

นโยบายการวางแผนครอบครัวของประเทศไทย

Family Planning Policy of India

ธัญชัช วิภัติภูมิประเทศ¹

Thuntuch Viphatphumiprathes¹

บทคัดย่อ

ประเทศไทยมีประชากร 1,314 ล้านคน ซึ่งถือว่ามีจำนวนประชากรมากเป็นอันดับ 2 ของโลกรองจากประเทศจีน แต่จากการฉายภาพประชากร (Population Projection) พบว่า ในปี ค.ศ. 2050 ประเทศไทยจะมีประชากรมากที่สุดในโลก กล่าวคือ มีจำนวน 1,660 ล้านคน ดังนั้น จึงได้มีการออกนโยบายประชากรโดยเน้นทางด้านวางแผนครอบครัวเพื่อจัดการกับสภาพปัญหาดังกล่าว บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายนโยบายการวางแผนครอบครัวของประเทศไทยที่ผ่านมา และเพื่อสรุปบทเรียนสำคัญที่ได้จากการดำเนินงานตามนโยบายดังกล่าว โดยเฉพาะปัจจัยที่ส่งผลให้ประเทศไทยยังคงประสบกับสถานการณ์การเพิ่มขึ้นของประชากรอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: นโยบายประชากร, การวางแผนครอบครัว

Abstract

With 1,314 million people, India is currently the world's second most populous country after China. However, India is projected to have 1,660 million people by 2050 and will become the world's most populous country. In order to solve the problem, India has launched a national population policy in family planning. This academic article aims to describe India's national population policy with respect to family planning and to summarize important lessons learned from the implementation of the policy. Several factors related to India's continuing population growth will also be discussed in this article.

Keywords: Population Policy, Family Planning

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์, หมวติศึกษาทั่วไป คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์, Email: thuntuch.vip@dpu.ac.th

¹ Assistant Professor, Department of General Education, Faculty of Arts, Dhurakij Pundit University, Email: thuntuch.vip@dpu.ac.th

บทนำ

ปัจจุบัน ประเทศไทยมีประชากร 1,314 ล้านคน ซึ่งถือว่ามีจำนวนประชากรมากเป็นอันดับ 2 ของโลกรองจากประเทศจีนมีประชากร 1,372 ล้านคน (Population Reference Bureau, 2015: 2) และแม้ว่าอัตราเจริญพันธุ์รวมยอด² (Total Fertility Rate: TFR) ของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงจากในอดีต ปี ค.ศ. 1951 ซึ่งมีค่า TFR เท่ากับ 6 และปัจจุบัน ปี ค.ศ. 2015 มีค่า TFR เท่ากับ 2.3 แต่จากการฉายภาพประชากร (Population Projection) พบว่า ในปี ค.ศ. 2050 ประเทศไทยจะมีประชากรมากที่สุดในโลก กล่าวคือ มีจำนวน 1,660 ล้านคน (Population Reference Bureau, 2015: 2, 14)

ประเทศไทยมีการประกาศใช้นโยบายประชากรโดยเน้นเรื่องการวางแผนครอบครัวเพื่อควบคุมจำนวนประชากรมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1952 และในปี ค.ศ. 2000 ได้ประกาศใช้นโยบายประชากรแห่งชาติ (National Population Policy) ดังนั้นบทความวิชาการนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายนโยบายการวางแผนครอบครัวของประเทศไทยที่ผ่านมา และเพื่อสรุปบทเรียนสำคัญที่ได้จากการดำเนินงานตามนโยบายดังกล่าว โดยเฉพาะปัจจัยที่ส่งผลให้ประเทศไทยยังคงประสบสถานการณ์การเพิ่มขึ้นของประชากรอย่างต่อเนื่อง

ความเป็นมาของนโยบายประชากรของประเทศไทย

ประเทศไทยประสบกับปัญหาการเพิ่มประชากรมาโดยตลอด จนทำให้รัฐบาลประกาศใช้นโยบายประชากรแห่งชาติ โดยเฉพาะในด้านการวางแผนครอบครัวในปี ค.ศ. 1952 สำหรับที่มาของนโยบาย เริ่มต้นจากในปี ค.ศ. 1916 Pyare Kishan Watal ได้เขียนหนังสือชื่อ “The Population

Problem in India” ซึ่งได้แสดงให้เห็นถึงผลกระทบของจำนวนประชากรอินเดียที่เพิ่มสูงขึ้นต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมและปัญหาที่เกิดขึ้นตามมา (Banerjee, 1979)

ในปี ค.ศ. 1925 Professor Raghunath Dhondo Karve ได้เปิดคลินิกคุมกำเนิดเป็นครั้งแรก และในปี ค.ศ. 1930 รัฐบาลได้เปิดคลินิกคุมกำเนิดหลายแห่ง ในขณะเดียวกัน รัฐสภาได้จัดตั้งคณะกรรมการวางแผนแห่งชาติในปี ค.ศ. 1938 โดยมอบหมายให้ทำงานเกี่ยวกับปัญหาประชากรของอินเดีย ซึ่งเกิดจากฐานคิดที่ว่า ปัญหาประชากรมิได้แยกอย่างโดดเดี่ยว แต่เป็นปัญหาที่เชื่อมโยงกับเศรษฐกิจและสังคมที่ทำให้ถอยหลัง นอกจากนั้นยังเน้นเรื่องการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเผยแพร่ความรู้เรื่องการคุมกำเนิด

ต่อมาเมื่อประเทศไทยได้รับเอกราชจากประเทศอังกฤษในปี ค.ศ. 1947 ปัญหาการเพิ่มจำนวนประชากรยังมีต่อเนื่อง ประเทศไทยมีจำนวนประชากรมากเป็นอันดับสองของโลกรองจากประเทศจีน โดยในปี ค.ศ. 1951 มีอัตราการเกิด³ (Crude Birth Rate: CBR) สูงถึง 40.8 ต่อพันคน ทำให้ประเทศไทยประสบปัญหาความยากจนและการเติบโตของประชากรเองทำให้เกิดปัญหาเรื่องการใช้ทรัพยากร ซึ่งส่งผลให้คนอพยพเข้าเมืองจนทำให้เกิดปัญหาชุมชนแออัด ตลอดจนปัญหาสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และสุขภาพ

รัฐบาลอินเดียได้ริเริ่มโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติในปี ค.ศ. 1952 โดยแผนแรกได้มีการให้คำแนะนำเรื่องการวางแผนครอบครัวในโรงพยาบาลของรัฐและศูนย์การแพทย์ในชนบท และในช่วงปี ค.ศ. 1969–1974 โครงการวางแผนครอบครัวได้รับการจัดอันดับความสำคัญสูงสุดโดยได้รับงบประมาณค่าใช้จ่าย 3,300 ล้านบาท

ในปี ค.ศ. 1976 ซึ่งเป็นสมัยที่นางอินทรา คานธี เป็นนายกรัฐมนตรี นายสัญญา คานธี บุตร

² อัตราเจริญพันธุ์รวมยอด คือ จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยที่สตรีคนหนึ่งจะมีตลอดวัยเจริญพันธุ์ของตน

³ อัตราการเกิด คือ จำนวนการเกิดทั้งหมดในปีหนึ่งหารด้วยจำนวนประชากรทั้งหมดเมื่อกลางปีนั้น คูณด้วย 1,000

ชายคนเล็กของนางอินทรี ได้รับแรงค์เพื่อคุมกำเนิด ทำให้มีการทำหมันชายเป็นจำนวน 7 ล้านคน มีทั้งผู้ที่สมัครใจและไม่สมัครใจแต่จำต้องทำ ซึ่งเป็นผลให้เกิดการต่อต้านจากประชาชนอย่างรุนแรง ต่อมา ในสมัยที่นายราจีฟ คานธี บุตรชายคนโตของนางอินทรีได้เป็นนายกรัฐมนตรี รัฐบาลในสมัยนั้นได้เน้นการวางแผนครอบครัวแบบสมัครใจและเน้นการดูแลสุขภาพแม่และเด็ก โดยถือว่างานวางแผนครอบครัวจะมีส่วนช่วยให้สวัสดิการของครอบครัวดีขึ้นด้วย และได้เน้นการบริการด้านอนามัยแม่และเด็กเพิ่มขึ้นเพื่อให้ประชาชนได้มั่นใจว่าการมีครอบครัวขนาดเล็กนั้นทำให้ครอบครัวมีสุขภาพดีและมีความสุข

ในปีค.ศ. 1997 รัฐบาลอินเดียได้เพิ่มเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ (Reproductive Health) เข้าไว้ในนโยบายประชากร เพื่อส่งเสริมให้ประชากรได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพและให้ข้อมูลแก่ประชากรในด้านต่างๆ เช่น ทางเลือกในการคุมกำเนิด บทบาทเพศชาย และความต้องการของวัยรุ่น เป็นต้น ในปีค.ศ.2000 รัฐบาลอินเดียได้จัดตั้ง "National Commission on Population" (Department of Family Welfare, Ministry of Health & Family Welfare, Government of India, 2000) เพื่อทำหน้าที่ในการดำเนินงานทางประชากรในด้านต่างๆ และได้กำหนดนโยบายทางประชากรที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนครอบครัว สำหรับวัตถุประสงค์หลักของนโยบายนั้นคือ การเน้นเรื่องการคุมกำเนิด การให้บริการสุขภาพและอนามัยเจริญพันธุ์ และการลดอัตราเจริญพันธุ์รวมยอด (Total Fertility Rate: TFR) ให้อยู่ในระดับทดแทน⁴ เพื่อให้จำนวนประชากรมีความสอดคล้องกับการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ การพัฒนาสังคม และการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และยังกำหนดเป้าหมายทางประชากรในปี ค.ศ. 2010 ที่เกี่ยวข้องกับจำนวนประชากร

เช่น การส่งเสริมการเลื่อนอายุแรกสมรสของสตรีไม่ให้ต่ำกว่า 18 ปี โดยควรอยู่ที่ 20 ปีขึ้นไป มีการให้ข้อมูล คำปรึกษา และบริการทางเลือกที่หลากหลายสำหรับการคุมกำเนิด และการส่งเสริมให้มีครอบครัวขนาดเล็กเพื่อให้ค่า TFR อยู่ในระดับทดแทน (Department of Family Welfare, Ministry of Health & Family Welfare, Government of India, 2000; Government of India, Planning Commission, 2006; Kumar, 2003; UNESCAP, 2000)

การดำเนินงานตามนโยบายการวางแผนครอบครัวของประเทศไทย

รัฐบาลอินเดียได้ดำเนินงานด้านการวางแผนครอบครัวเพื่อที่จะควบคุมจำนวนประชากรและการเน้นให้มีครอบครัวขนาดเล็ก โดยใช้รูปแบบต่างๆ ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 3 ด้าน (Bhagat & Bhagat, 2007; Department of Family Welfare, Ministry of Health & Family Welfare, Government of India, 2000; Government of India, Planning Commission, 2006; Kumar, 2003; Sharma, 2000; UNESCAP, 2000) ได้แก่ สื่อ มาตรการของรัฐบาล และการศึกษา ดังนี้

1. สื่อ

1.1 สื่อภาพยนตร์และวิทยุ

ในช่วงแรกของการวางแผนครอบครัวในปีค.ศ. 1952 การให้บริการทางคลินิกให้คำปรึกษาและบริการทางการวางแผนครอบครัว ซึ่งเป็นโอกาสที่ทำให้รัฐได้เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับวิธีการวางแผนครอบครัว ที่สำคัญ คือ กระทรวงสารสนเทศและการแพร่ภาพ/เสียง ได้เลือกสื่อประเภทภาพยนตร์มาใช้ในการเผยแพร่ความรู้เรื่อง การวางแผนครอบครัว โดยสร้างภาพยนตร์เรื่อง

⁴ อัตราภาวะเจริญพันธุ์ระดับทดแทน ควรมีค่าอยู่ประมาณ 2.1 ต่อสตรีหนึ่งคน ทั้งนี้เพื่อให้บุตรทั้งสองคนทำหน้าที่เป็นพ่อและแม่ต่อไปในอนาคต

“Planned Parenthood” ซึ่งสื่อให้เห็นว่าปัญหาประชากรเป็นปัญหาระดับชาติ และในภาพยนตร์ได้เน้นประโยคว่า “the country is overpopulated” รวมถึงเตือนให้พ่อแม่มีความรับผิดชอบต่อประเทศ และในตอนท้ายของภาพยนตร์จบลงด้วยประโยคที่ว่า “.....to overcome many of the chronic ills that plague our country, let this be an age of planned parenthood” และมีการสร้างภาพยนตร์แอนิเมชันอีกเรื่อง คือ “My Wise Daddy” ซึ่งสะท้อนว่าครอบครัวควรมีบุตรจำนวนน้อย

สื่อภาพยนตร์ส่วนใหญ่ที่เผยแพร่สู่ประชาชน มักมีการสื่อข้อความ เช่น “A small family is a happy family” “Don't have the next child now” และ “No more Children after the third” ที่สำคัญเนื้อหาของภาพยนตร์ส่วนใหญ่ได้แสดงให้เห็นครอบครัว 2 ประเภท คือ ครอบครัวขนาดใหญ่มักเป็นครอบครัวที่ยากจน ไม่มีความสุข อยู่ในชนบท มีความสกปรก มีการโต้เถียงกัน มีความหดหู่ ในขณะที่อีกครอบครัวหนึ่งที่เป็นครอบครัวขนาดเล็ก มีความสุข อยู่ในเมือง มีความทันสมัยตามแบบอย่างชาวตะวันตก และมีความสุข อย่างไรก็ตามพบว่า เนื้อหาของภาพยนตร์ดังกล่าวยังไม่ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับทางเลือกของการวางแผนครอบครัวอย่างเพียงพอ รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบหรือผลข้างเคียงที่จะเกิดขึ้นตามมาจากการคุมกำเนิดบางประเภท

ในปีค.ศ. 1965 พบว่า สื่อวิทยุได้เข้ามามีบทบาทสำคัญต่อการยอมรับการวางแผนครอบครัวของประชากรในชนบท นอกจากนี้ ยังมีการใช้สื่อประเภท “เพลงพื้นบ้านและละครพื้นบ้าน” ในชนบท เพื่อสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว ต่อมาในยุคหลังได้มีการนำดารารายานต์ที่มีชื่อเสียงมาเป็นตัวแทนชักชวนให้ประชาชนมีครอบครัวขนาดเล็ก

1.2 สื่อสิ่งพิมพ์และคำขวัญ

ในช่วงปี ค.ศ. 1961 มีการเพิ่มศูนย์การให้คำปรึกษาและบริการตลอดจนเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับ

การวางแผนครอบครัว ส่วนสื่อยังคงเป็นวิธีการสำคัญในการเผยแพร่ข้อมูลการวางแผนครอบครัว โดยมีการเพิ่มสื่อประเภทสิ่งพิมพ์และคำขวัญ ได้ผลผลิตออกมาหลายภาษาตามกลุ่มภาษาต่างๆ ที่ประชากรอินเดียใช้และมีการเผยแพร่สื่อประเภทนี้สู่ชนบทด้วย

อย่างไรก็ดี ในปี ค.ศ. 1965 มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการเผยแพร่ข้อมูลผ่านสื่อ พบว่า มีปัญหาสำคัญในการเผยแพร่ คือ ประชาชนชนบทไม่สามารถเข้าถึงสื่อสิ่งพิมพ์ได้อันเนื่องมาจากปัญหาเรื่องความรู้หนังสือ และพบว่าสื่อต่างๆ นั้นยังมีข้อจำกัดในด้านปริมาณซึ่งทำให้ไม่สามารถแพร่หลายไปสู่ประชาชนได้อย่างครอบคลุม

จากปัญหาที่กล่าวมา จึงได้วางกลยุทธ์ใหม่ โดยการออกแบบสัญลักษณ์ซึ่งเป็นสื่อการวางแผนครอบครัวเป็นรูปหน้าของครอบครัวที่มีความสุขอันประกอบด้วยบุตรเพียง 2 คน ซึ่งสื่อดังกล่าวจะสามารถเข้าถึงประชากรในชนบทได้ในชีวิตประจำวัน เนื่องจากมีการติดป้ายสัญลักษณ์ไว้ตามรถประจำทาง ป้ายข้างถนน และ กล้องไม้ขีดไฟ นอกจากนี้ ยังมีการผลิตสัญลักษณ์เป็นตราสามเหลี่ยมสีแดงเพื่อสื่อเรื่องจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ประกอบด้วยสามี ภรรยา ลูกชายและลูกสาว ต่อมาการรณรงค์การวางแผนครอบครัวได้มีการใช้คำขวัญว่า “Two or Three Children are Enough!” โดยมีรูปครอบครัวที่มีความสุขประกอบด้วยพ่อแม่ลูก และสัญลักษณ์สามเหลี่ยมสีแดง

ต่อมาช่วงปี ค.ศ. 1966-1967 สัญลักษณ์รูปภาพที่ใช้ในการรณรงค์ได้มีการปรับปรุงใหม่และใช้คำขวัญใหม่ เช่น “against ever having a fourth child” นอกจากนี้ ยังมีการใช้สื่อประเภทรถเคลื่อนที่โดยนำเสนอข้อมูลผ่านการโฆษณา เพลง ละคร และสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ เพื่อเข้าถึงประชาชนในหมู่บ้าน การรณรงค์ด้วยป้ายสัญลักษณ์เหล่านี้ได้เข้ามาจนถึงปัจจุบัน ซึ่งสามารถเห็นได้จากสื่อโปสเตอร์และคำขวัญให้ประชากรมีบุตรจำนวนน้อยหรือมีครอบครัวขนาดเล็ก



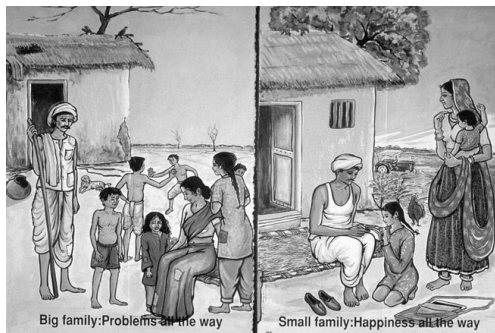
ภาพประกอบ 1 สัญลักษณ์แห่งการวางแผนครอบครัว
ที่มา: Chawla (2012)



ภาพประกอบ 2 การณรงค์การวางแผนครอบครัวบนแสตมป์เป็นรูปครอบครัวที่มีความสุขและสัญลักษณ์สามเหลี่ยมที่สื่อถึงการลดขนาดครอบครัว
ที่มา: Pradhan (2015)



ภาพประกอบ 3 ป้ายรณรงค์การวางแผนครอบครัวโดยให้คู่สมรสเว้นระยะการมีบุตรคนที่สองออกไป 3 ปีหลังจากมีบุตรคนแรก
ที่มา: Krock (2004)



ภาพประกอบ 4 การรณรงค์เรื่องการมีครอบครัวขนาดเล็ก โดยอธิบายถึงข้อเสียของการมีครอบครัวขนาดใหญ่และข้อดีของการมีครอบครัวขนาดเล็กกว่า “Big family: Problems all the way, Small family: Happiness all the way”
ที่มา: Krock (2004)

1.3 การให้สารสนเทศ การศึกษาและการสื่อสาร

สำหรับนโยบายประชากรปี ค.ศ. 2000 ได้มีการรณรงค์หรือขัดเกลากิจกรรมโดยผ่านวิธีการให้สารสนเทศ การศึกษาและการสื่อสาร หรือ “Information Education and Communication” (IEC) ซึ่งรัฐบาลท้องถิ่นได้รณรงค์เรื่องสวัสดิการครอบครัวและการศึกษาผ่านสื่อท้องถิ่นเพื่อสร้างแรงจูงใจที่ดีแก่ประชากรท้องถิ่น ดังเห็นได้จากในรัฐมิชิแกนฯ ได้ใช้กลยุทธ์โดยการแพร่กระจายข้อความผ่านทางสื่อประเภทต่างๆ เช่น ระบบการขนส่ง ถนนทางหลวง และการรณรงค์ตามริมถนนทั้งในเมืองและชนบท ตลอดจนผ่านทางภาพยนตร์ ละครโรงเรียน การประชุมสาธารณะ โรงภาพยนตร์ในท้องถิ่น และเพลงพื้นบ้าน

ในส่วนการขัดเกลาด้านอนามัยเจริญพันธุ์ และสุขภาพเด็กซึ่งจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและแบบแผนของแต่ละคนหรือชุมชนนั้น ทำโดยการให้ผู้นำ และ ดาราภาพยนตร์ ออกมาให้ข่าวสารและชักชวนในประเด็นต่างๆ เช่น “Delayed Marriages for Women” และ “Fewer Babies, Healthier

5) คู่สมรสที่มีฐานะยากจนจะได้รับรางวัลเมื่อมีคุณสมบัติคือ เป็นผู้ที่แต่งงานเมื่อมีอายุมากกว่าที่กฎหมายกำหนด (18 ปี) มีบุตรคนแรกภายหลังจากมารดามีอายุตั้งแต่ 21 ปีขึ้นไป มีการรับแนวคิดเรื่องการมีครอบครัวขนาดเล็ก และมีการคุมกำเนิดภายหลังจากมีบุตรคนที่ 2

6) การบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัดในเรื่องการห้ามไม่ให้เด็กแต่งงาน

นอกจากนั้น รัฐบาลยังเพิ่มการให้บริการแก่ประชาชนในด้านการคุมกำเนิดด้วยวิธีการต่าง ๆ พร้อมกับการให้คำปรึกษาควบคู่ไปด้วย

3. การศึกษา

ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980 สภาการวิจัยและฝึกอบรมทางการศึกษาแห่งชาติ (NCERT) ได้พัฒนาหลักสูตรและสื่อการสอน เพื่อสอดแทรกเรื่องการวางแผนครอบครัวเข้าสู่วิชาในกลุ่มสังคมศึกษา เช่น วิชาเศรษฐศาสตร์ และ วิชาหน้าที่พลเมือง และสอดแทรกเนื้อหาลงในนิเวศวิทยาศาสตร์ด้วย นอกจากนี้ The National Population Education Programme (NPEP) (Sharma, R.C., 2000) ได้จัดกิจกรรมเพื่อสอดแทรกเนื้อหาการวางแผนครอบครัวให้ทั่วประเทศ รวมถึงมีการเตรียมสื่อและการฝึกอบรมคน โดยมีเป้าหมายเพื่อกำหนดให้จำนวนประชากรทั้งประเทศอยู่ที่จำนวน 1,200 ล้านคนในปี ค.ศ. 2050 สำหรับเนื้อหาหลักที่สอดแทรกในหลักสูตรในขณะนั้น ได้แก่ เรื่องภาวะการเพิ่มประชากร พัฒนาการทางเศรษฐกิจและประชากร พัฒนาการทางสังคมและประชากร สุขอนามัยโภชนาการและประชากร ปัจจัยทางชีวภาพชีวิตครอบครัวและประชากร

ในช่วงปี ค.ศ. 1998-2000 รัฐบาลได้จัดทำโครงการใหม่ชื่อ "Population and Development Education in Schools" ซึ่งทำหน้าที่หลักโดยบูรณาการประชากรศึกษาตามแนวความคิดที่ได้ภายหลังจาก International Conference on Population and Development (ICPD) เมื่อปี ค.ศ.1994 และใช้แนวคิดเรื่อง "อนามัยเจริญพันธุ์" สู่การศึกษา

ของวัยรุ่น โดยเน้นเรื่องโรคเอดส์และยาเสพติดควบคู่ไปด้วย และตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000 เป็นต้นมาได้จัดให้มีการให้คำปรึกษาและการรณรงค์เกี่ยวกับการคุมกำเนิด รวมถึงการสนับสนุนให้เด็กได้รับการศึกษาจนถึงอายุ 14 ปี ทั้งนี้จากมุมมองที่ว่า การศึกษาจะช่วยขัดเกลาให้เด็กตระหนักเกี่ยวกับการเลื่อนอายุแรกสมรส และประโยชน์ของการมีครอบครัวขนาดเล็ก

สรุปบทเรียนที่ได้จากการดำเนินงานตามนโยบายการวางแผนครอบครัวของประเทศไทย

จากการดำเนินงานตามนโยบายประชากรของประเทศไทยในด้านการวางแผนครอบครัวเพื่อควบคุมจำนวนประชากรตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันพบว่า ที่ผ่านมานั้นมีการลดลงของอัตราเจริญพันธุ์รวมยอด (TFR) มาโดยตลอด อย่างไรก็ตามประเทศไทยยังคงประสบกับปัญหาการมีประชากรเพิ่มอย่างต่อเนื่อง และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2050 จะมีประชากรมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งของโลก

บทเรียนสำคัญที่ได้จากการดำเนินงานตามนโยบายประชากรด้านการวางแผนครอบครัวพบว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมให้ประชากรยอมรับเรื่องการวางแผนครอบครัวจนทำให้ค่า TFR ลดลง คือ การใช้สื่อรณรงค์หลากหลายประเภท เช่น การใช้สัญลักษณ์ การใช้บุคคลที่มีชื่อเสียง รวมถึงการใช้คำขวัญที่เป็นภาษาท้องถิ่นที่หลากหลาย เพื่อให้เข้าถึงประชากรกลุ่มต่างๆ ได้ นอกจากนี้ คือ การให้บริการด้านการวางแผนครอบครัว การใช้มาตรการที่เน้นความสมัครใจมากกว่าการบังคับ โดยใช้สิ่งจูงใจ (Incentive) เช่น เงินรางวัล เพื่อให้เกิดยอมรับเรื่องการวางแผนครอบครัวหรือการมีครอบครัวขนาดเล็ก

สำหรับปัจจัยสำคัญที่ทำให้จำนวนประชากรของอินเดียยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยปัจจัยด้านการดำเนินงานและปัจจัยด้านประชากร

(Bhagat & Bhagat, 2007; Department of Family Welfare, Ministry of Health & Family Welfare, Government of India, 2000; Dharmalingam & Morgan, 1996; Iyer, 2002; Sharma, 2000; UNESCAP, 2000) ดังนี้

1. ปัจจัยด้านการดำเนินงาน

1.1 การขาดแผนกลยุทธ์สำหรับสื่อประเภทการให้สารสนเทศ การศึกษาและการสื่อสาร (Information Education and Communication: IEC) และโครงการรณรงค์ในระดับรัฐ กล่าวคือ ที่ผ่านมานั้นขาดการทำ Pre-test ของสื่อ การขาดการติดตามการปฏิบัติของกิจกรรม การขาดทักษะของบุคลากร และแผน IEC มักเป็นลักษณะ top-down ขณะที่บางรัฐยังไม่มียุทธศาสตร์สนับสนุนกิจกรรม IEC รวมถึงบางรัฐได้นำงบประมาณในส่วนนี้ไปทำในกิจกรรมอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้อง ดังนั้น IEC จึงไม่สามารถเข้าถึงประชากรได้อย่างทั่วถึง โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท

1.2 ด้านความสามารถของครูหรือเจ้าหน้าที่ พบว่า แม้ว่าจะมีการฝึกอบรมครูหรือเจ้าหน้าที่ภาคสนาม แต่ยังมีปัญหาคือ ยังไม่สามารถอบรมครูและเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องได้อย่างครอบคลุม และการขาดงบประมาณสนับสนุน

1.3 การขาดการเชื่อมโยงกับองค์กรในระดับล่าง ทำให้น้ำ IEC ไปปฏิบัติไม่ประสบความสำเร็จ

1.4 ด้านหลักสูตรการศึกษา พบว่า ยังขาดการนำเรื่องการวางแผนครอบครัวเข้าไปในหลักสูตรหรือตำราเรียน ที่ผ่านมามีเพียงร้อยละ 30-40 ของหลักสูตรและตำราเรียนที่มีการนำเนื้อหาเรื่องการวางแผนครอบครัวเข้าไปบูรณาการ ทั้งนี้ เพราะวิชาหลักในหลักสูตรนั้นมีเนื้อหา มาก จึงทำให้แนวคิดเรื่องนี้ถูกตัดออกไป

1.5 การดำเนินงานให้ความรู้และเผยแพร่ของฝ่ายรัฐบาลและองค์กรพัฒนาเอกชนนั้นขาดการมีส่วนร่วมของประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการจะสื่อสาร ซึ่งอันที่จริงแล้ว ประชากรควร

มีส่วนร่วมในการวางแผนหรือแสดงความต้องการของตนเอง

1.6 การให้บริการทางด้านการวางแผนครอบครัว/การคุมกำเนิดยังไม่เพียงพอหรือไม่ทั่วถึง โดยเฉพาะประชากรที่อยู่ในเขตชนบท

2. ปัจจัยด้านประชากร

2.1 ถึงแม้ว่ามีการดำเนินงานด้านการวางแผนครอบครัวให้มีจำนวนบุตรน้อยลงในหลายรัฐ จนทำให้อัตราเจริญพันธุ์รวมยอด (TFR) ของประเทศไทยเติบโตลดลง แต่ประชากรอินเดียยังคงมีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องไปอีกหลายปี ทั้งนี้เป็นผลสืบเนื่องมาจาก “แรงเหวี่ยงทางประชากร (Population Momentum)” จากประชากรในวัยเจริญพันธุ์ที่มีจำนวนและสัดส่วนมากซึ่งในอดีตประชากรกลุ่มนี้เป็นเด็กที่เกิดในช่วงที่ประเทศอินเดียมีค่า TFR หรือภาวะเจริญพันธุ์สูง และเมื่อเด็กกลุ่มนี้เข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ในปัจจุบัน แม้ว่าพวกเขาจะมีบุตรจำนวนน้อยลงกว่าคนรุ่นก่อน แต่ก็ยังสามารถให้กำเนิดประชากรได้มาก

2.2 ที่ผ่านมา การดำเนินงานด้านการวางแผนครอบครัวของอินเดียนั้นยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่ากับของประเทศสิงคโปร์หรือประเทศจีน เนื่องจาก ประชากรส่วนใหญ่ของประเทศอินเดียยังด้อยการศึกษา มีฐานะที่ยากจน ตลอดจนระบบชนชั้นวรรณะและวัฒนธรรมบางอย่างยังเป็นอุปสรรคอยู่

2.3 การที่ประเทศไทยมีอัตราการรู้หนังสือต่ำโดยเฉพาะในกลุ่มสตรี ส่งผลให้ไม่สามารถใช้สื่อสิ่งพิมพ์เพื่อรณรงค์การวางแผนครอบครัวและให้ความรู้เกี่ยวกับทางเลือกของการคุมกำเนิดด้วยวิธีต่างๆ ได้ และพบว่า การรู้หนังสือของสตรีจะมีส่วนช่วยให้ใช้วิธีการคุมกำเนิดอย่างใดอย่างหนึ่งซึ่งจะทำให้มีภาวะเจริญพันธุ์ต่ำได้

2.4 ด้านศาสนาจัดเป็นอุปสรรคต่อการวางแผนครอบครัวประการหนึ่ง เนื่องจากศาสนาได้แสดงบทบาทที่สำคัญต่อชีวิตประชากรอินเดียโดยเฉพาะชาวมุสลิมซึ่งทำให้ไม่ยอมรับโครงการ

วางแผนครอบครัว เพราะมองว่า บุตรเป็นของขวัญของพระเจ้าและจะต้องดูแลเลี้ยงดูให้ความรักและการศึกษา

2.5 การมีภาวะเจริญพันธุ์สูงมีความเกี่ยวข้องกับอัตราการตายของทารก กล่าวคือ อัตราการตายของทารกที่สูงส่งผลให้คู่สมรสต้องการมีบุตรหลายคนเพื่อเป็นหลักประกันการเสียชีวิตของบุตร

2.6 ค่านิยมการมีบุตรชายโดยเฉพาะในครอบครัวที่ยากจน เป็นสาเหตุส่วนหนึ่งที่ทำให้มีภาวะเจริญพันธุ์สูง เนื่องจากในสังคมอินเดียมีวัฒนธรรม "dowry" กล่าวคือ เมื่อบุตรสาวแต่งงานทางครอบครัวของฝ่ายหญิงจะต้องเสียค่าสินสอดให้แก่ครอบครัวของฝ่ายชาย ดังนั้น คู่สมรสจึงพยายามที่จะมีบุตรชายไปเรื่อยๆ หากบุตรคนแรกและคนที่สองเป็นบุตรสาว

2.7 สตรีมากกว่าร้อยละ 50 มีอายุแรกสมรสต่ำกว่า 18 ปี หรือต่ำกว่าที่กฎหมายกำหนด จึงส่งผลให้แบบแผนการเจริญพันธุ์ของประชากรอินเดียมีลักษณะ "too early, too frequent, too many"

บทสรุป

การดำเนินงานตามนโยบายการวางแผนครอบครัวของประเทศอินเดียที่ผ่านมาได้แสดงให้เห็นถึงความพยายามที่จะขัดเกล่าให้ประชากรยอมรับเรื่องการวางแผนครอบครัวให้มีบุตรจำนวนน้อย โดยใช้วิธีการต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านการใช้สื่อรณรงค์ มาตรการด้านสิ่งจูงใจ (Incentive) รวมถึงการศึกษา อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับประเทศอื่นๆ ในเอเชีย พบว่า การดำเนินงานของประเทศอินเดียนั้นยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ เพราะปัจจัยที่เกี่ยวข้องไม่ได้ขึ้นอยู่กับการดำเนินงานของรัฐแต่เพียงฝ่ายเดียว แต่ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านประชากรของประเทศอินเดียที่มีลักษณะเฉพาะด้วย เช่น อัตราการรู้หนังสือ อัตราการตายของทารก วัฒนธรรม ประเพณี ค่านิยม ศาสนา รวมถึงแรงเหวี่ยงทางประชากร ดังนั้น จำนวนประชากรของประเทศอินเดียจึงมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องไปจนถึงอนาคตแม้ว่าจะมีการดำเนินงานด้านการวางแผนครอบครัวก็ตาม

เอกสารอ้างอิง

- Banerjee, S. (1979). *Family Planning Communication: A Critique of the Indian Programme*. New Delhi: Radiant.
- Bhagat, B. & Bhagat, G. (2007). "One Mouth, Two Hands," *India's Population Paradox*. Available from <http://www.ecoworld.com/atmosphere/effects/indias-population.html> [2015, December 10].
- Chawla, J. (2012). *Motherhood and Traditional Resources: Information, Knowledge, and Action*. Available from http://janetchawla.blogspot.com/2012_05_01_archive.html [2016, June 6].
- Department of Family Welfare, Ministry of Health & Family Welfare, Government of India. (2000). *Population Policy*. Available from <http://health.nic.in/natpp.pdf> [2010, September 5].
- Dharmalingam, A. & Morgan, S. P. (1996). Women's Work, Autonomy, and Birth Control: Evidence from Two South India Villages. *Population Studies*, 50 (2), 187-201.
- Government of India, Planning Commission. (2006). *Report of the Working Group on Population Stabilization for the Eleventh Five Year Plan (2007-2012)*. New Delhi: Government of India, Planning Commission.
- Iyer, S. (2002). Religion and the Decision to Use Contraception in India. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 41(4), 711-722.
- Krock, L. (2004). *Population Campaigns*. Available from <http://www.ajusd.org/webpages/jmiller/articles.cfm?subpage=1058879> [2016, June 6].
- Kumar, R. (2003). *India and a One-Child-Policy*. Available from http://india_resource.tripod.com/one-child-policy.html [2010, September 5].
- Population Division, United Nations. (2009). *World Population Prospects: The 2008 Revision, Population Database*. Available from <http://esa.un.org/unpp> [2010, September 12].
- Population Reference Bureau. (2015). *2015 World Population Data Sheet*. DC : Population Reference Bureau.
- Pradhan, A. (2015). Are There Contraceptives in Homeopathy? Available from <http://www.drpradhan.com/home/faqs-top/homeopathy-general/15-are-there-contraceptives-in-homeopathy> [2016, June 6].
- Sharma, R. C. (2000). *Case Study, India: Communication and Advocacy Strategies, Adolescent Reproductive and Sexual Health*. Bangkok: UNESCO PROAP.
- State Council of Educational Research and Training, Solan-Himachal Pradesh. (2008). *Small Family Norm*. Available from http://himachal.nic.in/scert/fr_him_chetna124_135.htm [2010, September 5].
- The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. (2002). *How Programs Can Help Couples Space Births*. Available from <http://info.k4health.org/pr/113/113chap5.shtml> [2010, September 5].

UNESCAP. (2000). *India: National Population Policy*. Available from http://www.unescap.org/esid/psis/population/database/poplaws/law_india/indiaindex.htm [2010, September 5].

UNESCO, Regional Office for Education in Asia and the Pacific. (1985). *Learning Experiences in Population Education*. Bangkok: Population Education Programme Service.