

# บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

## Unsafe Abortion : A Major Cause of Maternal Mortality in Thailand

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์กำแหง จาตุรจินดา

ประธานมูลนิธิเพื่อสุขภาพและสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ของสตรี (แห่งประเทศไทย)

นงลักษณ์ บุญไทย

ผู้จัดการ โครงการป้องกันการแท้งไม่ปลอดภัย (สสส)

### Problem and Situations ;

การแท้งที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe Abortion) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย เป็นปัญหาที่ซับซ้อนละเอียดอ่อนมีความเชื่อมโยงกับปัญหาทางสังคม เศรษฐกิจ ศีลธรรม จริยธรรม ความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรม ระบบสาธารณสุข การแพทย์ การเมือง กฎหมายและอื่นๆ และเป็นสาเหตุสำคัญของการป่วยและตายของมารดา องค์การอนามัยโลกประมาณไว้ว่าทั่วโลกมีสตรีประสบกับปัญหาทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยปีละประมาณ 20 ล้านคน และเสียชีวิตจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยปีละ 7-8 หมื่นคน ในจำนวนนี้ร้อยละ 95 เกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนารวมทั้งประเทศไทย

สตรีไทยในวัยเจริญพันธุ์ (15-49 ปี) เป็นประชากรกลุ่มใหญ่มีจำนวนถึง 16 ล้านคน หรือ 1 ใน 4 ของประชากรทั้งประเทศ ข้อมูลกรมอนามัยปี 2542 พบว่ามีผู้หญิงหลังทำแท้งมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงถึงร้อยละ 40 ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้แก่ คิดเชื่อ ในกระแสเลือด อู้งเชิงกรานอักเสบ ตกเลือดมากจนต้องให้เลือด และ มดลูกทะลุ (ร้อยละ 12.4, 12.0, 11.8 และ 7.4 ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบว่ามีหญิงที่เสียชีวิตจากการทำแท้งถึง 14 คน โดยอัตราตายของผู้หญิงจากการทำแท้งสูงถึง 300 ต่อ 100,000 ผู้หญิงที่ทำแท้ง ซึ่งสูงเท่าเทียมกับประเทศด้อยพัฒนาบางประเทศ ข้อมูลล่าสุดปี 2551 ยังพบแม่ตายจากทำแท้ง โดยที่จังหวัดเพชรบูรณ์พบแม่วัยรุ่นตายจากการทำแท้งถึง 3 คน เนื่องจากผู้หญิงเหล่านี้ไม่ได้รับการบริการที่ถูกต้องปลอดภัยตั้งแต่ต้น ซึ่งเป็นการสูญเสียที่ไม่น่าจะเกิดขึ้น เพราะสามารถป้องกันและรักษาได้ง่าย

ปัญหาการแท้งที่ไม่ปลอดภัยนอกจากจะเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญแล้วยังทำให้เกิดการสูญเสีย ด้านเศรษฐกิจของประเทศเป็นจำนวนมาก โดยพบว่านอกจากผู้ทำแท้งต้องจ่ายค่าทำแท้งเฉลี่ย 2,684 บาทต่อครั้ง (สูงสุด 20,500 บาทต่อครั้ง) แล้วยังต้องจ่ายค่ารักษาภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจากการแท้งที่มีค่าเฉลี่ยสูงถึง 21,024 บาทต่อคน แต่ละปีรัฐต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อนจากการแท้งที่ไม่ปลอดภัยเป็นเงินจำนวนมาก ซึ่งยังไม่นับรวมค่าบริการทำแท้ง ค่าความสูญเสียอวัยวะสำคัญในรายที่ต้องถูกตัดมดลูก ค่าความสูญเสียรายได้อันเกิดจากการพักงานของผู้ป่วย ค่ารักษาภาวะแทรกซ้อนระยะยาวอื่นๆ เช่น ภาวะมีบุตรยาก และค่าความสูญเสียทางจิตใจของครอบครัวที่เสียชีวิต เป็นต้น

การแท้งที่ไม่ปลอดภัย จึงยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยในอันดับต้นๆ ที่ควรจะต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน แต่สังคมทั่วไปรวมทั้งแพทย์และพยาบาลบุคลากรสาธารณสุขและผู้บริหารส่วนใหญ่ ยังคงมีทัศนคติทางลบต่อผู้ที่มีปัญหาท้องไม่พร้อมหรือผู้ที่ทำแท้ง อีกทั้งสตินรีแพทย์ทั่วประเทศมีเพียงประมาณ 2,000 คน ซึ่งส่วนใหญ่กระจายอยู่ในเขตเมืองใหญ่ๆ ในขณะที่เทคโนโลยีปัจจุบันก้าวหน้าไปจากเดิมมากผู้หญิง

ที่ต้องการทำแท้งสามารถทำได้เองแท้งโดยวิธีง่ายๆ เช่น การรับประทานยาหรือสอดยาทางช่องคลอดเพื่อกระตุ้นให้มดลูกหดตัวและมีเลือดออกทางช่องคลอด และ มาโรงพยาบาลด้วยอาการนำของการแท้ง หรือแท้งไม่ครบ ซึ่งแพทย์จำเป็นต้องให้การรักษาด้วยการทำให้การแท้งนั้นสมบูรณ์ แต่แพทย์ไทยเกือบทั้งหมดยังคงใช้เทคโนโลยีดั้งเดิมการคือขูดมดลูก ด้วย Sharp Curettage (D&C) ในรักษาการแท้งที่ไม่ครบ และภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้ง รวมทั้งการยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งการขูดมดลูกเป็นหัตถการที่ผู้รับบริการเจ็บปวดมากและเป็นอันตรายต่อการเกิดมดลูกทะลุได้ง่ายและผู้รับบริการหลายรายถึงกับเสียชีวิตจากมดลูกทะลุ

ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศสมาชิกของการประชุมครั้งสำคัญๆ ของโลกที่ได้ร่วมลงนามในสัตยาบันของแผนปฏิบัติการในการประชุมนานาชาติว่าด้วยประชากรและการพัฒนา (International Conference on Population and Development-ICPD) ปี พ.ศ. 2537 ณ กรุงไคโร การประชุมสตรีโลกครั้งที่ 4 ในปี 2538 ณ กรุงปักกิ่ง และร่วมรับรองเป้าหมายแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals-MDGs) ในการประชุมขององค์การสหประชาชาติ ซึ่ง MDG5 มีเป้าหมายเพื่อพัฒนางานอนามัยการเจริญพันธุ์และลดการตายของมารดาลงให้ได้ 3 ใน 4 ภายในปี 2558 รวมทั้งได้ลงนามในอนุสัญญาว่าด้วยการจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีทุกรูปแบบ (Convention on the Elimination of All Form of Discrimination Against Women-CEDAW) ซึ่งในทุกการประชุมที่กล่าวมานั้นต่างก็เน้นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ของสตรีรวมทั้งสิทธิและการเท่าเทียมของสตรี โดยเฉพาะการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ และในการประชุม ICPD Plus 5 ของสหประชาชาติ (มิถุนายน 2542) ประเทศสมาชิกรวมทั้งประเทศไทยได้ร่วมกันลงนามรับรองแผนปฏิบัติการเพื่อลดการตายจากการแท้งที่ไม่ปลอดภัยโดยระบุว่า กรณีที่การทำแท้งไม่ผิดกฎหมาย ระบบบริการสาธารณสุขควรจัดให้มีการอบรมรวมทั้งสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการให้บริการและมีมาตรการที่มั่นใจได้ว่าการทำแท้งนั้นต้องปลอดภัย และเข้าถึงได้รวมถึงการจัดให้มีมาตรการอื่นๆที่เกี่ยวข้องในการที่จะคุ้มครองสุขภาพและชีวิตของสตรีด้วย **“in circumstances where abortion is not against the law, health systems should train and equip health-service providers and should take other measures to ensure that such abortion is safe and accessible. Additional measures should be taken to safeguard women’s health”**

อัตราป่วยและตายของมารดา (Maternal Mortality and Morbidity-MMR) เป็นดัชนีชี้วัดสุขภาพของสตรีและคุณภาพงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข ปัจจุบันอัตราตายของมารดาในประเทศไทยลดลงมาก (ข้อมูล กรมอนามัยปี 2544 MMR เท่ากับ 24 : 100,000 การเกิดมีชีวิต) แต่องค์การอนามัยโลกได้ประเมินค่า MMR ของไทยเท่ากับ 110 : 100,000 เนื่องจากอัตราตายจากการแท้งที่ไม่ปลอดภัยของไทยสูงมาก (ปี 2542 เท่ากับ 300 : 100,000 การทำแท้ง) ดังนั้นการที่ประเทศไทยจะบรรลุเป้าหมายในการดำเนินงานตามที่ได้ร่วมสัตยาบันกับภาคีโลกดังกล่าว จำเป็นจะต้องพัฒนาคุณภาพบริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์โดยการเพิ่มพูนความรู้ทักษะของ ผู้ให้บริการและสนับสนุนเครื่องมือที่ได้มาตรฐานและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นรวมทั้งเพิ่มความครอบคลุมและการเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม เพื่อลดอัตราการป่วยและการตายของมารดาจากการแท้งที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการป่วยและตายของหญิงวัยเจริญพันธุ์ลงด้วย

## Laws do not stop abortion, they simply make it unsafe ;

กฎหมายอาญามาตรา 305 ของไทย ในประเทศไทยกฎหมายอาญามาตรา 305 ซึ่งบังคับใช้ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2500 ได้ยกเว้นความผิดฐานทำแท้งไว้ 2 ประการ กล่าวคืออนุญาตให้ “แพทย์” ทำแท้งได้เมื่อ “จำเป็นต้องกระทำเนื่องจากสุขภาพของหญิงนั้น” หรือ “เมื่อหญิงมีครรภ์เนื่องจากการกระทำความคิดทางเพศ มาตรา ๒๗๖, ๒๗๗, ๒๘๒, ๒๘๓, ๒๘๔ (ถูกข่มขืนหรือกระทำชำเรา)” กฎหมายนี้ไม่เคยได้รับการแก้ไขให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสังคมและความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ และ กฎหมายนี้เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผลักดันให้มีการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย เนื่องจากปกติแล้ว “แพทย์” ส่วนใหญ่ไม่ประสงค์ที่จะให้บริการทำแท้งด้วยปัจจัยด้านความเชื่อส่วนตัว ศาสนา ศีลธรรม จริยธรรม และยังมี การบังคับใช้กฎหมายนี้ยังทำให้แพทย์ไม่ยินดีที่จะให้การช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหา **มีแพทย์เพียงส่วนหนึ่งเท่านั้นที่จำเป็นต้องให้บริการแก่ผู้หญิงที่มีปัญหาด้วยความเห็นอกเห็นใจ** เช่น กรณีหญิงตั้งครรภ์มีปัญหาสุขภาพ ติดเชื้อเอชไอวี โรคหัดเยอรมัน ทารกในครรภ์ติดเชื้อโรคร้ายแรง มีโรคทางพันธุกรรม พิการทางร่างกายหรือสติปัญญา ตั้งครรภ์เนื่องจากถูกข่มขืนหรือตั้งครรภ์กับผู้ร่วมสายโลหิตเดียวกัน มีปัญหาเศรษฐกิจ สังคม และครอบครัว และบางรายเกิดความเครียดจากการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมจนถึงกับซึมเศร้าและพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งแม้แพทย์จะสามารถทำแท้งให้ผู้หญิงที่มีปัญหาในบางกรณีก็ตามกล่าวมานี้ได้โดยชอบด้วยกฎหมาย แต่ข้อเท็จจริงคือ ผู้หญิงท้องไม่พร้อมส่วนใหญ่ก็ยังไม่ได้รับความช่วยเหลือที่รวดเร็วและเข้าไม่ถึงบริการที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ อีกทั้งผู้หญิงที่ทำแท้งและแพทย์ผู้ให้บริการนี้ยังถูกเหยียดหยามและประณามจากสังคมรอบข้างอีกด้วย

และข้อเท็จจริงอีกประการหนึ่งคือ การใช้มาตรการทางกฎหมายที่มีข้อจำกัดมากนี้ ไม่สามารถลดความต้องการทำแท้งของผู้ที่มีปัญหาลงได้แต่กลับทำให้มีการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น เพราะเมื่อใดที่เจ้าหน้าที่ของรัฐเข้มงวดในการจับกุมผู้ให้บริการยุติการตั้งครรภ์ โดยเฉพาะคลินิกที่ให้บริการโดยแพทย์ก็ยิ่งทำให้มีการลักลอบทำแท้งโดยผู้ที่ขาดความรู้ทางการแพทย์มากขึ้น และทำให้มีการหาผลประโยชน์เรียกค่าบริการที่สูงเกินไปอีกด้วย

## Gold Standard Technology ; การยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยมี 2 วิธีคือ Medical และ Surgical Abortion

### 1. Medical Abortion : As Early As Possible, As Late As Necessary

Medical Abortion เป็นวิธีที่ดีที่สุดและมีประสิทธิภาพที่สุดในการยุติการตั้งครรภ์ในไตรมาสแรกและไตรมาสที่สอง องค์การอนามัยโลกได้บรรจุ Mifepristone (RU486) และ Misoprostol (Cytotec) ในบัญชียาหลักเพื่อใช้ในการยุติการตั้งครรภ์ในไตรมาสแรก (อายุครรภ์น้อยกว่า 63 วัน) ซึ่งได้ผล 95-100% รวมทั้งใช้การรักษาอาการตกเลือดหลังคลอดได้ด้วย สมาพันธ์สูตินรีแพทย์นานาชาติ (Federation International of Obstetricians and Gynecologists-FIGO) ก็ได้แนะนำให้ทั่วโลกใช้ยานี้ ซึ่งประเทศที่พัฒนาแล้วใช้ Medical Abortion มานานกว่า 20 ปีแล้ว รวมทั้งประเทศเพื่อนบ้านของไทย ได้แก่ จีน เวียดนาม อินเดีย มาเลเซีย และกัมพูชา

แต่ อ.ย. ของไทยอนุญาตให้ใช้ **Mifepristone** เพื่อการวิจัยเท่านั้น และตั้งแต่ปี 2545 เป็นต้นมา อ.ย. ได้จัดให้ **Misoprostol** เป็นยาควบคุมพิเศษที่ต้องสั่งจ่ายโดยแพทย์ในโรงพยาบาลเท่านั้น ทำให้มีการลักลอบซื้อขายยาในราคาสูงมาก ถึงมีดละ 500-5,000 บาท (ราคาทุนประมาณ 17 บาท)

## 2. Surgical Abortion : From D&C To MVA ;

**Surgical Abortion** เป็น **Invasive Procedure** ควรใช้เมื่อไม่มี **Medical Abortion** หรือในบางกรณีที่เป็นที่จำเป็นเท่านั้น WHO และ FIGO ได้แนะนำให้แพทย์ทั่วโลกใช้ Vacuum Aspiration ในการทำ Surgical Abortion การรักษาการแท้งไม่สมบูรณ์ และการทำ Intra-Uterine Evacuation แทนการขูดมดลูกด้วย Sharp Curettage (D&C) ทุกกรณี และให้ใช้ D&C ในกรณีที่ไม่มี MVA เท่านั้น ปัจจุบันแพทย์เกือบทั่วโลกไม่ใช้ D&C แล้ว แต่แพทย์ไทยยังคงใช้เครื่องมือที่ล้าหลังนี้ในการทำ Surgical Abortion และทำหัตถการทางสูตินรีเวชอื่นๆ (ปัจจุบันนี้โรงเรียนแพทย์ไทยยังคงสอนวิธีที่ล้าสมัยนี้อย่างต่อเนื่อง)

**ข้อดีของ MVA** คือ มีความปลอดภัย ง่ายและสามารถใช้ได้หลายครั้ง โดยการเข้าน้ำยาฆ่าเชื้อหรืออบด้วยความร้อน ผู้รับบริการได้รับความเจ็บปวดน้อยกว่าการขูดมดลูก ไม่จำเป็นต้องใช้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ผู้รับบริการจึงไม่จำเป็นต้องนอนพักในโรงพยาบาลหลังได้รับบริการซึ่งช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายที่สำคัญที่สุดคือมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดมดลูกทะลุน้อยกว่า Sharp Curettage (D&C) นอกจากนี้ยังสามารถใช้ MVA ในการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคอื่นๆทางสูตินรีเวชแทนการขูดมดลูกได้ด้วย เช่นใช้ในการทำ Endometrial Biopsy และรักษา DUB, Blighted Ovum, incomplete abortion เป็นต้น

### **Program for Prevention of Maternal Morbidity & Mortality from Unsafe Abortion (1999-2009);**

กว่าทศวรรษที่ผ่านมา กรมอนามัยได้ร่วมกับราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย แพทยสภา มูลนิธิเพื่อสุขภาพและสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ของสตรี (แห่งประเทศไทย) และภาคีเครือข่ายภาครัฐและเอกชน ดำเนินโครงการ/กิจกรรมต่างๆ เพื่อป้องกันและลดการแท้งที่ไม่ปลอดภัยอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2541 โดยเน้นการวางแผนครอบครัวเพื่อป้องกันการท้องที่ไม่พร้อม กล่าวโดยสรุปคือปี พ.ศ. 2542 ได้ทำการสำรวจสถานการณ์การแท้งทั่วประเทศ และนำผลการสำรวจมาผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนโยบายทางวิชาการที่สำคัญคือ แพทยสภา ได้กำหนดข้อบังคับว่าด้วยหลักเกณฑ์ปฏิบัติเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ตามมาตรา 305 แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2548 ซึ่งข้อบังคับนี้ได้ ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2548 โดยได้กำหนดความหมายของคำว่า “สุขภาพ” ในกฎหมาย 305 ให้ครอบคลุมทั้งสุขภาพกายและจิตใจของหญิงตั้งครรภ์ตามคำนิยามขององค์การอนามัยโลก และอนุญาตให้แพทย์ยุติการตั้งครรภ์ได้ในกรณีหญิงตั้งครรภ์มีปัญหาสุขภาพด้านร่างกายหรือจิตใจ รวมทั้งกรณีที่หญิงตั้งครรภ์เกิดความเครียดเมื่อพบว่าทารกในครรภ์มีปัญหาสุขภาพ มีโรคพันธุกรรมหรือมีความพิการทางร่างกายหรือสติปัญญาด้วย

และเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายทางวิชาการเรื่องการกำหนดข้อบังคับแพทยสภา กรมอนามัยจึงร่วมกับราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ฯ และมูลนิธิฯ จัดทำคู่มือและหลักสูตรอบรมแพทย์และพยาบาล เรื่อง “การดูแลสุขภาพหญิงเกี่ยวกับการแท้ง” โดยใช้แนวทางที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้ใน “Safe Abortion : Technical and Policy Guidance for Health System” ซึ่งหลักสูตรและคู่มือนี้เน้นความสำคัญของการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม การให้คำปรึกษาและการดูแลหลังแท้ง การวางแผนครอบครัวหลังแท้งเพื่อลดการทำแท้งซ้ำ (Post Abortion Care and Counseling-PAC) การยุติการตั้งครรภ์และรักษา Incomplete Abortion โดยวิธี Surgical Abortion และ Medical Abortion และได้จัดอบรมให้แพทย์ใช้ MVA แทนการใช้ D&C

ตามคำแนะนำของ WHO และ FIGO โครงการนี้มีเป้าประสงค์เพื่อลดการป่วยและตายของผู้หญิงไทยจากการแท้งที่ไม่ปลอดภัย และให้ผู้หญิงไทยที่มีปัญหาเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ได้รับบริการที่ปลอดภัยด้วยวิธีการที่ได้มาตรฐานสากล

### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ;

เนื่องจากปัญหานี้เป็นปัญหาใหญ่ มีความซับซ้อนละเอียดอ่อนและเชื่อมโยงกับหลายปัจจัยดังได้กล่าวมาแล้ว ดังนั้นการแก้ไขปัญหานี้จึงจำเป็นต้องกระทำอย่างต่อเนื่องและต้องได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของหลายสาขาวิชาชีพ รวมทั้งการสนับสนุนด้านนโยบายและงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้วย ดังนี้

1. มีความจำเป็นต้องให้ความรู้และสร้างความเข้าใจที่ดีเรื่องปัญหาการแท้งที่ไม่ปลอดภัยให้กับผู้บริหาร แพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข วิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้องและประชาชนทั่วไปอย่างต่อเนื่อง ดังนี้
  - 2.1 ระยะสั้น กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัยจัดให้มี
    - 2.1.1 การอบรมฯ (In-service Training) ให้กับแพทย์และพยาบาลทุกโรงพยาบาลทั่วประเทศ อย่างน้อยโรงพยาบาลละ 2 คน (แพทย์ 1 คนและพยาบาล 1 คน) เพื่อเผยแพร่เทคโนโลยีการใช้ MVA แทนการขูดมดลูกและการใช้ยาในการยุติการตั้งครรภ์
    - 2.1.2 สนับสนุนเครื่องมือ MVA ให้โรงพยาบาลของรัฐทั่วประเทศใช้แทนการขูดมดลูก
    - 2.1.3 ให้ความรู้สร้างความเข้าใจและทัศนคติที่ดีต่อปัญหานี้และประสานความร่วมมือกับหน่วยที่เกี่ยวข้องเพื่อแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างองค์กรวิชาชีพแพทย์และวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง (ตำรวจ อัยการ ผู้พิพากษา) นักเรียน นักศึกษา ประชาชนทั่วไป
  - 2.2 ระยะยาว องค์กรวิชาชีพแพทย์ปรับปรุงการเรียนการสอนเรื่อง Safe Abortion และการใช้ MVA ในโรงเรียนแพทย์ทุกแห่ง (Pre-service Training)
3. เรียกร้องให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันแก้ไขปัญหาคการแท้งที่ไม่ปลอดภัยเช่น
  - 3.1 ผลักดันให้มีการบรรจุงานบริการสำหรับผู้ที่มีปัญหาท้องไม่พร้อมและแท้งที่ไม่ปลอดภัย และให้มีการใช้ MVA แทน D&C ในชุดสิทธิประโยชน์ของ สปสช. เช่นเดียวกับบริการสุขภาพอื่นๆ
  - 3.2 ขอรับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนส่งเสริมสุขภาพในงาน Public Advocacy
  - 3.3 เรียกร้องให้ อ.ย. อนุญาตให้มีการจดทะเบียนยา Mifepristone (RU486) เพื่อใช้ในการบริการจากเดิมที่ให้ใช้ในงานวิจัยเท่านั้น เนื่องจากมีการทำวิจัยในหลายประเทศทั่วโลกรวมทั้งในประเทศไทยแล้วว่าเป็นยาที่ประสิทธิภาพในการยุติการตั้งครรภ์ได้อย่างปลอดภัย (95-97%)
  - 3.4 เรียกร้องให้ อ.ย. อนุญาตให้มีการจดทะเบียน Misoprostol (Cytotec) ให้เป็นยาที่ใช้ในทางสูตินรีเวชกรรมและให้ใช้ยาในคลินิกได้ด้วย (ปัจจุบันยานี้ถูกจดทะเบียนเป็นยารักษาโรคกระเพาะและ อย. จัดให้เป็นยาควบคุมพิเศษใช้ได้เฉพาะในโรงพยาบาลเท่านั้นและบาง ร.พ. ไม่มียาใช้)
4. เพิ่มการเข้าถึงบริการที่ปลอดภัย โดยสนับสนุนให้แพทย์ปฏิบัติตามข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์
5. มีการประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการทำงานนี้ทั้งในประเทศและต่างประเทศ