2012/1 Adolescents and youth, Rep. of the Commission on Population and Development, 45th Sess., Apr. 15 & Apr. 23-27, 2012, para. 26, U.N. Doc. E/2012/25, E/CN.9/2012/8 (2012).
- ⁹ See *INTERIGHTS v. Croatia*, No. 45/2007 European Committee of Social Rights (2009).
- ¹⁰ See *Advancing Sexuality Education*, *supra* note 2; see also Center for Reproductive Rights, *Fact Sheet: An International Human Right: Sexuality Education for Adolescents in Schools* (2008).
- ¹¹ For information on the criminalization of access to information see, e.g., Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, *Interim rep. of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, transmitted by Note of the Secretary-General*, U.N. Doc. A/66/254 (Aug. 3, 2011) (by Anand Grover) [hereinafter Anand Grover 2011].
- ¹² See, e.g., *UN rights experts advise Russian Duma to scrap bill on 'homosexuality propaganda'*, United Nations Human Rights: Office of the High Commissioner for Human Rights (Feb. 1, 2013), http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=12964&LangID=E_; *Ban on information about homosexuality reintroduced in Lithuanian law. President's draft returned for consideration once again*, ILGA Europe (Feb. 12, 2009), http://www.ilga-europe.org/home/guide/country_by_country/lithuania/lithuania_and_the_law_against_propaganda_of_homosexuality_and_bisexuality/ban_on_information_about_homosexuality_reintroduced_in_lithuanian_law_president_s_draft_returned_for_consideration_once_again.
- ¹³ *Programme of Action of the International Conference on Population and Development*, Cairo, Egypt, Sept. 5-13, 1994, para. 7.3, U.N. Doc. A/CONF.171/13/Rev.1 (1995) [hereinafter *ICPD Programme of Action*].
- ¹⁴ *Id.* Principle 8.
- ¹⁵ *Id.* Principle 10.
- ¹⁶ *Id.* para. 7.6.
- ¹⁷ *Id.* paras. 7.23(a) & 7.23(b).
- ¹⁸ *Id.* para. 7.20.
- ¹⁹ *Id.* para. 7.47.
- ²⁰ *Id.* para. 7.46.
- ²¹ *Id.* para. 7.5(a).
- ²² *Id.* paras. 6.7(c), 7.42.
- ²³ *Id.* para. 7.41.
- ²⁴ *Id.* paras. 7.41, 7.47, 6.4, & 7.37.
- ²⁵ *Id.* para. 7.37.
- ²⁶ Committee on Economic, Social and Cultural Rights (ESCR Committee), *General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health (Art. 12)*, (22nd Sess., 2000), in *Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies*, para. 11, U.N. Doc. HRI/GEN/1/ Rev.9 (Vol. I) (2008) [hereinafter *ESCR Committee, Gen. Comment No. 14*].
- ²⁷ *Id.* para. 12(b)(iv).
- ²⁸ Committee on the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW Committee), *General Recommendation No. 24: Article 12 of the Convention (women and health)*, (20th Sess., 1999), in *Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies*, paras. 9-25, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II) (2008) [hereinafter *CEDAW Committee, Gen. Recommendation No. 24*].
- ²⁹ *ESCR Committee, Gen. Comment No. 14, supra* note 26, para. 21.
- ³⁰ See Committee on the Rights of the Child (CRC Committee), *Concluding Observations: Ireland*, para. 52, U.N. Doc. CRC/C/IRL/CO/2 (2006).
- ³¹ See, e.g., CEDAW Committee, *Concluding Observations: Dominican Republic*, para. 349, U.N. Doc. A/53/38 (1998); *Togo*, para. 29, U.N. Doc. CEDAW/C/TOG/CO/5 (2006).
- ³² CEDAW Committee, *Concluding Observations: Chile*, paras. 226–227, U.N. Doc. A/54/38 (1999); *Togo*, para. 29, U.N. Doc. CEDAW/C/TOG/CO/5 (2006).
- ³³ See, e.g., CEDAW Committee, *Concluding Observations: Belize*, para. 56, U.N. Doc. A/54/38 (1999); *Nepal*, para. 148, U.N. Doc. A/54/38 (1999).

4. ข้อมูลและการศึกษาด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ (ต่อ)

- ³⁴ CEDAW Committee, *Concluding Observations: Burundi*, para. 62, U.N. Doc. A/56/38 (2001); *Cape Verde*, para. 29, U.N. Doc. CEDAW/C/CPV/CO/6 (2006).
- ³⁵ See, e.g., CEDAW Committee, *Concluding Observations: Cape Verde*, para. 29, U.N. Doc. CEDAW/C/CPV/CO/6 (2006); *Togo*, para. 28, U.N. Doc. CEDAW/C/TOG/CO/5 (2006).
- ³⁶ CRC Committee, *General Comment No. 4: Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child* (33rd Sess., 2003), in *Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies*, para. 26, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II) (2008) [hereinafter CRC Committee, *Gen. Comment No. 4*]; CRC Committee, *Concluding Observations: Australia*, para. 67, U.N. Doc. CRC/C/AUS/CO/4 (2012); ESCR Committee, *Concluding Observations: Russian Federation*, para. 30, U.N. Doc. E/C.12/RUS/CO/5 (2011).
- ³⁷ CEDAW Committee, *Gen. Recommendation No. 24*, *supra* note 28, para. 23; see also CEDAW Committee, *Concluding Observations: Turkmenistan*, paras. 30–31, U.N. Doc. CEDAW/C/TKM/CO/2 (2006); CRC Committee, *Concluding Observations: Uruguay*, para. 52, U.N. Doc. CRC/C/URY/CO/2 (2007); ESCR Committee, *Concluding Observations: The Kingdom of the Netherlands*, para. 27, U.N. Doc. E/C.12/NDL/CO/4-5 (2010).
- ³⁸ CRC Committee, *Gen. Comment No. 4*, *supra* note 36, para. 28.
- ³⁹ See, e.g., CEDAW Committee, *Concluding Observations: Eritrea*, para. 23, U.N. Doc. CEDAW/C/ERI/CO/3 (2006); CRC Committee, *Concluding Observations: Antigua and Barbuda*, para. 54, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.247 (2004); ESCR Committee, *Concluding Observations: Benin*, para. 42, U.N. Doc. E/C.12/1/Add.78 (2002); Anand Grover 2011, *supra* note 11, para. 65(l); see also Special Rapporteur on the right to education, *Rep. of the United Nations Special Rapporteur on the right to education*, U.N. Doc. A/65/162 (July 23, 2010).
- ⁴⁰ CEDAW Committee, *Concluding Observations: Belize*, paras. 56–57, U.N. Doc. A/54/38 (1999); *Bosnia and Herzegovina*, para. 36, U.N. Doc. CEDAW/C/BIH/CO/3 (2006).
- ⁴¹ CEDAW Committee, *Concluding Observations: Jamaica*, para. 224, U.N. Doc. A/56/38 (2001); *Nicaragua*, para. 303, U.N. Doc. A/56/38 (2001).
- ⁴² CEDAW Committee, *Concluding Observations: Oman*, para. 41(b), U.N. Doc. CEDAW/C/OMN/CO/1 (2011).
- ⁴³ See, e.g., CEDAW Committee, *Concluding Observations: Benin*, para. 158, U.N. Doc. A/60/38 (2005); CRC Committee, *Concluding Observations: Antigua and Barbuda*, para. 54, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.247 (2004); ESCR Committee, *Concluding Observations: Bolivia*, para. 43, U.N. Doc. E/C.12/1/Add.60 (2001); Anand Grover 2011, *supra* note 11, para. 65(l).
- ⁴⁴ CEDAW Committee, *Concluding Observations: Cape Verde*, para. 30, U.N. Doc. CEDAW/C/CPV/CO/6 (2006); *Ghana*, para. 32, U.N. Doc. CEDAW/C/GHA/CO/5 (2006).
- ⁴⁵ CRC Committee, *Gen. Comment No. 4*, *supra* note 36, para. 30.
- ⁴⁶ Corte Constitucional [C.C.] [Constitutional Court], agosto 10, 2012, Sentencia T627/12 (Colomb.) at 1 [hereinafter Sentencia T627/12]; see also *Acción de Tutela sobre Derecho Fundamental a la Información*, Women's Link Worldwide (Oct. 15, 2012), http://www.womenslinkworldwide.org/wlw/new.php?modo=detalle_proyectos&dc=67.
- ⁴⁷ Sentencia T627/12, *supra* note 46, para. 1.
- ⁴⁸ *Id.* para. 65 (“porque uno de los mecanismos para perpetuar la discriminación histórica sufrida por las mujeres ha sido y continúa siendo, precisamente, negar u obstaculizar el acceso a información veraz e imparcial en este campo [de los derechos reproductivos] con el objetivo de negarles el control sobre este tipo de decisiones.”).
- ⁴⁹ *Id.* at *resuelve*.
- ⁵⁰ *Id.* at *resuelve*.
- ⁵¹ UNESCO, *School-Based Sexuality Education Programmes: A Cost and Cost-Effective Analysis in Six Countries*, Executive Summary 26-27 (2011) [hereinafter *School-Based Sexuality Education*]; Estonian Ministry of Social Affairs, *Estonia: A Country Report on National Response to HIV/AIDS Epidemic* 15 (2007).
- ⁵² *School-Based Sexuality Education*, *supra* note 51, at 30.
- ⁵³ *Id.*
- ⁵⁴ The Safe Project, *Sexuality Education in Europe: A Reference Guide to Policies and Practices* 51 (2006).
- ⁵⁵ *Id.* at 52.
- ⁵⁶ *Id.* at 51.
- ⁵⁷ Paul Fontaine, *Government Earmarks Millions for Sexual Violence Education*, The Reykjavik Grapevine, Dec. 21, 2011, <http://www.grapevine.is/News/ReadArticle/Government-Earmarks-Millions-For-Sexual-Violence-Education>.
- ⁵⁸ *Id.*

5. วัยรุ่นและเยาวชน

นอกเหนือจากการเข้าถึงการศึกษาและข้อมูลด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ไม่เพียงพอแล้ว วัยรุ่นยังต้องเผชิญกับอุปสรรคอื่น ๆ ที่แตกต่างจากวัยอื่น ๆ ในการเข้าถึงบริการที่ครอบคลุมด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ โดยในบริบทของการดูแลด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศนั้น การที่กฎหมายไม่ให้สิทธิแก่วัยรุ่นในการตัดสินใจ หรือกำหนดให้ต้องได้รับการยินยอมจากบิดามารดา เป็นการบั่นทอนอิสรภาพของวัยรุ่น ซึ่งการขาดอิสรภาพนี้อาจขัดขวางไม่ให้วัยรุ่นได้รับการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เป็นความลับได้ และอาจส่งผลเสียต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต นอกจากนี้การขาดซึ่งอิสรภาพแล้ว วัยรุ่นอาจถูกขัดขวางไม่ให้ได้รับการอนามัยการเจริญพันธุ์เนื่องด้วยการตีตราเกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศของวัยรุ่น และการเลือกปฏิบัติโดยคำนึงถึงสถานภาพสมรส¹ นอกจากนี้แล้ว วัยรุ่นอาจไม่สามารถเข้าถึงบริการดังกล่าวได้เนื่องจากขาดทุนทรัพย์ หรือไม่สามารถเข้าถึงหรือรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการเดินทางได้²

เด็กสาววัยรุ่นคือกลุ่มที่เปราะบางเป็นพิเศษ แม้เด็กสาววัยรุ่นจะมีจำนวนถึงหนึ่งในห้าของสตรีวัยเจริญพันธุ์ทั่วโลก แต่วัยรุ่นกลับได้รับการอนามัยการเจริญพันธุ์น้อยกว่าที่ควร³ โดยทุกปีจะมีวัยรุ่นอายุ 15-19 ปีจำนวนประมาณ 16 ล้านคนให้กำเนิดบุตร⁴ ซึ่งมีแนวโน้มได้รับผลกระทบที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เนื่องจากปัญหาที่เกิดจากการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรนั้นเป็นสาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นอายุระหว่าง 15-19 ปีเสียชีวิตมากที่สุดในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา⁵ วัยรุ่นอายุ 15-19 ปีมีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตเนื่องจากปัญหาเกี่ยวกับการตั้งครรภ์เป็นสองเท่า⁶ ในขณะที่เด็กหญิงอายุ 15 ปีทั่วโลกมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการตั้งครรภ์สูงถึงห้าเท่าเมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่มีอายุมากกว่า 20 ปี⁷ ยิ่งไปกว่านั้น วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์จะมีโอกาสประสบความสำเร็จในการศึกษาน้อยลง⁸ เนื่องจากนโยบายในบางประเทศอนุญาตหรือกำหนดให้นักเรียนที่ตั้งครรภ์ต้องออกจากการศึกษา⁹

รัฐบาล ผู้มีหน้าที่กำหนดนโยบาย และองค์กรนานาชาติ ตระหนักว่าการบูรณาการวัยรุ่นในนโยบายและมาตรการการดำเนินงาน รวมถึงการระบุความต้องการเฉพาะกลุ่มของวัยรุ่นนั้น มีความสำคัญต่อการยกระดับอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศของวัยรุ่น และได้มีการเปลี่ยนมุมมองจากเดิมที่เห็นว่า วัยรุ่นคือกลุ่มที่ต้องการการคุ้มครอง เป็นการมองว่าวัยรุ่นคือกลุ่มที่ควรมีอำนาจในการตัดสินใจในด้านสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศบนพื้นฐานของการได้รับข้อมูลและมีความรับผิดชอบ

วัยรุ่นและเยาวชนในแผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนา

แผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนามีเป้าหมายที่จะ “ยกระดับสุขภาพ ความเป็นอยู่ และศักยภาพของเด็ก วัยรุ่น และเยาวชนทุกคนให้มากที่สุด”¹⁰ แผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนาตระหนักถึงความต้องการเฉพาะของวัยรุ่นและเยาวชน และอุปสรรคเฉพาะช่วงวัยที่วัยรุ่นต้องเผชิญในการเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ จึงมีเป้าหมายที่จะก้าวข้ามอุปสรรคเหล่านี้¹¹ ซึ่งประเทศต่างๆ ได้เห็นพ้องร่วมกันในประเด็นดังกล่าวที่จะขจัดอุปสรรคจากข้อบังคับ กฎหมาย และสังคมซึ่งขัดขวางไม่ให้วัยรุ่นเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์¹² ประเทศต่างๆ ตระหนักว่าวัยรุ่นและเยาวชนถูกละเลยจากบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์มาเป็นเวลานาน¹³ จึงเห็นพ้องร่วมกันว่าควรที่จะให้วัยรุ่นมีส่วนร่วมในการวางแผน การดำเนินการ และการประเมินผลการดำเนินงานต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อวัยรุ่น โดยเฉพาะการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ¹⁴

ประเทศต่างๆ เห็นพ้องร่วมกันที่จะใช้วิธีการที่ให้ความสำคัญต่อ “ความสามารถในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง” ของวัยรุ่น¹⁵ โดยตระหนักว่าเมื่อวัยรุ่นเติบโตขึ้น จะมีความรับผิดชอบและความเป็นอิสระมากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้พวกเขามีความสามารถในการตัดสินใจได้ดียิ่งขึ้น¹⁶ ดังนั้น วัยรุ่นควรได้รับการและคำปรึกษาในเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศอย่างเหมาะสม¹⁷ โดยบริการดังกล่าว “จะต้องคุ้มครองสิทธิของวัยรุ่นในความเป็นส่วนตัว ความลับ ความเคารพ และการให้ความยินยอมโดยได้รับข้อมูล และเคารพในค่านิยมทางวัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนา”¹⁸

5. วัยรุ่นและเยาวชน (ต่อ)

มาตรฐานด้านสิทธิมนุษยชน

มาตรฐานสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศโดยหน่วยงานด้านสิทธิมนุษยชนกำหนดให้ วัยรุ่นและเยาวชนได้รับมาตรการพิเศษในการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนตามความสามารถในการพัฒนาอย่างต่อเนื่องของตนเอง¹⁹ ดังนั้น เพื่อเป็นการรับรองความสามารถในการพัฒนาอย่างต่อเนื่องของวัยรุ่นในด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ รัฐควรพัฒนาแผนการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศแก่วัยรุ่น²⁰ ซึ่งรวมไปถึงการวางแผนครอบครัว และรัฐควรช่วยให้วัยรุ่นสามารถเข้าถึงเพศศึกษาและข้อมูลเรื่องเพศได้²¹ โดยมาตรฐานนี้มีรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารบรรยายสรุปการศึกษาและข้อมูลด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ นอกจากนี้แล้ว คณะกรรมการจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีได้เรียกร้องให้ประเทศต่างๆ ไม่จำกัดการเข้าถึงสถานให้บริการและข้อมูลทางสุขภาพด้วยการขอความยินยอมจากบุคคลภายนอก เช่น คู่สมรส บิดามารดา หรือหน่วยงานด้านสุขภาพ²² และให้ยกเลิกกฎหมายที่กำหนดบทลงโทษวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทางเพศด้วยความยินยอม เนื่องจากกฎหมายดังกล่าวเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ²³ ทางด้านหน่วยงานควบคุมกำกับการปฏิบัติตามสนธิสัญญาได้เรียกร้องให้รัฐคุ้มครองบุคคลจากการถูกเลือกปฏิบัติเนื่องด้วยสถานภาพสมรส²⁴ โดยเฉพาะในการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ รวมทั้งวัยรุ่นและเยาวชนในทุกช่วงอายุต้องสามารถเข้าถึงบริการที่มีการรักษาความลับและละเอียดอ่อนต่อเด็ก²⁵ และรัฐควรมีมาตรการที่ช่วยให้วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ยังคงอยู่ในระบบการศึกษาและกลับไปศึกษาในโรงเรียนได้²⁶

รัฐจะต้องมีมาตรการจัดวิถีปฏิบัติทางวัฒนธรรมที่เป็นอันตรายต่อสิทธิในสุขภาพ²⁷ ซึ่งรวมถึงการแต่งงานในวัยเด็กและการขลิบอวัยวะเพศสตรี โดยมาตรฐานนี้มีรายละเอียดเพิ่มเติมในบรรยายสรุปเรื่องวิถีปฏิบัติทางวัฒนธรรมที่เป็นอันตราย: การขลิบอวัยวะเพศสตรีและการแต่งงานในวัยเด็ก นอกจากนี้แล้ว เด็กและวัยรุ่นยังเป็นกลุ่มที่เปราะบางต่อการตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงทางเพศทั้งในสถานที่สาธารณะและส่วนตัว เช่น ในบ้าน ในสถานบริการอนามัย หรือในสถานศึกษา²⁸ โดยรัฐควรมีมาตรการป้องกันความรุนแรงทางเพศ ให้การเยียวยา และการชดเชยแก่เหยื่อความรุนแรงทางเพศ และดำเนินคดีกับผู้กระทำผิด²⁹

ตัวอย่างประเทศ

ปานามา

ในปี 2545 ปานามาได้ออกกฎหมายที่รับรองให้วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ได้รับการดูแลสุขภาพ การศึกษา และความคุ้มครองทางกฎหมายอย่างครบถ้วน³⁰ โดยวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับศูนย์ให้บริการทางสุขภาพที่มีอยู่ทั้งของรัฐและเอกชน และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิเฉพาะตัวและความคุ้มครองที่ได้รับจากกฎหมาย³¹ ภายใต้อำนาจของกฎหมายนี้ กระทรวงศึกษาธิการจะต้องตรวจสอบว่ามีการจัดการที่เหมาะสมเพื่อให้วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ยังคงศึกษาต่อในโรงเรียน ซึ่งรวมถึงการมอบหมายให้ครูรับผิดชอบต่อความก้าวหน้าทางการศึกษาของวัยรุ่น³² กฎหมายฉบับนี้ไม่อนุญาตให้มีการเลือกปฏิบัติต่อนักเรียนที่ตั้งครรภ์และกำหนดให้กระทรวงศึกษาธิการจัดการอบรมที่เหมาะสมให้แก่ครูเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นเพื่อที่จะจัดการติตราและการเลือกปฏิบัติ³³ นอกจากนี้ กฎหมายยังกำหนดบทลงโทษในกรณีที่ไม่บอกกล่าวให้นักเรียนที่ตั้งครรภ์ทราบถึงสิทธิของตนและกรณีที่ไม่ให้บริการด้านการศึกษาและสุขภาพที่เหมาะสม³⁴

อุกันดา

ในปี 2544 อุกันดาได้บังคับใช้นโยบายเยาวชนแห่งชาติ (National Youth Policy) เพื่อเพิ่มความตระหนักในปัญหาที่เยาวชนต้องประสบและเพื่อสร้างพื้นที่สำหรับเยาวชนในการมีส่วนร่วมในนโยบายและการพัฒนาประเทศ³⁵ นโยบายเยาวชนแห่งชาติตระหนักว่าเยาวชนเป็นกลุ่มที่ถูกมองข้ามจากการร่างนโยบายและการตัดสินใจมาเป็นเวลานาน จึงต้องการที่จะรับรองการมีส่วนร่วมของเยาวชน³⁶ โดยเป้าหมายหลักของนโยบายคือการช่วยให้เยาวชนสามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้สะดวกยิ่งขึ้น โดยจัดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการและทำให้บริการนั้นมีความเป็นมิตรต่อเยาวชน³⁷

5. วัยรุ่นและเยาวชน (ต่อ)

สหราชอาณาจักร

ในปี 2547 กรมอนามัยของสหราชอาณาจักรได้ออกแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพในการตอบสนองความต้องการทางอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศของผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 16 ปี³⁸ เช่น การเข้าถึงการคุมกำเนิด แนวทางดังกล่าวกำหนดว่าการไม่รักษาความลับเป็นหนึ่งในอุปสรรคที่เด่นชัดที่สุดในการเข้าใช้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศของวัยรุ่น และเน้นย้ำว่าผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพมีหน้าที่ในการรักษาความลับของผู้ป่วยซึ่งรวมถึงผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 16 ปีด้วย³⁹ ดังนั้น บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ควรรับรองให้ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 16 ปี มีสิทธิในการรักษาความลับที่เท่าเทียมกับผู้ใหญ่⁴⁰ นอกจากนี้แล้วควรมีการอบรมภายในสถานบริการสุขภาพเพื่อให้ผู้บริหารยึดมั่นในหน้าที่ที่จะต้องทำให้ทีมงานรักษาความลับของผู้ป่วย และควรมีบทลงโทษขั้นรุนแรงสำหรับการไม่รักษาความลับ⁴¹ โดยผู้ให้บริการทางสุขภาพไม่ควรนำเอาความเชื่อส่วนตัวมาเกี่ยวข้องกับการให้บริการแก่เยาวชน และหากผู้ประกอบวิชาชีพขาดใจได้มีความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการให้บริการ จะต้องเปลี่ยนให้ผู้ประกอบวิชาชีพรายอื่นเข้ามาตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแทน⁴²

¹ Amanda Dennis et al., Guttmacher Institute, The Impact of Laws Requiring Parental Involvement for Abortion: A Literature Review (2009); *Parental Involvement Laws*, Center for Reproductive Rights (Jan. 1, 2009), <http://reproductiverights.org/en/project/parental-involvement-laws>; International Planned Parenthood Federation (IPPF), Understanding young people's right to decide: How can parents effectively support the autonomous decision-making of young people? 4 (2012); Center for Reproductive Rights, The Reproductive Rights of Adolescents: A Tool for Health and Empowerment 8 (2008); Ann E. Biddlecom et al., *Adolescents' view of and preferences for sexual and reproductive health services in Burkina Faso, Ghana, Malawi and Uganda*, 11 African Journal of Reproductive Health 99, 108 (2007); Dept. of Reproductive Health and Research, World Health Organization (WHO), From Evidence to Policy: Expanding Access to Family Planning 1 (2012).

² See Susheela Singh et al., Guttmacher Institute & United Nations Population Fund (UNFPA), Adding it Up: The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Healthcare 12 (2009); *Expanding Access to Youth-Friendly Services*, UNFPA, <http://web.unfpa.org/adolescents/youthfriendly.htm> (last visited May 12, 2013).

³ *Programme of Action of the International Conference on Population and Development*, Cairo, Egypt, Sept. 5-13, 1994, para. 7.41, U.N. Doc. A/CONF.171/13/Rev.1 (1995) [hereinafter *ICPD Programme of Action*].

⁴ WHO & UNFPA, Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes among Adolescents in Developing Countries: What the Evidence Says (2012).

⁵ Save the Children, Children Having Children: State of the World's Mother 2004, 4 (2004).

⁶ UNFPA, State of the World Population 2004, 76 (2004).

⁷ UNFPA, Giving Birth Should Not Be A Matter of Life and Death 1.

⁸ Daniel H. Klepinger et al., *Adolescent Fertility and the Educational Attainment of Young Women*, 27 Family Planning Perspectives 23 (1995).

⁹ See Center for Reproductive Rights, *Supplementary information on the United Republic of Tanzania, Scheduled for Review by the Committee on Economic, Social, and Cultural Rights during its 49th Session* (Apr. 30, 2012), available at http://reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/crr_Tanzania_Shadow_Letter_2012.pdf; Committee on the Rights of the Child (CRC Committee), *Concluding Observations: Tanzania*, para. 56(c), U.N. Doc. CRC/C/TZA/CO/2 (2006); Committee on the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW Committee), *Concluding Observations: Belize*, para. 23-24, U.N. Doc. CEDAW/C/BLZ/CO/4 (2007).

¹⁰ *ICPD Programme of Action*, *supra* note 3, para. 6.7(a).

¹¹ *Id.* paras. 6.7(a), 6.15; Convention on the Rights of the Child, adopted Nov. 20, 1989, art. 24, G.A. Res. 44/25, annex, U.N. GAOR, 44th Sess., Supp. No. 49, U.N. Doc. A/44/49 (1989) (entered into force Sept. 2, 1990) [hereinafter *CRC*].

¹² *ICPD Programme of Action*, *supra* note 3, para. 7.45.

¹³ *Id.* para. 7.41.

¹⁴ *Id.* para. 6.15.

¹⁵ *Id.* para. 7.45.

¹⁶ Gerison Lansdown, Save the Children & UNICEF, *The Evolving Capacities of the Child* (2005) [hereinafter *Evolving Capacities*].

5. วัยรุ่นและเยาวชน (ต่อ)

- ¹⁷ ICPD Programme of Action, *supra* note 3, para. 7.44(a).
- ¹⁸ *Id.* para. 7.45.
- ¹⁹ CRC Committee, *General Comment No. 4: Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child*, (33rd Sess., 2003), in *Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies*, para. 1, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II) (2008) [hereinafter Committee on the Rights of the Child, *Gen. Comment No. 4*]; See also *Evolving Capacities*, *supra* note 16.
- ²⁰ CRC Committee, *General Comment No. 4*, *supra* note 19, paras. 1, 31.
- ²¹ CEDAW Committee, *General Recommendation No. 24: Article 12 of the Convention (women and health)*, (20th Sess., 1999), in *Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies*, para. 23, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II) (2008) [hereinafter CEDAW Committee, *Gen. Recommendation No. 24*]; see also CEDAW Committee, *Concluding Observations: Turkmenistan*, paras. 30-31, U.N. Doc. CEDAW/C/TKM/CO/2 (2006).
- ²² CEDAW Committee, *Gen. Recommendation No. 24*, *supra* note 21, para. 14.
- ²³ CRC Committee, *Concluding Observations: Benin*, para. 25, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.106 (1999); Committee on Economic Social and Cultural Rights (ESCR Committee), *Concluding Observations: Peru*, para. 21, U.N. Doc. E/C.12/PER/CO/2-4 (2012).
- ²⁴ See ESCR Committee, *General Comment No. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights (art. 2, para. 2, of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)*, para. 31, U.N. Doc. E/C.12/GC/20 (2009); see also CEDAW Committee, *Concluding Observations: Singapore*, para. 14, U.N. Doc. CEDAW/C/SGP/CO/3 (2007).
- ²⁵ See CRC Committee, *Concluding Observations: Oman*, U.N. Doc. CRC/C/OMN/CO/2 (2006); *Paraguay*, para. 42, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.166 (2001).
- ²⁶ CRC Committee, *Concluding Observations: Senegal*, para. 54-55, U.N. Doc. CRC/C/SEN/CO/2 (2006); *Argentina*, para. 68, U.N. Doc. CRC/C/ARG/CO/3-4 (2010); CEDAW Committee, *Concluding Observations: Saint Lucia*, para. 28, U.N. Doc. CEDAW/C/LCA/CO/6 (2006).
- ²⁷ CRC, *supra* note 11, art. 24(3).
- ²⁸ CEDAW Committee, *Concluding Observations: South Africa*, paras. 31-32, U.N. Doc. CEDAW/C/ZAF/CO/4 (2011); CRC Committee, *Concluding Observations: Bhutan*, para. 41(b), U.N. Doc. CRC/C/15/Add.157 (2001). While rates of sexual violence are extremely difficult to gauge due to high rates of non-reporting and lack of routine statistics collection, a 2005 World Health Organization survey found that over 50 percent of women in some places were victimized by sexual violence during their lifetimes. WHO, *Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women* 28, 44, tbls. 4.1 & 5.1, figs. 4.1 & 4.2 (2005).
- ²⁹ CRC Committee, *Concluding Observations: Lebanon*, para. 48(d), U.N. Doc. CRC/C/LBN/CO/3 (2006); CEDAW Committee, *Concluding Observations: Tanzania*, para. 24, U.N. Doc. CEDAW/C/TZA/CO/6 (2008); Committee against Torture (CAT Committee), *Concluding Observations: Costa Rica*, para. 19, U.N. Doc. CAT/C/CRI/CO/2 (2008).
- ³⁰ Asamblea Legislativa, Ley No. 29 Que Garantiza la salud y la Educacion de la Adoescente Embarazada [Law No. 29, Guarenteeing Health and Education for Pregnant Adolescents], art. 1 (Jun. 13, 2002) (*Panama*).
- ³¹ *Id.* art. 4.
- ³² *Id.* art. 5.
- ³³ *Id.* art. 7.
- ³⁴ *Id.* art. 10.
- ³⁵ Ministry of Gender, Labour and Social Development, Republic of Uganda, *The National Youth Policy: A Vision for Youth in the 21st Century* para. 4.0 (2001).
- ³⁶ *Id.* paras. 2.6, 5.5.
- ³⁷ *Id.* para. 8.4.
- ³⁸ Department of Health, United Kingdom Government, *Best Practice Guidance for Doctors and other Health Professionals on the Provision of Advice and Treatment to Young People Under 16 on Contraception, Sexual and Reproductive Health: Gateway Reference Number 3382* (Jul. 29, 2004), available at http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4086914.pdf.
- ³⁹ *Id.* at 1.
- ⁴⁰ *Id.* at 2.
- ⁴¹ *Id.* at 2-3.
- ⁴² *Id.* at 3-4.

6. บุคคลในกลุ่มประชากรที่ถูกละเลยหรือด้อยโอกาส

บุคคลในกลุ่มประชากรที่ถูกละเลยหรือด้อยโอกาสมักจะถูกเลือกปฏิบัติในทางกฎหมายหรือทางปฏิบัติในการเข้าถึงหรือรับบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยผู้ที่ได้รับผลกระทบคือผู้ที่เป็นชาวพื้นเมือง ชนเผ่า กลุ่มศาสนา หรือชนกลุ่มน้อยทางภาษารวมถึงคนพิการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี สตรีในชนบท พนักงานบริการ หญิงรักร่วมเพศ ชายรักร่วมเพศ บุคคลรักร่วมสองเพศ และบุคคลแปลงเพศ (Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender - LGBT) ตลอดจนบุคคลที่มีภาวะเพศกำกวม¹ ส่วนวัยรุ่นก็เป็นกลุ่มประชากรที่ถูกละเลยหรือด้อยโอกาส โดยสามารถดูการอภิปรายเชิงลึกเกี่ยวกับสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาวะทางเพศของวัยรุ่นได้ในเอกสารบรรยายสรุปเรื่องวัยรุ่นและเยาวชน

สำหรับกลุ่มประชากรที่ถูกละเลยหรือด้อยโอกาสนั้น สิทธิในการได้รับการปฏิบัติอย่างเสมอภาคคือหัวใจสำคัญของสิทธิในการเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่รอบด้าน เนื่องจากนโยบายและการดำเนินงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์นั้นได้ละเลยความต้องการเฉพาะของกลุ่มเหล่านี้มาเป็นเวลานาน อาทิเช่น การกระจายสถานบริการทางสุขภาพอาจไม่เพียงพอต่อการตอบสนองความต้องการของประชากรในชนบท หรือเจ้าหน้าที่ในสถานบริการทางสุขภาพมีอคติต่อบุคคลกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง ส่งผลให้คุณภาพในการบริการด้อยลงหรือมีการปฏิบัติอย่างไม่ถูกต้องในสถานบริการทางสุขภาพ นอกจากนี้ อุปสรรคทางวัฒนธรรม ภูมิศาสตร์ และภาษา อาจปิดกั้นบุคคลที่มีความเสี่ยงจำนวนมากจากระบบการบริการของสังคม ส่วนสตรีที่อยู่ในกลุ่มประชากรที่ถูกละเลยหรือด้อยโอกาสอาจต้องประสบกับการเลือกปฏิบัติในหลายรูปแบบในฐานะที่เป็นสตรีและในฐานะที่เป็นบุคคลในกลุ่มที่ถูกละเลย เมื่อไม่นานมานี้ได้มีการส่งเสริมระบบสุขภาพที่มีความละเอียดอ่อนต่อความต้องการของกลุ่มต่างๆ ในหลายประเทศทั่วโลก เช่น ชนพื้นเมือง รวมทั้งกลุ่มเชื้อชาติ ศาสนา และชนกลุ่มน้อยทางภาษา ซึ่งช่วยให้สามารถก้าวข้ามอุปสรรคเหล่านี้ในบางประการได้²

นอกจากนั้น บุคคลในกลุ่มเหล่านี้ยังต้องการความเอาใจใส่เป็นพิเศษในด้านสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาวะทางเพศ เนื่องจากยังคงได้รับผลกระทบจากการละเมิดสิทธิมนุษยชนในระบบดูแลสุขภาพ อาทิเช่น นโยบายด้านประชากรที่มีลักษณะบีบบังคับ หรือมุ่งลดความสามารถในการเจริญพันธุ์ที่ทำให้กลุ่มบุคคลเหล่านี้ถูกแบ่งแยก เช่น คนพิการ บุคคลแปลงเพศ และผู้ติดเชื้อเอชไอวี³ ยิ่งไปกว่านั้น ในบางประเทศได้บังคับใช้กฎหมายที่ลงโทษการกระทำหรือสถานะของบุคคลที่ถูกละเลยบางกลุ่ม เช่น กฎหมายที่กำหนดบทลงโทษพฤติกรรมรักร่วมเพศ การติดเชื้อเอชไอวี และผู้อพยพเข้าเมืองโดยไม่มีเอกสาร ตัวอย่างเช่น ใน 76 ประเทศทั่วโลกยังคงมีกฎหมายที่ลงโทษประชาชนบนพื้นฐานของรสนิยมทางเพศหรืออัตลักษณ์ทางเพศ⁴ กฎหมายลักษณะดังกล่าวยังขัดขวางบุคคลไม่ให้เข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาวะทางเพศเนื่องจากเกรงว่าจะถูกตั้งข้อหาลงโทษ กฎหมายเหล่านี้ยังสร้างการตีตราให้กับกลุ่มประชากรเปราะบางและประชากรที่ถูกละเลย และแม้ว่ากฎหมายหรือนโยบายที่เลือกปฏิบัติจะถูกยกเลิกไปแล้ว แต่บุคคลในกลุ่มเหล่านี้ก็อาจจะยังถูกกีดกันไม่ให้เข้าถึงการดำเนินงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของรัฐ เนื่องจากสังคมยังคงมีทัศนคติที่เลือกปฏิบัติอยู่

ประชากรที่ถูกละเลยหรือด้อยโอกาสในแผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนา

แผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนาตระหนักในความเสี่ยงของผู้อพยพ วัยรุ่น คนพิการ ชนพื้นเมือง ผู้ลี้ภัย ผู้ไร้ที่อยู่อาศัย และผู้สูงอายุ ดังนั้น ประเทศต่างๆ จึงเห็นพ้องร่วมกันที่จะให้ความสำคัญกับความต้องการของกลุ่มที่เปราะบางและด้อยโอกาสด้วยการขยายการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งได้แก่ การตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย การดูแลก่อนคลอด การคลอดบุตร และการวางแผนครอบครัว⁵ รัฐมีความตระหนักว่ากลุ่มที่เปราะบางนั้นจะต้องประสบกับการเลือกปฏิบัติซึ่งบางครั้งปรากฏอยู่ในกฎหมายและนโยบาย⁶ จึงยึดมั่นที่จะขจัดการบีบบังคับ⁷ การเลือกปฏิบัติ และความรุนแรงทุกรูปแบบ⁸ ประเทศต่างๆ เห็นพ้องว่าการดำเนินการและบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาวะทางเพศ ควรตอบสนองความต้องการเฉพาะกลุ่มของประชากรที่มีความเสี่ยง⁹ และควรมีความเหมาะสมกับสังคมและวัฒนธรรม¹⁰ แผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนาตระหนักถึงความสำคัญในการบูรณาการกลุ่มประชากรเปราะบางในการกำหนดนโยบาย การดำเนินงาน และการตรวจตราการดำเนินงานด้านสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาวะทางเพศ¹¹

6. บุคคลในกลุ่มประชากรที่ถูกละเลยหรือด้อยโอกาส (ต่อ)

นอกจากนั้น ประเทศต่าง ๆ ยังเห็นพ้องร่วมกันในการ “รับรองสิทธิของคนพิการทุกคน รวมทั้งการมีส่วนร่วมของคนพิการในทุกภาคส่วนทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม”¹² รวมทั้งความต้องการในด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ เช่น สุขภาวะทางเพศ และความต้องการด้านการวางแผนครอบครัว การเข้าถึงข้อมูล การศึกษา และการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์¹³ แผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนาตระหนักว่าผู้สูงอายุ โดยเฉพาะสตรีสูงอายุที่ยากจนนั้นมีความเสี่ยงสูงเป็นพิเศษ¹⁴ นอกจากนี้แล้ว แผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนายังตระหนักว่าอนามัยการเจริญพันธุ์นั้น ครอบคลุมถึงสิทธิของคนพิการในการมีเพศสัมพันธ์ที่พึงพอใจและปลอดภัย และมีความสามารถในการเจริญพันธุ์¹⁵

มาตรฐานด้านสิทธิมนุษยชน

นับตั้งแต่การประชุม ICPD ได้มีการให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อสิทธิของประชากรที่ด้อยโอกาสและกลุ่มประชากรเปราะบาง ซึ่งตามมาตรฐานสิทธิมนุษยชนนั้น รัฐจะต้องรับรองสิทธิในการได้รับการปฏิบัติอย่างเสมอภาคทั้งในด้านบริการทางสุขภาพและปัจจัยพื้นฐานของการมีสุขภาวะที่ดี ซึ่งได้แก่ การจัดการเลือกปฏิบัติต่อ เชื้อชาติ เพศ ศาสนา ภาษา ความพิการทางร่างกาย หรือปัญญา สภาวะสุขภาพ (รวมถึงการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์) สถานะเพศก้ำกวมหรือแปลงเพศ และรสนิยมทางเพศ เป็นต้น¹⁶ ในส่วนของการให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์นั้น หน่วยงานด้านสิทธิมนุษยชนได้เรียกร้องให้ประเทศต่าง ๆ ให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับกลุ่มประชากรเปราะบางและประชากรที่ถูกละเลยให้สามารถเข้าถึงบริการที่เหมาะสมอย่างเพียงพอและมีคุณภาพ¹⁷ ที่สามารถตอบสนองความต้องการเฉพาะกลุ่มได้¹⁸ โดยจำเป็นต้องมีการอำนวยความสะดวกให้กลุ่มประชากรเปราะบางสามารถก้าวข้ามอุปสรรคในการเข้าถึงสถานบริการทางสุขภาพได้¹⁹ เช่น การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างเพื่อให้บุคคลที่มีร่างกายพิการสามารถเข้าใช้บริการได้ และการบริการแปลภาษาสำหรับบุคคลที่ไม่ได้พูดภาษาที่ใช้เป็นส่วนใหญ่ในประเทศนั้นๆ นอกจากนี้ ยุทธศาสตร์ในการป้องกันและรักษาโรคต่างๆ ซึ่งรวมไปถึงการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ควรจะทำให้มีความสำคัญเป็นพิเศษแก่กลุ่มประชากรเปราะบาง²⁰ เนื่องจากกลุ่มดังกล่าวอาจมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและการแพร่เชื้อเอชไอวีสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ เนื่องด้วยปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ เช่น การถูกละเลยในระบบสุขภาพของรัฐ

พันธกิจทางสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศกำหนดให้รัฐต้องใช้ทุกมาตรการที่เหมาะสมในการจัดการเลือกปฏิบัติทั้งในทางกฎหมายและทางปฏิบัติ²¹ ซึ่งเป็นพันธกิจที่ไม่อาจลดทอนได้และจะต้องมีการนำไปปฏิบัติในทันที แม้จะเกิดสถานการณ์ที่รัฐมีข้อจำกัดในด้านทรัพยากร ก็จำเป็นต้องดำเนินมาตรการที่มีต้นทุนต่ำ เพื่อคุ้มครองสมาชิกของสังคมที่มีความเสี่ยง²² อีกทั้งยังควรดำเนินมาตรการเพื่อจัดการเหมารวมและการเลือกปฏิบัติต่อบุคคลในกลุ่มประชากรเหล่านี้²³ โดยการรณรงค์สร้างความตระหนักในการยอมรับความหลากหลายและความแตกต่างของผู้อื่น²⁴ และบัญญัติข้อบังคับ ควบคุม และลงโทษในกรณีที่มีการละเมิดสิทธิ²⁵ โดยหน่วยงานควบคุมกำกับการปฏิบัติตามสนธิสัญญาได้แนะนำให้รัฐดำเนินยุทธศาสตร์ที่รอบด้านเพื่อจัดการกับปัญหาการเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้นหลายรูปแบบต่อสตรีในกลุ่มประชากรที่ถูกละเลย²⁶

ตัวอย่างประเทศ

โบลิเวีย

ในปี 2552 โบลิเวียได้บังคับใช้รัฐธรรมนูญฉบับใหม่ที่เพิ่มการคุ้มครองสิทธิของชนพื้นเมือง สิทธิสตรี และสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ และสุขภาวะทางเพศ โดยรัฐธรรมนูญห้ามไม่ให้มีการเลือกปฏิบัติเนื่องด้วยรสนิยมทางเพศ อัตลักษณ์ทางเพศ วัฒนธรรม ความพิการ และสถานภาพสมรส เป็นต้น²⁷ นอกจากนี้ยังคุ้มครองสิทธิของชนชาวพื้นเมืองในอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมของตนเอง ธรรมเนียมปฏิบัติ และบริการสุขภาพถ้วนหน้าที่ละเอียดอ่อนต่อวัฒนธรรมและธรรมเนียมปฏิบัติ²⁸ ยิ่งไปกว่านั้น รัฐธรรมนูญฉบับนี้ยังมีแนวทางที่ชัดเจนในการ “รับรองสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาวะทางเพศของสตรีและบุรุษ”²⁹

6. บุคคลในกลุ่มประชากรที่ถูกละเลยหรือด้อยโอกาส (ต่อ)

แคนาดา

กฎหมายว่าด้วยสิทธิมนุษยชนของแคนาดา (Canada's Human Rights Act) ให้การคุ้มครองบุคคลจากการเลือกปฏิบัติบนพื้นฐานของ “เชื้อชาติ สัญชาติและเผ่าพันธุ์ สีผิว ศาสนา อายุ เพศ รสนิยมทางเพศ สถานภาพสมรส สถานภาพครอบครัว ความพิการ และการเคยถูกพิพากษาโทษซึ่งได้รับการอภัยโทษแล้ว”³⁰ โดยการห้ามเลือกปฏิบัติต่อเพศนั้นรวมถึงการเลือกปฏิบัติต่อการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร³¹ การรับรองแผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนาทำให้มีการแก้ไขกฎหมายเพื่อคุ้มครองกลุ่มชนพื้นเมืองบางกลุ่มจากการเลือกปฏิบัติ เช่น กลุ่มปฐมชาติที่เป็นชนพื้นเมืองในประเทศแคนาดา (Canada's First Nations) และห้ามการเลือกปฏิบัติต่อรสนิยมทางเพศ³² โดยสมาชิกของกลุ่มปฐมชาติจำนวนมากอาศัยในพื้นที่ที่ผู้อยู่อาศัยมักมีการศึกษาน้อย มีที่อยู่อาศัยที่มีคุณภาพต่ำ และมีรายได้น้อย³³ ซึ่งกฎหมายว่าด้วยสิทธิมนุษยชนได้ช่วยให้บุคคลกลุ่มนี้มีที่พึ่งในกรณีที่มีการเลือกปฏิบัติ³⁴

สาธารณรัฐคองโก

ในปี 2554 สาธารณรัฐคองโกกลายเป็นหนึ่งในไม่กี่ประเทศในทวีปแอฟริกาที่บังคับใช้กฎหมายห้ามการเลือกปฏิบัติต่อกลุ่มชนพื้นเมืองอย่างเป็นทางการ³⁵ ซึ่งกฎหมายดังกล่าวเป็นการปฏิบัติตามพันธกิจของประเทศในการช่วยให้ชนพื้นเมืองมีส่วนร่วมในการพัฒนาและดำเนินการทางกฎหมายและแผนพัฒนาต่างๆ³⁶ นอกจากนี้แล้ว กฎหมายนี้ยังรับรองให้ชนพื้นเมืองสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน³⁷ และคุ้มครองสิทธิในการศึกษา อันเป็นมาตรฐานพิเศษเพื่อให้เด็กชาวพื้นเมืองทุกคนสามารถเข้าถึงการศึกษาได้โดยไม่มีทางเลือกปฏิบัติ³⁸

¹ See Committee on Economic, Social and Cultural Rights (ESCR Committee), *General Comment No. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights (art. 2, para. 2, of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)*, U.N. Doc. E/C.12/GC/20 (2009) [hereinafter ESCR Committee, *Gen. Comment No. 20*]; Committee against Torture (CAT Committee), *General Comment No. 2: Implementation of article 2 by States parties*, (39th Sess., 2007), in *Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies*, para. 19(d), U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II) (2008) [hereinafter CAT Committee, *Gen. Comment No. 2*].

² See *Intercultural Bilingual Education for the Amazona*, UNICEF (May 25, 2012), http://www.unicef.org/cbsc/index_55850.html.

³ Other groups include indigenous persons, ethnic minorities, and people with intersex conditions. See, e.g., Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, *Rep. of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*, U.N. Doc. A/HRC/22/53 (Feb. 1, 2013) (by Juan E. Méndez); Center for Reproductive Rights, *Dignity Denied: Violations of the Rights of HIV-Positive Women in Chilean Health Facilities* (2010); Center for Reproductive Rights, *Body and Soul: Forced Sterilization and Other Assaults on Roma Reproductive Freedom in Slovakia* (2003); Open Society Foundations, *Against Her Will: Forced and Coerced Sterilization of Women Worldwide* (2011).

⁴ U.N. High Commissioner for Human Rights, *Discriminatory laws and practices and acts of violence against individuals based on their sexual orientation and gender identity*, para. 40, U.N. Doc. A/HRC/19/41 (Nov. 17, 2011).

⁵ *Programme of Action of the International Conference on Population and Development*, Cairo, Egypt, Sept. 5-13, 1994, paras. 3.19, 7.16, 8.8 & 8.17, U.N. Doc. A/CONF.171/13/Rev.1 (1995) [hereinafter *ICPD Programme of Action*].

⁶ *Id.* para. 6.22.

⁷ *Id.* para. 6.25 (referring to indigenous populations) & 6.30 (“Governments should eliminate specific forms of discrimination that persons with disabilities may face with regard to reproductive rights, household and family formation”).

⁸ *Id.* para. 6.20 & 6.30.

⁹ *Id.* paras. 6.25, 6.7(b), 6.30 & 7.11.

¹⁰ *Id.* para. 6.24(b).

¹¹ *Id.* para. 6.24(a), 6.28 & 6.16.

¹² *Id.* para. 6.29(a).

¹³ *Id.* para. 6.30.

6. บุคคลในกลุ่มประชากรที่ถูกละเลยหรือด้อยโอกาส (ต่อ)

- ¹⁴ *Id.* para. 6.16.
- ¹⁵ *Id.* para. 7.2 (emphasis added).
- ¹⁶ ESCR Committee, *General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health (Art. 12)*, (22nd Sess., 2000), in *Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies*, para. 18, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. I) (2008) [hereinafter ESCR Committee, *Gen. Comment No. 14*]; ESCR Committee, *Gen. Comment No. 20*, *supra* note 1.
- ¹⁷ See ESCR Committee, *Gen. Comment No. 14*, *supra* note 16, para. 12(b)(i) (“Non-discrimination: health facilities, goods and services must be accessible to all, especially the most vulnerable or marginalized sections of the population, in law and in fact, without discrimination on any of the prohibited grounds”); Committee on the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW Committee), *Concluding Observations: Panama*, para. 43, U.N. Doc. CEDAW/C/PAN/CO/7 (2010); Committee on the Right of the Child (CRC Committee), *Concluding Observations: India*, para. 51, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.115 (2000); ESCR Committee, *Concluding Observations: The Former Yugoslav Republic of Macedonia*, para. 46, U.N. Doc. E/C.12/MKD/CO/1 (2008).
- ¹⁸ Committee on the Right of the Child (CRC Committee), *Concluding Observations: Tajikistan*, para. 39, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.136 (2000); ESCR Committee, *Gen. Comment No. 14*, *supra* note 16, para. 37.
- ¹⁹ See ESCR Committee, *Gen. Comment No. 14*, *supra* note 16, para. 12(b)(i) (“Non-discrimination: health facilities, goods and services must be accessible to all, especially the most vulnerable or marginalized sections of the population, in law and in fact, without discrimination on any of the prohibited grounds”); CRC Committee, *Concluding Observations: Sri Lanka*, para. 39(a), U.N. Doc. CRC/C/15/Add.207 (2003); *Philippines*, para. 56(b), U.N. Doc. CRC/C/PHL/CO/3-4 (2009).
- ²⁰ CEDAW Committee, *Concluding Observations: Ukraine*, para. 39, U.N. Doc. CEDAW/C/UKR/CO/7 (2010); CRC Committee, *Concluding Observations: Latvia*, para. 47(b), U.N. Doc. CRC/C/LVA/CO/2 (2006).
- ²¹ Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, *adopted* Dec. 18, 1979, arts. 1-2, G.A. Res. 34/180, U.N. GAOR, 34th Sess., Supp. No. 46, at 193, U.N. Doc. A/34/46, U.N.T.S. 13 (*entered into force* Sept. 3, 1981) [hereinafter CEDAW]; International Covenant on Civil and Political Rights, *adopted* Dec. 16, 1966, art. 2 G.A. Res. 2200A (XXI), U.N. GAOR, 21st Sess., Supp. No. 16, U.N. Doc. A/6316 (1966), 999 U.N.T.S. 171 (*entered into force* Mar. 23, 1976) [hereinafter ICCPR]; International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, *adopted* Dec. 16, 1966, art. 2(2), G.A. Res. 2200A (XXI), U.N. GAOR, Supp. No. 16, U.N. Doc. A/6316 (1966) (*entered into force* Jan. 3, 1976) [hereinafter ICESCR]; Convention on the Rights of the Child, *adopted* Nov. 20, 1989, art. 2, G.A. Res. 44/25, annex, U.N. GAOR, 44th Sess., Supp. No. 49, U.N. Doc. A/44/49 (1989) (*entered into force* Sept. 2, 1990) [hereinafter CRC].
- ²² ESCR Committee, *General Comment No. 3: The nature of States parties’ obligations (Art. 2, para. 1)*, (5th Sess., 1990), in *Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies*, para. 12, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. I) (2008); ESCR Committee, *Gen. Comment No. 14*, *supra* note 16, para. 18.
- ²³ CEDAW Committee, *Concluding Observations: Ukraine*, para. 25, U.N. Doc. CEDAW/C/UKR/CO/7 (2010); CRC Committee, *Concluding Observations: Thailand*, paras. 62-63, U.N. Doc. CRC/C/THA/CO/3-4 (2012).
- ²⁴ CRC Committee, *Concluding Observations: United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland*, para. 25(b), U.N. Doc. CRC/C/GBR/CO/4 (2008); Committee on the Elimination of Racial Discrimination, *Concluding Observations: Morocco*, para. 20, U.N. Doc. CERD/C/MAR/CO/17-18 (2010).
- ²⁵ CRC Committee, *Concluding Observations: United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland*, para. 25(c), U.N. Doc. CRC/C/GBR/CO/4 (2008).
- ²⁶ CRC Committee, *Concluding Observations: Philippines*, para. 21, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.259 (2005); *Singapore*, para. 30(b), U.N. Doc. CRC/C/SGP/CO/2-3 (2011).
- ²⁷ Nueva Constitución Política del Estado [Constitution] Oct. 2008, art. 14(II) (Bolivia).
- ²⁸ *Id.* art. 30.
- ²⁹ *Id.* art. 66 (“Se garantiza a las mujeres y a los hombres el ejercicio de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos.”).
- ³⁰ Canadian Human Rights Act, R.S.C., 1985, c. H-6, art. 3(1).
- ³¹ *Id.* art. 3(2).
- ³² Canadian Human Rights Commission, *Human Rights Handbook for First Nations* 51 (2011); Mary C. Hurley, *Sexual Orientation and Legal Rights: A Chronological Overview*, Parliament of Canada (Sept. 26, 2005), <http://www.parl.gc.ca/Content/LOP/ResearchPublications/prb0413-e.htm#b1996txt>.

6. บุคคลในกลุ่มประชากรที่ถูกละเลยหรือด้อยโอกาส (ต่อ)

- ³³ Indian and Northern Affairs Canada, First Nation and Inuit Community Well-Being: Describing Historical Trends (1981-2006) (2010).
- ³⁴ See *Aboriginal people file hundreds of human rights complaints*, CBC News Canada, Jun. 18, 2012, <http://www.cbc.ca/news/canada/story/2012/06/18/aboriginal-human-rights-complaints.html>.
- ³⁵ Act No. 5-2011 of 25 February 2011 On the Promotion and Protection of Indigenous Populations, art. 2 (2011) (Congo).
- ³⁶ *Id.* art. 3.
- ³⁷ *Id.* art. 22.
- ³⁸ *Id.* art. 17.

7. การติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์

นับตั้งแต่มีการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ (HIV/AIDS) ได้มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีแล้วเกือบ 70 ล้านคน และเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ประมาณ 35 ล้านคน โดยในปี 2554 มีผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด 34.2 ล้านคน ซึ่งร้อยละ 69 ของจำนวนดังกล่าวอาศัยอยู่ในพื้นที่ในทวีปแอฟริกาทางตอนใต้ของทะเลทรายซาฮารา การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้นได้มีการเปลี่ยนแปลงไปในช่วง 20 ปีนับตั้งแต่มีการประชุม ICPD แต่กระนั้นการระบาดของโรคเอดส์ก็ยังคงแพร่กระจายไปทั่วโลก ในพื้นที่ที่มียาและการรักษาโรคนั้น การติดเชื้อเอชไอวีได้เปลี่ยนสถานะจากความเจ็บป่วยที่ทำให้ถึงแก่ชีวิต กลายเป็นโรคเรื้อรังที่สามารถควบคุมได้ ยิ่งไปกว่านั้น การรักษาโรคด้วยวิธีที่เหมาะสมสามารถลดความเสี่ยงการติดต่อของโรคจากแม่สู่ลูกได้จนต่ำกว่าร้อยละ 2 ในกลุ่มประชากรที่ไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมมารดา อย่างไรก็ตาม ความเหลื่อมล้ำระดับโลกและระดับภูมิภาคชี้ให้เห็นว่าข้อความดังกล่าวไม่เป็นความจริงสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีอีกหลายล้านคน เนื่องจากมีจำนวนน้อยกว่าครึ่งของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาและสตรีมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศกำลังพัฒนาที่ได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อไปยังบุตรนั้น มีจำนวนน้อยกว่าร้อยละ 50 ของทั้งหมด ดังนั้นจึงจำเป็นต้องแก้ไขปัญหาความเหลื่อมล้ำในการรักษาโรคเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวี ให้สอดคล้องกับมาตรฐานสิทธิมนุษยชนสากลและมติระหว่างรัฐบาลว่าด้วยการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ นอกจากนี้แล้ว ผู้ติดเชื้อเอชไอวียังตกเป็นเป้าของนโยบายและวิธีปฏิบัติที่เป็นการบีบบังคับ เช่น การบังคับให้ทำหมันซึ่งเป็นการทำลายความสามารถในการเจริญพันธุ์

กว่า 60 ประเทศทั่วโลกถือว่าการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีมีความผิดทางกฎหมาย ส่งผลให้เกิดการแบ่งแยกผู้ติดเชื้อเอชไอวีออกจากสังคม⁹ การที่กฎหมายลงความผิดเช่นนั้นไม่ได้ช่วยลดการถ่ายทอดเชื้อ เนื่องจากส่งผลให้บุคคลไม่ยอมไปรับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี ด้วยความกลัวว่าจะถูกตั้งข้อหาโทษ⁹ กฎหมายดังกล่าวจึงเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงการรักษาการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์อย่างเหมาะสมในกลุ่มผู้มีความเสี่ยงหรือคนชายขอบที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เช่น ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พนักงานบริการ บุคคลแปลงเพศ ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด นักโทษ และผู้ย้ายถิ่น¹⁰ สตรีก็เป็นกลุ่มที่เปราะบางต่อการติดเชื้อเอชไอวีเช่นกัน เนื่องด้วยปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม และสตรี¹¹ เช่น ความรุนแรงทางเพศ¹² การพึ่งพาทางเศรษฐกิจซึ่งเป็นการจำกัดความสามารถในการควบคุมผู้ที่สตรีมีเพศสัมพันธ์ด้วย¹³ และวิธีปฏิบัติทางวัฒนธรรมที่ส่งผลเสียต่อสตรี¹⁴ ปัจจุบันมีสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าครึ่งของผู้ติดเชื้อทั้งหมด และอัตราการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มสตรีอายุระหว่าง 15-24 ปีนั้นสูงกว่าในกลุ่มของบุรุษที่มีอายุเท่ากันถึงสองเท่า¹⁵

การติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในแผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนา

ประเทศต่างๆ เห็นพ้องร่วมกันภายใต้แผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนาที่จะ “ดำเนินทุกวิถีทางเพื่อลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีและการแพร่ระบาดของโรคเอดส์”¹⁶ และให้การดูแลรักษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี¹⁷ โดยเป้าหมายของแผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนา คือ การช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการรักษาและคำปรึกษาทางการแพทย์ที่เหมาะสม¹⁸ ประเทศต่างๆ เห็นพ้องร่วมกันว่าการดำเนินงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศควรให้ความสำคัญกับปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์¹⁹ และบูรณาการการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในการดำเนินงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์²⁰ แผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนาตระหนักว่าสตรีมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากเป็นพิเศษเนื่องจากความไม่เสมอภาคทางเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งการแพร่เชื้อจากบุรุษสู่อสุตรีซึ่งมีแนวโน้มสูงกว่าช่องทางอื่นๆ²¹ ประเทศต่างๆ ได้ยึดมั่นที่จะดำเนินแนวทางกับหลายภาคส่วนเพื่อจัดการกับปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ โดยการวิเคราะห์ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจที่มีอิทธิพลต่อการแพร่เชื้อ²² แผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนาเล็งเห็นว่าจำเป็นต้องจัดการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี²³ ซึ่งประเทศต่างๆ ได้ตระหนักถึงการนำนโยบายและแนวทางไปปฏิบัติให้เกิดผล นอกจากนี้แล้วการตรวจหาเชื้อเอชไอวีและการดำเนินงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องจะต้องรักษาเป็นความลับ²⁴

มาตรฐานด้านสิทธิมนุษยชน

เนื่องจากโรคเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวีได้แพร่กระจายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่การประชุม ICPD หน่วยงานต่างๆ ด้านสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศได้ให้ความสำคัญต่อสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น โดยกำหนดว่ารัฐต้องช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

7. การติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ (ต่อ)

สิทธิมนุษยชนเสมอภาคกับบุคคลอื่น ๆ²⁵ ตามมาตรฐานด้านสิทธิมนุษยชนนั้น ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพสูง ในราคาที่เหมาะสม และทุกคนควรสามารถเข้าถึงการรักษาได้อย่างเท่าเทียม²⁶ และรัฐควรดำเนินมาตรการต่าง ๆ เพื่อขจัดอุปสรรคในการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพสูง²⁷ ซึ่งรวมถึงค่าใช้จ่ายสูง²⁸ โดยรัฐควรใช้กลยุทธ์ในการป้องกัน เช่น ณรงค์การใช้ถุงยางอนามัยและการเข้าถึงถุงยางอนามัย (รวมถึงถุงยางอนามัยสตรี)²⁹ การเข้าถึงการคุมกำเนิด³⁰ และการณรงค์เพื่อสร้างความตระหนักให้กับสังคม³¹ หน่วยงานต่าง ๆ ด้านสิทธิมนุษยชนได้ระบุอย่างชัดเจนว่าจะต้องมีการจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสมแก่การดำเนินงานด้านการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์³² และควรมีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน³³

นอกจากนั้น ประเทศต่าง ๆ ควรดำเนินมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการจัดการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์³⁴ โดยหน่วยงานควบคุมกำกับการณ์ปฏิบัติตามสนธิสัญญาได้เรียกร้องให้ประเทศต่าง ๆ จัดการเลือกปฏิบัติต่อผู้ที่มีผลเลือดเป็นบวก³⁵ และดำเนินการเพื่อช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ได้โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ³⁶ ซึ่งรวมถึงการรักษาเพื่อลดความเสี่ยงต่อการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากบิดามารดาสู่บุตร³⁷ ประเทศต่าง ๆ ควรช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถตัดสินใจได้โดยการได้รับข้อมูลและโดยสมัครใจเกี่ยวกับการมีบุตร³⁸ ด้วยการกำจัดงานนโยบายที่สนับสนุนหรืออนุญาตให้บังคับทำหมันกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี³⁹ และทำให้การตรวจและรักษาการติดเชื้อเอชไอวีเป็นสิ่งที่ดำเนินการโดยสมัครใจและเป็นความลับ⁴⁰ และผู้ติดเชื้อสามารถรับบริการได้โดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจากบิดามารดา⁴¹ หน่วยงานควบคุมกำกับการณ์ปฏิบัติตามสนธิสัญญาได้ให้คำแนะนำแก่ประเทศต่าง ๆ ว่ากลยุทธ์ในการแก้ปัญหาโรคเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวีนั้นควรมุ่งไปที่กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง⁴² เช่น สตรีที่มีอายุน้อย⁴³ ประชาชนในเขตชนบท และชนกลุ่มน้อย⁴⁴ รวมไปถึงผู้สูงอายุ⁴⁵ ซึ่งตามมาตรฐานด้านสิทธิมนุษยชนนั้น รัฐควรดำเนินแนวทางที่คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างเพศในการแก้ปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี⁴⁶ โดยให้ความสำคัญต่อสิทธิและความต้องการของสตรี⁴⁷ และควรยกเลิกกฎหมายที่ลงความผิดกับการมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลเพศเดียวกันโดยสมัครใจ และกฎหมายที่ลงความผิดต่อการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี⁴⁸

ตัวอย่างประเทศ

นิการากัว

ในปี 2539 นิการากัวได้บังคับใช้กฎหมายที่บัญญัติขึ้นเพื่อยกระดับสิทธิมนุษยชน ในการตอบสนองของรัฐต่อการแก้ปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์⁴⁹ โดยกฎหมายดังกล่าวบัญญัติขึ้นบนพื้นฐานของสิทธิในชีวิตและสุขภาพ และหลักการปฏิบัติโดยเสมอภาคกัน การรักษาความลับ และความมีอิสระ⁵⁰ กฎหมายฉบับดังกล่าวให้การรับรองสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการได้รับข้อมูล คำปรึกษา และบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และการวางแผนครอบครัว⁵¹ ยิ่งไปกว่านั้น ยังรับรองสิทธิในการทำงาน การศึกษา และการสันหนนาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกราย⁵² กฎหมายดังกล่าวยังจัดตั้งคณะกรรมการเอดส์ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ประกอบด้วยตัวแทนจากกระทรวงต่าง ๆ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน และกระทรวงความมั่นคงของสังคม เพื่อทำหน้าที่กำกับดูแลการปฏิบัติตามกฎหมายดังกล่าว⁵³

ฟิลิปปินส์

กฎหมายป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ของฟิลิปปินส์ปี 2541 (The Philippine AIDS Prevention and Control Act of 1998) ให้การคุ้มครองเสรีภาพในฐานะพลเมืองและสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างสูงสุด⁵⁴ ซึ่งรวมถึงบริการขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพและสังคม⁵⁵ โดยกฎหมายฉบับดังกล่าวกำหนดให้การตรวจหาเชื้อเอชไอวีต้องมีการยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร และห้ามไม่ให้บังคับในการตรวจหาเชื้อเอชไอวี⁵⁶ ดังนั้น การตรวจหาเชื้อเอชไอวีจึงอาจไม่ถูกกำหนดเป็นเงื่อนไขในการรับเข้าทำงาน ศึกษา หรือให้บริการใดๆ ซึ่งรวมถึงบริการทางการแพทย์⁵⁷ นอกจากนี้ กฎหมายฉบับนี้ยังห้ามไม่ให้มีการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ที่เป็นที่เข้าใจหรือเป็นที่สงสัยว่าติดเชื้อเอชไอวี⁵⁸ โดยรัฐมีหน้าที่จัดการกับปัญหาซึ่งทำให้เกิดการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีมากขึ้น เช่น ความยากจน ความไม่เสมอภาคทางเพศ และการถูกแบ่งแยกออกจากสังคม⁵⁹

7. การติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ (ต่อ)

รวันดา

แผนยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ พ.ศ. 2552-2555 ของรวันดา⁶⁰ (Rwanda's 2009-2012 National Strategic Plan on HIV & AIDS) มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มการเข้าถึงการป้องกัน การรักษา และการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างถาวร ลดการแพร่เชื้อเอชไอวีลงครึ่งหนึ่ง ลดอัตราการตายและการเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสเสมอภาคกับบุคคลอื่นๆ⁶¹ แผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวระบุถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีที่สตรีประสบ และเน้นการทำงานร่วมกับสตรีเพื่อจัดการสรุปเหมาวมต่างๆ ที่ส่งผลให้สตรีมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มมากขึ้น⁶² แผนดังกล่าวมีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มอำนาจของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีในการตัดสินใจโดยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนได้⁶³ และลดอัตราการแพร่เชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่บุตร⁶⁴ แผนยุทธศาสตร์นี้ยังระบุกลุ่มประชากรเปราะบางอื่นๆ ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อหรือแพร่เชื้อเอชไอวี และระบุมาตรการในการเข้าถึงประชากรเหล่านี้⁶⁵

แอฟริกาใต้

ในปี 2545 ศาลรัฐธรรมนูญของแอฟริกาใต้ตัดสินว่ารัฐบาลจะต้องยกเลิกข้อจำกัดต่างๆ เกี่ยวกับยา Nevirapine ซึ่งเป็นยาที่ลดความเสี่ยงของการแพร่เชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่บุตร แม้ว่ายา Nevirapine จะมีราคาที่สามารถซื้อหาได้ก่อนที่มีค่าตัดสินนี้ แต่ได้มีการให้ยา Nevirapine แก่สตรีเพียงจำนวนหนึ่งในพื้นที่ที่ทดลองเพียงไม่กี่พื้นที่ และไม่มียาดังกล่าวในสถานบริการสาธารณสุขชุมชนในพื้นที่อื่นๆ⁶⁶ โดยศาลได้มีคำสั่งให้รัฐดำเนินมาตรการแก้ไขโดยการอนุญาต อำนาจความสะดวก และกระตุ้นการใช้ Nevirapine⁶⁷ และจัดให้มีบุคลากรที่เหมาะสมในโรงพยาบาลชุมชนเพื่อให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาดังกล่าว⁶⁸

- 1 Global Health Observatory: HIV/AIDS, World Health Organization (WHO), <http://www.who.int/gho/hiv/en/index.html> (last visited May 9, 2013).
- 2 WHO & UNAIDS, Core Epidemiology Slides, slide 4 (2012) (indicating that 23.5 out of 34.2 million people living with HIV are in sub-Saharan Africa).
- 3 WHO, PMTCT Strategic Vision 2010-2015: Preventing Mother-to-Child Transmission of HIV to Reach the UNGASS and Millennium Development Goals 6 (2010); WHO, Dept. of HIV/AIDS, Prevention of Mother-to-Child Transmission (PMTCT): Briefing Note 3 (2007).
- 4 UNAIDS, Data Tables 5 (2011).
- 5 *Id.* at 7.
- 6 See Secretary-General, *The protection of human rights in the context of human immunodeficiency virus (HIV) and acquired immune deficiency syndrome (AIDS)*, U.N. Doc. A/HRC/16/69 (Dec. 20, 2010); UNAIDS & OHCHR, *Handbook on HIV and Human Rights for National Human Rights Institutions* (2007); UNAIDS, *International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights 2006 Consolidated Version* (2006) [hereinafter *International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights 2006*].
- 7 See, e.g., Center for Reproductive Rights, *Dignity Denied: Violations of the Rights of HIV-Positive Women in Chilean Health Facilities* (2010); Open Society Foundations, *Against Her Will: Forced and Coerced Sterilization of Women Worldwide* (2011).
- 8 Global Commission on HIV and the Law, *Risks, Rights & Health* 8 (2012).
- 9 *Id.*
- 10 See generally *id.*
- 11 UNFPA, *State of the World Population 2005*, ch. 4 (2005).
- 12 See, e.g., Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences, *Integration of the Human Rights of Women and the Gender Perspective: Violence against Women – Intersections of violence against women and HIV/AIDS*, U.N. Doc. E/CN.4/2005/72/Corr. (Mar. 22, 2005) (by Yakin Ertürk); Amnesty International, *Women, HIV/AIDS and Human Rights 4-8* (2004) [hereinafter *Women, HIV/AIDS and Human Rights*].
- 13 *Id.* at 9.

7. การติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ (ต่อ)

- 14 UNAIDS Inter-Agency Task Team on Gender and HIV/AIDS, HIV/AIDS, Gender and Violence Against Women; Women, HIV/AIDS and Human Rights, *supra* note 12, at 4-8.
- 15 *Statistics: Women and HIV/AIDS*, amfAR (Dec. 2012), http://www.amfar.org/about_hiv_and_aids/facts_and_stats/statistics_women_and_hiv_aids/.
- 16 *Programme of Action of the International Conference on Population and Development*, Cairo, Egypt, Sept. 5-13, 1994, para. 7.33, U.N. Doc. A/CONF.171/13/Rev.1 (1995).
- 17 *Id.* para. 7.29.
- 18 *Id.* para. 8.29(b).
- 19 *Id.*
- 20 *Id.* para. 7.30.
- 21 *Id.* para. 7.28.
- 22 *Id.* para. 8.30.
- 23 *Id.* para. 8.29(b).
- 24 *Id.* para. 8.34 (“Services to detect HIV infection should be strengthened, making sure that they ensure confidentiality”).
- 25 See Committee on the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW Committee), *Concluding Observations: Ethiopia*, para. 161, U.N. Doc. A/51/38 (1996).
- 26 See Committee on Economic, Social and Cultural Rights (ESCR Committee), *General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health (Art. 12)*, (22nd Sess., 2000), in *Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies*, para. 12(b), U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. I) (2008) [hereinafter *ESCR Committee, Gen. Comment No. 14*]; *ESCR Committee, Concluding Observations: United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland, the Crown Dependencies and the Overseas Dependent Territories*, para. 40, U.N. Doc. E/C.12/1/Add.79 (2002); Human Rights Committee (HRC), *Concluding Observations: Kenya*, para. 15, U.N. Doc. CCPR/CO/83/KEN (2005).
- 27 See, e.g., *ESCR Committee, Concluding Observations: Honduras*, paras. 26, 47, U.N. Doc. E/C.12/1/Add.57 (2001); *Zambia*, para. 30, U.N. Doc. E/C.12/1/Add.106 (2005).
- 28 See *ESCR Committee, Concluding Observations: Sudan*, para. 27, U.N. Doc. E/C.12/1/Add.48 (2000); see also *International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights 2006*, *supra* note 6, at 18.
- 29 CEDAW Committee, *Concluding Observations: Burundi*, para. 60, U.N. Doc. A/56/38 (2001); see also *International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights 2006*, *supra* note 6, at 26.
- 30 Committee on the Rights of the Child (CRC Committee), *Concluding Observations: Mali*, para. 57, U.N. Doc. CRC/C/MLI/CO/2 (2007).
- 31 CRC Committee, *Concluding Observations: Viet Nam*, para. 46, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.200 (2003).
- 32 CRC Committee, *General Comment No. 3: HIV/AIDS and the rights of the child (32nd Sess., 2003)*, in *Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies*, para. 14, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II) (2008) [hereinafter *CRC Committee, Gen. Comment No. 3*].
- 33 CRC Committee, *Concluding Observations: Zambia*, para. 51(d), U.N. Doc. CRC/C/15/Add.206 (2003).
- 34 CRC Committee, *Concluding Observations: Bhutan*, para. 59(d), U.N. Doc. CRC/C/BTN/CO/2 (2008); *Kazakhstan*, para. 54(d), U.N. Doc. CRC/C/KAZ/CO/3 (2007).
- 35 CRC Committee, *Gen. Comment No. 3*, *supra* note 32, para. 9.
- 36 See *ESCR Committee, General Comment No. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights (art. 2, para. 2, of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)*, para. 33, U.N. Doc. E/C.12/GC/20 (2009).
- 37 *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, adopted Dec. 16, 1966, art. 12(c)*, G.A. Res. 2200A (XXI), U.N. GAOR, Supp. No. 16, U.N. Doc. A/6316 (1966) (*entered into force Jan. 3, 1976*) [hereinafter *ICESCR*]; *ESCR Committee, Gen. Comment No. 14*, *supra* note 26, para. 16; see also *International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights 2006*, *supra* note 6, at 38.
- 38 CEDAW Committee, *General Recommendation No. 24: Article 12 of the Convention (women and health)*, (20th Sess., 1999), in *Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies*, para. 22, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II) (2008) [hereinafter *CEDAW Committee, Gen. Recommendation No. 24*].
- 39 *Id.* para. 22.
- 40 CRC Committee, *Concluding Observations: Benin*, para. 58(f), U.N. Doc. CRC/C/BEN/CO/2 (2006).
- 41 CRC Committee, *Concluding Observations: Lesotho*, para. 46, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.147 (2001); *Lithuania*, para. 40, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.146 (2001).

7. การติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ (ต่อ)

- ⁴² See, e.g., CEDAW Committee, *Concluding Observations: Republic of Moldova*, para. 31, U.N. Doc. CEDAW/C/MDA/CO/3 (2006); *Myanmar*, para. 96, U.N. Doc. A/55/38 (2000).
- ⁴³ See Human Rights Committee (HRC), *Concluding Observations: Lithuania*, para. 12, U.N. Doc. CCPR/CO/80/LTU (2004).
- ⁴⁴ See ESCR Committee, *Concluding Observations: People's Republic of China, Hong Kong and Macao*, para. 60, U.N. Doc. E/C.12/1/Add.107 (2005).
- ⁴⁵ CEDAW Committee, *Concluding Observations: Zambia*, para. 36(a), U.N. Doc. CEDAW/C/ZMB/CO/5-6 (2011); *Uganda*, para. 46, U.N. Doc. CEDAW/C/UGA/CO/7 (2010).
- ⁴⁶ See CEDAW Committee, *Concluding Observations: Antigua and Barbuda*, para. 261, U.N. Doc. A/52/38/Rev.1, Part II (1997).
- ⁴⁷ CEDAW Committee, *General Recommendation No. 15: Avoidance of discrimination against women in national strategies for the prevention and control of acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)*, (9th Sess., 1990), in *Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies*, Recommendation (b), U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II) (2008).
- ⁴⁸ Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, *Rep. of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of health*, Anand Grover, paras. 76(a), 76(c), U.N. Doc. A/HRC/14/20 (2010).
- ⁴⁹ Ley No. 238, 6 December 1996, *Ley de Promoción, protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el SIDA* [Law for the Promotion, Protection and Defense of Human Rights in the face of AIDS] (Nicar.).
- ⁵⁰ *Id.* art. 1.
- ⁵¹ *Id.* art. 26.
- ⁵² *Id.* arts. 22, 24, & 25.
- ⁵³ *Id.* arts. 32-33.
- ⁵⁴ An Act Promulgating Policies and Prescribing Measures for the Prevention and Control of HIV/AIDS in the Philippines, Instituting a Nationwide HIV/AIDS Information and Educational Program, Establishing a Comprehensive HIV/AIDS Monitoring System, Strengthening the Philippine National AIDS Council, and for Other Purposes, Rep. Act 8504 § 2(b) (Feb. 13, 1998) (Phil.).
- ⁵⁵ *Id.* § 2(b).
- ⁵⁶ *Id.* § 15.
- ⁵⁷ *Id.* § 16.
- ⁵⁸ *Id.* § 2(b).
- ⁵⁹ *Id.* § 2(d).
- ⁶⁰ Office of the President, National AIDS Control Commission, Republic of Rwanda, *National Strategic Plan on HIV&AIDS 2009-2012* (2012) [hereinafter *National Strategic Plan on HIV&AIDS*].
- ⁶¹ *Id.* at 3.
- ⁶² *Id.* at 54.
- ⁶³ *Id.* at 64.
- ⁶⁴ *Id.* at 62-63.
- ⁶⁵ *Id.* at 55-57.
- ⁶⁶ Constitutional Court of South Africa, Case CCT 8/02, para. 10-11 (Jul. 5, 2002) (South Africa).
- ⁶⁷ *Id.* para. 135.
- ⁶⁸ *Id.*

8. ความรุนแรงต่อสตรี

หนึ่งในสามของสตรีทั่วโลกกำลังประสบกับความรุนแรงทางเพศ ซึ่งเป็นความรุนแรงที่เกิดขึ้นโดยตรงต่อสตรีหรือเด็กหญิง อันก่อให้เกิดหรือมีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดอันตรายหรือความทุกข์ทรมานทางร่างกาย เพศ จิตใจ หรือเศรษฐกิจ¹ โดยตัวอย่างของความรุนแรงต่อสตรี ได้แก่ ความรุนแรงภายในครอบครัว การข่มขืน การทารุณกรรมทางเพศกับเด็ก และการขลิบอวัยวะเพศหญิง และแม้ว่าความรุนแรงต่อสตรีจะมีรูปแบบที่แตกต่างกัน แต่รูปแบบทั้งหมดต่างสะท้อนให้เห็นถึงความไม่เสมอภาคระหว่างบุรุษและสตรีในสังคม ซึ่งปรากฏให้เห็นผ่านทัศนคติเชิงอำนาจของบิดาที่ทำให้บุรุษในฐานะเพศที่เหนือกว่าสามารถกระทำผิดต่อสตรีได้ทั้งทางร่างกาย วาจา และจิตใจ² ความรุนแรงต่อสตรีเป็นวงจรที่สนับสนุนและปลุกฝังความไม่เสมอภาคทางเพศ เนื่องจากสตรีมักรู้สึกลำบากใจที่จะพูดเกี่ยวกับความรุนแรงเนื่องจากมาตรฐานของสังคมหรือความกลัวต่อผลที่อาจตามมา ยิ่งไปกว่านั้น ผู้ลี้ภัยและสตรีในพื้นที่ที่มีความขัดแย้งมีความเสี่ยงสูงต่อความรุนแรง ซึ่งสำหรับบุคคลเหล่านี้และกลุ่มอื่นๆ นั้น อันตรายจากความรุนแรงดังกล่าวอาจเลวร้ายยิ่งขึ้นเมื่อไม่สามารถเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ครอบคลุมได้³

แม้ว่าความรุนแรงต่อสตรีบางรูปแบบ โดยเฉพาะความรุนแรงในครอบครัวนั้นจะเคยเป็นที่ยอมรับว่าเป็นเรื่อง “ส่วนตัว” หรือเรื่อง “ภายในครอบครัว” ที่เกิดขึ้นนอกเหนือขอบเขตอำนาจของระบบสาธารณะ แต่ในปัจจุบันได้ถูกมองว่าเป็นหนึ่งในปัญหาที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางสังคมในภาพรวม ซึ่งปรากฏให้เห็นในรูปแบบของความรุนแรงต่อสตรี ดังนั้น ในการแก้ปัญหาความรุนแรงต่อสตรี รัฐต้องดำเนินการนอกเหนือจากการใช้กฎหมายอาญาที่ไม่อนุญาตให้กระทำความรุนแรงต่อสตรี และยังคงขจัดการกระทำดังกล่าวที่สาเหตุอันเป็นรากฐานของความรุนแรงทางเพศด้วย

ความรุนแรงต่อสตรีในแผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนา

ประเทศต่างๆ ได้เห็นพ้องร่วมกันภายใต้แผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนา ในการดำเนินมาตรการใดๆ ที่จะขจัดความรุนแรงต่อสตรีในทุกรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นการออกกฎหมายเกี่ยวกับการทารุณกรรมและความรุนแรงทางเพศในส่วนที่ยังไม่มีกฎหมายคุ้มครอง สร้างความเข้มแข็งให้แก่กฎหมายที่มีอยู่ และบังคับใช้กฎหมายเหล่านั้น⁴ นอกจากนี้ ประเทศต่างๆ ยังเห็นพ้องที่จะดำเนินการแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายและการทารุณกรรมทางเพศต่อเด็กอย่างมีประสิทธิภาพ⁵ และยกระดับการให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลและครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากความรุนแรงทางเพศ⁶ ประชากรย้ายถิ่นและผู้พลัดถิ่นอาจมีความเสี่ยงสูงต่อความรุนแรงทางเพศ⁷ ดังนั้นจึงควรมีการกำหนดรูปแบบการบริการเพื่อตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะกลุ่มในด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ซึ่งรวมถึงความต้องการเพื่อตอบสนองปัญหาที่เกิดจากความรุนแรงทางเพศ⁸ แผนการศึกษาในระดับประเทศและระดับชุมชนควรรณรงค์ให้เกิดการพูดคุยอย่างกว้างขวางเกี่ยวกับการกระทำเพื่อคุ้มครองสตรี เยาวชน และเด็กๆ จากการทารุณกรรมและความรุนแรงทางเพศ⁹ ประเทศต่างๆ ได้เห็นพ้องที่จะสร้างสภาพแวดล้อมและดำเนินกระบวนการที่สนับสนุนให้เหยื่อแจ้งความ¹⁰ และดำเนินมาตรการเพื่อเยียวยาเหยื่อของความรุนแรง¹¹

มาตรฐานด้านสิทธิมนุษยชน

มาตรฐานด้านสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับความรุนแรงต่อสตรีได้รับการสนับสนุนมากขึ้นนับตั้งแต่การประชุม ICPD และหน่วยงานด้านสิทธิมนุษยชนได้กำหนดว่าความรุนแรงระหว่างคู่สามีภรรยา และความรุนแรงที่เกี่ยวข้องกับรสนิยมทางเพศหรืออัตลักษณ์ทางเพศ มีสาเหตุและผลลัพธ์เช่นเดียวกับความรุนแรงต่อสตรี โดยหน่วยงานด้านสิทธิมนุษยชนตระหนักว่าความรุนแรงต่อสตรีเป็นการเลือกปฏิบัติในรูปแบบหนึ่ง¹² ดังนั้นประเทศต่างๆ จึงควรบัญญัติกฎหมายและดำเนินมาตรการอื่นๆ ที่เพียงพอและรอบด้าน ซึ่งรวมถึงบทลงโทษในกรณีที่เหมาะสม เพื่อขจัดความรุนแรงต่อสตรี¹³ โดยรัฐควรที่จะสอบสวน ดำเนินคดี และลงโทษในกรณีของความรุนแรงทางเพศ¹⁴ และให้การฝึกอบรมแก่ ตำรวจ เจ้าพนักงานสอบสวน และคณะผู้พิพากษาในเรื่องความรุนแรงทางเพศ¹⁵ หน่วยงานควบคุมกำกับ การปฏิบัติตามสนธิสัญญาได้ให้คำแนะนำแก่ประเทศต่างๆ ว่า แผนการแก้ปัญหาความรุนแรงระหว่างเพศ นั้นควรรวมถึงกลุ่มที่ด้อยโอกาสและกลุ่มที่เปราะบาง เช่น ผู้พิการ เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการและความช่วยเหลือที่เหมาะสมได้¹⁶ นอกจากนี้ รัฐควรดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาความรุนแรงเกี่ยวกับรสนิยมทางเพศหรืออัตลักษณ์ทางเพศ ซึ่งรวมถึงการให้ความคุ้มครองและสอบสวนคำร้องเรียนเกี่ยวกับความรุนแรงทั้งหมด¹⁷

8. ความรุนแรงต่อสตรี (ต่อ)

หน่วยงานด้านสิทธิมนุษยชนได้เรียกร้องให้ประเทศต่างๆ ใช้นโยบายคุ้มครองเหยื่อจากการทารุณกรรม ไม่ว่าจะเป็นการบริการทางสังคม จิตใจ หรือสุขภาพสำหรับเหยื่อ¹⁸ การยุติการตั้งครรภ์ไม่ควรถือเป็นความผิดทางอาญาในกรณีที่ถูกข่มขืน และผู้ที่รอดชีวิตจากความรุนแรงทางเพศควรได้รับการคุ้มครองเพิ่มเติม¹⁹ โดยแผนงานที่มีเป้าหมายในการแก้ปัญหาความรุนแรงทางเพศควรรวมถึงการลบล้างทัศนคติทั่วไปว่าด้วยเรื่องเพศและสาเหตุอื่นๆ ของความรุนแรงระหว่างเพศ²⁰ โดยการแก้ปัญหาดังกล่าวควรจะรวมถึงการรณรงค์เพื่อสร้างความตระหนักต่อความรุนแรงอันเนื่องมาจากบทบาทระหว่างเพศ²¹ การให้การฝึกอบรมที่รอบด้านแก่ผู้ประกอบการวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รวมถึง ครู และผู้ให้บริการทางสุขภาพ และการให้การศึกษานในโรงเรียนเกี่ยวกับความรุนแรงอันเนื่องมาจากบทบาทระหว่างเพศ²²

ตัวอย่างประเทศ

อาร์เจนตินา

ในปี 2552 กฎหมายของอาร์เจนตินาว่าด้วยการคุ้มครองรอบด้านเพื่อป้องกัน ลงโทษ และขจัดความรุนแรงต่อสตรี (the Law on the Comprehensive Protection to Prevent, Punish and Eradicate Violence against Women)²³ ได้ให้นิยามความรุนแรงต่อสตรีว่า ครอบคลุมถึงการกระทำ ปฏิบัติ หรือการละเว้นการปฏิบัติซึ่งอยู่บนพื้นฐานของอำนาจที่ไม่เสมอภาคกันระหว่างบุรุษและสตรี และมีผลกระทบต่อชีวิต เสรีภาพ ศักดิ์ศรี ร่างกาย จิตใจ เพศ และเศรษฐกิจ หรือความมั่นคงปลอดภัยส่วนบุคคลของสตรี²⁴ กฎหมายดังกล่าวเล็งเห็นถึงความรุนแรงต่อสตรีในการเจริญพันธุ์ โดยให้คำนิยามว่าเป็นการแทรกแซงสิทธิของสตรีในการตัดสินใจอย่างเป็นอิสระและมีความรับผิดชอบ ต่อจำนวนบุตรและระยะห่างของการตั้งครรภ์และการให้กำเนิดบุตร²⁵ ตัวอย่างของกรณีดังกล่าวคือการที่เจ้าหน้าที่ให้บริการทางสุขภาพไม่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการคุมกำเนิดและการเข้าถึงการคุมกำเนิด²⁶ นอกจากนี้แล้ว กฎหมายดังกล่าวยังตระหนักถึงความรุนแรงในการคลอดบุตรว่า เกิดจากการที่ผู้ให้บริการทางสุขภาพใช้อำนาจควบคุมร่างกายและกระบวนการเจริญพันธุ์ของสตรี ปฏิบัติต่อสตรีโดยขาดมนุษยธรรม หรือละเมิดกระบวนการทางการแพทย์²⁷ ซึ่งรวมถึงการรักษาโดยไร้มนุษยธรรมหรือไม่ได้คุณภาพแก่ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลหลังการยุติการตั้งครรภ์ โดยไม่คำนึงว่าการยุติการตั้งครรภ์นั้นชอบด้วยกฎหมายหรือไม่²⁸

เคนยา

ในปี 2552 กระทรวงสาธารณสุขของเคนยาได้กำหนดแนวทางปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการจัดการทางการแพทย์ต่อผู้ถูกข่มขืนหรือถูกกระทำรุนแรงทางเพศ (the National Guidelines for the Medical Management of Rape/Sexual Violence)²⁹ ซึ่งตระหนักว่าแผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนาและเป้าหมายการพัฒนาที่ห้าของสหประชาชาติ ได้กำหนดหน้าที่ของรัฐในการดำเนินมาตรการเพื่อแก้ปัญหาความรุนแรงทางเพศ³⁰ แนวทางดังกล่าวเน้นให้เห็นความสำคัญของการจัดให้มีบริการคุมกำเนิดฉุกเฉินตลอดเวลาโดยไม่มีค่าใช้จ่ายเพื่อรองรับเหยื่อของการคุกคามทางเพศ และให้คำแนะนำว่าการคุมกำเนิดฉุกเฉินนั้นไม่ใช่การยุติการตั้งครรภ์และไม่เป็นอันตรายต่อการตั้งครรภ์ในระยะแรก³¹ อีกทั้ง ควรมีการให้บริการตรวจครรภ์แก่ผู้ที่รอดชีวิตจากการคุกคามทางเพศ และหากพบว่าตั้งครรภ์ ก็ควรได้รับข้อมูลว่าในกรณีเช่นนั้น สตรีสามารถยุติการตั้งครรภ์ได้โดยชอบภายใต้กฎหมายของรัฐ³² หากผู้รอดชีวิตจากการคุกคามทางเพศตัดสินใจที่จะยุติการตั้งครรภ์ ผู้ให้บริการก็ควรปฏิบัติด้วยความเห็นอกเห็นใจและส่งตัวไปยังผู้ให้บริการยุติการตั้งครรภ์ที่เหมาะสม³³ นอกจากนี้แนวทางดังกล่าวยังรวมถึงยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (Post-exposure prophylaxis: PEP) ภายหลังได้รับความเสี่ยง³⁴ และเน้นให้เห็นความสำคัญของการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเชื้อเอชไอวีทั้งก่อนและหลังการตรวจโรค³⁵ แนวทางฉบับดังกล่าวยังให้คำแนะนำเฉพาะด้านสำหรับการแก้ไขปัญหาในกรณีของความรุนแรงทางเพศต่อบุรุษอีกด้วย³⁶

8. ความรุนแรงต่อสตรี (ต่อ)

สเปน

ในปี 2547 สเปนได้บังคับใช้กฎหมายว่าด้วยมาตรการป้องกันความรุนแรงระหว่างเพศ เพื่อแก้ไขปัญหาความรุนแรงทางร่างกาย และจิตใจโดยดำเนินมาตรการแบบองค์รวม³⁷ กฎหมายฉบับดังกล่าวมีเป้าหมายที่จะเสริมสร้างความตระหนักของสาธารณชน เกี่ยวกับมาตรการในการป้องกัน เพื่อรับรองสิทธิของเหยื่อในการเข้าถึงบริการต่างๆ อย่างเร่งด่วน โปร่งใส และมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังเป็นการยกระดับการให้ข้อมูลและบริการฟื้นฟูแบบผสมผสานเพื่อรับรองสิทธิในด้านเศรษฐกิจของเหยื่อความรุนแรง ซึ่งรวมถึง การจ้างงาน และการเพิ่มการคุ้มครองโดยองค์กร³⁸ นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญกับหน้าที่ของระบบการศึกษา ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาความรุนแรงอันเนื่องมาจากบทบาทระหว่างเพศผ่านการดำเนินงานและบริการด้านการศึกษา³⁹ กฎหมาย ฉบับดังกล่าวยังเน้นถึงความจำเป็นในการฝึกอบรมให้ความรู้แก่ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้สามารถตรวจพบร่องรอย ของความรุนแรงทางเพศและให้การดูแลที่จำเป็นแก่เหยื่อ⁴⁰ นอกจากนี้แล้ว ยังบรรยายถึงสิทธิของเหยื่อความรุนแรงระหว่างเพศ ซึ่งรวมถึงสิทธิในการได้รับความช่วยเหลือทางสังคมและการจัดหาหนทางความโดยไม่มีค่าใช้จ่าย สิทธิในการทำงานและประกันสังคม และการคุ้มครองจากสถาบัน⁴¹

¹ Gender-based violence may be directed at other populations, such as transgender and gender nonconforming individuals, but we focus here on the reproductive health implications of gender-based violence directed at women and girls.

² *Gender Equality: Ending Widespread Violence against Women*, UNFPA, <http://www.unfpa.org/gender/violence.htm> (last visited May 12, 2013).

³ Human Rights Watch, *Rights out of Reach: Obstacles to Health, Justice, and Protection for Displaced Victims of Gender-Based Violence in Colombia* (2012).

⁴ *Programme of Action of the International Conference on Population and Development*, Cairo, Egypt, Sept. 5-13, 1994, para. 7.39, U.N. Doc. A/CONF.171/13/Rev.1 (1995).

⁵ *Id.* para. 6.9.

⁶ *Id.* para. 5.10.

⁷ *Id.* paras. 7.11 & 9.19.

⁸ *Id.* para. 7.11.

⁹ *Id.* para. 7.39.

¹⁰ *Id.*

¹¹ *Id.* para. 4.9.

¹² Committee on the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW Committee), *General Recommendation No. 19: Violence against women* (11th Sess., 1992), in *Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies*, para. 6, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II) (2008).

¹³ Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, adopted Dec. 18, 1979, art. 2(b), G.A. Res. 34/180, U.N. GAOR, 34th Sess., Supp. No. 46, at 193, U.N. Doc. A/34/46, U.N.T.S. 13 (entered into force Sept. 3, 1981) [hereinafter CEDAW]; International Covenant on Civil and Political Rights, adopted Dec. 16, 1966, art. 2 G.A. Res. 2200A (XXI), U.N. GAOR, 21st Sess., Supp. No. 16, U.N. Doc. A/6316 (1966), 999 U.N.T.S. 171 (entered into force Mar. 23, 1976) [hereinafter ICCPR]; International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, adopted Dec. 16, 1966, art. 2(2), G.A. Res. 2200A (XXI), U.N. GAOR, Supp. No. 16, U.N. Doc. A/6316 (1966) (entered into force Jan. 3, 1976) [hereinafter ICESCR]; Convention on the Rights of the Child, adopted Nov. 20, 1989, art. 2, G.A. Res. 44/25, annex, U.N. GAOR, 44th Sess., Supp. No. 49, U.N. Doc. A/44/49 (1989) (entered into force Sept. 2, 1990) [hereinafter CRC].

¹⁴ Human Rights Committee (HRC), *Concluding Observations: Jamaica*, para. 19, U.N. Doc. CCPR/C/JAM/CO/3 (2011); *Norway*, para. 9, U.N. Doc. CCPR/C/NOR/CO/6 (2011).

¹⁵ CEDAW Committee, *Concluding Observations: Peru*, para. 19, U.N. Doc. CEDAW/C/PER/CO/6 (2007); HRC, *Concluding Observations: Norway*, para. 9, U.N. Doc. CCPR/C/NOR/CO/6 (2011).

¹⁶ Committee on the Rights of Persons with Disabilities, *Concluding Observations: Spain*, para. 22, U.N. Doc. CRPD/C/ESP/CO/1 (2011).

8. ความรุนแรงต่อสตรี (ต่อ)

- ¹⁷ HRC, *Concluding Observations: Mexico*, para. 21, U.N. Doc. CCPR/C/MEX/CO/5 (2010); Committee on Economic, Social and Cultural Rights (ESCR Committee), *General Comment No. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights (art. 2, para. 2, of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)*, para. 32, U.N. Doc. E/C.12/GC/20 (2009) (recognizing gender identity as a prohibited grounds of discrimination and increased risk of human rights violations among transgender, transsexual or intersex persons); ESCR Committee, *General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health (Art. 12)*, (22nd Sess., 2000), in *Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies*, para. 18, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. I) (2008) (prohibiting discrimination in the provision of health care on the grounds of sexual orientation).
- ¹⁸ Committee against Torture (CAT Committee), *Concluding Observations: Syria*, para. 27(c), U.N. Doc. CAT/C/SYR/CO/1 (2010); HRC, *Concluding Observations: Jamaica*, para. 19, U.N. Doc. CCPR/C/JAM/CO/3 (2011); *Republic of San Marino*, para. 8, U.N. Doc. CCPR/C/SMR/CO/2 (2008).
- ¹⁹ Committee on the Rights of the Child (CRC Committee), *Concluding Observations: Costa Rica*, para. 64(e), U.N. Doc. CRC/C/CRI/CO/4 (2011).
- ²⁰ CEDAW Committee, *Concluding Observations: Peru*, para. 19, U.N. Doc. CEDAW/C/PER/CO/6 (2007).
- ²¹ *Id.*
- ²² HRC, *Concluding Observations: Guatemala*, para. 19, U.N. Doc. CCPR/C/GTM/CO/3 (2012); CEDAW Committee, *Concluding Observations: Peru*, para. 19, U.N. Doc. CEDAW/C/PER/CO/6 (2007); *Belgium*, para. 32, U.N. Doc. CEDAW/C/BEL/CO/6 (2008).
- ²³ Ley 26.485, Ley de Proteccion Integral Para Prevenir, Sancionar y Eradicar la Violencia Contra Las Mujeres en los Ambitos en Que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales [Law on the Comprehensive Protection to Prevent, Punish and Eradicate Violence Against Women], Apr. 1, 2009 (Arg.).
- ²⁴ *Id.* art. 4.
- ²⁵ *Id.* art. 6(d).
- ²⁶ *Id.*
- ²⁷ *Id.* art. 6(e).
- ²⁸ *Id.*
- ²⁹ Ministry of Public Health & Sanitation & Ministry of Medical Services, National Guidelines on Management of Sexual Violence in Kenya (2nd ed., 2009).
- ³⁰ *Id.* at xi.
- ³¹ *Id.* at 12.
- ³² *Id.* at 13.
- ³³ *Id.*
- ³⁴ *Id.* at 10-12.
- ³⁵ *Id.* at 22.
- ³⁶ *Id.* at 14-15.
- ³⁷ Organic Act 1/2004 of 28 December on Integrated Protection Measures against Gender Violence, art. 1 (B.O.E. 2004, 313) (Spain).
- ³⁸ *Id.* art 2.
- ³⁹ *Id.* art. 4-9.
- ⁴⁰ *Id.* art. 15.
- ⁴¹ *Id.* tit. II, III.

9. วิธีปฏิบัติทางวัฒนธรรมที่เป็นอันตราย: การขลิบอวัยวะเพศสตรี และการสมรสในเด็ก

วิธีปฏิบัติทางวัฒนธรรมที่เป็นอันตรายนั้นรวมถึงการขลิบอวัยวะเพศสตรี (Female genital mutilation – FGM) การสมรสในเด็ก และวิธีปฏิบัติอื่นๆ ที่เป็นอันตรายซึ่งเกิดจากการเลือกปฏิบัติต่อสตรี¹ โดยมีการให้คำนิยามของ FGM ว่าเป็น “กระบวนการใดๆ ซึ่งเกี่ยวกับการตัดอวัยวะเพศหญิงบางส่วนหรือทั้งหมดออก หรือการทำให้อวัยวะเพศหญิงบาดเจ็บโดยปราศจากเหตุผลทางการแพทย์”² ทั้งนี้ พบว่ามีการกระทำดังกล่าวโดยบีบบังคับต่อสตรีและเด็กหญิงประมาณ 100-140 ล้านคน³ และมีการบันทึกใน 29 ประเทศในทวีปแอฟริกา เอเชีย ตะวันออกกลาง⁴ และละตินอเมริกา⁵ ปัจจุบัน กว่า 36 ประเทศทั่วโลกบังคับใช้กฎหมายห้ามการขลิบอวัยวะเพศสตรี⁶ โดยให้เหตุผลว่าการกระทำดังกล่าวไม่ได้รับการยอมรับในหลายๆ ประเทศ และเป็นการกระทำที่ละเมิดและเป็นอันตรายต่อสิทธิของสตรีและเด็กหญิง ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นความเจ็บปวดรุนแรง การตกเลือด การติดเชื้อแบคทีเรีย และปัญหาต่างๆ ในการคลอดบุตร⁷

เช่นเดียวกับกับปัญหาการขลิบอวัยวะเพศสตรี นานาประเทศได้เพิ่มมาตรการแก้ไขปัญหาลักษณะการสมรสในเด็ก ซึ่งในปัจจุบันไม่ต่ำกว่า 158 ประเทศกำหนดอายุขั้นต่ำของการสมรสโดยไม่ต้องขอความยินยอมจากบิดามารดาที่อายุ 18 ปี⁸ อย่างไรก็ตาม การสมรสในเด็กยังคงมีอยู่ โดยมี 41 ประเทศที่มีอัตราการสมรสในเด็กอยู่ที่ร้อยละ 30 หรือสูงกว่า⁹ และมี 52 ประเทศที่อนุญาตให้เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีสามารถสมรสได้โดยได้รับความยินยอมจากบิดามารดา¹⁰ การสมรสในเด็กนั้นเป็นธรรมเนียมปฏิบัติในเอเชียใต้ แอฟริกาตะวันตกและแอฟริกากลาง ซึ่งเด็กหญิงจำนวนสองในห้าคนมีการสมรสก่อนอายุครบ 18 ปี¹¹ และในจำนวนเกือบ 16 ล้านคนของเด็กหญิงอายุระหว่าง 15-19 ปีที่กำเริบบุตรในประเทศกำลังพัฒนาในแต่ละปีนั้น เก้าในสิบเป็นเด็กหญิงที่สมรสแล้ว¹² การลดการสมรสในเด็กจะช่วยป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นซึ่งนำไปสู่การตายของมารดา¹³ นอกจากนี้ การสมรสในเด็กยังสัมพันธ์กับความเครียดที่สูงขึ้นต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ไม่ว่าจะเป็นโรคเริมปากมดลูกซึ่งเกิดจากการติดเชื้อ human papillomavirus (HPV) และการติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงโรคอื่นๆ เช่น มาลาเรีย เนื่องจากการตั้งครรภ์ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายมีสมรรถภาพต่ำลง¹⁴ แม้ว่ามาตรฐานด้านสิทธิมนุษยชนจะมีการพัฒนาอย่างมากในประเด็นดังกล่าว แต่แนวโน้มในภาพรวมทั่วโลกยังคงหยุดนิ่งมาตลอด 10 ปีที่ผ่านมา¹⁵ ซึ่งหากแนวโน้มยังคงดำเนินต่อไปเช่นนี้ จะมีเด็กหญิง 142 คนที่เข้าสู่การสมรสในทศวรรษหน้า¹⁶

วิธีปฏิบัติทางวัฒนธรรมที่เป็นอันตรายในแผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนา

ภายใต้แผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนา ประเทศต่างๆ เห็นพ้องร่วมกันที่จะดำเนินมาตรการต่างๆ เพื่อขจัดวิธีปฏิบัติทางวัฒนธรรมที่เป็นอันตราย แผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนาตระหนักว่าการขลิบอวัยวะเพศสตรี “เป็นความรุนแรงต่อสิทธิขั้นพื้นฐานของสตรี และมีความเสี่ยงเป็นอย่างยิ่งต่อสุขภาพในระยะยาวตลอดชีวิตของสตรี”¹⁷ ดังนั้นจึงควรมีการห้ามการขลิบอวัยวะเพศสตรี¹⁸ และประเทศต่างๆ ควรรับรองและดำเนินมาตรการต่างๆ โดยเร่งด่วนเพื่อขจัดการขลิบอวัยวะเพศสตรี¹⁹ โดยในการดำเนินการดังกล่าวนี้ รัฐควรพยายามเข้าถึงชุมชนผ่านผู้นำหมู่บ้านและผู้นำทางศาสนา²⁰ ให้การศึกษาและคำปรึกษาเกี่ยวกับผลกระทบที่เป็นอันตรายจากการขลิบอวัยวะเพศสตรี²¹ และ “สนับสนุนความเคลื่อนไหวของหน่วยงานชุมชนที่ไม่ขึ้นกับรัฐ และสถาบันทางศาสนา เพื่อขจัดแนวทางปฏิบัติดังกล่าว”²² การจัดการขลิบอวัยวะเพศสตรีควรเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์²³ และรัฐควรให้การรักษา เยียวยา และคำปรึกษาแก่เด็กหญิงที่ได้รับผลกระทบจากวิธีปฏิบัติดังกล่าว²⁴

แผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนาตระหนักว่า “การสมรสในเด็กและการตั้งครรภ์ไม่พร้อมอาจบั่นทอนโอกาสในการศึกษาและการทำงานอย่างร้ายแรง และมีแนวโน้มที่จะส่งผลเสียระยะยาวต่อคุณภาพชีวิตของสตรีและบุตร”²⁵ เนื่องจากการสมรสในเด็กมีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ไม่พร้อม แผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนาจึงตระหนักถึงผลกระทบที่เป็นอันตรายของการตั้งครรภ์ในเด็ก ไม่ว่าจะเป็นความเสี่ยงสูงต่อการตายของมารดา และผลกระทบที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาสถานะทางการศึกษา เศรษฐกิจ และสังคมของสตรี²⁶ โดยประเทศต่างๆ ควรจะบังคับใช้กฎหมายเพื่อป้องกันการบีบบังคับให้แต่งงานอย่างเคร่งครัด และควรให้โอกาสทางการศึกษาและการทำงานเพื่อเป็นการสนับสนุนกฎหมายดังกล่าว²⁷

9. วิธีปฏิบัติทางวัฒนธรรมที่เป็นอันตราย: การขลิบอวัยวะเพศสตรีและการสมรสในเด็ก (ต่อ)

มาตรฐานด้านสิทธิมนุษยชน

ภายใต้กรอบของสิทธิมนุษยชนระหว่างประเทศ รัฐมีพันธกิจในการคุ้มครองวัยรุ่นจากวิธีปฏิบัติทางวัฒนธรรมที่เป็นอันตรายทั้งหมด ซึ่งรวมถึงการขลิบอวัยวะเพศสตรีและการสมรสในเด็ก²⁸ โดยหน่วยงานควบคุมกำกับการปฏิบัติตามสนธิสัญญาได้กำหนดให้วิธีปฏิบัติทางวัฒนธรรมที่เป็นอันตรายเป็นการละเมิดสิทธิในชีวิต²⁹ ความเสมอภาค³⁰ การได้รับการปฏิบัติโดยเสมอภาค³¹ และการไม่ถูกรังแกโดยทารุณ ไร้มุขยธรรม หรือทำให้เสื่อมเสีย³² สนธิสัญญาว่าด้วยสิทธิของเด็กกำหนดให้รัฐต้อง “ดำเนินมาตรการใดๆ เพื่อกำจัดวิธีปฏิบัติทางวัฒนธรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของเด็ก”³³ ซึ่งรวมถึงการบัญญัติและบังคับใช้กฎหมายเฉพาะด้านที่มีประสิทธิภาพในการห้ามไม่ให้มีการกระทำความผิดดังกล่าว³⁴ และชดเชยตามประเพณีที่สนับสนุนแนวทางดังกล่าว³⁵ นอกจากนี้แล้ว รัฐควรดำเนินมาตรการเพื่อแก้ไขปัจจัยดั้งเดิมทางวัฒนธรรมที่นำไปสู่การกระทำความผิดดังกล่าว³⁶ โดยควรจะให้ผู้นำศาสนาและผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในมาตรการนั้นๆ³⁷ ช่วยเหลือผู้ประกอบการวิชาชีพจากการขลิบอวัยวะเพศสตรีให้สามารถหารายได้จากแหล่งอื่น³⁸ และจัดให้มีการอบรมหน่วยงานบังคับใช้กฎหมายและคณะตุลาการ³⁹

หน่วยงานควบคุมกำกับการปฏิบัติตามสนธิสัญญาได้เห็นพ้องร่วมกันว่าอายุ 18 ปี เป็นอายุขั้นต่ำที่เหมาะสมในการสมรสสำหรับบุรุษและสตรี⁴⁰ ดังนั้น รัฐจึงควรออกกฎหมายเพื่อเพิ่มอายุขั้นต่ำของการสมรสเป็น 18 ปี โดยจำเป็นหรือไม่จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากบิดามารดา⁴¹ หน่วยงานควบคุมกำกับการปฏิบัติตามสนธิสัญญาตระหนักว่าการสมรสในเด็ก การสมรสก่อนวัยอันควร และการสมรสโดยบีบบังคับนั้นส่งผลกระทบร้ายแรงต่อสิทธิในสุขภาพ⁴² เนื่องจากแนวทางปฏิบัติเหล่านี้นำไปสู่การเพิ่มขึ้นของอัตราการตายของมารดา⁴³ อัตราการออกจากโรงเรียน⁴⁴ และความเสี่ยงต่อการทารุณกรรมทางเพศ⁴⁵

ตัวอย่างประเทศ

เบนิน

ในปี 2546 เบนินได้ออกกฎหมายห้ามการขลิบอวัยวะเพศสตรี (FGM) ทุกรูปแบบ⁴⁶ โดยกฎหมายได้ให้นิยาม FGM ว่าเป็น “การตัดอวัยวะเพศภายนอกของหญิงเป็นบางส่วนหรือทั้งหมด และ/หรือการผ่าตัดอื่นๆ ที่กระทำกับอวัยวะส่วนนี้”⁴⁷ ผู้ใดที่ถูกจับได้ว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับการขลิบอวัยวะเพศสตรีจะต้องรับโทษจำคุกตั้งแต่หกเดือนถึงสามปี⁴⁸ หากเด็กหญิงหรือสตรีเสียชีวิตจากกระบวนการดังกล่าว ผู้นั้นอาจต้องรับโทษจำคุกตั้งแต่ห้าถึงยี่สิบปี⁴⁹ สำหรับผู้ร่วมกระทำความผิดซึ่งรวมถึงบุคคลที่ร่วมลงมือในกระบวนการ ให้ความช่วยเหลือในการกระทำการ จัดหาอุปกรณ์ หรือยุยงให้กระทำการ จะต้องรับโทษเท่ากับผู้กระทำการ⁵⁰ และอาจมีการกำหนดโทษสูงสุดในกรณีที่กระทำความผิดซ้ำ⁵¹ นอกจากนี้แล้ว กฎหมายยังกำหนดหน้าที่ของบุคคลในการรายงานเกี่ยวกับการขลิบอวัยวะเพศสตรีให้เจ้าหน้าที่ตำรวจหรือพนักงานอัยการได้รับทราบ โดยหากบุคคลใดรู้ว่ามีกระทำความผิดแต่ไม่รายงานหรือกระทำการใดๆ เพื่อป้องกัน อาจต้องรับโทษปรับสูงสุด 100,000 ฟรังก์⁵² ท้ายที่สุด กฎหมายได้กำหนดให้สถานบริการทางสุขภาพให้การรักษาเยื่อจากการขลิบอวัยวะเพศสตรี และรายงานกรณีใดๆ เกี่ยวกับการกระทำความผิดให้เจ้าหน้าที่ตำรวจหรือพนักงานอัยการได้รับทราบ⁵³

เอธิโอเปีย

แม้ว่ากฎหมายของเอธิโอเปียจะไม่อนุญาตให้บุคคลสมรสได้ก่อนอายุ 18 ปี แต่เด็กหญิงร้อยละ 50 ใน Amhara ซึ่งเป็นเขตชนบทของเอธิโอเปีย แต่งงานตั้งแต่อายุ 15 ปี และเด็กหญิงร้อยละ 80 แต่งงานเมื่ออายุ 18 ปี⁵⁴ ในปี 2547 เอธิโอเปียเริ่มใช้มาตรการที่มีชื่อว่า Berhane Hewan เพื่อคุ้มครองเด็กหญิงที่มีความเสี่ยงต่อการสมรสในเด็กและช่วยเหลือเด็กหญิงวัยรุ่นที่สมรสแล้ว⁵⁵ มาตรการดังกล่าวมีเป้าหมายในการลดการสมรสก่อนวัยอันควรด้วยการแก้ไขปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่ส่งผลให้เกิดการสมรสก่อนวัยอันควร โดยให้ความช่วยเหลือเพื่อให้เด็กหญิงได้อยู่ในระบบการศึกษา และมอบเงินจูงใจแก่ครอบครัวที่ส่งเสริมให้บุตรสาวของตนที่ยังไม่แต่งงานได้ศึกษาอย่างต่อเนื่องในโรงเรียน⁵⁶ นอกจากนี้ยังจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนข้อมูล นำโดยที่ปรึกษาที่เป็นผู้หญิงที่บรรลุนิติภาวะแล้ว เพื่อให้เด็กหญิงได้เรียนรู้เกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ บริการวางแผนครอบครัว และทักษะในการดำรงชีวิต⁵⁷ ในปี 2549 ผลการประเมินมาตรการดังกล่าวพบว่า เด็กหญิงมีการพัฒนาอย่างมากในด้านการเข้ารับการศึกษาและระดับความสามารถในการอ่านและเขียน มีอัตราการจบการศึกษาสูงขึ้น และแต่งงานช้าลง⁵⁸

9. วิธีปฏิบัติทางวัฒนธรรมที่เป็นอันตราย: การขลิบอวัยวะเพศสตรีและการสมรสในเด็ก (ต่อ)

เซเนกัล

ในปี 2551 กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) และ องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) ได้มีการดำเนินงานร่วมกันในประเด็นเกี่ยวกับการขลิบอวัยวะเพศหญิงในประเทศเซเนกัล โดยเป็นโครงการให้การศึกษาแบบไม่เป็นทางการที่มีชื่อว่า โครงการส่งเสริมชุมชน (Community Empowerment Programme – CEP)⁵⁹ ซึ่งมีระยะเวลาดำเนินการสามปี โดยมุ่งเน้นการให้ความรู้และการพูดคุยเกี่ยวกับประเด็นต่างๆ เช่น ประชาธิปไตย สิทธิมนุษยชน สุขภาพ และการศึกษา เป็นต้น ในการศึกษาเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนและสุขภาพนั้น นักเรียนได้มีการตั้งคำถามถึงผลกระทบของการขลิบอวัยวะเพศสตรีต่อผู้หญิง เด็กหญิง และชุมชน⁶⁰ จนได้ข้อสรุปว่าไม่ควรมีการขลิบอวัยวะเพศสตรี และได้ประกาศให้สาธารณชนรับทราบถึงจุดยืนของตนในการยุติวิธีปฏิบัติดังกล่าว⁶¹ หมู่บ้านต่างๆ ที่เข้าร่วมโครงการดังกล่าวได้รายงานว่ามีจำนวนเด็กหญิงที่ได้รับผลกระทบจากการขลิบอวัยวะเพศสตรีลดลงอย่างเห็นได้ชัด โดยมีเพียงร้อยละ 30 ของสตรีที่รายงานว่ามีลูกสาวอย่างน้อยหนึ่งคนของพวกเขาได้รับผลกระทบจากการขลิบอวัยวะเพศสตรี เมื่อเทียบกับร้อยละ 69 ของสตรีในหมู่บ้านที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการดังกล่าว⁶²

ตุรกี

ในปี 2544 ตุรกีได้แก้ไขกฎหมายแพ่งให้ครอบคลุมในประเด็นความเสมอภาคในสิทธิของคู่สมรส โดยกฎหมายแพ่งได้กำหนดอายุขั้นต่ำของการสมรสไว้ที่ 18 ปี จากที่ก่อนหน้านี้คือ 17 ปีสำหรับบุรุษและ 15 ปีสำหรับสตรี⁶³ คู่สมรสมีสิทธิเสมอภาคภายใต้อำนาจของกฎหมาย และมีสิทธิเสมอภาคกันในเรื่องอยู่อาศัยและทรัพย์สินของครอบครัวที่ได้มาระหว่างการสมรส⁶⁴ หากสตรีคนใดถูกบังคับให้สมรส สตรีผู้นั้นสามารถยื่นขอให้ศาลสั่งให้การสมรสเป็นโมฆะได้ตามมูลเหล่านี้⁶⁵ โดยก่อนที่จะมีการแก้ไขนั้น กฎหมายแพ่งของตุรกีได้รับรองให้บุรุษมีอำนาจเหนือกว่า และสตรีเป็นผู้อยู่ใต้บังคับบัญชา⁶⁶ นอกจากนี้แล้วในปี 2544 ยังได้มีการแก้ไขรัฐธรรมนูญโดยระบุว่า “ครอบครัวคือรากฐานของสังคมตุรกี และตั้งอยู่บนความเสมอภาคกันของคู่สมรส”⁶⁷

1 United Nations, Good Practices in Legislation on “Harmful Practices” Against Women: Rep. of the expert group meeting 6-9 (2009).

2 OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA/UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO, Eliminating Female Genital Mutilation: An Interagency Statement 1 (2008).

3 *Sexual and Reproductive Health: Female Genital Mutilation and other Harmful Practices*, World Health Organization, <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/prevalence/en/index.html> (last visited May 9, 2013).

4 *Id.*

5 FGM has been documented among the Embera-Chami, an indigenous community in Colombia. See Andrés Bermúdez Liévano, *The Embera-Chami put a stop to female genital mutilation*, [sofeminine.co.uk](http://www.sofeminine.co.uk/key-debates/ending-female-genital-mutilation-colombia-d18489.html), <http://www.sofeminine.co.uk/key-debates/ending-female-genital-mutilation-colombia-d18489.html> (last visited May 9, 2013); *Colombian indigenous group vows to stop female genital mutilation*, International Federation of Gynecology and Obstetrics (Nov. 25, 2010), <http://www.figo.org/news/colombian-indigenous-group-vows-stop-female-genital-mutilation-003056>.

6 WHO, Female Genital Mutilation: Fact sheet No. 241 (2013).

7 *Id.*

8 UNFPA, *Marrying Too Young: End Child Marriage* 12 (2012).

9 *Id.* at 23.

10 *Id.* at 12.

11 *Id.* at 27.

12 *Id.* at 11.

13 *Id.*

14 Nawal M. Nour, *Health Consequences of Child Marriage in Africa*, 12 *Emerging Infectious Diseases* 1644 (2006).

15 UNFPA, *Marrying Too Young: End Child Marriage* 26 (2012).

16 *Id.* at 44 (“over the next decade” refers to 2011-2020).

9. วิธีปฏิบัติทางวัฒนธรรมที่เป็นอันตราย: การขลิบอวัยวะเพศสตรีและการสมรสในเด็ก (ต่อ)

- ¹⁷ *Programme of Action of the International Conference on Population and Development*, Cairo, Egypt, Sept. 5-13, 1994, para. 7.35, U.N. Doc. A/CONF.171/13/Rev.1 (1995).
- ¹⁸ *Id.* para. 4.22.
- ¹⁹ *Id.* paras. 5.5 & 7.40.
- ²⁰ *Id.* para. 7.40.
- ²¹ *Id.*
- ²² *Id.* para. 4.22.
- ²³ *Id.* para. 7.6.
- ²⁴ *Id.* para. 7.40.
- ²⁵ *Id.* para. 7.41.
- ²⁶ *Id.*
- ²⁷ *Id.* para. 4.21.
- ²⁸ Committee on the Rights of the Child (CRC Committee), *General Comment No. 4: Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child*, (33rd Sess., 2003), in *Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies*, paras. 24, 39(g), U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II) (2008) [hereinafter CRC Committee, *Gen. Comment No. 4*].
- ²⁹ See, e.g., Human Rights Committee (HRC), *Concluding Observations: Lesotho*, para. 12, U.N. Doc. CCPR/C/79/Add.106 (1999); *Senegal*, para. 12, U.N. Doc. CCPR/C/79/Add.82 (1997).
- ³⁰ Committee on Economic, Social and Cultural Rights (ESCR Committee), *General Comment No. 16: The equal right of men and women to the enjoyment of all economic, social and cultural rights (Art. 3)*, (34th Sess., 2005), in *Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies*, para. 29, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. I) (2008).
- ³¹ See, e.g., HRC, *Concluding Observations: Nigeria*, paras. 291, 296, U.N. Doc. A/51/40 (1996); Committee in the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW Committee), *Concluding Observations: Cameroon*, paras. 53-54, U.N. Doc. A/55/38 (2000); see also CRC Committee, *General Comment No. 7: Implementing child rights in early childhood* (40th Sess., 2006), in *Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies*, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II) (2008).
- ³² HRC, *General Comment 28: Equality of Rights Between Men and Women (Art. 3)* (68th Sess., 2000), in *Compilation of General Comments and General Recommendations by Human Rights Treaty Bodies*, at 168, para. 11, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.5 (2001); Committee against Torture (CAT Committee), *Concluding Observations: Australia*, para. 33, U.N. Doc. CAT/C/AUS/CO/3 (2008); *Yemen*, para. 31, U.N. Doc. CAT/C/YEM/CO/2 (2009).
- ³³ Convention on the Rights of the Child, adopted Nov. 20, 1989, art. 24(3), G.A. Res. 44/25, annex, U.N. GAOR, 44th Sess., Supp. No. 49, U.N. Doc. A/44/49 (1989) (entered into force Sept. 2, 1990).
- ³⁴ CEDAW Committee, *General Recommendation No. 24: Article 12 of the Convention (women and health)*, (20th Sess., 1999), in *Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies*, para. 15(d), U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II) (2008); see, e.g., CRC Committee, *Concluding Observations: Mali*, para. 53, U.N. Doc. CRC/C/MLI/CO/2 (2007); CAT Committee, *Concluding Observations: Australia*, para. 33, U.N. Doc. CAT/C/AUS/CO/3 (2008); *Cameroon*, paras. 7(b), 11(c), U.N. Doc. CAT/C/CR/31/6 (2004); see also ESCR Committee, *General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health (Art. 12)*, (22nd Sess., 2000), in *Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies*, para. 22, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. I) (2008).
- ³⁵ CRC Committee, *Concluding Observations: Nigeria*, paras. 54-55, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.257 (2005); *Timor-Leste*, paras. 62-63, U.N. Doc. CRC/C/TLS/CO/1 (2008).
- ³⁶ See, e.g., CEDAW Committee, *Concluding Observations: Ethiopia*, para. 252, U.N. Doc. A/59/38 (2004); *Hungary*, para. 334, U.N. Doc. A/57/38 (2002); *Peru*, para. 489, U.N. Doc. A/57/38 (2002).
- ³⁷ CRC Committee, *Concluding Observations: Togo*, paras. 57(b), 57(c), U.N. Doc. CRC/C/15/Add.255 (2005); *Uganda*, para. 56, U.N. Doc. CRC/C/UGA/CO/2 (2005).
- ³⁸ CRC Committee, *Concluding Observations: Senegal*, para. 51(b), U.N. Doc. CRC/C/SEN/CO/2 (2006).
- ³⁹ See ESCR Committee, *Concluding Observations: Benin*, para. 47, U.N. Doc. E/C/12/BEN/CO/2 (2008); CEDAW Committee, *Concluding Observations: Nepal*, para. 209, U.N. Doc. A/59/38 (2004).
- ⁴⁰ CEDAW Committee, *General Recommendation No. 21: Equality in marriage and family relations*, (13th Sess., 1994), in *Compilation of General Comments and General Recommendations Adopted by Human Rights Treaty Bodies*, para. 36, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II) (2008) [hereinafter CEDAW Committee, *Gen. Recommendation No. 21*]; CRC Committee, *Gen. Comment No. 4*, *supra* note 28, para. 20.

9. วิธีปฏิบัติทางวัฒนธรรมที่เป็นอันตราย: การขลิบอวัยวะเพศสตรีและการสมรสในเด็ก (ต่อ)

⁴¹ CRC Committee, *Gen. Comment No. 4*, *supra* note 28, para. 20.

⁴² CEDAW Committee, *Gen. Recommendation No. 21*, *supra* note 40, para. 36.

⁴³ CRC Committee, *Concluding Observations: Afghanistan*, paras. 53-54, U.N. Doc. CRC/C/AFG/CO/1 (2011).

⁴⁴ See, e.g., CRC Committee, *Concluding Observations: Colombia*, para. 76(f), U.N. Doc. CRC/C/COL/CO/3 (2006); *Kyrgyzstan*, para. 53, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.244 (2004).

⁴⁵ See CRC Committee, *Concluding Observations: Mozambique*, paras. 38-39, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.172 (2002).

⁴⁶ Law No. 2003-03, arts. 1-2 (2003) (Benin).

⁴⁷ *Id.* art. 3.

⁴⁸ *Id.* art. 4.

⁴⁹ *Id.* art. 6.

⁵⁰ *Id.* art. 7.

⁵¹ *Id.* art. 8.

⁵² *Id.* art. 9. 100,000 West African CFA Francs is equal to roughly 200 U.S. Dollars.

⁵³ *Id.* art. 11.

⁵⁴ Eunice Muthengi & Annabel Erulkar, Population Council, *Delaying early marriage among disadvantaged rural girls in Amhara, Ethiopia, through social support, education, and community awareness 1* (2011).

⁵⁵ *Id.*

⁵⁶ *Id.*

⁵⁷ *Id.*

⁵⁸ *Id.*

⁵⁹ UNFPA, *Case Studies of Human Rights Mainstreaming Initiatives – Senegal*, Draft, 1-2 (on file with the Center for Reproductive Rights).

⁶⁰ *Id.* at 2.

⁶¹ *Id.*

⁶² *Id.* at 3.

⁶³ *Turkish Civil Code*, Women for Women's Human Rights (WWHR), <http://www.wwhr.org/category/turkish-civil-code> (last visited May 8, 2013) [hereinafter *Turkish Civil Code*].

⁶⁴ *Id.*

⁶⁵ UNFPA, *Turkey: Child Marriage 2* (2012), <http://unfpa.org/webdav/site/eeca/shared/documents/publications/Turkey%20English.pdf>.

⁶⁶ *Turkish Civil Code*, *supra* note 63.

⁶⁷ *Id.*

10. ความก้าวหน้าด้านสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ 20 ปีภายหลังการประชุม ICPD (ICPD+20)

ยกระดับสิทธิมนุษยชนให้เป็นกฎหมายและนโยบายระดับชาติ

ในช่วงเวลาเกือบ 20 ปีนับตั้งแต่มีการประชุม ICPD ระบบสิทธิมนุษยชนระดับนานาชาติได้มีความก้าวหน้าอย่างมากในการบูรณาการสิทธิและหน้าที่ซึ่งมีการระบุอย่างชัดเจนในแผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนา ซึ่งความก้าวหน้านี้ชี้ให้เห็นถึงความรับผิดชอบในการรับรองสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ ปัจจุบัน การตีความมาตรฐานและบรรทัดฐานสิทธิมนุษยชนระดับนานาชาติยังมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น รัฐจึงจำเป็นต้องใช้มาตรการเพื่อให้กฎหมายและนโยบายของตนอยู่ในระดับเดียวกับมาตรฐานที่ก้าวหน้าอย่างไม่หยุดนิ่ง รัฐจะต้องยืนยันว่ากฎหมายและนโยบายของตนปกป้องเสาหลักของสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ ซึ่งรวมถึงความเป็นอิสระ การไม่เลือกปฏิบัติ และความเสมอภาค

○ รัฐจะต้องรับรองสิทธิของความเป็นอิสระและการปราศจากการเลือกปฏิบัติโดยใช้มาตรการ เช่น

- ดำเนินนโยบายและกฎหมายเพื่อห้ามไม่ให้มีการให้บริการโดยเลือกปฏิบัติ และทบทวนกฎหมายต่างๆ เพื่อสร้างความมั่นใจว่าไม่มีการเลือกปฏิบัติทั้งในเชิงกฎหมายและในเชิงปฏิบัติ เช่น การขาดงบประมาณหรือการงดการจัดสรรงบประมาณให้กับบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์อาจดูมีความเป็นกลางต่อบทบาททางเพศ แต่การกระทำดังกล่าวมีแนวโน้มที่จะส่งผลกระทบต่อสตรี เนื่องจากโดยทั่วไปแล้ว สตรีมีความต้องการในด้านอนามัยการเจริญพันธุ์มากกว่าบุรุษ
- พัฒนากฎหมายที่ตอบสนองต่อสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศของบุคคล และพิจารณาความต้องการเฉพาะด้านของกลุ่มคนชายขอบ
- ส่งเสริมให้สตรีสามารถเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ทั้งในทางกฎหมายและในทางปฏิบัติ รวมถึงบริการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย โดยอย่างน้อยที่สุด ให้สามารถยุติการตั้งครรภ์ได้หากการตั้งครรภ์นั้นเป็นอันตรายต่อชีวิตหรือสุขภาพของสตรี กรณีการถูกข่มขืน การมีเพศสัมพันธ์ในเครือญาติ หรือความไม่สมบูรณ์ของทารกในครรภ์ซึ่งทำให้ไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ ดังที่ได้ให้คำนิยามไว้ในหลักกฎหมายของหน่วยงานควบคุมกำกับสนธิสัญญาสหประชาชาติ
- ทบทวนกฎหมายระดับประเทศและข้อกำหนดในการบริหารจัดการให้เป็นไปตามมาตรฐานสิทธิมนุษยชน เช่น กฎหมายที่ครอบคลุมด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ รวมถึงกฎหมายที่มีการเลือกปฏิบัติ และกฎหมายที่กำหนดบทลงโทษการใช้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศใดๆ ที่เป็นที่ต้องการเฉพาะสตรี
- ขจัดอุปสรรคที่ขัดขวางการเข้าถึงการคุมกำเนิด รวมถึงกฎหมายที่ลงโทษการคุมกำเนิดฉุกเฉิน หรือนโยบายที่ห้ามการคุมกำเนิดฉุกเฉิน
- ยกเลิกกฎหมายที่ลงโทษการกระทำทางเพศที่ยินยอมพร้อมใจระหว่างผู้ใหญ่ เช่น พฤติกรรมรักร่วมเพศ การมีเพศสัมพันธ์นอกสมรส และการมีเพศสัมพันธ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

○ รัฐจะต้องจัดบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่บีบบังคับโดย

- ปฏิรูปกฎหมายเพื่อก่อให้เกิดนโยบายและแนวทางปฏิบัติในด้านการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ที่คำนึงถึงสิทธิในการตัดสินใจ
- ทำให้กฎหมายและนโยบายรับรองสิทธิของบุคคลในการให้ความยินยอมโดยได้รับข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับกลุ่มบุคคลที่มีความเปราะบางและกลุ่มคนชายขอบ ด้วยการคุ้มครองป้องกันเป็นพิเศษ เช่น มาตรการในการป้องกันการทำหมันโดยไม่สมัครใจและการบังคับให้ยุติการตั้งครรภ์ ส่วนการให้ความยินยอมที่ถือว่าเป็นการให้ความยินยอมโดยได้รับข้อมูลนั้น จะต้องเป็นความยินยอมที่ให้โดยอิสระและสมัครใจ โดยได้รับข้อมูลที่พิสูจน์ได้และถูกต้องเกี่ยวกับความเสี่ยง ประโยชน์และทางเลือกอื่นๆ ของกระบวนการหรือการรักษาในลักษณะที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ และจะต้องไม่ขอคำยินยอมในระหว่างที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกถูกบีบบังคับข่มขู่ หรือมีอาการอ่อนเพลีย

10. ความก้าวหน้าด้านสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ 20 ปีภายหลังการประชุม ICPD (ICPD+20) (ต่อ)

- จัดตั้งกลไกรายงานการปฏิบัติที่เป็นการบีบบังคับ โดยให้ผู้ให้บริการทางสุขภาพรับผิดชอบต่อการละเมิดดังกล่าว และช่วยให้เหยื่อของการบีบบังคับได้รับการเยียวยาและการชดเชย
- **รัฐจะต้องจัดให้มีข้อมูลและบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศที่สามารถเข้าถึงได้ เป็นที่ยอมรับ และมีประสิทธิภาพ โดย**
 - รับรองให้การดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์ที่รอบด้าน มีราคาที่เหมาะสม สามารถเข้าถึงได้ในเชิงภูมิศาสตร์ และมีการจัดการโดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ การตีตรา และการทารุณกรรม
 - จัดให้มีการกำกับดูแลและระเบียบข้อบังคับ เพื่อรับรองคุณภาพของการบริการ
 - ขจัดข้อห้ามทางกฎหมายต่างๆ ที่เป็นอุปสรรคหรือทำให้สตรีเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ ล่าช้า เช่น การขอความยินยอมจากบุคคลภายนอก การให้คำปรึกษาอย่างมีอคติ การอัลตราซาวด์ภาคบังคับ และการบังคับให้เว้นระยะเวลาเพื่อรอคอย
 - รับรองสิทธิของวัยรุ่นในการรับทราบข้อมูลที่ครบถ้วนและถูกต้องเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ รวมถึงการให้การการศึกษาเรื่องเพศศึกษาอย่างเป็นทางการ
 - ตรวจสอบและออกกฎระเบียบควบคุมการปฏิบัติเพื่อให้บริการโดยอ้อมโนธรรม เพื่อไม่ให้เป็นการขัดขวางสตรีต่อการเข้าถึงการดูแลอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างรอบด้าน
 - พัฒนาและใช้รูปแบบของการให้บริการทางสุขภาพในบริบทหลากหลายวัฒนธรรม ซึ่งสามารถปรับใช้ได้กับวัฒนธรรมต่างๆ ทั่วโลกและเหมาะสมกับความจำเป็นของสตรีพื้นเมือง รวมถึงชนกลุ่มน้อยทางชาติพันธุ์ ภาษา และวัฒนธรรม
 - ช่วยให้ผู้รอดชีวิตหรือเหยื่อจากความรุนแรงทางเพศสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ทันที เช่น การดูแลทางด้านจิตสังคม และสุขภาพจิต การรักษาอาการบาดเจ็บ และการดูแลหลังเหตุข่มขืน รวมถึงการคุมกำเนิดฉุกเฉินและบริการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย
 - บูรณาการมาตรการตอบสนองต่อความรุนแรงทางเพศอย่างเป็นระบบ ในการดำเนินงานและบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ
 - ตอบสนองต่อความต้องการข้อมูลและการศึกษาเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่น ด้วยความเคารพอย่างสูงสุดต่อความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับ โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ และการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษา อนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ สิทธิมนุษยชน และความเสมอภาคทางเพศ อย่างรอบด้านและถูกต้อง เพื่อให้วัยรุ่นสามารถจัดการเรื่องเพศของตนได้ถูกต้องและมีความรับผิดชอบ

การดำเนินนโยบายและกฎหมายและการกำกับควบคุม

ในขณะที่หลายประเทศได้ประกาศใช้กฎหมายที่มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้บุคคลเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ และกฎหมายลงโทษการกระทำรุนแรงทางเพศและการกระทำอันตรายอื่นๆ แต่ก็ยังมีปัญหาด้านการนำกฎหมายไปใช้ ซึ่งมักส่งผลให้ไม่สามารถเต็มเต็มสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศของบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ การใช้กลไกตรวจสอบในระหว่างการร่างและการดำเนินนโยบายและกฎหมายจะช่วยให้รัฐสามารถกำกับควบคุมการดำเนินงานได้ดียิ่งขึ้น

○ หากต้องการยกระดับความรับผิดชอบและสร้างความมั่นใจว่ามีการปฏิบัติตามอย่างเต็มที่ รัฐควรจะ

- ระบุผู้ถือสิทธิ (rights holder) และผู้มีหน้าที่ (duty bearer) อย่างชัดเจนลงในกฎหมายและนโยบาย และกำหนดความรับผิดชอบของแต่ละฝ่ายที่มีหน้าที่ในการดำเนินนโยบายและกฎหมาย เช่น กระทรวงต่างๆ และผู้ให้บริการทางสุขภาพ และบูรณาการลงโทษในกรณีที่ไม่ให้ความร่วมมือ พร้อมทั้งให้ความเคารพต่อสิทธิของผู้ให้บริการทางสุขภาพ

10. ความก้าวหน้าด้านสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ 20 ปีภายหลังการประชุม ICPD (ICPD+20) (ต่อ)

- ตรวจสอบว่ามีการจัดสรรงบประมาณอย่างพอเพียง และมากที่สุดจากงบประมาณต่างๆ ที่มีอยู่ เพื่อสนับสนุนการดำเนินนโยบายและกฎหมายที่มุ่งส่งเสริมความก้าวหน้าในด้านสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศได้อย่างเต็มที่
- ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนา การดำเนินงาน และการควบคุมติดตามการใช้กฎหมาย รวมถึงหน่วยงานของรัฐบาลและกระทรวงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก เช่น ภาคประชาสังคม และกลุ่มประชากรเปราะบางที่ได้รับผลกระทบ
- สร้างความโปร่งใสและการเข้าถึงข้อมูลให้แก่ภาคประชาสังคมและผู้ให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ โดยการรณรงค์เพื่อเพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ และการใช้กลไกเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมและผู้ให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศในการกำกับติดตามและประเมินนโยบาย
- ดำเนินยุทธศาสตร์อย่างรอบด้านเพื่อทำให้กฎหมายอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยจำเป็นต้องมีการดำเนินยุทธศาสตร์ระดับชาติเพื่อรับรองสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศบนหลักการของสิทธิมนุษยชนที่ใช้ในการกำหนดวัตถุประสงค์ของยุทธศาสตร์นั้น รวมถึงการพัฒนานโยบาย ตัวชี้วัดและเป้าหมายที่มีความสอดคล้อง นอกจากนี้ ยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพระดับชาติควรมีการระบุทรัพยากรในการที่จะบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด รวมถึงวิธีการใช้ทรัพยากรดังกล่าวอย่างคุ้มค่าที่สุด
- จัดทำและเผยแพร่แนวทางปฏิบัติ และจัดการอบรมเกี่ยวกับกฎหมายและนโยบายเพื่อให้ผู้ที่มีหน้าที่ เช่น กระทรวงต่างๆ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ รับทราบถึงหน้าที่ของตนในการให้บริการที่ถูกต้องตามกฎหมาย

○ เพื่อให้การดำเนินการทางกฎหมายและนโยบายบรรลุวัตถุประสงค์ที่ต้องการ รัฐควรติดตามและประเมินผลของกฎหมายและนโยบายอย่างต่อเนื่องโดย

- รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าถึงและการใช้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ โดยรัฐควรใช้ข้อมูลนี้เพื่อสร้างความมั่นใจว่ากฎหมายและนโยบายจะไม่มีผลกระทบในเชิงเลือกปฏิบัติ และสามารถตอบสนองความต้องการระดับชาติ และความต้องการบริการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนองของประชากรทุกภาคส่วนอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มคนชายขอบ
- ใช้กลไกที่เข้มงวดเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเข้าถึงประชากรกลุ่มเป้าหมาย และใช้มาตรการที่มีเป้าหมายเฉพาะเพื่อปรับปรุงโครงการให้ตอบสนองต่อปัญหาที่พบในการดำเนินงาน
- ใช้มาตรการทางกฎหมายและมาตรการอื่นๆ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอุปสรรคทางข้อบังคับ ทางกฎหมาย และทางสังคม เช่น การปฏิเสธโดยอ้อมในธรรม การบังคับให้เว้นระยะเวลาเพื่อรอคอย และการขอความยินยอมจากบุคคลภายนอก ซึ่งเป็นารขัดขวางการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างรอบด้าน

การรับรองการเข้าถึงการเฝ้าระวังในกรณีที่มีการละเมิดสิทธิมนุษยชน

เพื่อให้เป็นไปตามพันธกิจทางกฎหมายระดับชาติและระดับนานาชาติ รัฐจะต้องช่วยให้บุคคลที่ได้รับอันตรายจากการละเมิดสิทธิมนุษยชนเข้าถึงการเฝ้าระวังที่เหมาะสมและเพียงพอ และดำเนินมาตรการในการป้องกันไม่ให้เกิดการละเมิดสิทธิมนุษยชนซ้ำ ดังนั้น รัฐจึงควรที่จะ

- พัฒนากลไกที่มีประสิทธิภาพและฉับไวเพื่อให้สามารถรายงานและเรียกร้องการชดเชยจากการถูกละเมิดสิทธิมนุษยชนในดำนอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศซึ่งเป็นประเด็นที่มีความละเอียดอ่อน และทำให้กลไกนั้นเป็นที่รู้จักและสามารถเข้าถึงได้
- ดำเนินการต่อข้อกล่าวหาด้านการละเมิดสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ ด้วยการสอบสวนที่เป็นธรรมและไม่เอนเอียง

10. ความก้าวหน้าด้านสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ 20 ปีภายหลังการประชุม ICPD (ICPD+20) (ต่อ)

- สนับสนุนการทำงานขององค์กรด้านสิทธิมนุษยชนแห่งชาติและผู้รับเรื่องร้องเรียน ให้มีการสอบถามประเด็นสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศได้อย่างเป็นอิสระ มีการตรวจสอบข้อเรียกร้องของบุคคล มีการให้คำแนะนำได้โดยตรงต่อรัฐบาลในประเด็นที่มีการกล่าวว่ามีผลกระทบสิทธิมนุษยชน มีการรณรงค์ให้เกิดความตระหนักของสาธารณชน และมีการทบทวนกฎหมายระดับชาติ และข้อกำหนดในการบริหารจัดการที่เกี่ยวข้องกับสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ รวมถึงกฎหมายที่เลือกปฏิบัติหรือกำหนดบทลงโทษต่อการเข้าถึงบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ
- สร้างความโปร่งใส ความเข้าถึงได้ และความมีประสิทธิภาพ ของหน่วยงานศาล หน่วยงานสิทธิมนุษยชนแห่งชาติและการดำเนินการของผู้รับเรื่องร้องเรียน
- ปฏิบัติตามคำแนะนำจากหน่วยงานควบคุมกำกับ การปฏิบัติตามสนธิสัญญาแห่งสหประชาชาติและองค์กรด้านสิทธิมนุษยชนระดับนานาชาติและระดับภูมิภาคอื่นๆ ในการตอบสนองต่อปัญหาและการแก้ไขการละเมิดสิทธิมนุษยชน
- ให้การชดเชยที่เหมาะสมแก่เหยื่อที่ถูกละเมิดสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ ลงโทษผู้กระทำผิดด้วยคำตัดสินในทางแพ่ง อาญา หรือทางปกครองอย่างเหมาะสม และดำเนินมาตรการต่างๆ เพื่อป้องกันความรุนแรงในอนาคต รวมถึงใช้กลไกต่างๆ เพื่อเฝ้าระวังความรุนแรงดังกล่าว
- ให้การฟื้นฟูที่เหมาะสมและเพียงพอแก่บุคคลที่ถูกตัดสินว่ากระทำความผิดตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ เพื่อฟื้นฟูเสรีภาพและศักดิ์ศรีของบุคคลเหล่านั้น
- ฝึกอบรมผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ผู้พิพากษา อัยการ ตำรวจ และผู้รับเรื่องร้องเรียน ให้สามารถป้องกัน จำแนก และตอบสนองต่อปัญหาการละเมิดสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ
- ปรับปรุงกฎหมายที่ทำให้ผู้กระทำความรุนแรงต่อสตรีและเด็กหญิงพันผิด เช่น ข้อกำหนดต่างๆ ที่เปิดช่องให้ผู้กระทำผิดหลีกเลี่ยงการลงโทษได้ในกรณีที่ถูกกระทำผิดแต่งงานกับเหยื่อ หรือเป็นคู่สมรสหรือสามีของเหยื่อ และไม่อนุญาตให้มีการนิรโทษกรรมการกระทำความรุนแรงทางเพศ