

สภาวะทางเพศ: ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรรภ์ที่ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ในช่วง ๑๐ ปีที่ผ่านมา ปัญหาสภาวะทางเพศทั้งด้านความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรรภ์ที่ไม่พร้อม และเรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีแนวโน้มขยายตัว ทวีความรุนแรง และซับซ้อนมากขึ้น จนกลายเป็นปัญหาในระดับประเทศที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางกาย ใจ และสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มคนชายขอบของสังคม เช่น ผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ คนพิการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ แรงงานต่างชาติ และกลุ่มชาติพันธุ์ต่าง ๆ เป็นต้น ในการนี้เครือข่ายคนทำงานด้านสภาวะทางเพศกว่า ๒๐ เครือข่ายซึ่งรวมผู้แทนจากหน่วยงานภาครัฐ และมหาวิทยาลัย ได้ประชุมภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องจำนวน ๓ ครั้งในระหว่างเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม ๒๕๕๑ เพื่อแลกเปลี่ยนและสังเคราะห์องค์ความรู้ทางวิชาการ สำหรับพัฒนาเอกสารหลักประกอบระเบียบวาระการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ทั้งยังร่วมกันพิจารณาคัดสรรข้อเสนอเชิงนโยบายและนำมาจัดลำดับความสำคัญเพื่อพัฒนาเป็นร่างมติ สรุปลงสาระสำคัญได้ดังนี้

๑. ปัญหาความรุนแรงทางเพศ

๑.๑ สถานการณ์ความรุนแรงทางเพศในสังคมไทย

๑) ข่าวเรื่องความรุนแรงทางเพศถูกตีพิมพ์ในหน้าหนังสือพิมพ์ทุกวัน จากฐานข้อมูลข่าวและบทความเรื่องเพศในประเทศไทยในช่วง ๑๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๔๑ - ๒๕๕๐) รวม ๑๗,๕๒๙ ชิ้น^๑ พบว่าข่าวข่มขืนมีสัดส่วนสูงสุดถึงร้อยละ ๓๘ และข่าวการกระทำรุนแรงทางเพศในประเด็นอื่น ๆ (การค้าประเวณี การลวนลามทางเพศ การตัดอวัยวะเพศ ทักคนคิดและความเชื่อ การทำร้ายหรือการฆ่ากันตายเพราะความหึงหวง) เป็นลำดับที่สอง (ร้อยละ ๒๖) รวมกันแล้วข่าวและบทความเกี่ยวกับความรุนแรงทางเพศมีสัดส่วนสูงถึงเกือบสองในสามหรือร้อยละ ๖๔ของจำนวนข่าวทั้งหมด

๒) จำนวนผู้ถูกกระทำรุนแรงทางเพศเพิ่มขึ้นทุกปี จากงานวิจัยที่ชี้ถึงขนาดของความรุนแรงทางเพศ^{๒, ๓} และสถิติความรุนแรงทางเพศจากหน่วยงานของรัฐ ได้แก่ จำนวนคดีอาชญากรรมทางเพศ จำนวนเยาวชนที่กระทำความผิดละเมิดทางเพศ และจำนวนผู้หญิงและเด็กที่มารับบริการจากศูนย์พึ่งได้ในโรงพยาบาล

^๑ กุลภา วจนสาระ. ๒๕๕๑ (กำลังตีพิมพ์). มี 'เรื่อง' เพศแบบไหนในห้องสมุดและในข่าว. รายงานในชุดโครงการวิจัย 'การวิจัยและการพัฒนาฐานข้อมูลเรื่องเพศวิถี เพศภาวะ และสุขภาพทางเพศ' แผนงานสร้างเสริมสุขภาพทางเพศ ดำเนินงานโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และมูลนิธิสร้างความรู้เรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส.).

^๒ กฤตยา อาชวนิจกุล ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา วาสนา อิมเอม. ๒๕๕๑. 'เซ็กส์ครั้งแรกของคนไทย... ต้องการหรือถูกบังคับ? คุณนอนใคร และใช้อย่างหรือไม่?' ใน มิติ 'เพศ' ในประชากรและสังคม. กฤตยา อาชวนิจกุล และกาญจนา ตั้งชลทิพย์ (บรรณาธิการ): ๓๐-๔๖. เอกสารวิชาการหมายเลข ๓๔๖. นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม.

^๓ กฤตยา อาชวนิจกุล ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา วาสนา อิมเอม อุษา เลิศศรีสันต์. ๒๕๕๖. ความรุนแรงในชีวิตคู่กับสุขภาพผู้หญิง. เอกสารวิชาการหมายเลข ๒๗๑. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ของรัฐทั่วประเทศ พบว่าเกือบทั้งหมดเป็นการกระทำของผู้ชายที่ละเมิดทางเพศต่อผู้หญิง (ร้อยละ ๙๘.๓) ที่เหลือเป็นการกระทำระหว่างชายต่อชาย (ร้อยละ ๑.๕) และหญิงกระทำต่อชาย (ร้อยละ ๐.๓) ผู้กระทำส่วนใหญ่เป็นคนสนิท หรือคุ้นเคย จำนวนหนึ่งคือมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ถูกกระทำ ที่สำคัญคือ บรรดาผู้ถูกละเมิดทางเพศ กลุ่มใหญ่ที่สุดเป็นเด็กผู้หญิงอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ขณะที่ผู้กระทำความผิดทางเพศก็มีอายุน้อยลงเรื่อย ๆ

๓) ผู้ถูกละเมิดทางเพศได้รับผลกระทบทั้งทางกายและทางใจ ทางกาย คือ บาดเจ็บ พิการ เสียชีวิต เกิดติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ ติดเชื้อเอชไอวี ตั้งครรภ์ไม่พร้อม การทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยและตกเลือดทางจิตใจ ได้แก่ มีอาการซึมเศร้า หวาดกลัว เครียด เก็บกด วิตกกังวล ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ประณามตนเองฆ่าตัวตาย สูญเสียความรู้สึกทางเพศ บุคลิกภาพเปลี่ยนไป ย้ำคิดย้ำทำ ติดแอลกอฮอล์และสารเสพติด นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อเนื้อใจให้เกิดปัญหาสังคม เช่น การตั้งครรภ์ไม่พร้อม ทำแท้งไม่ปลอดภัย ปัญหาสุขภาพเด็กที่อาจแท้ง หรือน้ำหนักน้อย หรือพิการ และปัญหาฆาตกรรม เป็นต้น

๑.๒ ช่องว่างและความยากลำบากในการแก้ปัญหาความรุนแรงทางเพศ

๑) รากฐานของปัญหามาจากวัฒนธรรมมาตรฐานซ้อนทางเพศในสังคมไทย ซึ่งมุ่งปลูกฝังและกำกับพฤติกรรมเรื่องเพศของผู้หญิง แต่ปล่อยหรือส่งเสริมให้ผู้ชายเรียนรู้และมีประสบการณ์ทางเพศอย่างเจนจัด ทำให้การเรียนรู้เรื่องเพศทั้งในและนอกระบบโรงเรียน เป็นการเรียนรู้หลอหลอมและขัดเกลาให้เพศชายทำร้ายเพศหญิงอย่างไม่รู้ตัว ขณะที่สตรีผู้ที่มีเพศภาวะทางเลือก (เช่น ชายรักชาย หญิงรักหญิง สาวประเภทสอง และคนข้ามเพศ)^๔

๒) บุคลากรผู้ให้บริการส่วนใหญ่ยังขาดความละเอียดอ่อนต่อปัญหาความรุนแรงทางเพศ และไม่ไวต่อปัญหา โดยเฉพาะเมื่อเกิดขึ้นกับผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศในคนทุกวัย และทุกชาติพันธุ์ โดยยังขาดทักษะที่จะระบุได้ว่าผู้มารับการรักษาเป็นผู้ถูกละเมิดทางเพศหรือไม่ อีกทั้งยังขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานสหสาขาทั้งภาครัฐและเอกชน คือ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ตำรวจ อัยการ ผู้พิพากษา ทนาย นักพัฒนา และผู้นำชุมชนในการช่วยเหลือ ค้ำครอง และให้ความเป็นธรรมต่อผู้เสียหาย

๓) ผู้ถูกละเมิดทางเพศประสบความยากลำบาก ในการแจ้งความเอาผิดเพื่อดำเนินคดีต่อผู้กระทำ กรณีถูกละเมิดทางเพศเป็นผู้หญิง ขั้นตอนการไต่สวนและพิจารณาคดี กลายเป็นกระบวนการที่ซ้ำเติมเสมือนถูกละเมิดทางเพศซ้ำซ้อน ส่วนหนึ่งมาจากวัฒนธรรมที่ตีตราผู้เสียหาย ขณะที่กฎหมาย ระเบียบปฏิบัติต่างๆ และทัศนคติของบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่อการอำนวยความสะดวก ยังไม่เข้าใจความซับซ้อนของการละเมิดทางเพศที่มาจากการใช้อำนาจเหนือกว่าบังคับ โดยเฉพาะกรณีการละเมิดทางเพศที่มาจากคู่ของผู้เสียหาย

๔) บริการบ้านพักพิงสำหรับเด็กและผู้หญิงที่ประสบปัญหาอย่างไม่เพียงพอและสอดคล้องกับสถานการณ์ ปัจจุบันกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้จัดบ้านพักพิงใน ๔๙ จังหวัด โดยอนุญาตให้พักพิงได้ภายในกำหนดเวลาระยะสั้น ประมาณ ๗ วัน ถึง ๓ เดือน ทำให้ไม่สามารถเยียวยาและฟื้นฟูผู้ประสบปัญหาอย่างมีคุณภาพและครบกระบวนการ และบ้านพักที่สามารถให้บริการครบวงจรมีเพียงภาคละ ๑ แห่งเท่านั้น ซึ่งไม่เพียงพอต่อขนาดของปัญหา

^๔ กฤตยา อาชวนิจกุล และพริสรา แซ่ก้วย. ๒๕๕๑. ‘การควบคุมเรื่องเช็กส์กับเพศวิถีที่เปลี่ยนไป’ ใน มิติ ‘เพศ’ ในประชากรและสังคม. กฤตยา อาชวนิจกุล และกาญจนา ตั้งชลทิพย์ (บรรณาธิการ). เอกสารวิชาการหมายเลข ๓๔๖. นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม

๕) รัฐยังขาดการควบคุมการนำเสนอให้เกิดและ/หรือผลิตซ้ำความรุนแรงทางเพศที่แฝงฝังอยู่ในสื่อต่าง ๆ แม้จะมีการใช้มาตรการจัดระบบเรตติ้งกับรายการโทรทัศน์แล้วก็ตาม แต่สื่อต่าง ๆ ทั้งสื่อสิ่งพิมพ์ ละคร วิทยุ โทรทัศน์ ภาพยนตร์ เกมออนไลน์ รวมถึงสื่อพื้นบ้าน สื่อโฆษณา ฯลฯ ยังคงนำเสนอหรือเผยแพร่ความรุนแรงทางเพศต่อผู้หญิง และต่อผู้ที่มีเพศภาวะทางเลือกซ้ำในหลากหลายรูปแบบ โดยเฉพาะกรณีข่าวข่มขืนหรือการละเมิดทางเพศอื่น ๆ และความรุนแรงในครอบครัว รวมทั้งยังคงตีพิมพ์รูปถ่ายผู้เสียหายอย่างเปิดเผยทั้งที่เป็นข้อห้ามตามกฎหมายคุ้มครองผู้ถูกระทำรุนแรงในครอบครัวแล้วก็ตาม

๒. ปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม

๒.๑ สถานการณ์และแนวโน้มของปัญหา ในช่วงพ.ศ. ๒๕๓๐ ถึง พ.ศ. ๒๕๔๙ สัดส่วนของการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมในจำนวนการตั้งครรภ์รวมมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยในชุมชนมีอัตราการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมอยู่ราวร้อยละ ๔๕^๕ และในระดับประเทศมีประมาณร้อยละ ๓๑-๔๐^{๖, ๗} โดยกลุ่มอายุน้อยกว่า ๒๐ ปีมีอัตราการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมประมาณร้อยละ ๕๓ ส่วนกลุ่มอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปมีอัตราสูงกว่าคือร้อยละ ๖๓ ในขณะที่กลุ่มอายุ ๒๐-๓๔ ปีมีอัตราเฉลี่ยอยู่ประมาณร้อยละ ๔๒^๘ จะเห็นว่าอัตราการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมในกลุ่มอายุน้อยกว่า ๒๐ และกลุ่มอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น โดยผู้ประสบปัญหาตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมที่เป็นคนโสด มีคู่ หรือหย่าร้าง มีสัดส่วนใกล้เคียงกันคือประมาณร้อยละ ๓๓.๓๓^๙

สาเหตุหลักมาจากความไม่พร้อมทางเศรษฐกิจ รองลงมาคือขาดความรู้ที่ถูกต้องครบถ้วนเรื่องการคุมกำเนิด และอันดับสามคือ คุมกำเนิดแล้วแต่ยังตั้งครรภ์^{๑๐} ผลสืบเนื่องจากการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมมีทั้งการทอดทิ้งเด็กทารก การบาดเจ็บ พิการ และเสียชีวิตจากการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย โดยในช่วง พ.ศ.๒๕๔๖-๒๕๔๗ มีเด็กอย่างน้อย ๑,๗๗๕ คนถูกทิ้งไว้ที่โรงพยาบาล หรือทิ้งไว้กับผู้รับจ้างเลี้ยง รวมถึงทิ้งไว้ในที่สาธารณะ^{๑๑} ส่วนการทำแท้งนั้นพบว่า มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ ๖.๑ ในช่วงปี ๒๕๐๒-๒๕๑๓ มาเป็นร้อยละ ๒๑.๘ ในช่วงปี ๒๕๓๔-๒๕๔๔^{๑๒} กระทรวงสาธารณสุขพบว่า มีอัตราความไม่ปลอดภัยจากการทำแท้งสูงถึงร้อยละ ๒๙ ครอบคลุมตั้งแต่การติดเชื้อจนถึงการเสียชีวิต^{๑๓}

^๕ Nattaya Boonpakdee. 2006. Relationship between pregnancy intention and outcome of pregnancy: An in-depth study of two communities. M.A.Thesis (Population and Reproductive Health Research). Faculty of Graduate Studies. Mahidol University.

^๖ Alan Guttmacher Institute. 1999. Sharing Responsibility: Women, Society, and Abortion Worldwide. New York: The Alan Guttmacher Institute.

^๗ Daulaire, Nels, Leidl, Pat, Mackin, Laurel, Murphy, Colleen & Stark, Laura. (2002). Promise to Keep: The Toll of Unintended Pregnancies on Women's Lives in the Developing World. Washington, DC: The Global Health Council.

^๘ Nattaya Boonpakdee. ๒๐๐๖. อ้างแล้ว.

^๙ ศุภมาส เศรษฐพงษ์กุล และเดือนเพ็ญ ธีรารณวิวัฒน์. ๒๕๔๑. การศึกษาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์. กรุงเทพฯ: สถาบันบัณฑิตพัฒนศึกษาศาสตร์.

^{๑๐} Nattaya Boonpakdee. 2006. อ้างแล้ว.

^{๑๑} สำนักส่งเสริมและพิทักษ์เด็ก และสำนักส่งเสริมและพิทักษ์เยาวชน สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพเด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

^{๑๒} Nattaya Boonpakdee. 2006. อ้างแล้ว.

^{๑๓} Warakamin S, Boonthai N, Tangcharoensathien V. 2004. 'Induced abortion in Thailand: current situation in public hospitals and legal perspectives'. Reproductive Health Matters. 12(24 Suppl),147-156.

๒.๒ ความพยายามป้องกันและแก้ไขปัญหาของภาครัฐยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

๑) ขาดความชัดเจนในการจัดการศึกษาเรื่องเพศที่รอบด้าน^{๑๔} และการบริการคุมกำเนิดที่ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ ขณะที่ปัญหาการท้องไม่พร้อมขยายตัวรุนแรงมากขึ้น ผลการวิจัยจากหลายประเทศทั่วโลกยืนยันว่า การมีหลักสูตรเพศศึกษาที่รอบด้านในระดับชั้นเรียนต่าง ๆ ช่วยลดอัตราการตั้งครรภ์ในวัยเรียนและการติดโรคทางเพศสัมพันธ์ได้มากกว่าการไม่จัดหลักสูตรเพศศึกษา หรือการจัดหลักสูตรเพศศึกษาที่แคบโดยเน้นเรื่องการรักษาวลสงวนตัวเท่านั้น การบริการคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่นยังเป็น “เรื่องต้องห้าม” โดยพิจารณาจากกรณีวิวาทะเรื่องการติดตั้งถุงยางอนามัยในสถานศึกษา ที่มีผู้นำในสังคมหลายคนแสดงทัศนคติในเชิงไม่เห็นด้วย ส่งผลให้เกิดการชะลอการให้ความรู้เรื่องการคุมกำเนิดในกลุ่มประชากรที่ยังโสดและกลุ่มวัยรุ่น

๒) การบังคับใช้กฎหมายห้ามทำแท้งไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหา กฎหมายห้ามทำแท้งอนุญาตให้มีการทำแท้งโดยบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะในกรณีที่เป็นการตั้งครรภ์เพราะถูกข่มขืน และการตั้งครรภ์ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้หญิงเท่านั้น ผู้ตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมเพราะมีปัญหาเศรษฐกิจจึงต้องใช้บริการทำแท้งเถื่อนและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต ทำให้กฎหมายไม่มีผลลดการทำแท้ง แต่กลับทำให้การตายและบาดเจ็บจากการทำแท้งเพิ่มสูงขึ้น

๓) ขาดมาตรการลดแรงกดดันทางสังคมต่อผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม ส่งผลให้อัตราการทิ้งเด็กทารกยังคงมีสูง การตั้งครรภ์ในหลายสถานการณ์ที่สังคมไม่ให้การยอมรับกลายเป็นแรงกดดันให้ผู้หญิงเผชิญปัญหาอย่างโดดเดี่ยว ไม่ว่าจะเลือกการทำแท้งหรือการอุ้มท้องจนคลอดแล้วทิ้งไว้ที่โรงพยาบาลหรือสถานที่สาธารณะ แม้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) จะมีบันทึกข้อตกลงกับกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้โรงพยาบาลช่วยเฝ้าระวังการทอดทิ้งเด็กหลังคลอด รวมถึงรับเด็กไว้ดูแลชั่วคราวกรณีผู้หญิงไม่สามารถรับกลับไปเลี้ยงเองได้จริง ซึ่งสามารถลดอัตราการทิ้งเด็กในที่สาธารณะได้บ้าง แต่ไม่ได้ลดอัตราการทอดทิ้งเด็กโดยรวม ในขณะที่ จำนวนสถานสงเคราะห์และบุคลากรของ พม. มีไม่เพียงพอกับจำนวนเด็กที่รับไว้ดูแล มาตรการสำคัญที่ช่วยลดแรงกดดันต่อผู้หญิงและส่งผลต่อการตัดสินใจแก้ไขปัญหายังเช่น การปรึกษาที่เสริมพลังใจและเน้นทางเลือกที่หลากหลายให้แก่ผู้ประสบปัญหา (empowerment and option counseling) รวมถึงการรณรงค์สาธารณะอย่างต่อเนื่องเพื่อลดการตีตราทางสังคมต่อผู้ประสบปัญหายังคงเป็นมาตรการที่ถูกละเลยจากทุกภาคส่วนในสังคม

๓. เรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

๓.๑ สถานการณ์การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยกับการระบาดของเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

เอดส์เป็นสาเหตุการตายอันดับต้น ๆ ของคนไทย รองจากอุบัติเหตุ แม้อัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่โดยรวมจะลดลง ผลจากการเฝ้าระวังโรคเฉพาะพื้นที่ระหว่างปี ๒๕๔๓-๒๕๕๐ พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่

^{๑๔} เพศศึกษาแบบรอบด้านครอบคลุมเรื่องการรู้เท่าทันพัฒนาการทางร่างกาย จิตใจ ค่านิยมด้านเพศภาวะ-เพศวิถี ทักษะในการคิดวิเคราะห์สถานการณ์เรื่องเพศของตนเองอย่างมีวิจารณญาณ ความรู้เรื่องทางเลือกในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ทักษะการใช้อุปกรณ์ป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งวิธีการป้องกันปัญหาการท้องและการทำแท้ง

อยู่ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ เยาวชนหญิงและชาย หญิงขายบริการทางเพศแบบแฝง ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด โดยอัตราการติดเชื้อหญิงต่อชายเท่ากับ ๑:๒.๕ และอัตราการป่วยด้วยเอดส์ใน เยาวชนเพศหญิงต่อเยาวชนเพศชาย อายุ ๑๕-๑๙ ปี เท่ากับ ๒:๑^{๑๕}

ขณะเดียวกันก็พบว่า อัตราการป่วยด้วยกามโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กลับมามีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานต่างชาติ และกลุ่มประชากรหนุ่มสาวและผู้ใหญ่วัยทำงาน โดยเยาวชนที่เป็นนักเรียน นักศึกษา อายุระหว่าง ๑๕-๑๙ ปี มีการติดเชื้อกามโรคเพิ่มขึ้น^{๑๖} ดังนั้นจึงมีความเป็นไปได้ว่าเอชไอวี/เอดส์ ได้กลับมาระบาดในประเทศไทยอีกครั้งหนึ่ง

๓.๒ ช่องว่างในการแก้ปัญหาเอชไอวี/เอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ผ่านมา

๑) ปัญหาการใช้ถุงยางอนามัย ทักษะคติเชิงลบที่มีต่อถุงยางอนามัย และกระแสต้านจาก บางกลุ่ม ตลอดจนการจัดสรรงบประมาณที่ไม่สมดุลกันระหว่างการดูแลรักษาและการป้องกันโรค โดยร้อยละ ๗๐ ของงบประมาณเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ใช้เพื่อการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคเอดส์มากกว่าเพื่อการ ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี^{๑๗} ส่งผลให้การบริการถุงยางอนามัยแก่ประชาชนมีน้อยมากหรือแทบจะไม่มี นอกจากนี้ การใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งในคู่นอนที่มีผลเลือดต่างและผลเลือดบวกเหมือนกันยังต่ำ มาก ส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของผู้ติดเชื้อรายใหม่และสุขภาพของผู้ติดเชื้อ

๒) ขาดการสอนเพศศึกษาแบบรอบด้านเพื่อนำไปสู่เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย แม้ว่าปัจจุบันจะ มีการพัฒนารูปแบบการสอนและการอบรมเรื่องเพศศึกษาแบบรอบด้าน ที่รวมถึงการให้ความรู้เรื่องทางเลือกใน การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ทักษะการใช้อุปกรณ์การป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งวิธี การป้องกันปัญหาการท้องและการทำแท้ง แต่สังคมยังไม่เข้าใจและไม่ได้รับการสนับสนุนให้นำไปขยายผลใน วงกว้าง

๓) การจัดบริการอนามัยเจริญพันธุ์ไม่สอดคล้องกับเงื่อนไขของเยาวชนกลุ่มต่าง ๆ การจัด บริการอนามัยเจริญพันธุ์ยังไม่ครอบคลุม ไม่สอดคล้องกับความต้องการ และไม่เป็นที่มิตรต่อเยาวชนทั่วไปและ เยาวชนเพศทางเลือก ที่สำคัญคือผู้ให้บริการขาดความละเอียดอ่อน และมักมีอคติเพราะตัดสินคุณค่าของเยาวชน จากพฤติกรรมทางเพศของพวกเขา เช่นการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานของเยาวชน และไม่ยอมรับเยาวชนที่เป็น เพศทางเลือก ส่งผลให้เยาวชนไม่กล้าไปใช้บริการเมื่อมีปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการ พัฒนาศักยภาพและปรับเปลี่ยนมุมมองของบุคลากรสาธารณสุข

๔) ระบบบริการดูแลรักษาและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การบริการโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์โดยโรงพยาบาลจังหวัด มีข้อจำกัดหลายประการ เช่น การให้บริการตรวจรักษาที่ไม่เป็นมิตร ไม่มี ความเป็นสัดส่วนเพื่อรักษาความลับ และไม่มีระบบการติดตามคู่นอนมารักษาที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการเชื่อมโยง การให้บริการรักษาโรคกับสิทธิในระบบประกันสุขภาพทำให้การควบคุมโรคไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีแรงงานเคลื่อนย้ายเข้า-ออกจำนวนมาก เนื่องจากแรงงานย้ายถิ่นทั้งไทยและต่างชาติดังกล่าวมีปัญหา เรื่องการไม่มีสิทธิ และ/หรือเข้าไม่ถึงสิทธิในระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่

^{๑๕} สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรสถานการณ์การเฝ้าระวังโรคเอดส์เมื่อสิ้นเดือน ธันวาคม ๒๕๕๐.

^{๑๖} National AIDS Prevention and Alleviation Committee. 2008. Thailand-UNGASS Country Progress Report. [สืบค้นจาก http://data.unaids.org/pub/Report/2008/thailand_2008_country_progress_report_en.pdf].

^{๑๗} National AIDS Prevention and Alleviation Committee. 2008. อ้างแล้ว.

๕) ปัญหาสุขภาพทางเพศและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในระดับชุมชน ยังมีทัศนคติที่เป็นลบต่อผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และผู้ได้รับผลกระทบ เช่น บุตรและสมาชิกในครอบครัว ทำให้ผู้ติดเชื้อจำนวนมากไม่กล้าเปิดเผยตัว และไม่กล้ารับสวัสดิการและบริการสุขภาพที่รัฐจัดให้ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ ทั้งยังขาดข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคการเข้าถึงยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกกลุ่ม ตลอดจนขาดข้อมูลเกี่ยวกับชีวิตและพฤติกรรมหลังการใช้ยาต้านไวรัสของพวกเขา การมีส่วนร่วมของผู้ชายในเข้ารับการรักษาเลือดแบบสมัครใจยังอยู่ในระดับต่ำ^{๑๘} นอกจากนี้ ประเด็นเรื่องสิทธิทางเพศและคุณภาพชีวิตของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกคลอดซึ่งขณะนี้เติบโตเข้าสู่วัยรุ่นแล้ว ยังไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร

๖) ข้อจำกัดในการทำงานขององค์กรปกครองท้องถิ่น (อปท.) อปท.ทั่วประเทศ ยังขาดการทำงานเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ/เอชไอวี/เอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในเชิงรุกร่วมกับองค์กรอื่น ๆ โดยเป็นเพียงผู้ให้เงินอุดหนุนเมื่อมีกลุ่ม/องค์กรอาสาทำงาน ยังไม่ได้เสริมการทำงานของกลุ่ม/องค์กรเหล่านั้นให้เข้มแข็งขึ้น

๓. ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติพิจารณาร่างมติในเอกสารร่างมติ ๑ / ๑๐

^{๑๘} National AIDS Prevention and Alleviation Committee. 2008. อ้างแล้ว.